

Trent'anni di Simm: 1990-2020

Salvatore Geraci, Mario Affronti, Maurizio Marceca¹

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

«La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni è una grande risorsa culturale, morale ed etica. Questi valori dobbiamo difenderli, perché il diritto alla tutela della salute si esercita cercando di avere quanta maggiore capacità di comprensione delle persone. In questo consiste la vostra forza: essere la medicina delle persone che hanno maggiori problematiche. Io mi auguro che la Società che voi definite piccola diventi grandissima e rappresenti una grande comunità aperta».

Elio Guzzanti già Ministro della Sanità nel periodo 1995-1996

Premessa

Questa relazione è stata, fin dall'inizio, concepita come un impegno condiviso tra noi (che abbiamo rivestito il ruolo di presidenti della SIMM a partire dall'anno 2000, cioè negli ultimi venti anni), a tentare di rileggere un percorso collettivo che non esitiamo a definire unico nel suo genere. Ad assumere uno sguardo ampio, consapevole, rispettoso della complessità, possibilmente autocritico, di ciò che ci ha contraddistinto. A fare memoria, quindi, di quello che, come società scientifica *sui generis*, siamo stati e che siamo oggi in occasione del nostro trentennale dalla fondazione. L'intento non è, almeno primariamente, autocelebrativo, per quanto l'orgoglio di quello che - tutte e tutti insieme - abbiamo finora ottenuto per la promozione e la tutela della salute dei migranti, non possa non trasparire. Si tratta piuttosto, per noi, di un'occasione per prendere insieme consapevolezza, attraverso la narrazione (in una sorta di esperimento di "autobiografia collettiva"), di ciò che la SIMM rappresenta; di un'occasione per ringraziare (in modo assolutamente non retorico ma sostanziale) tutte le donne e gli uomini che, in veste di ricercatori, formatori, professionisti, attivisti e volontari per la salute di tutti, hanno dato in questi trent'anni il proprio contributo (a volte accettando carichi gravosi); di un'occasione per ricordare quanti, purtroppo, durante questo lungo periodo ci hanno lasciato (tra cui vi sono due ex presidenti, i professori Serafino Mansueto e Luigi Frighi); ma, in particolare, si tratta di un'occasione preziosa per cercare di trasmettere alle generazioni che ci sono succedute (nel nostro caso specifico, quella degli attuali ventenni e trentenni), chi ci sentiamo di essere stati e di essere, in una sorta di disegno di profilo identitario in cui, ci auguriamo, loro possano riconoscersi e continuare a tracciare.

Trent'anni non sono pochi e per narrarli abbiamo scelto che ciascuno di noi testimoniasse in particolare il periodo del proprio incarico/servizio come Presidente e che

¹ rispettivamente Presidenti SIMM dal 2000 al 2009, dal 2009 al 2016, dal 2016 al 2020.

contribuisse anche a tracciare la storia sin dall'inizio. Non è una puntuale cronologia dei fatti: abbiamo voluto ricordare, soprattutto per quelli più lontani temporalmente, ciò che ci ha colpito e ci è parso significativo. Ci scusiamo per tutte le dimenticanze e le omissioni. E così sono emersi tre macro periodi della vita societaria, quasi l'evoluzione di un unico individuo/corpo in una sorta di crescita fisiologica scandita da momenti "simbolo" a volte appena tracciati, altre ben identificabili in scelte, posizioni e impegni.

Tre decenni, il primo come fase dell'intuizione e della spregiudicatezza, il secondo come fase della consapevolezza e dell'identità e per ultimo, il terzo decennio come fase del consolidamento e della maturità.

Infine ci scusiamo se, nella sua forma, questa relazione non sia stata curata quanto avremmo desiderato, ma possiamo assicurarvi che, pur nella diversità di ciascuno di noi, ognuno si riconosce nella personale ricostruzione dell'altro, con un'osmosi continua tra il personale e il professionale di ciascuno e di tutti e tre al punto da poter affermare che le sei mani che l'hanno scritta sono in realtà simili, complementari ed uguali: come se fossero due.

1990-2000: la fase dell'intuizione e della spregiudicatezza

Lo scenario. Quando l'immigrazione in Italia comincia ad avere una prima evidenza (inizio anni Ottanta del secolo scorso) si era all'indomani della grande riforma sanitaria che ha visto nel 1978 l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) su base universalistica ed equa: con la Legge 833 si superano le cosiddette "mutue" che garantivano accessi diversificati in base all'organizzazione lavorativa d'appartenenza, e da allora tutti partecipano al sostegno di un servizio per l'intera popolazione in rapporto al proprio reddito e capacità contributiva. In quella illuminata riforma gli immigrati non erano previsti per il fatto che l'Italia era stata fino a qualche anno prima terra di emigrazione piuttosto che approdo significativo per persone provenienti da altre nazioni. C'era quindi un vuoto normativo con un diritto negato per coloro che si trovavano in condizione di presenza temporanea o non in regola con le norme per il soggiorno, e un diritto nascosto per coloro, pur regolarmente presenti, che erano costretti a lunghi iter burocratici e con ampie incertezze amministrative.

In questo scenario, per garantire l'assistenza sanitaria di base in particolare per le persone più fragili, si era creata una ricca rete di ambulatori del volontariato. Infatti, dalla metà degli anni Ottanta, 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 erano 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, infermieri e operatori sociali e sanitari, con competenze e appartenenze diverse ma con comune impegno. In quel periodo ci furono sporadiche occasioni d'incontro e confronto: nel 1988 a Roma il primo Convegno Internazionale "Medicina e Migrazioni: problemi di salute fisica e mentale degli immigrati da paesi in via di sviluppo" con i suoi Atti e, suc-

cessivamente, qualche incontro su base locale o dei corsi in genere su malattie infettive o problematiche di salute mentale. Cominciavano a uscire i primi studi sulla salute dei migranti e intorno agli autori si creavano i primi gruppi di riflessione². Ma questo bastò per dare forma all'intuizione di alcuni, spinti in particolare dalla testimonianza di don Luigi Di Liegro, direttore della Caritas capitolina, che tra i primi in Italia sosteneva come l'immigrazione non fosse una situazione temporanea e occasionale ma era evento epocale e bisognava attrezzarsi sul piano della garanzia dei diritti, per una autentica integrazione e crescita comune: "[...] *l'immigrazione è una scelta, spesso obbligata; una partenza, spesso ricolma di speranze e di illusioni; un arrivo, spesso contrassegnato da sacrifici e da aspettative stracciate. E nel contempo un'occasione e forse una provocazione per crescere, tutti, noi e loro, umanamente e professionalmente*". E per questo bisognava declinare il termine solidarietà in modo diverso: "[...] *essa non è un vago sentimento di compassione né si fonda su un sentimento di altruismo ingenuo, ma nasce dall'analisi della complessità sociale, dai guasti del sistema sociale disordinato, dal degrado morale e culturale provocato dalla legge del più forte, dalla carenza di etica collettiva [...]*". E bisognava essere concreti: "[...] *Si dovrà cercare di fare di più in vari modi: vincendo i pregiudizi della gente, preparando meglio gli operatori sanitari, rendendo più flessibili le strutture del Servizio sanitario nazionale e meno complicata la prassi burocratica, aiutando gli stessi immigrati ad inserirsi più proficuamente in un ambiente diverso [...]*" (Don Luigi Di Liegro, scritti tra il 1990 e 1996).

La fondazione della SIMM. L'intuizione era quella di "fare ed essere rete" non solo come attivisti o persone impegnate nella società civile, nelle istituzioni o nel mondo accademico, ma soprattutto in ambito scientifico, per dare basi solide contro pregiudizi e strumentalizzazioni, per produrre analisi tecniche sul profilo di salute di questa "nuova" popolazione ma anche per proporre politiche e percorsi di tutela e di promozione della salute. Così a Roma nel febbraio 1990, nella sede dell'Associazione Fernando Rielo di assistenza e ricerca sanitaria rappresentata da padre Alfonso Urrechù, alla presenza del prof. Enrico Nunzi (Università di Genova), del prof. Serafino Mansueto (Università di Palermo), del prof. Luigi Frighi (Università di Roma) - che saranno rispettivamente i presidenti della SIMM fino al 1993, 1996 e 2000 -, del dr. Riccardo Colasanti (Caritas Roma) e della prof.ssa Velia Galati Tessitore (Croce Rossa di Genova) viene fondata la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

In quel momento poco più di una felice intuizione ma da strutturare e soprattutto da popolare di persone, di idee, di progettualità, di impegno concreto. E l'occasione arrivò subito, quando, a giugno del 1990, l'allora vicepresidente del Consiglio dei Ministri on. Claudio Martelli, relatore dell'omonima legge sull'immigrazione promulgata nel febbraio di quell'anno, riunisce a Roma in un'affollata assemblea quanti in Italia si

² Per citare quelli più significativi: *La salute degli immigrati* a cura di Graziella Favaro e Mara Tognetti, voluto dal Comune di Milano per Edizioni Unicopli (1988) e il numero monografico di «Quaderni di sanità pubblica» del 1990: *Migrazione e salute* traduzione in Italiano del documento OMS *Migration and Health* del 1986. Più altri articoli su esperienze locali piuttosto che su evidenze di singole malattie infettive o analisi sulle cause di disagio psicologico e su problemi comunicativi o sui primi timidi tentativi di denuncia di politiche sanitarie disattente nei confronti dei migranti (*La tutela sanitaria negata* di Franco Pittau del 1989).

occupavano di immigrati: è il momento in cui i rappresentanti dei gruppi impegnati nei vari territori si incontrano per la prima volta. Dal confronto emerge la scoperta che quelle esperienze più o meno isolate possono confluire in una riflessione comune, si può passare dall'impegno personale ad una coscienza collettiva di una nuova realtà; dalla necessità di affrontare una "emergenza" per assenza di preparazione e organizzazione pubblica, all'esigenza di capire, studiare, sperimentarsi nell'inccontro 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. Quel primo confronto di realtà molto diverse per storia ed appartenenza, per localizzazione geografica ma anche per target di assistiti (stranieri provenienti da specifiche nazioni diversificati a seconda della città, o anche del quartiere dove è presente l'ambulatorio medico: il porto a Genova, la stazione Termini a Roma, il centro storico a Bologna...), fa fare una prima scoperta pratica e cioè come "casistiche" molto diverse producono lo stesso profilo sanitario. Le malattie più frequenti ed i problemi espressi sono in gran parte gli stessi indipendentemente dalla popolazione di riferimento, anche laddove vengono usati differenti sistemi di classificazione e analisi delle condizioni di patologia: prevalentemente malattie dell'apparato respiratorio, digerente e muscolo-scheletrico legate al disagio socioeconomico, alle condizioni di accoglienza inadeguate, al tipo di lavoro. Non è una scoperta da poco, tenendo conto che allora (e purtroppo ancora oggi) il dibattito politico che affrontava il tema della salute di questa popolazione era schiacciato sull'evocazione del rischio di importazione di malattie infettive più o meno conosciute alle nostre latitudini.

Da quel momento si comincia a parlare in Italia di medicina delle migrazioni, e con decisione quei volontari medici e operatori "pionieri" del campo ne sottolineano i contenuti non in termini di malattie o di rischio, ma come occasione per riconsiderare la persona nel suo insieme (corpo, psiche ma anche cultura, aspettative, desideri...) ed in un contesto (inserimento o fragilità sociale, effetti delle politiche d'accoglienza e d'integrazione, pregiudizi e discriminazioni...), in un'ottica che oggi definiremmo di salute globale.

A partire da quei primi scambi di esperienze sul piano clinico-epidemiologico, progressivamente i vari gruppi di volontariato specifico impegnati in Italia sono riusciti a costruire anche una progettualità politico-sanitaria: ne scaturisce un movimento partecipato dalla base della società civile e di operatori socio-sanitari del settore pubblico, di alto profilo nelle competenze specifiche, con forti motivazioni, che – con lo stile che aveva caratterizzato ogni singolo gruppo e che è proprio del volontariato e cioè quello della gratuità, dell'impegno e della libertà – riesce ad essere credibile nell'analisi del fenomeno e nelle proposte. Il luogo del confronto e della proposta diventa in modo naturale la neonata SIMM, che da allora condizionerà gran parte delle scelte di politica sanitaria nazionale nello specifico settore³.

Il 1990 è anche l'anno (luglio) del II Congresso Internazionale su Medicina e Migrazioni in cui la SIMM si presenterà al mondo scientifico e soprattutto è l'anno (dicembre)

³ Per la storia e i documenti SIMM vedi: www.simmweb.it ed anche il numero 61 della rivista «Sistema salute» https://www.nuovaciviltadellemacchine.it/wp-content/uploads/2018/05/Chiara-Bodini-sistema_salute-61-3.pdf

della I *Consensus Conference* sull'immigrazione che ogni due anni scandirà la crescita ed il consolidamento della SIMM⁴.

Un'advocacy inconsapevole e spregiudicata. Dopo svariati tentativi di rapportarsi con i vari ministri della Sanità di turno (De Lorenzo, Costa, Garavaglia), all'inizio del 1995 si profila una situazione favorevole: in un governo tecnico il ministro della Sanità è il prof. Elio Guzzanti. È un medico romano, di grande esperienza e competenza, che da direttore dell'Ospedale Bambino Gesù aveva da poco approfondito il tema della salute dei bambini stranieri ed aveva avuto come interlocutore don Luigi Di Liegro ed i suoi collaboratori e, anche per questo, mostra una specifica sensibilità al tema. Proprio in quel periodo, su proposta di colleghi del Naga di Milano, la SIMM sostiene e promuove una proposta di legge "dal basso" per il diritto alla salute degli immigrati con riferimento agli irregolari, scritta dai gruppi impegnati nel settore; essa, con la mediazione di don Di Liegro, prima riceve l'interesse del ministro della Sanità e poi, su suo consiglio, come Disegno di Legge, grazie all'infaticabile impegno di Dino Frisullo, è presentata nell'agosto di quello stesso anno al Senato e alla Camera, sottoscritta da circa 60 senatori e oltre 140 deputati di tutti i partiti. Poco dopo, nell'ambito del dibattito politico relativo all'approvazione della Legge Finanziaria del 1995, su esplicita richiesta della Lega Nord viene varato, non senza dibattito e polemiche, il cosiddetto Decreto Legge Dini⁵ in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e del soggiorno dei cittadini stranieri. Quella norma, molto criticata per una impostazione particolarmente restrittiva, aveva però recepito in un suo articolo, grazie all'impegno del prof. Guzzanti⁶, le indicazioni della società civile sull'assistenza sanitaria: diritto per tutti gli stranieri, anche se irregolari e privi del permesso di soggiorno, non solo come accesso straordinario ma anche come cure ordinarie e continuative. Quell'articolo di legge non è stato casuale, è nato da una capillare azione di studio e di sensibilizzazione, da incontri e confronti tra associazioni, con il ministro, con i suoi collaboratori, con tutte le forze politiche⁷. Quell'articolo ha avuto anche il merito di *sdoganare* un problema, di liberare risorse, se non altro sul piano organizzativo, per affrontare il diritto all'accesso alle cure. Da quel momento Aziende UsI ed Ospedaliere, Enti Locali hanno dovuto/voluto pianificare interventi, deliberare iniziative, promuovere politiche adeguate. Ma soprattutto quell'articolo ha dato consapevolezza che una società civile organizzata, nella specifica situazione la SIMM, potesse influire nei processi di costruzione delle politiche e delle norme con un'attenzione alle esperienze ed ai bisogni⁸ più o meno emergenti. E così è stato negli anni immediatamente a seguire,

⁴ È possibile scaricare gli Atti delle *Consensus Conference*/Congressi SIMM e i documenti/raccomandazioni scaturiti dagli incontri alla pagina: <https://www.simmweb.it/consensu-e-congressi-simm>

⁵ Decreto Legge del 18.9.1995, n. 489 dal titolo "Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione Europea. L'articolo di riferimento è il n. 13.

⁶ Vedi il video con la ricostruzione di quell'impegno da parte del prof. Guzzanti in occasione del suo riconoscimento come 1° socio onorario della SIMM nel 2011: https://www.youtube.com/watch?v=1kXm3_FcMCA

⁷ Per una cronaca fedele della costruzione della norma vedi S. Geraci: *Immigrazione e salute: un diritto di carta?*, Anterem, Roma (1996) con la presentazione di Rosy Bindi e l'introduzione di Luigi Di Liegro <http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2010/09/salute-di-carta-1996.pdf>

⁸ Il "bi-sogno" è un sogno due volte; una passerella tra un bisogno, di chi è senza diritti, e il sogno che i diritti o sono di tutti o sono privilegi.

quando forse con una "spregiudicatezza" dettata dalla fiducia avuta dall'interlocuzione politica del tempo, costruiamo le norme sanitarie sull'immigrazione ancora oggi valide. Questo grazie all'on. Livia Turco, ministro per la Solidarietà Sociale (1996-2001) figura centrale nella definizione della nuova legge sull'immigrazione e soprattutto all'on. Rosy Bindi, ministro della Sanità dal 1996 al 2000 che con l'emanazione di ripetute Ordinanze prima "salvò" la norma introdotta da Guzzanti e poi ci "delegò", come tecnici, per la definizione della normativa sull'assistenza sanitaria per gli immigrati confluita nel Testo Unico sull'immigrazione⁹ e per la successiva stesura del suo Regolamento di attuazione¹⁰. Se, a distanza di oltre vent'anni, ripensiamo all'impatto che la definizione di queste politiche (fortemente inclusive e ispirate ad un approccio di sanità pubblica) ha avuto in questo arco tempo sulla vita e sulla salute di centinaia di migliaia di persone immigrate, non possiamo nutrire dubbi su quanto ogni essere umano, nel momento in cui diventa forza collettiva organizzata, può fare di importante per i suoi simili.

Una felice intuizione: il GrIS Lazio. Negli anni Ottanta e Novanta, a Roma c'è un vero fermento sociale, dove grazie all'impegno dell'allora direttore della Caritas capitolina, il già citato mons. Luigi Di Liegro, l'attenzione culturale e politica ai temi della marginalità e della giustizia sociale è particolarmente presente. Un'intera generazione di cittadini sensibili, indipendentemente dell'appartenenza confessionale, culturale o politica, è maturata con quello stile che, partendo dai fatti, andava alle radici dei "mali di Roma" e ne tracciava soluzioni, non delegandole ad altri ma che partivano dall'impegno di ognuno e si traducevano in input politici puntuali e concreti. In quel clima di fermento culturale e di impegno, a metà degli anni Novanta, nasce l'esperienza di lavoro di rete tra operatori socio-sanitari del pubblico e del privato sociale, laico e confessionale, che porterà alla definizione del Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS) del Lazio. Operatori che si incontrano pressati da problematiche di assistenza sanitaria che inizialmente trovavano risposte solo attraverso il privato sociale e l'associazionismo ma che già interrogavano i servizi pubblici. Proprio a ridosso dell'emanazione del Decreto Dini con tutte le circolari ministeriali che seguono, insieme, operatori del pubblico e del privato sociale, cercano risposte, si informano, si confrontano, analizzano, partendo dell'esperienza quotidiana, i bisogni, costruiscono percorsi e proposte coerenti con la norma appena uscita che è particolarmente innovativa. Inconsapevolmente nasce così un'esperienza, che dura tuttora a 25 anni dal suo primo incontro (dicembre 1995) e che diventerà modello in molte altre parti d'Italia con il suo stile di luoghi partecipati dove ogni persona o ogni gruppo ha il coraggio di fare un passo indietro per condividere un progetto comune, costruito in base alle proprie possibilità e capacità.

⁹ Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286: "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18 agosto 1998 - Supplemento Ordinario n. 139.

¹⁰ Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394: "Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286" pubblicato nella GU Serie Generale n. 258 del 03.11.1999 - Suppl. Ordinario n. 190.

Il primo successo del GrIS Lazio è 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 e 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 per il 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). 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 presso la Regione Lazio 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, anche con compiti di verifica e monitoraggio dell'applicazione delle disposizioni. Questo "doppio livello partecipativo", dal basso attraverso il GrIS, ed istituzionale attraverso un formale gruppo regionale di lavoro a contatto diretto con gli uffici competenti, permette la tempestiva ed efficace presa in carico di problematiche emergenti e una programmazione sanitaria attenta al tema della salute dei migranti.

In questi anni il GrIS ha posto un'attenzione continua e puntuale sull'accessibilità ai servizi e, grazie alle sue sollecitazioni e partecipazione attiva, sono tanti gli atti emanati dalla Regione Lazio sui cittadini stranieri con codice STP o ENI, sui rifugiati e richiedenti protezione internazionale. 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 multietnica¹¹. 25 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 con un nuovo orizzonte, forse il più impegnativo e difficile, che è quello del passaggio dall'*advocacy* all'*empowerment* con il coinvolgimento delle persone immigrate e/o d'origine straniera come soggetti attivi del cambiamento sociale e culturale.

La SIMM sta crescendo. Dal 1990 sono state celebrate regolarmente ogni due anni le *Consensus Conference sull'Immigrazione*: le prime all'Oasi di Badia, sopra Palermo il 15 dicembre 1990 e il 28-31 maggio 1992 e poi a Cinisi Mare dal 29 maggio al 1 giugno 1994. Il grande impegno del prof. Mansueto e dei suoi collaboratori fanno della *Consensus* un appuntamento ineludibile per leggere e capire un fenomeno che si va affermando e le criticità connesse a politiche incerte anche dal punto di vista sanitario. I titoli delle *Consensus* diventano inviti programmatici da cui parte il confronto in ambito clinico, scientifico e politico, e si sviluppano interessanti documenti di azione: nel 1994 "L'immigrato: una realtà del nostro tempo: dall'accoglienza all'integrazione"; la IV e la V *Consensus*, tenutesi entrambe a Palermo, la prima dal 12 al 14 dicembre 1996 e la seconda da 26 al 28 giu-

¹¹ L'esperienza è ben descritta nel volume *In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*. Pendragon, Bologna, 2012 (due edizioni).

gno 1998 dai rispettivi titoli: "I flussi migratori del mediterraneo; aspetti sociali, economici, giuridici e sanitari" e "L'idra delle violenze, il mosaico delle solidarietà". In tutta Italia, con il patrocinio/supporto della SIMM si svolgono corsi di formazione specifica come ad esempio l'appuntamento annuale del corso base "Immigrazione e salute" tenutosi per alcuni anni a Busseto (in provincia di Parma) e dal 1995 trasferitosi a Roma e giunto oggi alla ventinovesima edizione; alcuni corsi universitari e un primo master specifico sui temi sanitari dell'immigrazione a Roma nel 2000 sponsorizzato anche dall'Università di Genova, su indicazione del primo presidente della SIMM. Escono volumi dedicati al tema¹², molti scritti da soci della SIMM, e aumenta la consapevolezza di trovarsi in un processo storico e sociale, quello dell'immigrazione, dove ognuno può e deve dare un proprio contributo.

2000-2010: la fase della consapevolezza e dell'identità

Una rete di reti. A Palermo, dal 25 al 28 maggio 2000 si svolge la VI *Consensus Conference* sull'immigrazione dal titolo evocativo "Untori e unti: dall'esotismo alla realtà" e si celebra anche il *memorial* "Luigi Di Liegro" in ricordo del sacerdote romano, scomparso nel 1997, vero ispiratore di tanto impegno nei confronti degli immigrati. Con l'elezione come presidente, per la prima volta non accademico, di Salvatore Geraci proveniente dall'associazionismo, simbolicamente la SIMM diviene consapevole della propria identità meticciasca, di tante anime diverse ma legate dall'impegno quotidiano, dalla concretezza, dalla partecipazione. Non è un caso che da quel momento si decide di implementare il modello delle reti locali, i GrIS, e delle alleanze strategiche con altri gruppi e società scientifiche. La SIMM vuole essere non solo una "rete nazionale" ma una connessione e integrazione tra diverse competenze ed aree di impegno.

Si sviluppa così un modello, a partire dall'esperienza del GrIS Lazio (1995) da cui proviene il neo presidente, che ben presto si trasferisce in altre realtà territoriali: nel 2004 in Trentino, nel 2006 in Sicilia, Lombardia e Sardegna, nel 2008 in Veneto, Friuli Venezia Giulia e Alto Adige, nel 2009 in Piemonte ed Emilia Romagna. Nel decennio successivo si aggiungono Campania e Toscana (2011), Calabria (2012), Liguria e Puglia (2013), Marche (2014) e, in fase ancora iniziale, Abruzzo (2020). I GrIS sono realtà diverse, per storia, longevità (alcuni hanno avuto diverse partenze, altri sono temporaneamente quiescenti) e capacità di incidere sul contesto locale. Tutti però sono accomunati dall'obiettivo di mettere in rete conoscenze, capacità, contatti per agire in modo efficace per la tutela della salute degli immigrati, promuovendo occasioni formative e informative, facendo pressione sui decisori politici, rilevando e segnalando anomalie o mancanze nell'applicazione della normativa. In una società sempre più individualista e quasi con l'obbligo dell'apparire, si profila un ambito organizzativo ma non strutturalmente organizzato, dove il singolo è valorizzato dal gruppo e l'apparire è un vuoto di senso di fronte alla concretezza delle risposte che si riesce a mettere in atto; con tempi e modi sempre diversi, ma egualmente efficaci. Attori diversi (pubblico, privato

¹² Come esempio citiamo il numero monografico della storica rivista «Annali d'igiene, medicina preventiva e di comunità» dell'Università di Roma La sapienza dal titolo *Immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale* che racchiude i contributi più significativi del primo corso di perfezionamento universitario sul tema. Volume 7, n. 3 - maggio-giugno 1995.

sociale, volontariato, associazionismo italiano e straniero, istituzioni) si confrontano, si scontrano anche in un'ottica costruttiva della valorizzazione delle diversità. Il GrIS è di fatto anche laboratorio sociale ricco di scoperte e di sfide, con dinamiche sempre nuove e porte sempre aperte, dove italiani e stranieri, diverse professionalità e competenze, variegate appartenenze cercano di condividere un'esperienza di impegno e, più o meno consapevolmente, riscoprono e testimoniano un'etica della partecipazione e della responsabilità.

A rafforzare questa progressiva consapevolezza identitaria nel 2007 il GrIS Lazio organizza un incontro dal titolo "Processi decisionali e progettualità per la tutela della salute degli immigrati con particolare riferimento al lavoro di rete" dove Giulia Bigot e Maria Laura Russo (che in seguito diventerà la referente nazionale per la formazione della SIMM), a quel tempo sociologhe dell'Università di Trento, facendo anche riferimento alle esperienze della SIMM e dei GrIS, tracciano una cornice concettuale del tipo di approccio che questi gruppi stanno dando al processo di costruzione delle politiche¹³. Scopriamo che, di fatto, si è entrati in un paradigma della complessità ed inconsapevolmente è stato creato un *policy network* particolarmente efficace. Eccone la definizione: è una collaborazione su un territorio per lo sviluppo di complesse forme di strutture decisionali, costituite da attori istituzionalizzati e non istituzionalizzati, collegati tramite scambi, informazioni, conoscenza, pressione, fiducia e altre risorse di policy.

Proprio grazie alla nascita e alle attività dei GrIS, la SIMM si configura sempre più come una "rete di reti", con una potenzialità unica di condivisione di saperi, soluzioni, riflessioni. Per tale motivo alla fine di questo decennio si traccia un nuovo spazio organizzativo, e diremmo anche identitario, quello del Coordinamento dei GrIS che esordisce con un primo incontro a Roma nel settembre 2009¹⁴.

Sono anni anche di *alleanze strategiche* e in particolare ne segnaliamo alcune delle tante: quella con il SISM, Segretariato Italiano Studenti di Medicina, che dall'inizio degli anni 2000 (il primo protocollo è del marzo 2001) poi si è man mano consolidata e ha permesso in molte città italiane l'incontro concreto e operativo di studenti con gli immigrati sul versante della tutela della salute, occasione di relazione e approfondimento; molti di loro sono poi diventati soci nella SIMM e attivisti nei GrIS, ma soprattutto professionisti attenti e sensibili ai temi delle disuguaglianze e della giustizia sociale.

Ricordiamo, inoltre, la stretta collaborazione con il Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Immigrato (GLNBI) della Società Italiana di Pediatria che si strutturerà sempre più nel tempo. Sono realizzati con loro diversi Convegni congiunti (anche con altre organizzazioni come l'ISMU), estremamente stimolanti ed è proprio in uno di essi a Milano nel 2005 che viene lanciata la proposta "*Un pediatra per ogni bambino*", garantire cioè la piena assistenza sanitaria per ogni minore indipendentemente dal proprio status giuridico, accolta con freddezza dalle istituzioni ma che è stata la base per l'attuale riconoscimento di questo diritto.

¹³ Dall'incontro ne è scaturita una interessante pubblicazione dal titolo *Una rete per la salute degli immigrati*, Quaderni di InformaArea, Roma, 2007 https://www.simmweb.it/archivio-sito/fileadmin/documenti/GrIS/una_rete_per_la_salute_degli_immigrati.pdf

¹⁴ È possibile scaricare il verbale di quell'incontro all'indirizzo https://www.simmweb.it/archivio-sito/fileadmin/documenti/SIMM_x_news/2010/3-i_GrIS_verbale_1_del_16.09.2009.pdf

Inizia anche un impegno a livello internazionale che culmina con un incontro presso il Parlamento Europeo di Strasburgo il 5 luglio 2006 di una delegazione italiana di varie associazioni collegate dalla SIMM, con alcuni parlamentari europei per proporre una politica comunitaria che garantisca diritti e tutele in modo uniforme ed avanzata (la nostra proposta ottiene 88 adesioni su 367 e, pur valutato un ottimo risultato, è ben lontano dal poter incidere concretamente).

Infine tra il 2008 e 2009 si è sperimentato un modello di intervento per la promozione dell'accesso ai servizi sanitari e dell'educazione alla salute per la popolazione Rom e Sinta in Italia che ha coinvolto 4 GrIS (Lazio, Trentino, Sicilia e Lombardia), 11 associazioni e 6 servizi sanitari pubblici in 6 grandi città¹⁵. Un campo di riflessione storicamente presente nella SIMM con una consolidata collaborazione con l'Opera Nomadi.

Luci ed ombre delle politiche. I primi anni del 2000 sono contrassegnati, come nel passato, dalle *Consensus Conference* sempre più partecipate come testimoniano i voluminosi Atti dei lavori: nel 2002 ad Erice dal 19 al 22 maggio con il titolo *Tertio millennio ineunte: migration, new scenarios for old problems*; nel 2004 a Lampedusa dal 5 all'8 maggio dal titolo *15 anni della nostra storia: dal pregiudizio alla reciprocità*; nel 2006 a Palermo, dal 27 al 30 aprile dal titolo "Per una salute senza esclusioni". La SIMM è sempre più conosciuta e riconosciuta come interlocutrice delle istituzioni locali e nazionali in particolare per la definizione delle politiche. Non è un caso quindi che il ministro della Salute di quegli anni (2006-2008), on. Livia Turco, nel decreto istitutivo della Commissione ministeriale "Salute e immigrazione" del 27 novembre 2006, riconosce le "sollecitazioni degli operatori del settore pubblico e del volontariato e del privato sociale, impegnati nel settore ed in particolare della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni che in gran parte li rappresenta, per un'adeguata azione di monitoraggio degli interventi, la tutela omogenea dei diritti sanitari ed un'armonizzazione delle procedure su tutto il territorio nazionale". La SIMM in realtà aveva chiesto un piccolo "gruppo di lavoro tecnico-politico" più agile ed operativo per agire direttamente sulle norme; la Commissione, costituita anche con una logica di rappresentanza, ha al suo inizio 35 commissari (a cui se ne aggiungeranno successivamente altri) ed è molto lenta e teorica. Comunque si è riusciti ad ottenere la creazione di 3 gruppi di lavoro tematici: uno sull'accessibilità e fruibilità, affidato al Presidente della SIMM; uno sulla salute della donna e del bambino e il terzo sul Riconoscimento dei Titoli, Ordini professionali, affidato all'AMSI (associazione medici stranieri in Italia); la SIMM è ben rappresentata in tutti i gruppi. Il gruppo sull'accessibilità si era subito proposto come obiettivo la tutela sanitaria dei rumeni (era il periodo dell'entrata nell'UE di Romania e Bulgaria, ma non erano state previste norme sanitarie coerenti alle problematiche sociali di queste popolazioni in Italia); quest'obiettivo non è stato raggiunto per troppa burocrazia imposta dal Ministero e forse anche per non sufficiente coraggio istituzionale. Anche altre proposte, in particolare alcune modifiche migliorative delle norme sanitarie, sono naufragate con la caduta del governo.

¹⁵ È possibile scaricare la pubblicazione da http://www2.caritasroma.it/wp-content/uploads/publicazioni/2009_VOL_SALUTE_SENZA_ESCLUSIONE.pdf

Ma non è questo l'unico problema che si è dovuto affrontare: la storia della SIMM si intreccia in quegli anni con il percorso conosciuto come "federalismo" o più mediaticamente "devolution", termine che sta a indicare il passaggio di attribuzione di poteri su talune materie dallo Stato alle Regioni. Nel 2001 la riforma del Titolo V della Costituzione amplia notevolmente i poteri delle Regioni rispetto alle competenze statali. La "tutela della salute" diventa materia di competenza regionale, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa. La tematica "salute e immigrazione" appare quindi ambiguamente sospesa tra la legislazione "esclusiva" (quella dello Stato) e la legislazione "concorrente" (quella delle Regioni e Province autonome) in ciò che abbiamo definito "pendolo delle competenze e delle responsabilità". Il federalismo sanitario, insieme al parallelo percorso verso il federalismo fiscale, finisce col produrre un ampliamento della variabilità interregionale nei livelli di assistenza con una riduzione degli stessi, in luogo di percorsi virtuosi di prossimità e responsabilizzazione. Questo appare ancora più vero quando ci si occupa di immigrati: l'articolazione tra diversi livelli istituzionali finisce col determinare profili incerti di responsabilità che mettono in crisi l'effettiva applicazione delle indicazioni normative (regionali, ministeriali, europee) e generano confusione e difficoltà interpretative a livello dei settori amministrativi delle Regioni e delle Aziende Sanitarie.

Già dal 1995 l'Area sanitaria della Caritas romana aveva attivato un "Osservatorio per le politiche locali sulla salute di immigrati e rom" che ha prodotto dei propri report ed alcune ricerche per conto della Presidenza del Consiglio a cavallo degli anni Novanta e Duemila¹⁶. Questa consolidata esperienza è stata valorizzata dal Ministero della Salute che ha commissionato, all'interno di un articolato progetto di ricerca che ha visto la partecipazione di varie unità operative istituzionali e non, con la supervisione della SIMM, un monitoraggio delle politiche locali sulla tutela sanitaria degli immigrati all'indomani della riforma del titolo V della Costituzione. Il progetto, avviato nel 2008, ha studiato 684 atti formali prodotti dal 1995 all'inizio del 2010. Dallo studio, svolto attraverso degli indicatori, emerge come quasi metà delle regioni italiane abbiano un livello alto di attenzione verso il tema della salute degli immigrati mentre altre sono inadeguate, con livelli di disuguaglianze nella possibilità d'accesso ai servizi particolarmente gravi. Questa mappatura non ha rilevato, come spesso accade quando si parla di indicatori di salute, un nord "eccelso" ed un sud "in crisi" ma ha evidenziato una situazione a macchia di leopardo con regioni virtuose come la Puglia, il Lazio, la Toscana, le Marche, il Piemonte e l'Emilia Romagna, ed altre critiche come la Lombardia, il Veneto, la Sicilia, la Basilicata e la Calabria. Tale situazione ha attivato un processo di confronto tra le Regioni e Province Autonome per individuare un comune livello interpretativo ed applicativo delle norme nazionali: all'interno del Tavolo tecnico interregionale "Immigrazione e servizi sanitari" presso il Coordinamento interregionale in sanità della Commissione salute, coordinato dalla Regione Marche, è quindi stato avviato, con la partecipazione anche della SIMM, un percorso per arrivare ad un documento condiviso sul tema.

¹⁶ È possibile scaricare i report: <http://www.caritasroma.it/2010/09/la-tudela-della-salute-degli-immigrati-nelle-politiche-locali/>

Il "Noi non segnaliamo" day. Nel frattempo il cambio di Governo inasprisce il confronto politico proprio sugli immigrati. Viene varato un articolato "pacchetto sicurezza" che ha costretto la SIMM a ritardare il suo Congresso Nazionale, previsto per la primavera del 2008, per avere il tempo e l'occasione di studiare insieme una strategia per limitare i danni di quel provvedimento assurdo. Fu scelta saggia in quanto a Trapani nel febbraio 2009 iniziò, di fatto, la campagna "Noi non segnaliamo", che non solo fece cancellare l'iniqua norma dei cosiddetti "medici e operatori sanitari spia", ma rilanciò un dibattito sano e partecipato sul diritto alla salute degli immigrati nel nostro Paese. Vale la pena ricordare. Nell'ambito della discussione in Senato del cosiddetto "Pacchetto Sicurezza" (atto 733), in Commissione congiunta Giustizia ed Affari Costituzionali, il 5 febbraio 2008 fu depositato da quattro senatori ed una senatrice della Lega Nord un emendamento che minava radicalmente uno dei principi base della politica sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri nel nostro Paese: la garanzia di accessibilità ai servizi per la componente irregolare e clandestina. L'effetto avrebbe vanificato il lavoro fatto nell'ultimo decennio, che aveva prodotto importanti successi nell'ambito sanitario testimoniato ad esempio dalla riduzione dei tassi di Aids, dalla stabilizzazione di quelli relativi alla tubercolosi, dalla riduzione degli esiti sfavorevoli negli indicatori materno-infantili (basso peso alla nascita, mortalità perinatale e neonatale ...). Tutto questo con evidente effetto sul contenimento dei costi in quanto l'utilizzo tempestivo e appropriato dei servizi (quando non fosse impedito da problemi di accessibilità) si dimostrava non solo più efficace, ma anche più "efficiente" in termini di economia sanitaria. *"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 di condizioni con il cittadino italiano"* (D. Lgs. 286/98, art. 35, comma 5). Intorno a queste poche righe (e alla loro proposta di abrogazione) si consumò un'autentica battaglia sui diritti individuali, sul ruolo sociale degli operatori della salute e sul senso del nostro sistema sanitario. Il 17 marzo 2009, dopo i nostri appelli con Medici senza Frontiere, Associazione Studi Giuridici sull'Immigrazione ed Osservatorio Italiano di Salute Globale, attraverso i Gruppi Immigrazione e Salute locali (GrIS), furono organizzati eventi in 37 città italiane contro il provvedimento di legge volto a sopprimere il divieto di segnalazione per gli immigrati irregolari che ricevono cure sanitarie sotto lo slogan *"Noi non segnaliamo"*¹⁷. L'appello ai parlamentari perché non cancellassero il principio di "non segnalazione" all'autorità degli stranieri privi di permesso di soggiorno che chiedono assistenza sanitaria, raccolse più di ventitre mila sottoscrizioni, tra cui quelle di organizzazioni come la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri (FNOMCeO), la Federazione Nazionale Collegi Infermieri (IPASVI), la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO), il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (CNOAS) e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOPI). Alla fine anche dopo i pareri di vari ed autorevoli giuristi ed il pronunciamento, mediante lettere e delibere, di 15 regioni, fu mantenuto il principio di non

¹⁷ È possibile ricostruire quel periodo con una cronaca puntuale e dovizia di documenti collegandosi al vecchio sito della SIMM che dal 2008 ha testimoniato, seppur in modo artigianale, i momenti salienti della Società: <https://www.simmweb.it/archivio-sito/> e per Dossier Emendamento Sicurezza 2008-2009: <https://www.simmweb.it/archivio-sito/index-38.html?id=358>

segnalazione e si evitò il pericolo di porre barriere all'accesso delle persone straniere prive di permesso di soggiorno alle cure mediche e di condannarle ad una pericolosa marginalizzazione sanitaria. Il pacchetto sicurezza fu la naturale conseguenza del clima socio-politico instauratosi in seguito alla grande crisi economica che ufficialmente era iniziata proprio nel 2008 con le bolle del debito e le bancarotte scoppiate quando gli americani cominciarono a non pagare più i mutui, ma le cui radici erano legate alla globalizzazione economica e finanziaria dopo l'89 ed alla deindustrializzazione di vaste zone dell'Occidente. La vulnerabilità sociale cui fu esposta una parte della popolazione a causa della recessione e dell'incertezza economica nei paesi occidentali, un tempo baluardo del benessere e della sicurezza: (precarariato, disoccupazione, competizione galoppante delle economie dei paesi in via di sviluppo, tecnologie che tagliano fuori dal ciclo produttivo milioni di persone, il morso della povertà che si fa sentire più forte), produssero una risposta emotiva che tradusse la frustrazione in nuove illusioni destinate a peggiorare gli effetti della crisi. In Europa, alimentata dall'inetta gestione dell'immigrazione, prevale la percezione negativa dell'incerto mentre aumentano un po' ovunque le disuguaglianze contro cui la redistribuzione da sola non può bastare. Nel caso delle migrazioni è più evidente che in ogni altro campo come le strade tra le élites liberali e la gran parte del popolo si siano divise. L'Europa, sotto il peso delle sue contraddizioni interne sulle migrazioni, progressivamente chiude gli accessi regolari agli immigrati. Lo shock petrolifero, la crisi economica, il crescere di pezzi di opinione pubblica e partiti anti-immigrati, spingono i governi a chiudere all'immigrazione regolare, nell'illusione di fermarla. Ma, così facendo, non fanno altro che aprire all'immigrazione irregolare.

Custodire e coltivare. "Processi di promozione della salute nelle comunità multietniche: costruire ponti e/o cercare guadi". Così iniziava la lettura magistrale che caratterizzava e dava il titolo alla X *Consensus Conference* sull'Immigrazione dal 5 al 7 febbraio 2009 a Trapani. Titolo che si completava con la dedica "A Serafino Mansueto per riaffermare il diritto oggi minacciato". E così avevamo deciso per diversi motivi. Innanzitutto la recente scomparsa del caro prof. Serafino Mansueto, maestro e riferimento certo, tra i fondatori della medicina delle migrazioni in Italia targata SIMM. Il prof si era spento il 2 settembre 2008, proprio in una fase particolarmente delicata della storia della medicina delle migrazioni, quando, come abbiamo visto prima, con un colpo di spugna si volevano cancellare venti anni di cammino che con fatica avevano portato il nostro Paese all'avanguardia nel riconoscimento dei diritti delle persone al di là del colore della loro pelle, della loro cultura, stato sociale o cittadinanza. Questi i temi trattati durante la *Consensus*: i sistemi di cura altri, l'infermieristica, gli ambulatori STP ed il problema dell'accreditamento, il bambino straniero, alcune aree critiche come le epatiti e le modificazioni genitali femminili, le esperienze internazionali ed un tema emergente quale quello delle vittime di violenza intenzionale, dei torturati e dei rifugiati che nel prossimo futuro avrebbe assunto ben altro rilievo. Ma è stato il pacchetto sicurezza a monopolizzare la discussione centrata soprattutto sulle risposte da mettere in campo nel tentativo di contrastarlo. A quasi vent'anni dalla sua fondazione la SIMM deve attraversare un altro passaggio, un altro guado: l'elezione del nuovo Presidente e del nuovo Consiglio di Presidenza (CdP). Com'era nel nostro stile, ne avevamo parlato poco. Ma inutile na-

sconderlo, si trattava di un momento delicato. L'eredità era pesante perché erano stati proprio gli ultimi due mandati a dare l'impronta definitiva alla nostra SIMM, vera rete di persone, competenze ed umanità, in un percorso affrontato in modo umile, ma molto efficace. La strada era ormai definitivamente tracciata per il nuovo Presidente, Mario Affronti, e per il nuovo Consiglio. Con una lettera aperta ai soci ed ai simpatizzanti della SIMM, avevamo rappresentato l'impegno nella promozione e nella tutela della salute dei migranti così come il nuovo CdP aveva definito. "Custodire e coltivare": queste le parole d'ordine per consolidare e riorganizzare la Società nel suo ruolo di sensibilizzazione, di *advocacy*, di *policy network* e di promozione scientifico-culturale, riproponendo lo stile e le caratteristiche della SIMM così com'erano state definite nelle relazioni e nella prassi dei vari CdP e nelle Assemblee dei Soci e declinate nei principi di essenzialità e di libertà. Coltivare competenze, motivazioni ed organizzazione per affrontare le nuove sfide che il contesto socio-politico costantemente proponeva nell'ambito della salute e in quello dell'accoglienza e della tutela degli immigrati, con l'auspicio di sostenere una progressiva transizione dall'*advocacy* all'*empowerment*, inteso come processo di rafforzamento delle possibilità che la singola persona e le comunità immigrate svolgessero sempre di più un ruolo da protagoniste nella definizione e attuazione dei processi di promozione della salute.

2010-2020: la fase del consolidamento e della maturità

Competenza e disponibilità. Sono forse queste le parole chiave che hanno caratterizzato l'impegno della SIMM ai lavori del Tavolo tecnico interregionale "Immigrazione e servizi sanitari". Istituito nel 2008 su proposta della Regione Marche, al Tavolo hanno partecipato tecnici degli assessorati alla salute delle Regioni, rappresentanti del Ministero della salute ed esperti accreditati in materia di salute e immigrazione. Il Tavolo ha voluto costituire una forma stabile di confronto e collaborazione tra le Regioni e PA e di concertazione tra le stesse ed il livello nazionale sui temi della salute degli immigrati e dell'assistenza sanitaria. Si è realizzata "una rete istituzionale in rete con altre reti" ed ha rappresentato un'opportunità unica per condividere competenze/proposte tecniche istituzionali e quelle maturate sul campo dagli operatori. In questo modo, a partire da esigenze concrete, il Tavolo ha operato per creare sinergie positive, aperto al contributo di competenze esterne, segnalazioni, suggerimenti, pratiche e norme; ha svolto un'attività di supporto/consultazione per operatori delle Regioni. La SIMM ha partecipato convintamente a questa esperienza che a nostro avviso rappresenta un modello significativo di come si possa fare *governance* in sanità. Dal 2009 ha lavorato, con il contributo della SIMM, per la produzione del documento *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata da parte delle Regioni e P.A.* Il documento fu il frutto di quasi due anni di confronto ed approfondimento, con un impegno diffuso che è partito dall'evidenza di come le oltre 700 norme nazionali e locali in vigore sul tema della tutela sanitaria dei cittadini immigrati, comunitari e non, avevano prodotto una forte difformità interpretativa ed applicativa delle indicazioni nazionali con evidenti disuguaglianze nell'accesso ai servizi. Il documento finale è quindi uno strumento tecnico-operativo condiviso, unico elaborato ad oggi disponibile a livello di tutte le Regioni e P.A., per guidare alla corretta ed omogenea applicazione della

normativa nazionale e comunitaria a garanzia della tutela della salute di tutte le persone straniere presenti in Italia. Dopo qualche ritardo, è stato siglato un Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome (dicembre 2012)¹⁸ e possiamo certamente dire che esso ha recepito le istanze dei territori, emerse grazie ai GrIS e portate a livello di dibattito nazionale grazie alla SIMM, ed è sembrato il punto d'arrivo di un impegno di collaborazione, di condivisione di competenze, di messa in campo di esperienze. Ci si attendeva un'armonizzazione delle politiche e certamente in molti ambiti ciò è successo ma, quasi inaspettatamente in particolare in alcune Regioni tradizionalmente sensibili ai temi dell'impegno contro le disuguaglianze e nella tutela degli immigrati, ci sono state delle resistenze e ancora oggi persistono inspiegabili disomogeneità applicative che la SIMM costantemente monitora e puntualmente, attraverso i GrIS, denuncia. Il Tavolo ha continuato a lavorare su altri mandati come quello di individuare delle procedure condivise per la determinazione dell'età per i Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA), ma anche per implementare l'Accordo nei vari territori, per condividere soluzioni applicative ma inspiegabilmente è stato prima sospeso e nel 2016 di fatto cancellato.

Aprire spazi, costruire traiettorie. Il nuovo Consiglio stava intanto approntando una profonda riorganizzazione della SIMM in continuità con il passato, ma cercando un consolidamento programmatico. Questo sforzo organizzativo ci sembrò la migliore premessa per l'11° appuntamento scientifico nazionale del 19-21 maggio 2011 a Palermo e che già dal titolo, "Salute per tutti: da immigrati a cittadini - aprire spazi... costruire traiettorie", sottolineava la nostra vocazione di operatori per un servizio pubblico equo ed includente. Il Congresso fu dedicato alla memoria di Claudio Carosino, medico di medicina generale, socio SIMM dal 1992 e morto tragicamente una domenica di ottobre del 2010 durante una visita domiciliare. Durante la prima riunione del Consiglio tenutasi a Palermo, all'unanimità avevamo deciso di abbandonare il termine "Consensus", tecnicamente improprio viste le caratteristiche che le nostre riunioni avevano assunto dopo quelle pionieristiche degli anni Novanta. Si trattò di un'occasione preziosa per confrontare le diverse esperienze, capire meglio il presente e programmare, insieme, il futuro. Temi, come i cambiamenti socio-epidemiologici, le prassi clinico-assistenziali, le ricerche scientifiche, i percorsi istituzionali e del privato sociale (con il processo federalistico di sfondo) e le politiche per la promozione della salute, alimentarono, come già in passato, un competente e appassionato dibattito multidisciplinare. Come da tradizione, lo scopo del congresso era quello di includere gli immigrati come nuovi cittadini nei percorsi socio-assistenziali del sistema sanitario, aprendo spazi e costruendo traiettorie per tutti in una visione di equità e di giustizia, centrata sul ruolo delle famiglie e delle comunità immigrate, a sostegno di un loro progressivo coinvolgimento e integrazione. Quello fu anche il primo Congresso del nuovo CdP in cui avvenne un fatto significativo che acce-

¹⁸ ACCORDO 20 dicembre 2012. "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome». (Rep. Atti n. 255/CSR)". Pubblicato su Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013 - Serie generale

lerò i tempi affinché la SIMM si dotasse di un Codice etico. Durante i lavori congressuali venne indirizzata al Presidente, in qualità di rappresentante del Comitato scientifico, una lettera firmata da più di 200 partecipanti contro le sponsorizzazioni presenti nell'evento: l'acqua minerale di una nota marca commerciale ed una pubblicazione sulla medicina delle migrazioni e sulle motivazioni del congresso a cura di una casa farmaceutica, attraverso la quale avevamo ricevuto la somma di tremila euro per coprire parte delle spese congressuali. Di fatto, da quel momento, si decise di limitare drasticamente l'utilizzo di sponsor commerciali per gli eventi SIMM.

In quel periodo la SIMM aveva bisogno di condividere gli spazi e le traiettorie da aprire e percorrere insieme. Il primo spazio – sarebbe meglio definirlo terreno – da coltivare, riguardava la giustizia nella convinzione che *“Non avvenga che si offra come dono di carità ciò che è già dovuto a titolo di giustizia”*¹⁹. L'attualità di questo spazio era testimoniata dalla grave situazione congiunturale che attanagliava il nostro Paese e che comunque non aveva fermato le migrazioni. In realtà l'immigrazione ci dava una mano dal punto di vista demografico ed economico, ridandoci fiato e speranza e nel frattempo cambiava la nostra vita, il mondo del lavoro, la famiglia e la scuola. Cambiava la salute ed anche la città perché ormai l'immigrazione era diventata sempre più una componente strutturale della nostra società. Per potere creare interazione e ricchezza vera, la mobilità chiedeva, però, *inclusione* – ecco una traiettoria – che si costruisce nella solidarietà sulla base dei fondamentali valori della giustizia e della pace. Una traiettoria che nasce dall'idea di non poter tollerare una città di esclusi, nella consapevolezza che la città è tale, nella misura in cui sa costruirsi sugli incontri nuovi facendoli diventare proposta, progetto per il futuro. Una storia di costruzione di *spazi di cittadinanza* effettiva per tutti, considerandola un valore aggiunto importante nel percorso di tutela della dignità delle persone. C'era urgenza di segni di inclusione come la cittadinanza dei minori stranieri che nascono in Italia, in cui la preminenza del principio dello *ius sanguinis* si sostanzia nell'esclusione da un'immediata piena integrazione nella comunità nazionale degli immigrati. Su tale specifico punto, nel corso delle ultime legislature erano state presentate numerose proposte per riformare la legge n. 91 del 1992 e la SIMM insieme ad altre società scientifiche come la SIP e l'ACP aveva proposto documenti eloquenti. O come la necessaria tutela della famiglia e del ricongiungimento familiare: a volte le procedure amministrative e le lungaggini normative-burocratiche per il ricongiungimento sono di diversi anni. Una politica familiare rinnovata non può non riconoscere e proteggere l'unità familiare come diritto soggettivo, pur con l'attenzione a dei limiti dettati dall'esigenza di una stabilità socio-culturale necessaria a facilitare e garantire condizioni dignitose di vita per i familiari con cui lo straniero intende ricongiungersi. Pensare politicamente ad un nuovo spazio, una nuova città, con al centro le relazioni, i legami, l'inclusione. Occorre ed occorre forse ripensare in questo senso anche il diritto di voto, almeno amministrativo, non come strumento di garanzia di un potere da parte di una classe, di una parte di mondo, ma come strumento di esercizio di cittadinanza attiva. Affermava il Presidente nella sua relazione al Congresso SIMM: *“La sfida che propongo alla città attuale è dunque la sfida di saper accogliere al suo interno i diversi di ogni tipo, non per dovere di ospitalità, ma come*

¹⁹ Paolo VI: *Apostolicam Actuositatem*, 8; 1965

speranza progettuale. [...] Il modello di una società civile che accetta dentro di sé il diverso, come ipotesi positiva di cambiamento rappresenta di fatto una cultura superiore rispetto agli equilibri militari che ci sovrastano. La società del sospetto, dell'isolamento con cui sono regolate le nostre città rappresentano purtroppo un'agghiacciante analogia a quegli equilibri²⁰. Siamo, infatti, convinti che la salute va intesa in senso globale in quanto molto spesso è la mancanza di questi elementari diritti a generare malattia (forse è questa la consapevolezza più importante all'interno della nostra società scientifica e che spesso ci ha fatto dire che la salute è, alla fine, una questione politica) e che gli spazi e le traiettorie della salute devono essere concepiti proprio a partire dall'unità psicologica e spirituale dell'uomo nel suo rapporto con gli altri.

Verso un'organizzazione matura. In vista del Congresso di Viterbo viene inviata una lettera del Presidente ai soci SIMM che vale la pena riportare perché esprime chiaramente la crescita della SIMM e le nuove basi organizzative: *"Ci siamo. Per la prima volta fuori dalla Sicilia* (sempre durante la prima riunione del Consiglio a Palermo si decise anche che ogni quattro anni il Congresso si celebrasse al di fuori della Sicilia), *ci vedremo tutti a Viterbo dal 10 al 13 ottobre, in un congresso che, come nella tradizione, saprà aprire nuovi spazi e costruire nuove traiettorie per una salute per tutti così come ci eravamo detti a Palermo appena un anno fa. Voglio subito ringraziare il Consiglio di Presidenza che ha custodito e coltivato una società viva e forte improntata ai valori del servizio e dell'operosità. Abbiamo lavorato bene in spirito di collaborazione e di condivisione avendo come obiettivo principale il perseguimento degli scopi e dei principi della nostra società scientifica. Collegialità e condivisione ci hanno consegnato risultati di un certo rilievo nella ridefinizione delle strategie societarie. Grazie all'ottimo lavoro di Guglielmo Pitzalis, il nuovo Statuto della SIMM col suo Regolamento interno è in vigore. Approvato a maggio durante il Congresso SIMM di Palermo e registrato a Gemona del Friuli ad agosto 2011, il nuovo Statuto diviene riferimento per tutti i Soci della SIMM e per coloro che intendono diventarlo. Le novità più importanti sono i principi etici cui si ispira, gli scopi e alcune attività con particolare riferimento all'ambito della ricerca scientifica, della formazione e dell'advocacy. Il Regolamento interno, approvato nel corso dell'ultimo CdP, lo rende più agevolmente effettivo. La SIMM è adesso un'Associazione nazionale che conta 426 iscritti attivi con 345 medici tra psichiatri, pediatri, epidemiologi, infettivologi, ginecologi, medici di medicina generale, internisti, dermatologi, cardiologi, gastroenterologi, nefrologi, medici del lavoro, e poi ginecologi e ostetriche, psicologi, antropologi, infermieri ed assistenti sociali, educatori, farmacisti, mediatori culturali, sociologi, nonché amministratori, avvocati, sacerdoti, giornalisti, consulenti familiari e perfino geologi. Una grande ricchezza che solo noi abbiamo e di cui dobbiamo essere fieri e premurosi custodi. È un'associazione ramificata e rappresentata nelle unità territoriali (GrIS), con il nostro past-President Salvatore Geraci come coordinatore. Il rafforzamento della funzione del Coordinamento nazionale dei GrIS (sia di quelli già attivi sia di quelli che saranno attivati) si è reso necessario - ricordo - per consentire alla SIMM di avere una capacità di radicamento sul territorio sempre maggiore (in un contesto sanitario sempre più decentrato) ed un'organizzazione capace, in breve tempo, di dar vita a iniziative locali par-*

²⁰ G. Michelucci, *La città tenda e la città carcere*, in *La sfida delle città*, Atti Convegno Testimonianze, 1987, Firenze.

tecipate. Quello dei GrIS è un albero vivo: diamo il benvenuto al nuovo GrIS-Toscana, mentre aspettiamo con ansia l'arrivo dei GrIS della Liguria, della Puglia e della Calabria e ci auguriamo che nelle altre regioni si possano superare le difficoltà che impediscono di creare rete e di fare sensibilizzazione, advocacy, empowerment, promozione scientifico-culturale e divenire policy network (le nostre traiettorie). È un'associazione che si è riorganizzata molto sotto l'aspetto scientifico mediante la creazione di un Comitato tecnico - scientifico, attualmente coordinato da Giovanni Baglio, istituito ad Udine nella riunione del Consiglio di Presidenza dell'8 luglio 2010 e che è già regolamentato. Esso ha il compito di unire, al lavoro di preparazione e gestione degli eventi scientifici principali promossi dalla SIMM (Congresso, eventuali Consensus), la funzione di: promuovere la qualità scientifica della Società (favorendo attività di studio e ricerca con competenza, metodologia e professionalità); istruire e/o curare approfondimenti scientifici ad hoc (ad es., documenti di evidenza su temi riconosciuti come prioritari); valorizzare, anche attraverso la produzione di pubblicazioni, le esperienze presenti al suo interno; tessere rapporti di collaborazione internazionali; curare progetti finanziati e promuovere iniziative di formazione e aggiornamento rivolte ai soci. Una delle principali novità introdotte con il nuovo Statuto è infatti la possibilità di partecipare, come SIMM, a progetti scientifici finanziati. Il Comitato scientifico si è riunito assieme al Consiglio di Presidenza, dando il proprio contributo nell'organizzazione scientifica del congresso di Palermo e da tempo lavora in vista del prossimo congresso. Non finirò mai di ringraziare quanti contribuiscono così generosamente e, malgrado i numerosi impegni e le limitate risorse disponibili, a mantenere viva la nostra società.

Anche la dimensione della Formazione sta assumendo sempre più un ruolo primario e strategico; e del resto non poteva essere altrimenti, visto il grande contributo che, attraverso di noi, la SIMM ha dato alle circa 2200 iniziative formative accreditate svolte in Italia nel periodo 2002-2008. Il riconoscimento dello status di provider ECM nazionale è ormai in dirittura d'arrivo, grazie alla tenacia di Maria Laura Russo e di Emma Pizzini. Maurizio Marceca è il responsabile nazionale per la formazione. Ci aspetta adesso un forte impegno per elaborare (ed attuare) un vero e proprio piano formativo SIMM che, per l'anno 2013, vedrà un pieno coinvolgimento dal basso di tutti i soci. Abbiamo appena approvato un albo docenti/formatori, sulla base delle disponibilità manifestate all'ultimo Congresso di Palermo; si tratta di un elenco provvisorio, cui potranno aderire altri soci che finora non l'hanno fatto (che possono trovare sul sito www.simmweb.it le istruzioni per farlo) e che potrà vedere, sulla base dei curricula che raccoglieremo, ulteriori organizzazioni per aree tematiche. Crescente è anche l'impegno della SIMM sul tema della "Salute Globale" nell'ambito delle attività della Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale (RIISG); ci siamo impegnati a fornire su tutto il territorio nazionale, laddove richiesto, nominativi di nostri soci formatori disposti a svolgere il modulo "Salute e Migrazione".

Forse in questo campo siamo stati molto ambiziosi ma, come ci ricorda Maurizio, "[...] se guardiamo indietro al percorso già compiuto, all'impegno attuale e alle direttive intraprese per il futuro, possiamo trarne la consapevolezza che la formazione è e sarà uno degli ambiti d'impegno più significativi per la SIMM. Il tema della formazione nelle sue diverse dimensioni, anche se l'ECM sembra essere quella vocationalmente più vicina alla natura e agli interessi della SIMM, intercetta trasversalmente le diverse anime della nostra società (la componente universitaria, quella degli operatori dei servizi pubblici e quella degli operatori dei servizi gestiti dal III settore, siano essi ONG, Fondazioni, Onlus o altre Associazioni di volontariato).

Per favorire la partecipazione attiva degli iscritti e non solo, stiamo cercando di valorizzare e rilanciare i Gruppi di Lavoro come forma di approfondimento e scambio tra i soci liberamente riuniti attorno a temi di comune interesse. Quelli esistenti, costituiscono un ulteriore motivo di orgoglio: le Politiche Sanitarie Internazionali (coordinato da Pierfranco Olivani e Daniela Panizzut), la Medicina Narrativa (coordinato da Luisa Lenguini), la Psichiatria Transculturale (coordinato da Marco Mazzetti) e le Malattie Infettive (coordinato da Issa El Hamad), sapranno dare nuova linfa alla nostra società e comunque già da ora sono al nostro fianco e a nostra disposizione per qualunque argomento li riguardi.

Le notizie del Congresso di Viterbo le troverete a parte. Come dicevamo, è il primo Congresso che organizziamo al di fuori della Sicilia. Come era facile prevedere, non sono mancate le difficoltà a reperire le risorse che ci potessero consentire di organizzarlo sobriamente ma dignitosamente. La democratica e fertile discussione emersa al Congresso di Palermo in merito all'eticità delle sponsorizzazioni, formalizzata con la lettera a me indirizzata, ci responsabilizzava ulteriormente nel reperire finanziamenti coerenti coi principi che informano la nostra società. Ebbene anche questa volta ce l'abbiamo fatta. Per tale importante risultato, voglio ringraziare il Comitato Scientifico per l'ottimo programma e l'esemplare organizzazione, il GrIS Lazio e l'Azienda USL di Viterbo con la Provincia, il Comune e l'Università della Tuscia per avere così generosamente e fattivamente risposto alle nostre richieste e, non per ultimi, tutti i soci che si sono iscritti anticipatamente – è la prima volta che succede in 22 anni di storia delle nostre Consensus/Congressi, quando le iscrizioni si facevano nel momento della registrazione dei partecipanti –. Insieme alla partecipazione pubblica, le 210 adesioni arrivate al 30 luglio, con molti soci che hanno contribuito oltre il dovuto, ci hanno permesso di organizzare un congresso equo e solidale così come avevamo auspicato. Ancora grazie.

In un congresso siffatto il ricordo di don Luigi Di Liegro a 15 anni dalla sua morte, si rivela quanto mai opportuno per l'impegno che questo prete ha profuso per i più deboli della società, per gli immigrati e per i rom. Molti di noi hanno avuto la fortuna di conoscerlo e di prendere consapevolezza che nell'azione di advocacy non possiamo essere neutri perché "riproporre i bisogni, stimolare all'intervento e denunciare le 'inerzie' significa avere un 'ruolo politico'". I valori della coesione sociale, della partecipazione e della salute per tutti, che intitolano il nostro congresso, sono ben incarnati in questa semplice e buona figura d'uomo.

Prima di concludere però voglio ricordare che questo è il congresso in cui eleggeremo il nuovo presidente ed il nuovo consiglio. Anche per questo tradizionale appuntamento ci sono delle novità su cui sarete informati a parte. Voglio però ribadire che non ci sarà nessuno sconvolgimento. Come sempre le novità messe in campo sono funzionali al consolidamento della nostra storia. Oltre i personalismi, il rinnovo delle cariche sociali saprà ancora una volta ridefinire le strategie e gli obiettivi societari per una salute senza esclusioni, aprendo nuovi spazi e costruendo nuove traiettorie nel solco del nuovo Statuto. [...]."

Dignitas in salute, salus in dignitate. A distanza di poco più di un anno dall'ultimo Congresso della SIMM di Palermo (maggio 2011), dal 10 al 13 ottobre 2012 si celebra un nuovo Congresso, vicino al precedente ma necessario sia per un allineamento statutario, sia per affrontare i temi della crisi sociale, politica e morale che stavamo attraversando. Sembrava, infatti, che le conquiste sul piano dei diritti sanitari – anche quelle recenti

– rischiassero di essere dimenticate con il progressivo ridimensionamento del Sistema sanitario pubblico che provocava attriti e, a volte, “lotte tra poveri”, che vedevano anche il continuo riemergere di pregiudizi, quasi un voler cercare ad ogni costo un’alterità che ci dividesse. Erano presenti, intanto, ferite sempre aperte nell’accoglienza, che non c’era o era talmente approssimativa – nelle scelte politiche ed organizzative – che produceva essa stessa *noxe* patogene (si veda la gestione dell’emergenza del Nord-Africa); c’erano ancora luoghi di sospensione dei diritti come le carceri o i CIE, dove forse era ancora peggio; le disuguaglianze nella salute tra italiani e immigrati aumentavano nei luoghi di lavoro; le strette maglie della cittadinanza non consentivano pari opportunità per le seconde generazioni; il disagio sociale e le politiche incerte producevano sofferenza e malattia mentale... Tutto ciò è stato tema di discussione ed approfondimento nel XII Congresso che si è svolto a Viterbo dal titolo “Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni”. Tanti contributi, dati ed esperienze utili per generare coesione, collegamenti, occasione di lavoro comune, e, soprattutto, un sentire condiviso così necessario in quel periodo per non farci contagiare dal pessimismo o, ancor peggio, dalla rassegnazione. Il nostro obiettivo e comune impegno fu anche sintetizzato dal motto della nostra società, proposto da Maurizio Marceca e da poco approvato dal Consiglio di Presidenza: “*Dignitas in salute, Salus in dignitate*”. La promozione della salute è, infatti, prerequisito per affermare la dignità di ciascuno e il riconoscimento della dignità della persona è di per sé un fattore protettivo della salute e da essa imprescindibile. Ecco il senso etico del nostro impegno, ecco perché affermavamo, ancora una volta, nei fatti e nella quotidianità, la necessità di una salute senza esclusioni. E lo abbiamo fatto a Viterbo, nel primo Congresso della SIMM celebrato fuori dalla Sicilia: grazie al coinvolgimento diretto del GrIS Lazio e dell’Azienda USL ed alla partecipazione concreta della Provincia, del Comune e dell’Università della Toscana, di fatto si è aperta una fase nuova della nostra storia, con il territorio sempre più protagonista contribuendo con le proprie specificità e opportunità. Viterbo che per le sue dimensioni e organizzazione è stata individuata come città simbolo della relazione e della comunicazione, ci ha aiutato a toccare con mano l’enorme vivacità umana e culturale degli operatori socio-sanitari operanti nella Regione Lazio che in quegli anni con competenza ed interesse umano operavano agito con efficacia per favorire la salute dei migranti della loro regione e non solo. Durante il Congresso con un videomessaggio, l’allora ministro della Salute, prof. Renato Balduzzi, ha annunciato l’approvazione dell’Accordo tra Stato, Regioni e Province autonome sulla corretta applicazione della normativa esistente per la tutela della salute di cittadini stranieri e comunitari. Una grande soddisfazione per la SIMM che tanto tempo e impegno aveva dedicato per raggiungere questo obiettivo.

A Viterbo, abbiamo attinto nuova linfa di conoscenze e abbiamo proposto, come avevamo fatto sempre nel passato con responsabilità e fantasia, soluzioni utili al nostro Paese ad attraversare la crisi con civiltà e dignità, senza comprimere i diritti dei più deboli. Quell’anno, inoltre, in occasione del ventennale del Gruppo di Lavoro Nazionale Bambino Immigrato della Società Italiana di Pediatria, a Francavilla al Mare (Chieti), subito dopo il nostro, si tenne il V Congresso congiunto SIP/GLNBI-SIMM a cui partecipammo in una Tavola Rotonda dal titolo: “Una rete per i minori migranti”.

Responsabilità ed equità. Le migrazioni continuavano, ma non crescevano. A causa della crisi e della crescente disoccupazione, circa 5 milioni restava il numero di persone comunitarie e non comunitarie presenti in Italia (ISTAT, 2013). Il 2013 aveva visto le politiche incerte e la debolezza dell'integrazione far emergere il rischio di indebolire la tutela dei fondamentali diritti umani, il Mediterraneo si era trasformato ancora di più in un luogo di morte, i diritti dei lavoratori erano stati rinnegati in alcuni luoghi di lavoro, il trattenimento nei Centri di identificazione e di espulsione era regolato da norme illegittime, troppe erano ancora le vittime di tratta per sfruttamento sessuale o lavorativo, ancora debole il riconoscimento delle discriminazioni, in continua crescita. Ancora il profilo di salute si caratterizzava per condizioni di sofferenza dovuta a fragilità sociale, accoglienza inadeguata e accessibilità non diffusa. In questo campo si consolidava la tendenza ormai strutturale verso forme di malattie sociali piuttosto che etno-culturali. A causa del mancato riconoscimento dei diritti fondamentali, la questione delle malattie dei migranti diventava sempre di più una questione politica. Ma nel frattempo una data difficile da dimenticare: 3 ottobre 2013. Fu l'ennesima tragedia, avvenuta a mezzo miglio dall'Isola dei Conigli a Lampedusa e che vide un barcone con a bordo 500 persone rovesciarsi dopo un incendio, causando 366 morti. Papa Francesco diceva che *"se da una parte le migrazioni denunciano spesso carenze e lacune degli Stati e della Comunità internazionale, dall'altra rivelano anche l'aspirazione dell'umanità a vivere l'unità nel rispetto delle differenze, l'accoglienza e l'ospitalità che permettano l'equa condivisione dei beni della terra, la tutela e la promozione della dignità e della centralità di ogni essere umano"*. Erano parole chiare che dicevano come, dinanzi all'evento migrazione, fosse necessario un cambiamento culturale che interessava tutti. Usando sempre le parole del Papa, bisognava *"passare dalla cultura dello scarto ad una cultura dell'incontro e dell'accoglienza"*. *"Noi, in verità, preferiamo ancora definire il fenomeno in termini di emergenza, probabilmente perché ci è comodo pensarla così; l'emergenza, di fatti, merita risposte passeggere, non impegnative e coinvolgenti"* (F. Montenegro).

Fu chiaro così, in quel momento storico, come fosse necessario riappropriarsi di parole come responsabilità ed equità con la scelta della città di Agrigento per il nostro Congresso, facendoci contagiare dalle suggestioni socio-culturali di un territorio che aveva visto nascere e svilupparsi la storia dei diritti dell'uomo e che soffriva per i tanti morti e per le tante vittime dell'ingiustizia e della violenza del mondo, così freddo e cinico e così bisognoso di umanità e di pace. Agrigento, patria italiana del pensiero greco e fondamento della cultura dell'accoglienza, della concordia e della bellezza, per ritrovare le nostre origini. Quasi un voler cercare ad ogni costo ragioni e motivazioni profonde al nostro operare ricordando i diritti dei rifugiati, a partire dalla Convenzione di Ginevra del 1951, i diritti alla tutela della salute dei bambini, a partire dalla Convenzione di New York, che proprio quell'anno compiva 25 anni, la lotta alle disuguaglianze nella salute, ricordando i lavori della Commissione OMS sui Determinanti Sociali di Salute del 2008, con la pubblicazione intitolata *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, la parità di trattamento tra le persone indipendentemente dall'origine etnica, a partire dalla direttiva contro ogni forma di discriminazione n. 2000/43 del Consiglio Europeo. Ricordammo, per realizzarlo sempre di più, l'art. 32 della Costituzione Italiana che identifica nella Repubblica il soggetto tenuto a tutelare la salute, precisando che il diritto alla tutela della salute è

fondamentale (e quindi non soggiacente ad altri diritti) ed è dell'individuo, cioè indissolubilmente legato alla persona in quanto tale; che sottolinea, inoltre, come questa assunzione di responsabilità sia interesse della collettività, precisazione che introduce il concetto di solidarietà sociale; che, infine, attraverso la garanzia di cure gratuite agli indigenti, libera la fruizione di questo diritto dalla presenza di ostacoli di natura economica, ripromettendosi di sostenere i soggetti più vulnerabili.

In opposizione al *logos* della concordia, ricordammo il *caos* rappresentato dalla crisi economica e soprattutto dal modo maldestro di correggerla che indeboliva la tutela dei fondamentali diritti umani, il *caos* del Mediterraneo che si era trasformato in un luogo di morte per tante persone in fuga; i diritti dei lavoratori che erano stati rinnegati in alcuni luoghi di lavoro – dalle imprese di Prato alle campagne della pianura padana o della piana di Rosarno e della Lucania – senza dimenticare il lavoro domestico. Era il *caos* della deprivazione sociale a determinare in maniera netta le malattie dei migranti e ad allontanarli sempre di più dai sistemi sanitari.

Il XIII Congresso Nazionale SIMM si è svolto ad Agrigento, patria del *pathos*²¹, dal 14 al 17 maggio 2014, con il non casuale titolo "Responsabilità ed Equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere".

Il termine responsabilità esprime un concetto centrale nella filosofia morale, nel diritto e nelle scienze sociali in genere ed è intimamente legato al principio di equità, secondo cui va dato al singolo qualcosa in più di quanto gli spetterebbe per legge. È la giustizia non esercitata secondo la lettera della legge scritta, ma temperata da un'equa considerazione del caso particolare. Anche qui, si trattava di un concetto filosofico e giuridico teorizzato da Aristotele (*Epicheia*) e ripreso dalla teoria generale del diritto. Secondo l'*epicheia*, si giustifica l'inapplicabilità della legge al caso concreto qualora con la sua applicazione la norma si rivelasse moralmente ingiusta e intollerabile. L'equità non offende la legge né la giustizia, ma interpreta l'una e l'altra nel loro vero significato; è la "giustizia del caso singolo".

Secondo il principio di uguaglianza gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono essere trattati egualmente. Secondo il principio di equità, gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente. Quando ciò non si verifica siamo di fronte ad una ingiustizia sociale e distributiva.

Dai vari squilibri globali, che caratterizzano la nostra epoca, vengono alimentate disparità, differenze di ricchezza, ineguaglianze, che creano problemi di giustizia e di equa distribuzione delle risorse e delle opportunità, specie nei confronti dei più poveri. In una situazione del genere, non sorprende quindi che le diseguaglianze abbiano ripreso a correre. È esattamente ciò che stava accadendo all'Italia. In definitiva, le concrete possibilità di arrestare il declino economico e sociale dell'Italia, altrimenti irrefrenabile, passavano anche dall'impegno a riprendere – e con la determinazione necessaria – una battaglia (culturale, politica e sociale) per l'uguaglianza. Che però per essere davvero incisiva non poteva risolversi in pensieri solitari, ma doveva tornare a essere un condiviso ideale umano e un valore morale.

²¹ Nel duplice significato di sofferenza e di passione.

Quello della condivisione è un impegno che presuppone un metodo che in questi lunghi anni la SIMM ha cercato di perseguire con passione (*pathos*), sia a livello centrale che territorialmente attraverso i GrIS.

La crisi non aveva solo impoverito economicamente la società italiana, ma rischiava di indebolire anche la sua democrazia. L'immigrazione, spesso identificata come luogo di povertà, di insicurezza, di conflittualità sociale, oltre che essere luogo di discernimento della qualità dei principi democratici, poteva diventare risorsa per la crescita dell'Italia: per il milione di ragazzi immigrati che nascevano e crescevano; per i giovani che arrivavano nelle nostre città; per le storie familiari; per le culture, le esperienze che invitavano al dialogo e all'incontro; per una nuova prossimità vicina e lontana che aiutava a riconoscere ogni persona nella sua dignità, interezza ed unicità.

Dignità e diritti. Nel 2016 la SIMM si ritrova a Torino dal 11 al 14 maggio per il XIV Congresso Nazionale dal titolo "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute". Si vuole testimoniare ancora una volta quanto la SIMM avesse a cuore la salute dei migranti e quanto importante fosse la sua promozione a partire dal riconoscimento della dignità e dei diritti, in piena crisi. Torino come sede, per la sua storia e per le numerose testimonianze dei suoi cittadini di ieri e di oggi, rappresentava la scelta ideale. Mentre organizzavamo l'evento, continuavano le notizie di morte dei migranti via terra e via mare, ma continuavano anche le notizie di una chiusura di Paesi europei al cammino dei migranti, con un pericoloso ritorno a nazionalismi che metteva in discussione l'unità stessa dell'Europa. Speculare sulla vita umana dei migranti o respingerli in terra o in mare sono atti criminali su cui, come da più parti richiesto, si dovrebbe procedere a un'indagine della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo di Strasburgo ottemperando all'art. 1 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea: "La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata". Nel nostro campo ormai da tempo si facevano passi indietro nell'affermazione concreta della dignità e dei diritti delle persone specialmente se appartenenti alle fasce deboli. Parlarne, discuterne assieme proponendo all'attenzione generale ciò che già si fa e si può fare, combattendo il clima di sfiducia e di impotenza di fronte a fenomeni che sembravano superiori alle nostre forze, è stato lo scopo principale del Congresso. I lavori in plenaria sono stati aperti sul delicato tema dell'Accordo Stato-Regioni per la tutela della salute dei migranti: diritto compiuto o occasione persa? Vladimiro Zagrebelski, già giudice della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo e direttore del Laboratorio dei Diritti Fondamentali di Torino, ci ha aiutato a capire, per poterlo gestire, il mancato passaggio dai diritti teorici a quelli pratici e come dietro ci fosse una precisa volontà politica. La storia dell'Accordo dimostrava quanto fosse difficile percorrere la strada che dalle parole portava ai fatti. Ancora il rimpallo istituzionale tra le varie commissioni esistenti all'interno del rapporto Stato-Regioni, di fatto, bloccava importanti questioni che riguardavano i diritti fondamentali dei migranti, minori non accompagnati in primis. Patrizia Carletti e Salvatore Geraci hanno fatto il punto sull'applicazione dell'Accordo Stato-Regioni con le corrette indicazioni delle normative sanitarie per l'accesso ai servizi di prevenzione e cura e nella definizione di strategie perché esso venisse applicato in modo diffuso. Così come ad Agrigento nel 2014, gestito in collaborazione con l'ASGI, ampio spazio è stato dato al tema dei migranti forzati ed a quello nuovo dei migranti in transito in Europa, che tanto preoccupava non i transitanti

quanto i cittadini italiani per possibili quanto improbabili fenomeni di contagio. Molti i problemi sul tappeto, dallo sbarco, agli *hotspot*, all'espulsione – distinzioni arbitrarie tra migranti economici e richiedenti protezione internazionale, espulsioni lampo, metodi ingannevoli per ottenere le impronte, informativa inesistente sui diritti; dalla situazione dei minori stranieri poco protetti e garantiti durante le fasi di salvataggio e trasferimento, "detenuti" in strutture d'accoglienza non conformi, senza operatori adeguati per numero e specifica competenza e non coerenti con l'interesse del minore. Abbiamo affrontato il problema altrettanto caldo, della restrizione della libertà e misure di tutela, di fronte ad un modello di accoglienza incompatibile con la dignità della persona: sovrappollamento, isolamento delle strutture rispetto al territorio, tempi medi di permanenza di 18 mesi in attesa del completamento della procedura di riconoscimento della protezione internazionale, mancata iscrizione dei richiedenti asilo al Servizio sanitario nazionale (in contrasto con la normativa vigente), disfunzioni nella fornitura ed accesso ai servizi di supporto psicologico e legale, fenomeni di degrado, illegalità e violenza difficilmente gestibili come riconosciuto dalle stesse forze di polizia. Abbiamo riparlato del rapporto pubblico-privato sociale, tema già affrontato nel *Workshop* dei GrIS di Firenze del 2015. Come, proprio a Firenze, ci aveva ricordato il nostro socio onorario Gavino Maciocco, *"sulla sanità si gioca una partita vasta e complessa che ha poco a che vedere con la salute dei cittadini. Una partita che si interseca con la riforma del Terzo settore, già approvata alla Camera, e che ha come sfondo i colossali interessi dell'intermediazione finanziaria e assicurativa nazionale e internazionale"*. A testimonianza dell'importanza dell'attuazione del protocollo deontologico per un'informazione corretta, il Congresso si è concluso con un intervento preordinato dell'associazione di giornalisti Carta di Roma in continuità con un analogo intervento fatto durante il *Workshop* del 2015: "Oltre il lessico della paura. Informazione e immigrazione alla prova dell'applicazione della Carta di Roma".

Il 2015 è ricordato come l'anno dei rifugiati: non in Italia, in cui gli arrivi sono stati 152.000, 20.000 in meno rispetto all'anno precedente, ma in Europa, dove, si è passati da 216.000 del 2014 ad oltre 1 milione. La SIMM lo ricorda anche per la scomparsa, in una domenica di ottobre, di Italo Siena, fondatore del Naga. *"Con Italo abbiamo condiviso l'assurdità degli anni di diritti negati e nascosti, la fatica di far emergere dignità e diritti per tutti gli stranieri, le soddisfazioni di piccole intuizioni che hanno mosso coscienze, suscitato impegno, creato movimento. Lo ricordiamo così, in cammino"* (Salvatore Geraci e i colleghi della SIMM) e abbiamo dedicato a lui il Congresso assieme alle tante vittime innocenti dell'ingiustizia e della violenza del mondo.

El dolor de un sueño. In occasione del Primer Congreso Ecuatoriano sobre Salud y Migración della Sociedad Ecuatoriana de Salud de la Migración" (SESMI), svoltosi a Loja dal 25 al 27 febbraio 2016 con il titolo *"El dolor de un sueño"*, una delegazione della SIMM ha partecipato ai lavori congressuali ed ha attivamente collaborato alla stesura di una Carta di intenti, la *Carta di Loja*. La Carta è stata firmata dai Presidenti delle due Società scientifiche, Johanna Montalvo e Mario Affronti. Al Congresso, organizzato dal Rielo Institute for Integral Development con il coordinamento di Riccardo Colasanti e svoltosi presso l'UTPL (Universidad Técnica Particular de Loja), hanno partecipato ricercatori ed esperti di salute e migrazione provenienti, oltre che dall'Ecuador e dall'Italia, dalla Bolivia, dall'Argentina, dal Perù, dal Cile e dagli Stati Uniti.

Memoria e prospettiva. *Premessa: nell'avvicinarci all'oggi, la narrazione si fa prossima e, inevitabilmente, rischia di perdere la profondità della prospettiva in una memoria che richiederebbe ulteriore elaborazione; i passaggi che seguono (nel sostanziale rispetto dell'ordine cronologico), necessariamente elusivi di tanti fatti ed attività, risentono quindi - almeno in parte - del fatto che vi siamo ancora "immersi" (basti pensare che solo pochi giorni fa il Governo ha approvato la riforma dei cosiddetti "decreti sicurezza" proposta dalla Ministra Lamorgese).*

Il nuovo consiglio di presidenza eletto in occasione del Congresso di Torino - di cui erano stati confermati quattro componenti - oltre alla nomina (anche per delega) delle diverse e fondamentali figure previste dal nostro Statuto e dal nostro Regolamento, ha deciso di avviare il proprio mandato attraverso una riflessione condivisa. Mantenendo una prassi già avviata nei cicli precedenti, si è infatti riunito insieme ai componenti il CdP precedente (nell'ottica di salvaguardare la "memoria" e poter dare "continuità") e si è riservato un tempo ampio per proporre, discutere e definire quali potessero essere le sue linee prioritarie e strategiche di azione. Ne sono derivate le *Prospettive e linee di azione della SIMM per i successivi 4 anni* di seguito schematizzate:

- ✓ *continuare e potenziare l'azione di advocacy legale, sia a livello centrale (partecipazione ai tavoli tecnici ecc.) sia tramite il supporto alla rete dei GrIS;*
- ✓ *consolidare la collaborazione tra le istituzioni, per un riconoscimento sempre maggiore della SIMM, attraverso: il coinvolgimento nei tavoli tecnici, la promozione di iniziative di collaborazione in rete, la sigla di protocolli d'intesa con altri soggetti su obiettivi comuni;*
- ✓ *rafforzare la visibilità della SIMM anche a livello internazionale, attraverso la presenza a eventi di rilievo internazionale, e continuando ad esplorare la possibilità di partecipazione a progetti europei;*
- ✓ *perseguire le attività di formazione, creando un sistema che vada realmente al di là dell'erogazione dei crediti formativi, costruendo alleanze e network che disseminino e arricchiscano le competenze sinora accumulate dalla SIMM;*
- ✓ *promuovere e favorire l'attività di studio e ricerca, che ha rappresentato uno dei nostri grandi punti di forza in passato, e che ha contribuito grandemente a smontare pregiudizi (la Sindrome di Salgari, ad esempio) e a segnalare bisogni sanitari emergenti;*
- ✓ *essere più proattivi in termini di comunicazione/informazione all'interno della società (attraverso, per esempio, l'istituzione di una newsletter trimestrale) e verso l'esterno (soprattutto tramite sito).*

"In sintesi" - dicevamo - "l'auspicio è che la SIMM rappresenti un luogo di confronto culturale e scientifico e un punto di riferimento per tutti gli operatori della salute, professionisti e volontari, e un interlocutore accreditato per le istituzioni a livello nazionale, regionale e locale. Per tutte queste differenti dimensioni di impegno occorre una società scientifica viva, in cui tutti i soci si sentano direttamente impegnati e ascoltati nelle loro proposte".

Motivati da questi obiettivi ed orizzonti condivisi, ci siamo messi all'opera consapevoli di dover guidare ed accompagnare la SIMM - per l'ennesima volta nella nostra storia - in un contesto politico instabile, ambiguo, contraddittorio e fondamentalmente timoroso, sia a livello europeo che nazionale, di perdere consenso elettorale qualora avesse affrontato e tentato di governare il fenomeno migratorio con politiche chiare e coerenti orientate all'accoglienza e integrazione.

Dopo pochi mesi (dicembre 2016) cade il governo Renzi (che aveva avuto come ministro dell'Interno Alfano) e si insedia il governo Gentiloni (che ha come ministro dell'Interno Minniti); rimangono invece immutati gli incarichi relativi ad altri ministeri di interesse (Orlando alla Giustizia, Poletti al Lavoro e alle Politiche Sociali, Lorenzin alla Salute). In questo passaggio politico non si modifica però – né lo farà purtroppo fino all'oggi – quella distorsione che affida il potere e la competenza sull'immigrazione pressoché esclusivamente al Ministero dell'Interno, sancendone di fatto una visione schiacciata sulla dimensione securitaria (laddove, allora come ora, sarebbe auspicabile una sussidiarietà verticale realizzata attraverso la collaborazione di diversi dicasteri sotto il coordinamento del Ministero delle Politiche sociali, visto che quello migratorio è primariamente un fenomeno di natura sociale).

I provvedimenti adottati dal ministro dell'Interno nel suo anno e mezzo di titolarità (per quanto di diverso segno tra loro) non convincono affatto, nella sostanza, la SIMM e più in generale il Terzo Settore, pur non toccando direttamente le disposizioni sanitarie. Rispetto al cosiddetto "Decreto Minniti-Orlando sull'immigrazione" del febbraio 2017 non si modifica infatti l'approccio repressivo e di contrasto all'immigrazione: citiamo, su tutti, il passaggio solo lessicale dai CIE ai CPR (di cui si prevede la creazione di 20 nuovi centri), che non ne tocca le finalità e le condizioni di vita interne, eludendo processi di inclusione e socializzazione per i migranti in attesa del permesso di soggiorno che vengono così isolati e reclusi in luoghi lontani dai contesti urbani²². Nel settembre 2017 viene invece presentato, dallo stesso ministro dell'Interno, il primo "Piano Nazionale d'integrazione", rivolto a richiedenti e titolari di protezione internazionale, che - quasi fosse stato voluto da altri rispetto al precedente - mostra invece una visione più ampia, più aderente alla complessità e maggiormente orientata all'integrazione: ad esempio, vi è previsto un impegno per l'apprendimento della lingua italiana; vi è previsto che, all'uscita dai centri SPRAR, il Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati, il migrante sia accompagnato in un percorso che lo aiuti a trovare un alloggio; e vi è prevista una maggiore considerazione dell'importanza dei ricongiungimenti familiari. Purtroppo i soli nove mesi di ulteriore sopravvivenza di questo Governo non ne consentiranno un'effettiva applicazione.

Nel frattempo la SIMM registra un evento interno particolarmente doloroso: l'improvvisa scomparsa di Maria Edoarda Trillò, pediatra da sempre impegnata per i diritti dei migranti e per una sanità pubblica equa nonché componente il Consiglio di Presidenza e referente del GrIS Lazio, alla cui memoria decidiamo di dedicare un numero monografico dal titolo *Salute e migranti* della rivista «Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute», alla cui stesura partecipano con propri contributi originali ben 25 soci²³. Il Consiglio decide anche di partecipare e sostenere (anche economicamente per i suoi quattro anni di vigenza) altre iniziative congiunte in suo ricordo, con particolare riferimento ad un progetto di sostegno alla lettura per

²² Da ricordare, a questo proposito, la presa di posizione fortemente critica sul Decreto Minniti-Orlando assunta dalla SIMM facendo proprio, a livello nazionale, un documento inizialmente predisposto dal GrIS Liguria. Dimostrando di non limitarsi alla protesta sapendola integrare con la proposta, va altresì ricordato come la SIMM abbia sottoscritto in questo stesso periodo (partecipando attivamente alla stesura della loro parte sanitaria) ben due Disegni di legge sull'immigrazione.

²³ «Sistema Salute», 2017; 61(3):pp. 8-126.

i bambini in una sezione della Biblioteca multiculturale dell'Associazione Cittadini del mondo a lei dedicata.

Strumenti per la governance. Diversi sono, anche simbolicamente, i risultati rilevanti raccolti dalla SIMM durante questo anno. L'inserimento nei nuovi LEA - Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM 12 gennaio 2017) del diritto al Pediatra di Libera Scelta (PLS) per i bambini figli di stranieri senza permesso di soggiorno corona infatti una lunga azione di *advocacy* portata avanti in collaborazione con il Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante (GLNBM) della SIP - Società Italiana di Pediatria (di cui diversi componenti sono anche soci SIMM); malgrado l'importanza dell'affermazione di questo diritto, dobbiamo segnalare che purtroppo, ad oggi, non ne è ancora garantita sul territorio nazionale l'effettiva applicazione.

Rimarchevole è il nostro impegno scientifico di questo periodo. L'emanazione con Decreto del 3 aprile 2017 (pubblicato su GURI Serie generale - n. 95 del 24.4.2017) delle "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" mette finalmente a disposizione degli operatori uno strumento importante per la presa in carico di vittime di violenza, alla cui stesura la SIMM, oltre che organizzazione formalmente partecipante, ha operativamente contribuito con una decina di soci (su 44 presenti in Commissione).

Sempre sul piano scientifico, all'interno di un Accordo di collaborazione della SIMM con l'INMP (ente finanziatore) e l'ISS e dopo un anno e mezzo di lavoro, viene pubblicata la Linea Guida "I controlli alla frontiera - la frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela sanitaria per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza" che riteniamo essere, per qualità scientifica e rilevanza, uno dei prodotti più significativi che ci hanno visti coinvolti da protagonisti: per la sua stesura sono stati reperiti e valutati criticamente, in totale, 1059 documenti e formulate 50 raccomandazioni in riferimento alle strategie da adottare per l'identificazione precoce dei bisogni di salute dei migranti.

Dalla stessa collaborazione, nell'anno successivo (2018) deriverà un'ulteriore Linea Guida su "Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia", per la cui elaborazione sono stati considerati - oltre alla *Consensus Conference* italiana "Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi. Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata" realizzata nel 2008 e recepita dal Ministero della Salute nel 2010, cui la stessa SIMM aveva partecipato con un ruolo centrale - 942 documenti, pervenendo alla formulazione di 25 raccomandazioni graduate.

Non è certo trascurabile l'impatto scientifico, culturale, mediatico e politico di queste Linee Guida: da questo momento nessuno (che appartenga o meno al mondo scientifico) può - senza essere prontamente smentito - lanciarsi in affermazioni pubbliche prive di un fondamento scientifico, cioè basato su prove di evidenza scientifica (EBM), su possibili rischi di salute portati in Italia dai migranti e/o sui controlli da effettuare loro all'ingresso e durante la loro permanenza.

Come si accennerà più avanti, la SIMM è a tutt'oggi impegnata per l'implementazione di queste Linee Guida quali strumenti di *governance* della tutela della salute dei migranti sul territorio.

Sempre in ambito scientifico, vengono approvati due nuovi "Gruppi di lavoro" (GdL) SIMM sulla "Relazione di cura transculturale" (*Transcultural caring*) e sulla "Psichiatria" e vengono siglati ulteriori Accordi di collaborazione formale con MSF (Medici Senza Frontiere) Italia e con l'Associazione Italiana di Psicologia (AIP).

Continuando ad annoverare i principali risultati ottenuti in questo periodo va ricordato anche il riconoscimento alla SIMM da parte dell'Agenas/Commissione Nazionale ECM - dopo una sua visita di verifica - dello status di "Provider standard" ECM, che, considerati i nostri oggettivi limiti economici e quindi anche operativi, è stato veramente un successo non facilmente prevedibile (da questa valutazione è tra l'altro derivata la necessità di apportare una modifica formale al nostro Statuto).

Rispetto alla vita societaria: il 12 e 13 maggio 2017 si svolge a Cividale del Friuli (UD) il Convegno InterGrIS, che si struttura, in particolare, sui lavori di gruppo organizzati su quattro diverse tematiche: 1) i Rapporti pubblico/privato (coordinato dal GrIS Lazio con GrIS Lombardia e GrIS Emilia-Romagna); 2) l'Integrazione socio-sanitaria nell'accoglienza e nelle politiche regionali (coordinato dal GrIS Liguria con GrIS Veneto e GrIS Campania); 3) i Minori Stranieri Non Accompagnati - MSNA (coordinato dal GrIS Friuli Venezia Giulia con GrIS Piemonte e GrIS Sardegna); 4) l'*advocacy* per la tutela dell'accesso ai servizi (coordinato dal GrIS Emilia-Romagna con GrIS Calabria e GrIS Toscana).

Nello stesso anno, inoltre, si inizia a ragionare (tra le altre cose), sui processi decisionali e sulle relative forme di consultazione interne alla SIMM; si definiscono i criteri e i referenti per la concessione del patrocinio SIMM a soggetti esterni; il frutto di queste e di altre riflessioni viene riportato in una revisione del nostro Regolamento. Viene inoltre inaugurato il nuovo sito della SIMM, pensato per essere sempre più qualificato ed utile ai soci.

Ricordando tutto ciò, emerge bene in trasparenza come la nostra Società, a seguito delle tante traiettorie descritte in questa relazione congiunta, raccolga sempre più all'esterno da parte delle Istituzioni un riconoscimento pieno del suo valore e del suo possibile contributo, con l'inserimento in tavoli e gruppi di lavoro tecnici così come nella crescente richiesta di collaborazione in ambito formativo. Significative sono anche le ripetute richieste di audizione che la vedono coinvolta, in ambito parlamentare ma anche, ad esempio, nel Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), che - nel giugno 2017 - esprimerà un Parere tecnico sui temi bioetici correlati a "Immigrazione e salute".

Militanza e "governo": L'anno 2018 presenta, tra gli altri, un fatto inusitato: la SIMM partecipa infatti (con l'effettiva adesione di molte decine di soci) allo sciopero della fame organizzato a sostegno dell'approvazione del disegno di legge, fermo da due anni al Senato, sul cosiddetto "*ius soli temperato/ius culturae*". Una norma che sarebbe necessaria, ineluttabile, che dovrebbe aggiornare alla situazione attuale una legge, quella del 1992 sullo *ius sanguinis*, che ha di fatto mantenuto la prima legge sulla cittadinanza dell'Italia appena unificata nel 1861 (a sua volta mutuata dal Codice napoleonico), prodotta in un contesto storico-sociale totalmente diverso dall'attuale (quello di un Paese ad alto tasso di emigrazione). La situazione non migliora certamente quando, il 1° giugno 2018, a seguito dell'alleanza tra Movimento 5 Stelle e Lega, si insedia il I Governo Conte (avente quale ministro dell'Interno Salvini, ministro della Giustizia Bonafede, ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali Di Maio e ministra della Salute Grillo). Come

sappiamo, a tutt'oggi nessun Governo e nessun Parlamento hanno avuto la sufficiente determinazione e capacità di realizzare questa doverosa riforma.

Ma il cosiddetto Governo "giallo-verde" non si limita a insabbiare la possibilità di una riforma della cittadinanza; manifesta piuttosto con diversi atti una determinazione a esprimere politiche di chiusura non solo verso i migranti (compresi i richiedenti protezione internazionale, che dovrebbero essere - per norme di diritto internazionale - i soggetti più tutelati), ma anche verso le Organizzazioni che si impegnano per la tutela dei loro diritti. Non è qui necessario ricordare, in quanto fatti recenti presenti alla memoria di ciascuno, i ripetuti pronunciamenti per la chiusura dei porti alle navi cariche di migranti salvati in mare e la criminalizzazione delle ONG che hanno operato tali encomiabili interventi di *search and rescue* (ricerca e soccorso). Si tratta, per la SIMM come per tutte le altre organizzazioni che, a vario titolo, sono impegnate per la tutela dei migranti, di un periodo molto amaro (e in parte frustrante), in quanto obbligati ad assistere a ripetute e gravi violazioni agite dalle stesse istituzioni a danno di donne, uomini e minori vulnerabili, quando non già vulnerati (in particolare attraverso le rotte obbligate a passare per la Libia, paese in mano a bande criminali con cui il nostro Paese deciderà di siglare inquietanti accordi).

Nello stesso anno la SIMM, su invito del Ministero della Salute, aderisce (a partire dal suo stesso disegno progettuale) ad un Progetto FAMI che prende il titolo di FOOTPRINTS (Formazione Operatori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica). Tale Progetto rappresenta per la SIMM - sia in termini di entità del finanziamento ricevuto, sia delle responsabilità giuridiche assunte, sia della entità e durata dei prodotti da garantire - l'impegno finora più rilevante della sua storia. Attivo dal luglio 2018 e con scadenza nel dicembre 2020 il Progetto, nato con l'obiettivo di superare la frammentazione delle esperienze locali e regionali per giungere alla definizione di modalità operative uniformi per il coordinamento regionale/provinciale nell'ambito di salute e migrazione, viene svolto in partenariato - oltre che con il Ministero della Salute che ne è capofila - anche con l'Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle Università Italiane (ACPPCLM-M&C). La scelta di parteciparvi è frutto di un'articolata discussione interna alla SIMM, a seguito della quale prevale la consapevolezza - a fronte di un impegno inusitato - di dover cogliere una preziosa occasione per cercare di "ricomporre", almeno in parte, gli effetti negativi di un federalismo esasperato; occasione che viene da noi vista come un utile volano d'implementazione locale dei diversi documenti di indirizzo già prodotti (le Linee Guida di cui sopra) in un'ottica di armonizzazione a livello nazionale, cioè di superamento, o quanto meno riduzione, delle disomogeneità applicative nei diversi territori per la costruzione di un'autentica *governance*. Anticipando la sequenza storica della narrazione, a cogliere la complessità di questa sfida è sufficiente dire che il Progetto vedrà il coinvolgimento di 89 professionisti socio-sanitari individuati dalle Regioni/Province autonome, su invito del Ministero della Salute; tali referenti regionali/provinciali del Progetto FOOTPRINTS hanno poi partecipato alle attività sviluppate secondo tre assi di lavoro: il percorso formativo di *capacity building* istituzionale; la costruzione di *comunità di pratica* volta al confronto tra referenti territoriali; il supporto ai processi locali di *implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali*, attraverso il rafforzamen-

to dei sistemi di *governance* regionali/provinciali. Tra i principali prodotti dell'impegno progettuale della SIMM vi è la stesura del "Format nazionale di documento per il coordinamento regionale/provinciale": questo rappresenta un modello/guida, elaborato con modalità fortemente partecipate, che fornisce indicazioni nazionali e strumenti attraverso cui le Regioni e le Province autonome sono inviate a definire le politiche sanitarie locali e articolare l'assistenza socio-sanitaria per la popolazione immigrata. Pur volendo offrire delle linee di indirizzo nazionali, il Format di documento è costruito in modo tale da adattarsi ai contesti locali e includere le specificità presenti a livello territoriale.

L'aver deciso di fare – con il Progetto FOOTPRINTS – una sorta di "salto in alto ed in avanti" (con particolare riferimento alla necessità di gestire finanziamenti di entità finora a noi sconosciuta), unitamente al recente processo normativo di ridefinizione del Terzo Settore (avviato con la Legge Delega n. 106/2016 e tuttora in corso perché in attesa di ulteriori decreti attuativi), ci rende consapevoli di attraversare una fase della vita societaria in cui è necessario capire se, usando una metafora, "l'abito" giuridico che ci eravamo cuciti addosso (Associazione di Promozione Sociale) sia ancora adeguato alla nostra nuova corporatura... cercando allo stesso tempo di curare meccanismi di garanzia democratica interna.

Inoltre, dopo l'emanazione della cosiddetta Legge Gelli (L. 24/2017), si è avviata anche una riflessione relativa all'opportunità e alle eventuali condizioni per tentare di essere inseriti nell'Elenco istituito presso il Ministero della Salute, che ha portato alla proposta ed approvazione di una serie di modifiche statutarie (nel biennio 2017-2018, siamo quindi costretti a "mettere mano" allo Statuto per ben due volte per poter corrispondere ai requisiti richiesti dalle Istituzioni). Purtroppo, l'impostazione della Legge, pensata per Società scientifiche mediche monodisciplinari, non offre spazi per la nostra inclusione formale (nella sostanza, come prima rendicontato, la SIMM ha già dimostrato di avere le capacità di partecipare attivamente alla stesura di Linee Guida EBM).

Continuità e nuovi bisogni. Dal 18 al 20 aprile 2018 si svolge a Catania, nella suggestiva cornice del Monastero dei Benedettini (Università degli Studi di Catania) il nostro XV Congresso dal titolo: "Dinamiche di salute e migrazioni tra continuità e nuovi bisogni", organizzato, come da nostra tradizione, in sola Sessione Plenaria, in cui si avvicendano le seguenti tematiche: 1) *I lavori della SIMM: Il Rapporto pubblico-privato sociale e l'Advocacy*; 2) *Patologie cronico-degenerative: come gestire la sfida della transizione epidemiologica?*; 3) *Salute dei minori stranieri: quale presente e quale futuro?*; 4) *La tutela della salute dei lavoratori stranieri*; 5) *Dalle raccomandazioni alle pratiche: responsabilità e governance per l'implementazione di linee guida e di indirizzo*. Per ognuna di queste tematiche vengono definite e approvate, come nella tradizione dei nostri Congressi, specifiche raccomandazioni finali rivolte, in particolare, ai decisori. Nel corso dell'Assemblea generale dei soci viene approvato anche il primo Codice Etico della SIMM, come sempre frutto di un processo condiviso che ne ha comportato anche la valutazione dei GrIS (cui, nel 2019, si aggiungerà il suo Regolamento attuativo).

Nel frattempo la SIMM continua a crescere anche sul piano della presenza e delle collaborazioni a livello nazionale e internazionale, in particolare nell'ambito della formazione (con l'OIM, l'OIS, l'ISS per il "Progetto CHAFEA"...). Nel maggio 2018 alcuni rappresentanti della SIMM partecipano al "1st World Congress on Migration, Ethnicity and Race

and Health”, svoltosi ad Edinburgo con la partecipazione di oltre 700 convenuti da più di 50 paesi, che si conclude con la Dichiarazione di Edinburgo (<http://www.merhcongress.com/welcome/edinburgh-declaration/>).

Sul fronte dell'*advocacy* vengono promosse ripetute azioni di sensibilizzazione e pressione per l'adozione sistematica dell'approccio "olistico multidisciplinare" ai fini del riconoscimento dell'età anagrafica dei MSNA.

Viene inoltre "accompagnato", attraverso la ridefinizione del Regolamento interno della SIMM, il processo di transizione del coordinamento dei GrIS (da un singolo coordinatore a un gruppo di coordinatori rappresentativo delle varie aree geografiche). Emblematica è anche la nascita di un nuovo Gruppo di lavoro sulle "Disuguaglianze nella salute".

Dopo un periodo di "quiescenza" a seguito di un partecipato Convegno "*Medizin & Migration*" ad aprile 2019, si riattiva il GrIS Alto Adige.

Advocacy obbligata. L'anno 2019 è, comprensibilmente, dominato dalle attività ed iniziative nel campo dell'*advocacy*. Inevitabilmente infatti, la maggior parte di queste azioni sono riferite agli effetti della Legge n. 132 del 2018, rispetto alla quale - come abbiamo scritto con Luciano Gualdieri nella lettera di benvenuto al Workshop InterGrIS svoltosi a Napoli il 10 e 11 maggio 2019 - "[...] la SIMM - dopo attente valutazioni condivise con altre organizzazioni esperte nell'ambito dell'immigrazione - non ha esitato a esprimere, già prima della sua definitiva approvazione, la propria contrarietà per gli effetti che sta producendo e che, purtroppo, produrrà in modo sempre più grave ed evidente sulla salute e sulla possibilità di assistenza dei migranti. Una legge di cui non avevamo bisogno, che ha suscitato una rinnovata e convinta azione di *advocacy* [...]".

Le principali attività che ci vedono impegnati in questa direzione sono:

- un rinnovo (dopo alcuni anni di assenza) di adesione formale della SIMM (con la partecipazione di un/una proprio/a rappresentante) al "Tavolo nazionale Asilo";
- la creazione di un "Tavolo Immigrazione e Salute" (TIS), inizialmente proposto in accordo con MSF e ASGI, cui oggi partecipano stabilmente dieci diverse Organizzazioni attive a livello nazionale tra ONG, Associazioni medico-umanitarie e Onlus (più alcuni osservatori permanenti: UNHCR, OIM e ISS). Tale nuova rete, che si inizia a riunire dal febbraio 2019 con cadenza mensile²⁴ produce in poco tempo due azioni significative: 1) una lettera alle Regioni/PP.AA. con l'invito ad affrontare alcune problematiche (in particolare in termini di iscrivibilità al SSN dei RPI in assenza di iscrizione anagrafica e di altri soggetti fragili cui la nuova legge ha negato diritti) e 2) l'adesione/adozione della cosiddetta "*Scheda di segnalazione dei casi di mancata fruizione di servizi/prestazioni sanitari*" che nasce da un'iniziativa della SIMM e di cui si dà avvio al monitoraggio proprio in occasione del Workshop InterGrIS di Napoli attraverso un Comunicato Stampa;
- una lettera aperta alla Ministra Grillo, avente per oggetto la "*Segnalazione di criticità di applicazione della L. 132/2018 sulle possibilità di tutela della salute individuale di migranti e della salute collettiva*" promosso dalla SIMM e sottoscritta dai presidenti di

²⁴ Una più completa presentazione del TIS, comprensiva di un richiamo alla sua Carta di Intenti, è presente in questo stesso volume.

altre sette società scientifiche (Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali - SIMIT; Società Italiana di Malattie Tropicali e Salute Globale – SIMET; Società Italiana di Psicologia della Salute – SIPSA; Associazione Italiana di Psicologia – AIP; Società Italiana di Psicologia di Comunità; Società Italiana di Pediatria – SIP; Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità - StI); si tratta di un'iniziativa decisamente unica in termini di collaborazione tra società scientifiche di diversi ambiti;

➤ una lettera aperta all'ANCI per sollecitare la sua collaborazione ad azioni coordinate.

A queste iniziative si aggiunge, anche sul piano simbolico, una lettera di sostegno a MSF quando, a motivo delle sue lodevoli iniziative di salvataggio in mare dei migranti, viene pretestuosamente accusata di traffico di rifiuti tossici.

Tornando al già citato Workshop InterGrIS di Napoli, che assume come titolo: "Promuovere la Governance Territoriale per la Salute dei Migranti", esso vede quale momento più significativo – oltre all'assemblea dei soci di sabato 12 maggio – lo svolgimento, il giorno precedente, dei vari lavori di gruppo. Il primo, sul tema "Salute della donna" (coordinato dal neonato Gruppo di Lavoro SIMM sulla "Salute delle donne immigrate" con GrIS Campania, GrIS Marche, GrIS Friuli Venezia Giulia e GrIS Piemonte) viene diviso in due sottogruppi: uno sui ruoli di genere e l'accesso alla salute e la trasformazione dei ruoli di genere nei percorsi migratori; il secondo sulle criticità nell'applicazione della Legge 194 in termini di disuguaglianza nell'applicazione, accesso ai servizi, contracccezione e formazione degli operatori. Il secondo, su "Strategie e percorsi per l'*advocacy*" (coordinato da GrIS Liguria con GrIS Emilia-Romagna, GrIS Lombardia e GRAP²⁵) si chiede essenzialmente come rendere efficaci le azioni di *advocacy* (e quali valutazioni di impatto siano auspicabili) e come gestire i processi all'interno dei GrIS. Infine, il terzo lavoro di gruppo si focalizza sugli "Strumenti di monitoraggio e implementazione delle politiche" (con il coordinamento del GrIS Lazio con GrIS Toscana, GrIS Calabria e Gruppo soci/GrIS Sardegna), affrontando soprattutto le criticità nell'applicazione dell'Accordo della Conferenza Unificata n. 255 del 2012, la declinazione operativa di documenti di governance e l'analisi delle politiche di equità economica (esenzione dai ticket) e amministrativa (residenza e effettiva dimora).

Dal marzo 2019, grazie alla proposta e alla collaborazione di alcuni giovani soci, siamo presenti anche su Facebook.

Nel frattempo sono nati 3 nuovi Gruppi di lavoro interni: uno, già citato, dedicato alla Salute della donna; uno sulla Disabilità e uno sui Minori (che si aggiungono a quelli preesistenti sulla Salute mentale, sulle Politiche internazionali e sulle Disuguaglianze nella salute). Anche il coordinamento tra i GrIS continua ad essere attento e vivace: i referenti dei GrIS si riuniscono a Roma il 28 settembre 2019; oltre ad una riflessione sui lavori e documenti di Napoli e dei progetti in essere, viene approfondito il tema della Relazione Annuale dei GrIS come strumento di partecipazione e di riflessione prima all'interno di ogni GrIS e quindi a livello collettivo nazionale (e viene discussa e licenziata una "Proposta di revisione della Scheda annuale GrIS").

²⁵ Tale acronimo sta per Gruppo Ricerca Azione Partecipata, una iniziativa scaturita dalla proposta di alcune giovani colleghe uscite dall'Executive Master promosso dalla Caritas di Roma/Fondazione Identes, che si propone di animare in vari modi i GrIS, iniziando ad operare in quelli delle regioni Campania, Lazio ed Emilia-Romagna.

Anche in questo periodo veniamo periodicamente chiamati a intervenire in diversi Congressi organizzati da varie Società scientifiche e interpellati quali *stakeholder* per valutare una *Joint Action* su Salute e Migrazione promossa all'interno della UE e curata per l'Italia dall'INMP.

Trent'anni... e non li dimostra. Ed eccoci infine arrivati all'oggi, al 2020, l'anno in cui compiamo il trentesimo anno dalla nostra fondazione. Un anno che si apre sotto un positivo auspicio: il 22 gennaio a Pescara in un partecipato convegno/incontro si pongono infatti le basi per l'istituzione del GrIS Abruzzo. Ma che poi si rivela totalmente imprevedibile e destabilizzante anche per la SIMM e la sua vita societaria, a causa dell'affacciarsi, a partire da marzo, dell'epidemia da Covid-19, poi divenuta pandemia. Un evento globale che a buon diritto può essere qualificato come catastrofico, visto che ha già prodotto (al momento di chiusura di questo scritto) quasi 63 milioni di casi e oltre 1,5 milioni di persone decedute a livello globale; una pandemia le cui cause e dinamiche scientifiche non sono ancora pienamente note, per cui non si dispone ancora di un vaccino efficace e sicuro mentre si cerca di affinare terapie evidence-based; ma soprattutto uno stressor planetario le cui effettive implicazioni sociali, politiche, economiche e antropologiche non sono ancora prevedibili.

Come il Consiglio di Presidenza ha scritto, a metà marzo scorso, in una lettera inviata a tutte le socie ed i soci: *"Siamo consapevoli di come la pandemia abbia talora travolto le nostre vite, sia da un punto di vista professionale che familiare e comunque sociale ed umano. Tra le/i socie/i della SIMM vi sono infatti professionisti di tutte le aree d'Italia - comprese quelle maggiormente colpite dal diffondersi della catena di contagio - che sono state/i e/o sono ancora direttamente impegnati come operatori addetti all'assistenza, sia in ambito pubblico che del privato sociale, ed altre/i che sono stati toccate/i nei loro affetti. Anche i più 'fortunati' tra noi hanno comunque vissuto un periodo difficile, dal quale stiamo tutti cercando lentamente di uscire".* Nella stessa lettera aggiungevamo poi: *"Studi epidemiologici e clinici evidenziano ormai come questa pandemia abbia amplificato le vulnerabilità sociali pre-esistenti e quindi abbia colpito anche quelle persone migranti per promuovere e difendere la cui salute esiste la nostra società scientifica".*

In altri termini questa pandemia ha contemporaneamente prodotto inevitabili difficoltà esistenziali ed operative individuali e collettive, ma anche rinnovato stimoli ad agire coerentemente ai nostri principi ed orientamenti statutari. Non deve quindi risultare sorprendente che in questi mesi trascorsi dall'insorgere della pandemia la SIMM abbia operato (e continui ad operare) particolarmente nel TIS, tramite un suo sottogruppo di lavoro che si è coordinato con un sottogruppo del Tavolo Asilo, in un impegno di *advocacy* tecnico-scientifica per richiedere la produzione, da parte del Governo e delle Regioni e PP.AA., di indicazioni ed interventi ad esse coerenti per tutelare le persone più vulnerabili, tra cui vi sono migranti – ed in particolare quelli ospitati nei Centri di accoglienza – dall'impatto di Covid-19.

Una delle altre principali attività scientifiche della SIMM di questo periodo è stata sicuramente la "costruzione" del XVI Congresso, cui ci eravamo preparati per tempo riuscendo a chiudere la raccolta dei contributi scientifici (circa 150) in vista della data inizialmente fissata nella seconda metà di maggio. La pandemia da Covid-19 ed il correlato *lockdown*, oltre al necessario rinvio del Congresso (che siamo poi stati costretti

ad annullare), ci ha indotto a lanciare una "Call for abstract" specificamente dedicata a Covid-19, per la quale sono pervenuti 23 ulteriori contributi. La pubblicazione di questo volume degli Atti sta a testimoniare quindi, innanzitutto, la vitalità della SIMM anche in un periodo che ne ha fortemente limitato la possibilità di scambi e confronti interni.

Il Coordinamento Nazionale fa però in tempo a riunirsi in presenza il 25 gennaio: tra le varie tematiche trattate, si entra nel merito del documento sull'*advocacy* (la cui versione finale è riportata in questo stesso volume) e dei vari progetti SIMM. In particolare, viene approvata una tempistica per il monitoraggio da parte dei GrIS delle Politiche a livello regionale e definisce un profilo del (futuro) coordinatore dei GrIS (che, ai sensi dell'ultimo Regolamento societario approvato, verrà espresso dal nuovo Consiglio di Presidenza). Si decide anche di uniformare i loghi di tutti i GrIS anche per dare loro una chiara riconoscibilità locale e nazionale e rinforzarne un'azione sinergica in ambito di *advocacy*. Anche dopo l'istituzione del "confinamento", sia il coordinamento dei GrIS che i singoli GrIS continuano a confrontarsi, prevalentemente da remoto (il Coordinamento l'8 settembre 2020 e il 23 ottobre) ma in qualche caso più di recente anche di persona, e a promuovere varie iniziative (in Toscana, Emilia-Romagna, Lazio, Trentino).

Non è invece particolarmente riuscita (per mancanza di coinvolgimento da parte delle Istituzioni) l'azione di *advocacy* relativamente al nuovo "Protocollo per l'accertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati", approvato nel luglio 2020 dalla Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome. Sul tema della "Circoncisione rituale maschile" è in corso la definizione di un *Position Paper* della SIMM che si spera di finalizzare entro la fine dell'anno.

Per quanto riguarda la formazione accreditata ECM, la quantità e qualità delle iniziative che hanno visto la SIMM quale soggetto proponente per l'anno 2019 (senza tener conto delle numerose iniziative in cui è stata coinvolta come partner), attestano l'acquisizione di una solida capacità operativa: in tutto si sono svolti infatti 25 eventi, tutti di tipo "residenziale", che hanno raggiunto più di 800 professionisti. Tra gli elementi che contraddistinguono il nostro approccio nella formazione vanno ricordati: *l'impianto multidisciplinare* (è recente il riconoscimento della SIMM come ente accreditato per la formazione da parte del Consiglio Nazionale degli Ordini delle Assistenti Sociali); *l'impostazione basata sull'esperienza concreta delle realtà professionali*; *l'importanza di rendere vivi ed abitare i principi di riferimento dell'andragogia in maniera sistemica e "praticabile"*: su questo punto insiste in particolare il coinvolgimento della SIMM nella definizione di un modello formativo nazionale in ambito dei temi salute e migrazione, su mandato del Ministero della Salute all'interno del Progetto FOOTPRINTS di cui si è già anticipato anche relativamente alle azioni prodotte in questo ultimo periodo progettuale. In ultimo resta da sottolineare il potenziamento della piattaforma di *e-learning* della SIMM che consente ora anche la programmazione e lo svolgimento di incontri virtuali, utilizzabili sia per la formazione che per le attività dei GrIS o dei Gruppi di Lavoro della SIMM.

Non sarebbe onesto nascondere qui come – in una fase della vita societaria già di per sé complessa sia per il quadro socio-politico nazionale che per gli impegni progettuali assunti – la pandemia e le numerose incertezze da questa indotte abbia finito per produrre un particolare affaticamento del suo Consiglio di Presidenza, di cui sono plastica testimonianza le undici (!) riunioni di Consiglio (di cui otto con modalità "da remo-

to”) svolte tra gennaio e novembre (a fronte degli abituali tre/quattro degli interi anni precedenti).

Ciononostante, è con piena consapevolezza e orgoglio della nostra identità e del nostro ruolo che stiamo attraversando questa lunga fase di incertezza e precarietà globale. In questo faticoso incedere il “fare memoria” della nostra ormai lunga storia rappresenta indubbiamente un esercizio rivitalizzante. Altamente simbolici, in questa prospettiva, sono anche i riconoscimenti di “Soci Onorari” che l’attuale CdP ha deciso di riconoscere a Riccardo Colasanti (figura di medico-filosofo-missionario che ha rappresentato il *primum movens* di tutto), a Rosy Bindi (la politica che, in qualità di ministra della Salute, ci ha permesso di stabilizzare e rafforzare i diritti assistenziali dei migranti, soprattutto delle componenti più vulnerabili) e a Cristina Cattaneo (la docente universitaria e collega medico legale) che con il suo lavoro lungo, difficile e psicologicamente defaticante ha voluto affermare la dignità dei migranti vittime di naufragio restituendo loro un nome e quindi una storia.

Fin qui la storia della SIMM, la nostra storia, la storia di molti di noi, per alcuni versi la storia del diritto alla tutela della salute dei cittadini immigrati. Scoperte, delusioni, entusiasmi, sconfitte, relazioni, sogni... come nella vita di ciascuno. La SIMM è stata questo, una società scientifica sui generis, dove umanità, professionalità, scienza e passione si sono continuamente mescolate. È quello che abbiamo vissuto in questi trent’anni... e ne siamo orgogliosamente fieri!

Salvatore, Mario e Maurizio

Consigli di Presidenza della SIMM dal 1990 al 2020

Soci fondatori della SIMM

del Consiglio di Presidenza. 1990 - 1993

Enrico Nunzi (Genova) - Presidente
 Riccardo Colasanti (Roma) - Segretario Nazionale
 Massimo Cuzzolaro (Roma)
 Luigi Frighi (Roma)
 Velia Galati Tessiore (Genova)
 Serafino Mansueto (Palermo)
 Alfonso Urrechùa (Roma)

II Consiglio di Presidenza. 1993 - 1996

Serafino Mansueto (Palermo) - Presidente
 Mario Affronti (Palermo) - Segretario Nazionale
 Tommaso Esposito (Napoli)
 Luigi Frighi (Roma)
 Salvatore Geraci (Roma)
 Aldo Morrone (Roma)
 Alfonso Urrechùa (Roma)

III Consiglio di Presidenza. 1996 - 2000

Luigi Frighi (Roma) - Presidente
 Salvatore Geraci (Roma) - Segretario Nazionale
 Mario Affronti (Palermo)
 Daniele Camisa (Milano)
 Aldo Morrone (Roma)
 Marco Mazzetti (Roma)
 Orazio Ranno (Roma)

IV Consiglio di Presidenza. 2000 - 2004

Salvatore Geraci (Roma) - Presidente
 Gonzalo Castro Cedeno (Roma) - Segretario Nazionale
 Giovanna Dallari (Bologna)
 Issa El Hamad (Brescia)
 Nicola Lofrese (Foggia)
 Renzo Malatesta (Treviso)
 Tommaso Esposito (Napoli)

V Consiglio di Presidenza. 2004 - 2009

Salvatore Geraci (Roma) - Presidente
 Issa El Hamad (Brescia) - Segretario Nazionale
 Luisa Lenguini (Sassari)
 Gennaro Franco (Roma)
 Graziella Sacchetti (Milano)
 Licia Scantamburlo (Trento)
 Mario Raspagliesi (Catania)

VI Consiglio di Presidenza. 2009 - 2012

Mario Affronti (Palermo) - Presidente
 Simona La Placa (Palermo) - Segretaria Nazionale
Salvatore Geraci (Roma) - subentrato nel 2011
 Luisa Lenguini (Sassari)
 Maurizio Marceca (Roma)
Luisa Mondo (Torino) - subentrata nel 2011
 Daniela Panizzut (Milano)
 Guglielmo Pitzalis (Udine)
 Graziella Sacchetti (Milano)

VII Consiglio di Presidenza. 2012 - 2016

Mario Affronti (Palermo) - Presidente
 Luisa Mondo (Torino) - Vice Presidente
 Simona La Placa (Palermo) - Segretaria - Tesoriere
 Giovanni Baglio (Roma)
 Chiara Bodini (Bologna)
 Manila Bonciani (Firenze)
 Maurizio Marceca (Roma)
 Daniela Panizzut (Milano)
 Guglielmo Pitzalis (Udine)

VIII Consiglio di Presidenza. 2016 - 2020

Maurizio Marceca (Roma) - Presidente
 Manila Bonciani (Firenze) - Vice Presidente
 Emanuela Forcella (Roma) - Segretaria - Tesoriere
 (2 anni)
 Alessandro Rinaldi (Roma) - Segretario - Tesoriere
 (2 anni)
 Chiara Bodini (Bologna)
Emilio Di Maria (Genova) - subentrato nel 2017
 Marco Mazzetti (Milano)
 Luisa Mondo (Torino)
 Maria Laura Russo (Trapani)
Maria Edoarda Trillò (Roma) 23 novembre 2016

Consensus Conference, Congressi Nazionali e Workshop InterGrIS della SIMM

I Consensus Conference sulla Immigrazione

Palermo, Oasi di Badia, 15 dicembre 1990

II Consensus Conference sulla Immigrazione

Palermo, Oasi di Badia, 28-31 maggio 1992

III Consensus Conference sulla Immigrazione Congresso Nazionale

Palermo e Cinisi Mare, 29 maggio - 1 giugno 1994

"L'immigrato: una realtà del nostro tempo: dall'accoglienza alla integrazione"

IV Consensus Conference sulla Immigrazione Congresso Nazionale

Palermo, 12-14 dicembre 1996

"I flussi migratori nel bacino del Mediterraneo"

V Consensus Conference sulla Immigrazione Congresso Nazionale

Palermo, 26-28 giugno 1998

"L'idra delle violenze, il mosaico delle solidarietà"

VI Consensus Conference sulla Immigrazione Congresso Nazionale

Memorial Luigi Di Liegro

Palermo, 25-28 maggio 2000

"Untori e unti: dall'esotismo alla realtà"

VII Consensus Conference sulla Immigrazione International School of Medical Sciences (112th Course)

Erice (Tp), 19-22 maggio 2002

"Tertio millennio ineunte: migration, new scenarios for old problems"

VIII Consensus Conference sull'Immigrazione Congresso Nazionale

Memorial Luigi Di Liegro

Lampedusa (Ag), 5-8 maggio 2004

"15 anni della nostra storia: dal pregiudizio alla reciprocità"

IX Consensus Conference sull'Immigrazione Congresso Nazionale

Palermo, 27-30 aprile 2006

"Per una salute senza esclusioni"

X Consensus Conference sull'Immigrazione Congresso Nazionale

Trapani, 5-7 febbraio 2009

"Guadi e ponti per una sanità transculturale ..."

A Serafino Mansueto per riaffermare il diritto oggi minacciato

**I Workshop Nazionale dei GrIS
InterGris della SIMM**

Roma, 16 settembre 2009
"Una rete di reti"

XI Congresso Nazionale SIMM

Palermo, 19-21 maggio 2011
*"Salute per tutti: da immigrati a cittadini.
Aprire spazi ... costruire traiettorie"*

XII Congresso Nazionale SIMM

Viterbo, 10-12 ottobre 2012
"Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni"

**II Workshop Nazionale dei GrIS
InterGris della SIMM**

Milano, 14 e 15 novembre 2013
"Comunicazione: GrIS, SIMM e contesto locale. Focus sulla cittadinanza"

XIII Congresso Nazionale SIMM

Agrigento, 14-17 maggio 2014
"Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere"

**III Workshop Nazionale dei GrIS
InterGris della SIMM**

Firenze, 15 e 16 maggio 2015
*"Pubblico e privato; mediazione culturale; accoglienza dei profughi; politiche sanitarie locali.
Focus su Diritto alla salute, Carta di Roma, immigrazione e welfare"*

XIV Congresso Nazionale SIMM

Torino, 11-14 maggio 2016
"Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute"

IV Workshop InterGris della SIMM

Cividale del Friuli, 12 e 13 maggio 2017
*"Pubblico e privato; integrazione socio-sanitaria; msna; advocacy.
Focus su Migrazioni e terre di confine"*

XV Congresso Nazionale SIMM

Catania, 18-20 aprile 2018
"Dinamiche di salute e immigrazione tra continuità e nuovi bisogni"

V Workshop InterGris della SIMM

Napoli, 10 e 11 maggio 2019
"Promuovere la governance territoriale per la salute dei migranti"

Webinar celebrativo dei 30 anni della SIMM

on line 17 dicembre 2020
*"Salute e Migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile.
La SIMM e trent'anni di storia: 1990-2020"*
(Il Congresso previsto per il 2020 non si è tenuto per le note restrizioni anticovid
ma sono stati pubblicati i contributi scientifici predisposti per l'evento)