



Pratiche, saperi e politiche per la tutela della salute delle persone rifugiate

Vent'anni del Centro SaMiFo

a cura di Giancarlo Santone



Pratiche, saperi e politiche per la tutela della salute delle persone rifugiate

Vent'anni del Centro SaMiFo.
a cura di Giancarlo Santone

Esili

Ci sono esili che mordono ed altri
Sono come il fuoco che consuma
Ci sono dolori di patria morta
Che vengono da sotto
Dai piedi e dalle radici
E subito l'uomo si affoga
Già non conosce le spighe
Già è finita la chitarra
Già non c'è aria per questa bocca
Già non può vivere senza terra
E allora cade assolutamente
Non nella terra ma nella morte

Pablo Neruda

Indice

Prima parte

Migrazioni forzate, salute e diritti: contesti globali, determinanti strutturali e rappresentazioni

• Introduzione (a cura del comitato scientifico del SaMiFo).....	5
• Premessa: Accompagnare, servire, difendere. Vent'anni di cura dei migranti forzati (P. Camillo Ripamonti, Presidente Centro Astalli).....	10
• Dall'inferno di Infulene al SaMiFo: costruire un modello di cura (Giancarlo Santone).....	24
• Migranti forzati e minori stranieri non accompagnati in Italia: Una panoramica storica degli ultimi 25 anni (Luca Di Scullo).....	56
• Il percorso legislativo della tutela della salute dei migranti (Salvatore Geraci e Filippo Gnolfo).....	61
• Migranti e disuguaglianze di salute (Carlo Saitto).....	76
• Il senso di un servizio di sanità pubblica (Maurizio Marceca, Silvia Declich).....	87
• La riforma del sistema europeo di asilo: un pericolo per lo stato di diritto (Gianfranco Schiavone).....	97
• L'impatto della guerra sulla salute e l'ambiente (Pirous Fateh-Moghadam).....	122
• Lo sguardo del cinema sulle migrazioni umane (Federico Russo).....	132

Seconda parte

Migrazioni forzate e pratiche di cura: il modello SaMiFo tra clinica, etica e responsabilità civile

• La categoria della vulnerabilità: da elemento di protezione a rischio di esclusione (Martino Volpatti, Maurizio Bacigalupi).....	137
• La mediazione linguistico-culturale nel Centro SaMiFo (Martino Volpatti, Giorgia Rocca, Mohamed Tailmoun).....	143
• Il Trauma Ucraino in Terra Europea: Corpo, identità, e appartenenza nei rifugiati ucraini (Emilio Vercillo, Yana Skulevych, Giancarlo Santone).....	154
• La riabilitazione delle vittime di tortura (Silvia Capretti, Maurizia Mazzella).....	169
• Il percorso certificativo medico-legale (Marco Albore, Paola Santoro).....	181
• Parole e trasformazioni: le donne migranti e le M/MGF al SaMiFo (Daniela Carrillo, Sara Riefolo).....	201
• Minori stranieri, bilinguismo e multiculturalismo.: Esperienza clinica e sviluppi metodologici (Maria Pia Scipioni, Camela Matarazzo).....	208
• Postfazione (Giuseppe Quintavalle, Direttore Generale ASL Roma 1).....	217

Introduzione

A cura del comitato scientifico del SaMiFo

Le migrazioni forzate costituiscono uno dei fenomeni più rilevanti e complessi del mondo contemporaneo. L'intreccio tra conflitti armati, persecuzioni politiche, trasformazioni ambientali, disuguaglianze economiche globali e instabilità geopolitiche produce spostamenti di popolazioni che mettono alla prova le capacità di risposta delle istituzioni, dei sistemi di welfare e delle democrazie. In questo scenario, la questione della salute delle persone migranti e rifugiate emerge come un terreno cruciale nel quale si intrecciano diritti fondamentali, politiche pubbliche, dinamiche sociali e responsabilità istituzionali.

Le migrazioni forzate interpellano in modo diretto i sistemi sanitari pubblici, chiamati a confrontarsi con bisogni complessi che attraversano dimensioni biologiche, psicologiche e sociali. La tutela della salute delle persone migranti non riguarda soltanto l'organizzazione dei servizi sanitari, ma investe più ampiamente il modo in cui le società democratiche interpretano i principi di universalismo, equità e accesso ai diritti. In questo contesto, la salute delle persone migranti e rifugiate si configura non solo come un imperativo etico, ma come una responsabilità giuridica e politica dello Stato e delle sue articolazioni territoriali.

È in questa cornice che si colloca l'esperienza del Centro di Salute per Migranti Forzati SaMfFo, nato nel 2006 dall'incontro tra il servizio sanitario pubblico e il mondo del terzo settore. La collaborazione tra ASL Roma I e Centro Astalli - Italian Jesuit Refugee Service - rappresenta un esempio significativo di integrazione tra competenze cliniche, capacità organizzative e prossimità sociale, capace di dare risposta a bisogni complessi spesso invisibili ai servizi sanitari ordinari. L'esperienza del SaMiFo mostra come l'alleanza tra istituzioni pubbliche e società civile possa generare modelli innovativi di presa in carico, capaci di affrontare in modo integrato le dimensioni fisiche, psicologiche e sociali della sofferenza legata alle migrazioni forzate.

Il SaMiFo non nasce come progetto sperimentale isolato, ma come risposta strutturata a una domanda di salute che attraversa le fratture della società globale. Dall'esperienza drammatica di Infulene in Mozambico - simbolo di luoghi in cui la violenza istituzionale e la negazione dei diritti producono sofferenza psichica e corporea - prende forma un modello di cura che riconosce l'inscindibile legame tra salute, diritti, storia individuale e contesto socio-politico degli assistiti. Un modello che rifiuta approcci riduzionistici e assistenzialistici, ponendo al centro la persona nella sua interezza biografica, culturale e relazionale.

Il valore istituzionale di questa esperienza risiede nella capacità di coniugare universalismo del Servizio Sanitario Nazionale e specificità dei bisogni, riaffermando il principio secondo cui la salute è un bene pubblico e indivisibile. In questa

prospettiva, il SaMiFo rappresenta non soltanto un servizio sanitario dedicato, ma anche un laboratorio di pratiche e riflessioni che interrogano più ampiamente le politiche pubbliche di salute e di accoglienza.

Il volume “Pratiche, saperi e politiche per la salute delle persone rifugiate - Vent’anni del centro SaMiFo” si colloca all’interno di questo orizzonte di riflessione e propone un’analisi che intreccia prospettive cliniche, giuridiche, sociali e culturali. L’obiettivo è restituire la complessità del rapporto tra migrazioni forzate e salute, mettendo in luce i determinanti strutturali dei processi migratori, le condizioni di vulnerabilità che ne derivano e le risposte istituzionali e professionali che si sono sviluppate negli ultimi anni.

La prima parte del volume offre la cornice teorica e interpretativa del fenomeno. Il capitolo Dall’inferno di Infulene al SaMiFo: costruire un modello di cura stabilisce la genesi di un’esperienza clinica sviluppata nel lavoro quotidiano con persone sopravvissute a torture, violenze e percorsi migratori estremi. Il confronto con forme di sofferenza che non trovavano risposte adeguate nei servizi sanitari ordinari ha condotto progressivamente alla ridefinizione delle pratiche cliniche: l’ascolto come elemento centrale della valutazione, la necessità di tempi di cura non standardizzati, l’integrazione stabile tra intervento medico, psicologico e sociale, il ruolo strutturale della mediazione linguistico-culturale. Il modello che ne deriva nasce dalla sistematizzazione di una pratica sviluppata sul campo e progressivamente riconosciuta come efficace.

Il capitolo La migrazione forzata in Italia nel XXI secolo propone una ricostruzione dei flussi migratori degli ultimi venticinque anni, con particolare attenzione ai richiedenti asilo, ai beneficiari di protezione internazionale e ai minori stranieri non accompagnati. L’analisi consente di collocare le politiche di accoglienza e di tutela sanitaria all’interno di un quadro più ampio di trasformazioni sociali e istituzionali.

Segue Il percorso legislativo per la tutela della salute dei migranti in Italia, che offre una ricostruzione del quadro normativo che disciplina diritti, percorsi e prassi in ambito sanitario per cittadini stranieri e comunitari in un’ottica di sanità pubblica. Tale ricostruzione storica e territoriale, chiarisce i principali riferimenti legislativi e le modalità di accesso ai servizi in relazione alle diverse condizioni giuridiche e amministrative ed evidenzia come, a livello delle varie Regioni, l’attenzione al tema si sia sviluppata in modo disomogeneo, creando preoccupanti disuguaglianze territoriali. In questo quadro, il Lazio si caratterizza per aver mantenuto nel tempo una coerenza e continuità di intervento e di attenzione, anche in presenza di discontinuità politica-amministrativa, grazie all’impegno congiunto di operatori del privato sociale, del servizio pubblico e della Regione che, insieme da oltre 30 anni nel GrIS Lazio (Gruppo Immigrazione e Salute della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM), hanno creduto nell’azione feconda di un confronto tecnico e professionale sempre vissuto con passione e competenza.

Il tema delle disuguaglianze di salute viene affrontato attraverso l'analisi dei processi che, nel corso della permanenza nel paese di accoglienza, producono e consolidano differenze significative negli esiti di salute. Il contributo mette in evidenza la tensione tra i principi universalistici del welfare e le modalità concrete di accesso ai servizi, che spesso risultano meno efficaci proprio nei confronti dei soggetti più esposti e fragili. Tale progressivo peggioramento delle condizioni di salute è ricondotto ai difficili processi di inserimento e alle modalità con cui si tenta di realizzare l'integrazione, che all'opposto mostra frequentemente aspetti di marginalità e discriminazione.

Nel capitolo Il senso di un servizio di sanità pubblica, il SaMiFo è descritto come un servizio dedicato alla tutela della salute dei migranti forzati e dei minori stranieri non accompagnati. Nato con una specifica caratterizzazione in ambito psico-traumatologico, il servizio si è progressivamente strutturato come presidio pubblico del Servizio Sanitario Nazionale, con un approccio multiprofessionale e multidisciplinare che integra competenze sanitarie, psicologiche, sociali e di mediazione linguistico-culturale. Questa collocazione clinico-assistenziale, definita nel mandato e nell'organizzazione aziendale e rafforzata dal riconoscimento come Centro di riferimento regionale dal 2015, ha contribuito a delineare nel tempo la fisionomia di un servizio non isolato, ma integrato nella rete dei servizi della ASL e delle altre Aziende sanitarie regionali. Il SaMiFo opera inoltre in raccordo con enti e istituzioni coinvolti nei percorsi di tutela e accoglienza, costituendo un riferimento specialistico per le Commissioni territoriali, la Prefettura e i gestori della rete di accoglienza.

Particolare rilievo assume il capitolo dedicato alla riforma del sistema europeo di asilo, che analizza criticamente le trasformazioni normative in corso e le loro implicazioni per la tutela dei diritti fondamentali. Le politiche migratorie, infatti, non riguardano soltanto la gestione dei flussi, ma incidono più in generale sulla qualità dello stato di diritto e sulla tenuta democratica delle istituzioni europee.

Completano questa sezione alcune riflessioni che ampliano ulteriormente il campo di analisi. Il contributo su guerra, salute e ambiente mostra come i conflitti contemporanei producano effetti sanitari e sociali che si estendono ben oltre i luoghi della guerra. La distruzione delle infrastrutture sanitarie, l'inquinamento ambientale, l'insicurezza alimentare e la disgregazione dei sistemi sociali generano condizioni di vulnerabilità che accompagnano le persone lungo l'intero percorso migratorio. In questa prospettiva, le migrazioni forzate risultano sempre più intrecciate con le trasformazioni ambientali e geopolitiche globali, richiamando la necessità di un approccio che integri salute globale, giustizia ambientale e diritti umani.

Accanto a queste analisi, lo sguardo del cinema offre una prospettiva capace di cogliere la dimensione simbolica e narrativa delle migrazioni. Attraverso il linguaggio delle immagini e delle storie, il cinema contribuisce a rendere visibili esperienze di vita spesso marginalizzate nel discorso pubblico e a restituire la complessità

delle storie di vita dei migranti e dei rifugiati. Le rappresentazioni cinematografiche partecipano così alla costruzione dell'immaginario collettivo sulle migrazioni, influenzando percezioni sociali, dinamiche di riconoscimento e forme di empatia. La seconda parte del volume entra nel cuore della pratica di cura del centro SaMiFo. Il capitolo sulla vulnerabilità problematizza un concetto centrale nelle politiche di protezione, mostrando come possa trasformarsi da strumento di tutela a fattore di esclusione quando viene applicato in modo rigido o burocratico.

Il ruolo della mediazione linguistico-culturale si configura come dispositivo clinico essenziale per garantire appropriatezza diagnostica, efficacia della relazione terapeutica e accesso equo ai servizi, contribuendo alla riduzione delle disuguaglianze di salute, del rischio di misdiagnosi e di inappropriatezza prescrittiva e assistenziale, nonché dei costi derivanti da percorsi clinici inefficaci o ridondanti.

La medicina generale è inquadrata come primo livello di accesso, accoglienza e continuità assistenziale, con particolare attenzione all'identificazione e gestione delle manifestazioni somatiche del trauma, incluse le patologie somatoformi, spesso espressione di sofferenza psichica non altrimenti verbalizzata.

La clinica del trauma dei rifugiati ucraini evidenzia specificità legate al contesto europeo del conflitto, alla composizione dei flussi – prevalentemente donne, minori e anziani – e a forme di esposizione traumatica che si intrecciano con elementi di prossimità culturale e percezione di appartenenza, con ricadute sui bisogni assistenziali e sulle modalità di presa in carico. Nel capitolo si descrive l'esperienza dei rifugiati ucraini che, pur presentando elementi comuni ad altri contesti di guerra – quali dislocamento forzato, perdita, interruzione dei legami ed esposizione alla violenza – si caratterizza per specificità che richiedono una lettura e una risposta clinica dedicate.

La riabilitazione delle vittime di tortura è descritta come intervento integrato e di lungo periodo, in coerenza con quanto previsto dalla Convenzione delle Nazioni Unite contro la tortura, finalizzato al recupero funzionale, psicologico e sociale della persona, attraverso percorsi multidisciplinari centrati sulla continuità della cura.

La certificazione medico-legale è affrontata come ambito specialistico che si attiene alle linee guida nazionali, con funzione di documentazione clinica delle violazioni subite e di supporto ai procedimenti di riconoscimento giuridico, nel rispetto dei criteri di appropriatezza, accuratezza e tutela della persona.

Il capitolo su donne migranti esposte alla pratica delle mutilazioni dei genitali affronta con rigore un tema complesso, intrecciando diritti, corpo e cambiamenti culturali, anche alla luce dell'esperienza del SaMiFo nell'ambito dell'assistenza, della ricerca e del coinvolgimento delle comunità di provenienza.

Infine, l'attenzione ai minori stranieri, al bilinguismo e al multiculturalismo restituisce una prospettiva di futuro, in cui la clinica diventa anche spazio di crescita, riconoscimento e possibilità. In questo ambito viene evidenziata la necessità di

distinguere tra difficoltà legate ai processi migratori, al bilinguismo e a condizioni di multipovertà e quadri riconducibili a disturbi specifici dell'apprendimento, al fine di ridurre il rischio di sovra- o sotto-diagnosi e di garantire percorsi valutativi e di intervento appropriati.

Nel suo insieme, il volume intende contribuire alla riflessione sul rapporto tra migrazioni forzate, salute e diritti, mostrando come le pratiche di cura possano diventare anche luoghi di produzione di conoscenza, di confronto e di responsabilità pubblica. In questa prospettiva, il modello rappresentato dal SaMiFo non è soltanto un'esperienza organizzativa, ma una pratica istituzionale capace di tenere insieme salute, diritti e dignità della persona, offrendo indicazioni rilevanti per il futuro delle politiche di salute pubblica in contesti segnati dalla mobilità globale e dalle nuove forme di vulnerabilità.

Premessa

Accompagnare, servire, difendere. Vent'anni di cura dei migranti forzati

P. Camillo Ripamonti, Presidente Centro Astalli

Vent'anni fa nasceva il SaMiFo, il Servizio per la Salute dei Migranti Forzati: un progetto che porta in sé, fin dalle origini, il segno di una visione lungimirante. Medici, operatori socio-sanitari e volontari seppero allora guardare oltre l'immediato, seppero ascoltare e riconoscere un bisogno emergente. Il Servizio prese forma dalla collaborazione tra ASL Roma I e Centro Astalli, con un obiettivo chiaro: mettere al centro le persone - in particolare i migranti forzati - facendone emergere il bisogno di salute, ascoltandone le storie, riconoscendone la dignità e accompagnandole in un percorso autentico di cura.

I migranti forzati sono persone vulnerate, segnate da esperienze di violenza, perdita e sradicamento, che richiedono un'attenzione del tutto particolare. Ci si è resi conto ben presto, tuttavia, che pur avendo diritto alla cura, il rischio concreto sia non riuscire a rendere effettivo tale diritto. Da allora, il SaMiFo ha lavorato per mettere insieme risorse, competenze e intuizioni, affinché il diritto alla salute non restasse una dichiarazione astratta, ma si traducesse in un accompagnamento in un percorso di cura reale e concreto.

In questa prospettiva la salute non viene intesa come una condizione statica e uniforme, ma come una realtà dinamica, propria di ogni individuo e profondamente radicata nella sua storia di vita. Non è qualcosa che può essere definito esclusivamente dal personale sanitario: è la persona stessa a esprimerne il significato, a partire dalle proprie esigenze e dal proprio vissuto. Il ruolo delle équipes - sanitarie, ma non solo - è stato dunque quello di accompagnare ogni individuo nell'adattarsi alla propria condizione specifica, dentro un processo autentico di personalizzazione della cura. In questo senso, la presenza dei mediatori culturali è sempre stata un elemento irrinunciabile: essa ha permesso di dare voce e corpo al vissuto delle persone in un contesto profondamente diverso da quello di provenienza.

Nel corso degli anni, il SaMiFo, non ha solo costruito servizi e percorsi assistenziali: ha contribuito soprattutto a definire uno stile di cura e di accompagnamento della persona, a partire da quella rifugiata. Si è posto come presidio concreto del diritto alla salute, rivendicato per i rifugiati ma, in realtà, fondamentale per tutti. Come scriveva Hannah Arendt in *Noi rifugiati*: I rifugiati, scacciati di terra in terra, rappresentano l'avanguardia dei loro popoli - purché mantengano la propria identità.

Le questioni della tortura, della salute mentale, l'accompagnamento delle donne, l'attenzione alle tematiche di genere e - negli ultimi anni - la condizione dei mi-

nori non accompagnati sono state al centro del lavoro del Servizio, affrontati non soltanto con competenza tecnica, ma con sguardo umano, che distingue la vera cura dall'erogazione di una prestazione. Perché in questo tempo spesso abbiamo registrato, a livello nazionale e internazionale, un progressivo imbarbarimento del dibattito pubblico e delle politiche, atteggiamento che papa Francesco ha definito più volte indifferenza globale. Si è avuta la netta impressione, - e oggi, mentre questo libro va in stampa, è ancora più evidente - di un arretramento della Storia. Ed è ancora papa Francesco a ricordarlo nell'enciclica *Fratelli tutti*: Per decenni è sembrato che il mondo avesse imparato da tante guerre e fallimenti e si dirigesse lentamente verso varie forme di integrazione. Per esempio, si è sviluppato il sogno di un'Europa unita, capace di riconoscere radici comuni e di gioire per la diversità che la abita. [...] Ma la storia sta dando segni di un ritorno all'indietro. Si accendono conflitti anacronistici che si ritenevano superati, risorgono nazionalismi chiusi, esasperati, risentiti e aggressivi. In vari Paesi un'idea dell'unità del popolo e della nazione, impregnata di diverse ideologie, crea nuove forme di egoismo e di perdita del senso sociale mascherate da una presunta difesa degli interessi nazionali. E questo ci ricorda che "ogni generazione deve far proprie le lotte e le conquiste delle generazioni precedenti e condurle a mete ancora più alte. È il cammino. Il bene, come anche l'amore, la giustizia e la solidarietà, non si raggiungono una volta per sempre; vanno conquistati ogni giorno. Non è possibile accontentarsi di quello che si è già ottenuto nel passato e fermarsi, e goderselo come se tale situazione ci facesse ignorare che molti nostri fratelli soffrono ancora situazioni di ingiustizia che ci interpellano tutti"» (Papa Francesco, *Fratelli Tutti* n. 10-11).

Per questo, non possiamo celebrare questi vent'anni in modo trionfalistico. Non è il tempo dell'autocompiacimento, ma di una resistenza più profonda e consapevole. Oggi la domanda che dobbiamo porci non è soltanto che cosa è stato fatto, ma anche come questa esperienza ha trasformato chi vi ha preso parte, il modo stesso di intendere la cura rivolta alle persone rifugiate e il contesto nel quale le persone migranti vivono e cercano di costruire una vita nuova. A distanza di due decenni, ciò che emerge con maggiore forza non sono solo le attività realizzate, pur numerose e significative, ma le storie delle persone incontrate, le relazioni costruite, la sensibilità maturata attorno alla condizione dei rifugiati. Una sensibilità che ha contribuito a elaborare una narrazione diversa: né ostile, né puramente compassionevole, ma autentica capace di restituire la verità delle storie di uomini e donne che, partendo da lontano, hanno intrapreso un cammino difficile e spesso doloroso, a cui si sono aggiunte ferite su ferite, per lo più invisibili agli occhi di chi si rifiuta di guardare.

Questi primi venti anni hanno contribuito a costruire l'idea di una comunità che, nello specifico, è una comunità di cura, ma più in generale una comunità di relazioni e di sostegno reciproco. L'ultimo rapporto OCSE, *Stato dell'integrazione dei migranti* - Italia realizzato con il supporto del Ministero del Lavoro e delle Politi-

che sociali e presentato a Roma il 23 febbraio 2026, evidenzia come esistano punti di forza ma anche sfide persistenti nell'ambito dell'inclusione. Sebbene l'Italia sia da tempo una destinazione importante per i migranti, i suoi esiti di integrazione non hanno sempre seguito il passo del potenziale della popolazione immigrata [...] Mentre il Paese affronta pressioni demografiche e l'evoluzione della domanda nel mercato del lavoro, politiche di integrazione efficaci saranno cruciali per garantire una crescita sostenibile e una società equa.

Credo che lo sforzo del SaMiFo, insieme al Centro Astalli e ai tanti partner che hanno condiviso questo cammino, sia andato esattamente in questa direzione: costruire una società più integrata, a partire dall'idea di una comunità fatta di persone e di cittadini consapevoli e corresponsabili. Le parole affidate dal padre Pedro Arrupe fondatore del Jesuit Refugee Service, di cui il Centro Astalli è parte, - accompagnare, servire e difendere - rimangono, a mio avviso, la mappa più affidabile anche per gli anni a venire.



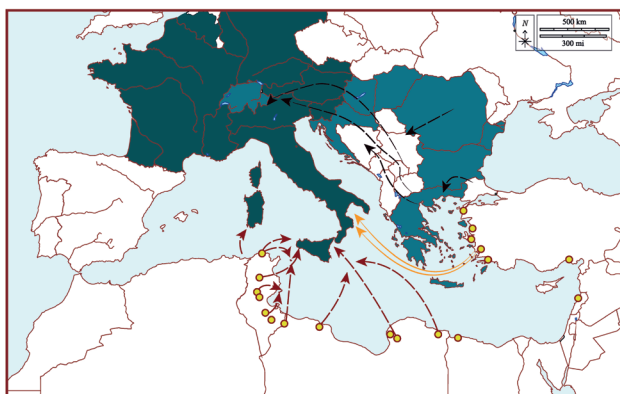
LA NOSTRA STORIA



EVENTI PRINCIPALI CHE HANNO CAUSATO CAMBIAMENTI NEI FLUSSI MIGRATORI CON RICADUTE SULLE ATTIVITÀ DEL SAMIFO

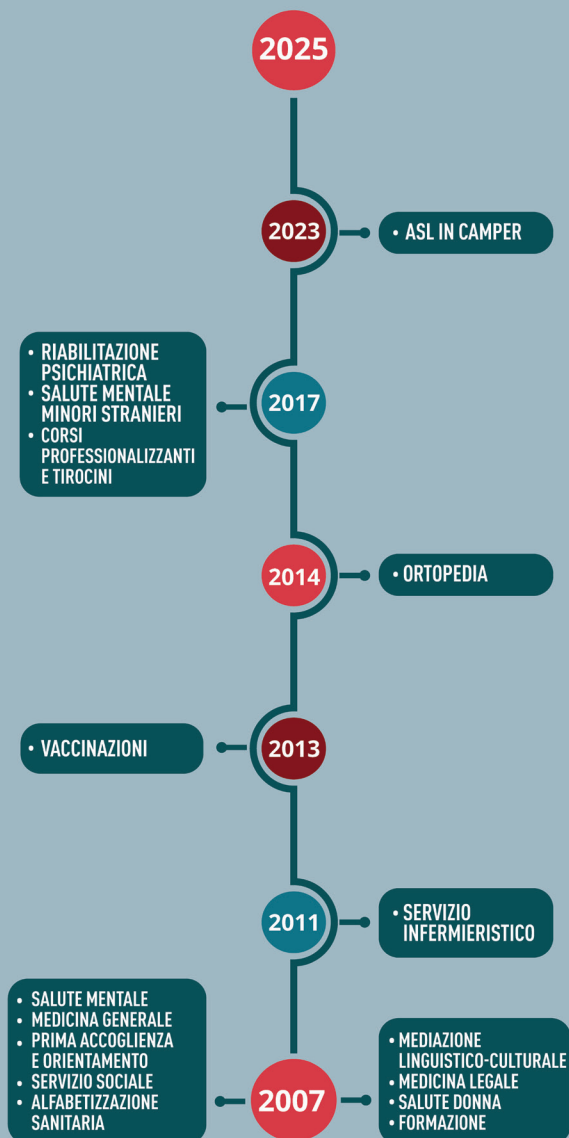
- Instabilità politica e conflitti civili nell'Africa subsahariana occidentale
- Primavera arabe
- Regimi autoritari e conflitti nel Corno d'Africa
- Guerra in Siria
- Terrorismo e instabilità in Nigeria
- Pandemia di COVID-19
- Emergenza afghana
- Emergenza ucraina
- Migrazioni dal Bangladesh lungo la rotta libica
- Crisi politica e conflittuale in Venezuela
- Conflitto israelo-palestinese

ROTTIE MIGRATORIE VERSO L'ITALIA



- Rotta balcanica occidentale
- Rotta del Mediterraneo centrale
- Rotta del Mediterraneo orientale
- Località di partenza
- Area Schengen
- Temporanea introduzione controlli alle frontiere Area Schengen

EVOLUZIONE DEI SERVIZI DEL CENTRO SAMIFO



TIPOLOGIE DI SERVIZI DI MEDIAZIONE



ACCOGLIENZA



FRONT OFFICE



MEDIAZIONE LINGUISTICO
CULTURALE



ORIENTAMENTO AMMINISTRATIVO
E SOCIO SANITARIO



ACCOMPAGNAMENTO VISITE
E SPORTELLI AMMINISTRATIVI



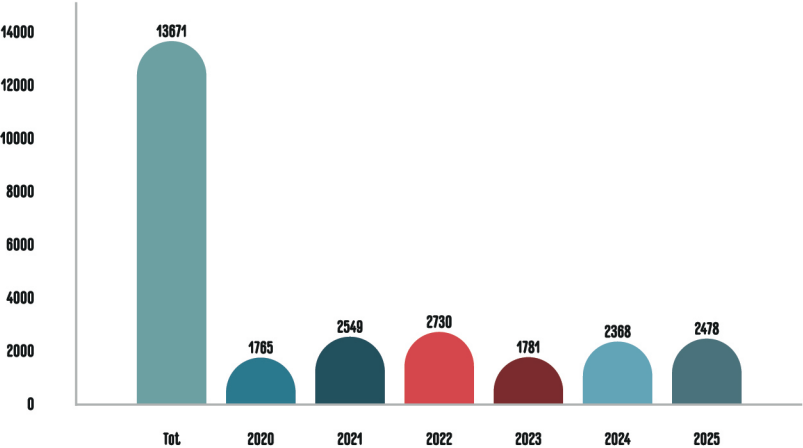
EDUCAZIONE SANITARIA

TOTALE PRESTAZIONI

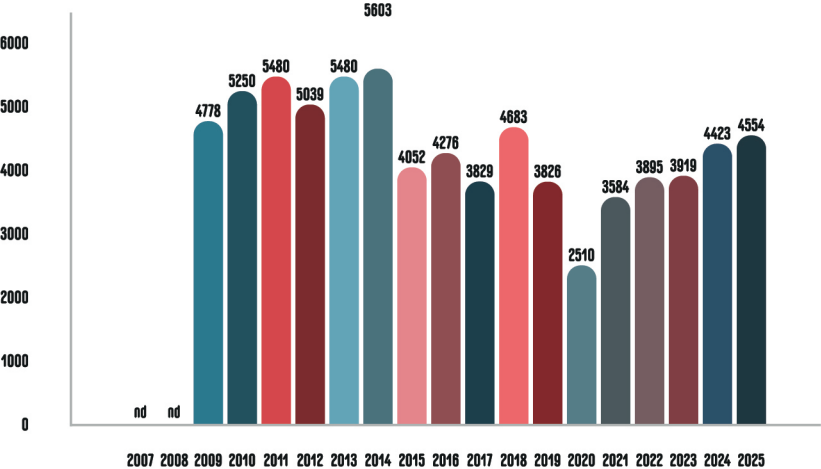
431 925

Attività di assistenza primaria

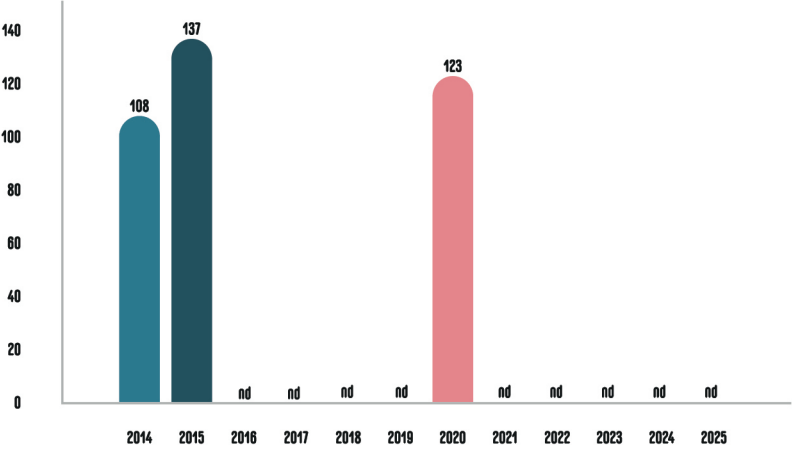
Totale assistiti Samifo dal 2020



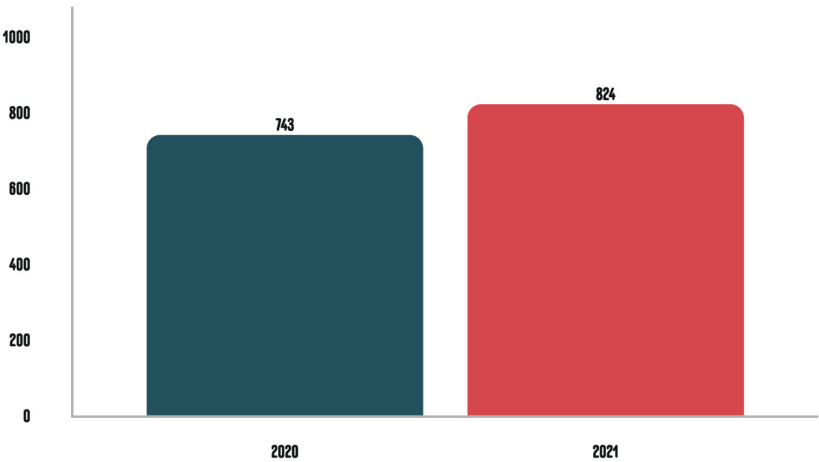
Totale visite Medicina Generale



Totale Vaccinazioni

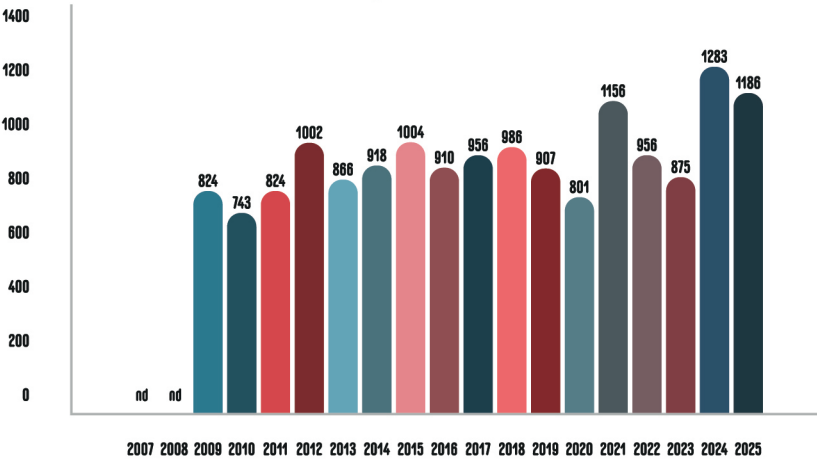


Totale Test Covid

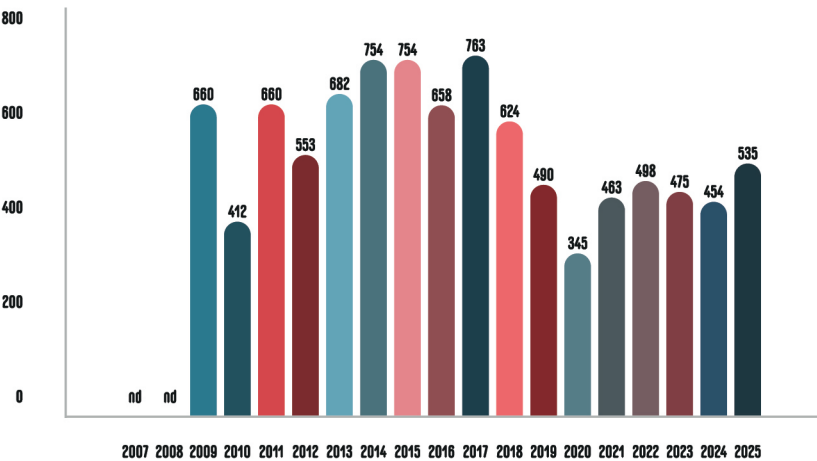


Salute Mentale

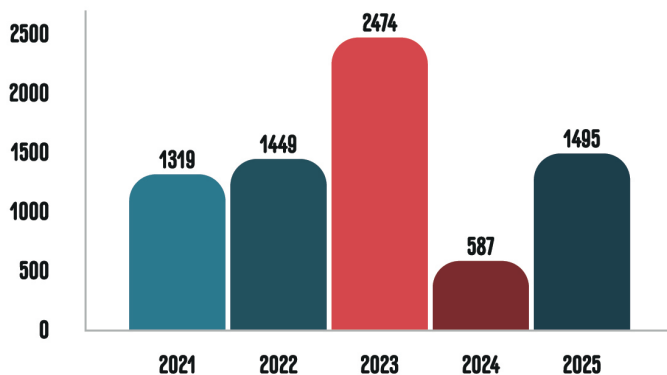
Totale visite Psichiatriche per anno



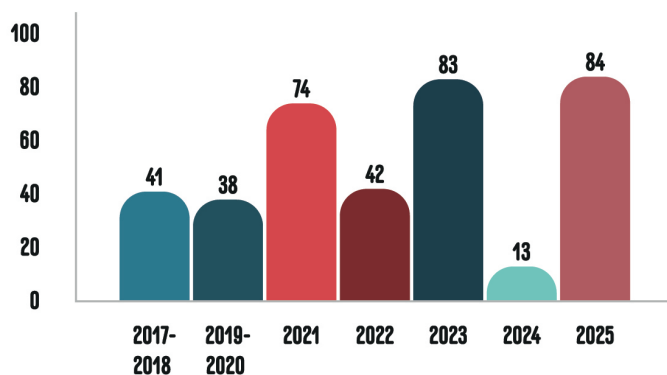
Totale visite Psicologiche per anno



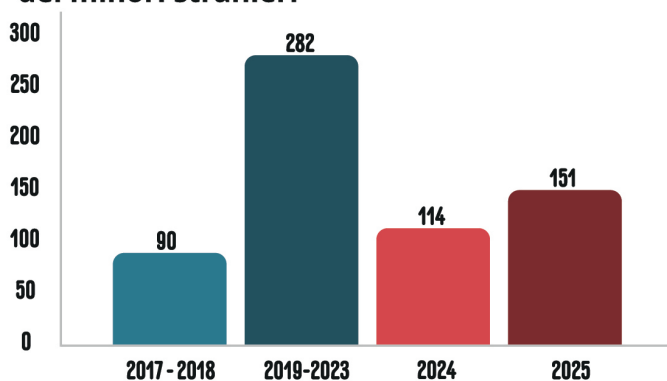
Totale visite di Riabilitazione Psichiatrica



Corsi professionalizzanti e tirocini attivati

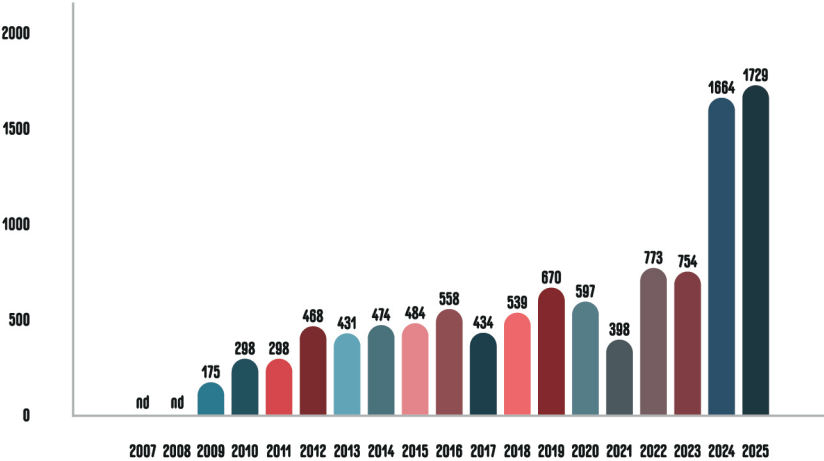


Totale assistiti Samifo salute mentale dei minori stranieri

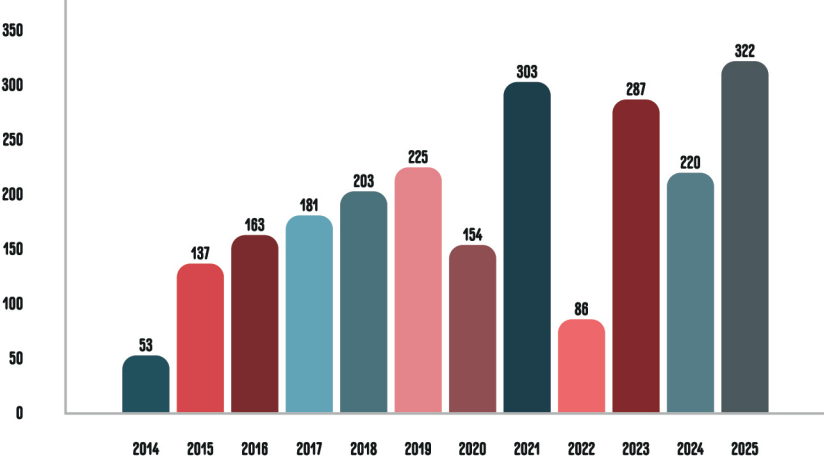


Altre aree specialistiche

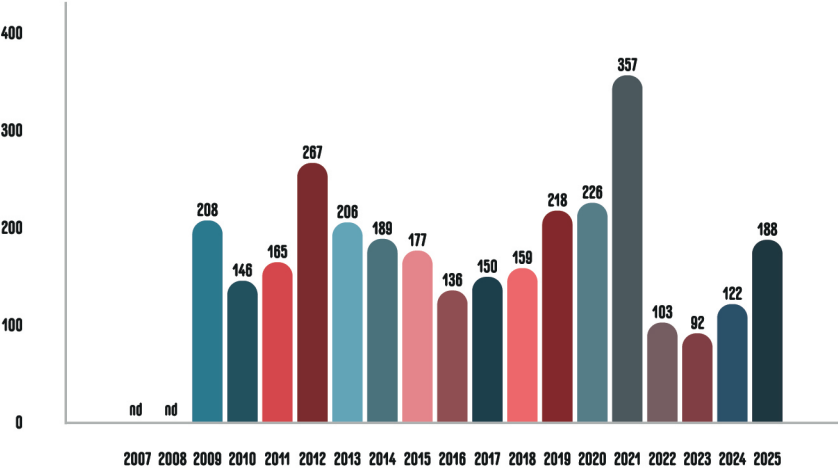
Totale visite Ginecologia e Ostetricia



Totale visite Ortopedia

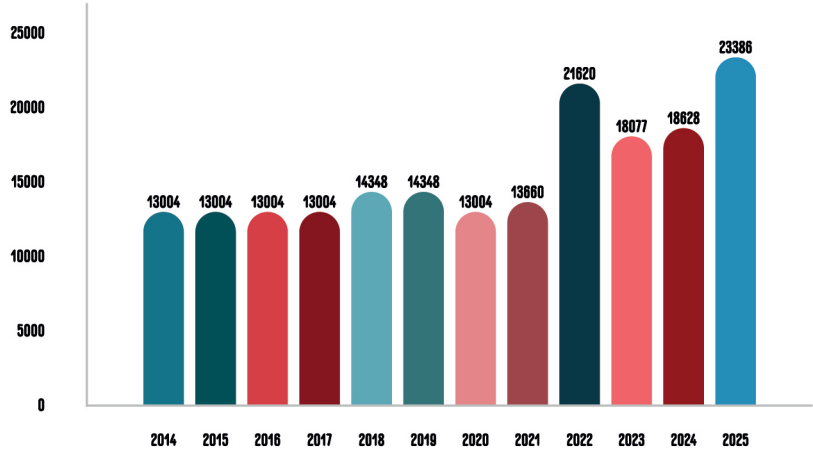


Totale visite Medicina Legale

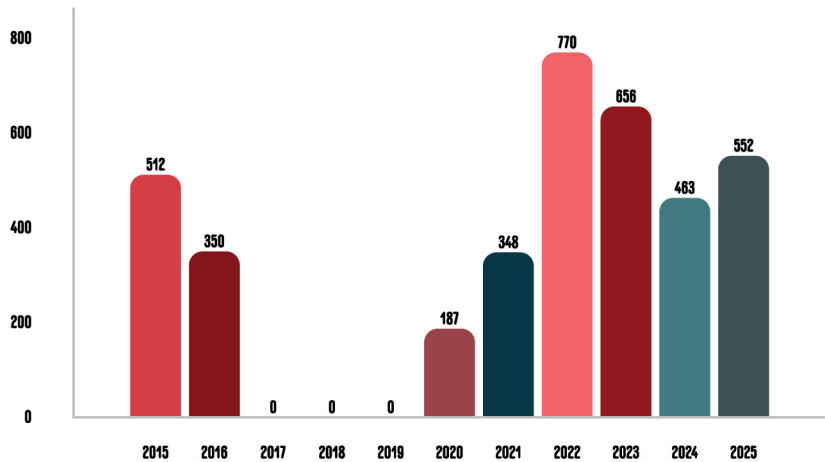


Servizi di integrazione e supporto

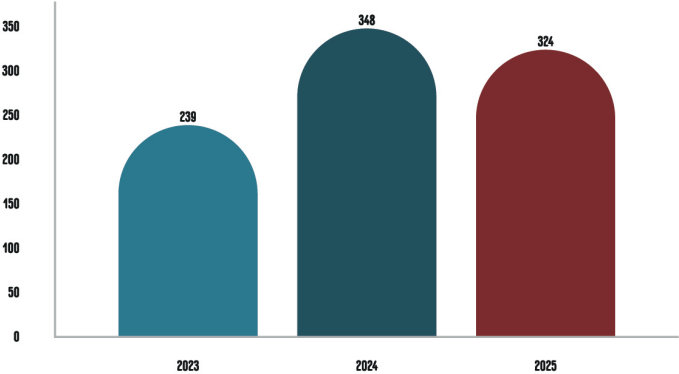
Totale ore di Mediazione linguistico-culturale dal 2014



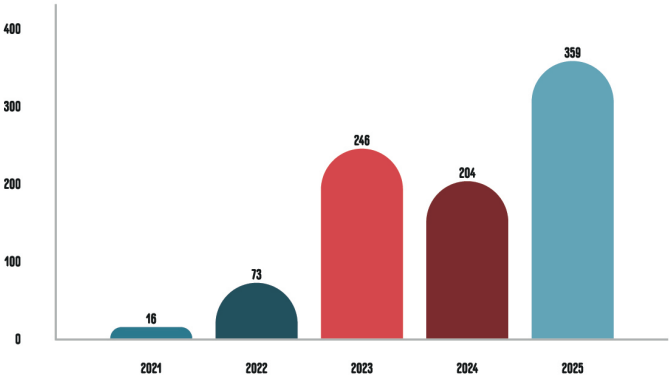
Totale colloqui di Servizio Sociale dal 2015



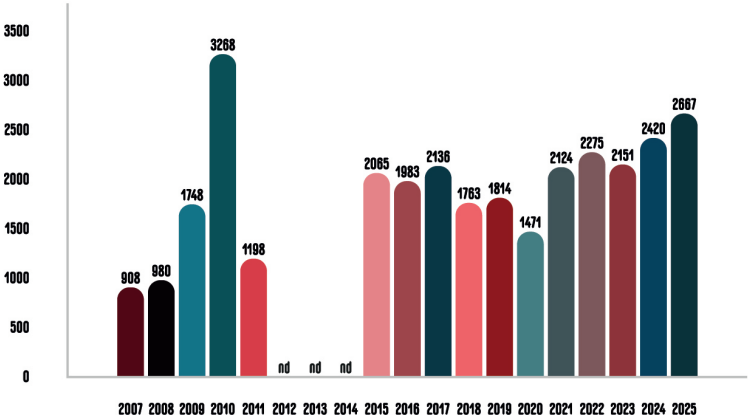
Totale utenti Asl in Camper



Totale prestazioni Infermieristiche



Cura e supporto utenti assistiti per anno



Prima parte

Migrazioni forzate, salute e diritti: contesti globali, determinanti strutturali e rappresentazioni

Dall'inferno di Infulene al SaMiFo: costruire un modello di cura

Giancarlo Santone

Dopo un anno trascorso in Mozambico come cooperante, dove avevo lavorato al supporto della sezione di salute mentale del Ministero della Salute, il 4 ottobre del 1998 rientrai in Italia. Il mio compito era stato quello di realizzare attività e servizi finalizzati alla deistituzionalizzazione dei pazienti rinchiusi nell'ospedale psichiatrico di Infulene di Maputo, un luogo che ancora oggi considero uno dei simboli più estremi della disumanizzazione istituzionale. Infulene era molto più di un ospedale psichiatrico: era, per me, un universo sconosciuto che pensavo, forse speravo, non esistesse più nel mondo. Centinaia di persone internate da anni, con disturbi psichiatrici maggiori, con disabilità intellettive, dipendenze, povere e senza una rete familiare, senza prospettive di dimissione. Le condizioni igieniche erano disastrose, gli impianti elettrici, idraulici e fognari quasi inesistenti, i letti privi di materassi, lenzuola e coperte. Il cibo veniva distribuito una sola volta al giorno, e non sempre. Le "cure" si riducevano alla somministrazione in dosi massicce di psicofarmaci spesso scaduti da mesi. Il dolore non aveva voce, né interlocutori. La linea di confine tra malattia e abbandono si era dissolta. Rientrare a Roma dopo quell'esperienza fu come attraversare una frontiera invisibile. I volti e i corpi di Infulene restavano impressi nella memoria, ricordandomi che la psichiatria non è mai soltanto una disciplina medica, ma un luogo dove si intrecciano diritti, marginalità, povertà, cultura, violenza e soprattutto scelte politiche. Al mio ritorno scoprii che il posto che avevo lasciato in aspettativa al Centro di Salute Mentale di via Sabrata era stato assegnato a un altro collega. L'allora Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, Massimo Purpura, mi comunicò che sarei stato destinato all'Ospedale San Giacomo, servizio di psichiatria di diagnosi e cura (SPDC), nel pieno centro di Roma. Non era per me un ambiente completamente nuovo: negli anni precedenti avevo già coperto alcuni turni in quel reparto. Il passaggio da Infulene all'SPDC, sebbene in contesti incomparabili per risorse e condizioni materiali, rivelò paradossalmente alcune continuità: anche al San Giacomo esistevano forme di esclusione, più sottili, non fondate sulla miseria assoluta ma su un abbandono amministrativo. Circa il 25% dei ricoverati era composto da persone straniere: alcuni turisti, molti senza dimora, cittadini europei ed extraeuropei. Dopo il ricovero e la stabilizzazione della sintomatologia, i turisti venivano dimessi e affidati alle famiglie per il rientro nel Paese di origine; i residenti venivano inviati ai centri di salute mentale di competenza territoriale. Il problema più grave riguardava i

senza dimora, che, non disponendo di una residenza anagrafica e dell'iscrizione al SSN non potevano essere presi in carico dai servizi territoriali. Erano, di fatto, persone "fuori sistema". Questo produceva il fenomeno noto come "revolving door psichiatrico": gli stessi pazienti venivano ricoverati e dimessi ripetutamente dai reparti, senza che si riuscisse a modificare in modo stabile il loro percorso di vita. L'assenza di un luogo sicuro dove andare dopo la dimissione, l'immutabilità delle condizioni di vita e l'impossibilità di accedere a servizi territoriali strutturati condannavano queste persone a un ciclo senza fine di ospedalizzazioni e alla cronicizzazione della malattia e dei comportamenti. Problema che purtroppo persiste tutt'ora. Per cercare di colmare questa grave lacuna del sistema sanitario ottenni l'autorizzazione ad aprire un ambulatorio di psichiatria transculturale presso il San Giacomo. Inizialmente era rivolto agli stranieri dimessi dall'SPDC che non avevano il diritto di accesso ad altri servizi, ma ben presto si rivelò utile anche per altre situazioni complesse, in particolare durante il Giubileo del 2000 quando a Roma affluirono migliaia di pellegrini e migranti da tutto il mondo.

La mia esperienza professionale a supporto dei migranti era iniziata già dal 1988 come giovane medico volontario presso l'ambulatorio della Caritas di via Marsala, aperto ai senza dimora e ai nuovi arrivati, dove la medicina non era solo diagnosi e terapia, ma presenza umana e capacità di accogliere storie complesse. Ogni incontro era un mosaico di sofferenze fisiche, traumi, disorientamento, ma anche di resilienza straordinaria. Lì ho imparato quanto la salute sia inseparabile dal contesto sociale, dalle difficoltà burocratiche, dall'assenza di una rete affettiva, dal dolore di un viaggio forzato o da una perdita recente. La medicina, in quel contesto, diventa un ponte: tra mondi, tra lingue, tra culture. Il mio impegno è stato anche quello di interpretare bisogni che spesso sfuggono ai sistemi sanitari tradizionali: la difficoltà di comunicare sintomi in una lingua non propria, la paura delle istituzioni, il peso dello stigma, le malattie che nascono non solo nel corpo, ma nella solitudine, nell'esilio, nella nostalgia. Ho lavorato per creare spazi sicuri, dove la cura fosse accessibile e dove nessuno dovesse giustificare la propria presenza o il proprio diritto alla salute. Nel tempo ho imparato che l'assistenza ai più fragili richiede competenze tecniche, certo, ma soprattutto relazionali: saper ascoltare con attenzione, leggere i silenzi, comprendere le differenze culturali, costruire fiducia e continuità. È un lavoro umano prima che professionale, che restituisce molto più di quanto richiede. Le esperienze professionali hanno trasformato profondamente il mio modo di intendere la professione medica: non più solo cura del corpo e della mente, ma cura delle vite; non solo terapia, ma accompagnamento; non solo intervento sanitario, ma responsabilità sociale. Accanto ai migranti e alle persone più vulnerabili ho capito che la medicina è davvero completa solo quando raggiunge chi rischia di restare indietro, e quando difende, oltre alla salute, anche la dignità di ogni persona. La mia formazione professionale e umana non si limitava

all'esperienza in Italia. Avevo lavorato 1 anno in Mozambico e precedentemente 2 anni presso il piccolo Cottolengo Don Orione a Montevideo in Uruguay, confrontandomi direttamente con contesti sanitari complessi e con le molteplici forme di vulnerabilità delle popolazioni locali. Le mie traversate transahariane e i viaggi in numerosi Paesi dell'Africa, del Sud America e dell'Europa avevano ulteriormente ampliato il mio sguardo, permettendomi di comprendere dall'interno le dinamiche culturali, sociali e sanitarie dei diversi contesti. Quell'insieme di esperienze, sul campo e lungo le strade del mondo, ha profondamente segnato il mio modo di intendere la medicina e la psichiatria e il rapporto con le persone in movimento.

Erano anni - in Italia - in cui l'immigrazione cresceva rapidamente, trasformandosi da fenomeno marginale a realtà sociale di grande rilevanza. Tra il 1991 e il 2000 il numero di cittadini stranieri soggiornanti in Italia raddoppiò, rendendo sempre più evidente la necessità di competenze mediche sensibili alle sfide della salute globale. Per cercare di rispondere ai bisogni emergenti sanitari e sociosanitari dei migranti nacque nel 1995, a Roma, il GrIS Lazio - Gruppo Immigrazione e Salute - luogo di collegamento tra operatori dei servizi pubblici e del privato sociale, attivisti, mediatori, volontari. Il GrIS divenne uno spazio di riflessione, scambio di pratiche, formazione e advocacy nei confronti delle istituzioni sanitarie e politiche, un laboratorio di idee per ripensare la salute in chiave interculturale. L'ambulatorio di psichiatria transculturale al San Giacomo si inseriva in questa cornice: uno spazio dove la clinica non era separata dalla comprensione delle storie migratorie e dei contesti sociali e culturali.

Il contabile dei talebani

Nel 1998, durante la riconquista talebana del nord Afghanistan, la città di Mazar-i-Sharif - baluardo dell'Alleanza del Nord - fu teatro di uno dei più gravi massacri del periodo. In pochi giorni migliaia di civili, in gran parte appartenenti alla comunità hazara, furono uccisi con esecuzioni sommarie o scomparvero. È in questo contesto di violenza sistematica e terrore che prende avvio la storia di Shamseddin. S., un uomo afghano hazara sulla trentina, educato, silenzioso, elegante nei modi. Nonostante la sua origine etnica era stato reclutato forzatamente come contabile dall'amministrazione talebana perché era uno dei pochissimi che sapevano leggere, scrivere e fare i conti. Ha assistito alla strage del suo popolo da una posizione impossibile: incaricato di annotare sul suo quaderno i proiettili distribuiti e le paghe consegnate ai combattenti, costretto a registrare meccanicamente ciò che accadeva attorno a lui. Non aveva alternative. Il padre era un membro del partito islamico Vahdat - vicino ai Mujahedin - della città di Helmad. Nel 1994 i talebani fecero una violenta irruzione nella casa dove vivevano, arrestarono il padre, poi il fratello maggiore e S. di appena 16 anni. Furono imprigionati e torturati fisicamente e psicologicamente. Sotto tortura riuscirono a estorcere i nomi degli amici del padre, che vennero rapidamente arrestati e uccisi compreso il padre, come apprese successivamente. S. fu arruolato come

contabile. Dopo l'attentato alle Torri Gemelle dell'11 settembre 2001, gli Stati Uniti attribuirono la responsabilità ad al-Qaeda e chiesero ai talebani di consegnare Osama bin Laden. Il rifiuto del regime portò, nell'ottobre 2001, all'avvio dell'operazione militare internazionale guidata dagli USA. Nel giro di poche settimane, grazie al sostegno militare americano e britannico all'Alleanza del Nord, le principali città afgane caddero: Mazar-i-Sharif fu riconquistata a novembre, Kabul pochi giorni dopo e Kandahar, roccaforte talebana, si arrese a dicembre. Il regime talebano era formalmente crollato: i suoi leader si dispersero lungo le aree tribali e nelle zone montuose, mentre in Afghanistan veniva insediato un governo ad interim sostenuto dalla comunità internazionale. In questo contesto - nel 2002 - S. riuscì a rifugiarsi a Kabul e, per non farsi trovare dai talebani, prese una nuova identità, si sposa e si iscrive alla facoltà di fisica. Entrambi insegnavano in una scuola pubblica. Nel 2006 venne informato della uccisione del fratello - che aveva aderito alla resistenza talebana - dalle forze alleate. Durante il funerale S. venne arrestato dalle autorità locali, accusato di essere un fiancheggiatore dei talebani. Imprigionato, veniva sospeso appeso sul soffitto per i piedi e per le mani, fustigato, picchiato, ustionato, minacciato. Era inverno, lo tenevano completamente nudo all'aperto per ore. Volevano informazioni, solo informazioni che S. non aveva. Poco prima del processo, sapendo che sarebbe stato condannato all'impiccagione, riuscì a corrompere un militare appartenente al suo stesso gruppo etnico. In questo contesto S. si ritrovò ricercato sia dalle forze alleate, sia dai talebani stessi, che lo consideravano un potenziale traditore. La stessa sera fugge e raggiunge l'Iran, con l'aiuto di un cugino. A Teheran fu ricoverato 3 settimane in ospedale, a causa delle conseguenze della prigionia. La polizia locale gli comunica che alle dimissioni sarà rimpatriato. Grazie all'appoggio di conoscenti afgani che vivevano a Teheran e con il loro aiuto raggiunse Istanbul. Poi nascosto dentro un camion raggiunge l'Italia nel giugno 2006.

Quando entrò nel mio ambulatorio del San Giacomo aveva il corpo immobile, la voce bassa, gli occhi che non si alzavano mai. Era vivo, ma assente. Non si fidava di me né tantomeno di Pari, la mediatrice di lingua farsi. Non parlava molto, rispondeva con monosillabi, inizialmente. Ma tremava. Era il corpo a parlare. Le sue parole arrivarono attraverso i gesti, poi iniziò a prendere fiducia e soprattutto ad affidarsi. Il suo disturbo non era solo un PTSD: era un trauma complesso, prolungato, incarnato. Somatizzava ogni emozione: dolore allo stomaco, alle spalle, alla testa, i colpi ricevuti, la prigionia, il padre ucciso dai talebani, il fratello dalle forze alleate. I colloqui durarono mesi. Ricostruire un linguaggio comune fu il primo passo. Quando finalmente si sentì al sicuro, cominciò a dormire e non fare più incubi, riuscì a prendere distanza emotiva dalla sua storia: quando giunse il momento per parlare delle violenze viste e subite, non pianse. Il giorno in cui ottenne lo status di rifugiato si presentò con una camicia nuova e disse, per la prima volta in italiano: «Grazie. Ora posso dormire anche senza medicine.» La cura, talvolta, è restituire uno spazio nel mondo.

Ho perso le sue tracce poco prima dell'apertura del SaMiFo a Via San Martin della Battaglia. Era stato uno dei primi pazienti rifugiati che assistevo. Chissà quale strada ha scelto

dopo tutto ciò che ha attraversato. Mi auguro che sia riuscito a costruirsi una nuova vita, lontana dalle ombre di quella storia che lo ha visto insieme vittima e testimone, costretto a sopravvivere in mezzo al terrore. Voglio pensarlo in un luogo sicuro con la forza di guardare avanti senza che il passato lo trattenga ogni giorno e spero che abbia trovato uno spazio per ricominciare.

Un nuovo scenario: rifugiati e richiedenti asilo (2000–2006)

Nei primi anni Duemila l'Italia si trovò sempre più al centro dei flussi migratori internazionali. Le guerre nei Balcani, i conflitti in Afghanistan, l'invasione dell'Iraq, l'instabilità cronica in Somalia, Eritrea, Sudan, Repubblica Democratica del Congo, l'espansione di conflitti e crisi in diverse aree dell'Africa subsahariana e occidentale e in Medio Oriente determinarono un aumento significativo di rifugiati e richiedenti asilo. Molte delle persone che arrivavano avevano alle spalle storie di detenzioni torture e violenze, stupri ripetuti, uccisioni, scomparsa di familiari, amici o colleghi, lunghi viaggi in condizioni disumane. I sintomi con cui si presentavano - insonnia, incubi, flashback, somatizzazioni, isolamento, paura, rabbia, depressione - non erano semplicemente "quadri psichiatrici", ma tracce vive di traumi profondi, spesso impossibili da esprimere nella lingua del Paese di approdo. All'interno del GrIS, Pietro Benedetti del Centro Astalli sollevò con forza la questione dell'accesso ai servizi sanitari pubblici per richiedenti asilo e rifugiati. In particolare, emerse la difficoltà di presa in carico delle vittime di tortura e violenza intenzionale, portatrici di una sofferenza che richiedeva competenze specifiche, tempi lunghi e un approccio rispettoso delle differenze culturali. Per rispondere alle situazioni più urgenti, misi a disposizione l'ambulatorio di psichiatria transculturale del San Giacomo ai pazienti inviati dal Centro Astalli. Arrivarono i primi nomi e volti: oltre a Shamseddin, il contabile dei talebani, Hasaan, fuggito dalla Turchia, esponente del Partito dei Lavoratori del Kurdistan (PKK); Taher, giornalista iracheno; Ibrahim, attivista politico ivoriano e tanti altri: Yusuf, Souleiman, Mamadou, Abdikadir, Tesfay, Yohannes... Quasi tutti uomini. Le donne erano pochissime. Pochi mesi dopo l'inizio di questa nuova avventura la sala d'attesa era sempre piena. Lo spazio dedicato non bastava più, né materialmente né simbolicamente. Era evidente che non si trattava più di "casi singoli", ma dell'emersione di un bisogno collettivo che il sistema sanitario non riusciva a intercettare.

La scrittrice Melania Mazzucco, nel suo articolo Ritorno fra chi ricuce le ferite (Il Venerdì di Repubblica, 7 marzo 2017), ha descritto con straordinaria brillantezza il clima in cui nacque il SaMiFo. Mentre ricostruiva la storia di Brigitte - rifugiata congolese, poi protagonista del suo libro Io sono con te - Mazzucco visitò il centro e incontrò i rifugiati che lo frequentavano. In quell'articolo racconta che nel 2006 le persone che più avrebbero avuto bisogno di aiuto - sopravvissuti a torture, violenze, guerre - erano proprio quelle che più difficilmente riuscivano a usufruire

del servizio sanitario: non sapevano a chi rivolgersi, non parlavano la lingua, spesso non venivano comprese. Fu in questo contesto che con Maurizio Bacigalupi e Pietro Benedetti (Centro Astalli), Filippo Gnolfo (ASL RM/A), Carlo Bracci (Medici contro la Tortura) e il sostegno del Direttore Sanitario Stefano Pompili, progettammo un centro di salute dedicato esclusivamente ai migranti forzati. Nacque così il SaMiFo – Salute Migranti Forzati, prima in via San Martino della Battaglia, poi - dopo i restauri - nella palazzina di via Luzzatti, sede che ancora oggi ne è il cuore. La scrittrice racconta anche un episodio emblematico: Emmanuel, giovane ivoriano del direttivo dei Jeunes Patriotes, vittima, testimone - e forse anche carnefice - delle violenze seguite alla destituzione di Gbagbo, arrivò al Vannini, ospedale romano, con dolori addominali e febbre alta. Appendicite acuta. I chirurghi erano pronti a intervenire, ma lui rifiutava di dare il consenso. «Rischi di morire», gli dicevano i sanitari. Lui rispondeva: «Pourché tu, tu non mourrai?». Era un sì che diventava un no, un no che nessuno capiva. Chiese di chiamarmi perché era un mio paziente. Loro non erano riusciti a convincerlo. Insieme a Martino, il mediatore di lingua francofona, ci recammo d'urgenza con lo scooter all'ospedale. Parlando con lui, emerse un dato decisivo: in Costa d'Avorio, suo padre era morto in sala operatoria. Per lui, "chirurgia" significava morte certa. Quando gli dissi: «Emmanuel qui le cose funzionano diversamente rispetto al tuo Paese di origine. Se fossi al posto tuo, io mi opererei subito», lui annuì. Entrò immediatamente dopo in camera operatoria, fu operato e si salvò. Tutto lo staff dell'ospedale pensò che avevo dei poteri magici su di lui, considerando anche la mia professione e il mio cognome, ma non era così. Bisognava semplicemente capire quel no e dargli una alternativa.

La disubbidienza istituzionale

La chiusura dell'Ospedale San Giacomo, il 31 ottobre 2008, rappresentò un passaggio cruciale. L'allora direttore del DSM, Giuseppe Luoni, guardava con ostilità al SaMiFo e mise in atto ogni possibile ostacolo per limitarne lo sviluppo e, in particolare, per allontanarmi dal progetto. Arrivò persino a emettere un ordine di servizio per trasferirmi al CSM di via Palestro, giustificando la decisione con una frase che ancora ricordo nitidamente: «Non posso permettere a un professionista di perdere tempo in attività insignificanti, che non hanno alcun senso». Decisi di non presentarmi a via Palestro, pur sapendo che quell'atto di disobbedienza avrebbe potuto comportare conseguenze pesanti: una sanzione disciplinare, se non addirittura il licenziamento. Ma accettare quel trasferimento avrebbe significato rinunciare a un lavoro che ritenevo essenziale, un tradimento etico e morale, una forma di violazione profonda dei valori che regolano le relazioni terapeutiche. Scelsi quindi di restare al SaMiFo accanto alle persone che mi avevano affidato le loro vite. Grazie al sostegno del direttore sanitario non ci furono conseguenze disciplinari. Fu una scelta che avrebbe segnato profondamente il mio percorso umano e professionale. In questi anni ho incontrato migliaia di persone che

si portano sulle spalle un carico di dolore immenso. Ragazzi e uomini fuggiti da Paesi africani, asiatici, sudamericani, europei, che avevano visto i propri familiari uccisi, trascorso mesi nelle prigioni, sopravvissuti a viaggi estenuanti, attraversate pericolose e respingimenti violenti. Donne mauritane nate e cresciute in schiavitù, abusate fin dall'infanzia; donne eritree in fuga dal servizio militare obbligatorio e da violenze sistematiche - rese temporaneamente sterili con l'impianto sottocutaneo di contraccettivi di lunga durata per sfuggire alle gravidanze indesiderate da stupri ripetuti nei paesi di transito; uomini e donne afgane che cercavano scampo dal regime talebano. E questi sono solo alcuni esempi. Erano maestre e maestri della sopravvivenza: una volta raggiunto un luogo sicuro in Italia, cominciavano lentamente a ricordare - e a poter raccontare nei tempi opportuni - le esperienze traumatiche vissute nei loro Paesi di origine e lungo le rotte migratorie. Spesso non dormivano, parlavano da soli, lamentavano dolori fisici che non trovavano alcun riscontro negli esami clinici. Raccontavano incubi ricorrenti, immagini intrusive, la sensazione di essere estranei a sé stessi e al mondo che li circondava. I traumi vissuti - talvolta rimossi - riaffioravano di notte sotto forma di incubi, durante il giorno come flashback improvvisi, spontanei o scatenati da un odore, una voce, un rumore, un film, una manifestazione, un semplice incidente stradale o qualsiasi altra situazione in grado di aprire una breccia nella memoria. Per difendersi, molti di loro si paralizzavano, proprio come gli animali che si fingono morti per sfuggire all'aggressore: un meccanismo antico, istintivo, che permette di sopravvivere quando tutto il resto fallisce. Si trasformavano in "fantasmi tra i fantasmi". Come ha scritto il sociologo algerino Abdelmalek Sayad, il migrante sperimenta una doppia assenza: è assente dalla società di origine, che ha dovuto lasciare, ed è al tempo stesso assente, o escluso, da quella di arrivo. Vive in uno stato di sospensione, straniero ovunque. Il lavoro quotidiano al SaMiFo è stato - ed è tuttora - un tentativo di trasformare questa doppia assenza in una prima presenza: riconoscere, ascoltare, curare, rendere visibili vite che il discorso pubblico tende a ridurre a numeri o categorie burocratiche.

L'intellettuale guineano

Il 28 settembre 2009, lo stadio di Conakry - il grande stadio nazionale della Guinea - si riempì di decine di migliaia di persone che protestavano pacificamente contro la giunta militare guidata da Moussa Dadis Camara. Era una manifestazione autorizzata, un raduno popolare che chiedeva democrazia, elezioni e la fine degli abusi della giunta militare. A metà mattinata quando i soldati entrarono nello stadio e chiusero tutte le uscite, lo stadio si trasformò per i manifestanti in una trappola. Furono uccise circa 200 persone mentre oltre mille rimasero ferite, migliaia gli arrestati. La folla cercò riparo senza trovarlo, molte donne furono trascinate sul campo e violentate. In poche ore quel luogo di sport divenne un teatro di morte e paura. Per molti, quel giorno segnò la fine di ogni speranza di libertà e l'inizio di un incubo.

Ibrahim era un giovane professore di una scuola secondaria, brillante, colto, poliglotta. Sposato, aveva 2 figli piccoli. Aveva organizzato dibattiti nelle scuole, rilasciato interviste a radio e riviste denunciando la corruzione dei militari, tenuto corsi di formazione per i ragazzi dei quartieri poveri. L'esperienza vissuta nello stadio, l'arresto e la tortura lo aveva svuotato: percosse, isolamento, umiliazioni, minacce ai familiari. Parlava perfettamente francese, inglese e malinkè, ma quando arrivò al SaMiFo nessuna lingua "funzionava": si inceppava, si fermava a metà frase, si rifugiava nel silenzio. Era come se il trauma avesse disperso il suo linguaggio e lo avesse convinto che non aveva più diritto di rivolgersi agli altri. Il percorso fu lungo: farmaci e psicoterapia, formazioni professionalizzanti, accompagnamento legale per la richiesta d'asilo, attività psicocorporee per tornare a sentire il proprio corpo come un luogo sicuro. All'inizio comunicava solo con gli sguardi e qualche parola scritta su un foglio. Poi, piano piano, cominciò a tradurre per gli altri, a correggere le frasi sui moduli, a spiegare ai nuovi arrivati come orientarsi. Un giorno, entrando nel mio studio, disse: «Ho sognato che posso ancora insegnare.» Era la prima volta che parlava di futuro. Pochi mesi dopo teneva un piccolo corso di francese a un gruppo di ragazzi del centro di accoglienza: le parole erano tornate a casa.

Il riconoscimento istituzionale

L'impegno quotidiano, costante e silenzioso, portato avanti per anni, ha dato frutti maturati lentamente, quasi senza che me ne accorgessi. Quel lavoro paziente, costruito giorno dopo giorno accanto alle persone più vulnerabili, ha generato nel tempo una credibilità professionale e umana che ha iniziato a tradursi in riconoscimenti formali - mai richiesti, mai cercati, ma inevitabilmente necessari. Segni tangibili del fatto che ciò che stavamo facendo aveva un valore, che quel modello di cura meritava di essere visto, compreso e sostenuto, non solo nella pratica quotidiana ma anche all'interno delle istituzioni:

- 2015 – il SaMiFo viene individuato come “Struttura Sanitaria a valenza regionale della ASL Roma 1 per l'assistenza ai migranti forzati”, punto di riferimento per richiedenti asilo, rifugiati, sopravvissuti a torture e violenze, minori anche non accompagnati nonché per tutti gli enti e istituzioni.
- 2017 – diventa una Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale - UOSD.
- 2025 – nel nuovo Atto Aziendale, viene riconosciuto come Unità Operativa Complessa - UOC.

Durante questo percorso anche il personale è progressivamente aumentato, accompagnando l'espansione delle attività e la crescente complessità dei bisogni da affrontare. La squadra si è trasformata in una realtà articolata e multidisciplinare: oltre venti professionisti/e tra dipendenti e personale convenzionato, più di quin-

dici contrattualizzati a progetto – medici legali, ortopedici, psicologhe, educatrici professionali, assistenti sociali, consulenti esperti - ai quali si affiancano quattro operatori dedicati del Centro Astalli, presenti quotidianamente nei percorsi di accoglienza e presa in carico. Un ruolo fondamentale è svolto dai mediatori linguistico-culturali: trenta in totale, formati specificamente in ambito sanitario e iscritti all'elenco nazionale dell'INMP, Istituto Nazionale del Ministero della Salute. Senza di loro non sarebbe possibile costruire una reale alleanza terapeutica, comprendere bene i sintomi, restituire alle persone la possibilità di esprimersi nella propria lingua. Non sono semplici traduttori, ma interpreti di mondi diversi. Rendono comprensibili diagnosi, trattamenti, indicazioni sanitarie e diritti, permettendo alle persone di orientarsi e di partecipare in modo consapevole al proprio percorso di cura. Questa squadra, ampia e diversificata, ha reso possibile una presa in carico multidisciplinare e integrata, capace di rispondere non solo ai bisogni clinici, ma anche alle dimensioni sociali, relazionali e culturali della cura.

Il SaMiFo, nel corso degli anni, ha assunto un ruolo sempre più centrale all'interno del sistema regionale e nazionale dedicato alla tutela della salute dei migranti e delle persone vulnerabili. Oltre alle attività cliniche e di presa in carico, gestisce diversi progetti europei su delega della Regione Lazio, contribuendo allo sviluppo di modelli innovativi di accoglienza e cura. Coordina inoltre il tavolo delle vulnerabilità psicosanitarie presso la Prefettura di Roma, diventando il punto di riferimento per situazioni complesse che richiedono un intervento integrato tra istituzioni, servizi sanitari e realtà del territorio. Guida la rete regionale per la prevenzione e il contrasto delle mutilazioni genitali femminili (MGF) promuovendo formazione, sensibilizzazione, percorsi di deinfibulazione e l'utilizzo del Passaporto della Salute, uno strumento innovativo di prevenzione e tutela, pensato specificamente per le bambine e le adolescenti potenzialmente esposte al rischio di MGF. Fa parte della RESST - Rete di Supporto per le Persone Sopravvissute a Tortura - di cui è cofondatrice insieme a Medici Senza Frontiere e altre realtà della società civile. La Rete promuove iniziative formative e di sensibilizzazione sui temi della tortura, delle sue conseguenze di breve e lungo periodo sulle persone sopravvissute e sulle loro comunità, sull'esigenza di rafforzare a vari livelli l'attuazione delle norme e degli standard internazionali contro la tortura e i relativi strumenti di prevenzione, monitoraggio e repressione. Da settembre 2025 fa parte del gruppo di lavoro regionale per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, portando competenze cliniche e una lunga esperienza sul campo. Da Circa dieci anni il SaMiFo ha il patrocinio dell'UNHCR, un riconoscimento che testimonia la qualità del lavoro svolto e l'impegno costante nella difesa dei diritti e della dignità delle persone forzatamente migranti.

Il SaMiFo opera all'interno di un contesto segnato da vulnerabilità multiple e intrecciate: traumi ripetuti, precarietà lavorativa, povertà abitativa e alimentare, bar-

riere linguistiche, difficoltà di accesso ai servizi, pregiudizi, razzismo e profonde disuguaglianze strutturali. Prendere in carico una persona significa quindi confrontarsi con un insieme di fragilità che si alimentano a vicenda, rendendo necessario un approccio capace di unire competenze cliniche, psicologiche, sociali e legali. Il metodo di lavoro adottato dal SaMiFo è quello del governo della rete, concepita come un sistema vivo di relazioni tra soggetti diversi - istituzioni, servizi sanitari, enti locali, associazioni, comunità, scuole, organismi internazionali - che operano come parti di un'unica architettura cooperativa: la visione del problema, i valori, le priorità comuni, il senso di responsabilità condivisa. In questo modello, la rete non è solo un insieme di contatti, ma un processo, una struttura organizzata in cui gli attori convergono su obiettivi comuni, condividono strategie e definiscono metodologie di lavoro compatibili tra loro. Il governo della rete significa creare alleanze stabili, fondare linguaggi professionali condivisi, armonizzare procedure e sviluppare una cultura comune dell'intervento, superando la frammentazione tipica dei servizi. Questo metodo consente di raggiungere risultati che nessun soggetto, da solo, potrebbe ottenere: l'accesso facilitato ai servizi, la valutazione integrata dei casi, il coordinamento degli interventi complessi, la costruzione di percorsi efficaci di cura, protezione, inclusione e autonomia. In altre parole, il governo della rete trasforma la cooperazione in una risorsa strutturale, rendendo possibile una risposta collettiva a bisogni multidimensionali dei rifugiati e sostenendo una visione comunitaria, sinergica e realmente centrata sulla persona. Sin dall'origine la collaborazione con il Centro Astalli rappresenta un pilastro fondamentale, così come la connessione con l'intero ecosistema territoriale: servizi intra e interaziendali, Prefetture, Enti locali, centri di accoglienza, Ministeri della Salute e dell'Interno, INMP, Istituto Superiore di Sanità, regioni, organizzazioni della società civile, università, società scientifiche. Gli effetti di questo lavoro emergono su più livelli. Nel breve periodo si osserva un aumento significativo dell'accesso ai servizi, una migliore comprensione dei propri diritti e una maggiore capacità di muoversi all'interno del sistema sanitario. Nel medio periodo si consolidano cambiamenti più profondi: una maggiore stabilità della salute fisica e mentale, la riduzione dei sintomi legati al trauma, un incremento dell'autonomia personale e un minor ricorso ai servizi di emergenza. Nel lungo periodo il nostro impegno è orientato a favorire un reale percorso di inclusione socio-lavorativa, sostenendo le persone nella conquista dell'autonomia e nella costruzione di una nuova progettualità di vita attraverso l'ingresso o il reinserimento nel mondo del lavoro, come previsto dal Programma Nazionale Integrazione (PNI) dei richiedenti e titolari di protezione. L'obiettivo è permettere a ogni individuo di raggiungere una dimensione di vita stabile, libera e autodeterminata. A livello sistemico, il SaMiFo contribuisce a ridurre le disuguaglianze sanitarie tra la popolazione migrante, promuovendo un modello di assistenza culturalmente competente, efficace e potenzialmente replicabile in altri contesti regionali e nazionali. Il continuo lavoro di valutazione

dell'impatto permette di rendere visibili e misurabili i risultati ottenuti, assicurando trasparenza, qualità e miglioramento costante dell'intero percorso di cura.

In sintesi, il SaMiFo non è semplicemente un servizio sanitario e sociosanitario: è un luogo di approdo, uno spazio protetto in cui le persone che hanno vissuto la migrazione forzata possono gradualmente ritrovare stabilità, dignità e la possibilità concreta di ricostruire il proprio benessere, non solo fisico ma anche psicologico, sociale ed esistenziale. Qui la cura non si limita alla diagnosi o al trattamento, ma si intreccia con l'ascolto, la ricostruzione della fiducia, l'orientamento ai diritti, l'accompagnamento nella complessità della vita quotidiana. È una dimensione profondamente umana, sostenuta però da un approccio tecnico-scientifico rigoroso, aggiornato e culturalmente competente, e da una rete istituzionale solida e ben coordinata. È proprio da questa combinazione – rigore scientifico, umanità, metodo e rete - che nasce il vero impatto sociale del SaMiFo: la capacità di trasformare la vulnerabilità in possibilità, di ricucire ciò che è stato spezzato, di offrire alle persone non solo cura, ma costruzioni di futuro.

Alcuni mesi fa The Guardian nell'articolo "We're witnesses to the horror of the world" descrive il Centro SaMiFo di Roma come un servizio unico nel suo genere in Europa e forse nel mondo: una clinica pubblica e specializzata nella cura del trauma e del disturbo da stress post-traumatico (PTSD) per richiedenti asilo e rifugiati, nato per colmare una lacuna nel sistema sanitario italiano di fronte alle sofferenze profonde di molte persone costrette alla fuga. Quando il SaMiFo prese forma nella sede di via Luzzatti, fu chiaro fin da subito che non sarebbe stato un semplice ambulatorio. Era un luogo nuovo, nato dall'intreccio tra esperienza clinica, conoscenza del trauma, antropologia medica, mediazione culturale, epidemiologia, diritti umani e politiche sociali. Il centro nasceva da una storia del tutto anomala: non era stato creato "dall'alto", secondo il tipico modello top down con cui vengono istituiti molti servizi sanitari, spesso frutto di decisioni amministrative, direttive politiche o programmazioni regionali. Al contrario, il SaMiFo aveva preso forma "dal basso", attraverso un processo bottom up: era nato dall'incontro concreto con i bisogni reali delle persone migranti, dalle richieste dei territori, dalla collaborazione spontanea tra operatori motivati, associazioni e comunità, prima ancora che da atti formali o riconoscimenti istituzionali. Questa origine partecipata, radicata nell'esperienza quotidiana e nelle problematiche osservate sul campo, ha conferito al centro un'identità unica: un servizio costruito insieme ai destinatari, plasmato dalla realtà e non imposto da una struttura centrale. Proprio questa dinamica bottom up ha permesso al SaMiFo di essere più flessibile, più responsivo e più capace di adattarsi ai bisogni emergenti, diventando nel tempo un modello riconosciuto e valorizzato anche dalle istituzioni che inizialmente non ne avevano previsto l'esistenza. La struttura prese così forma come un ecosistema clinico e sociale, capace di accogliere l'intera complessità della migrazione forzata.

Le sedi: luoghi fisici, luoghi simbolici

Nel corso degli anni il SaMiFo ha ampliato la propria presenza in più sedi, ciascuna con funzioni specifiche e complementari, dando vita a una vera e propria rete policentrica. Ogni luogo non è solo uno spazio operativo, ma porta con sé un valore simbolico, culturale e relazionale che contribuisce a definire l'identità stessa del centro. Prima di trasferirci definitivamente a Via Luzzatti nel 2008 le attività nel 2006 sono iniziate presso il poliambulatorio di Via San Martin della Battaglia, dove siamo rimasti i primi 2 anni.

1. Via Luzzatti: il cuore storico del centro

La palazzina di via Luzzatti, ristrutturata e aperta nel 2008, continua a rappresentare il nucleo pulsante del SaMiFo. È qui che si concentrano le attività cliniche principali:

- accoglienza e front-office
- mediazione linguistico-culturale
- medicina generale
- salute della donna: ginecologia, ostetrica
- psichiatria e psicologia transculturale
- medicina legale
- ortopedia
- servizi infermieristici e sociali
- riabilitazione psichiatrica
- servizio farmaceutico

Entrare in via Luzzatti significa capire immediatamente che non si tratta di un ambulatorio qualunque. Le loro pelli portano sfumature che ricordano terre diverse: il rosso del deserto, il nero profondo della notte, il miele dorato del sole tropicale, il bianco pallido come l'alba invernale. Persone che parlano lingue diverse - tigrino, dari, francese, arabo, wolof, inglese, ucraino, somalo, spagnolo, italiano, etc - siedono una accanto all'altra, vestite con abiti che raccontano, più di tante parole, la geografia attuale delle guerre, delle persecuzioni e delle migrazioni globali. Arrivano portando con sé documenti scoloriti, storie spezzate, ferite fisiche e interiori. Il compito del SaMiFo è dare forma e risposta a queste vulnerabilità, trasformandole in percorsi di cura concreti e personalizzati, dove la medicina incontra l'ascolto, la giustizia e la ricostruzione della fiducia.

2. Santa Maria della Pietà: il padiglione 17

Il complesso del Santa Maria della Pietà, luogo emblematico della storia della psichiatria romana, accoglie oggi una parte essenziale del lavoro del SaMiFo, in par-

ticolare nell'ambito della salute mentale dei minori stranieri provenienti da paesi terzi e della riabilitazione psichiatrica delle vittime di torture.

Qui, nel Padiglione 17, si svolgono:

- attività riabilitative e professionalizzanti per rifugiati e rifugiate vittime di tortura
- valutazione multidisciplinare dell'età di minori stranieri non accompagnati
- accoglienza di minori stranieri, compresi i non accompagnati
- valutazioni interdisciplinari di minori con difficoltà legate al neurosviluppo
- percorsi di presa in carico per minori non accompagnati con esperienze traumatiche
- interventi per la riduzione della dispersione scolastica nei minori migranti
- terapie individuali e di gruppo
- iniziative culturali e attività comunitarie legate alla salute mentale

Questi spazi, un tempo parte del manicomio, sono stati profondamente riconvertiti e reinterpretati. Il loro nuovo utilizzo rappresenta un passaggio simbolico potente: da luogo di segregazione e custodia a luogo di accoglienza, cura, formazione e speranze. Il Padiglione 17, che in passato ospitava donne considerate “semi-agitate”, oggi è diventato uno degli spazi più vitali del SaMiFo, dove donne migranti possono trovare ascolto, protezione, uno spazio di libertà e di rinascita.

3. Corso Vittorio Emanuele II, 343: il Polo Interculturale

La sede di Corso Vittorio Emanuele II, 343 è un vero Polo Interculturale, aperto alla cittadinanza e alle comunità migranti. Questo spazio, ristrutturato e arredato grazie a fondi europei, nasce per facilitare l'incontro tra i servizi, la città e le diverse culture che la abitano. Qui si realizzano:

- laboratori espressivi e formativi
- eventi culturali, comunitari e di socializzazione
- orientamento e accoglienza interculturale
- alfabetizzazione sanitaria in più lingue
- incontri informativi su salute, prevenzione, diritti e accesso ai servizi
- attività legate ai progetti FAMI

È una sede pensata per essere accessibile, aperta e permeabile, dove non ci sono barriere tra chi ha bisogno di orientamento e chi può offrirlo. Uno spazio in cui la prevenzione e la promozione della salute si trasformano in un percorso culturale e riabilitativo condiviso, costruito insieme alle persone e comunità, in dialogo con le loro culture, le loro lingue e le esperienze di vita che portano con sé. Un luogo aperto e inclusivo, un laboratorio di crescita e partecipazione piuttosto che un tra-

dizionale servizio sanitario, dove la salute diventa relazione, espressione, integrazione e possibilità di riconnettersi con sé stessi e con gli altri.

La struttura organizzativa: l'équipe interdisciplinare

Il SaMiFo si distingue per essere un'organizzazione realmente orizzontale, dove il lavoro dell'équipe multidisciplinare non è soltanto un metodo: è un modo condiviso di essere, una lente attraverso cui guardare le persone e le loro storie. Nessuno lavora da solo. Le vite delle persone che incontriamo non potrebbero mai essere comprese, né tantomeno accompagnate, da una sola disciplina o da una sola voce. È un mosaico di competenze che si incastrano, in cui ognuno entra nella storia della persona da una porta diversa, con una sensibilità propria, con strumenti che appartengono a mestieri ed esperienze differenti. La sofferenza dei migranti forzati ha molte facce - corpo, mente, documenti, lingua, identità, futuro - e ciascuna richiede uno sguardo specifico. La collaborazione non è occasionale, ma quotidiana. Ci si incontra al front office, nel back office, nelle sale d'attesa o nei corridoi, nelle stanze dei colloqui o durante le riunioni dello staff; si condividono dubbi, intuizioni, problemi, decisioni. Le riunioni di équipe non servono solo a coordinare il lavoro, ma a ricomporre i frammenti delle storie che ognuno ha ascoltato separatamente. Il mediatore porta il significato nascosto dietro una parola. La psichiatra racconta ciò che è emerso da un silenzio o da un incubo. Il medico interpreta un sintomo che ha radici lontane. L'assistente sociale ricostruisce la rete, o la mancanza di una rete, intorno alla persona. E da tutto questo nasce il percorso di cura. L'obiettivo non è mai "curare un disturbo", ma accompagnare una persona. Stabilizzare la salute fisica e mentale, certamente. Ridurre i sintomi del trauma, naturalmente. Ma anche costruire sicurezza, orientamento, dignità, diritti, autonomia. Restituire a ciascuno la possibilità di riprendere il filo della propria esistenza, dopo che la migrazione forzata l'ha spezzata. Il percorso si costruisce passo dopo passo, attraverso la personalizzazione degli interventi, la continuità della relazione, la flessibilità indispensabile quando i problemi cambiano da un giorno all'altro. In questo modo, la cura diventa un viaggio condiviso. Ci spostiamo insieme alla persona nel suo percorso di guarigione, lasciando che ogni professionista contribuisca con la sua parte, con la consapevolezza che solo unendo le nostre voci possiamo restituire alle persone la loro.

L'accoglienza: la prima soglia di cura

Il front-office del SaMiFo è molto più di un semplice sportello amministrativo: è la prima soglia di cura, il luogo in cui inizia il percorso di ogni persona che arriva al centro. È qui che si presenta, spesso in silenzio o con estrema cautela, chi porta con sé documenti provvisori o scaduti, difficoltà linguistiche, traumi ancora invisibili, o un passato di esperienze negative con istituzioni e servizi da cui si è

sentito respinto. Le persone arrivano al front-office portandosi dietro un carico di diffidenza, stanchezza, paura. Per molti è il primo luogo in cui provano a chiedere aiuto dopo un viaggio lungo e pericoloso; per altri è l'ennesimo tentativo, dopo tanti fallimenti o fraintendimenti. È qui che l'accoglienza diventa un vero atto clinico. Un sorriso, un gesto di gentilezza, una spiegazione paziente, una traduzione che permette finalmente di essere capiti: sono elementi apparentemente minimi, ma che hanno un effetto potente, capaci di trasformare la percezione di un servizio pubblico da spazio ostile a luogo sicuro, in cui iniziare a lasciare andare la paura e a sentirsi riconosciuti come persone. In questo incontro iniziale si apre la possibilità di cura. Non solo perché si attiva l'accesso ai servizi, ma perché si stabilisce una relazione di fiducia, la condizione indispensabile per affrontare il trauma, la malattia, la fragilità sociale. L'accoglienza non è dunque un passaggio preliminare: è il primo intervento terapeutico, la base che sostiene tutto ciò che verrà dopo. È tra quelle scrivanie, quelle sedie, quelle lingue diverse che si incontrano, che comincia il lavoro più difficile e più prezioso: restituire alla persona la sensazione di non essere più sola.

La mediazione linguistico-culturale: la nuova soglia di cura

Se l'accoglienza rappresenta la prima soglia di cura, la mediazione linguistico-culturale è la porta che permette davvero di oltrepassarla. Senza di essa, molte storie resterebbero mute, molti sintomi incomprensibili, molti bisogni invisibili. È nella relazione mediata che il centro diventa davvero accessibile e che la cura può cominciare a prendere forma. Nel front-office del SaMiFo, i mediatori non sono semplici traduttori: sono ponti umani tra mondi che spesso non hanno parole in comune, né esperienze condivise.

Sono loro a trasformare un dialogo incerto in una conversazione possibile; a dare un nome a ciò che la persona prova ma non sa esprimere; a restituire senso a espressioni che appartengono ad altre culture, ad altre storie del corpo e dell'anima. Accade spesso che un paziente arrivi in silenzio, schiacciato dall'imbarazzo o dal timore di non essere compreso. A volte ha già fatto tentativi falliti altrove, dove la lingua è stata un muro invalicabile. Ma quando il mediatore si avvicina e gli parla nella sua lingua madre qualcosa cambia. Gli occhi si sollevano. La postura si alleggerisce. La storia, lentamente, comincia ad affiorare. La mediazione culturale non riguarda solo la traduzione delle parole, ma dei significati. Lo stesso sintomo può voler dire cose diverse in culture diverse; lo stesso racconto può avere sfumature che sfuggono se non si conoscono i codici di quel popolo, i modelli di espressione del dolore, i tabù, l'identità sociale come forma collettiva della memoria. Il mediatore aiuta anche noi professionisti a leggere tra le righe, a capire un silenzio prolungato, un gesto trattenuto, una pausa che non è esitazione ma rispetto. Quando traduce, non restituisce solo parole: restituisce contesto, biografia,

cultura. E così il paziente smette di essere un corpo che presenta sintomi e diventa una persona intera, con una storia che merita ascolto e dignità. Nell'accoglienza mediata si costruisce la prima forma di alleanza terapeutica. È un'alleanza fragile, ma preziosa: nasce nel momento esatto in cui il paziente capisce di non essere più prigioniero del silenzio. Di poter parlare senza vergogna. Di poter essere compreso. In quell'istante la cura non è ancora iniziata clinicamente, ma qualcosa dentro la persona ha già cominciato a guarire: la paura si attenua, la fiducia si affaccia, la relazione si apre. Al SaMiFo, la mediazione linguistico-culturale non è un servizio accessorio: è una seconda soglia terapeutica, un atto clinico anch'esso. È ciò che permette alla cura di essere possibile e alla persona di sentirsi davvero accolta.

La medicina generale: dove inizia la cura del corpo.

La medicina generale è spesso il primo vero punto di accesso alla assistenza sanitaria al SaMiFo. È qui che arrivano persone che portano nel corpo le tracce del viaggio, della fuga, della povertà o della malattia non curata. È qui che la sofferenza fisica incontra, per la prima volta, qualcuno che può ascoltarla senza fretta, senza giudizio, senza barriere linguistiche o culturali. I pazienti che raggiungono l'ambulatorio di medicina generale arrivano con situazioni estremamente diverse tra loro:

- malattie croniche mai diagnosticate o con trattamenti interrotti, come diabete, ipertensione, epatiti, malattie respiratorie;
- condizioni acute non riconosciute che non hanno ancora trovato risposta;
- esiti di traumi fisici, legati alla violenza subita in patria, nel deserto, nei centri di detenzione, durante la permanenza nei Paesi di transito, infortuni accidentali o sul lavoro nel nostro Paese;
- patologie legate al viaggio, dall'anemia alla malnutrizione, dalle infezioni intestinali alle malattie dermatologiche;
- disturbi psicosomatici, in cui il dolore del corpo parla al posto della mente quando il trauma è troppo grande per essere nominato.

Il medico di base del SaMiFo deve fare molto più che visitare: deve ascoltare e interpretare. La sua è una medicina che richiede occhi attenti e orecchie aperte, capaci di leggere sintomi che spesso non si presentano nei manuali occidentali e che assumono significati diversi in altre culture. La visita medica è, in realtà, un incontro complesso: il paziente porta un dolore fisico, un dolore può nascondere una storia che chiede ascolto.

Per lavorare in questo ambulatorio, il medico deve saper integrare:

- la conoscenza dell'epidemiologia delle migrazioni, perché le malattie più frequenti tra i migranti non sono sempre quelle che si incontrano nella

- popolazione generale;
- l'antropologia della salute, per comprendere come ogni cultura interpreta la malattia, il dolore, la cura;
- la sensibilità clinica necessaria per distinguere ciò che è organico da ciò che è psicosomatico, ciò che deriva dalla malattia da ciò che appartiene al dolore della migrazione.

Il suo compito non è solo curare, ma cucire o ricucire la continuità della cura. Per molti pazienti, la visita medica è il primo momento in cui si sentono davvero “al sicuro”: possono mostrare le cicatrici, raccontare il dolore, chiedere aiuto senza temere un rifiuto o un'accusa. Nella visita il corpo diventa una mappa. Ogni cicatrice ha una storia. Ogni dolore porta con sé un ricordo. Ogni sintomo è un linguaggio da decifrare. Il medico del SaMiFo impara presto che non può fermarsi alla superficie. Spesso è attraverso un dolore alla schiena che emerge una tortura, attraverso un problema gastrico che affiora una nostalgia, attraverso un'insonnia che si svela un incubo ripetuto. La medicina generale è la porta d'ingresso a tutto il resto: alla psicoterapia, alla tutela legale, alla protezione sociale, alla prevenzione.

La donna somala

In Somalia la pratica delle mutilazioni genitali femminili è così diffusa da diventare, per molte donne, una parte inevitabile della crescita. Più del 90% delle ragazze viene sottoposto alla pratica durante l'infanzia o la prima adolescenza, spesso in un contesto comunitario in cui la mutilazione non è percepita come violenza, ma come un passaggio obbligato verso il rispetto e l'onore familiare. Le madri, le zie, le anziane del villaggio partecipano o assistono, convinte che senza quella ferita la figlia non sarebbe considerata una “vera” donna. La forma più frequente è l'infibulazione, un intervento invasivo che comporta il taglio e la chiusura quasi totale dei genitali esterni. È un rito che lascia cicatrici profonde, fisiche ed emotive: dolore cronico, infezioni, difficoltà nei rapporti sessuali, complicazioni durante il parto. Ma lascia anche una memoria interiore difficile da nominare. Molte donne ricordano la lametta improvvisata, le spine di acacia usate per cucire, le settimane senza riuscire a urinare senza dolore. Ricordano, soprattutto, il silenzio che seguiva: nessuno chiedeva come stessero, perché non era previsto che una bambina provasse paura o rabbia.

Fatima veniva dalla Somalia, un Paese dove le donne non parlano di ciò che accade loro. Era fuggita dopo un matrimonio forzato a 14 anni con un uomo di 60. Prima ancora delle nozze, e prima delle violenze sessuali che avrebbe subito sistematicamente negli anni a venire, era stata costretta a subire le mutilazioni dei genitali. Ogni volta che tentava di raccontarlo, la voce le si spezzava: un dolore antico, mai condiviso e il timore di essere giudicata. Portava sul corpo i segni delle violenze e di una MGF di tipo severo. Per lei, il corpo “intimo” era diventato un territorio che non aveva mai conosciuto protezione. Dopo il matrimonio, il marito aveva imposto rapporti sessuali violenti e frequenti, senza alcuna

considerazione per il suo dolore. Fatima raccontò, solo dopo molti colloqui, di aver vissuto quelle notti come una seconda mutilazione, ripetuta nel tempo. In pochi anni aveva subito tre aborti spontanei, ciascuno vissuto da sola, senza cure, senza rassicurazioni, con la colpa addosso e la paura di essere considerata una moglie “difettosa”. Al SaMiFo attivammo un percorso integrato: la ginecologa, la psicologa, la mediatrice. Ognuna aggiungeva un pezzo alla sua storia, aiutandola a ritrovare un linguaggio possibile. La ginecologa affrontò le conseguenze fisiche della mutilazione; la mediatrice raccolse il suo dolore nella sua stessa lingua; la psicologa la aiutò a comprendere che ciò che aveva subito non era destino, ma violenza. Un giorno, durante un colloquio, Fatima si alzò in piedi, respirò profondamente e disse: “oggi posso dire che non è colpa mia”. Fu la prima volta che la sua voce andò oltre la vergogna. Ricorda perfettamente il giorno in cui la mutilarono: la lametta che tagliava, le spine di acacia usate per cucire la sutura, la pipì che non usciva più, poi ancora la lametta e di nuovo le spine. Ricorda le urla soffocate e la festa che seguì, come se nulla fosse accaduto. La madre la aiutò a fuggire. Da quel giorno, di lei non ha più avuto notizie. La sua storia l’ha raccontata in un video che il SaMiFo ha realizzato nel 2014.

La cura che accoglie la donna

Nel percorso di cura del SaMiFo, la salute della donna occupa un ruolo centrale. Molte delle pazienti che arrivano qui portano corpi e storie segnati da violenze che hanno lasciato ferite profonde, visibili e invisibili: abusi sessuali nel proprio Paese o in quelli di transito, tratta, mutilazioni genitali, matrimoni precoci e forzati, violenze domestiche, esclusione sociale o abbandono familiare. Molte donne non hanno mai effettuato una visita ginecologica e alla prima spesso emergono paure, vergogne, ricordi che bruciano, un corpo che a volte è stato terreno di sopraffazione, altre volte un campo di battaglia. Ed è proprio per questo che l’ambulatorio dedicato alla salute della donna è uno spazio particolarmente delicato: un luogo in cui occorre avvicinarsi con rispetto assoluto. L’ambulatorio offre un ventaglio ampio di servizi:

- visite ostetriche e ginecologiche, spesso il primo contatto specialistico dopo anni di mancata prevenzione e cura
- ecografie ostetriche e ginecologiche
- supporto psicologico e clinico per le donne che hanno subito MGF, aiutandole a comprendere e gestire le conseguenze fisiche ed emotive
- percorso di deinfibulazione per donne con MGF di tipo III, la forma più severa
- attività di prevenzione, accompagnamento alla contraccezione e sostegno alle donne in gravidanza
- percorsi condivisi con i consultori territoriali, per garantire continuità assistenziale e diritti

- screening oncologici e infettivologici, fondamentali nei percorsi di prevenzione

Ma ciò che fa davvero la differenza non è solo ciò che viene offerto, bensì come viene offerto. Con le donne rifugiate la cura è sempre un percorso di fiducia. Le visite ginecologiche e ostetriche diventano spesso momenti di ascolto, in cui emergono storie trattenute per anni o domande che non è mai stato possibile porre a nessuno. La presenza delle mediatrici culturali è fondamentale: in questo dialogo a tre — donna, professionista, mediatrice — si crea spesso il primo spazio in cui una paziente si sente finalmente vista, creduta, rispettata. Al SaMiFo la tutela della salute della donna è anche un percorso di empowerment, di riappropriazione del proprio corpo e dei propri diritti. Ogni visita diventa un passo verso una vita più autonoma, più informata, più sicura. Un ruolo particolarmente significativo è svolto dal lavoro sulle MGF. Il SaMiFo coordina la rete regionale per il contrasto alle MGF, un'esperienza unica che coinvolge enti locali, organizzazioni del terzo settore, associazioni, aziende sanitarie, ospedali, policlinici universitari.

La cura della mente: dove la parola trova spazio

Se la medicina generale cura il corpo, la psicologia e la psichiatria transculturale entrano negli spazi più fragili della mente, là dove il trauma si è radicato in profondità. Molte persone rifugiate hanno imparato a sopravvivere reprimendo il dolore, “chiudendo” i ricordi, dissociandosi per continuare a vivere. Il lavoro terapeutico richiede tempo e flessibilità: la sicurezza, la regolazione emotiva e la stabilizzazione dei sintomi rappresentano il primo obiettivo terapeutico, cui segue il recupero del senso di identità e continuità di sé per poi ricomporre il prima, durante e dopo del trauma, la sua elaborazione, la riparazione relazionale e sociale e il rinforzo della resilienza individuale, culturale, spirituale e sociale.

Si basa su alcuni pilastri:

- ascolto senza urgenza: il tempo terapeutico deve seguire, durante i colloqui, il ritmo della persona, non del professionista
- attenzione ai simboli culturali, perché il trauma e la sofferenza emotiva possono parlare attraverso metafore e codici diversi da cultura a cultura
- integrazione costante con la mediazione linguistico-culturale, indispensabile per facilitare la comunicazione, evitare errori diagnostici e dare forma ai racconti più intimi, solo se necessario
- riconoscimento del corpo come luogo della memoria, perché molti traumi si manifestano attraverso sintomi fisici prima ancora che psicologici

Un paziente può raccontare un dolore allo stomaco che non passa da anni, iniziato nei mesi trascorsi in un centro di detenzione libico. Un altro parla di incubi

ricorrenti senza sapere che ciò che vive ha un nome: disturbo da stress post-traumatico. Una donna può dire che “il cuore piange” o che “il corpo è pesante come pietra”: modi diversi di dire che la depressione ha preso spazio. La psicoterapia transculturale è uno spazio intimo di libertà (Pau Perez Sales), un viaggio a sei mani: la persona porta la sua storia, il mediatore la rende comprensibile, il terapeuta porta la conoscenza e lo spazio in cui quella storia può essere guardata senza paura. E quando le parole possono finalmente emergere, dopo aver raggiunto una buona stabilizzazione della sintomatologia, si può iniziare la narrazione di una vita spezzata, interrotta sì ma con la voglia di rinascere. La psichiatria interviene con delicatezza, evitando di accendere o riaccendere la sintomatologia post-traumatica e sapendo che molti pazienti hanno paura degli psicofarmaci, per pregiudizi, paura di essere considerati “matti”, di diventarne dipendenti. Per tali ragioni le terapie farmacologiche vengono spiegate dettagliatamente: cosa sono, a che servono, per quanto tempo bisogna assumerle, quali sono gli effetti desiderati e quali quelli indesiderati. Al SaMiFo, la salute mentale non è mai separata dalle altre discipline sanitarie e sociali: il nostro approccio integrato ha anticipato di circa dieci anni quanto sostenuto da Panos Vostanis nel suo editoriale sul BMJ (2014), dove afferma che non è sufficiente un servizio specializzato, centrato esclusivamente sul trauma e sui sintomi. È invece necessario affiancare alla competenza clinica interventi psicosociali capaci di comprendere l'esperienza migratoria, sostenere la resilienza e accompagnare i percorsi di reinsediamento.

Amina, la ragazza mauritana

Era riuscita a fuggire da un matrimonio precoce e forzato, contratto quando era ancora molto giovane con un uomo molto più grande di lei. In quella casa non aveva trovato protezione, ma violenza. Subiva abusi, umiliazioni, privazioni continue. Era la quarta moglie, e come tale occupava l'ultimo posto: meno diritti, meno voce, meno possibilità di sottrarsi a ciò che le veniva imposto. Non aveva scelto lei quella vita. Le era stata consegnata come un destino già scritto. La fuga era stata l'unico gesto di autonomia possibile. Durante il viaggio verso l'Italia aveva subito ripetuti episodi di violenza sessuale. Era stata affidata a un uomo che avrebbe dovuto aiutarla, ma che invece la sfruttava per ottenere vantaggi, cedendola ai trafficanti del deserto in cambio di favori e, a sua volta, abusando di lei. Negli incontri appariva sempre molto sofferente. Parlava poco, con voce bassa. Raccontava notti disturbate da incubi ricorrenti, risvegli improvvisi, pianto che arrivava senza preavviso. L'umore era costantemente basso. I pensieri legati a ciò che aveva vissuto tornavano spesso, senza che potesse controllarli. Nonostante questo, era sempre presente, orientata, in contatto con la realtà. Poi, durante la visita ginecologica, la prima della sua vita, qualcosa è cambiato. Dopo che l'infermiera le aveva spiegato con calma come si sarebbe svolta la visita e aveva raccolto il suo consenso, nel momento in cui le fu chiesto di sdraiarsi sul lettino Amina smise di essere nel presente. Il cambiamento fu improvviso ma netto: lo sguardo si fece distante, il corpo si irrigidì, come se non fosse più lì. Senza accorgersene era scivolata

in un altro tempo.

Fui chiamato dalla ginecologa. Quando entrai, la situazione peggiorò. Realizzai solo più tardi che per Amina io, uomo, bianco e biondo, non ero più un medico: ero diventato il trafficante di esseri umani, quello che nella sua memoria era nero e con il turbante. I volti avevano smesso di essere reali; erano diventati figure del suo passato. Cercammo comunque di riportarla nel presente. Le parlavo con voce calma, senza avvicinarmi, senza alzare il tono. La invitavo a guardarsi intorno, a riconoscere lo spazio. Le ripetevo, senza stancarmi:

«Sei a Roma, sei al sicuro. Nessuno ti farà del male, Amina». Anche la ginecologa e l'infermiera le parlavano, con voci basse, cercando di rassicurarla. Era completamente immersa nel tempo della violenza. A tratti si immobilizzava, rigida, come se il corpo si fosse bloccato. A tratti piangeva in modo incontenibile. Non stava ricordando: stava rivivendo. Solo quando, in quel tempo passato, l'abuso è finito, ha potuto lentamente ritornare tra noi. Ha ricominciato a riconoscere la stanza, le voci, i volti. Il presente è riemerso con cautela, come qualcosa da riconquistare. Io le ho ripetuto ancora: «Sei a Roma. Sei al sicuro. Nessuno ti farà del male, Amina».

La nuova sfida: l'assistenza ai minori stranieri

Grazie ai progetti dedicati, negli anni il SaMiFo ha sviluppato percorsi specifici per la salute mentale dei minori stranieri, compresi quelli non accompagnati, un'area di intervento particolarmente delicata e complessa. I bambini, gli adolescenti portano sulle spalle pesi che non dovrebbero mai appartenere alla loro età: paure, separazioni improvvise, responsabilità adulte vissute in corpi e menti non ancora sviluppati. Molti hanno attraversato Paesi, deserti e mari senza la presenza di un adulto di riferimento; altri sono arrivati dopo lunghi periodi in campi profughi o situazioni di precarietà estrema. Alcuni hanno visto troppo, altri non hanno potuto vedere abbastanza. Per rispondere a questa complessità, il SaMiFo ha attivato un ventaglio di interventi specializzati:

- visite neuropsichiatriche, psicologiche e logopediche per valutare il linguaggio, lo sviluppo cognitivo, l'adattamento emotivo
- sostegno psicologico individuale, dove i minori possono finalmente raccontare ciò che li spaventa o ciò che non riescono a raccontare a nessuno
- terapie neuropsicomotorie, fondamentali per i più piccoli con disturbi del neurosviluppo o per chi ha vissuto traumi che hanno inciso sulla crescita
- gruppi psicoeducativi, momenti collettivi di condivisione e crescita
- interventi scuola-territorio, per individuare chi abbandona la scuola, capirne il perché, proporre soluzioni e accompagnarlo verso il diritto allo studio

Ogni minore viene accolto con uno sguardo unico, cucito su misura, che tiene in-

sieme ciò che ha vissuto, chi è e ciò di cui ha bisogno per sentirsi di nuovo bambino o adolescente. Molti minori migranti non esprimono apertamente il loro dolore. Non lo gridano, non lo dicono: lo mostrano attraverso difficoltà scolastiche, disturbi comportamentali oppositivi o al contrario un eccesso di obbedienza, regressioni, mutismo, irritabilità, insonnia, enuresi, dolori somatici. Spesso hanno imparato a proteggersi chiudendosi. Hanno dovuto “essere grandi” troppo presto. Hanno vissuto fratture affettive — separazioni, lutti, distacchi — che la loro mente non ha ancora gli strumenti per integrare, in quanto i sistemi psicologici non sono ancora pienamente maturi e con una identità in via di definizione. I traumi non elaborati possono interrompere questo processo di crescita, la capacità narrativa del sé, di mentalizzare e tollerare emozioni intense. L'équipe multidisciplinare lavora per dare ai minori uno spazio sicuro dove poter finalmente tornare a fidarsi di un adulto. La cura per un minore non è mai solo terapia: è relazione, educazione, gioco, ascolto, protezione; costruire insieme ai servizi educativi, alle scuole, alle comunità e alle famiglie un percorso che restituisca la possibilità di crescere, di esprimersi, di imparare, di immaginare un futuro che non sia solo sopravvivenza.

Medicina legale: quando il corpo diventa testimonianza

La medicina legale al SaMiFo ha un ruolo che va ben oltre la clinica: qui il corpo diventa documento e strumento essenziale per il riconoscimento dei diritti. Molte persone che arrivano in ambulatorio hanno bisogno di una valutazione medico-legale per supportare la loro richiesta di asilo o protezione internazionale. Le cicatrici sulle braccia, sulle gambe, le ustioni sulla schiena, le fratture non curate, i segni lasciati da strumenti di tortura: tutto ciò che il corpo porta deve essere osservato con rispetto e competenza, perché ogni segno racconta una parte della storia che le parole spesso non riescono a esprimere. Il compito del medico legale non è semplice: deve valutare, misurare, confrontare, descrivere, contestualizzare. Ma soprattutto deve saper ascoltare. Ogni documento medico-legale si costruisce attraverso una narrazione che può essere dolorosa: il medico deve proteggere quella persona dalla riaccensione dei ricordi traumatici, dalla possibile dissociazione mentre la storia viene riportata alla luce. Ma deve proteggere anche sé stesso dal trauma vicario, sofferenza emotiva che colpisce gli operatori esposti ai racconti traumatici. Non nasce direttamente da esperienze vissute in prima persona, ma dall'ascolto ripetuto del dolore altrui. Il paziente, attraverso il racconto e la documentazione delle ferite, si trasforma da vittima a testimone: riacquista voce, restituisce senso alla propria esperienza e recupera una forma di controllo sulla narrazione del trauma. Il medico legale, invece, corre il rischio di percorrere il cammino inverso: può trasformarsi lentamente da testimone a vittima indiretta. L'impatto emotivo, la ripetizione dei racconti, l'immersione nelle storie di sofferenza possono generare il trauma vicario, un vero e proprio PTSD, che segna profondamente lo specialista. Per questo il lavoro medico-legale richiede protezione, formazione,

uno spazio sicuro in cui elaborare ciò che si assorbe, momenti di briefing e debriefing, un tempo per prendere fiato prima della visita e un tempo per lasciarlo andare dopo: la cura non deve trasformarsi in dolore, il medico deve restare saldo nel suo ruolo di testimone competente, senza smarrirsi nella sofferenza dell'altro. La procedura segue protocolli rigorosi - come il Protocollo di Istanbul, standard internazionale per l'accertamento della tortura, le linee guida del Ministero della Salute, la DGR 590/18 regionale - ma il clima in cui si lavora deve essere profondamente umano. Si cerca di ridurre al minimo la sofferenza della persona, rispettarne i tempi, e non riaprire ferite che rischiano di strapparsi di nuovo. Per molti rifugiati, il documento medico-legale può essere la chiave che permette di essere creduti. È la prova che ciò che raccontano non è immaginazione, non è esagerazione, non è "interpretazione", ma realtà. È, in fondo, un atto di giustizia.

Le ossa e le articolazioni raccontano

Nel mosaico di servizi del SaMiFo, l'ortopedia occupa uno spazio spesso poco visibile ma molto importante. Qui arrivano persone che portano nel corpo le tracce più dure delle loro vite: fratture mal consolidate causate da percosse, da incidenti durante fughe, lussazioni e lesioni tendinee da sospensioni del corpo, traumi da lavori pesanti svolti in condizioni di sfruttamento, dolori muscolari e articolari cronici che non hanno mai avuto un nome né una cura. Gli esiti di traumi fisici sono spesso la parte più evidente della sofferenza, ma paradossalmente anche la più ignorata: molti pazienti si abituano al dolore, lo considerano parte inevitabile della loro storia, fino a quando qualcuno non li invita a fermarsi, a farsi curare, a immaginare che possa esserci un miglioramento. E si sorprendono di essere ascoltati, di poter dire: "qui fa male", "da quel giorno non ho più camminato come prima". Per alcuni è la prima volta che qualcuno prende sul serio il loro dolore fisico. Per altri, è il passo che permette di connettere il dolore al trauma e di dare un senso a ciò che è successo.

L'ambulatorio ortopedico del SaMiFo svolge diverse funzioni:

- valutazione delle lesioni traumatiche, pregresse o recenti
- diagnosi di esiti funzionali, anche complessi
- invio a fisioterapia o riabilitazione, quando necessario
- invio per interventi chirurgici
- collaborazione con la medicina legale nei casi di sospetta tortura
- prescrizione di ausili, ortesi, terapie analgesiche
- monitoraggio dei pazienti fragili, come donne vittime di violenza o minori

La collaborazione con la medicina generale, la psicologia e la medicina legale è fondamentale: la dimensione ortopedica spesso si intreccia con quella psicologica

e giuridica. Un dolore cronico può nascondere una storia di violenza. Una postura alterata può essere il segno di mesi trascorsi in condizioni disumane. L'obiettivo non è solo eliminare il dolore, ma restituire movimento e autonomia. Per chi ha attraversato deserti, montagne, frontiere e mari, muoversi senza dolore è un atto di riconquista. La cura ortopedica, in questo senso, è molto più che un intervento tecnico: è una forma concreta di riparazione, un modo di restituire dignità al corpo, di alleggerire il peso del passato e di preparare la persona al futuro.

Il futuro che ricomincia: riabilitazione e integrazione sociale

Dopo la fase clinica, psicologica e sociale, arriva il momento più coraggioso ma ricco di incognite: quello della riabilitazione e dell'integrazione sociale. Molte delle persone seguite al SaMiFo vengono da percorsi di frammentazione estrema: anni di fuga, detenzione, sfruttamento, lavori precari, violenze, perdita di autonomia. La riabilitazione non riguarda solo il corpo o la mente: riguarda la capacità di immaginare un domani. I percorsi sono diversi, adattati alle storie di ciascuno:

- laboratori espressivi e culturali, che permettono di ritrovare voce e identità
- attività professionalizzanti, soprattutto per chi è sopravvissuto a torture e violenze
- progetti di formazione e tirocini, realizzati con enti territoriali e associazioni
- percorsi di integrazione scolastica e supporto allo studio, soprattutto per i minori
- iniziative comunitarie, eventi interculturali, attività di gruppo che restituiscono senso di appartenenza

La riabilitazione è un processo relazionale, un cammino che permette alle persone di ricostruire abilità, fiducia, capacità di partecipare alla vita sociale. Ogni piccolo passo — prendere un autobus da soli, iscriversi a un corso, parlare davanti agli altri, trovare un primo lavoro — rappresenta una conquista. L'integrazione sociale è il momento in cui la cura diventa vita. Quando un paziente dice: “Ora posso andare avanti”, significa che il percorso ha trovato il suo senso più profondo: trasformare il trauma in possibilità. Le attività di prevenzione e cura, realizzate presso il polo clinico del Poliambulatorio di via Luzzatti, sono state integrate dal 2017 da quelle riabilitative presso il Padiglione 17 del Santa Maria della Pietà. Sono attivi percorsi professionalizzanti per l'acquisizione di specifiche competenze finalizzati all'autonomia delle persone, in applicazione della convenzione di New York del 1984 e delle linee guida del Ministero della Salute del 2017. La riabilitazione comprende “tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire anche nel lungo periodo la continuità tra azioni di cura e di riabilitazione”. La riabilitazione delle vittime di tortura o di

violenza estrema può avvenire con l'inserimento sociale di persone troppo spesso escluse dal mondo formativo e lavorativo, attraverso la costruzione di ponti e reti efficaci tra servizi dedicati e il mondo produttivo, culturale e artistico aperto alla cittadinanza per favorire la crescita individuale e della collettività.

La continuità assistenziale: il ruolo dell'infermiere

Nel cuore pulsante del SaMiFo, il ruolo delle infermiere è spesso invisibile agli occhi dei più, ma fondamentale per tenere insieme i frammenti del percorso di cura. L'infermieristica qui non è una funzione tecnica: è un lavoro di prossimità, di vicinanza umana, di presenza costante. Le infermiere sono le prime a notare dettagli che sfuggono agli altri: un cambiamento nello sguardo, una ferita che si riapre, un paziente che non torna da giorni perché forse ha perso l'alloggio o il documento. Sono loro a garantire quella continuità di relazione che permette alla persona di non sentirsi sola in un sistema complesso, spesso difficile da navigare.

Le loro attività sono molteplici:

- medicazioni, triage, misurazioni cliniche
- somministrazione di terapie e monitoraggio delle patologie croniche
- educazione sanitaria e accompagnamento alla prevenzione
- supporto alla ginecologia, alla medicina generale, alla psichiatria
- ascolto dei pazienti nelle attese, nei corridoi, nei ritorni ricorrenti

Ma ciò che distingue davvero questo lavoro è la cura delle vulnerabilità quotidiane: la capacità di intercettare chi ha paura di chiedere, calmare chi è agitato, supportare chi vive in strada o in condizioni precarie, mediare con medici e psicologi quando emergono segnali di sofferenza. Nel SaMiFo l'infermiere è il filo che tiene insieme visite, terapie, parole e che permette alla cura di non interrompersi.

La tutela dei diritti per l'autonomia: il servizio sociale

Accanto al lavoro sanitario, il servizio sociale del SaMiFo rappresenta un pilastro irrinunciabile. Molte persone vivono in condizioni di estrema precarietà: povertà alloggiativa, educativa, economica e digitale, reti familiari o comunitarie frammentate, difficoltà di accesso ai diritti, precarietà lavorativa. L'assistente sociale entra in scena dove la clinica non basta: ricostruisce la storia amministrativa della persona, verifica i documenti, attiva percorsi con i centri di accoglienza, sostiene nell'accesso ai servizi territoriali, media con prefetture, questure, comuni, consultori, scuole. Ma soprattutto, ascolta e accompagna. Aiuta la persona a orientarsi dentro un labirinto di norme e procedure che spesso appaiono incomprensibili, soprattutto per chi parla un'altra lingua o porta con sé traumi. L'orientamento ai diritti è un atto profondamente terapeutico: sapere di avere diritto alla cura, alla

protezione, alla scuola, alla residenza, non è un dettaglio giuridico, ma un'esperienza di sollievo. È la base su cui ricostruire una vita degna. Al SaMiFo, il servizio sociale non si limita a "fare pratiche": rimuove ostacoli, apre possibilità, restituisce stabilità alle esistenze ferite.

Il servizio farmaceutico

Nel percorso di presa in carico sanitaria dei rifugiati assistiti dal SaMiFo, il servizio farmaceutico della ASL riveste un ruolo essenziale nel garantire la continuità e l'efficacia delle cure. L'accesso ai farmaci rappresenta infatti un nodo cruciale per persone che spesso vivono condizioni di fragilità sociale, economica e amministrativa, e che incontrano ostacoli significativi nell'utilizzo ordinario del sistema sanitario.

Attraverso il servizio farmaceutico aziendale vengono forniti farmaci da banco e farmaci prescrivibili, in risposta ai bisogni clinici individuati durante le visite mediche e specialistiche. I medicinali vengono somministrati direttamente o consegnati ai pazienti quando necessario, consentendo di superare le barriere legate alla mancanza di risorse economiche, all'assenza di una rete familiare di supporto o alle difficoltà di accesso alle farmacie territoriali.

Questo intervento assume particolare rilevanza nei casi di patologie acute, nella gestione delle malattie croniche, così come nel trattamento dei disturbi legati alla salute mentale, spesso presenti in persone con un vissuto di trauma, violenza o migrazione forzata. La disponibilità dei farmaci permette di tradurre l'atto prescrittivo in un reale percorso di cura, evitando interruzioni o incomprensioni terapeutiche che potrebbero compromettere l'efficacia dell'intervento sanitario.

Il servizio farmaceutico opera in stretta integrazione con l'équipe multidisciplinare del SaMiFo, contribuendo a un modello di presa in carico globale in cui il farmaco non è considerato un elemento isolato, ma parte integrante di un progetto assistenziale condiviso e personalizzato. La consegna diretta del farmaco rappresenta un momento clinico e relazionale di particolare rilevanza. Non si limita alla dispensazione del medicinale, ma si configura come uno spazio di verifica, chiarimento e costruzione di fiducia. Attraverso la spiegazione accurata della modalità di assunzione, del dosaggio e della durata della terapia, il servizio farmaceutico contribuisce in modo sostanziale all'appropriatezza terapeutica e all'aderenza al trattamento. La verifica della comprensione da parte della persona assistita assume un valore centrale, soprattutto in contesti caratterizzati da barriere linguistiche, culturali, analfabetismo o da esperienze pregresse di fragilità e discontinuità nell'accesso alle cure. In questo senso, il momento della consegna diventa anche un atto culturale: un riconoscimento reciproco, in cui il sapere scientifico si traduce

in linguaggio comprensibile e il paziente viene riconosciuto come soggetto attivo e competente nel proprio percorso di cura. Questo approccio rafforza la relazione di fiducia tra servizio e persona, promuove l'autonomia terapeutica e riduce il rischio di errori, interruzioni o incomprensioni nel trattamento. La qualità dell'intervento farmaceutico si misura quindi non solo nella correttezza tecnica della prescrizione e della dispensazione, ma anche nella capacità di garantire comprensione, continuità e responsabilizzazione condivisa.

Costruire cambiamento: tra formazione, ricerca e advocacy

Nel corso degli anni il SaMiFo ha sviluppato un'identità che va ben oltre quella di un servizio sanitario. È diventato un luogo che cura, certamente, ma anche un luogo che forma, fa ricerca, produce conoscenza, protegge, crea reti e prova - giorno dopo giorno - a trasformare la sofferenza in possibilità. La sua forza risiede proprio in questa molteplicità: non un centro chiuso o autoreferenziale, ma uno spazio dinamico, capace di evolversi insieme alle storie che lo attraversano. Il SaMiFo è, anche, un centro di formazione. Qui si formano operatori sanitari, mediatori culturali, psicologi, assistenti sociali, educatori, volontari, studenti universitari. La formazione nasce dalla pratica quotidiana, dai casi complessi, dalle domande difficili che sorgono quando si lavora con la migrazione forzata. Non insegna solo protocolli clinici, ma soprattutto un modo di stare al mondo, di ascoltare, di leggere la sofferenza, di vedere il trauma là dove sembra solo rabbia o silenzio. Per tali ragioni guardiamo anche al futuro e alle possibilità offerte dalle nuove tecnologie, sviluppando strumenti che possano migliorare formazione e cura. Recentemente abbiamo realizzato una simulazione immersiva di una prima visita psichiatrica o psicologica con una vittima di tortura, utilizzando realtà aumentata e metaverso. Questo ambiente permette agli operatori di confrontarsi con situazioni complesse in modo protetto, realistico e graduale, affinando competenze cliniche, comunicative ed emotive. È un passo verso una formazione più efficace, capace di integrare sapere, esperienza e innovazione. Ma la formazione è anche protezione: protezione dal trauma vicario, la ferita silenziosa che colpisce gli operatori esposti ogni giorno a storie di violenza, perdita, tortura. Al SaMiFo si lavora perché chi cura non rimanga schiacciato dal peso dei racconti e dalla responsabilità dell'ascolto. La cura degli operatori è parte della cura dei pazienti: senza protezione interna, non può esistere protezione esterna.

Accanto alla formazione, la ricerca clinica e sociale è diventata un pilastro del centro. Il SaMiFo pubblica report, quaderni tematici, documenti di analisi, contribuendo alla produzione di conoscenza in ambito sanitario, psicologico, antropologico e sociale. Ogni pubblicazione è un modo per restituire visibilità alle storie che spesso restano ai margini, per ispirare le politiche pubbliche, per proporre modelli di intervento più giusti e più umani. Come ha scritto Angelo Tanese, "Il SaMiFo

non è solo un centro che fornisce assistenza sanitaria competente, ma un luogo generatore di nuova conoscenza”. È attraverso questa capacità di osservare, analizzare, comprendere e restituire che il centro diventa uno spazio intellettuale, oltre che clinico. Il SaMiFo partecipa a eventi culturali, promuove iniziative pubbliche, partecipa al dibattito sulle migrazioni, porta la propria esperienza nei luoghi dove si confrontano narrazioni e costruiscono politiche. È un centro che si espone, parla, prende posizione, pratica un’attività costante di advocacy: perché la cura non può esistere senza diritti, e i diritti non possono essere difesi senza una voce pubblica. Nell’esercizio della propria funzione di raccordo, il SaMiFo è un soggetto istituzionale di riferimento in grado di garantire un’interlocuzione qualificata, stabile e continuativa con prefetture, regioni, ministeri, università, associazioni, servizi sanitari territoriali e organizzazioni internazionali. Tale ruolo si esplica attraverso la costruzione di canali formali di comunicazione, la partecipazione a tavoli tecnici e gruppi di lavoro intersettoriali, la sottoscrizione di protocolli d’intesa, il contributo alla definizione di linee guida e protocolli operativi, nonché mediante la condivisione strutturata di dati epidemiologici, evidenze cliniche e buone pratiche. In questo modo, il SaMiFo assicura un coordinamento multilivello coerente, favorisce l’allineamento tra politiche sanitarie e sociali, sostiene l’implementazione di modelli integrati di presa in carico e contribuisce alla qualificazione complessiva del sistema di governance dedicato alla tutela della salute dei migranti forzati.

Conclusione

Il lavoro di rete costruito in questi venti anni - con pazienza e lungimiranza - è l’osatura che ci sostiene senza la quale non ci sarebbe integrazione, non ci sarebbe tutela, non ci sarebbe sicurezza. Il governo della rete ha permesso al SaMiFo di diventare un modello dove la cura è un atto etico, un gesto politico nel senso nobile della parola, un atto profondamente umano, capace di trasformare non solo chi è curato, ma anche chi cura. È il risultato di anni di lavoro, di visioni condivise, di conflitti e mediazioni, di energie diverse che hanno trovato una direzione comune. Le sue sedi, i suoi servizi, la sua organizzazione non seguono un modello astratto, ma rispondono a un principio semplice e profondamente rivoluzionario: la cura deve adattarsi alle persone, non il contrario. Questo è il principio che ha guidato ogni scelta: l’apertura di nuove sedi, la differenziazione dei servizi, la costruzione delle équipes, la definizione delle reti. Nel mondo di oggi, attraversato da migrazioni dolorose, crisi umanitarie e ambientali, guerre, disuguaglianze crescenti, il SaMiFo rappresenta un presidio di professionalità e umanità, un luogo in cui la cura diventa anche protezione, ascolto, conoscenza, trasformazione. E forse è proprio questo il suo contributo più grande: offrire non solo cure, ma anche futuro. Il SaMiFo ha rappresentato molto più di un servizio specialistico: è stato un vero e proprio motore di cambiamento culturale. La sua presenza ha contribuito a rendere visibile una realtà che per lungo tempo era rimasta ai margini dei servizi sa-

nitari ordinari: quella dei migranti forzati, portatori di bisogni di salute complessi, stratificati e spesso invisibili se letti esclusivamente attraverso categorie cliniche tradizionali. Attraverso l'esperienza quotidiana, la formazione sul campo e il confronto costante con i servizi territoriali, il SaMiFo ha favorito una presa di coscienza progressiva da parte degli operatori sanitari e sociosanitari sulla specificità dei rifugiati. In questo processo, un ruolo centrale è stato svolto dal riconoscimento della mediazione linguistico-culturale come elemento strutturale della qualità delle cure, e non come supporto accessorio o straordinario. Il SaMiFo ha contribuito a diffondere l'idea che la comprensione sia la condizione indispensabile per garantire appropriatezza clinica, adesione ai percorsi di cura e tutela dei diritti. Questa consapevolezza ha gradualmente permeato i servizi della ASL Roma I, stimolando una riflessione più ampia sull'equità di accesso e sull'universalismo del Servizio Sanitario Nazionale. L'impatto del SaMiFo non si è limitato al contesto locale. L'esperienza maturata all'interno della ASL Roma I ha assunto una funzione di riferimento e di stimolo anche per le altre ASL, mostrando concretamente come l'integrazione tra competenze sanitarie, sociali e culturali possa tradursi in modelli organizzativi più inclusivi e sostenibili.

In un panorama politico di governance locale, nazionale e mondiale in continuo cambiamento e alternanza - tra nuove maggioranze, leggi, riforme improvvise, ripensamenti istituzionali e orientamenti divergenti - il SaMiFo è rimasto un punto fermo. Mentre attorno si alternavano visioni e priorità sulla gestione della migrazione, il servizio ha continuato a svolgere il proprio lavoro senza interruzioni - persino durante la pandemia non ci siamo mai fermati - mantenendo intatti il suo metodo e la sua presenza quotidiana accanto alle persone più vulnerabili. Questa continuità non è un dato scontato: è il risultato di un'identità strutturale e professionale solida e di una rete di competenze che ha saputo resistere alle oscillazioni del contesto sociale e politico. Così, anche quando le strutture di accoglienza si trasformavano, quando le politiche venivano ridefinite o le risorse ridotte, il SaMiFo ha continuato a offrire ascolto, cura e speranza. Per molti migranti forzati, spesso reduci da esperienze di perdita e disorientamento, sapere che quel servizio era ed è ancora lì - uguale, riconoscibile, affidabile - ha rappresentato una forma di stabilità preziosa. In questo modo, il SaMiFo è diventato un luogo in cui la continuità non è solo organizzativa, ma profondamente relazionale: un ancoraggio che resiste alla discontinuità del mondo che lo circonda.

Ringraziamenti

Desidero esprimere la mia più sincera gratitudine a tutte le persone che hanno contribuito, direttamente o indirettamente, alla realizzazione di questo sogno. Poiché l'elenco completo sarebbe troppo lungo, desidero rivolgere un ringraziamento collettivo ai gruppi, alle associazioni, alle istituzioni e ai professionisti che, a vario

titolo, hanno contribuito alla nascita e allo sviluppo di questo percorso, mettendo a disposizione tempo, competenze e disponibilità. Senza il loro contributo, questo innovativo modello di cura non avrebbe potuto prendere forma.

Un ringraziamento speciale va a Giuseppe Quintavalle, Direttore Generale della ASL Roma I, che ha creduto nel Centro SAMIFO sostenendolo e riconoscendolo - nel nuovo Atto Aziendale - come Unità Operativa Complessa; a p. Camillo Ripamonti, p. Giovanni La Manna e a tutto il Centro Astalli - Italian Jesuit Refugees Service - senza i quali questo miraggio non si sarebbe mai realizzato.

Ringrazio la Regione Lazio, che riconosce il SAMIFO come struttura sanitaria a valenza regionale, delegandogli importanti responsabilità; l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), il cui patrocinio ha contribuito alla diffusione del nostro modello; l'Unione Europea e l'Autorità di Gestione del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) del Ministero dell'Interno per il finanziamento continuo di attività fondamentali; il Ministero della Salute, la Commissione Nazionale Asilo, le Commissioni Territoriali del Lazio e le Prefetture, per il dialogo istituzionale e la collaborazione costante, nonché Roma Capitale, per la cooperazione continua e il sostegno alle politiche di accoglienza e inclusione delle persone rifugiate.

Un sentito ringraziamento va all'INMP, con cui condividiamo storie, visioni e progetti, e all'UNICEF, che ha individuato il SaMiFo come buona pratica nazionale e modello di accoglienza privo di stigmatizzazione. Grazie di cuore agli illustri membri del Comitato Scientifico del SaMiFo il cui contributo continua a migliorare la qualità del nostro servizio e ad Angelo Tanese - Direttore Generale di AGENAS - che nel 2017 ha promosso e portato a compimento il riconoscimento istituzionale del SaMiFo come unità operativa autonoma a valenza aziendale, conferendogli un ruolo strutturale e strategico all'interno dell'organizzazione sanitaria della ASL Roma I.

Ringrazio profondamente tutto il personale del SaMiFo: chi ha intrapreso questo viaggio sin dall'inizio, chi vi si è unito nel corso degli anni e anche chi, lungo il cammino, ha preso altre strade, contribuendo in modo significativo alla costruzione di questo percorso. A ciascuno va riconosciuto un apporto fondamentale, fatto di competenza, dedizione e responsabilità, che ha consentito lo sviluppo e il consolidamento del servizio. Questo impegno si intreccia con quello dei colleghi e delle colleghe di tutti i servizi della ASL Roma I, inclusi quelli amministrativi, il cui lavoro quotidiano, spesso meno visibile ma determinante, ha sostenuto e accompagnato lo sviluppo del SaMiFo, rendendo possibile un'esperienza che è oggi patrimonio condiviso del Servizio Sanitario Nazionale.

Ringrazio tutte le organizzazioni della società civile che collaborano con noi, in particolare - oltre al Centro Astalli - Caritas, CIES, AMREF, la Comunità di Sant'Egidio, Medici Senza Frontiere, ActionAid Italia, e tutte quelle che, anche se non nominate singolarmente, contribuiscono ogni giorno a rendere possibile un modello di cura fondato sulla dignità, sull'ascolto e sulla giustizia sociale. In questo intreccio di competenze, esperienze e visioni si è costruito, nel tempo, un patrimonio comune, una pratica condivisa di responsabilità e di impegno, orientata alla tutela delle persone e alla promozione di una società più equa e inclusiva.

Il mio pensiero più sincero va alle rifugiate e ai rifugiati che ci affidano le loro storie, le loro speranze e, spesso, le loro vite: sono loro il senso più profondo di questo lavoro.

Un grazie sincero va ai miei amici con cui ho condiviso viaggi, silenzi e sogni, attraversando deserti e foreste, sempre con lo sguardo rivolto all'orizzonte.

Infine, desidero esprimere la mia gratitudine più profonda alla mia famiglia. Ai miei genitori, per l'esempio di onestà, impegno e accoglienza che mi hanno trasmesso, e che continua a orientare le mie scelte. A mia moglie Mercedes e a nostra figlia Arianna, per il sostegno costante, fatto di amore, pazienza e comprensione, anche quando ha significato rinunciare a tempo, attenzioni e momenti condivisi. Senza il loro costante e talvolta silenzioso sostegno nulla di tutto questo sarebbe stato possibile.

Il macellaio musulmano

Nell'Islam il rapporto con la carne di maiale è chiaro, profondo e radicato: il maiale è considerato "haram", cioè vietato, sia mangiarlo che manipolarlo per scopi alimentari. Questo divieto non è solo una norma alimentare, ma parte di una visione più ampia che unisce fede, purezza e identità culturale. Anche chi non è osservante tende comunque a rispettare il divieto, perché in esso si concentra una parte importante dell'identità familiare e comunitaria. Per questo, nella diaspora, la gestione della dieta halal assume un valore che va oltre il cibo: un modo per mantenere continuità simbolica con le proprie radici in un contesto nuovo. Comprendere questo aspetto permette ai servizi di leggere il divieto non come una rigidità, ma come una forma di orientamento culturale che dà sicurezza e appartenenza. Mustafa è un giovane migrante forzato, cresciuto in un contesto dove identità, fede e famiglia coincidono. Arriva in Italia dopo un viaggio traumatico, fragile e disorientato. Dopo pochi mesi i sintomi post-traumatici scompaiono rapidamente grazie alle terapie. Impara l'italiano e trova lavoro: macellaio, deve tagliare le carni anche quella di maiale. Secondo le norme religiose della sua comunità, quel contatto rappresenta impurità, trasgressione, vergogna. Mustafa ne è certo: se il padre lo saprà, non accetterà più il suo denaro; la famiglia della promessa sposa lo rifiuterà; tutta la comunità di appartenenza lo considererà impuro.

Nel suo mondo simbolico, tutto si sgretola in un istante. La sua malattia colpisce l'identità più che il corpo. Mustafa si sente diviso tra ciò che è stato e ciò che è ora, tra appartenenza e sopravvivenza, tra fede e cambiamento. Non riesce più a dormire, si isola, evita il cibo, teme il giudizio, teme sé stesso. Nel nuovo percorso terapeutico emergono la colpa, la paura di perdere la propria comunità, il timore di diventare nessuno. Il lavoro clinico è consistito nel ricomporre i frammenti della sua identità, aiutandolo a ritrovare un senso sicuro di appartenenza sia al proprio mondo di origine sia al presente che lo accoglie.

Migranti forzati e minori stranieri non accompagnati in Italia.

Una panoramica storica degli ultimi 25 anni

Luca Di Sciullo

La situazione attuale

All'inizio del 2025 i migranti forzati regolarmente presenti in Italia, siano essi richiedenti asilo o titolari di una qualche forma di protezione (asilo, sussidiaria, speciale – ex umanitaria – o temporanea), erano 483.666, il 26,9% dei quasi 1,8 milioni (1.796.992) di non comunitari titolari di un permesso di soggiorno “a termine” (cioè soggetto a scadenza e rilasciato per un motivo determinato) e il 12,7% dei poco meno di complessivi 3.811.000 (3.810.741) non comunitari regolarmente soggiornanti nel Paese (comprensivi, dunque, dei titolari di permessi “di lunga durata”, non soggetti a scadenza e a periodico rinnovo).

Si tratta, in particolare, di quasi 160.700 titolari di protezione temporanea, riservata dal 2022 ai profughi provenienti dall'Ucraina, di circa 157.000 richiedenti asilo (in attesa di ricevere una risposta dalle Commissioni territoriali incaricate di esaminare le rispettive domande di protezione) e – suddivisi in parti pressoché uguali – di beneficiari di una forma di protezione o internazionale (quasi 54.600 rifugiati e 55.700 titolari di protezione sussidiaria) o nazionale (55.400 titolari di protezione speciale).

Comprensibilmente, i titolari di protezione temporanea sono anche quasi tutti cittadini ucraini (per la precisione: 159.738 su un totale di 160.658), i quali, in virtù di questa forma straordinaria di accoglienza riconosciuta loro grazie all'attivazione della Direttiva Ue del 2001 riservata a quanti fuggono da eventi di straordinaria gravità, sono anche diventati la prima collettività non comunitaria regolarmente presente in Italia (poco meno di 392.400 soggiornanti), superando per numero di presenze le due tradizionali maggiori collettività non Ue, quelle marocchina (con 377.600 soggiornanti) e albanese (361.000 circa).

Quanto a numero complessivo di soggiornanti, seguono nell'ordine – per completare il quadro delle prime 10 collettività più numerose – i cinesi (con quasi 289.000 persone), i bangladesi (195.500), gli egiziani (175.000), i pakistani e gli indiani (ciascuno con quasi 160.000) e i tunisini (112.500).

In particolare bangladesi, pakistani ed egiziani superano di gran lunga, in questa graduatoria parziale, tutte le altre nazionalità quanto a numero di richiedenti asilo, contandone rispettivamente 33.500, 22.900 e 19.400 circa, mentre nessuno degli altri gruppi nazionali supera le 6.400 unità (spiccano solo i tunisini con 6.362 casi e i marocchini con 5.600).

Del resto, mentre gli stessi bangladesi primeggiano, in questo gruppo di nazionalità di soggiornanti più numerose, anche tra i titolari di protezione speciale (8.500), precedendo sempre i pakistani (6.700), questi ultimi, invece, li superano in testa sia

tra i titolari di protezione sussidiaria (con 5.800 casi contro appena 549 dei primi) che tra i rifugiati (rispettivamente 2.900 contro poco più di 1.000).

È interessante notare che i soggiornanti ucraini contano numeri piuttosto consistenti anche tra i titolari di protezione sussidiaria (quasi 4.400) e di protezione speciale (circa 3.500), a testimoniare una certa apertura alla loro accoglienza anche attraverso i canali più “ordinari” rispetto a quello appositamente istituito per loro dalla Direttiva UE del 2011.

Del resto, anche tra i soli 18.625 minori stranieri non accompagnati (msna) regolarmente soggiornanti in Italia a inizio 2025, i quali come è noto non possono essere respinti né espulsi e vengono ospitati in centri di accoglienza loro appositamente riservati, la collettività ucraina (3.503 minorenni) risulta essere la seconda più numerosa dopo quella egiziana (3.797), distanziando di gran lunga rispettivamente quelle gambiana (2.176), tunisina (1.789) e guineana (1.512), nel gruppo delle uniche prime 6 nazionalità che contano oltre 1.000 msna ciascuna.

ITALIA. Prime 10 nazionalità di minori stranieri non accompagnati soggiornanti in Italia, per sesso (2024)

Cittadinanza	Femmine		Maschi		Totale	
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	% su Tot
Egitto	5	0,1	3.792	99,9	3.797	20,4
Ucraina	1.770	50,5	1.733	49,5	3.503	18,8
Gambia	25	1,1	2.151	98,9	2.176	11,7
Tunisia	41	2,3	1.748	97,7	1.789	9,6
Guinea	68	4,5	1.444	95,5	1.512	8,1
Costa d’Avorio	96	10,9	788	89,1	884	4,7
Albania	26	4,4	560	95,6	586	3,1
Bangladesh	4	0,8	483	99,2	487	2,6
Mali	14	3,0	448	97,0	462	2,5
Pakistan	1	0,2	461	99,8	462	2,5
<i>Altri Paesi</i>	224	7,5	2.743	92,5	2.967	15,9
Totale	2.274	12,2	16.351	87,8	18.625	100,0

FONTE: Centro Studi e Ricerche IDOS. Elaborazioni su dati del Ministero dell’Interno e Istat

1 Sebbene una recente disposizione dell’attuale governo – Dl n. 23/2023, convertito in legge n. 176/2023 – abbia discutibilmente derogato a questa accoglienza separata, prevedendo che gli ultrat6enni possano essere ospitati, fino a un massimo di 150 giorni, anche in centri per adulti, con tutti i problemi a cui una simile promiscuità espone questi ragazzi.

E sebbene l'arrivo di msna risponde spesso a una precisa strategia migratoria delle famiglie d'origine (certe così di poter contare su un loro componente indubitabilmente arrivato a destinazione, essendo i minorenni soli non respingibili, e quindi su una sicura "testa di ponte", per così dire, in termini di ricezione di rimesse), non pare che questo possa essere anche il caso della collettività ucraina, che, stretta dalle improvvise impellenze della guerra, si è vista messa in una diffusa impossibilità materiale di espatriare con l'intera famiglia.

Lo dimostrerebbe anche l'anomalo dato, in capo alla sola collettività ucraina di msna, che riguarda la ripartizione di genere: mentre la totalità degli altri gruppi nazionali (almeno quelli numericamente più consistenti) mostra una schiacciante predominanza maschile (tutti ben sopra il 90% nel novero dei primi 10, con i soli ivoiriani che si fermano all'89,1%), i msna ucraini sono gli unici a conoscere una suddivisione interna pressoché paritaria tra maschi e femmine (con queste ultime, anzi, a sovrastare lievemente i primi: 50,5%), a indicare una più generale esigenza non programmata di esodo piuttosto che una strategia di selezione studiata a monte.

Evoluzione storica dal 2000

È impressionante osservare che all'inizio del nuovo millennio in Italia il numero di migranti forzati, ovvero di richiedenti asilo o titolari di una qualche forma di protezione, era di poco più di 9.500, a fronte dei già ricordati 483.666 di inizio 2025. La quantità assoluta di questi soggiornanti ha subito, in questo quarto di secolo, alcune impennate storiche che corrispondono a precise fasi di instabilità geopolitica nelle aree limitrofe ai confini europei.

Salta immediatamente all'occhio, scorrendo la serie storica, l'improvviso balzo dai quasi 82.000 del 2013 ai poco più di 118.000 del 2014, inizio della cosiddetta "crisi dei rifugiati" che ha investito l'Unione europea per almeno i due anni successivi e che nell'andamento dei permessi di protezione rilasciati in Italia li vede in effetti aumentare, come stock, in tutti gli anni immediatamente successivi fino al 2018 (155.000 nel 2015, 197.000 nel 2016, quasi 244.000 nel 2017 e oltre 262.000 nel 2018, quando si è raggiunto il picco massimo di questo quinquennio), ovvero fino alla sigla del Memorandum di Intesa con la Libia (2017) promossa dall'allora ministro dell'Interno, Minniti, che ha seguito di un anno l'analogo Accordo Ue con la Turchia (entrambi finalizzati, come è noto, a far bloccare con la forza, direttamente da tali Paesi terzi di transito, il flusso di migranti diretto rispettivamente in Europa e in Italia, a fronte di pagamento e fornitura di equipaggiamenti e formazione adeguati).

ITALIA. Serie storica del numero di migranti forzati soggiornanti, per sesso (2000-2024)

Anni	Sesso						Var. %	
	Femmine		Maschi		Totale		1a	5a
	v.a.	%	v.a.	%	v.a.	%		
2000	2.289	24,0	7.230	76,0	9.519	100,0	-	-
2005	3.315	22,2	11.617	77,8	14.932	100,0	-	56,9
2010	12.944	23,0	43.443	77,0	56.387	100,0	-	277,6
2011	12.251	23,1	40.783	76,9	53.034	100,0	-0,1	-
2012	15.413	20,1	61.390	79,9	76.803	100,0	0,4	-
2013	16.045	19,6	65.907	80,4	81.952	100,0	0,1	-
2014	17.682	15,0	100.338	85,0	118.020	100,0	0,4	-
2015	20.759	13,4	134.418	86,6	155.177	100,0	0,3	175,2
2016	25.915	13,1	171.319	86,9	197.234	100,0	0,3	-
2017	33.118	13,6	210.459	86,4	243.577	100,0	0,2	-
2018	37.682	14,4	224.762	85,6	262.444	100,0	0,1	-
2019	37.492	17,3	178.851	82,7	216.343	100,0	-0,2	-
2020	33.314	20,4	130.331	79,6	163.645	100,0	-0,2	5,5
2021	38.597	21,6	140.066	78,4	178.663	100,0	0,1	-
2022	153.218	43,7	197.127	56,3	350.345	100,0	1,0	-
2023	173.183	41,9	240.532	58,1	413.715	100,0	0,2	-
2024	183.015	37,8	300.651	62,2	483.666	100,0	0,2	-

FONTE: Centro Studi e Ricerche IDOS. Elaborazioni su dati del Ministero dell'Interno e Istat

Una “crisi dei rifugiati”, quella del 2014-2018, che affonda le sue radici nel 2011, anno in cui hanno avuto inizio due eventi che hanno provocato una straordinaria pressione migratoria sull’Unione europea: il primo (l’uccisione di Gheddafi e la conseguente caduta della Libia in un caos istituzionale e politico che perdura ancora oggi) alle frontiere meridionali, interessando direttamente l’Italia attraverso la rotta del Mediterraneo centrale (ancora oggi la più letale al mondo), dal momento che uno dei canali più battuti di finanziamento delle milizie arruolate dai clan che detengono, difendono e cercano di estendere il potere sulle diverse municipalità libiche è diventato proprio il traffico e le tratta di migranti; il secondo (l’inizio della guerra in Siria, durata oltre 12 anni) alle frontiere orientali, investendo la rotta che, passando per la Turchia, si dirige preferibilmente in Germania.

Non è un caso che a una fase di più fisiologica crescita dei migranti forzati in Italia fino al 2011, eventualmente alimentata dalla crisi finanziario-economico-occupazionale globale, scoppiata negli Stati Uniti nel 2007-2008, che ha fatto passare il loro numero da poco meno di 15.000 nel 2005 a oltre 56.000 nel 2010 e a 53.000 nel 2011, si rileva un primo innalzamento a circa 77.000 nel 2012 e appunto a 82.000 nel 2013, complici anche le destabilizzazioni politiche delle “primavere arabe” che hanno interessato il Maghreb e l’Egitto in questi anni.

Di contro, la fase successiva al 2018 ha visto calare l’entità dei migranti forzati in Italia, fino al 2021, soprattutto a causa della crisi pandemica globale che ha indotto, nel 2020 e 2021, al blocco della mobilità internazionale e alla drastica riduzione degli ingressi di migranti in Italia. Non è un caso che nel triennio immediatamente successivo alla crisi da Covid la quantità di richiedenti asilo e soggiornanti per protezione abbia sperimentato una nuova impennata che ha elevato il loro numero a 350.000 nel 2022 (+72.000 rispetto all’anno precedente), a quasi 414.000 (+63.000) nel 2023 fino agli attuali, già menzionati, 484.000 circa (+70.000).

Dati che certificano, tra l’altro, la scarsa efficacia di politiche meramente repressive per quanto riguarda la gestione dei flussi non programmati di migranti

ITALIA. Prime 10 collettività di soggiornanti non Ue e rispettiva ripartizione dei titolari di protezione per tipologia (2024)

N. ord.	Cittadinanza	Soggiornanti non Ue	di cui*						
			Rifugiati	Richiedenti asilo	Titolari di protez. sussidiaria	Titolari di protez. speciale	Titolari di protez. temporanea	Titolari altre forme di protezione	Totale titolari di protezione
1	Ucraina	392.389	611	1.087	4.366	3.461	159.738	14	169.277
2	Marocco	377.554	480	5.600	57	1.719	29	147	8.032
3	Albania	360.965	475	1.128	72	1.565	5	80	3.325
4	Cina	288.661	486	1.149	131	200	12	15	1.993
5	Bangladesh	195.523	1.023	33.539	549	8.527	3	112	43.753
6	Egitto	175.236	451	19.368	136	1.697	15	21	21.688
7	Pakistan	159.680	2.906	22.940	5.812	6.714	29	163	38.564
8	India	159.618	115	2.175	17	354	6	64	2.731
9	Filippine	145.694	27	170	2	68	1	5	273
10	Tunisia	112.486	535	6.362	71	1.740	9	55	8.772
	Altri Paesi	1.442.305	47.458	63.090	43.484	29.358	808	1.017	185.215
	Apolidi	630	18	3	9	9	3	1	43
	Totale	3.810.741	54.585	156.611	54.706	55.412	160.658	1.694	483.666

FONTE: Centro Studi e Ricerche IDOS. Elaborazioni su dati Istat

* Le cinque categorie di permessi aggregano rispettivamente le seguenti tipologie: rifugiati: asilo, asilo politico; richiedenti asilo: richiesta di asilo, richiesta di asilo politico, richiesta di asilo politico con attività lavorativa (art. 11 DL 140/2005), Convenzione Dublino (l. 523/1992); protezione sussidiaria: protezione sussidiaria (art. 17 D.Lgs 251/2007); protezione speciale: protezione speciale (art. 32 c.3 D.Lgs 25/2008; Art.19 co.1.2 TUI); protezione temporanea: protezione temporanea (art. 20 D.Lgs 286/1998; Art.20 TUI – emergenza Ucraina).

Il percorso legislativo della tutela della salute dei migranti

Salvatore Geraci, Filippo Gnolfo

Fine anni '90: la tutela sanitaria dei migranti tra diritto e una integrazione possibile

In Italia il diritto alla tutela delle persone non appartenenti all'Unione Europea, anche se non in regola con le norme per l'ingresso e il soggiorno, è garantito dal Decreto Legislativo n. 286 del 25 luglio 1998, dal titolo: «Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero». I principi e le disposizioni contenute in questo decreto hanno trovato poi maggiore concretezza applicativa con l'emanazione del Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico (Decreto Presidente Repubblica n. 394 del 31 agosto 1999) e dalla Circolare n. 5 del Ministero della Sanità del 24 marzo 2000. Obiettivo dichiarato di questa impostazione politico-normativa è quello di includere a pieno titolo gli immigrati in condizione di regolarità giuridica e prevalentemente presenti con permessi di media e lunga durata (lavoro, famiglia, protezione), nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni e di opportunità con il cittadino italiano: sono stati così rimossi dei requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale - SSN, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio - richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica (Stranieri Temporaneamente Presenti - STP) garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva. È stata così realizzata una strategia di inclusione, che pone l'Italia all'avanguardia tra i paesi di immigrazione.

Gli anni che vanno dal 1995 al 2000 non solo hanno fatto emergere il diritto alla tutela della salute degli immigrati, paradossalmente prima per quelli irregolari (Decreto Dini del 1995 n. 489), e poi per tutti gli altri (Legge Turco Napolitano del 1998, n. 40), ma hanno dato elementi e strumenti di conoscenza e di *governance* adeguati. Nel 1998 viene anche pubblicato il Piano Sanitario Nazionale, documento di pianificazione sanitaria per eccellenza, dal titolo evocativo «Un patto di solidarietà per la salute» che vuole creare sinergie, alleanze e impegno *“nella responsabilità, nell'intelligenza e nell'energia di una pluralità di soggetti”*: dai cittadini agli operatori e alle varie agenzie pubbliche e con una particolare attenzione al mondo del non profit. Tutti possono e devono contribuire alla promozione della salute: non a caso viene definito come un Piano “poco medicalizzato”. Un paragrafo fa riferimento

agli stranieri immigrati dove vengono declinati i fattori di rischio per la loro salute, veri “determinanti sociali” da contrastare e l'azioni da promuovere per migliorare l'accessibilità ai servizi.

A seguito del Testo Unico sono previsti e pubblicati i primi documenti programmatici sull'immigrazione e successivamente sono promossi dei veri e propri rapporti sull'integrazione coordinati dall'omonima Commissione presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Al CNEL (Consiglio Nazionale Economia e Lavoro) viene affidata la produzione di documenti snelli e pratici per supportare, con le amministrazioni locali, i percorsi di inclusione ed esigibilità reale dei diritti: tra questi citiamo il documento sulla mediazione e quello sull'accessibilità ai servizi sanitari. Il Ministero della Sanità ha pubblicato nel 2000 il primo rapporto nazionale che analizza la salute degli immigrati partendo dalle schede di dimissioni ospedaliere “... con lo scopo di offrire elementi oggettivi alle analisi ed alle politiche del futuro”. In quegli anni si imposta in modo adeguato l'approccio al tema, e seppur con qualche incertezza, si pongono serie basi per attuare adeguati percorsi di inclusione secondo un modello di “integrazione ragionevole”. Un approccio che non ritroveremo più in ambito istituzionale nazionale. Un ruolo non secondario in questo processo è da attribuire alla società civile, in particolare quella organizzata e specificatamente per la sanità, alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) che si è caratterizzata negli anni, in una *advocacy* tecnica e documentata.

La tutela nel nuovo millennio

Proprio nella fase del consolidamento del diritto, quando l'impostazione inclusiva data dal legislatore doveva necessariamente accompagnarsi con una disponibilità da parte delle amministrazioni locali nell'implementarla e renderla operativa, si evidenzia una preoccupante discontinuità, frammentazione e discrezionalità applicativa in base agli umori politici nazionali e locali.

Il nuovo millennio si apre con un cambiamento che diremmo “epocale” che interessa in particolare l'ambito della tutela sanitaria di tutti i cittadini, compresi gli immigrati. La Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 dal titolo «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione» per effetto dell'art. 117, ha dato alle Regioni e alle Province Autonome (PA) il potere di definire delle norme sul tema della salute di tutti i residenti e quindi anche degli immigrati, mentre l'immigrazione è tra le materie in cui lo Stato mantiene la piena potestà legislativa. La tematica “salute e immigrazione” appare ambigualmente sospesa tra la legislazione “esclusiva” (quella dello Stato) e la legislazione “concorrente” (quella delle Regioni e PA) in ciò che abbiamo definito “*pendolo delle competenze e delle responsabilità*”. Lo Stato in materia di sanità assume il ruolo di garante dell'equità ma, nella pratica, la devoluzione, insieme al parallelo percorso verso il federalismo fiscale, finisce col produrre un ampliamento della variabilità interregionale nei livelli di assistenza con una riduzione dell'esigibilità degli stessi, in luogo degli attesi percorsi virtuosi di prossimità e di 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. Gli stessi Servizi Sanitari Regionali operano in modo molto difforme configurando una progressiva divaricazione dei 21 sistemi sanitari che spesso derogano, specie per i gruppi più vulnerabili quali gli immigrati, dai Livelli Essenziali di Assistenza e dal principio di equità, ispiratore del SSN.

Nello stesso periodo il dibattito nazionale sull'immigrazione si polarizza, e da allora non si tornerà più indietro, assume connotazione di scontro politico con semplificazioni identitarie e sulla sicurezza. La legge Bossi Fini del 2002 e soprattutto i vari "Pacchetti sicurezza" che si sono succeduti dal 2008 in poi, creano un solco nel percorso di integrazione anche in ambito sanitario.

Ma in quegli anni si perfeziona l'avviato allargamento dell'Unione Europea con l'ingresso nel 2004 di un primo blocco di paesi dell'Est (Repubblica Ceca, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia e Ungheria) ma anche di Cipro e Malta, nel 2007 di Romania e Bulgaria e infine nel 2013 della Croazia. In particolare l'ingresso della Romania, per la consistenza della popolazione di riferimento già presente in Italia, anche in stato di irregolarità amministrativa, e il quasi contemporaneo recepimento con il Decreto Legislativo n. 30 del 2007 della Direttiva Europea n. 38 del 2004 (relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri) che ridefinisce i criteri di accesso al SSN dei cittadini comunitari, si crea confusione e qualche tensione in ambito di tutela sanitaria. Questa è garantita per tutti i cittadini comunitari (senza differenza di data di adesione all'UE) nei soggiorni brevi attraverso la Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) rilasciata dal paese di provenienza, e, per i soggiorni più lunghi attraverso l'iscrizione al SSN o con assicurazioni private. Tuttavia esistono condizioni di marginalità (lunghi soggiorni senza un lavoro regolare, mancanza della TEAM, assenza di residenza) che espongono cittadini europei ad una inadeguata copertura sanitaria nel nostro paese (di fatto solo la possibilità di accedere al pronto soccorso). Quasi tutte le Regioni hanno normato l'accessibilità ai servizi sanitari, analogamente agli STP, attraverso il codice ENI (Europeo Non Iscritto - ENI) dando una copertura universalistica coerente con il mandato costituzionale.

Legislazione concorrente delle regioni, polarizzazione politica del tema delle migrazioni con ridondanti "pacchetti sicurezza", messa a regime delle indicazioni di assistenza dei comunitari espongono il diritto a una eterogeneità applicativa. Per correggere ciò, il 20 dicembre 2012 è stato sancito un Accordo in seno alla Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome (vedi Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013) che pur non essendo una nuova legge, è cogente sul piano interpretativo delle norme esistenti ed ha introdotto importanti novità come la possibilità di iscrizione al SSN di minori figli di immigrati non in regola con il soggiorno (per le indicazioni operative abbiamo però dovuto attendere una nota ministeriale dell'estate 2022). A distanza di anni dalla sua approvazione, l'Accordo ancora deve esse-

re diffusamente e omogeneamente applicato.

Nella tabella riportiamo schematicamente e non esaustivamente quanto previsto dalla normativa nazionale per la tutela sanitaria di cittadini stranieri e comunitari.

Schema semplificato della tipologia della presenza di cittadini stranieri e diritto alla tutela sanitaria alla luce dell'Accordo Stato – Regioni e Province Autonome del 20 dicembre 2012 e atti successivi

Tipologia di immigrato	Tipologia di tutela	Note
Straniero regolare con permesso di soggiorno - pds che richiama lavoro (anche in fase di disoccupazione; stagionali; regolarizzandi), famiglia (anche se per gravidanza o per accompagnamento minore) o protezione sociale (sfollati o profughi temporanei)	Iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)	Garantisce i Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA)
Richiedente Protezione Internazionale, pds come Rifugiato, protezione intern., sussidiaria, umanitaria.	Iscrizione obbligatoria al SSN	Garantisce i LEA
Stranieri con pds a seguito violenza domestica; sfruttamento lavorativo; eccezionale calamità; particolare valore civile; casi speciali; protezione speciale	Iscrizione obbligatoria al SSN	Garantisce i LEA
Straniero detenuto indipendentemente dal possesso di un pds	Iscrizione temporanea al SSN	Garantisce i LEA
Straniero con pds per motivi di cura ai sensi art. 19, c. 2, l. d e d-bis TUI (Testo Unico Immigrazione)	Iscrizione obbligatoria al SSN	Garantisce i LEA
Straniero minorenni in condizione di irregolarità giuridica e minore straniero non accompagnato	Iscrizione SSN e codici di specifica esenzione	Garantisce i LEA
Straniero con visto e/o pds per motivi di cura – art. 36 TUI (ad eccezione gravidanze e inespellibilità: ai sensi art. 19, c. 2, l. d e d-bis TUI)	A proprio carico o di sponsor (privati o pubblici – progetti umanitari regionali o statali)	Copre esclusivamente gli interventi autorizzati
Straniero maggiorenne in condizione di irregolarità giuridica (indipendentemente dal tempo di permanenza o dalla nascita in Italia)	Codice STP - Straniero Temporaneamente Presente	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa
Straniero regolare con pds per studio, motivi religiosi, residenza elettiva; ricongiungimento familiare per over 65enni	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN (a pagamento con tariffe diversificate) garantisce i LEA.
Straniero regolare con visto breve (turismo, affari, ...)	Assicurazione privata	Copre solo urgenze
Comunitario per soggiorni brevi	Tessera Europea Assicurazione Malattia (TEAM)	Garantisce le cure considerate medicalmente urgenti e necessarie in relazione alla durata del soggiorno temporaneo e allo stato di salute del titolare
Comunitario lavoratore in Italia (anche disoccupati già lavoratori subordinati o autonomi nel territorio nazionale; stagionali)	Iscrizione al SSN	Garantisce i LEA
Comunitario familiare di lavoratore in Italia o a carico di cittadino italiano o in possesso di "attestazione di soggiorno permanente"	Iscrizione al SSN	Garantisce i LEA
Comunitario studente in Italia	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN (in alcuni casi estensione TEAM)	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Comunitario con residenza in Italia non avente diritto all'iscrizione obbligatoria	Assicurazione privata o iscrizione volontaria SSN	L'assicurazione privata copre solo urgenze; l'iscrizione al SSN garantisce i LEA.
Comunitario senza TEAM ed altro diritto all'iscrizione al SSR ed in condizione di fragilità sociale	Codice ENI – Europeo Non Iscritto (in alcune Regioni, previsto nel Lazio)	Cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti ed essenziali, interventi medicina preventiva e riabilitativa
Minore comunitario senza TEAM ed altro diritto all'iscrizione al SSR ed in condizione di fragilità sociale	Iscrizione SSN e codice di specifica esenzione	Garantisce i LEA
Comunitario presente specificatamente per cure mediche non garantite da TEAM	Formulario E112-S2	Copre solo le cure per le quali è stato effettuato il trasferimento. Altre cure che si rendessero necessarie non riferite alla patologia in questione vanno erogate attraverso la TEAM

Fonte: elaborazione e semplificazione di Salvatore Geraci

Non solo immigrati: la tutela sanitaria dei richiedenti protezione e dei rifugiati

Da sempre nel mondo ci sono state popolazioni in fuga e nella storia recente l'Italia stessa si è resa protagonista di azioni di protezione internazionale nei confronti di persone che stessero scappando da guerre e persecuzioni: alla fine degli anni '70 una missione navale andò a prelevare vietnamiti, cambogiani e laotiani; negli anni '90 siamo stati interessati dagli ingenti flussi di persone provenienti dall'Albania che sancivano la disgregazione politica e sociale di quel paese; con la crisi balcanica nel 1995 abbiamo accolto profughi e sfollati; durante il conflitto in Kosovo, seppur con ritardo, abbiamo creato corridoi umanitari. Ed ancora abbiamo ricevuto specifici flussi di persone in fuga dalla Somalia (a partire dall'inizio anni '90), e il nuovo millennio si caratterizza anche per la consapevolezza che l'Italia diviene terra di approdo per centinaia di migliaia di persone in fuga, giunte prevalentemente via mare con drammatici episodi di violenze subite e naufragi: negli ultimi 20 anni sono sbarcati sulle coste italiane circa 1.350.000 persone.

E proprio negli anni 2000 l'Italia ha recepito una serie di Direttive europee (con Decreti Legislativi conosciuti col nome "Accoglienza", "Qualifiche" e "Procedure") per la gestione di questa tipologia di immigrati e l'attenzione normativa è sempre stata maggiore se pur con approcci non diffusamente orientati all'accoglienza. La parte di tutela sanitaria, grazie all'impostazione data alla fine degli anni novanta, non ha necessitato di particolari interventi normativi ma si è ritenuto necessario definire delle indicazioni di *governance* che potessero essere riferimento per una accoglienza sensibile e attenta ai temi di salute.

Riepilogo diritto alla tutela sanitaria per richiedenti asilo e rifugiati

Tipologia di richiedente	Tipologia di tutela	Note
Richiedente Protezione Internazionale ancora senza formalizzazione domanda e identificazione, anche se accolto in strutture	In attesa di documenti (codice fiscale) per iscrizione Servizio Sanitario Nazionale (SSN): Codice STP - Straniero Temporaneamente Presente	Garantisce i Livelli Essenziali d'Assistenza (LEA), non prevede medico di medicina generale ma medici STP (possibilità specifica esenzione Xoi)
Richiedente Protezione Internazionale con formalizzazione domanda e C3	Iscrizione obbligatoria al SSN con codice fiscale provvisorio	Garantisce i LEA (specifica esenzione temporanea; stesse esenzioni di tutti i cittadini; possibilità accesso esenzione come disoccupato)
Straniero con permesso di soggiorno (pds) come Richiedente Protezione Internazionale, pds come Rifugiato, Protezione Internazionale, Sussidiaria, Umanitaria	Iscrizione obbligatoria al SSN	Garantisce i LEA (specifica esenzione temporanea; stesse esenzioni di tutti i cittadini; possibilità accesso esenzione come disoccupato)
Straniero con diniego alla richiesta protezione internazionale che ha presentato ricorso	Iscrizione obbligatoria al SSN	Garantisce i LEA (stesse esenzioni di tutti i cittadini)

In particolare segnaliamo due documenti:

«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». Accordo Stato Regioni e PA n. 43 CRS del 30 marzo 2017. Decreto del Ministero della Salute 3 aprile 2017. GU Serie Generale n.95 del 24-04-2017 e Linea Guida «I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza». Accordo Stato Regioni e PA n. 108 CRS del 10 maggio 2018

Sono delle Linee guida (anche se la prima è più un documento di indirizzo), entrambe approvate dalla Conferenza Stato Regioni e Province Autonome, entrambe sono collegate all'accoglienza e affrontano il tema in modo "progressivo", cioè indicano cosa fare in base ad indicazioni di esperti (il primo documento) o all'evidenze internazionali (il secondo documento) in rapporto alle diverse fasi dell'accoglienza stessa: soccorso in nave e sbarco; prima accoglienza; seconda accoglienza e presa in carico. Entrambi i documenti danno indicazioni più o meno puntuali sull'organizzazione, enfatizzano il lavoro di rete, l'utilizzo di mediatori linguistico culturali e individuano nella formazione un punto qualificante. Entrambi i documenti non prevedono risorse economiche aggiuntive. Il Ministero della Salute o direttamente il Ministero dell'Interno, attraverso dei Progetti FAMI, promuovono a vario livello, l'implementazione di tali documenti come espressione di politiche di tutela.

Documenti di riferimento per la tutela della salute

- Accordo Stato-Regioni e Province Autonome n. 255 CSR del 20 dicembre 2012 "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013 - Serie generale
- Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 16/30/Cro9/C7-C15. "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati" (marzo 2016)
- Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 2016. "IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva – 2016-2017". GU Serie Generale n.267 del 15-11-2016 - Suppl. Ordinario n. 50
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 novembre 2016, n. 234. "Regolamento recante definizione dei meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24". GU Serie Generale n.298 del 22-12-2016
- DPCM del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza – LEA, art. 62 e 63
- Nota Ministero Salute prot. 0007404 7/03/2017 DGPROGS-MDS-P (codice fiscale provvisorio)

- Decreto del Ministero della Salute 3 aprile 2017.” 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”. Accordo Stato Regioni e PA n. 43 CRS del 30 marzo 2017. Decreto del Ministero della Salute 3 aprile 2017. GU Serie Generale n.95 del 24-04-2017
- Legge 7 aprile 2017, n. 47. “Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati”. GU n. 93 del 21-04-2017
- Comitato Nazionale per la Bioetica. “Immigrazione e salute”. 23 giugno 2017
- Ministero dell’Interno - Dipartimento per le Libertà Civili e l’Immigrazione: “Piano Nazionale d’integrazione dei titolari di protezione internazionale” ai sensi del
- Decreto legislativo 21 febbraio 2014, n. 18 che prevede che il Tavolo di Coordinamento Nazionale, insediato presso il Ministero dell’Interno, predisponga ogni due anni il Piano in oggetto. Vedi 3.5, pg 22 (presentato il 26 settembre 2017)
- Camera dei Deputati. Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema di accoglienza, di identificazione ed espulsione, nonché sulle condizioni di trattamento dei migranti e sulle risorse pubbliche impegnate. “Relazione sulla tutela della salute dei migranti e della popolazione residente”. Approvata dalla Commissione nella seduta dell’8 novembre 2017
- INMP, ISS e SIMM. Linea Guida “Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia”. Roma: Eurolit s.r.l., febbraio 2018 (ISBN 9788898544202)
- INMP, ISS e SIMM. Linea Guida “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”. Roma: Eurolit s.r.l., giugno 2017 (ISBN 9788898544189). Accordo Stato Regioni e PA n. 108 CSR del 10 maggio 2018
- Associazione Parsec Ricerca e Interventi Sociali; Coop. Soc. Parsec; Università di Milano-Bicocca; A.O. San Camillo Forlanini; Nosotras Onlus e Associazione Trama di Terre. “Linea Guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose”. 2018
- Accordo Conferenza Unificata n. 73 CU del 9 luglio 2020. “Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell’età dei minori stranieri non accompagnati”
- Nota Ministero Salute prot. 0013323-23/06/2022 DGPROGS-MDS-P. “Trasmissione Risoluzione Agenzia dell’Entrate n. 25/E relativa al rilascio del codice fiscale ai minori stranieri STP e minori non accompagnati”
- Nota Ministero Salute prot. 0016282-08/08/2022-DGPROGS-MDSP “Iscrizione al SSN dei minori stranieri non in regola con le norme relative all’ingresso e soggiorno, minori non accompagnati, ed esenzioni. Indicazioni operative”
- Ministero dell’interno. “Vademecum per la rilevazione, il referral e la presa in carico delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio e inserite nel sistema di protezione e accoglienza”. 21 giugno 2023

Le linee di indirizzo ministeriali per la presa in carico di chi ha subito torture

Il 24 aprile 2017 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il decreto del ministero della Salute su “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” con i relativi schemi per i vari interventi sanitari da compiere. Le linee guida, come descritto al momento dell’Intesa Stato Regioni e P.A. che ha preceduto il decreto ministeriale, hanno come obiettivo quello di tutelare chi richiede protezione internazionale in condizioni di particolare vulnerabilità in qualunque fase del suo percorso di riconoscimento della protezione e ovunque sia ospitato, creando le condizioni perché le vittime di eventi traumatici possano effettivamente accedere alle procedure previste dalla norma e la loro condizione possa essere adeguatamente tutelata. Le ragioni delle linee guida sono spiegate nella loro premessa e sottolineano che i richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria sono una popolazione a elevato rischio di sviluppare sindromi psicopatologiche a causa della frequente incidenza di esperienze stressanti o propriamente traumatiche. Sono persone costrette ad abbandonare il proprio paese generalmente per sottrarsi a persecuzioni o al rischio concreto di subirne. Possono anche fuggire da contesti di violenza generalizzata determinati da guerre o conflitti civili nel proprio Paese di origine. Inoltre, durante il percorso migratorio, sono sovente esposti a pericoli e traumi aggiuntivi determinati dalla pericolosità di questi viaggi che si possono concretizzare in situazioni di sfruttamento, violenze e aggressioni di varia natura compresa quella sessuale, la malnutrizione, l’impossibilità di essere curati, l’umiliazione psicofisica, la detenzione e i respingimenti. Gli eventi traumatici che li colpiscono determinano gravi conseguenze sulla loro salute fisica e psichica con ripercussioni sul benessere individuale e sociale dei familiari e della collettività. Secondo le linee guida, per fornire una risposta adeguata è pertanto urgente riorientare il sistema sanitario italiano verso l’attenzione ai bisogni emergenti, la prossimità ai gruppi a rischio di marginalità, l’equità dell’offerta per assicurare un’assistenza sanitaria in linea con le loro necessità e nel rispetto dei principi costituzionali. E’ necessario, quindi, avviare la programmazione di strumenti operativi adeguati ad assistere questa nuova e utenza multiculturale, eterogenea, segnata in modo consistente dai traumi subiti. Certamente un’accoglienza adeguata alla complessità dei bisogni e alla tutela dei diritti di cui questi soggetti sono portatori richiede una riorganizzazione dei servizi sanitari, con definizione di procedure, di competenze e attività formativa del personale, resa difficile anche dal pesante ostacolo rappresentato dalle limitate risorse disponibili (una criticità infatti è la mancanza di previsione di risorse economiche dedicate).

Le linee guida sulla tutela sanitaria nell'accoglienza dei richiedenti asilo

Il fenomeno migratorio rappresenta per il sistema sanitario una sfida sempre aperta, non solo in termini di quantificazione e analisi dei bisogni, ma soprattutto nell'ottica di un'adeguata organizzazione dei servizi. Per questo diventa necessario sostenere la produzione e la diffusione di documenti di indirizzo e raccomandazioni di buona pratica, nell'ambito di programmi a valenza interregionale affidati al coordinamento di istituzioni nazionali che hanno specifico mandato sugli obiettivi e competenze sul metodo. A partire da tali premesse, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), l'Istituto Nazionale Salute Migrazioni e Povertà (INMP) e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) hanno avviato uno specifico programma di attività finalizzato alla elaborazione e disseminazione di linee guida clinico-organizzative sulla tutela della salute e l'assistenza sociosanitaria alle popolazioni migranti. Sono stati individuati, con una metodologia partecipata, alcuni temi prioritari, e contestualmente si è avviato un processo di ricognizione e raccolta di revisioni sistematiche, linee guida e altri documenti di sanità pubblica già prodotti da istituzioni e agenzie internazionali sul tema della salute e dell'accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata. I 143 documenti selezionati e analizzati sono stati preziosi strumenti per un gruppo di esperti che ha definito una prima Linea Guida dal titolo: «I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza». Questo documento, approvato con l'Accordo Stato Regioni e PA n. 108 del 10 maggio 2018, vuole offrire ai decisori, agli enti gestori dei centri di accoglienza e agli operatori sociosanitari - a fronte dell'incertezza e della variabilità delle pratiche adottate nei diversi contesti regionali e locali - raccomandazioni evidence-based circa la pratica dei controlli sanitari su migranti e profughi richiedenti protezione internazionale, al momento dell'arrivo in Italia e durante le fasi di accoglienza. A tale riguardo, è infatti emersa, a seguito di un'ampia consultazione degli stakeholder per la definizione delle priorità del Programma nazionale Linee Guida Salute Migranti, la necessità di uniformare misure e modalità di attuazione della sorveglianza sanitaria e della tutela della salute dei migranti rispetto a condizioni patologiche giudicate rilevanti per l'individuo o per la sanità pubblica.

Il documento è orientato lungo tre direttrici principali:

- promuovere l'appropriatezza clinica e organizzativa, all'interno di percorsi sperimentati come validi ed efficaci;
- evitare sprechi legati all'effettuazione di accertamenti inutili o inutilmente ripetuti;
- evitare/ridimensionare le pratiche difensive, sostenute da eventuali ingiustificati allarmismi.

Interventi sanitari nelle diverse fasi dell'accoglienza

Soccorso Prima assistenza	Prima Accoglienza	Seconda Accoglienza
Valutazione medica iniziale: presenza di condizioni cliniche che necessitano di assistenza sanitaria in emergenza/urgenza	Visita medica: rilevazione di dati anamnestici e segni/sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose	Presa in carico sanitaria: - ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica (screening) - prevenzione primaria (vaccinazioni)

Individuazione precoce delle vittime di violenza intenzionale e presa in carico *chi, dove, come*

Operatori sociali delle strutture d'accoglienza	Medici e psicologi delle strutture d'ac- coglienza o del SSR	Servizi specialistici del DSM o altre strutture riconosciute dal SSR
<i>Nella quotidianità</i> Osservazione di "sintomi sentinella" previa formazione specifica	<i>In un setting adeguato</i> Colloquio/i eventualmente con il supporto di strumenti specifici	<i>Percorsi multidisciplinari integrati</i> Conferma diagnostica e presa in carico terapeutica

Il modello Lazio

Nel dicembre 1995, sull'onda delle norme che garantiscono l'assistenza sanitaria anche alle persone straniere prive di permesso di soggiorno (Decreto "Dini"), nasce il Gruppo Immigrazione e Salute (GrIS) del Lazio, rete di operatori del privato sociale e del servizio pubblico che lavorano insieme per sviluppare una azione di advocacy istituzionale, costruire proposte che potessero fattivamente governare il tema della salute degli immigrati e che si pone da subito come partner incondizionato e competente nei confronti dell'istituzione regionale.

Non è un caso quindi se la Regione Lazio nell'analisi degli atti e nella comparazione con le altre realtà locali, risulta tra le più attente e sensibili al tema della tutela sanitaria degli immigrati, sia per numero di interventi normativi effettuati, sia per qualità delle fonti giuridiche utilizzate, sia per tempestività (e spesso innovazione), continuità e coerenza nel tempo degli atti.

Il primo atto specifico della Regione in questo ambito proviene proprio dalla proposta degli operatori, in particolare del servizio pubblico, riunitisi in un gruppo che da lì a poco sarebbe diventato il GrIS Lazio, che chiedono di recepire ed interpretare operativamente quanto enunciato dall'articolo 13 del Decreto legge 489/1995 (e reiterate) e dai telex ministeriali esplicativi successivi a favore della tutela

sanitaria degli STP con particolare riferimento ai minori, alle donne ed a coloro affetti da forme morbose infettive. La Delibera di Giunta Regionale (DGR n. 5122 del 31.07.1997), è la prima in Italia in cui si indicano dei percorsi operativi innovativi (la collaborazione ad esempio tra servizio pubblico e privato sociale) ed efficaci (istituzione degli ambulatori STP) tanto che sono stati presi come base per il successivo Regolamento d'attuazione nazionale del Testo Unico sull'immigrazione (codice STP). Altro elemento interessante è rappresentato dal coinvolgimento delle strutture pubbliche e quelle del volontariato "che nel corso degli anni hanno maturato un'esperienza specifica sui problemi dell'immigrazione e dell'emarginazione allo scopo di facilitare l'applicazione delle presenti disposizioni" istituendo un Gruppo di Lavoro Regionale "Tutela e promozione della salute degli immigrati" (GLR) con compiti di verifica e monitoraggio comune, nominato continuativamente, seppur in forme diversificate, a partire dal 1997 e poi nel 2001, nel 2006, nel 2009, nel 2013, nel 2017 e, ultimo, nel 2025. Vogliamo sottolineare come questo "doppio livello partecipativo", dal basso, con la competenza diretta degli operatori attraverso il GrIS, ed istituzionale, attraverso un formale gruppo regionale di lavoro a contatto diretto con gli uffici competenti, permette la tempestiva e efficace presa in carico di problematiche emergenti ed una attenta programmazione sanitaria. Lo stretto rapporto tra i due livelli risulta ancora più evidente con il rinnovo del gruppo di lavoro, da un lato il GrIS ha avuto il mandato di indicare i due rappresentanti del privato sociale (Caritas e Comunità di Sant'Egidio), dall'altro al GrIS fanno riferimento quasi tutti i rappresentanti indicati dalle strutture pubbliche.

Ad esempio è proprio su sollecitazione e proposta tecnica del GrIS e con l'impegno del GLR, nel 2000, che sono state emanate con Delibera di Giunta (DGR n. 2.444 del 5.12.2000) le Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla Unione Europea. Si tratta di un documento, recentemente aggiornato con una nuova Delibera di Giunta (DGR n. 573 del 5.08.2024), con cui la Regione Lazio, in modo esplicito e circostanziato, ha voluto e vuole promuovere attivamente l'applicazione della normativa nazionale in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

La Regione con continuità ha prodotto numerosi atti con indicazioni e precisazioni sull'assistenza sanitaria agli immigrati, sulle modalità di iscrizione al Servizio Sanitario Regionale, e sulle prestazioni cui hanno diritto, dimostrando un *modus operandi* dell'amministrazione che privilegia l'emanazione di circolari e note per risolvere puntualmente dubbi e discordanze applicative ma che allo stesso tempo può vincolare l'operatività dei servizi ad avere continue direttive formalizzate da parte istituzionale.

Principali atti normativi della Regione Lazio ispirati dal GrIS Lazio

DGR n. 5122 del 31 luglio 1997: “Attivazione dei livelli uniformi di assistenza per stranieri temporaneamente presenti”;

DGR n. 2444, 5 dicembre 2000: Approvazione “Linee guida per l’assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla Ue”;

DGR n. 427, 25 marzo 2005: “Assistenza protesica per stranieri temporaneamente presenti (STP)”;

DGR n. 397, 17 settembre 2010: “Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri non appartenenti all’Unione europea. Approvazione della Guida pratica degli operatori socio-sanitari della Regione Lazio”;

DCA n. U00077, 8 marzo 2013: “Recepimento dell’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”;

DGR n. 590, 16 ottobre 2018: “Approvazione del documento concernente: Indicazioni e procedure per l’accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale”

DGR n. 1004, 30 dicembre 2021: “Criteri minimi organizzativi e indicatori di accessibilità e qualità degli ambulatori STP/ENI”;

DGR n. 573, 5 agosto 2024: “Disposizioni attuative delle norme per l’accesso ai Servizi Sanitario Regionale dei cittadini stranieri e comunitari”

Riflessioni conclusive

La panoramica sul percorso legislativo della tutela della salute dei migranti, mostra che le normative e le disposizioni del periodo 1995-2000 hanno ampliato l’accesso ai servizi sanitari, estendendo agli stranieri presenti sul territorio nazionale, anche non in regola, le cure e i programmi di medicina preventiva. Ma negli anni successivi la politica non ha considerato l’immigrazione un fenomeno strutturale, complesso, e ha adottato un approccio emergenziale in particolare attraverso i “pacchetti sicurezza”. E’ prevalsa la “politica del passo del gambero”, all’avanzamento dei diritti è corrisposto un arresto, un regresso che possono mettere in discussione i principi stabiliti dalle leggi.

Inoltre la deriva regionalista del SSN italiano, accentuata dalla riforma del Titolo V della Costituzione e dalle recenti proposte di autonomia differenziata, ha trasformato il sistema in 21 servizi sanitari regionali diversi. Questo ha generato disuguaglianze di accesso ai servizi e disparità tra le diverse regioni, nonostante l’Accordo Stato Regioni e PA del 2012 e i nuovi LEA che contengono quanto stabilito dagli art. 34 e 35 del Testo Unico sull’Immigrazione.

A livello locale, permangono situazioni di disomogenea applicazione della normativa

attualmente in vigore, normative inclusive come l'iscrizione al SSN dei minori figli di stranieri privi di permesso di soggiorno, sono rese di fatto inoperanti per la discrezionalità degli operatori, il mancato adeguamento delle procedure. Alcune Regioni si sono mostrate particolarmente sensibili al tema, spesso legate all'appartenenza politica dell'amministrazione che le governa, ma ciò non è accaduto nel Lazio che nel tempo e nella discontinuità politica ha sviluppato attenzione e mantenuto continuità.

A livello nazionale l'obiettivo prossimo sarà quello di riequilibrare le disparità che impediscono l'equità nell'accesso ai servizi e nelle cure ed ostacolano la partecipazione e l'integrazione, attraverso lo sviluppo di politiche e di metodologie operative che rendano i servizi più adeguati alle diversità culturali; migliorino la comunicazione e la relazione medico-paziente; rafforzino le competenze degli operatori; favoriscano il coinvolgimento ed affrontino i determinanti della salute dei migranti.

L'analisi delle disuguaglianze e dei fattori che le producono ci spinge ad intraprendere azioni pro-attive; la resilienza va alimentata almeno su tre traiettorie, altrimenti può essere solo rimozione, passività, arretramento del processo:

- favorire un'azione di sistema che, riferendoci ai profughi, significa norme per una buona accoglienza, diffusa, responsabile e consapevole e, per la sanità, promuovere appropriatezza degli interventi non legati all'emotività, a pregiudizi o strumentalizzazioni;
- avviare un piano nazionale per la formazione, anche nei curricula standard universitari e professionali, per i temi della salute globale e più specificatamente sull'immigrazione;
- strutturare una reale governance nazionale e locale che sappia valorizzare ed implementare quanto di valido c'è negli atti di pianificazione nazionale e nelle esperienze locali.

Il modello laziale, del "doppio livello partecipativo", può favorire azioni di sistema, la circolarità verticale e orizzontale hanno permesso all'istituzione regionale di entrare in rapporto con un attivismo diffuso, di raccogliere segnalazioni, suggerimenti, proposte per poi elaborare disposizioni, progetti di formazione e di prossimità.

In questo senso, i risultati del monitoraggio avviato nelle aziende sanitarie laziali, per verificare l'applicazione delle delibere regionali (DGR 590/2018 – tutela della salute nell'accoglienza, DGR 1004/2021 – qualità degli ambulatori ASTP/ENI, DGR 573/2024 – indicazioni per l'accesso ai servizi sanitari) possono essere gli strumenti per avviare una reale strategia di governance del sistema sanitario sostenuta da:

- formazione specifica degli operatori;

- raccolta e analisi dei dati epidemiologici;
- ridefinizione dell'organizzazione sanitaria.

Tutto ciò per promuovere l'integrazione che non è un'opzione ma è una necessità così come la salute è un bene indivisibile che ha bisogno della partecipazione di ciascuno e dell'intera comunità.

Riferimenti bibliografici essenziali

- 1) Bigot G., Russo M.L.: Come nasce una politica: gli attori, i processi. In "Una rete per la salute degli immigrati". Anterem, Roma, 2007; 7:15
- 2) Bonciani M., Geraci S., Martinelli B.: Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze? In "Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi ... costruire traiettorie". Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM. Lombar Key, Bologna, 2011; 71:83
- 3) Di Nicola A., Geraci S., Tarsitani G.: Politiche di contrasto alle disuguaglianze. Il caso del Lazio. Riassunti del IV Seminario di studio Salute globale e scenari attuali: nuovi contributi di ricerca. Istisan Congressi 15 C2. Roma, 2015, 55
- 4) Geraci S., Gnolfo F.: La nostra storia: un futuro possibile. In: 30 anni della rete Gris Lazio. Un'alleanza per la salute dei migranti. Centro ricerche e studi IDOS, 2025
- 5) Geraci S., Gnolfo F.: In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza. Pendragon, Bologna, 2012 (due edizioni)
- 6) Geraci S. (a cura di): Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale. Edizioni Anterem, Roma, 1996
- 7) Geraci S.: La tutela della salute come fattore di integrazione degli immigrati. In "L'integrazione dimenticata. Riflessioni per un modello italiano di convivenza partecipata tra immigrati e autoctoni" (a cura di) Coccia B. Di Sciullo L.. Progetto di ricerca promosso da Istituto di Studi Politici "S. Pio V" e realizzato da Centro Studi e Ricerche IDOS. Roma, 2020; pp 133:138. ISBN 9788864800622
- 8) Geraci S.: La tutela sanitaria per gli immigrati nella Regione Lazio. La costituzione di un doppio livello partecipativo. In "In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza" (a cura di Geraci S., Gnolfo F.). Pendragon, Bologna, 2012; 48:57
- 9) Gnolfo F.: Analisi di un modello di rete locale socio-sanitaria. La storia. Le storie della Rete Gris Lazio. In "In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza" (a cura di Geraci S., Gnolfo F.). Pendragon, Bologna, 2012; 40:45

- 10) Mantini V., Lorenzini L., Geraci S., Baglio G.: L'assistenza ospedaliera agli stranieri: aspetti normativi. In "Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. Anno 2000". Regione Lazio, Monografie Agenzia di Sanità Pubblica (ASP); 2002; 83:90

Migranti e disuguaglianze di salute

Carlo Saitto

Introduzione

Per quanto paradossale possa apparire, la salute dei migranti, almeno quando la misuriamo attraverso indicatori abituali come l'uso dei farmaci, il ricorso ai servizi sanitari o la mortalità età specifica, risulta costantemente migliore di quella osservata tra i nativi.

Il fenomeno è ben noto ed è stato studiato con risultati simili in tutti i paesi di destinazione o di transito delle ondate migratorie¹³.

Solo dopo periodi protratti di permanenza gli indicatori di salute, in particolare i tassi di mortalità standardizzati per età di migranti e residenti, tendono a convergere e si evidenziano addirittura alcune cause di morte che colpiscono i migranti in misura maggiore dei residenti.

Nella permanenza prolungata si osserva inoltre che la mortalità dei migranti non solo si sottrae progressivamente all'apparente effetto protettivo di una migrazione recente, ma tende ad assumere i caratteri tipici della condizione socioeconomica in cui il migrante finisce per collocarsi come esito dei processi di integrazione o del loro fallimento.

Più si guardano i dati più emerge dunque l'impressione che il paradosso non consista solo nel vantaggio di salute dei migranti al momento del loro arrivo, ma anche nel progressivo peggioramento comparativo di queste condizioni al protrarsi del contatto con società più ricche di quelle di provenienza e contrassegnate da una grande disponibilità di beni. Questa assimilazione peggiorativa è il risultato dei difficili processi di inserimento e delle modalità attraverso le quali si realizza un'integrazione spesso segnata dalla marginalità e dalla discriminazione.

Nei paesi sviluppati di destinazione come l'Italia insomma, e non solo nel nostro paese, una popolazione di migranti tendenzialmente più sana della popolazione residente e caratterizzata da un'enorme capacità di lavoro incontra condizioni ambientali e modalità di utilizzazione nel ciclo produttivo che incidono negativamente sul suo stato di salute. Forme di disuguaglianza cui contribuisce la diversità culturale connessa al fenomeno migratorio, ma che si consolidano spesso in una mancanza di opportunità e in una negazione di diritti che rischia continuamente di generare frustrazione ed esclusione.

Provare a discutere delle disuguaglianze di salute dei migranti significa allora ragionare contemporaneamente su una pluralità di paradossi:

- il vantaggio di salute e la ridotta mortalità dei migranti di recente insediamenti

- l'incapacità delle società sviluppate di garantire ai migranti il mantenimento dello stato di salute di cui godevano al loro arrivo
- la generazione di disuguaglianze di salute tra i migranti che tende nel tempo a riprodurre ed accentuare i livelli di disuguaglianza presenti nelle società che li accolgono.
- la contraddizione interna di un welfare universalista che non tutela proprio i soggetti più fragili e più esposti

In questa prospettiva riflettere sulle disuguaglianze di salute dei migranti significa dunque interrogarsi anche sul modello di società e di protezione sociale che i paesi dell'occidente hanno sviluppato e che sono in grado di assicurare a tutti i loro cittadini. Non c'è salute se non è per tutti, se la protezione e le garanzie offerte al singolo non diventano protezione e garanzie assicurate alla comunità nel suo complesso. La cittadinanza si costituisce a partire dal riconoscimento dei diritti e non si possono garantire questi diritti solo a chi è già cittadino.

1. Il vantaggio di salute dei migranti di recente insediamento

Come si ricordava nell'introduzione, molti studi confermano che i migranti di recente insediamento presentano nel loro complesso una minore mortalità standardizzata per età e per tutte le cause rispetto a quella che si osserva tra i residenti³. Questo vantaggio di sopravvivenza si realizza nonostante la condizione di maggiore disagio socio-economico che caratterizza la popolazione migrante rispetto a quella residente e cioè in presenza di un fattore che tende generalmente a peggiorare lo stato di salute.

Per comprendere questo fenomeno si ricorre abitualmente a due possibili spiegazioni che sono state definite nella letteratura scientifica come:

- l'effetto "migrante sano"
- l'effetto "ritorno del salmone"

L'effetto migrante sano⁴ si basa sulla constatazione che le migrazioni consistono in modo prevalente nel flusso selezionato di persone giovani, mediamente in migliori condizioni di salute tanto rispetto al resto della popolazione nei paesi di origine che alla popolazione di età corrispondente nei paesi di destinazione, senza dimenticare che alla selezione endogena, al momento della partenza, si associa in molti casi la selezione esogena determinata dalle circostanze spesso difficili e in qualche caso estreme che caratterizzano il viaggio.

L'effetto ritorno del salmone⁵ stabilisce invece un'analogia tra il comportamento dei migranti più avanti negli anni e in peggiori condizioni di salute e quello dei salmoni che concludono il loro ciclo vitale tornando dalle acque salate dove hanno vissuto a quelle dolci dei fiumi dove sono nati.

Se i migranti tornano nei paesi di origine per l'ultima parte della vita, la loro morte non viene registrata nel paese dove hanno vissuto con la conseguenza di ridurre

il numero dei decessi osservati e di aumentare quello delle persone considerate ancora in vita, abbattendo i tassi apparenti di mortalità dei migranti nel paese che li ha ospitati.

Anche se l'effetto salmone può contribuire a sottostimare la mortalità dei migranti il suo impatto è però modesto. Le notevoli differenze di mortalità standardizzata tra migranti e residenti sono dunque dovuti soprattutto all'effetto migrante sano: quella che arriva è insomma una popolazione selezionata e in buone condizioni di salute nonostante l'impatto negativo del viaggio e nonostante l'occasionale presenza di alcune malattie che sono più frequenti nei paesi di origine⁶.

Se si considera in particolare l'Italia³, il rapporto tra i tassi standardizzati di mortalità dei residenti e dei migranti negli anni 2011-2018, mette in evidenza valori più bassi di mortalità nei migranti per quasi tutte le cause di morte sia per i maschi (Tabella 1) che per le femmine (Tabella 2).

Tabella 1. Mortalità dei migranti vs. i residenti. 2011-2018 MASCHI

Cause of death	Italians (PY = 179,851,785)		Immigrants (PY = 11,800,677)		SMR	Lower 95% CI	Upper 95% CI
	Deaths	Crude mortality Rate *100,000	Deaths	Crude mortality Rate *100,000			
Infectious and parasitic diseases	40,782	22.68	406	3.17	0.62	0.56	0.68
Infection related*	151,025	83.97	1286	10.05	0.57	0.53	0.63
Tuberculosis (TB)	803	0.45	46	0.36	4.58	3.35	6.10
Neoplasms	657,500	365.58	4635	36.21	0.49	0.47	0.50
Upper aero-digestive tract (UADT)	31,359	17.44	276	2.16	0.46	0.41	0.51
Lung + trachea	159,621	88.75	1153	9.01	0.52	0.49	0.55
Colon rectum, recto-sigmoid junction, and anus	68,843	36.26	376	2.94	0.39	0.35	0.43
Stomach	36,854	20.49	337	2.63	0.61	0.55	0.68
Liver, gallbladder, other and unspecified parts of biliary tract	51,813	28.81	408	3.19	0.52	0.47	0.57
Non-Hodgkin lymphoma	17,183	9.55	139	1.24	0.55	0.47	0.65
Leukaemia	22,518	12.52	195	1.52	0.54	0.47	0.62
Endocrine, nutritional and metabolic diseases, and immunity disorders	80,398	44.70	429	3.35	0.43	0.39	0.47
Diseases of the blood and blood-forming organs	7149	3.97	36	0.28	0.42	0.30	0.58
Mental disorders	44,879	24.95	160	1.25	0.39	0.33	0.45
Diseases of the nervous system and sense organs	76,680	42.64	399	3.12	0.43	0.38	0.47
Diseases of the circulatory system	647,223	359.86	3511	27.43	0.52	0.51	0.54
Ischemic heart diseases	234,510	130.39	1354	10.58	0.52	0.49	0.54
Cerebrovascular diseases	152,935	85.03	797	6.23	0.60	0.56	0.64
Diseases of the respiratory system	164,400	91.41	642	5.02	0.47	0.44	0.51
Diseases of the digestive system	72,965	40.57	586	4.58	0.50	0.46	0.54
Diseases of the genitourinary system	36,970	20.56	142	1.11	0.47	0.40	0.55
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	7546	1.43	7	0.05	0.78	0.11	0.58
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	6513	3.62	53	0.41	0.61	0.46	0.80
Congenital anomalies	3151	1.75	49	0.38	0.33	0.24	0.43
Certain conditions originating in the perinatal period	151	0.08	6	0.05	0.51	0.19	1.10
Symptoms, signs, and ill-defined conditions	29,262	16.27	312	2.44	0.53	0.48	0.60
External causes of injury and poisoning	84,036	46.73	2153	16.82	0.73	0.70	0.76
Suicide	19,309	10.74	526	4.11	0.52	0.48	0.56
Homicide	1197	0.67	85	0.66	0.99	0.79	1.23

Tabella 2. Mortalità dei migranti vs. i residenti. 2011-2018 FEMMINE

Cause of death	Italians (PY = 191,220,267)		Immigrants (PY = 14,626,920)		SMR	Lower 95% CI	Upper 95% CI
	Deaths	Crude rate *100,000	Deaths	Crude rate *100,000			
Infectious and parasitic diseases	47,185	24.68	331	2.26	0.66	0.59	0.74
Infection related*	133,395	69.76	1104	7.55	0.68	0.65	0.73
Tuberculosis (TB)	549	0.29	30	0.21	4.72	3.19	6.75
Neoplasms	518,667	271.24	5104	34.89	0.58	0.48	0.51
Upper aero-digestive tract (UADT)	10,608	5.55	126	0.86	0.57	0.48	0.68
Lung + trachea	62,050	32.45	633	4.33	0.46	0.42	0.50
Colon rectum, recto-sigmoid junction, and anus	57,957	30.31	434	2.97	0.46	0.42	0.51
Stomach	25,976	13.58	278	1.90	0.63	0.56	0.71
Liver, gallbladder, other and unspecified parts of biliary tract	34,081	17.82	239	1.63	0.49	0.43	0.56
Breast	81,446	42.59	985	6.73	0.44	0.42	0.47
Cervix uteri	2745	1.44	190	1.30	1.58	1.37	1.83
Non-Hodgkin lymphoma	14,343	7.50	135	0.92	0.53	0.45	0.63
Leukaemia	17,830	9.32	185	1.26	0.57	0.49	0.66
Endocrine, nutritional and metabolic diseases, and immunity disorders	104,122	54.45	364	2.49	0.38	0.34	0.42
Diseases of the blood and blood-forming organs	11,296	5.91	64	0.44	0.60	0.46	0.76
Mental disorders	91,260	47.73	210	1.44	0.42	0.37	0.48
Diseases of the nervous system and sense organs	102,048	53.37	395	2.70	0.39	0.35	0.43
Diseases of the circulatory system	845,882	442.36	2849	19.48	0.51	0.49	0.52
Ischemic heart diseases	222,404	116.31	698	4.77	0.46	0.43	0.50
Cerebrovascular diseases	234,191	122.47	909	6.21	0.58	0.55	0.62
Diseases of the respiratory system	143,715	75.16	530	3.62	0.51	0.47	0.56
Diseases of the digestive system	76,758	40.14	514	3.51	0.62	0.56	0.67
Diseases of the genitourinary system	42,448	22.20	129	0.88	0.43	0.36	0.51
Complications of pregnancy, childbirth, and the puerperium	53	0.03	10	0.07	1.36	0.65	2.51
Diseases of the skin and subcutaneous tissue	5436	2.84	23	0.16	0.51	0.39	0.91
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	15,394	8.05	96	0.66	0.56	0.45	0.68
Congenital anomalies	2927	1.53	41	0.28	0.28	0.20	0.38
Certain conditions originating in the perinatal period	107	0.06	2	0.01	0.21	0.02	0.78
Symptoms, signs, and ill-defined conditions	51,435	26.90	235	1.61	0.60	0.53	0.69
External causes of injury and poisoning	65,141	34.07	867	5.93	0.80	0.75	0.86
Suicide	5447	2.85	267	1.83	0.80	0.70	0.90
Homicide	622	0.33	78	0.53	2.13	1.68	2.66

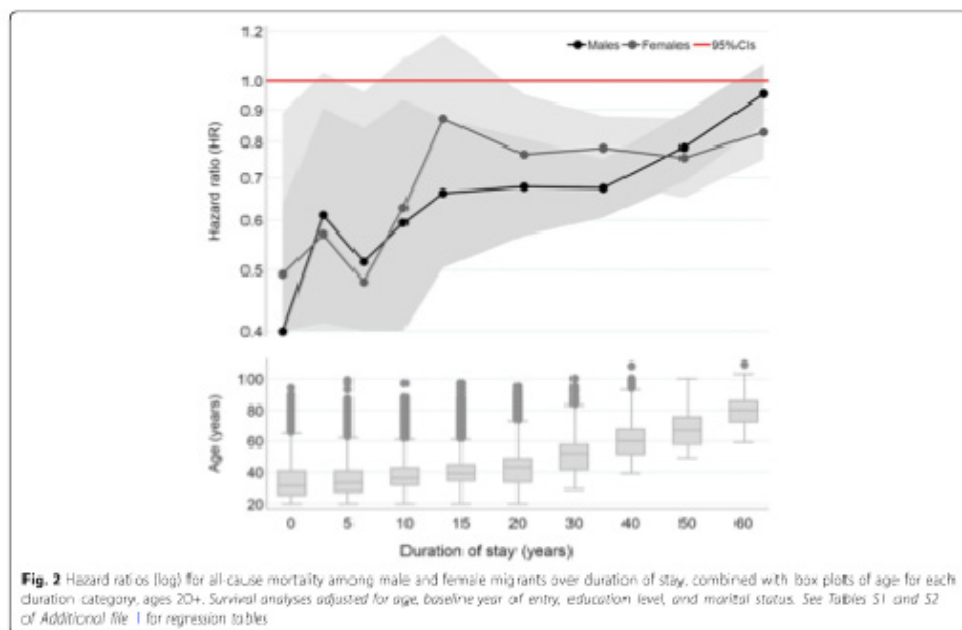
Di Napoli A, Ventura M, Grande E, Frova L, Mirisola C, Petrelli A. Nationwide longitudinal population-based study on mortality in Italy by immigrant status. *Sci Rep.* 2022 Jun 29;12(1):10986. doi: 10.1038/s41598-022-15290-8. PMID: 35768625; PMCID: PMC9243023.

Per i maschi l'unica causa di morte che risulta più elevata nei migranti è la tubercolosi, nelle femmine si aggiungono alla tubercolosi le neoplasie della cervice uterina, le complicanze della gravidanza e del parto e l'omicidio. Per tutte le altre cause la mortalità nei migranti oscilla tra circa il 30% e circa il 60% di quella osservata negli italiani. Con l'eccezione della tubercolosi, ovviamente contratta molto probabilmente nel paese di origine, le poche altre cause di morte più frequenti negli immigrati sono tutte collegate con i fattori rischio ai quali gli immigrati stessi sono esposti dopo il loro arrivo in Italia, in particolare le condizioni di vita e la marginalità sociale nel caso delle morti per omicidio, il difetto di assistenza nelle morti per neoplasie della cervice uterina e per complicanze della gravidanza, difetto di assistenza che in realtà spiega anche una parte almeno delle morti per tubercolosi.

2. L'incapacità delle società sviluppate di garantire ai migranti il mantenimento dello stato di salute di cui godevano al loro arrivo

L'Italia è un paese dove i flussi migratori di massa rappresentano un fenomeno sociale relativamente recente dove, una parte dei flussi sono in transito verso altre destinazioni e dove è perciò ancora difficile valutare l'impatto sulla salute di una lunga permanenza. I dati riportati nel paragrafo precedente riguardano dunque un intervallo temporale relativamente breve e rappresentano perciò una fotografia in cui non si coglie il movimento, in altri paesi, come ad esempio la Francia, tempi di osservazione più lunghi consentono di analizzare l'andamento della mortalità tra i migranti (Figura 1)⁷.

Figura 1. Andamento del rapporto tra i rischi di morte di migranti e nativi in relazione alla durata della permanenza in Francia



Wallace M, Khlat M, Guillot M. Mortality advantage among migrants according to duration of stay in France, 2004-2014. *BMC Public Health*. 2019 Mar 21;19(1):327. doi: 10.1186/s12889-019-6652-1. PMID: 30898125; PMCID: PMC6427872.

È evidente nella figura 1 il vantaggio di salute dei migranti rispetto ai nativi, con un divario nella mortalità per tutte le cause che si riduce in modo non lineare con il trascorrere degli anni di permanenza, sia per i maschi che per le femmine. Il rapporto di rischio (Hazard Ratio - HR) tra migranti e nativi segnala un rischio di morte che è inizialmente pari al 40% di quello dei nativi per i migranti di genere femminile e al 50% di quello dei nativi, per i migranti di genere maschile. I rischi tendono quindi a convergere con un HR che si avvicina sempre di più all'unità e cioè all'uniformità del rischio.

Questo effetto negativo sembra intrinseco alla permanenza ma sollecita a ricercarne le cause per poterlo eventualmente affrontare con politiche efficaci di contrasto. Si tratta in particolare di comprendere se il fenomeno della convergenza tra i tassi di mortalità possa essere considerato fisiologico, cioè dovuto all'esaurirsi spontaneo di quella pressione selettiva che aveva caratterizzato i migranti al momento dell'arrivo, o rappresenti invece una conseguenza delle condizioni prolungate di disagio e di difficoltà che ne hanno contrassegnato l'esistenza nei paesi di destinazione, privando di una legittima attesa di vita una popolazione inizialmente più sana e potenzialmente destinata a mantenere il suo vantaggio di salute. In questi casi tassi omogenei di mortalità nasconderebbero una sostanziale disuguaglianza nella qualità della vita e nell'accesso alla diagnosi e ai trattamenti come sembravano indicare nel primo paragrafo (1. Il vantaggio di salute dei migranti di recente insediamento) i rari eccessi di mortalità rilevati all'arrivo.

Se questa ipotesi venisse confermata, sarebbe forse opportuno immaginare politiche di tutela e di assistenza che siano in grado di conservare il rilevante capitale di salute detenuto dai migranti o di rallentarne almeno l'erosione. Perseguire questo obiettivo consentirebbe di massimizzare il potenziale sociale, culturale ed economico dei migranti e sostenere il loro invecchiamento nella migliore condizione possibile di salute.

3. La generazione di disuguaglianze di salute tra i migranti che riproduce ed accentua i livelli di disuguaglianza presenti nelle società che li accolgono

Al momento del loro arrivo nel paese ospite, per l'impatto dell'effetto migrante sano e per la relativa omogeneità della accoglienza che ricevono, i migranti non presentano tra di loro differenze rilevanti nelle condizioni di salute che possano essere associate a livelli diversi di istruzione o allo stato socioeconomico posseduto nel paese di origine.

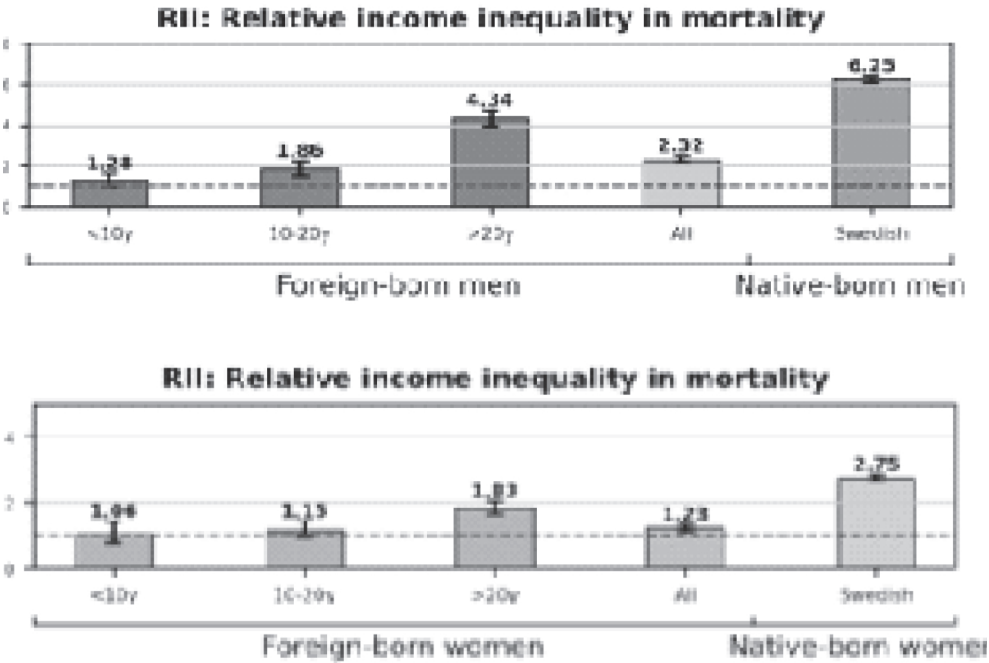
Per dirla in termini grossolani il momento della migrazione ha una dimensione fortemente equalizzatrice che attenua le diversità tra gli individui. Questa relativa uguaglianza è messa rapidamente in crisi dal contesto e dalla varietà dei processi di inserimento.

In uno studio condotto in Svezia su registri di popolazione in grado di ricostruire

retrospettivamente la storia dei migranti, l'effetto delle disuguaglianze di reddito sulla mortalità è stato esplorato calcolando l'indice relativo di disuguaglianza (Relative index of inequality - RII) a intervalli temporali crescenti dal momento dell'arrivo nel paese, valutando il suo andamento e confrontandolo con quello osservato nella popolazione svedese.

Il RII rappresenta il rapporto tra i rischi relativi di mortalità delle fasce di popolazione con il reddito relativo più basso e con quello più alto. Un RII inferiore a 1 indica un'azione protettiva dei redditi più bassi, un valore pari all'unità indica l'assenza di differenze legate al reddito, e infine un RII maggiore di 1 indica una relazione negativa tra reddito e mortalità (tanto più alto è il RII tanto maggiore è il rischio di morte per il reddito più basso).

Figura 2. Indice relativo di disuguaglianza dei migranti per durata della permanenza in Svezia



Miething A, Juárez SP. Income mortality paradox by immigrants' duration of residence in Sweden: a population register-based study. *J Epidemiol Community Health*. 2023 Dec 8;78(1):11-17. doi: 10.1136/jech-2023-220500. PMID: 37669849; PMCID: PMC10715552

È evidente dalla figura 2, soprattutto per i maschi ma anche per le femmine, che la disuguaglianza nella mortalità associata al reddito tende a crescere con il protrarsi della permanenza nel paese ospite.

Negli uomini lo RII passa da valori di poco superiori all'unità nei primi dieci anni di residenza a un valore maggiore di 4 per i migranti con residenza ultraventennale.

Per le donne la disuguaglianza nella mortalità legata al reddito è meno pronunciata ma passa comunque da valori di poco superiori a 1 a valori di poco inferiori a 2. Le disuguaglianze nella mortalità legata al reddito per la popolazione nativa tendono ad essere più pronunciate, sia tra gli uomini che tra le donne, con un RII rispettivamente pari a 6,25 e a 2,75, ma è comunque chiaro che accanto alla convergenza della mortalità si osserva nel tempo anche una convergenza nelle disuguaglianze che avvicina la popolazione migrante a quella nativa.

Per esprimere in forma sintetica il significato di questi dati, non solo i migranti perdono progressivamente il loro vantaggio di salute rispetto ai nativi ma lo perdono in un modo differenziato che penalizza le fasce più disagiate della popolazione.

Con il protrarsi della permanenza nei paesi di destinazione sembrano dunque aumentare tanto la mortalità dei migranti che le loro disuguaglianze di salute. Queste disuguaglianze sono sostenute, da fattori socio-economici e culturali che condizionano l'esposizione a rischi ambientali e lavorativi ma che riguardano pure i comportamenti individuali, sia quelli associati alle difficoltà di adattamento ad un nuovo contesto che quelli legati invece all'accettazione acritica di modelli norme e valori prevalenti nel paese di accoglienza che possono comportare un rischio per la salute.

Una forma di assimilazione diseguale che corrisponde ad un processo di integrazione socialmente segmentato nel quale la marginalità dei migranti li spinge verso l'adozione di abitudini e comportamenti tipici dei settori più svantaggiati della popolazione locale.

4. La salute dei migranti e l'universalità dei diritti

Di fronte all'urgenza pressante di questi paradossi la tendenza di molti paesi sviluppati è stata e continua ad essere quella di rispondere alla tutela e all'assistenza dei migranti con strutture sanitarie dedicate. Si suggerisce che il sostegno alla salute dei migranti richieda un approccio specialistico, che strutture dedicate attenuino l'impatto sull'opinione pubblica della presenza nelle comunità di una popolazione migrante e garantiscano una migliore capacità di accoglienza. Alcune di queste considerazioni sono certamente corrette, soprattutto però se una struttura dedicata riesce a cambiare lo sguardo verso le migrazioni del sistema sanitario nel suo complesso, se riesce a fornire al sistema nel suo operare ordinario competenze specifiche su questioni di salute tipiche se non esclusive dei migranti o legate

alle modalità del percorso migratorio e se riesce infine a coordinare tra di loro gli interventi sanitari e a raccorderli con quelli di sostegno sociale. Anche una struttura dedicata insomma se vuole svolgere in modo adeguato il suo ruolo non può operare in una prospettiva settoriale ma deve assumere un approccio integrato di sanità pubblica.

Non c'è sanità pubblica che non comprenda la salute dei migranti e, al contrario, non c'è salute dei migranti al di fuori di una coerente strategia di sanità pubblica⁹. Esiste insomma un evidente intreccio tra salute dei migranti e sanità pubblica, ma di questo intreccio il sistema sanitario si deve fare carico superando la distinzione tra migranti e cittadini nella definizione delle politiche sanitarie e nella loro realizzazione.

Il mantenimento di una distinzione artificiosa tra sanità pubblica e salute dei migranti può essere utile a sottolineare alcune specificità del bisogno assistenziale di migranti ma può avere conseguenze pericolose. Distinguere è utile se si vuole attirare l'attenzione sulle disuguaglianze nell'accesso ai servizi o negli esiti delle cure, è importante se si vuole valutare l'impatto sulla salute dei passaggi generazionali nelle comunità di immigrazione recente, è eticamente necessario se si vuole sottolineare la dimensione dell'equità nei diritti e rendere trasparenti le discriminazioni. È utile ed è giusto distinguere insomma se si ricercano la verità e la giustizia sociale.

In altri casi però la distinzione tra migrante e cittadino rischia di diventare uno strumento di esclusione e di separazione, un approccio che, al di là delle intenzioni, accetta e formalizza un differente universo di regole e di diritti, o di limitazione dei diritti, che dipendono dallo stato giuridico, dal possesso dei documenti, dalla titolarità di un'abitazione o di un domicilio.

A partire dalle condizioni specifiche dei migranti e dalla natura variegata dei loro problemi e dei loro bisogni e dunque necessaria una "normalizzazione" dei loro diritti, una forma di cittadinanza senza patria che garantisca a ciascuno/a di loro la dimensione dell'individuo e la dignità della persona.

In questa prospettiva, come dovrebbe avvenire per tutti i cittadini, è dai loro bisogni e non dal loro status che dipende la natura degli interventi di tutela che le istituzioni e in particolare il SSN devono assicurare non in modo emergenziale o straordinario ma in modo ordinario¹⁰.

Riconoscere questo diritto ai migranti significa riconoscerlo a tutti, significa cambiare il registro della normalità, significa ripensare i sistemi di welfare trasformandoli da organizzazioni burocratiche per la produzione di servizi in veicoli di autonomia individuale e di sviluppo sociale.

I migranti mettono insomma la società nel suo complesso di fronte alle disuguaglianze che la percorrono un tema questo che non riguarda soltanto loro, perché occuparsene vuol dire affrontare, insieme ai problemi dei migranti, anche i nostri problemi fino a perdere la distinzione tra un noi e un loro.

Questo richiamo ad un approccio universalista non nega, ma al contrario sottolinea la specificità dell'esperienza migratoria nella sua dimensione problematica e nella sua dimensione di arricchimento sociale e culturale: nello stesso tempo fattore di rischio e fattore di crescita, specialismo e generalismo.

È proprio questa ambivalenza che dovrebbe caratterizzare i sistemi di welfare perché possano attrezzarsi meglio a gestire la diversità del corpo sociale e la varietà dei bisogni che esprime. Dall'investimento nello sviluppo della capacità di accoglienza e di presa in carico delle persone non sono dunque i migranti ma è il sistema nel suo complesso a trarre i maggiori benefici.

Bibliografia

- 1) Pacelli B, Zengarini N, Broccoli S, Caranci N, Spadea T, Di Girolamo C, Cacciani L, Petrelli A, Ballotari P, Cestari L, Grisotto L, Giorgi Rossi P; IN-LiMeS Group. Differences in mortality by immigrant status in Italy. Results of the Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies. *Eur J Epidemiol*. 2016 Jul;31(7):691-701. doi: 10.1007/s10654-016-0177-z. Epub 2016 Jul 26. PMID: 27461270.
- 2) Wallace M, Wilson B. Age variations and population over-coverage: Is low mortality among migrants merely a data artefact? *Popul Stud (Camb)*. 2022 Mar;76(1):81-98. doi: 10.1080/00324728.2021.1877331. Epub 2021 Feb 10. PMID: 33565944.
- 3) Di Napoli A, Ventura M, Grande E, Frova L, Mirisola C, Petrelli A. Nationwide longitudinal population-based study on mortality in Italy by immigrant status. *Sci Rep*. 2022 Jun 29;12(1):10986. doi: 10.1038/s41598-022-15290-8. PMID: 35768625; PMCID: PMC9243023
- 4) Razum O, Zeeb H, Rohrmann S. The 'healthy migrant effect'--not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *Int J Epidemiol*. 2000 Feb;29(1):191-2. doi: 10.1093/ije/29.1.191. PMID: 10750623.
- 5) Abraído-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health*. 1999 Oct;89(10):1543-8. doi: 10.2105/ajph.89.10.1543. PMID: 10511837; PMCID: PMC1508801.
- 6) Guillot M, Khlat M, Elo I, Solignac M, Wallace M. Understanding age variations in the migrant mortality advantage: An international comparative perspective. *PLoS One*. 2018 Jun 29;13(6):e0199669. doi: 10.1371/journal.pone.0199669. PMID: 29958274; PMCID: PMC6025872.
- 7) Wallace M, Khlat M, Guillot M. Mortality advantage among migrants ac-

according to duration of stay in France, 2004-2014. BMC Public Health. 2019 Mar 21;19(1):327. doi: 10.1186/s12889-019-6652-1. PMID: 30898125; PMCID: PMC6427872.

- 8) Miething A, Juárez SP. Income mortality paradox by immigrants' duration of residence in Sweden: a population register-based study. J Epidemiol Community Health. 2023 Dec 8;78(1):11-17. doi: 10.1136/jech-2023-220500. PMID: 37669849; PMCID: PMC10715552.
- 9) The Lancet Public Health. No public health without migrant health. Lancet Public Health. 2018 Jun;3(6):e259. doi: 10.1016/S2468-2667(18)30101-4. Epub 2018 May 25. PMID: 29804719.
- 10) Such E, Walton E, Delaney B, Harris J, Salway S. Adapting primary care for new migrants: a formative assessment. BJGP Open. 2017 Jan 9;1(1):bjgpopen17X100701. doi: 10.3399/bjgpopen17X100701. PMID: 30564648; PMCID: PMC6172675.

Il senso di un servizio di Sanità pubblica

Maurizio Marceca, Silvia Declich

Introduzione

Tra le diverse possibili letture del Centro SaMiFo (clinica, organizzativa, sociologica, antropologica, giuridica, etica...), quella che questo breve contributo intende privilegiare è la chiave di lettura della ‘Sanità Pubblica’. Tale prospettiva non esclude ma si integra con tutte le altre.

Ciò che si intende qui particolarmente sottolineare è che, quello emergente da SaMiFo, è sicuramente un modello di riferimento per chi intende affrontare una presa in carico complessa come quella di migranti forzati, ma anche che la natura istituzionale pubblica di questo servizio (oggi UOC) aggiunge un valore etico-sociale che non si può e non si deve minimizzare o dare per scontato.

Tale eccezionalità della natura di SaMiFo ne rappresenta al contempo il punto di forza ma anche di debolezza, se si assume appunto l’ottica di una capacità di risposta generalizzata ed omogenea delle istituzioni sanitarie italiane a bisogni così importanti, complessi e indifferibili, fondamentali per una riabilitazione della persona nell’ottica di una sua possibile integrazione sociale, base ineludibile per realizzare o recuperare la sua agentività e una sua piena qualità di vita. L’unicità di SaMiFo solleva quindi una questione di replicabilità del modello da esso rappresentato.

Le diverse dimensioni di interesse in un’ottica di Sanità pubblica

Saranno qui esaminate, in un tentativo di lettura sistemica, le diverse dimensioni caratterizzanti SaMiFo che riteniamo di specifico interesse nell’ottica di Sanità pubblica che abbiamo assunto.

Partiamo dalla dimensione più evidente e storicamente originaria di SaMiFo, cioè quella di un **Servizio pubblico per la salute di migranti forzati e minori non accompagnati specializzato in psico-traumatologia**. Questa caratterizzazione clinico-assistenziale e collocazione operativa, esplicita sia nel mandato e nelle responsabilità (e quindi presente nell’organigramma aziendale) che nella individuazione del bacino d’utenza di riferimento (dal 2015 è Centro di riferimento regionale), ne hanno prefigurato e nel tempo delineato sempre di più la fisionomia di un servizio – pubblico appunto - non isolato ed auto-referenziale, ma **integrato con gli altri servizi della stessa Asl** (come dimostra in modo evidente l’operatività estesa delle mediatrici e dei mediatori linguistico-culturali) **e delle altre Aziende**

sanitarie regionali, per le quali rappresenta oggi il servizio specialistico di riferimento così come accade per altri Enti e Istituzioni, con particolare riferimento ai soggetti deputati al riconoscimento giuridico (Commissioni territoriali), ai responsabili (Prefettura) e ai gestori della rete di accoglienza (in particolare della seconda accoglienza) dei migranti.

Occorre anche rilevare come - a fronte di questa specificità clinico-assistenziale - senza un disegno organizzativo-gestionale che ha previsto nel corso del tempo la presenza in SaMiFo di fondamentali funzioni complementari (gli operatori dell'accoglienza, le mediatrici e i mediatori linguistico-culturali, i medici e gli infermieri di assistenza primaria e di comunità, i medici legali, gli ortopedici, le ginecologhe e le ostetriche, le terapisti della riabilitazione psichiatrica, i servizi diagnostici...), e quindi di una scelta di **integrazione multiprofessionale e multidisciplinare**, l'operatività del Centro e la sua efficacia sarebbero stati e sarebbero a tutt'oggi fortemente limitati. Si evince così la felice intuizione iniziale della necessità di non dare semplicemente risposte assistenziali puntuali su richiesta, ma di prevedere e attivare condizioni, competenze, dinamiche e processi di segnalazione, ascolto e presa in carico collettiva e complessiva capaci di garantire **continuità assistenziale** (almeno per il periodo di 'accompagnamento' e sostegno fino al momento dell'audizione del richiedente presso la Commissione territoriale). Altro elemento non secondario per la qualità assistenziale e la 'tenuta temporale' del processo che ha determinato l'istituzione di un servizio pubblico come SaMiFo è che l'iniziativa è partita dal basso, da una motivazione storicamente, geograficamente e socialmente determinata, forte e condivisa di un gruppo di professionisti socio-sanitari.

Insieme alla unitarietà della risposta clinica ai bisogni, un'altra dimensione di interesse per la Sanità pubblica è quella che, con linguaggio moderno, riconosce in SaMiFo un **servizio e un approccio 'di prossimità'**. Delle diverse e possibili caratteristiche principali di prossimità, SaMiFo risulta infatti connotato da: i) una 'bassa soglia di accesso', cioè senza prenotazione; ii) un focus sulla fragilità / vulnerabilità; iii) un approccio multidimensionale e integrato di ascolto, orientamento, mediazione e presa in carico complessiva e non solo assistenza; iv) un tentativo di coinvolgimento attivo della persona nel processo di risposta al suo bisogno, valorizzando le risorse informali e le reti sociali. Come componenti il Comitato tecnico-scientifico di SaMiFo, siamo nelle condizioni di testimoniare che questa propensione all'approccio proattivo e di prossimità, all'andare incontro ai bisogni, rappresenta un tratto programmatico che si intende sviluppare in misura sempre maggiore (ad esempio attraverso l'attivazione di una Unità mobile sul territorio).

A connotare ulteriormente SaMiFo, come dovrebbe in realtà avvenire in tutti i servizi con una componente significativa di utenti stranieri e immigrati di recente

arrivo, è il dispositivo della **mediazione linguistico-culturale**. Rinviano alla lettura del contributo specificamente dedicato nel presente volume a questo tema, ci si limiterà qui a far osservare come la presenza/disponibilità delle mediatrici e dei mediatori linguistico-culturali sia, a ben vedere, un requisito essenziale per massimizzare la realizzazione di una delle principali caratteristiche del nostro Servizio sanitario pubblico, cioè quello della **universalità**, intesa come possibilità indiscriminata di accesso ai servizi sanitari pubblici e di loro fruizione da parte della persona in quanto portatrice di un diritto fondamentale che è al contempo interesse della collettività (così come indicato dall'art.32 della Costituzione). Come si potrebbe altrimenti immaginare che la persona che si rivolge al (o che è intercettata dal) servizio sia in grado - in assenza di una sufficiente conoscenza della lingua italiana - di esprimere i propri bisogni (che nel caso delle vittime di violenza sono particolarmente complessi e difficili da comunicare e condividere)? Come è pensabile, in assenza di queste figure (laddove opportunamente preparate e integrate nel servizio), tentare di contribuire ad un miglioramento di quella che viene chiamata *'health literacy' individuale*? Si rimarca qui il fatto che, nel caso di SaMiFo, le mediatrici e i mediatori linguistico-culturali sono coinvolti nella formazione interprofessionale e nei momenti di valutazione condivisa della salute dei pazienti, ed hanno quindi la possibilità di crescere professionalmente insieme agli altri operatori specializzandosi nell'ambito psicologico-psichiatrico e ginecologico in contesti multiculturali.

Benché non sia una prerogativa immediatamente riconoscibile tra quelle prettamente costitutive della sfera della Sanità pubblica, occorre anche sottolineare come l'équipe multiprofessionale che opera in SaMiFo sia formata e abituata a misurarsi con una **sensibilità antropologica**; ciò comporta il dare un particolare valore all' *'Illness'*, cioè al vissuto della/del paziente, tenendo conto di quanto questo possa essere variamente e individualmente plasmato e modulato dalla cultura di origine, e coltivare al contempo una consapevolezza sull'importanza della *'sickness'* (cioè dello stigma socio-culturale che si costruisce ed agisce a partire dalla malattia), non limitando quindi il proprio interesse al *'disease'*. A ben guardare questa sensibilità e queste attenzioni connotano quella che è riconosciuta dall'OMS e dall'Assemblea mondiale della Sanità come una proprietà necessaria dei sistemi sanitari, cioè la **competenza culturale** (che sarebbe più proprio definire **interculturale** e, in prospettiva, **transculturale**), attraverso la cui pratica gli stessi servizi sanitari possono essere riconoscibili come *'migrant sensitive'*. La recente attivazione del Polo di Corso Vittorio Emanuele II sembra promettere uno sviluppo particolarmente interessante di iniziative di coinvolgimento e partecipazione sotto l'approccio dell'interculturalità.

Una dimensione tanto evidente quanto, purtroppo, rara nel panorama sanitario italiano, è quella che configura una tipica situazione di ‘**sussidiarietà orizzontale**’, realizzata attraverso la collaborazione formalizzata e strutturata attraverso un Protocollo d’intesa con il Centro Astalli per i Rifugiati (che, utilizzando la terminologia corrente, è un Ente del Terzo Settore o ETS). Tale fondamentale collaborazione, anch’essa frutto di una intuizione iniziale a partire da valori e obiettivi condivisi, ha fatto letteralmente la differenza nel garantire, in particolare, un’accoglienza, un ascolto ed un orientamento sulla cui base è poi possibile costruire, per i professionisti clinici, un rapporto di fiducia. Considerando i servizi sociali e di supporto legale che il Centro Astalli offre (benché esterni alla sede di SaMiFo), tale collaborazione si è anche tradotta in una **integrazione sociosanitaria**, compiutamente realizzata nei suoi canonici tre livelli: istituzionale, gestionale e professionale (senza scordare l’assistente sociale messa a disposizione dalla Asl). Le modalità con cui questa collaborazione si espleta concretamente mostrano come ulteriori caratteristiche quelle della **co-progettazione** e della **co-gestione**, caratteristiche che ad esempio, nella recente riforma della sanità territoriale operata con il D.M. 77/2022, sono state indicate come necessarie nella realizzazione delle ‘Case della Comunità’.

Un’altra dimensione fondamentale di SaMiFo in termini di Sanità pubblica è quella relativa alla **registrazione ed analisi dei dati** relativi alle prestazioni sanitarie erogate. Tale attività, come in diversi altri servizi sanitari pubblici aziendali che non siano soggetti a flussi informativi correnti strutturati (come ad esempio il SIO per i ricoveri), incontra indubbie difficoltà. Queste sono riconducibili, da una parte, ad una ancora insufficiente ‘cultura del dato’ da parte del settore socio-sanitario e, dall’altra, ad oggettive limitazioni dovute al rapporto tra personale del servizio, volumi di utenza e tempi disponibili. Un primo passo fondamentale è stato quello di informatizzare una cartella parzialmente condivisa, nel rispetto della normativa sulla privacy, tra l’ambito sociale e quello sanitario. Il successivo passo dovrà a nostro avviso riguardare sostanzialmente il cambiamento della prospettiva valutativa dagli *output* agli *outcome*. Resta il fatto che SaMiFo ha dimostrato in questi anni (anche attraverso la scelta di disporre di un Comitato tecnico-scientifico) di essere ben consapevole della indispensabilità di dati pertinenti ed affidabili ai fini della **programmazione** e della **valutazione**, e di essere proiettata ad un efficientamento in questa direzione soprattutto attraverso una maggiore condivisione operativa con il servizio epidemiologico aziendale. La funzione valutativa ha già oggi, quindi, sia una valenza interna (auto-valutazione) che esterna (etero-valutazione).

A caratterizzare ulteriormente SaMiFo integrandone opportunamente le qualità e modalità operative vi sono altre due dimensioni che spesso sono andate a convergere: l’orientamento alla **ricerca** (in particolare attraverso la partecipazione a di-

versi Progetti FAMI del Ministero dell'Interno) e l'orientamento alla **formazione**. I progetti di ricerca hanno permesso e permettono a SaMiFo di confrontarsi con altre realtà territoriali regionali ed esperienze clinico-assistenziali, di farsi conoscere e di entrare quindi in dinamiche di valutazione, così come di immaginare e sperimentare nuovi approcci da integrare a quelli già esistenti. La committenza istituzionale dei Progetti, con particolare riferimento ai Ministeri dell'Interno e della Salute, ha inoltre facilitato la possibilità di interlocuzione di SaMiFo con alcune delle Istituzioni più rilevanti per la salute dei migranti forzati. La disponibilità di finanziamenti ha inoltre permesso a SaMiFo di organizzare diversi corsi di formazione e aggiornamento sulla tematica migratoria con approcci sia generali (volti a fornire una formazione di base) che specialistici (volti a trasmettere specifiche competenze operative); tali corsi sono stati aperti a tutte le Aziende sanitarie regionali, contribuendo così - da una parte - a favorire la conoscenza tra gli operatori sia della stessa Azienda che tra Aziende diverse e - dall'altra - a rafforzare la valenza di Centro di riferimento regionale. Una specifica attenzione è stata data alla realizzazione di momenti di auto-formazione e di confronto interni all'équipe di SaMiFo, che negli ultimi anni ha preso la forma di momenti residenziali di 2-3 giornate, andando ad integrare quell'attenzione alla salute degli operatori che era già perseguita attraverso la supervisione clinica di routine.

Un'ultima, non certo per importanza, dimensione caratterizzante SaMiFo è quella relativa alla sua partecipazione a reti per l'*advocacy*; il Centro è infatti presente sia all'interno del Gruppo Immigrazione e Salute - GrIS Lazio (Unità territoriale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – SIMM, che ha da poco compiuto trent'anni di attività) che del Tavolo Immigrazione e Salute – TIS, coordinamento delle principali organizzazioni non governative impegnate nell'ambito della salute dei migranti a livello nazionale attivo da circa sei anni¹. In entrambe le realtà, tecnicamente inquadrabili come 'policy network', SaMiFo porta il proprio prezioso contributo di servizio pubblico sociosanitario 'sensore' sul territorio delle attuali criticità sperimentate dai migranti forzati in termini di barriere che ostacolano sia la loro cura e riabilitazione che la loro possibilità di integrazione sociale. Al contempo, la partecipazione a questi network permette a SaMiFo di essere costantemente aggiornato sull'attualità normativa e politico-istituzionale e quindi capacitato ad interagire con essa.

¹ Data la natura non istituzionale del TIS, a parteciparvi formalmente è in realtà il Centro Astalli per i rifugiati, ma di fatto questi rappresenta anche l'intera realtà di SaMiFo.

Riflessioni conclusive

Quanto finora discusso risulta necessariamente un tentativo di schematizzazione concettuale di natura tecnica che non può né rappresentare esaustivamente la complessità di SaMiFo, né inoltrarsi in valutazioni di carattere qualitativo sulle sue capacità di *performance*; ci si è limitati pertanto a ‘fotografare’ l’implicazione di queste diverse dimensioni, facendo rilevare come esse siano coerenti con una prospettiva di Sanità pubblica.

Stante tali limiti, è comunque possibile a questo punto focalizzare alcuni concetti fondamentali, nel senso di ‘portanti’, ‘a fondamento’, che intercettano trasversalmente le diverse dimensioni illustrate e che costituiscono l’impalcatura del modello di risposta che il Centro SaMiFo della Asl Roma I è stato in grado di sviluppare e implementare nell’arco di un ventennio.

Questi concetti sono quelli di: servizio, prossimità, integrazione ed equità.

Il concetto di **servizio** rimanda (vedi etimologia dal latino ‘*servitium*’, propriamente “condizione di schiavo”, derivato di ‘*servus*’) al significato di “*dedizione, impegno incondizionato nei confronti di un ideale, una fede, una comunità di persone*”, ma anche di “*organizzazione o complesso organizzato di persone che assicurano lo svolgimento di una determinata attività*”¹. La natura sanitaria e pubblica di questo servizio, come accennato, ne ricorda le fondamenta etiche, legate al riconoscimento costituzionale - e quindi alla garanzia istituzionale di tutela - di un diritto fondamentale dell’individuo che è al contempo un interesse della collettività (e non dovrebbe essere difficile prendere consapevolezza del fatto che, ad esempio, il recupero psico-fisico e sociale di un giovane traumatizzato conviene all’intera comunità in cui questi vive). È particolarmente rilevante che ad oggi nel nostro Paese questi diritti siano formalmente compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il concetto di **prossimità**, declinato nell’accezione di “sanità pubblica di prossimità” rimanda - in accordo con Baglio, Eugeni e Geraci (2019) - al “*complesso delle relazioni tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità presenti su un dato territorio, volte a promuovere l’accesso alle risorse di prevenzione e di cura, mediante l’offerta attiva di prestazioni e l’orientamento alle strutture sanitarie (outreach), la rimodulazione dei servizi in un’ottica di maggiore permeabilità e fruibilità (mediazione di sistema) e il coinvolgimento della popolazione in processi di empowerment*”. Diverse caratteristiche, attività e proiezioni di SaMiFo sembrano poter afferire a tale prospettiva, perché rimandano a tutto quanto è orientato sia all’andare incontro a bisogni che rischiano di risultare inespressi o sottovalutati, non riconosciuti nella loro importanza e gravità, sia all’essere un riferimento conoscibile, riconoscibile

¹ Vedi Vocabolario Treccani all’URL <https://www.treccani.it/vocabolario/servizio/>

e raggiungibile da parte di quanti ne hanno bisogno. Si potrebbe dire che, anche senza rendersene conto in termini di definizione teorica, SaMiFo abbia lavorato e stia tuttora lavorando per il rafforzamento della sua '*health literacy organizzativa*'; da questo punto di vista, la metodologia di lavoro che lo caratterizza potrebbe essere presa come riferimento anche dagli altri servizi aziendali.

Il concetto di **integrazione** intercetta molte delle dimensioni sopra descritte e riguarda: un'integrazione tra persone (operatrici ed operatori a diverso titolo coinvolte, in una prospettiva di lavoro d'équipe, ma anche un coinvolgimento/integrazione di persone utenti); un'integrazione tra servizi (dove SaMiFo promuove, spesso coordinandola, la collaborazione con altri servizi della Asl Roma1); un'integrazione tra Enti, Istituzioni e Organizzazioni (che, assumendo la specifica valenza di 'lavoro di rete', consente di realizzare in modo più appropriato ed efficace sia la presa in carico della persone che le attività di programmazione, di ricerca, di formazione, di *advocacy*).

Ma il concetto di integrazione assume anche importanti connotazioni immateriali, quando si pensi all'integrazione delle diverse culture professionali, dei differenti punti di vista ed approcci, delle molteplicità e ricchezza delle esperienze. Con specifico riferimento all'integrazione intesa quale coinvolgimento dei pazienti e più in generale delle comunità migranti nei processi programmatori ed assistenziali, non si può nascondere quanto, per tutti i servizi sanitari, questa rappresenti un'oggettiva difficoltà anche quando volontariamente inclusa nella propria operatività (come è il caso di SaMiFo). È comunque possibile osservare come un'organizzazione saldamente proiettata all'integrazione si difende anche meglio dal rischio dell'autoreferenzialità (e a tal proposito si può notare come la stessa esistenza di un Comitato tecnico-scientifico fatto di componenti 'esterni' rappresenti una sorta di antidoto naturale a questo rischio).

Infine, ci piace qui enfatizzare, relativamente a SaMiFo, il concetto di **equità**. Tale paradigma, pur connotando le stesse radici storico-culturali ed etico-giuridiche del servizio sanitario pubblico, rischia infatti di essere trascurato o frainteso nella sua reale portata dagli stessi servizi e professionisti chiamati a realizzarla. Malgrado sia infatti comprensibile un diffuso e crescente senso di scoraggiamento rispetto alla sua vocazione etica dovuto alla oggettiva situazione di crisi in cui il SSN versa a seguito di politiche di insufficiente investimento in risorse economiche (a loro volta condizionanti la possibilità di disporre di adeguate e mirate risorse culturali, professionali, strutturali, tecnologiche e organizzative), non si può non notare come SaMiFo rappresenti una sorta di 'cartina di tornasole' per l'equità. Per le sue caratteristiche intrinseche, questo servizio è infatti naturalmente predisposto ad intercettare le disuguaglianze nella salute e nell'assistenza, soprattutto riconoscendone i meccanismi di produzione socialmente determinati, cioè corre-

lati all'impatto di determinanti sociali (istruzione, lavoro, reddito, abitazione, accesso ai servizi, coesione sociale...) che determinano diverse forme di ingiustizia e discriminazione. In questo senso, SaMiFo è chiamato sia a chiedersi quali spazi e modalità di miglioramento possa attivare al proprio interno, sia quali forme di *advocacy* possa agire verso l'esterno.

Per concludere, in questo volume (che rappresenta di per sé anche uno sforzo di *accountability*¹), è descritta una realtà assistenziale, un servizio di sanità pubblica, una comunità di operatrici ed operatori che lavora ogni giorno per essere 'parte di un tutto', intendendo per 'tutto' sia l'Azienda sanitaria locale cui appartiene, sia la Regione in cui si colloca territorialmente, ma anche la realtà demografica di questi anni, la realtà urbana di una città/capoluogo/capitale come Roma, la realtà storico-sociale e quella politica e normativa italiane.

Va da sé che la realizzazione di questo specifico modello di servizio pubblico non sarebbe stata possibile se non ci fosse stata, a monte, una normativa di settore esplicitamente inclusiva e se, anche attraversando momenti critici, non ci fossero stati nel corso di questo ventennio una conferma ed un rafforzamento da parte dei decisori regionali e del management aziendale.

Ritornando alla questione inizialmente sollevata della replicabilità di SaMiFo, e alla luce dei diversi contributi presentati in questo volume, viene da concludere che l'esperienza della Asl Roma 1 dimostra che l'attivazione di un modello con queste caratteristiche è possibile - e quindi, con i dovuti adattamenti alle altre specificità locali, anche replicabile - ma che necessita di un orientamento convinto, allargato e stabile che coinvolga i livelli politico-istituzionale, tecnico-gestionale, professionale e sociale. Non sfuggirà come, ai tempi di oggi, il verificarsi di questo 'allineamento' di condizioni, anche a livello internazionale, non sembri affatto cosa semplice. Resta la speranza che la valutazione espressa nel gennaio 2025 in un articolo di The Guardian di "*un servizio unico nel suo genere in Europa e forse nel mondo*" sia presto e diffusamente contraddetta.

Riprendendo le parole di Giancarlo Santone, SaMiFo è sostanzialmente "*un modello dove la cura è un atto etico, un gesto politico nel senso nobile della parola, un atto profondamente umano, capace di trasformare non solo chi è curato, ma anche chi cura*".

¹ Con tale termine, difficilmente traducibile in italiano con una sola parola, si richiama il dovere delle istituzioni (e più in generale delle organizzazioni cui è stato affidato un compito) di 'rendere conto' in maniera trasparente di quanto hanno fatto, avendo come principali interlocutori i soggetti formalmente destinatari del proprio operare (nel caso specifico, le persone migranti forzate e, per estensione, l'intera comunità).

Riferimenti bibliografici essenziali

- 1) Marceca M. Migration and Health from a Public Health Perspective. In: Muenstermann I (ed). People's Movements in the 21st Century - Risks, Challenges and Benefits. Rijeka, Intech, 2017; pp.103-27
- 2) Ministero della Salute. 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. 2017. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf
- 3) WHO. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH. 2018 - ISBN 978-92-890-5384-6 <https://www.who.int/publications/i/item/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health>
- 4) Tosti M, Baglio G, Marceca M, D'Angelo F, Ferrigno L, Eugeni E, Declich S, Pajno C, Marrone R, Rosso A, Geraci S. Italian guideline on "health checks and protection pathways for migrants on arrival and while hosted in reception centres". European Journal of Public Health 2018 (75-O4):90-91.
- 5) Baglio G, Eugeni E, Geraci S. Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard-to-reach. Recenti Progressi in Medicina 2019;110(4):159-164
- 6) Russo ML, Gatta A, Geraci S, Marceca M, Mazzetti M (a cura di). La SIMM: 30 anni + le Epidemie. Nuove Diseguaglianze, nuove sfide. Atti del XVI Congresso Nazionale SIMM – Roma, 19-21 ottobre 2022. Bologna, Pendragon Edizioni, 2022. ISBN 978 88 3364 51176.
- 7) Marceca M. Valutazioni sullo stato di salute del Servizio Sanitario Nazionale e sull'equità. In: Diocesi di Roma. Atti del Convegno "Ricucire lo strappo oltre le (Dis)uguaglianze. La Diocesi in dialogo con la città a 50 anni dal Convegno sui mali di Roma" organizzato dalla Diocesi di Roma il 22 aprile 2024 presso il Policlinico Tor Vergata. Diocesi di Roma, 2024.
- 8) WHO. World report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health/world-report-on-social-determinants-of-health-equity>
- 9) Taroni F. Un sistema sanitario in bilico. Continuerà a volare il calabrone?

Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2025

- 10) Kassam A. We're witnesses to the horror of the world': the one-of-a-kind Italian clinic treating refugees for trauma. The Guardian, Mon 27 Jan 2025 https://www.theguardian.com/global-development/2025/jan/27/italian-clinic-refugees-centre-asylum-seekers?utm_source=chatgpt.com

La riforma del sistema europeo di asilo: un pericolo per lo stato di diritto

Gianfranco Schiavone

1. L'approvazione della riforma del CEAS nel maggio 2024

A maggio 2024, proprio oramai alla conclusione della precedente Legislatura, il Parlamento Europeo e il Consiglio hanno approvato un pacchetto di radicali riforme del cosiddetto Sistema Comune di asilo in Europa (Common European Asylum System – CEAS). Per le ragioni che cercherò di illustrare in modo sintetico in questo capitolo la direzione complessiva della riforma è quella di realizzare una nettissima compressione del diritto d'asilo¹ in generale e pertanto dei diritti e delle garanzie riconosciute a chi chiede in Europa protezione internazionale.

Con l'approvazione dei testi della riforma giunge a conclusione un percorso iniziato diversi anni prima con la presentazione da parte della Commissione Europea della cosiddetta proposta di “Patto per l'Immigrazione e l'Asilo” nel settembre 2021². I testi che compongono il nuovo quadro del CEAS sono ben 10; nove Regolamenti e una sola Direttiva, quella sull'accoglienza, che viene modificata (nel linguaggio tecnico-giuridico si utilizza il termine “rifusa”) rispetto a quella vigente³. Alcuni testi normativi consistono in modifiche più o meno rilevanti di testi previgenti, mentre altri testi introducono nozioni e procedure del tutto nuove. I testi che compongono la riforma sono dunque:

- il Regolamento (UE) 2024/1358 del Parlamento Europeo e del Consiglio che istituisce Eurodac;
- il Regolamento (UE) 2024/1348 del Parlamento Europeo e del Consiglio che stabilisce una procedura comune di protezione internazionale nell'Unione;
- il Regolamento (UE) 2024/1349 del Parlamento Europeo e del Consiglio che

1 Per le esigenze di questo capitolo utilizzerò i termini “asilo” e “protezione internazionale” come sinonimi anche se in realtà non lo sono. Asilo è infatti un termine che definisce una nozione più ampia, sia nel Diritto che nelle scienze sociali. La dicitura protezione internazionale (composta dalle due forme dello status di rifugiato e della protezione sussidiaria) è la nozione usata dal diritto europeo.

2 Marco Borraccetti, Il nuovo patto europeo su immigrazione e asilo: continuità o discontinuità con il passato, in *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, fascicolo 1/2021, in <https://www.dirittoimmigrazionecittadinanza.it/archivio-saggi-commenti/saggi/fascicolo-n-1-2021-1/702-il-nuovo-patto-europeo-sull-immigrazione-e-l-asilo-continuita-o-discontinuita-col-passato/file>

3 Eurojust.it rivista, Pubblicati gli atti che compongono il nuovo Patto sulla migrazione e l'asilo, 27/05/24, in <https://rivista.eurojus.it/pubblicati-gli-atti-che-compongono-il-nuovo-patto-sulla-migrazione-e-lasilo/>

stabilisce una procedura di rimpatrio alla frontiera;

- il Regolamento (UE) 2024/1350 del Parlamento e del Consiglio che istituisce un quadro dell'Unione per il reinsediamento e l'ammissione umanitaria;
- il Regolamento (UE) 2024/1359 del Parlamento e del Consiglio concernente le situazioni di crisi e di forza maggiore nel settore della migrazione e dell'asilo;
- il Regolamento (UE) 2024/1356 del Parlamento Europeo e del Consiglio che introduce accertamenti nei confronti dei cittadini di paesi terzi alle frontiere esterne;
- il Regolamento (UE) 2024/1352 del Parlamento e del Consiglio recante modifica dei regolamenti (UE) 2019/816 e (UE) 2019/818 allo scopo di introdurre accertamenti nei confronti dei cittadini di paesi terzi alle frontiere esterne;
- il Regolamento (UE) 2024/1351 del Parlamento e del Consiglio sulla gestione dell'asilo e della migrazione;
- il Regolamento (UE) 2024/1347 del Parlamento e del Consiglio recante norme sull'attribuzione a cittadini di paesi terzi o apolidi della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria e sul contenuto della protezione riconosciuta;
- la Direttiva (UE) 2024/1346 del Parlamento Europeo e del Consiglio recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale.

L'intera riforma del CEAS entrerà in attuazione tra giugno e luglio 2026, ad eccezione di singole disposizioni che recano un termine di applicazione diverso, e del Regolamento sul reinsediamento la cui attuazione è invece immediata. Anche il termine di recepimento dell'unica norma che come si è detto mantiene la forma giuridica della Direttiva¹, quella sull'accoglienza, è fissato a giugno 2026 in modo che l'intera riforma possa prendere corpo nello stesso momento. Perché intercorre un tempo così lungo tra la promulgazione delle nuove norme e la loro attuazione? La ragione va rinvenuta nel fatto che le nuove normative introducono nuove procedure amministrative da coordinare tra gli Stati membri, nonché la *“individuazione delle esigenze in termini di infrastrutture e attrezzature e delle eventuali esigenze in materia di logistica, per quanto riguarda, ad esempio, le infrastrutture fisiche per l'accoglienza e il trattenimento nel territorio e alle frontiere”* come evidenziato nel Piano di attuazione predisposto dalla Commissione UE².

1 Nel diritto europeo un regolamento è un atto giuridico vincolante; esso deve essere applicato in tutti i suoi elementi nell'intera Unione europea. Una direttiva è invece un atto giuridico che stabilisce un obiettivo che i paesi dell'UE devono conseguire; tuttavia spetta ai singoli paesi definire attraverso disposizioni nazionali come farlo.

2 Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, Piano di attuazione comune del patto sulla migrazione e l'asilo, Bruxelles, 12.6.2024 COM(2024) 251 final.

Ogni stato dovrà adottare dei programmi di implementazione nazionale, i quali devono procedere in parallelo affinché l'intero nuovo sistema sia operativo in tutta l'UE per l'estate 2026. Nonostante nel Piano di attuazione la Commissione “*incoraggia gli Stati membri a interagire con le parti sociali, le autorità locali e regionali e altri portatori di interessi, in particolare i rappresentanti delle organizzazioni della società civile, attraverso scambi regolari e consultazioni*” ancora a gennaio 2026 il Governo italiano non aveva avviato alcuna consultazione e non era disponibile alcun testo pubblico; ciò era stato oggetto già a dicembre 2024 di motivate critiche da parte delle organizzazioni della società civile italiana.¹

Nonostante la scelta della forma giuridica del regolamento sia finalizzata a garantire una maggiore uniformità di applicazione delle normative dell'Unione in tutti gli stati membri, i regolamenti che costituiscono il Patto hanno una forma piuttosto inedita rispetto a quella prevista per un regolamento in quanto prevedono, spesso proprio in relazione ad aspetti cruciali, che molte disposizioni siano opzionali che gli stati dunque possono o meno decidere di applicare; questo approccio, probabilmente legato alla difficoltà di trovare un'intesa politica sui diversi testi, determinerà nel sistema europeo una profonda disomogeneità di situazioni tra gli stati membri, forse persino aumentando invece che facendo diminuire le attuali situazioni di incertezza ed instabilità del CEAS.

2. Un percorso che viene da lontano

Prima di analizzare, necessariamente per cenni generali, i principali testi di riforma sopra indicati (per ragioni di spazio non tutti verranno esaminati in questo capitolo), è necessario guardare un po' indietro nel tempo in modo da comprendere da dove nasca la riforma e quale sia stata la traiettoria seguita dal diritto d'asilo, in Europa nell'ultimo decennio. Innanzitutto che cos'è il CEAS? L'articolo 78 par. 1 del TFUE (Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea) dispone che “*l'Unione sviluppa una politica comune in materia di asilo, di protezione sussidiaria e di protezione temporanea, volta a offrire uno status appropriato a qualsiasi cittadino di un paese terzo che necessita di protezione internazionale e a garantire il rispetto del principio di non respingimento. Detta politica deve essere conforme alla convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951 e al protocollo del 31 gennaio 1967 relativi allo status dei rifugiati, e agli altri trattati pertinenti*”. Il percorso di costruzione di un sistema unico di asilo in Europa è un processo di lunghissima durata il suo inizio può essere individuato nel trattato di Amsterdam, entrato in vigore nel maggio 1999 in base al quale l'asilo e l'immigrazione sono diventati un settore di competenza normativa

¹ Amnesty International, Attuazione del Patto Ue, in Italia manca un piano di consultazione civica, 9.12.24

dell'UE. Da allora ha preso il via quell'incompiuto processo che giunge fino ad oggi, prima di armonizzazione e poi di progressiva unificazione delle normative in materia di asilo dei singoli Stati membri che tuttavia non è stata conseguita se non parzialmente. A mio avviso, dopo una fase iniziale che ha comunque permesso di conseguire un minimo livello di armonizzazione delle normative tra gli Stati membri, consentendo in particolare ad alcuni Stati, tra cui proprio l'Italia, di superare un forte ritardo nello sviluppo del proprio sistema di asilo, il processo di armonizzazione e di rafforzamento del sistema comune è entrato in profonda crisi dopo il 2015. Ed è proprio all'ultimo decennio che dobbiamo guardare per comprendere cosa è avvenuto nelle politiche europee, partendo dalla cosiddetta crisi dei rifugiati nel 2015 che in breve tempo portò in Europa oltre un milione di persone provenienti in prevalenza dalla Siria, dall'Afghanistan e dall'Iraq. La difficoltà di gestire quegli avvenimenti secondo diversi studiosi la cui analisi di fondo il sottoscritto condivide, ha *“rivelato carenze strutturali della politica di asilo dell'Unione europea, che consentono di inquadrare la c.d. “crisi dei rifugiati” come un problema di integrazione attraverso il diritto”*¹ e ha messo in luce una crisi dell'Unione Europea che non è di natura organizzativo-gestionale, bensì di natura *“politica, ideologica e morale”*²

Nel 2015 la Commissione europea a guida Juncker avviò con la “Agenda europea per le Migrazioni”³ un processo di riforme del CEAS dalla natura alquanto ambigua e contraddittoria⁴ che naufragò interamente in quanto non si trovò tra gli Stati alcun accordo sulle proposte di riforma normative più rilevanti, ed in particolare sulla riforma del Regolamento Dublino III ovvero sulla realizzazione di una reale solidarietà e condivisione delle responsabilità nell'Unione, e quindi la realizzazione di procedure adeguate per favorire una redistribuzione delle presenze dei richiedenti asilo tra i diversi Stati membri.

1 Daniel Thym, La “crisi dei rifugiati” come sfida per il sistema giuridico e la legittimità istituzionale” in Diritto, Immigrazione e Cittadinanza, fascicolo n. 1/2017, <https://www.dirittoimmigrazionecittadinanza.it/archivio-saggi-commenti/saggi/fascicolo-2017-n-1/55-la-crisi-dei-rifugiati-come-sfida-per-il-sistema-giuridico-e-la-legittimita-istituzionale/file>

2 Annamaria Rivera, La crisi dei rifugiati è la crisi dell'Unione Europea, in Teoria Politica, 6/2016 Annali 6, pag. 277, in <https://journals.openedition.org/tp/674>

3 COMMISSIONE EUROPEA, Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, agenda europea sulla migrazione, Bruxelles 13.05.2015, in <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52015DC0240>

4 Chiara Favilli, L'Unione che protegge, l'Unione che respinge. Progressi, contraddizioni e paradossi del sistema europeo di asilo, in Questione Giustizia n. 2/2018, pp 20-24

Da allora nell'Unione Europea si è verificato un irrompere drammatico ed incontrollato da parte di un numero sempre maggiore di Stati, senza che l'Unione potesse o volesse agire da freno, di politiche e prassi illegittime o ai limiti della legalità il cui obiettivo è stato quello di tentare di impedire con ogni mezzo l'arrivo dei rifugiati in Europa. Le strategie principali per conseguire tale obiettivo generale sono state due: l'esternalizzazione del diritto di asilo e i respingimenti alle frontiere esterne.

3. La natura binaria della nozione di esternalizzazione: controlli di frontiera e devoluzione della responsabilità giuridica a paesi terzi

Non c'è una definizione univoca della nozione di "esternalizzazione" in quanto essa risulta declinata in modi e contenuti diversi a seconda dei diversi autori e dei diversi campi di ricerca (giuridico, sociologico, et). Con esternalizzazione del controllo delle frontiere si intende l'insieme delle azioni economiche, giuridiche, militari, culturali, prevalentemente extraterritoriali, poste in essere da soggetti statali e sovrastatali, con il supporto in dispensabile di ulteriori attori pubblici e privati, volte a impedire o a ostacolare che i migranti (e, tra essi, i richiedenti asilo) possano entrare nel territorio di uno Stato, anche al fine di chiedervi asilo.¹ L'insieme di tali prassi ha causato la più grave crisi del sistema di protezione dei diritti fondamentali degli ultimi vent'anni e ha altresì prodotto delle profonde distorsioni nello stesso assetto istituzionale dell'Unione europea sia per ciò che attiene l'equilibrio di poteri tra i diversi organi dell'Unione che per ciò che riguarda la suddivisione delle competenze tra l'Unione e gli Stati membri. Va ricordato che nel diritto dell'Unione la cooperazione con Paesi terzi, anche per la gestione dei flussi migratori, è di stretta competenza dell'Unione; ciò significa che gli Stati membri non hanno un'autonoma competenza a concludere accordi in questo campo con Paesi terzi se non all'interno delle procedure UE di adozione di accordi internazionali i quali prevedono il coinvolgimento del Parlamento Europeo e un controllo di legittimità da parte della Corte di Giustizia dell'UE². Per aggirare tali ostacoli (nonché per eludere anche il controllo democratico interno) molti Stati UE hanno dato vita a una sorta di "informalizzazione" dei loro accordi con Paesi terzi ricorrendo a intese, collaborazioni di polizia, protocolli operativi, memorandum e ad altri strumenti adottati senza fare ricorso a procedure trasparenti. Ciò è potuto avvenire perché si è sviluppato un clima di sostanziale condivisione politica all'interno dell'Unione Europea di fronte all'ipotesi di lasciare mano libera alla realizzazione di forme di collaborazioni con Paesi terzi prive di ogni verifica e senza

¹ ASGI, L'esternalizzazione delle frontiere, dicembre 2019, in https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2020/01/2020_1_Documento-Asgi-esternalizzazione.pdf

² Gianfranco Schiavone, Il sistema dei campi di confinamento, in AA.VV, Chiusi Dentro, 2024, ed. Altreconomia, pagg. 34-38

condizionalità, ovvero senza subordinare il sostegno dato a Paese terzi al rispetto dei diritti fondamentali delle persone coinvolte nelle operazioni di contrasto ai flussi migratori. Come si può ben comprendere l'esternalizzazione solleva dunque serissimi interrogativi giuridici ed etici su possibili forme di responsabilità per complicità nella commissione di crimini. Già la nota Sentenza Hirsi c. Italia¹ con la quale la Corte di Giustizia aveva condannato l'Italia per i respingimenti illegali attuati verso la Libia aveva affermato come sussista piena giurisdizione sulle violazioni dei diritti umani commesse da organi di un determinato Stato dell'Unione anche al di fuori del territorio statale. Più difficilmente accertabili, ma non per questo non sussistenti, possono essere le responsabilità dello/gli Stato/i nei casi in cui le azioni siano attuate da organi di uno Stato terzo con fondi e mezzi forniti dallo Stato europeo².

Come ben evidenzia Francesca De Vitor dell'Università Cattolica di Milano "Il supporto dato agli Stati terzi attraverso la fornitura di mezzi militari idonei al controllo delle proprie frontiere e al rimpatrio di coloro che tentano di partire, la formazione delle forze di polizia al fine di rendere più efficace l'azione repressiva e preventiva dell'emigrazione, il finanziamento della costruzione di centri di detenzione per migranti favorisce la commissione da parte dello Stato terzo di gravissime violazioni dei diritti umani, rispetto alle quali sembra sussistere una responsabilità per complicità, ai sensi dell'articolo 16 degli articoli sulla responsabilità degli Stati, o, nel caso di atti dell'Unione europea, dell'articolo 14 degli articoli sulla responsabilità delle organizzazioni internazionali".³ Le situazioni, ampiamente provate da molti autorevoli rapporti internazionali, nelle quali si verificano atroci e sistematiche violazioni dei diritti umani nell'ambito dei controlli sui flussi migratori sono così numerose ed estese da rappresentare sotto molti profili il segno tragico dei tempi che stiamo vivendo⁴; tra i molti studi richiamo in particolare l'attenzione su un recentissimo rapporto promosso congiuntamente

1 Court Européenne Des Droits de l'Homme, Grande Chambre, Affaire Hirsi Jamaa et autres c. Italie, (Requête no 27765/09)

2 MSF, Geo Barents testimone di respingimenti di migranti, 20.04.24, in <https://www.medicisenzafrontiere.it/news-e-storie/news/salvataggio-notturmo-mediterraneo-abusi-finanziati-ue/>

3 Francesca De Vitor, Responsabilità degli Stati e dell'Unione europea nella conclusione e nell'esecuzione di "accordi" per il controllo extraterritoriale della migrazione, Università cattolica del Sacro Cuore, 2018, in <https://publicatt.unicatt.it/handle/10807/121093>

4 Ex multis, H.R.W. L'inferno senza scampo. Le politiche dell'Unione Europea contribuiscono agli abusi sui migranti in Libia, 2019, in <https://www.hrw.org/it/report/2019/01/21/326624>, Commissioner for Human Rights, A distress call for human rights – The widening gap in migrant protection in the Mediterranean, 2021, in <https://rm.coe.int/a-distress-call-for-human-rights-the-widening-gap-in-migrant-protection/1680a1abcd>, United Nations, Report of the Special Rapporteur on the human rights of migrants, Gehad Mad, 1 May 2024, in <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g24/o69/76/pdf/g2406976.pdf> Alberto Magnani (Il Sole 24 Ore, Italia), Kim Son Hoang, Der Standard (Austria), Fondi dispersi e violazioni di diritti umani, così la Ue ha speso (male) quasi 5 miliardi in Africa, Il Sole24ore, 10 ottobre 2024, in https://www.ilssole24ore.com/art/fondi-dispersi-e-violazioni-diritti-u-mani-cosi-ue-ha-speso-male-quasi-5-miliardi-africa-AGHpxqS?refresh_ce=1

da I.O.M, U.N.H.C.R. e Mixes Migration Centre sulle migrazioni dall'Africa verso l'Europa che evidenzia come sia quasi impossibile distinguere tra violenze perpetrate da bande criminali da quelle commesse da attori statali dei diversi Paesi di transito dei migranti. Le migliaia di testimonianze raccolte "evidenziano atrocità, violazioni e abusi perpetrati da criminali, milizie e autorità governative de iure o de facto" (commesse verso) "rifugiati e migranti con esigenze e profili diversi. Molti hanno bisogno di protezione internazionale, alcuni si spostano per adattarsi o fuggire dagli effetti del cambiamento climatico, altri cercano una vita migliore, comprese opportunità di lavoro e di studio, altri ancora sono costretti a cercare altrove un sostentamento per disperazione."

Lo stesso rapporto si chiude con la più importante raccomandazione all'Europa e ai suoi Stati che è quella "*sottoporre qualsiasi assistenza fornita ai Paesi lungo la rotta del Mediterraneo centrale a requisiti di condizionalità, tra cui misure chiare ed efficaci per mitigare il rischio di violazioni dei diritti umani*"¹. Un recente e molto rilevante studio prodotto anche in questo caso dal Mixes Migration Centre, attraverso un lavoro vastissimo sul campo (oltre 80.000 interviste) ha evidenziato come l'accesso limitato alle vie di migrazione regolari continua ad alimentare la domanda di movimenti irregolari, consentendo il fiorire del traffico di migranti. In assenza di alternative sicure e legali, i trafficanti intervengono per soddisfare il persistente bisogno di mobilità determinato da conflitti, persecuzioni, instabilità economica, domanda di manodopera e legami familiari. Mentre si inseguono normative sempre più draconiane la cui finalità annunciata (ma non reale) sarebbe quella di "*spezzare il modello di business*" dei trafficanti attraverso l'applicazione della legge e il controllo delle frontiere, i dati che emergono dal citato studio evidenziano come queste misure hanno avuto un effetto del tutto diverso spingendo le persone verso rotte più pericolose e hanno rafforzato le reti di traffico². Incommensurabile è la distanza tra l'accuratezza di queste ricerche e la sordità della politica attuale dell'Unione che invece di interrogarsi su come rendere accessibili canali di ingresso regolari, all'esatto contrario, spinge in modo crescente verso una sempre maggiore esternalizzazione del controllo delle frontiere a paesi terzi.³

¹ IOM, UNHCR, Mixed Migration Centre, ON THIS JOURNEY NO ONE CARES IF YOU LIVE OR DIE. Abuse, Protection and Justice along Routes between East and West Africa and Africa'Mediterranean Coast, Gèneve 2024, in <https://italy.iom.int/sites/g/files/tmzb-dl096/files/documents/pub2023-093-el-on-this-journey-vol-2-03-july-24-web.pdf>

² Mixed Migration Centre, How Smuggling Really Works - Drivers, Operations, and Impacts, december 2025

³ Caterina Bove e Matteo Astuti, L'esternalizzazione del diritto d'asilo, in AA.VV. Chiusi Dentro. I campi di confinamento nel XX secolo, 2024 ed. Altreconomia, pagg. 63-85

In questo cupo scenario l'Italia è uno dei Paesi con le maggiori responsabilità, in particolare per la sua attuale politica verso la Libia e la Tunisia¹.

Non si pensi tuttavia che tali politiche di esternalizzazione siano attuate solo verso la sponda sud del Mediterraneo; l'area balcanica e i Paesi di origine o di transito di cittadini di Paesi terzi coinvolti in questa rotta ne è pienamente investita, ed anzi ne è stata il principale laboratorio di sperimentazione; risale infatti al marzo 2016 la dichiarazione nota come accordo tra l'Ue e la Turchia, attraverso la quale la Turchia, a fronte di un corrispettivo di sei miliardi di euro, all'ottenimento di un impegno relativo alla liberalizzazione della politica di visti per i cittadini turchi e a una accelerazione del processo di adesione all'Ue si dichiarò disponibile a impegnarsi negli interventi di pattugliamento marittimo per evitare le partenze verso l'Europa, e nel rimpatrio di coloro che irregolarmente raggiungono le isole egee della Turchia e a fornire apparenti misure di accoglienza e tutela per i cittadini siriani soggiornanti. Ciò nell'ambito di un ampio (ma mai avvenuto) piano di reinsediamento nel territorio dell'Unione di rifugiati siriani.

La Corte di Giustizia dell'Unione Europea², chiamata a pronunciarsi sulla legittimità di tale dichiarazione e sull'annesso stanziamento di fondi per gli scopi annunciati e sulla loro compatibilità con il rispetto dei diritti fondamentali, ha rigettato il ricorso per incompetenza: l'asserita Dichiarazione UE-Turchia, nonostante sia produttrice di enormi effetti, non è infatti un accordo internazionale e non è neanche un impegno preso da e nei confronti di un'istituzione europea, bensì un accordo del tutto "informale" assunto dai singoli Stati UE. Ben immagino che nel leggere ciò il lettore rimarrà stupefatto, ma potrà iniziare a comprendere bene quanto le questioni migratorie abbiano prodotto un'erosione profonda (forse persino difficile da immaginare) nel sistema di regole e garanzie sulla cui base l'Unione Europea si auto definisce quale "*spazio di libertà, sicurezza e giustizia*" (art. 3 par.2 del TUE – Trattato sull'Unione Europea)

Il principio cardine del diritto internazionale in materia di asilo è la proibizione assoluta del respingimento. L'articolo 33 della Convenzione di Ginevra del 1951 sullo status dei rifugiati è il più importante dell'intera convenzione e dispone che "*Nessuno Stato Contraente espellerà o respingerà, in qualsiasi modo, un rifugiato verso i confini di territori in cui la sua vita o la sua libertà sarebbero minacciate a motivo della sua razza, della sua religione, della sua cittadinanza, della sua appartenenza a un gruppo*

¹ Openpolis, Il memorandum Ue-Tunisia mette a rischio i diritti dei migranti, 28 luglio 2023, in <https://www.openpolis.it/il-memorandum-ue-tunisia-mette-a-rischio-i-diritti-dei-migranti/>

² Corte di Giustizia dell'Unione Europea, Ricorso di annullamento - *Dichiarazione UE-Turchia* del 18 marzo 2016, ordinanza del Tribunale (Prima Sezione ampliata) 28 febbraio 2017 in <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:62016TOO257>

sociale o delle sue opinioni politiche". Poiché il diritto d'asilo è un procedimento di riconoscimento di una condizione della persona che pre-esiste al suo riconoscimento giuridico il divieto assoluto di respingimento ("in nessuna forma") diretto o indiretto si estende anche a coloro che chiedono che tale diritto sia loro riconosciuto ovvero ai richiedenti asilo.

La Convenzione europea dei diritti dell'Uomo all'articolo 3 prevede in modo netto che *"nessuno può essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani e degradanti"*. La proibizione della tortura è sempre stata interpretata dalla Corte istituita dalla stessa Convenzione come proibizione assoluta ad espellere o respingere in ogni modo un cittadino straniero verso territori nei quali possa subire il rischio di essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani o degradanti. La Convenzione ha posto il diritto di non subire torture e trattamenti disumani e degradanti tra i diritti assoluti della persona ai quali non si può derogare mai, persino in caso di guerra o di pericolo pubblico che interessi la nazione.

Nonostante il suo carattere indiscutibile di divieto assoluto il respingimento di coloro che chiedono asilo, specie alle frontiere esterne europee è una pericolosa realtà strutturale che si è venuta consolidando negli ultimi anni disseminando l'intero territorio europeo di fatti di inaudita gravità in termini di violazione del divieto di respingimento¹ e di uso della violenza, anche in forme efferate, verso coloro che tentano di chiedere asilo alle frontiere europee. Tra le frontiere terrestri la rotta balcanica risulta in tal senso particolarmente cruenta. *"Un rapporto del 2021 di Amnesty International ha rivelato che i finanziamenti della Commissione europea sono stati utilizzati dalle autorità croate per acquistare attrezzature per la polizia e addirittura per pagare gli stipendi degli agenti di frontiera. Le autorità di frontiera croate hanno ricevuto numerose segnalazioni e accuse per la natura estremamente violenta dei respingimenti attuati ai confini croati con la Bosnia ed Erzegovina e la Serbia. Queste testimonianze sono fondamentali per dimostrare quanto possano essere violenti i respingimenti. Un rapporto del 2021 di Lighthouse Reports ha ricostruito come guardie mascherate con equipaggiamento e uniformi compatibili con il reparto antisommossa della polizia croata, noto come polizia di intervento nelle operazioni di pushback. Tre dei quattro agenti di polizia utilizzavano un oggetto chiamato "tonfa", un manganello utilizzato solo da quel reparto che dimostra l'inutile stazionamento di unità antisommossa alle frontiere. Una presenza che è riscontrabile in tutta la rotta balcanica, ad esempio in una causa intentata dalla Ong Legal Centre Lesvos contro lo Stato greco presso la Corte europea dei diritti umani con riguardo a un preoccupante livello di violenza in sofisticate operazioni tra agenzie che fanno parte di una strategia di respingimento illegale per fermare l'arrivo di persone in movimento"*².

Perché i respingimenti sono spesso accompagnati dall'uso della violenza, compresi trattamenti disumanizzanti, percosse, denudazione forzata, confisca degli effetti personali, intimidazioni verbali e linguaggio degradante, uso della forza,

¹ ASGI, Oltre 28mila persone respinte alle frontiere europee nel 2023: 8°

Rapporto PRAB, 5 febbraio 2024

² Hannah Huser, Robert Ford, Meleanna Sunderland, Keely McDonnell, Andrea McTigue, Alexandra Bogos, Respingimenti come prassi di sistema, in Chiusi Dentro, cit. pag. 108

detenzione e coercizione?¹ Si tratta solo di violenze che per quanto censurabili delineano fatti isolati attribuibili a singoli o gruppi fuori controllo o di scelte più o meno pianificate? Anche se è sì tratta di un pensiero che da solo sconcerta, il numero, la vastità e l'estensione dei fenomeni di violenza verso i migranti fanno propendere più per la seconda ipotesi; usare violenza permette di realizzare una maggiore deterrenza e comunque di rallentare in modo significativo il viaggio di chi cerca di chiedere asilo in Europa perché chi è respinto, prima di ritentare dovrà curarsi le ferite inferte e reperire nuove risorse economiche.

Sono i respingimenti tra i principali fattori che determinano viaggi di lunghissima durata che possono durare anche anni nonostante le distanze geografiche siano spesso limitate.

La seconda declinazione della nozione di esternalizzazione riguarda *“il processo di trasferimento di funzioni che normalmente sono svolte da uno Stato all'interno del proprio territorio affinché siano svolte, in tutto o in parte, al di fuori del proprio territorio. Tali funzioni esternalizzate possono essere attuate da uno Stato unilateralmente, congiuntamente ad altri Stati e/o entità – comprese le organizzazioni internazionali (OI) e gli attori privati – oppure delegandole, in tutto o in parte, ad altri Stati e/o entità”*². Tale trasferimento di responsabilità è legittimo? Se sì a quali condizioni? La Convenzione di Ginevra sullo status dei rifugiati prevede, già nelle premesse, che se *“dalla concessione del diritto d'asilo possano risultare oneri eccezionalmente gravi per determinati paesi e che una soluzione soddisfacente dei problemi di cui l'Organizzazione delle Nazioni Unite ha riconosciuto l'importanza e il carattere internazionali non può essere conseguita senza solidarietà internazionale”* la possibilità per gli Stati di stipulare accordi che migliorino la condivisione della responsabilità e rafforzino il concreto esercizio dei diritti dei rifugiati è del tutto legittimo; tuttavia, come chiarito in modo costante dall'UNHCR se *“alcune misure o accordi tra Stati servono in pratica a trasferire, ridurre al minimo o a eludere le responsabilità anziché facilitare l'accesso alla protezione internazionale attraverso la cooperazione internazionale, come richiesto dalla Convenzione sui rifugiati del 1951 e al patto globale sui rifugiati”*³ esse non vanno ritenute legittime.

Nella stessa Nota UNHCR ribadisce ulteriormente come *“Gli accordi internazionali di trasferimento non sono legittimi quando costituiscono, in tutto o in parte un tentativo da parte di uno Stato di sottrarsi ai propri obblighi giuridici internazionali”*.

Con il nuovo regolamento procedure, il Reg (UE) 2024/1348 che abroga la Direttiva 2013/32/UE e di cui sarà data attuazione da giugno 2026, il Legislatore europeo ha modificato la nozione di paese terzo sicuro allo scopo di estenderne il campo di

¹ HRW, (Human Rights Watch), *Like We Were Just Animals*. Pushbacks of People Seeking Protection from Croatia to Bosnia and Herzegovina, may 3, 2023, in <https://www.hrw.org/report/2023/05/03/we-were-just-animals/pushbacks-people-seeking-protection-croatia-bosnia-and>

² Dichiarazione della Refugee Law Initiative sull'esternalizzazione e l'asilo in *International Journal of Refugee Law*, 2022, Oxford, Vol. 34, n. 1, 114-119

³ UNHCR, *Note on the Externalization of International Protection*, 28.05.2021

applicazione. La norma prevede la possibilità di dichiarare inammissibile una domanda di asilo di un cittadino straniero che si trova alla frontiera o nel territorio di un Paese UE, e pertanto di non procedere affatto all'esame della domanda se *“esiste un legame tra il richiedente e il Paese terzo in questione, in base al quale sarebbe ragionevole per lui o lei recarsi in quel Paese”* (art. 59 Reg.). Si tratta, come ben si vede, di una nozione alquanto scivolosa perché giuridicamente poco definita e che come tale si può prestare a forzature. In ogni caso la problematica principale sulla quale intendo richiamare l'attenzione non sta nella sopraccitata fattispecie bensì in una proposta di riforma della nozione di paese terzo sicuro che la Commissione Europea ha presentato nel maggio 2025¹ e sulla quale, al momento della redazione di questo capitolo (gennaio 2026) è stata trovata un'intesa politica tra Consiglio Europeo e Parlamento in ragione della quale, salvo inediti scenari diversi, la proposta di modifica verrà approvata a breve (presumibilmente tra febbraio e marzo 26 in modo da trovare anch'essa applicazione insieme alle altre normative nel giugno 26). Mi vedo costretto scriverne nonostante non si tratti di norma già promulgata in ragione della sua estrema gravità. Si prevede di aggiungere due ulteriori ipotesi normative in base alle quali, anche senza che sussista alcun legame tra il richiedente asilo e un paese terzo, quest'ultimo può essere comunque designato come paese terzo sicuro qualora: *“il richiedente ha transitato nel Paese terzo in questione”* o nel caso in cui *“esiste un accordo o un'intesa con il Paese terzo interessato che impone l'esame del merito delle domande di protezione effettiva presentate dai richiedenti soggetti a tale accordo o intesa”*.

Il principio del transito si applicherebbe in astratto a qualsiasi richiedente asilo proveniente da qualunque paese del mondo che non abbia un confine terrestre o marittimo con uno Stato UE e che non sia stato precedentemente autorizzato all'ingresso. Verrebbe così introdotta una sorta di limitazione geografica (anche se mascherata) all'applicazione della stessa Convenzione di Ginevra definendo ex ante sulla base di un mero fatto geografico quali sono i pochissimi Paesi terzi da cui possono provenire i rifugiati e rendendo di per sé l'intera UE una sorta di isola inaccessibile.

La devoluzione a paesi terzi della responsabilità ad esaminare una domanda di asilo di competenza di un Paese UE sulla base di una semplice intesa o accordo appare altresì incompatibile con il diritto internazionale sui rifugiati in quanto non stabilisce al ricorrere di quali condizioni e in base a quali criteri uno Stato dell'Unione o l'Unione stessa possa stipulare un accordo o un'intesa con un Paese terzo per trasferirvi la competenza all'esame delle domande di asilo presentate nel territorio dell'Unione.

¹ Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) n. 2024/1348 per quanto riguarda l'applicazione del concetto di “paese terzo sicuro”, Bruxelles, 20.5.2025 COM(2025) in Bruxelles, 20.5.2025

Entrambe le probabili future fattispecie costituiscono un esempio lampante di ciò che può essere considerata un'esternalizzazione illegale per contrasto con la Convenzione di Ginevra sullo status dei rifugiati del 1951 nonché con l'art. 78 par. 1 del TFUE (Trattato sul funzionamento dell'UE) in quanto entrambe le fattispecie non hanno come obiettivo il miglioramento del sistema internazionale di protezione dei rifugiati, né costituiscono una risposta specifica a un contesto di crisi, bensì hanno come unica finalità quella di ostacolare in modo strutturale, e persino rendere generalmente impossibile, l'accesso alla protezione nell'UE trasferendo su altri Stati extra UE gli obblighi di protezione cui sarebbero vincolati gli Stati dell'Unione.¹

4. Il nuovo regolamento screening

Il Regolamento (UE) 2024/1356, detto Regolamento screening introduce una normativa del tutto nuova nell'UE; essa prevede che gli stranieri che *“vengono rintracciati in relazione all'attraversamento non autorizzato delle frontiere esterne, sono sbarcati a seguito di operazioni di ricerca e soccorso e fanno domanda di protezione internazionale presso un valico di frontiera senza soddisfare le condizioni d'ingresso (...) siano sottoposti ad accertamenti che ne facilitino la corretta identificazione e consentano di indirizzarli in modo efficiente alle procedure adeguate che, a seconda delle circostanze, potrebbero essere la procedura di protezione internazionale o procedure conformi alla direttiva 2008/115/CE”* (considerando 2). I due canali sono pertanto l'avvio alle procedure di formalizzazione della domanda di asilo o le procedure di espulsione o di respingimento. Si tratta quindi di uno snodo cruciale in relazione alle conseguenze sulla vita delle persone coinvolte che a prima vista può sembrare ovvio e che non introduce nulla di nuovo: già a legislazione vigente chi non chiede asilo e non ha i requisiti per l'ingresso e il soggiorno viene espulso o respinto alla frontiera. Perché dunque tale introdurre tale fase di screening e come funzionerà? Secondo le finalità indicate dal Regolamento *“gli accertamenti dovrebbero al contempo contribuire a contrastare la pratica diffusa tra alcuni richiedenti protezione internazionale, che, dopo essere stati autorizzati ad entrare nel territorio di uno Stato membro in virtù della loro domanda di protezione internazionale, fuggono per cercare di presentare tale domanda in un altro Stato membro o senza intenzione di ripresentarla”* (cons.6) e altresì dovrebbero *“consentire la raccolta e la condivisione con le autorità preposte a tale esame di tutte le informazioni utili a determinare la procedura adeguata per esaminare la domanda senza pregiudicare il tipo di procedura, accelerando così l'esame. Gli accertamenti dovrebbero altresì contribuire a individuare le persone vulnerabili, onde tenere pienamente conto di eventuali esigenze particolari al momento di determinare e*

¹ Gianfranco Schiavone, Liberarsi dei propri obblighi giuridici, in Fondazione Migrantes (M. Molfetta, C. Marchetti, a cura di), Il diritto d'asilo. Report 2025. Richiedenti asilo: le speranze recluse, Todi (PG): Editrice Tau, 2025.

attuare la procedura applicabile” (cons.7). La norma prevede che “*gli accertamenti sono effettuati in un qualsiasi luogo adeguato ed opportuno designato da ciascun Stato membro*” (art. 8 par.1) e che in pendenza di tali accertamenti i cittadini dei paesi terzi “*rimangono a disposizione delle autorità*” (art. 9). Di che luoghi si tratta e quale sarà la loro disciplina? Sorprendentemente il testo non effettua alcun rinvio alla direttiva accoglienza e pertanto non è assolutamente chiaro che tipo di limitazione della libertà personale verrà prevista, né quali saranno le condizioni di tale limitazione, né in quali strutture essa avverrà. In ogni caso gli accertamenti vanno espletati entro il termine massimo di sette giorni in caso di attraversamenti irregolari della frontiera esterna ed entro tre giorni in caso di persone che si trovano irregolarmente nel territorio. Sarà prevista dunque durante lo screening una limitazione della libertà personale o solo della libertà di circolazione? Ci saranno differenziazioni (oltre alla durata) nella limitazione della libertà tra le diverse situazioni di coloro che sono sottoposti allo screening? Che tipo di controllo giurisdizionale sarà previsto in relazione all’applicazione di tali misure di limitazione della libertà? Nonostante si tratti di questioni giuridiche dirimenti, tali domande non trovano alcuna risposta nel testo del Regolamento. Appare evidente il rischio di una detenzione arbitraria, ovvero realizzata de facto, senza alcun controllo giurisdizionale anche alla luce della assai negativa storia italiana di trattenimenti arbitrari nei cosiddetti hotspot come quello di Lampedusa per i quali l’Italia è stata in più occasioni condannata dalla Corte Europea dei diritti dell’Uomo (vedasi in particolare la Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell’Uomo del 15 dicembre 2016 - Ricorso n. 16483/12 - Causa Khlaifia e altri c.Italia).

Nonostante la forte opacità che sembra caratterizzare dunque la gestione della fase di screening essa, se attuata in modo appropriato potrebbe consentire di alzare il livello di attenzione verso le situazioni più vulnerabili. Si prevede infatti che, oltre alla verifica dell’identità e al controllo di sicurezza lo screening sia finalizzato anche a realizzare un controllo preliminare dello stato di salute e un controllo preliminare delle vulnerabilità (art. 8 par.4). In particolare si prevede positivamente “*un controllo preliminare delle vulnerabilità da parte di personale specializzato delle autorità preposte agli accertamenti formato a tal fine con l’obiettivo di individuare se un cittadino di paese terzo possa essere un apolide vulnerabile o una vittima di tortura o di altri trattamenti inumani o degradanti*” (art. 12 par.3). Tuttavia la valutazione sulla presenza di situazioni vulnerabili in sede di screening rimane del tutto scarna e lacunosa priva di una adeguata regolamentazione; in particolare la normativa sembra basarsi sull’idea che la vulnerabilità connessa al trauma della tortura sia chiaramente visibile e non sembra considerare che la letteratura scientifica evidenzia costantemente come “*la tortura non è immediatamente e facilmente riconoscibile specie quando, come nella maggior parte dei casi, non ha lasciato esiti visibili sul corpo e per essere individuata necessita di particolari condizioni ambientali e di relazione*” e che “*le manifestazioni cliniche dei disturbi post-traumatici*

complessi (depersonalizzazione, derealizzazione, assorbimento immaginativo, disturbi mnemonici e cognitivi, etc.) differentemente dalle manifestazioni caratteristiche di altri quadri psicopatologici, sono multiformi e insidiose e, per loro stessa natura, difficilmente rilevabili e diagnosticabili, specialmente per medici e psicologi senza una specifica formazione ed esperienza”.

E’ previsto che la fase di screening si concluda con la redazione di un “ modulo consuntivo” nel quale vengono riportate informazioni sullo stato di salute nonché *“informazioni pertinenti sul controllo preliminare delle vulnerabilità effettuato”*

(art. 17) Il testo normativo non chiarisce in che modo le informazioni riportate in tale modulo possano essere intestate e quale peso abbiano rispetto alla successiva valutazione di merito della domanda; ritengo pertanto che sussista il rischio, nel caso la procedura di screening venga utilizzata in modo non appropriato, di essere non solo non utile, ma di costituire un elemento di ostacolo nella successiva emersione e valutazione della vulnerabilità.

5. Il principale obiettivo della riforma del CEAS: estendere a dismisura la procedura accelerata e la procedura di frontiera

È dunque nel grave quadro di regressione del diritto d’asilo che si colloca la riforma del CEAS quale parte integrante di un disegno demolitorio del diritto d’asilo, di cui si continua a proclamare la centralità nel sistema di tutela dei diritti umani, ma che viene di fatto sterilizzato.

Nel Piano predisposto dalla Commissione Europea per dare progressiva attuazione alle nuove normative² si afferma che *«la riforma della politica in materia di migrazione e asilo prevista dal patto sulla migrazione e l’asilo rappresenta una svolta storica. Fornisce all’UE il quadro giuridico e gli strumenti per rendere ancora più efficace la gestione delle sue frontiere esterne e istituire procedure rapide ed efficienti per l’asilo e il rimpatrio, disponendo nel contempo garanzie solide. Mette in atto un sistema equo ed efficace di solidarietà e responsabilità per consentire una gestione collettiva della migrazione, nel contesto della quale nessuno Stato membro sia lasciato solo sotto pressione»*. Colpisce nelle parole sopra riportate non tanto lo scontato linguaggio retorico, bensì il fatto che la Commissione sveli in poche parole quali siano gli obiettivi di fondo della riforma, ovvero ampliare, fino renderla generale ed ordinaria, la cosiddetta procedura accelerata di frontiera. Secondo il considerando (58) del Regolamento

¹ Ministero della Salute, 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, pagg. 30 e 31

² Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, Piano di attuazione comune del patto sulla migrazione e l’asilo, Bruxelles, 12.6.2024 COM(2024) 251 final

(UE) 1348/2024 «la procedura di asilo e di rimpatrio alla frontiera dovrebbe servire a valutare rapidamente in linea di principio, alla frontiera esterna, se la domanda è infondata o inammissibile, così da poter rimpatriare prontamente le persone che non hanno diritto di soggiornare, nel pieno rispetto del principio di non respingimento, garantendo nel contempo che le persone la cui domanda è fondata siano incanalate nella procedura ordinaria e possano accedere rapidamente alla protezione internazionale. Per poter valutare l'ammissibilità della domanda gli Stati membri dovrebbero pertanto poter imporre ai richiedenti protezione internazionale di soggiornare, come regola generale, alla frontiera esterna o in prossimità». La nuova procedura accelerata prevista dall'art. 42 del Regolamento troverà applicazione obbligatoria o facoltativa nelle ipotesi più disparate, ovvero sia nei casi in cui si ritenga che la domanda sia infondata (incoerenza e contraddittorietà della domanda, reiterazione della stessa), sia nei casi di alcune condotte (elusione dei controlli di frontiera, presentazione di notizie o documenti falsi al solo scopo di indurre in errore le autorità, tardività nella presentazione della domanda anche allo scopo di ostacolare l'esecuzione di un provvedimento di allontanamento) sia infine in casi che nulla hanno a che fare né con una pre-valutazione di merito, né con la condotta dell'individuo, ovvero la mera provenienza da Paese considerato di origine sicuro o la provenienza da un Paese terzo per il quale la percentuale di decisioni di riconoscimento della protezione internazionale è, stando agli ultimi dati medi annuali Eurostat disponibili per tutta l'Unione, pari o inferiore al 20 % . L'autorità che valuta nel merito le domande non viene coinvolta se non ex post, non decidendo né se, né quando applicare una procedura accelerata, ma limitandosi ad esaminare le domande che l'autorità di pubblica sicurezza ha già deciso che vengano trattate in procedura accelerata. Tale impostazione presenta un elevatissimo livello di rischio d'errore: chiunque abbia una competenza e un'esperienza, anche minima, in materia di asilo, sa infatti che i concetti che vengono usati con disinvoltura dal nuovo testo normativo sono scivolosissimi e che il margine di errore nell'utilizzarli è enorme; una dichiarazione può apparire incoerente e contraddittoria oppure no a seconda del contesto in cui viene resa, della presenza (e qualità) di un servizio di interpretariato e della presenza di condizionamenti esterni. Le verbalizzazioni delle domande di asilo vengono purtroppo abitualmente prese in contesti del tutto inadeguati (stazioni di polizia, luoghi di sbarco dove vige una situazione di assoluta promiscuità, luoghi di detenzione et.) nei quali colui che è stato vittima di pregresse torture e trattamenti inumani e degradanti subisce una ri-traumatizzazione che ostacola il formarsi di una narrazione coerente e non contraddittoria.

Assai problematica appare in particolare la previsione di un'automatica applicazione della procedura accelerata nei riguardi di coloro che provengono da un Paese per il quale la percentuale di decisioni di riconoscimento della protezione internazionale è pari o inferiore al 20%, senza che venga presa in alcuna considerazione né la

provenienza, né l'appartenenza etnica, religiosa, politica del richiedente, né la sua appartenenza ad un determinato gruppo sociale, né alcun'altra caratteristica e condizione. Viene in tal modo introdotto nell'ordinamento giuridico «*un criterio statistico di meritevolezza della pretesa in un giudizio individuale ed ex ante imprevedibile nei risultati*»¹ che non appare compatibile con l'obbligo da parte dello Stato di condurre un esame equo e completo della domanda di asilo su base individuale. L'incoerenza logico giuridica della cosiddetta regola del 20% risulta ancor più evidente se si considera che essa non si sovrappone né sostituisce la nozione di paese di origine sicuro che continua ad essere prevista dal nuovo Regolamento (art.61) in base al quale un Paese di origine può essere designato sicuro soltanto se, sulla base della situazione giuridica, dell'applicazione della legge all'interno di un sistema democratico e della situazione politica generale, si può dimostrare che non ci sono persecuzioni né alcun rischio reale di danno grave come definito dal nuovo Regolamento sulle qualifiche.

La procedura di frontiera può prendere avvio a) dalla domanda fatta a un valico della frontiera esterna o in una zona di transito; b) dal rintraccio collegato all'attraversamento irregolare della frontiera esterna; c) dallo sbarco nel territorio di uno Stato membro a seguito di un'operazione di ricerca e soccorso. Non può essere applicata in caso di rintraccio alla frontiera interna, né in caso di spontanea presentazione da parte di un richiedente già presente nel territorio.

Tuttavia se la persona straniera è irregolarmente presente può comunque essere sottoposto alle misure di screening sopra illustrare. Considerate le modalità di ingresso della larghissima parte di coloro che chiedono protezione internazionale in Italia (sbarchi) e delle loro provenienze geografiche è evidente che la larghissima maggioranza delle domande di asilo verranno esaminate con procedura di frontiera la cui finalità è “*di valutare rapidamente in linea di principio, alla frontiera esterna, se la domanda è infondata o inammissibile, così da poter rimpatriare prontamente le persone che non hanno diritto di soggiornare*” (considerando 58) con seria compressione dei diritti dei richiedenti per ciò che attiene l'accoglienza e il ricorso effettivo. Con un abile gioco di rovesciamento della logica giuridica che sottende le nozioni di “ordinario” e “straordinario”; ciò che è procedura ordinaria, e dovrebbe pertanto rappresentare la regola generale, diventa eccezione residuale, mentre ciò che è accelerato e con garanzie ridotte, che andrebbe applicato a casi specifici, diventa di applicazione generale.

I GIULIA PERIN, “Se questo è un Patto. Prime riflessioni a seguito dell'approvazione del Patto europeo sulla migrazione e l'asilo”, in «Questione Giustizia», Speciale 2/2024, “Immigrazione in Europa e diritti fondamentali. Quale progetto per la prossima legislatura europea?”, in «Questione Giustizia», luglio 2024 <https://www.questionegiustizia.it/rivista/articolo/se-questo-e-un-patto-prime-riflessioni-a-seguito-dell-approvazione-del-patto-europeo-sulla-migrazione-e-l-asilo>.

6. L'accoglienza sospesa tra libertà e detenzione

Come sopra evidenziato l'unica normativa già presente all'interno del quadro normativo del CEAS che non viene trasformata in regolamento è la Direttiva sulle misure di accoglienza. La ragione di tale scelta va ricercata nel fatto che i sistemi di accoglienza tra gli Stati membri dell'Unione sono diversissimi e l'armonizzazione è estremamente modesta. Anche se il Legislatore europeo ritiene che *“l'armonizzazione delle condizioni di accoglienza dei richiedenti dovrebbe contribuire a limitare i movimenti secondari¹ dei richiedenti dovuti alla diversità delle condizioni di accoglienza”* (Direttiva 2013/33/UE considerando 12) non esiste di fatto un modello europeo dell'accoglienza e i diversi approcci nei vari Stati rimangono molto diversi. L'armonizzazione in questo settore è rimasto un obiettivo mai raggiunto e probabilmente mai realmente perseguito; in particolare l'Unione Europea, pur prevedendo la possibilità di utilizzare normali case di civile abitazione anche parzialmente autogestite dagli ospiti, non ha mai spinto gli stati membri ad adottare quel modello di accoglienza che in Italia viene chiamato di “accoglienza diffusa” frutto, come nel caso dell'esperienza dello S.P.R.A.R. (sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati) nato nel lontano 2002 sulla base dell'idea di un accordo tra Stato ed Enti Locali, con l'obiettivo di attuare un inserimento il più tempestivo possibile nel tessuto sociale territoriale non solo di coloro cui viene riconosciuta una protezione internazionale o umanitaria/speciale, ma anche dei richiedenti asilo, ovvero fin dall'inizio della procedura². Nella maggior parte dei Paesi UE (ma anche in Italia nonostante lo SPRAR) è prevalso invece il ricorso a strutture/centri dedicati specificamente all'accoglienza dei richiedenti asilo i quali hanno prodotto gravi fenomeni di ghettizzazione e marginalizzazione.

¹ Con la nozione di “movimento secondario” si intendono gli spostamenti non autorizzati dei richiedenti asilo dallo Stato membro che risulta competente ad accogliere e ad esaminare la domanda di asilo, verso un altro stato membro.

² Il sistema S.P.R.A.R. è stato istituito dalla legge 30 luglio 2002, n. 189 ma nel corso degli oltre vent'anni di vita del sistema si sono succeduti molteplici interventi normativi di segno opposto. Così il sistema, la cui denominazione attuale è S.A.I. (sistema di accoglienza ed integrazione) da una fase iniziale nel quale è stato avviato come piccolo sistema sperimentale è cresciuto significativamente nel primo decennio, tanto che nel 2015 con la riforma introdotta dal d.lg. 142/2015 detto sistema, nelle intenzioni del Legislatore avrebbe dovuto diventare il principale modello italiano dell'accoglienza. I successivi interventi normativi del 2018 e del 2023 (legge 5 marzo 2023 n. 50) hanno però fortemente ridotto l'importanza di tale sistema, oggi sostanzialmente secondario rispetto alla gestione diretta di centri di accoglienza gestiti direttamente dal Ministero dell'Interno. Per approfondimenti: Openpolis; Le gare d'appalto e il declino dell'accoglienza diffusa, 14 giugno 2024, in <https://www.openpolis.it/le-gare-dappalto-e-il-declino-dellaccoglienza-diffusa/>; Michele Rossi, Il sistema di accoglienza in Italia dopo vent'anni. Poche cose da celebrare e molte su cui intervenire, in Fondazione Migrantes, Il diritto d'asilo, report 2022, pag. 267-285

La nuova Direttiva (UE) 2024/1346 sull'accoglienza per i richiedenti asilo nell'UE non interviene purtroppo a modificare in alcun modo il quadro sopra descritto. Nonostante tali limiti la nuova Direttiva conferma tuttavia il principio fondamentale, già contenuto nel testo attualmente vigente, in base al quale *«gli Stati membri non trattengono una persona per il solo fatto di essere un richiedente o sulla base della sua nazionalità»* (art. 10 par. 1), e mantiene l'obbligo di prevedere nella propria legislazione degli Stati membri le alternative alle misure di trattenimento. La Direttiva definisce trattenimento *«il confinamento del richiedente, da parte di uno Stato membro, in un luogo determinato, che lo priva della libertà di circolazione»* (art. 2 punto 9), applicabile ai *«richiedenti soltanto nelle circostanze eccezionali definite molto chiaramente nella presente direttiva e in base ai principi di necessità e proporzionalità per quanto riguarda sia le modalità che le finalità di tale trattenimento»* (considerando n. 26). Inoltre la stessa Direttiva (art. 10 par. 4) non impone alcun obbligo agli Stati di applicare delle misure di trattenimento, neppure durante le procedure accelerate di frontiera.

Questa impostazione generale a tutela della libertà dello straniero che chiede asilo appare tuttavia contrastare con la scelta di applicare la procedura di frontiera in una serie di ipotesi talmente ampia da divenire la normalità, come prima ho avuto modo di evidenziare. Come può infatti conciliarsi il principio che prevede la limitazione della libertà in casi eccezionali con l'applicazione della procedura di frontiera (e il trattenimento) a decine di migliaia di casi? Il lettore potrebbe ritenere che le questioni di cui sto scrivendo siano giuridicamente molto tecniche e senza dubbio lo sono, ma gli chiedo di andare oltre tale dimensione e cogliere che sono

in gioco questioni di fondo che riguardano la libertà delle persone e dunque la qualità reale di una democrazia.

L'evidente ambiguità delle norme di cui stiamo trattando probabilmente non è frutto di un'imperizia tecnica bensì rappresenta un tentativo di forzare il sistema giuridico riducendo la rilevanza di principi fondamentali senza cassarli apertamente (operazione che sarebbe troppo evidente, e dunque non possibile). Va ricordato come l'articolo 31 della Convenzione di Ginevra proibisce agli Stati di applicare sanzioni penali agli stranieri che giungono "irregolarmente" nel loro territorio allo scopo di chiedere asilo se tale richiesta è presentata senza indugio. Una consolidata interpretazione dottrinale ritiene che tale divieto si estenda anche alle misure "amministrative" di limitazione della libertà le quali devono sempre rimanere limitate a casi eccezionali e mai possono essere assunte con finalità di deterrenza all'accesso al diritto d'asilo¹. La Convenzione europea dei

¹ Cathrin Costello, Yulia Ioffe, Teresa Büchsel, "Article 31 of the 1951 Convention Relating to the Status of Refugees", in «Legal and Protection Policy Research Series», University of Oxford, July 2017 in <https://www.refworld.org/reference/lpprs/unhcr/2017/en/122597>

diritti dell'uomo autorizza la temporanea detenzione di una persona *«per impedirle di entrare illegalmente nel territorio, oppure di una persona contro la quale è in corso un procedimento d'espulsione o d'estradizione»*

(CEDU, art. 5, par. 1 lettera f), ma chi presenta una domanda di asilo senza indugio in base alle circostanze in cui si trova, alla frontiera o sul territorio, e, a maggior ragione, chi ha fatto ingresso a seguito di operazioni di soccorso in mare, non può essere equiparato a colui che tenta di entrare/è entrato illegalmente nel territorio di uno Stato senza averne titolo. Pertanto non dovrebbe essere possibile applicare in modo estensivo le procedure di frontiera e le connesse misure di limitazione della libertà a persone che hanno la sola "colpa" di essere arrivati nel territorio dello Stato in cui chiedono asilo nel solo modo che avevano a disposizione nelle circostanze date. La recente riforma del sistema asilo europeo, in instabile equilibrio tra libertà e detenzione dei richiedenti asilo, potrebbe dunque non essere solo una pessima scelta politica basata sulla paura e sulla chiusura bensì potrebbe avere tra i suoi inaccettabili fini quello di volere introdurre delle limitazioni della libertà basate non sulle azioni connotate da un disvalore sociale poste in essere dalla persona, bensì sul solo status giuridico della persona stessa.

La nuova Direttiva prevede che *“gli Stati possono assegnare i richiedenti a una zona geografica all'interno del proprio territorio, nella quale essi possono circolare liberamente per la durata della procedura di protezione internazionale”* (art. 8 par.1) configurando così una limitazione della libertà di circolazione, ma tale *“zona geografica è sufficientemente ampia, consente l'accesso alle infrastrutture pubbliche necessarie e non pregiudica la sfera inalienabile della vita privata dei richiedenti”* (art. 8 par.3) ma ognuna di tali limitazioni va motivata caso per caso e può essere assunta solo nel rispetto dei principi di necessità e proporzionalità.

Cosa accadrà dunque al sistema italiano di accoglienza, già in profonda crisi da anni? Ci sarà una trasformazione di parte (o larga parte) degli attuali centri di accoglienza (in particolare i CAS) in strutture più o meno chiuse? Quali saranno i profili della normativa interna che presenteranno profili di contrasto con il nuovo diritto europeo? Non è ancora possibile rispondere a queste domande perché non si dispone (a gennaio 26) di un testo interno di recepimento della Direttiva sull'accoglienza, ma, alla luce dell'attuale orientamento politico piuttosto estremo, è prevedibile che vi potrebbero essere molte forzature.

Il richiedente asilo cui si applica la procedura accelerata non è solo soggetto, come si è visto, a una forte compressione delle garanzie procedurali, ma si prevede che il suo ingresso nel paese UE in cui presenta la sua domanda non possa considerarsi avvenuto neppure temporaneamente. La sola presenza della persona in un dato luogo infatti *“non è considerato un'autorizzazione all'ingresso e al soggiorno nel territorio di uno Stato membro”* (Regolamento procedure art. 54 par.3) Si attua ciò che viene

definito come la finzione giuridica di non ingresso, ovvero una disarticolazione tra la realtà fattuale e la realtà giuridica¹. La persona si trova fisicamente nel territorio di uno Stato membro, anche in una zona diversa dalla frontiera (le strutture di frontiera possono essere ubicate in qualunque punto del territorio degli Stati, anche in zone molto lontane dalla frontiera) ma sul piano giuridico è come se non fosse affatto presente nel territorio ma si trovasse ancora sulla linea della frontiera, prima di fare ingresso. Questa alterazione della realtà fattuale ha come unico scopo quello di introdurre un'ulteriore e piuttosto sorprendente compressione delle garanzie; il nuovo Regolamento (UE) 2024/1349 che stabilisce una procedura di rimpatrio alla frontiera a seguito del rigetto della domanda di asilo, consente agli Stati di procedere (anche in questo caso di tratta di un'opzione facoltativa) all'adozione di un provvedimento di respingimento alla frontiera e non di un provvedimento di espulsione dal territorio. Qual'è la finalità di tale previsione? Al respingimento alla frontiera, in ragione delle sue caratteristiche di provvedimento scarno e di immediata esecutività adottato nei confronti di una persona che non è entrata nel territorio, non si applicano le (già scarse) garanzie previste dalla normativa europea sui rimpatri fissate dalla Direttiva 115/CE/2018 che prevedono quanto meno l'applicazione dei principi di proporzionalità e progressività nell'adozione dei provvedimenti di allontanamento, oltre ad un maggior controllo giurisdizionale. Spaventati dalla bassissima efficacia generale del sistema degli allontanamenti/espulsioni nell'Unione Europea che nel 2023 vede solo il 19% dei provvedimenti espulsivi effettivamente realizzati (compresi i rimpatri volontari) su quello adottati², gli stati UE invece di interrogarsi a fondo sulle molteplici ragioni di tale fallimento e modificare le normative in modo da renderle più inclusive ridurre l'allontanamento degli stranieri a misura di extrema ratio ovvero da adottare solo quando non sono ragionevolmente attuabili altre misure meno afflittive, seguono la strategia opposta, ovvero quella di aumentare a dismisura le misure repressive, e relativi costi³.

7. Il diritto al ricorso sempre meno effettivo

Ritorniamo al Regolamento procedure per concentrarci sul diritto ad un ricorso effettivo; esso continua ad essere riconosciuto, nel nuovo Regolamento sulle procedure, quale principio fondamentale della procedura di riconoscimento della protezione internazionale.

1 Francesca Rondine, La finzione giuridica di non ingresso nel nuovo Patto sull'immigrazione e l'asilo: detenzione sistematica ai confini dell'Europa, in *Annuario ADiM* 2022 pp. 491-499

2 European Commission, *Statistic on Migration in Europe*, 5 november 2023 in https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_it

3 Stefano Galieni, *Il sistema del trattenimento nei CPR*, in IDOS, *Rapporto Statistico Immigrazione 2023* pag. 170

Il ricorso “*prevede l'esame completo ed ex nunc degli elementi di fatto e di diritto, almeno dinanzi al giudice di primo grado*” (art. 67 par.3). Tuttavia nel nuovo testo vengono inserite limitazioni ed ipotesi derogatorie estremamente ampie che indeboliscono fortemente il principio generale; si prevede infatti che in caso di applicazione della procedura accelerata di frontiera, se il rigetto della domanda avviene “*per inammissibilità, per ritiro implicito, per infondatezza o per manifesta infondatezza inammissibilità, per ritiro implicito, per infondatezza o per manifesta infondatezza*” il tempo per impugnare il provvedimento di rigetto della domanda di asilo vada da un minimo di cinque giorni a un massimo di dieci giorni. Anche in questo caso il lettore faccia attenzione all'abile gioco di parole: ad una prima lettura potrebbe sembrare che la disposizione restrittiva si applichi solo ai casi di domande palesemente non credibili, ma non è così. Per infondatezza la norma intende una situazione nella quale l'autorità accertante “*ha stabilito che il richiedente non possiede i requisiti per il riconoscimento della protezione internazionale a norma del regolamento (UE) 2024/1347*” (ovvero il nuovo regolamento sulle qualifiche). Si tratta dunque di tutte le ipotesi di rigetto della domanda nel merito. I termini fissati per presentare il ricorso sono incredibilmente brevi se si considera la complessità di una procedura di impugnazione in materia di asilo; una brevità che scivola rapidamente nell'impossibilità di agire a propria tutela nel caso il richiedente asilo sia soggetto a una misura di trattenimento. Come potrà infatti la persona reperire un avvocato di fiducia, la cui sola ricerca di disponibilità può richiedere giorni se si è in condizioni di libertà, (ma è diventare de facto impossibile se si è ristretti in una struttura) esporre al legale disponibile i fatti in modo da permettere allo stesso legale di predisporre e depositare un ricorso ben strutturato, in cinque giorni o poco più?

Come avverrà la comunicazione tra il richiedente e l'avvocato se non con l'ausilio di un interprete/mediatore linguistico che tuttavia non viene fornito al richiedente (impugnare il diniego è una libera scelta). L'impugnazione del rigetto della domanda di asilo non configura per il ricorrente un diritto di rimanere nel territorio dello Stato se è stata applicata la procedura di frontiera, ad eccezione dei minori non accompagnati. Tuttavia il richiedente può tuttavia chiedere al giudice dell'impugnazione di autorizzare la permanenza nel territorio; nelle more della decisione su tale istanza il richiedente non può essere allontanato. (art. 68 par.3). Il fatto che nel caso della procedura ordinaria il termine previsto dal Regolamento vada da un minimo di due settimane a un massimo di un mese (e il ricorrente non abbia alcuna restrizione della sua libertà) non fa altro che sottolineare la drastica e irragionevole disparità di trattamento esistente tra le due procedure.

Le ricadute di questa enorme compressione del diritto di difesa potrebbero essere enormi in quanto una percentuale molto più elevata rispetto a quello attuale di richiedenti asilo la cui domanda di asilo venga rigettata non riuscirebbero ad accedere ad una difesa efficace e rimarranno nel territorio nazionale (o in quello

di altri paesi UE) in condizioni di irregolarità di soggiorno comunque di fatto non rimpatriabili nonostante le retoriche dichiarazioni contrarie. Le condizioni di marginalità sociale e nel grave sfruttamento socio lavorativo ed abitativo subiranno dunque un netto aumento.

8. Le ulteriori compressioni delle garanzie procedurali nel Regolamento crisi e strumentalizzazione

Il Regolamento (UE) 2024/1359 concernente le situazioni di crisi e di forza maggiore nel settore della migrazione e dell'asilo rappresenta una normativa del tutto nuova nell'UE, anche se le ragioni di tale nuova normativa sono da ricercare nelle asserite situazioni di crisi che si sono verificate lungo le frontiere esterne dell'UE quali la frontiera greco-turca, quella croata-bosniaca, quella lituano-russa e finlandese-russa, ma soprattutto quella polacco-bielorussa. Scopo del Regolamento è affrontare «*mediante misure temporanee, situazioni eccezionali di crisi, compresa la strumentalizzazione, e di forza maggiore, nel settore della migrazione e dell'asilo all'interno dell'Unione*» (art. 1 par.1) prevedendo sia misure di solidarietà aggiuntive e diverse rispetto a quelle previste dal Regolamento (UE) 2024/1351 (Regolamento RAMM) che deroghe temporanee al Regolamento (UE) 2024/1348 (procedure) fino ad un massimo di dodici mesi.

I due concetti di “situazioni eccezionali di crisi” e di “strumentalizzazione” (in particolare quest'ultimo) non sono definiti in modo rigoroso; con la nozione di situazione di crisi di cui il Regolamento fa riferimento a «*una situazione eccezionale di arrivi in massa di cittadini di paesi terzi o di apolidi in uno Stato membro via terra, aria o mare, incluse persone che sono state sbarcate a seguito di operazioni di ricerca e soccorso, le cui entità e natura, tenuto conto, tra l'altro, della popolazione, del PIL e delle specificità geografiche dello Stato membro, comprese le dimensioni del suo territorio, rendono inefficace, anche in conseguenza di una situazione a livello locale o regionale, i ben preparati sistemi di asilo, di accoglienza, compresi i servizi di protezione dei minori, o di rimpatrio dello Stato membro, al punto che potrebbero esservi gravi conseguenze sul funzionamento del sistema europeo comune di asilo*» (art.2). Si verifica invece «*una situazione di strumentalizzazione*” nei casi in cui “*in cui un paese terzo o un attore non statale ostile incoraggia o favorisce lo spostamento verso le frontiere esterne o uno Stato membro di cittadini di paesi terzi o di apolidi con l'intenzione di destabilizzare l'Unione o uno Stato membro, e laddove tali azioni possano mettere a repentaglio funzioni essenziali di uno Stato membro, ivi incluso il mantenimento dell'ordine pubblico o la salvaguardia della sicurezza nazionale*». La “strumentalizzazione” dei flussi migratori è nozione riconducibile più a un ambito politico che a un concetto giuridico. A stretto rigore per invocare una situazione di strumentalizzazione - e quindi atta ad applicare le misure previste dal Regolamento - non è neppure necessario dimostrare che tale strumentalizzazione produce una situazione di grande pressione sui sistemi

di controllo delle frontiere e sul sistema di asilo. Paradossalmente potrebbe essere invocata l'esistenza di una strumentalizzazione qualunque sia la dimensione reale del fenomeno, anche se minima, e in riferimento a molti contesti internazionali. Non è un'ipotesi remota ma qualcosa che è già avvenuto ed avviene proprio mentre scrivo questo capitolo. La Polonia, di fronte all'arrivo di poche migliaia di persone tra il 2020 e il 2021 si è resa responsabile, anche di recente, di plateali e ripetute violazioni delle convenzioni internazionali sul diritto d'asilo.¹ La Finlandia a fine novembre 2024 ha deciso la chiusura di tutti i valichi di frontiera con la Russia proprio a seguito dell'aumento del numero dei richiedenti asilo di fatto impedendo in modo illegale il loro accesso al territorio finlandese; eppure si tratta di un numero risibile: meno di mille persone in tre mesi.² Chi scrive ritiene che vada compresa la delicatissima situazione in cui si trovano i due paesi UE citati, al pari delle repubbliche baltiche, nonché la loro lunga e tormentata storia con il vicino impero russo nel corso di tutto il XX secolo. Tuttavia appare evidente l'esplosione di scelte irrazionali che possono essere comprese ma non possono però essere accettate in quanto profondamente lesive dei valori e dei principi sui quali è nata la stessa Unione Europea che andrebbero arginate dalle istituzioni europee, in primis dalla Commissione, che invece tace o persino alimenta tali derive.

La nozione di strumentalizzazione si presta dunque a disinvolti usi politici determinando un pericoloso sconfinamento e sovrapposizione tra la sfera delle relazioni politiche internazionali e quella, che dovrebbe rimanere rigorosamente distinta dalla prima, delle procedure e garanzie finalizzate al riconoscimento del diritto d'asilo quale diritto fondamentale dell'individuo.

Le misure di solidarietà in caso di crisi consistono nella possibilità di effettuare delle ricollocazioni dei richiedenti asilo (e in parte dei beneficiari di protezione internazionale) dallo Stato membro che si trova in un contesto di crisi verso altri Stati membri ai sensi del Regolamento (UE) 2024/1351 (detto anche Reg. RAMM - vedi approfondimento in seguito). Le quote di ricollocazione effettuate in tal modo potranno essere portate in detrazione rispetto alle quote di solidarietà previste dal Regolamento RAMM per gli anni futuri. Accanto alle ricollocazioni gli Stati possono ottemperare alla propria "quota di solidarietà" attraverso contributi finanziari. Qualora sia dichiarata l'esistenza di una situazione di crisi o di strumentalizzazione è possibile applicare la procedura di frontiera ai richiedenti provenienti da Paesi per i quali la percentuale di decisioni di riconoscimento

¹ Consiglio d'Europa, La Polonia deve rispettare i suoi obblighi internazionali in materia di diritti umani al confine con la Bielorussia, dichiara il Commissario O'Flaherty, 23.09.24, in <https://www.coe.int/it/web/portal/-/la-pologne-doit-respecter-ses-obligations-internationales-en-mati%C3%A8re-de-droits-humains-%C3%A0-la-fronti%C3%A8re-avec-le-b%C3%A9larus-d%C3%A9clare-le-commissaire-o-flaherty>

² Il Post, La drastica misura della Finlandia per bloccare l'arrivo dei migranti dalla Russia, 29.11.23

della protezione internazionale da parte dell'autorità responsabile di tale riconoscimento sia, stando agli ultimi dati medi annuali Eurostat disponibili per tutta l'Unione, pari o inferiore al 50 %. Tenuto conto che il tasso medio di riconoscimento della protezione internazionale nell'UE nel corso del 2023 è stato del 43%¹, in caso di applicazione della disposizione di cui sopra la procedura di frontiera si applicherebbe dunque alla quasi totalità delle domande di asilo. Sui seri rischi legati all'applicazione del regolamento crisi non è dunque necessario altro aggiungere.

9. La solidarietà che ancora non c'è

Il Regolamento (UE) 2024/1351 (detto Reg. RAMM) con il quale viene superato il vigente Regolamento (UE) n. 604/2013, noto come Regolamento Dublino III rappresenta un esempio perfetto di riforma mancata; la nuova normativa mantiene inalterato il criterio che lega l'ingresso irregolare da un paese terzo alla competenza ad esaminare la domanda di asilo da parte dello Stato membro nel quale tale ingresso è avvenuto². Si dissolvono senza esito i numerosi tentativi di riforma del Regolamento Dublino tentati nella scorsa legislatura³ e inutilmente riproposti in quella attuale, finalizzati a dare effettiva attuazione alla nozione di solidarietà di cui all'art. 80 del TFUE (trattato sul funzionamento dell'UE) prevedendo un'obbligatoria redistribuzione delle presenze dei richiedenti asilo tra i diversi stati dell'unione basata su parametri oggettivi quali il reddito, la popolazione generale e il tasso di rifugiati residenti, unitamente però ad una forte valorizzazione dei legami significativi del richiedente con uno Stato membro. L'unica modesta apertura in tal senso riguarda il radicamento della competenza nello Stato membro che ha rilasciato al richiedente un diploma o di una qualifica rilasciati da un istituto di istruzione purché la domanda sia registrata meno di sei anni dopo il rilascio del diploma o della qualifica (art. 30).

Il nuovo Regolamento disciplina per la prima volta un meccanismo di solidarietà tra gli stati nel caso uno o più stati siano sottoposti a una pressione migratoria.

1 EUAA, "EU received over 1.1 million asylum applications in 2023", in <https://euaa.europa.eu/news-events/eu-received-over-1-million-asylum-applications-2023>.

2 Francesco Buonomenna, "Misure di solidarietà e questioni di effettività nella disciplina contenuta nel regolamento sulla gestione dell'asilo e della migrazione", in Quaderni AISDUE - Rivista quadrimestrale, Fascicolo speciale, n. 4/2024, in <https://www.aisdue.eu/wp-content/uploads/2024/10/Post-Francesco-Buonomenna.pdf>,

3 Laura Rizza, La riforma del sistema Dublino: laboratorio per esperimenti di solidarietà, in Diritto, Immigrazione e Cittadinanza, fascicolo n. 1/2018, <https://www.dirittoimmigrazionecittadinanza.it/archivio-saggi-commenti/saggi/fascicolo-n-1-2018-1/191-la-riforma-del-sistema-dublino-laboratorio-per-esperimenti-di-solidarieta/file>

Tuttavia si tratta di una forma ibrida di solidarietà declinata in più ipotesi, ovvero:

- la ricollocazione dei richiedenti protezione internazionale nonché dei beneficiari della protezione stessa ottenuta da meno di tre anni;
- l'erogazione di contributi finanziari forniti dagli Stati membri destinati principalmente ad azioni negli Stati membri connesse al settore della migrazione, dell'accoglienza, dell'asilo, nonché della gestione delle frontiere, compreso il sostegno ad azioni nei Paesi terzi che possano avere un impatto diretto sui flussi migratori;
- ulteriori misure di solidarietà alternative nel settore della migrazione, dell'accoglienza, dell'asilo, del rimpatrio e della reintegrazione e gestione delle frontiere.

Le ricollocazioni dei richiedenti protezione internazionale non sono mai obbligatorie e nel solo caso esse siano inferiori al 60% delle esigenze totali individuate dal Consiglio per l'anno in questione lo Stato membro che non ha accettato le ricollocazioni si deve assumere la competenza dell'esame delle domande di asilo delle persone che avrebbero dovuto essere trasferite da tale Stato membro verso lo Stato che beneficia delle misure di solidarietà. Senza giri di parole: poco più che il nulla.

La riforma non introduce dunque nuovi efficaci criteri giuridici che consentano di superare l'attuale profonda e radicata disomogeneità nelle presenze dei richiedenti asilo nei diversi stati membri e che impedisce alla radice di poter costruire un reale sistema unico di asilo in Europa. Gli Stati che non vorranno prendersi quote di richiedenti asilo continueranno a non farlo, ovvero continueranno a non sviluppare i propri sistemi di asilo restando Paesi nei quali nessun rifugiato vorrà andare e da cui ogni richiedente asilo fuggirà anche se formalmente gli è proibito oggi e ancora di più gli sarà proibito in futuro con le draconiane disposizioni del nuovo Patto europeo destinato a rimanere feroce quanto impotente immagine di un'Europa in declino.

L'impatto della guerra sulla salute e sull'ambiente

Pirous Fateh-Moghadam

Introduzione

A livello globale guerre e militarismo continuano a provocare ingenti danni alla salute delle persone, degli animali e all'ambiente: secondo il Peace Research Institute di Oslo (PRIO)¹ nel 2024 i conflitti armati tra Stati erano 61, il numero più alto registrato dal 1946, e per gli effetti diretti dei conflitti a livello globale centinaia di migliaia di persone hanno perso la vita e molte di più sono state ferite e mutilate. Anche considerando solo gli effetti prodotti direttamente dalle operazioni militari durante le ostilità l'impatto delle guerre sulla salute risulta piuttosto pesante. Occorre inoltre tenere in considerazione gli effetti prodotti attraverso meccanismi indiretti, vale a dire quelli causati dalla distruzione o dal danneggiamento delle infrastrutture della vita civile, effetti che perdurano anche per decenni dopo la fine del conflitto e che quindi spesso pesano più di quelli diretti nel bilancio complessivo dei danni e delle vittime provocati dalle guerre.

In questo capitolo si cercherà quindi di descrivere, per sommi capi e senza alcuna pretesa di completezza, oltre agli effetti diretti, anche alcuni dei meccanismi e ambiti in cui si manifestano gli effetti indiretti. In linea con la raccomandazione di Walter Benjamin di “parlare della guerra” se vogliamo opporci ad essa, credo che una tale analisi possa avere un valore di per sé qualora produca una maggiore consapevolezza nella popolazione di cosa significhi davvero la guerra e di quanto sia rischioso non opporsi al militarismo. Per produrre la necessaria spinta al cambiamento, penso però che sia importante non limitarsi a comporre un elenco di effetti valutandone la dimensione quantitativa, ma offrire nel contempo anche una cornice interpretativa generale nella quale calare le analisi.

La cornice interpretativa dei dati: a cosa può servire occuparsi della stima dei danni provocati dalle guerre?

Di fronte a militarismo e guerra ci possono essere due differenti posizionamenti. Il rifiuto pacifista, assoluto e categorico, oppure un atteggiamento possibilista, che rende necessario procedere a una valutazione specifica prima di formulare un giudizio a favore o contro. È relativamente a questo secondo approccio che occorre applicare un metodo e dei criteri prestabiliti per poter decidere evitando di andare a rimorchio delle emozioni e della propaganda del momento.

¹ Prio (2025), Conflict Trends: A Global Overview, 1946–2025, <https://www.prio.org/publications/14453>

Chiaramente non tutte le guerre necessitano di una valutazione specifica. Benché ci siano state e ci siano tuttora molteplici violazioni di questo principio, guerre di aggressione non sono (o non dovrebbero essere) ritenute etiche dalla comunità internazionale, almeno da quando è stata approvata la Carta delle Nazioni Unite, l'accordo istitutivo dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (Onu) del 1945 che ha di fatto abolito lo *ius ad bellum*, il "diritto" degli Stati di dichiarare la guerra, ed insieme a essa la dottrina della guerra giusta, con l'unica eccezione della guerra difensiva in risposta a un attacco.

Tuttavia, solo perché una guerra è considerata legittima sul piano del diritto internazionale non significa che sia anche automaticamente la scelta migliore in un dato contesto. Ritenere una determinata scelta legittima non comporta infatti doverla per forza compiere o sostenere. Un metodo razionale per poter decidere in questo ambito può essere quello del bilanciamento tra male creato dalla guerra e quello che si spera di evitare attraverso la guerra, proposto da Henry Shue¹. Se fosse ragionevole ritenere che il male creato dalla guerra superi il male evitato occorre di conseguenza opporsi alla guerra e optare per delle forme di difesa alternative. Questo metodo viene promosso anche dal Catechismo della Chiesa cattolica, nel quale si stabilisce che "il ricorso alle armi non provochi mali e disordini più gravi del male da eliminare". Per "male" Henry Shue intende la violazione dei diritti individuali fondamentali (come quello alla salute, quindi il ferimento o l'uccisione) o danni gravemente ingiusti (come la distruzione selvaggia dell'ambiente), non semplicemente esiti negativi sul piano impersonale. Shue specifica inoltre che nel bilanciamento bisogna considerare "tutto il male che ci si può ragionevolmente attendere se si sceglie la guerra", quindi indipendentemente da quale parte belligerante il male venga inflitto. Se si sceglie la guerra, si deve mettere in conto che saranno commessi tutti i mali di quella guerra, qualunque essi siano, anche quelli per cui l'aggressore è da condannare, legalmente e moralmente.

Questa è quindi la cornice interpretativa nella quale va inserita la stima degli effetti delle guerre. Tutte le categorie di possibili danni da mettere in conto nel bilanciamento sono riassumibili in categorie di impatto sulla salute, diretto o indiretto, e sull'ambiente. In questo contesto l'epidemiologia e la sanità pubblica hanno il ruolo fondamentale di contribuire a fornire dati e stime per colmare il vuoto informativo e rafforzare il potere decisionale dell'intera società nella valutazione dell'opportunità della partecipazione diretta o indiretta a una guerra.

¹ Henry Shue, "Last Resort and Proportionality", in Seth Lazar, Helen Frowe (editors), *The Oxford Handbook of Ethics of War*, Oxford University Press, Oxford, 2018, pp. 260-276

I meccanismi indiretti alla base della biosfera della guerra

Come anticipato nell'introduzione, nel bilanciamento è importante tenere conto non solo dei danni diretti ma anche di quelli prodotti per effetti indiretti, che solitamente causano un numero ancora maggiore di vittime. L'importanza degli effetti indiretti è collegata al fatto che ormai nelle guerre tutto diventa bersaglio. In aperta violazione del diritto internazionale vengono presi di mira anche le infrastrutture civili, di approvvigionamento elettrico, alimentare, idrico e di smaltimento dei liquami, le strutture sanitarie, scuole, università, le industrie, i campi e le aziende agricole, strade, ponti, la rete ferroviaria, etc. Il risultato è la creazione di una biosfera della guerra nella quale l'aria e l'acqua sono contaminate con metalli pesanti e sostanze cancerogene derivanti dai residui bellici e dalle macerie; dove agenti infettivi si diffondono con maggiore facilità, dovuta alla malnutrizione, all'affollamento nei campi profughi e alla mancanza di infrastrutture di approvvigionamento idrico e di smaltimento dei rifiuti e liquami, di servizi sanitari, distrutti anch'essi dalle operazioni militari. La biosfera della guerra permea ogni aspetto della vita, risulta collegata anche ad altri aspetti come la salute mentale, l'aumento delle disuguaglianze o il fenomeno della migrazione forzata, e si protrae nel tempo ben oltre il cessate il fuoco. Già valutare gli effetti diretti non è facile, visto che l'accesso alle informazioni è solitamente ostacolato o reso impossibile. La complessità degli effetti indiretti è tale che risulta davvero molto difficile tenere conto di tutto anche a distanza di tempo, con il risultato che l'impatto complessivo delle guerre è fortemente sottostimato.

Per fare un esempio concreto, il programma ambientale delle Nazioni Unite, UNEP, ha stimato in un documento del settembre 2025 che il 78% dei 250.000 edifici a Gaza sono stati danneggiati o distrutti¹. Questo è un grave problema di per sé dato che la disponibilità di abitazioni rappresenta un importante determinante della salute. Inoltre queste distruzioni, causate dall'esercito israeliano nell'ambito di una guerra scatenatasi in seguito all'attacco terroristico di Hamas del 7 ottobre 2023 e definita genocidaria da una commissione indipendente delle Nazioni Unite e dai maggiori esperti che si occupano di questo tema, hanno generato 61 milioni di tonnellate di detriti, pari al volume di circa 15 Piramidi di Cheope o 25 Torri Eiffel, e l'UNEP stima che circa il 15% di queste macerie potrebbe essere a rischio di contaminazione da amianto, rifiuti industriali o metalli pesanti. Anche nel caso della guerra in Ucraina, provocata dall'invasione russa avvenuta nel febbraio 2022, lo United Nations office for disaster risk reduction (Undrr) sottolinea in

¹ Un environmental programme, 23.9.2025, Environmental damage in Gaza Strip harming human health, threatening long-term food and water security - new UNEP report, <https://www.unep.org/news-and-stories/press-release/environmental-damage-gaza-strip-harming-human-health-threatening>

particolare il rischio rappresentato dall'amianto, un materiale utilizzato in maniera estensiva in edilizia in Ucraina fino a tempi recenti, visto che in Ucraina l'uso dell'amianto è stato vietato solo nel 2017 (in Italia nel 1992). L'Undrr ritiene che fino al 60% dei tetti in Ucraina siano rinforzati con amianto. Non c'è dubbio che la massiccia distruzione degli edifici stia creando milioni di tonnellate di macerie altamente pericolose. Dalle macerie e durante i crolli e gli incendi in seguito ai bombardamenti, le fibre di amianto sono rilasciate in atmosfera dove vengono respirate dalle persone presenti. Come è noto, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) classifica l'amianto come agente cancerogeno, che può provocare malattie respiratorie croniche, mesoteliomi, tumori al polmone, allo stomaco, alle ovaie e ad altri organi.

La biosfera della guerra nella storia italiana

Esempi sulla modalità di creazione della biosfera della guerra si possono trovare anche nella storia italiana. Le epidemie di malaria che si sono verificate durante la prima e la seconda guerra mondiale, descritte magistralmente da Frank M. Snowden¹, rappresentano un caso da manuale. Durante la Prima guerra mondiale, il cinico e inetto generale Cadorna (il nome del quale è ancora grottescamente presente nella toponomastica urbana italiana) schierò l'esercito nella zona malarica della zona costiera del Veneto. Una scelta dalla quale non poteva non originare un'epidemia, che fu di tali dimensioni che la III Armata fu soprannominata "l'armata della malaria". Per giunta l'esercito italiano distrusse deliberatamente i canali di drenaggio per allagare i campi allo scopo di ostacolare l'avanzata del nemico, creando condizioni perfette per la diffusione delle zanzare e della malattia. Snowden descrive inoltre come le priorità politiche del successivo regime fascista comportarono l'erosione dei fondi per la lotta contro la malaria, dato che l'Italia non poteva permettersi di finanziare sia la (preparazione alla) guerra sia la sanità pubblica. Dopo l'entrata in guerra nel 1940 si verificò quindi una violenta epidemia di malaria che provocò centinaia di migliaia di casi e migliaia di morti. Inoltre la malaria riapparve in province in cui era già stata debellata. I meccanismi con cui si creò la biosfera della guerra erano simili a quelli verificatisi durante la Prima guerra mondiale: molti medici e infermieri erano arruolati; il chinino era irrimediabile, la sanità devastata; nessuno si prendeva cura dei canali di irrigazione e dei progetti di bonifica; i crateri lasciati dalle bombe riempiti d'acqua piovana permettevano la proliferazione ulteriore delle zanzare; la popolazione era defedata, donne e bambini erano costretti a sostituire gli uomini nei campi esponendosi alle zanzare infette; gli animali erano confiscati, con conseguente mancanza di "zooprofilassi" (far pungergli gli animali invece delle persone). La provincia di Littoria, che fu il fiore all'occhiello di Mussolini e del tentativo di liberazione dalla malaria, risultava la

¹ Frank M Snowden, *La conquista della malaria*, Einaudi, Torino, 2006, pp. 251-254

più colpita. Conclude Snowden: *“L'ondata malarica (...) dimostrò il fallimento del più fastoso progetto antimalarico di Mussolini, mettendo a nudo l'infondatezza dei proclami fascisti che millantavano di aver risolto l'annoso problema delle febbri in Italia. Infine, la politica del dittatore distrusse completamente il programma di bonifica, riportando la provincia di Littoria alle condizioni in cui versava nel XIX secolo”*.

Le caratteristiche comuni delle guerre e il risultato del bilanciamento

Dall'esame degli effetti diretti ed indiretti¹ emergono alcune caratteristiche comuni dei conflitti armati condotti da eserciti moderni:

- la mancanza di limiti di spazio, di tempo e giuridici
- la mancanza di discriminazione tra obiettivi militari e civili
- gli effetti indiretti a lungo periodo, responsabili degli enormi danni e sofferenze fisiche, mentali e sociali
- l'aumento delle disuguaglianze sociali
- la distruzione dell'ambiente e gli effetti clima-alteranti
- la sempre possibile evoluzione in guerra atomica.

Queste caratteristiche sono tali che il male creato dalla guerra, nonostante sia sotto-stimato, supera tipicamente e di gran lunga il male che si spera di scongiurare attraverso la guerra. Si arriva necessariamente alla conclusione che nessun fine umanitario può giustificare il ricorso alla guerra. L'esame delle evidenze scientifiche, dei dati empirici, porta quindi anche chi non parte da una posizione di rifiuto categorico alla violenza ad assumere una postura pacifista. L'unica opzione a disposizione, soprattutto per chi svolge una professione sanitaria, è quindi quella dell'opposizione alle guerre e al militarismo, della prevenzione dei conflitti e della promozione della pace.

Una critica che frequentemente viene mossa a questa conclusione fa riferimento alla lotta armata antifascista dei partigiani. A questa critica è possibile controbattere con diversi argomenti, tra cui vorrei aggiungere le riflessioni che Herbert Marcuse fece nella sua opera *Etica e Rivoluzione*: *“Per quanto razionale possa essere la giustificazione data all'uso di mezzi rivoluzionari in nome della possibilità di ottenere libertà e felicità per le generazioni future, ed estesa perciò anche alla violazione di diritti e libertà esistenti e della vita stessa, vi sono comunque forme di violenza e di repressione che nessuna situazione rivoluzionaria può giustificare, perché esse negano proprio il fine per il quale la rivoluzione è il mezzo. Tali forme sono la violenza arbitraria, la crudeltà e il terrore indiscriminato.”*

Come è facile dimostrare, proprio questi tre elementi sono inscindibili dalla condotta delle guerre moderne oltre ad essere tipici anche degli atti di terrorismo. Per contro,

¹ Per una valutazione più dettagliata rimando al mio *“Guerra o salute. Dalle evidenze scientifiche alla promozione della pace”*, Il Pensiero scientifico Editore, Roma, 2023.

questi elementi non possono essere associati in alcun modo alla lotta partigiana antifascista.

Prevenzione della guerra e promozione della pace: la deterrenza militare funziona?

Generalmente tutti sono contro la guerra e vorrebbero prevenirla e rafforzare la pace. Non tutti però concordano su come raggiungere questo obiettivo. Non tutti ritengono, ad esempio, che l'obiettivo della pace debba essere perseguito solo con mezzi altrettanto pacifici. Anche tra i lettori di questo capitolo ci sarà probabilmente chi si trova d'accordo con le parole che Giorgia Meloni ha pronunciato alla chiusura della festa del proprio partito nel dicembre del 2025: *“Oggi come ieri la pace si costruisce con la deterrenza!”*, o con Sergio Mattarella, che, durante il saluto natalizio alle alte cariche istituzionali¹, si è espresso favorevolmente rispetto al *“dare il nostro decisivo contributo alla realizzazione della difesa comune europea, strumento di deterrenza contro le guerre”*. Affermazioni in perfetta sintonia con il piano dell'Unione europea relativamente al riarmo e all'aumento delle spese militari e in continuità con l'antico slogan *“Si vis pacem, para bellum”*. *“Se vuoi la pace, prepara la guerra”* fu una delle frasi contenute nel libro III dell'*Epitoma rei militaris* di Vegezio, opera composta alla fine del IV secolo che poi divenne molto celebre nel Medioevo dopo la prima stampa nel 1473-1474. Da allora questa massima informa la politica governativa e gode di notevole popolarità quando si tratta di promuovere il militarismo dichiarando fini pacifici. Dopo centinaia di anni di sperimentazione e un numero esorbitante di conflitti, di morti e distruzioni che si sono verificati in presenza del ricorso ininterrotto alla deterrenza militare, credo che sia giustificato avere qualche serio dubbio sull'efficacia del *para bellum* e convincersi che quello che si ottiene preparandosi alla guerra è la guerra, non la pace. Sospetto che di questo siano convinti in verità anche coloro che spingono maggiormente sul riarmo: la decisione del governo USA di rinominare il ministero *“della difesa”* in ministero *“della guerra”* è molto eloquente a questo riguardo. Tanto maggiore risulta quindi lo stupore che, nonostante l'esperienza secolare di palese inefficienza, questa formula goda tuttora di una certa popolarità anche tra chi non appartiene alla ristretta cerchia dei politici bellicisti, dei commercianti d'armi e capitani dell'industria militare. La realtà dei fatti – dalla quale mi risultano scollegati non i pacifisti, ma coloro che continuano a credere nei miti militari – indicherebbe il contrario: impennate di militarismo, il riarmo e gli investimenti crescenti nell'industria bellica solitamente precedono le guerre.

¹ Sky News 24, 19.12.2025, Mattarella: *“Europa strada da percorrere senza ripensamenti. Spesa per difesa necessaria”*, <https://tg24.sky.it/politica/2025/12/19/mattarella-discorso-auguri-natale-alte-cariche>

Cosa fare per prevenire la guerra e promuovere la pace?

Innanzitutto accoglierei l'invito di Tommaso Greco¹ a rovesciare il discorso militarista imperante che vuole convincerci che, data la natura umana violenta, la guerra sia la fisiologica normalità, e la pace quindi solo un valore, un obiettivo lontano da costruire (per esempio attraverso il riarmo e persino la stessa guerra). Greco invece propone di partire dalla normalità della pace, in quanto rappresenta "l'elemento strutturale delle nostre convivenze". La pace risulta quindi non da costruire ma "da custodire" e non sarebbe da considerare un valore, ma il principio guida dei nostri ragionamenti e azioni (che di conseguenza non potranno che essere pacifici). Greco non contrappone una visione angelica della natura umana a quella bellicosa, ma evidenzia la natura umana nella sua complessità, che comprende la tendenza fondamentale alla cooperazione (senza la quale la specie umana non si sarebbe mai evoluta) e anche pulsioni violente. *"Il fatto che esista una propensione naturale alla guerra è perfettamente bilanciato dalla analoga propensione alla pace; e il fatto che non esista alcuna ineluttabile tendenza verso la pace non ci esime dalla responsabilità di affermarla e conservarla"*. Per custodire la pace Greco suggerisce di applicare lo strumento del diritto, di pretendere che venga preso sul serio, al fine di mantenere una società che rafforzi strutturalmente la tendenza alla cooperazione e alla pace e reprima quella alla guerra.

Passando dall'ambito giuridico a quello della sanità pubblica, militarismo e guerra devono essere considerati almeno al pari di altre cause prevenibili di malattie e morte, e si pone quindi il compito professionale della prevenzione. Analogamente agli altri ambiti di sanità pubblica, anche nella prevenzione della guerra possono essere distinti tre livelli.

Cominciando con la prevenzione terziaria, il livello preventivo che si occupa delle conseguenze già concretizzate di una guerra per evitare ulteriori complicanze ed aggravamenti, si può menzionare il trattamento e il risarcimento delle vittime, la ricostruzione e la riconciliazione, la ricerca della giustizia e dei responsabili dei crimini compiuti, ma anche l'accoglienza dei profughi, che va applicata a chiunque, ovunque e sempre.

La prevenzione secondaria invece cerca di prevenire e ridurre al minimo l'impatto su salute ed ambiente di una guerra in atto. Qui occupa un posto centrale il costante richiamo alle norme e ai principi del diritto internazionale. Anche in questo caso va specificato che questi principi vanno applicati a chiunque, ovunque e sempre. Di fronte alle applicazioni selettive dei principi di cui siamo purtroppo testi-
i Tommaso Greco, "Critica della ragion bellica", Laterza, Bari-Roma, 2025

moni, va ricordato l'ammonimento che fece Aimé Césaire nel 1955 nel suo discorso sul colonialismo: *“Una civiltà che gioca con i propri principi è una civiltà moribonda”*¹.

La prevenzione della trasformazione di un conflitto regionale in un conflitto mondiale e la prevenzione della escalation in guerra nucleare si colloca a metà strada tra la prevenzione secondaria e quella primaria. Quest'ultima ha come obiettivo quello di prevenire lo scoppio di guerre o anche fermare una guerra cominciata. Comprende quindi il rafforzamento delle infrastrutture della pace e dei diritti umani, della salute, dell'istruzione; l'aumento della conoscenza della popolazione generale e dei professionisti sanitari rispetto agli effetti delle guerre. Deve agire anche sui determinanti distali delle guerre: povertà, disuguaglianza, razzismo, nazionalismo, imperialismo, militarismo. Si tratta di elementi che sono tutti fortemente intrecciati al sistema economico capitalistico.

Per arrivare a un mondo pacifico, clima resiliente, nel quale il benessere sia garantito alle generazioni future, la questione del superamento del capitalismo va quindi posta. Altrimenti rimarremo impigliati ancora nella “doppia contraddizione” denunciata dal deputato socialista Jean Jaurès durante un suo discorso alla Camera dei deputati dell'assemblea nazionale francese il 7 marzo 1895. Quella tra la sensazione che la guerra possa comunque scoppiare, anche per un caso fortuito, nonostante l'universale desiderio di pace proclamato da tutti i governi; e quella tra il riconoscimento del valore della democrazia e l'accrescersi del potere militare, che rappresenta *“sempre un pericolo cronico per la libertà delle democrazie”*. *“La vostra società violenta e caotica, anche quando vuole la pace, anche quando si trova in uno stato di calma apparente, porta sempre in sé la guerra come la nuvola porta in sé la pioggia”*², concludeva Jaurès il suo celebre discorso.

Un utile punto di partenza: l'impegno contro il riarmo

Mettere in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla è il processo che identifica la promozione della salute. La disponibilità di informazioni sui determinanti e fattori di rischio per la salute è un prerequisito di tale processo e deve dare supporto alla comunità nel definire le priorità, assumere decisioni (tra cui quelle sul ricorso a guerre e militarismo), pianificare e realizzare le strategie che consentano di raggiungere il più alto standard di salute possibile. Questo è il quadro di riferimento di sanità pubblica nel quale si collocano la sorve-

¹ Aimé Césaire, Discorso sul colonialismo, Ombre corte, Verona, 2020, p. 53

² Jean Jaurès, Kapitalismus und Krieg, in: Jean-Numa Ducange, Jean Jaurès oder: Sozialismus wider die Kriegsgefahr, Dietz Berlin, Berlino, 2024

glianza e documentazione degli effetti delle guerre e del militarismo, la disseminazione delle informazioni a decisori e opinione pubblica per sottolineare l'urgenza a mobilitarsi, a tutti i livelli e seriamente, per la pace attraverso l'impiego di mezzi che non sono in contraddizione con il fine dichiarato. Ne scaturisce logicamente un richiamo a un impegno civile e politico a favore del disarmo.

Un altro aspetto che viene utilizzato nella promozione del militarismo e che necessita di maggiori approfondimenti e smitizzazioni è la pretesa che gli investimenti nel settore militare siano non solo importanti per la sicurezza e la garanzia della pace ma che rappresentino anche mezzi efficaci per sostenere l'economia e l'occupazione. In Germania Moritz Schularick, il presidente del Kiel Institut für Weltwirtschaft, favorevole all'aumento delle spese militari, stima che l'effetto moltiplicatore fiscale degli investimenti nel settore militare sia di 1, vale a dire: per ogni euro di investimenti nel settore militare il PIL aumenterebbe di un euro. Lasciando da parte la necessaria critica ad un sistema economico che si basa sulla crescita continua del PIL (vedi Jaurès), è comunque importante anche valutare la coerenza interna delle affermazioni nel sistema così com'è attualmente. L'economista Tom Krebs dell'Università di Mannheim ha predisposto una perizia sull'argomento indirizzata al Parlamento tedesco nella quale riporta le diverse stime dell'effetto moltiplicatore fiscale degli investimenti militari (che varia da 0,6 a 1,5), aggiungendo una sua stima che si aggira attorno a 0,5. Tuttavia, anche le stime più ottimistiche del possibile impatto sul PIL degli investimenti militari sono di gran lunga inferiori a quelle di investimenti in altri settori, in primis in quello socio-sanitario. Per esempio, ogni euro investito in asili nido si stima produca 3 euro di aumento del PIL. Il doppio di quanto lasciano sperare anche le più ottimistiche previsioni relative allo sviluppo militare, il triplo partendo dalla previsione del Kiel Institut e 6 volte quelle del prof. Krebs. Come si spiega lo scarso rendimento degli investimenti militari? Il settore militare è un settore "ad alta intensità di capitale", vale a dire dipende più da tecnologie costose che da manodopera. Dipende, inoltre, in parte da importazioni dall'estero. Infine, i prodotti non hanno ulteriori effetti positivi (un carro armato rimane lì, nella migliore delle ipotesi). Completamente diversa è la situazione nel settore dei servizi socio-sanitari. È a bassa intensità di capitale, non dipende da importazioni dall'estero, mentre dipende molto dal lavoro delle persone. Investimenti in questo settore incrementano quindi fortemente il numero di posti di lavoro e, nel caso degli asili nido, di riflesso permetterebbero un aumento in generale dell'occupazione femminile altrimenti assorbita dal lavoro non retribuito della riproduzione sociale. Va aggiunto un altro elemento fondamentale: investire nel militare significa investire in un settore che dipende notevolmente dai combustibili fossili e peggiora quindi ulteriormente la già grave

crisi climatica, mettendo a rischio il futuro della civiltà umana su questo pianeta¹.

Nonostante tutte le evidenze che smentiscono l'efficacia della deterrenza e degli investimenti militari sull'economia, l'Unione europea e il governo italiano puntano ancora sul riarmo, una scelta che comporta forti aumenti della spesa militare e valutazioni relativamente alla reintroduzione della leva militare obbligatoria (già avviata in Germania).

In questo contesto il Gruppo di lavoro di promozione della pace dell'AIE ha preparato un'infografica² che propone due esempi concreti di utilizzo alternativo degli investimenti destinati al settore militare, allo scopo di fornire qualche strumento in più a chi si impegna contro il riarmo e il militarismo ponendo al centro delle proprie riflessioni la promozione della salute. Se investissimo i 23 miliardi di spese militari aggiuntive previste per il prossimo triennio per finalità sanitarie e sociali potremmo garantire l'assistenza a domicilio gratuita con badanti a tutti gli anziani non autosufficienti (con effetti che sarebbero anche favorevoli dal punto di vista occupazionale, fiscale e del pil). Oppure potremmo rendere gratuite tutte le cure odontoiatriche. Sono solo due esempi per evidenziare la possibilità concreta di scelte economiche che possano essere veramente funzionali alla costruzione di un futuro più sicuro, con salute e benessere per tutti. Scenari alternativi necessari anche per radicare nel socioeconomico il pacifismo, che altrimenti rischia di ridursi a parole, come ci avvertiva Danilo Dolci³. Una volta tolti i soldi dalle grinfie dei bellicisti si potrebbe avviare un processo partecipato per decidere a quali settori destinare gli investimenti aggiuntivi, introducendo elementi democratici anche nella sfera economica e della produzione.

¹ Viola Ducati, "Guerra e salute pubblica: perché il riarmo non ci protegge", *Le Nius*, 3.1.2026, <https://www.lenius.it/guerra-e-salute-pubblica-perché-il-riarmo-non-ci-protegge/>

² Associazione Italiana di Epidemiologia, Guerra, riarmo e salute, 7.1.2026, <https://www.epidemiologia.it/gruppi/aie-pace/schede-informative-su-guerra-riarmo-e-salute>

³ Danilo Dolci, *L'educazione*, Edizioni di Comunità, Roma, 2020, p. 55

Lo sguardo del cinema sulle migrazioni umane

Federico Russo

In oltre un secolo di cinema di finzione la narrazione ha attraversato qualsiasi tema umano, cercando tra le pieghe della realtà le drammaturgie, i copioni. Amore, guerra, rivoluzioni culturali e sociali, viaggi e storia. Nei tempi più recenti il documentario ha sviluppato questa attitudine ponendosi direttamente nella realtà, attingendo da essa senza dovere operare una ricostruzione, una rappresentazione. Questo modo di dividere le due grandi categorie del cinema tuttavia lascia insoddisfatti. Tanto realistico è **La Terra Trema** (Luchino Visconti 1948), ispirato ai *Malavoglia* di Verga, che racconta le condizioni di povertà estrema dell'Italia del dopoguerra, i determinanti sociali dell'emigrazione dal Sud al Nord che ha trasformato e mescolato tanta cultura che oggi possiamo chiamare italiana. E tanto meno lo sono molti documentari dove è forte la presenza della macchina da presa sul soggetto, dove la ripresa altera l'osservazione, esattamente come postula la cibernetica di secondo ordine, a due passi dalla fisica quantistica e dal principio di indeterminazione di Heisenberg.

Proverò quindi a disinteressarmi del genere, se realtà o finzione, e a guardare tra i film che hanno raccontato i flussi migratori umani e le conseguenze sociali e individuali che li accompagnano. E lo farò come un regista che salta da un tempo ad un altro, dal momento presente al sogno, dal racconto alla favola. Spero che i lettori possano perdonarmi questa libertà, che forse è anche la questione di fondo che attraversa questo tema, e che non sarò in grado di svolgere, se non concedendomi qualche variazione di forma.

Forse il primo film che affronta il tema delle migrazioni è il cortometraggio muto **The Immigrant**, del 1917, diretto e interpretato da Charlie Chaplin. Un poverissimo e sognante emigrante è imbarcato su un piroscafo verso gli Stati Uniti. La scena di apertura è emblematica: pesca con un filo sporgendosi dal bordo della nave. Fame e dignitosa povertà, come tanti emigranti veri, di tutti i tempi. E ancora più forte la sua rappresentazione muta, che ripropone il silenzio a cui sono tenuti tanti di loro, costretti ad essere ospiti o viandanti o alla peggio clandestini, per sempre. La sua vita a bordo è funestata da mille disavventure, incolpato di furto sarà poi scagionato e ripagato infine da un nuovo amore.

La stessa rotta, ma dalla Turchia all'America sarà raccontata molti anni dopo da Elia Kazan, con **America America** (1963). Questo è forse il primo film espressamente dedicato al tema, svolto in chiave moderna, con un bianco e nero voluto e tragico. Un lungo di quasi 3 ore, che sembra fare pagare allo spettatore un prezzo del dramma che racconta. Kazan riadatta una storia familiare, quella di uno zio emigrato realmente alla fine dell'ottocento. Stavros, il suo personaggio, è invece un greco che nell'impero ottomano cerca una salvezza realizzando il suo sogno: l'America. L'emigrazione di Kazan non è solo viaggio, ricerca di cambiamento, sal-

vezza. È il racconto della perdita di identità, dove si consumano tradimenti, bugie e umiliazioni. Di fatto il film costruisce in modo chiaro il ponte tra emigrazioni e trauma, e ancora oggi deve essere considerato la pietra miliare della cinematografia di genere.

Ancora tra vecchio e nuovo mondo, in chiave intimista e autobiografica, va ricordato il documentario di Martin Scorsese, **Italianamerican** del 1974, oppure **L'America** (1994), più centrato sull'Albania, ma speculare ai temi italiani, e poi **Così ridevano** (1994), entrambi di Gianni Amelio. Nel terzo millennio, sempre sulla stessa epopea, torna Emanuele Crialese con **Nuovo mondo**, un film riuscito e profondo che esce nel 2006 e fa molto parlare e pensare alla storia che si ripete. Siamo infatti in una fase delicata del nostro paese, attraversato da una profonda crisi economica e che vede il riaprirsi della questione migratoria degli italiani verso l'estero. Si comincia a parlare di "fuga di cervelli" e nello stesso tempo viene approvata la Bossi-Fini che alza muri nella gestione della migrazione in entrata, dai paesi che affacciano sul Mediterraneo. Insomma, la rotta americana e il mito dell'America rappresenta sicuramente un tema importante della cinematografia internazionale, ancora fortemente attraversato e simbolico.

Tornando indietro di parecchi decenni anche la letteratura statunitense aveva guardato a fondo la propria emigrazione interna, in particolare John Steinbeck con **Furore**, poi messo sul grande schermo da John Ford nel 1940.

The Grapes of Wrath viene scritto nel '39 e sconvolge la società americana, in particolare la borghesia colta e agiata delle grandi città. Steinbeck disse che scrisse il libro per liberarsene, tanto forte era l'impatto della storia dentro di sé. D'altra parte la andò a cercare viaggiando veramente con gli stagionali sulla Route 66, dormendo con loro ai bordi della strada, nelle baracche, respirando la miseria, la violenza della polizia privata, i salari da fame che venivano pagati dai grandi proprietari terrieri. Il libro fu bruciato sulla pubblica piazza e Steinbeck accusato di comunismo. Eppure la sua denuncia appare ancora oggi non politica ma solo umana, poco distante dal grande movimento di liberazione che aveva abolito la schiavitù con il XIII emendamento nel 1865. L'anno successivo alla pubblicazione del libro, mentre esce in sala il film di Ford, gli viene dato il Pulitzer. Sicuramente rispetto al libro il film ha il merito di rendere il dramma più sopportabile. Il protagonista Henry Fonda permette una facile continuità tra durezza del racconto sociale ed epopea americana che nel cinema diventa immediatamente racconto del Far West e del fantastico mondo dei cow boy. Nel complesso il caso "Furore" bene rappresenta tuttora i movimenti sociali e politici nascosti dietro alle vicende umane migranti, e che ancora oggi dividono, inaspriscono, si induriscono nei temi sovranisti delle destre, in tutto il mondo.

Sempre nella metà del novecento non può essere sottovalutato l'intreccio inevitabile e costante tra povertà e migrazione. Sullo sfondo di una denuncia viene girato anche **Salt of the Earth** di Herbert J. Biberman (1954), sulla storia dello sfrutta-

mento dei minatori messicani. Restato per anni un film fantasma, censurato, vietato, tagliato sarà riscoperto dopo anni di oscurantismo americano. Il tema sarà poi ripreso recentemente con le fotografie di scioccante forza artistica di Salgado e il lungometraggio a queste dedicato di Wim Wenders.

In Italia, come già accennato, la questione migrazione e povertà attraversa tanta parte del neorealismo. Pietro Germi con **Il cammino della speranza** (1950) sembra svolgere la trama puntando la macchina da presa sui siciliani che cercano di emigrare clandestinamente in Francia. Ma sarà **Totò, Peppino e la Malafemmina** (1956) a rappresentare, in chiave comica, alcuni degli stereotipi fondativi della questione migrante italiana, dove emerge in burla lo spaesamento dell'emigrante e lo sguardo epico e favolistico sulle distanze che attraversano il nostro paese. Indimenticabili Totò e Peppino alla stazione di Milano.

Ancora Visconti, pochi anni dopo, e in chiave decisamente drammatica torna sul tema con **Rocco e i suoi fratelli** (1960) dove racconta la emigrazione sud-nord e il fallimento della integrazione. Non a caso l'apertura del film è proprio sulla stazione di Milano mentre una nostalgica aria racconta della lontananza della propria terra. La famiglia Paroldi scende dal treno Bari Milano e inizia la sua difficile penetrazione nella società milanese. Qui i personaggi di Visconti sorprendono ancora per la veridicità dell'interpretazione. Qui è in evidenza la cura della recitazione, la ricerca nei dialoghi di Suso Cecchi D'Amico e il lavoro meticoloso del grande regista nella preparazione degli attori, che finisce con la realizzazione di film in cui ogni dettaglio è studiato alla perfezione e tutto è costruito in modo tale che lo studio non si veda, che sembra che la scena fosse proprio così, colta quasi per caso nella realtà, tra la Ghisolfia di Milano, le case popolari, il Velodromo dove si disputa l'incontro di pugilato, l'idroscalo e, mai visti, i luoghi di origine di Rocco, interpretato dal meraviglioso Alain Delon. È lui l'unico che sente la fatica del distacco, il peso di una vita che in fondo non gli appartiene. È il racconto dei fratelli che annaspiano, cercando di soddisfare il sogno di riscatto della madre, intrappolati tra i loro legami e le richieste di una Milano dove si trova spazio con fatica. L'incontro tra Simone e Rocco, i fratelli pugili, e Nadia, smaliziata donna del nord, dai facili costumi, rompe qualsiasi equilibrio. La versione restaurata dalla cineteca di Bologna nel 2015 è un passaggio obbligatorio per guardare al dramma della migrazione italiana.

Pane e cioccolato di Franco Brusati (1974) mette la narrazione nelle mani del grande Nino Manfredi. E' forte la frattura tra la povertà del protagonista e l'agio esagerato della società svizzera, dove integrarsi sembra una utopia, schiacciati da una forma di razzismo snob raccontato sempre con ironia ed amarezza.

Con **Terraferma** (2011) di Emanuele Crialese la nuova emigrazione del Mediterraneo resta in continuo dialogo con la storia della emigrazione italiana. È in fondo un film sul dilemma tra accoglienza e propria salvezza, sullo scontro duro tra le leggi del mare, dell'uomo e dello stato. La versione documentaristica potrebbe es-

sere quella di Gianfranco Rosi, con **Fuocoammare** (2016), ambientato a Lampedusa e vincitore di un Orso d'Oro a Berlino. Un film che osserva, che guarda silenziosamente, non racconta, non spiega, non giudica. Per questo è spietato, lasciando allo spettatore tutta la responsabilità della testimonianza.

Recentemente due film hanno trattato la vicenda delle migrazioni in modo particolarmente efficace. Entrambi di radice europea hanno forti differenze.

Vediamole.

The emigrants (2021) è un film poco conosciuto di un talentuoso regista norvegese, Erik Poppe. Racconta di un gruppo di norvegesi che emigrano negli Stati Uniti alla fine del diciannovesimo secolo. Una giovane donna è sicuramente la testimone più cruda delle radici di questa emigrazione, dove riemerge il tema di tante altre pellicole, emigrazione come fuga, salvezza, come inevitabile sciagura piuttosto che come sogno e desiderio di cambiamento, di miglioramento delle proprie condizioni, di opportunità. Su questa dimensione il film è chiaro e impietoso con lo spettatore. Il racconto della giovane, delle violenze subite, delle cicatrici che solcano corpo e anima è durissimo e la migrazione che tenta di mettere distanza dal trauma non può essere altro che una continuazione del dolore e del trauma.

Diversamente **Io capitano** di Matteo Garrone (2023) è storia di desideri, non esattamente di fuga. Si vuole guardare alle aspirazioni più semplici e universali di giovani che cercano in altri mondi opportunità più aderenti alle proprie personalità. In questo senso spazza via la dimensione della migrazione forzata, della miseria delle terre abbandonate. Il Senegal dei due protagonisti è colorato, vivo, operoso, seppure misero e sicuramente povero. Ma i ragazzi hanno scuola, sport, amicizie, famiglia. Hanno intorno le periferie che, come in tante città del mondo, sono trascurate e terrose, ma sicuramente vive di affetti e comunità. Eppure i due giovani si sentono stretti, sentono forte l'attrazione dell'Europa, di Parigi, vivono la voglia di realizzare i loro sogni, diventare musicisti, rapper, artisti, esattamente come accade nell'adolescenza in tanti luoghi, mondi, culture. Così Seydou (Seydou Sarr) e Moussa (Moustapha Fall), entrambi attori esordienti e straordinari, interpretano i desideri universali di tanti giovani. Il dramma a cui vanno incontro, con cui sembrano incredibilmente mischiarsi, diventa ancora più surreale e inaccettabile. Due ragazzi che fuggono dalle loro famiglie per cercare un sogno si trovano incastrati dentro una macchina brutale che rende l'uomo bestia, schiavo, vittima. Dove si perde qualsiasi diritto, dove si diventa strumento, sostanza di spacciatori di libertà, nelle mani di un sistema organizzato, affidato a uomini induriti dal compito che svolgono, guide nel deserto che non si volgono mai a vedere se lo seguono. Perché chi si ferma è perduto. Questa è la legge del deserto, la legge del viaggio della speranza, dove ognuno deve fare conto soltanto su sé stesso. Sono sistemi che rompono qualsiasi solidarietà, perché se le persone si stringono l'uno con l'altro diventano più difficili da controllare, da usare, da sottomettere. Ma **Io capitano** è anche un film di riscatto, dove i due cugini invece non si faranno mai dividere,

Seydou, l'eroe del film, non cede mai alla barbarie. Mantiene sempre il suo spirito positivo, sognante, coraggioso. Sarà proprio lui, alla fine, il capitano che mette in salvo tutto il suo equipaggio. Di tante notazioni sulla regia e sulla storia di questo film non posso non attingere al racconto diretto di Matteo Garrone al nostro festival (Lo Spiraglio Filmfestival della salute mentale 14° edizione, 2024). La scelta di attori giovanissimi e esordienti, dare ai personaggi i loro stessi nomi, non prepararli mai troppo dando le battute appena prima di andare in scena, non dare loro la completezza della trama, per lasciarli nell'attimo narrato, senza certezze e direzioni, cercando di farli vivere dentro quella storia con, possibilmente, sentimenti simili alle vicende che si vuole narrare e fare vivere allo spettatore. Oltre al premio Lo Spiraglio il film ha avuto ben più importanti riconoscimenti, come il Leone d'Argento a Venezia (migliore regia), coppa Volpi a Seydou Sarr (migliore attore), candidato come migliore film straniero agli Oscar entra nella cinquina dei finalisti battuto da Zona di interesse, candidato ai Golden Globes, oltre ad avere vinto sette statuette sulle quindici candidature ottenute ai David di Donatello 2024.

Tornando al festival Lo Spiraglio, proprio per la forza del cinema e per la sua capacità di avvicinare il grande pubblico a temi difficili da raccontare e persino da pensare è stato istituito da molti anni un premio dedicato (premio Samifo). Tra i vincitori più recenti non si può dimenticare Trieste è bella di notte (2023) lungometraggio di Andrea Segre, sulla rotta balcanica della immigrazione verso l'Italia, e Hatch (2024) un immaginifico e sorprendente cortometraggio di Alireza Kaze mipuor e Panta Mosleh su un giovanissimo rifugiato afghano, perso tra ricordi e incubi, entrambi vincitori a molti festival internazionali.

La filmografia di genere tracciata in questo lavoro sarà sicuramente incompleta, costretta dai gusti e i ricordi dell'autore. Non vuole essere esaustiva e tantomeno coprire tutta la narrazione che ha utilizzato le vicende migratorie umane come base del racconto cinematografico o come implicita condizione.

Sicuramente il cinema ha saputo fare rivivere i lunghi viaggi dei migranti, ne ha colto la poesia, oltre alla disperazione, ha potuto fare vedere con gli occhi di un'umanità, il più delle volte povera e schiacciata, orizzonti lontani e paesaggi struggenti, sogni, desideri, capacità.

Il cinema fa vivere emozioni, fa entrare nelle vite degli altri, rende l'esperienza condivisibile anche quando sembra così lontana, nel tempo e nello spazio. Usato bene e raccolto in rassegne tematiche con rispetto e profondità, è uno strumento di formazione e di sensibilizzazione ineguagliabile.

A tutti gli autori, attori, sceneggiatori, ai macchinisti, elettricisti, operai ed autisti che permettono la realizzazione di opere straordinarie e capaci di fare progredire il genere umano è dedicato questo articolo.

Ai loro ispiratori, quelli che decidono di partire, quelli che devono partire, quelli che partono e basta, senza poterci neppure pensare, la gratitudine agiata di chi non si è mai neppure dovuto porre il problema.

La categoria della vulnerabilità

Da elemento di protezione a fattore di esclusione

Martino Volpatti, Maurizio Bacigalupi

In questi vent'anni di lavoro con richiedenti e titolari di protezione ci siamo sempre confrontati con diversi livelli di problematiche e di domande di cura.

Le sofferenze legate alle esperienze traumatiche dei rifugiati si intersecano con le difficili condizioni di vita nel presente, con la precarietà o addirittura l'assenza di un'accoglienza, e con le difficoltà legate al riconoscimento del proprio status legale. La compresenza di queste diverse dimensioni critiche genera spesso una condizione di estrema fragilità, per la quale la cura non può che comprendere diverse linee di azione: sanitaria, sociale e legale.

Con la nascita e lo sviluppo dei fondi europei per i rifugiati e per i migranti in generale e con l'arrivo di quote sempre maggiori di richiedenti asilo nel nostro Paese si è determinata nel tempo un'esigenza sempre maggiore di distinzione e selezione tra diversi livelli di urgenza e criticità e una categoria in particolare, quella dei vulnerabili, ha progressivamente assunto sempre maggiore importanza.

Da una parte l'erogazione dei fondi dei progetti europei, dall'altra la programmazione delle accoglienze da parte di prefetture e enti locali si sono focalizzate sempre più sull'individuazione e la presa in carico dei soggetti considerati vulnerabili. Con il D.L. 18 agosto 2015 n. 142, art. 17 comma 1 il legislatore individua modalità specifiche di accoglienza per i soggetti vulnerabili che definisce come persone portatrici di esigenze particolari:

“Le misure di accoglienza tengono conto delle specifiche situazioni delle persone vulnerabili quali, minori, minori non accompagnati, disabili, anziani, donne in stato di gravidanza, genitori singoli con figli minori, vittime della tratta di esseri umani, persone affette da gravi malattie o disturbi mentali, persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legate all'orientamento sessuale o all'identità di genere, le vittime di mutilazioni genitali.”

Ripartendo dal significato della parola, la vulnerabilità rimanda a una condizione concreta e corporea e, allo stesso tempo, ad una ferita, a una lacerazione. Dal latino *vulnus* e dalla radice indo-europea *-uel* che indica uno strappo. La vulnerabilità non rimanda al passato, a ciò che è già accaduto (*vulneratus*), ma a una possibilità futura. Un corpo aperto alla ferita, una predisposizione ad essere ferito. Da qui cominciamo a vedere alcuni limiti nell'accorpamento di situazioni così diverse nella stessa categoria.

Nella prima parte troviamo persone che si trovano in uno stato di vulnerabilità dato da fattori per così dire sociali oggettivi, che ha determinato la creazione di circuiti di accoglienza ad hoc (centri per minori, per donne in gravidanza o sole con figli etc.).

Nella parte centrale abbiamo persone che più propriamente potremmo definire vulnerate: disabili, persone affette da gravi malattie o disturbi mentali. Qui non abbiamo una predisposizione maggiore ad essere ferite o a sviluppare patologie o fragilità, ma delle diagnosi già accertate.

Nell'ultima parte abbiamo invece delle vulnerabilità che si riferiscono non a dei profili sociali oggettivi, ma all'aver vissuto in passato delle esperienze traumatiche come la tortura, la violenza sessuale o la mutilazione dei genitali femminili.

Per queste ultime è importante approfondire alcuni punti: dal punto di vista scientifico è scorretta l'equivalenza tra l'esperienza vissuta e lo sviluppo di una patologia. Gli studi concordano nel dire che "solo" tra il 30 e il 50% delle vittime di tortura si sviluppano dei disturbi post-traumatici e, più in generale, l'esperienza quotidiana nel campo della cura mostra come le persone reagiscono in modo sempre diverso a esperienze simili. Questo perché intervengono variabili importanti come la durata dell'evento traumatico e soprattutto l'età in cui lo si è vissuto, risorse personali o fattori di resilienza (sociali, psicologici etc.), ma intervengono anche fattori esterni come la qualità della cura e dell'accoglienza.

Emerge qui un altro tema molto discusso, quello della rilevazione precoce dei soggetti vulnerabili.

Anche qui occorre fare attenzione, operatori esperti e qualificati possono cogliere segnali o sintomi importanti (frequenti mal di testa, insonnia, difficoltà a concentrarsi, deficit di memoria, depressione) ma l'esperienza ci insegna che spesso le persone che stanno male tendono a nascondersi, a isolarsi, a non parlare con nessuno. Ritorna quindi il tema della responsabilità dell'accoglienza e della cura che richiede attenzione, pazienza e fatica. Non esistono test o scorciatoie, ma solo rapporti di fiducia da costruire nel tempo.

Ecco l'importanza delle condizioni dell'accoglienza, delle differenze negli standard di qualità tra centri piccoli e inseriti nel contesto cittadino e grandi centri, spesso isolati e privi di mezzi e con personale qualificato insufficiente rispetto al numero di ospiti. Luoghi dove spesso le persone più sofferenti diventano "invisibili" e dove inevitabilmente si verificano dinamiche comportamentali negative (risse, furti, soprusi) che tendono a riaccendere ricordi traumatici proprio nelle persone più vulnerabili.

Ritornando a quella "confusione" tra dimensioni differenti accorpate nella categoria dei vulnerabili dal legislatore è importante segnalare che ne derivano problematiche molto concrete nella progettazione e nella gestione dei progetti di accoglienza e gli operatori denunciano spesso grandi difficoltà nell'accogliere persone con gravi patologie fisiche o psichiche senza strumenti, né personale sanitario.

Per quel che riguarda le vittime di violenza o tortura, resta sempre più difficile distinguerle dai cosiddetti rifugiati ordinari, sia per la difficoltà di un'individuazione precoce, sia perché situazioni geo-politiche come quelle dei campi di detenzione libici hanno appiattito molte delle differenze su cui si poggia il diritto d'asilo. Si

tratta di dimensioni di violenza estesa e generalizzata che colpisce tutti, indipendentemente dalla storia d'asilo e dai motivi della migrazione. La triste verità è che le persone vittima di tortura possono sì considerarsi vulnerabili, ma a livello numerico non sono certo un'eccezione tra i rifugiati.

Al di là della progettazione di servizi di accoglienza qualificati, sia per le categorie dei vulnerabili che, soprattutto, per le persone che sappiamo già essere affette da patologie gravi, siano esse fisiche o psichiche, diventa necessario non solo la formazione e la competenza degli operatori, ma la capacità dei centri di fare rete con i servizi sociali e sanitari del territorio, in una dimensione di collaborazione e contaminazione reciproca da costruire e rinnovare con forza sempre maggiore.

Ma allora chi determina la vulnerabilità?

Da un punto di vista giuridico la vulnerabilità esiste sempre e solo in determinate situazioni, nel rapporto tra individuo e ordine sociale.

Nel 1600 Thomas Hobbes teorizzava la necessità di un contratto sociale proprio per salvaguardare la sicurezza dell'individuo e degli individui più fragili in particolare. Nello stato di natura siamo tutti in pericolo o, se vogliamo, è la nostra stessa natura umana ad essere vulnerabile, perché aperta, esposta al contatto con l'altro. Da qui possiamo fare due considerazioni: la prima è che l'esistenza di norme che tutelano le persone più fragili si scontra spesso con una realtà molto complessa che spesso nega i diritti o li riduce a dimensioni teoriche, senza un peso effettivo nella vita delle persone. Questo vale per i rifugiati come per tutte le fasce socialmente più fragili, il cui scarso peso politico ed economico si traduce spesso in una pratica di abbandono da parte della società.

La seconda è che la vulnerabilità, se fa parte della natura umana, ci riguarda tutti e forse è la possibilità più propria del nostro incontrarci.

Secondo il filosofo Emmanuel Levinas la vulnerabilità indica l'esposizione di un corpo nudo, il denudamento del corpo, l'essere allo scoperto nella passività più radicale; l'incapacità di chiudersi dentro e dunque un'apertura preliminare, la suscettibilità all'investitura e al trauma.

Queste parole rimandano ai drammatici racconti dei rifugiati che incontriamo nei percorsi di cura.

Le descrizioni dei luoghi di detenzione di molti paesi africani o medio-orientali ci raccontano di spazi bui e sporchi, dove corpi feriti vengono ammassati insieme in una convivenza forzata con altri uomini, con insetti e cadaveri. Luoghi di indistinzione radicale, di indistinzione tra i corpi, tra uomini e animali, tra vivi e morti.

Eppure, a fronte di una realtà così complessa e irriducibile a rigide categorie, il tema della vulnerabilità si sta declinando sempre più come criterio unico di selezione per l'accesso a un'accoglienza adeguata e a una procedura di riconoscimento giuridico conforme a standard minimi di accuratezza, sia per i tempi che per i luoghi previsti.

Il Patto UE su asilo e migrazione, che diventerà operativo tra pochi mesi, preve-

de uno spostamento delle procedure di individuazione e screening dei richiedenti protezione in luoghi chiusi, situati alle frontiere, con possibilità di accesso a cure urgenti o servizi specialistici solo per i vulnerabili, individuati in tempi rapidi e secondo criteri medici generici.

In un'ottica sempre più restrittiva di accoglienza e riconoscimento dei richiedenti protezione e dei migranti in generale, la categoria della vulnerabilità sembra essersi trasformata da elemento di protezione a fattore di selezione ed esclusione.

E allora cosa resta dopo tutto questo e cosa ci hanno insegnato questi vent'anni di lavoro quotidiano per la salute dei rifugiati?

Intanto che la mappa non è il territorio e che la categoria di vulnerabilità può essere considerata come uno strumento e non come la realtà, e che si può entrare in contatto con le identità dei migranti solo cercando una mediazione, un incontro per lavorare insieme, rispettando le strategie, i codici e il linguaggio dell'altro.

E, contemporaneamente, ricordare che la dimensione della vulnerabilità ci riguarda tutti, perché ha che fare con la natura umana che è sempre la stessa, al di là dei codici, delle culture e dei diversi linguaggi. La clinica del trauma e l'esperienza di cura dei rifugiati vittime di tortura ci insegnano proprio questo. Abbiamo tanti modi diversi di esprimere e di rappresentare anche a noi stessi le nostre ferite, ma le esperienze traumatiche vanno a stimolare dei meccanismi innati di difesa che sono gli stessi per tutti gli uomini e producono trasversalmente a paesi e culture gli stessi sintomi, le stesse sofferenze.

Forse sta proprio qui la difficoltà, ma anche la bellezza, del lavoro con le persone "vulnerabili". Utilizzare delle categorie, sapendo che al di là ci sono individui sempre diversi e ancora al di là un'umanità che nel fondo è sempre la stessa.

E per fare questo occorre difendere e moltiplicare luoghi che sappiano accogliere le differenze dentro una dimensione competente, ma al tempo stesso affettiva. Centri operativi che sappiano farsi casa, luoghi complessi che sappiano essere semplici per chi li viene ad abitare.

Vulnerabilità e identità. Riflessioni sulla ricerca Vulner

Il concetto di vulnerabilità è un giudizio che come abbiamo visto si modifica nel tempo. I decreti normativi, le linee guida del Ministero della Sanità, le linee guida del Ministero dell'Interno presentano connotazioni e/o accentuazioni che spesso lo differenziano, lo scompongono, lo articolano come fosse uno status.

Ma quale è il punto di vista di chi è vittima, di chi è ferito per la sua vulnerabilità. Lo studio internazionale Vulner (Horizon 2020) Vulnerability Under the Global Protection Regime, in sette Paesi (Belgio, Germania, Italia, Norvegia, Canada, Libano, Uganda), affronta questa questione cercando di dare la parola ai soggetti interessati. Sono state intervistate 5000 persone a vario titolo definite vulnerabili. La raccolta di queste testimonianze, a cui l'Italia ha partecipato con l'Università

Ca' Foscari di Venezia, ha permesso di leggere il tema della vulnerabilità tenendo conto dell'intero sistema: i richiedenti protezione internazionale e il Paese d'accoglienza con i suoi servizi e i suoi uomini.

La ricerca distingue vulnerabilità invisibili come l'appartenenza religiosa o l'orientamento sessuale che spesso sono comprensibili solo all'interno del contesto in cui si configurano, vulnerabilità standard - meno o non visibili - come tortura, violenza e tratta, vulnerabilità nascoste non intrinseche alla persona, ma magari ai familiari. Dalle interviste emerge però un'altra particolare vulnerabilità quella derivante dal procedimento della richiesta d'asilo. Gli intervistati infatti dichiarano che il colloquio per il riconoscimento della protezione internazionale è spesso scioccante, i criteri di valutazione non sono chiari ed è possibile che il tentativo di adeguarsi ad essi, così come ognuno li interpreta, può confondere il richiedente asilo e porta i Commissari del Ministero ad interpretazioni erranee, addirittura opposte alla realtà della condizione dell'intervistato.

L'analisi delle 5000 interviste ha permesso ai ricercatori di individuare quattro possibili fonti di errore:

- 1) La tendenza a basarsi solo su caratteristiche personali
- 2) La difficoltà da parte dei migranti di tradurre le proprie esperienze in un linguaggio comprensibile dai policy makers e dai gestori dei vari servizi e presidi
- 3) Il mancato riconoscimento della vulnerabilità come un concetto affettivo con grandi connotazioni emotive che come tale crea condizioni individuali nel determinare la condizione di vittima
- 4) La possibilità che l'uso pratico del concetto di vulnerabilità aiuti nell'identificazione dei bisogni e degli specifici trattamenti utili, ma sostituisce la necessità di rispettare, proteggere e salvaguardare gli altri diritti e i bisogni delle persone. Per questo motivo il Report del Progetto Vulner nelle 10 Raccomandazioni finali ne include una che esplicitamente riguarda il rischio degli effetti avversi che possono verificarsi dall'uso della "vulnerabilità" solo in termini legali e burocratici.

Per evitare un tale rischio articolano la raccomandazione sulla vulnerabilità in cinque punti con la proposta di dare specifica attenzione a:

- 1) Contestualizzare la vulnerabilità sia nei criteri di riconoscimento che nella sua processualizzazione,
- 2) Integrare le conoscenze con quelle dei migranti e delle loro comunità
- 3) Valutare e prendere i dovuti provvedimenti se l'uso della "vulnerabilità" è la risposta adeguata ai bisogni dei migranti richiedenti protezione
- 4) Riconoscere e sostenere le associazioni dei migranti richiedenti protezione
- 5) Distinguere vulnerabilità dai diritti: la valutazione di una condizione di vulnerabilità aiuta l'attuazione di standard legali non li sostituisce.

La salvaguardia dell'identità della persona e della sua storia è l'obiettivo di tutte queste raccomandazioni. salvare la persona e non annullarla nell'attributo di una sua vulnerabilità. Molto chiaramente il sociologo Alessandro Dal Lago descrive questa condizione: "Una persona esiste solo in quanto la sua umanità non viene revocata o annullata. Gli stranieri (migranti regolari, irregolari, clandestini, nomadi, profughi) sono le categorie più suscettibili di essere trattate come non-persone. Nella stampa e in generale nei media, uno straniero sarà, volta per volta, un extracomunitario, un immigrato, un clandestino, un irregolare, categorie che non si riferiscono mai a qualche autonoma caratteristica del suo essere, ma a ciò che egli non è in relazione alle nostre categorie"

Si produce così quella che Dal Lago chiama la condizione di non persona: l'esito di un processo che nella reificazione delle persone ne permette e giustifica qualunque destino. In questi venti anni di lavoro con i migranti al Centro Samifo sono state centinaia le persone che abbiamo incontrato e non raramente abbiamo potuto osservare la verità di questa affermazione: negli uffici dove i migranti si rivolgono, nei centri di accoglienza e spesso, duole dirlo, anche nei contesti sanitari che di persone fragili dovrebbero quotidianamente prendersi cura. Lo sforzo che riteniamo debba essere messo in campo e a cui cerchiamo di attenerci ogni giorno nel nostro lavoro è riconoscere ogni individuo come una persona con tutte le sue diversità di storia, lingua e cultura. Da qui muove il primo passo per iniziare una relazione di assistenza e di cura.

Bibliografia:

- 1) Thomas Hobbes, *Leviatano*, Rizzoli, Milano, 2011
- 2) P. Ricoeur, *Altrimenti. Lettura di Altrimenti che essere o al di là dell'essenza di Emmanuel Levinas*, Morcelliana, Brescia 2000, 2007
- 3) Kate Dearden, Peter Weissenburger (ed.) *Better Policies and Laws to Address Migrants' Vulnerabilities: 10 key messages from the Vulner Project*. in *Population and Policy*, Discussion Paper No. 18 June 2023
- 4) Alessandro Dal Lago *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano, 2004

La Mediazione linguistico-culturale nel Centro SaMiFo

Martino Volpatti, Giorgia Rocca, Mohamed Tailmoun

“Questo «non essere parlati a» aveva effetti rapidi e devastanti. A chi non ti parla, o ti si indirizza con urli che ti sembrano inarticolati, non osi rivolgere la parola. Se hai la fortuna di trovare accanto a te qualcuno con cui hai una lingua comune, buon per te, potrai scambiare le tue impressioni, consigliarti con lui, sfogarti; se non trovi nessuno, la lingua ti si secca in pochi giorni, e con la lingua il pensiero.

Inoltre, sul piano dell'immediato, non capisci gli ordini e i divieti, non decifri le prescrizioni, alcune futili e derisorie, altre fondamentali. Ti trovi insomma nel vuoto, e comprendi a tue spese che la comunicazione genera l'informazione, e che senza informazione non si vive.

La maggior parte dei prigionieri che non conoscevano il tedesco, quindi quasi tutti gli italiani, sono morti nei primi dieci-quindici giorni dal loro arrivo: a prima vista, per fame, freddo, fatica, malattia; ad un esame più attento, per insufficienza d'informazione. Se avessero potuto comunicare con i compagni più anziani, avrebbero potuto orientarsi meglio: imparare prima a procurarsi abiti, scarpe, cibo illegale; a scansare il lavoro più duro, e gli incontri spesso mortali con le SS; a gestire senza errori fatali le inevitabili malattie. Non intendo dire che non sarebbero morti, ma avrebbero vissuto più a lungo, ed avrebbero avuto maggiori possibilità di riguadagnare il terreno perduto.” Da “I sommersi e i salvati” di Primo Levi

Nel 1986, quarant'anni dopo la scrittura di “Se questo è un uomo” e un anno prima di morire, Primo Levi ci consegna un'altra opera fondamentale di testimonianza e riflessione sull'esperienza di Auschwitz.

Ne “I sommersi e i salvati”, l'urgenza della testimonianza si trasforma in una volontà di conoscere e di capire le radici del male, esplorando quella zona grigia dove carnefici e vittime si incontrano.

L'analisi di una situazione estrema, come quella del campo di concentramento, diventa preziosa per capire dinamiche psicologiche e sociali che appartengono in profondità alla natura umana e che quindi possiamo incontrare anche oggi, anche se in forme e gradazioni diverse.

Breve storia del servizio di mediazione linguistico-culturale al SaMiFo:

Prendendo le mosse dalla riflessione di Primo Levi sull'importanza vitale della comunicazione e della comprensione tra esseri umani esposti a condizioni di estremo rischio e violenza, nelle nostre considerazioni emerge con forza come la comunicazione costituisca il cuore pulsante di un servizio come il SaMiFo, dedicato alla cura e all'integrazione socio-sanitaria dei migranti forzati, molti dei quali portano nel corpo e nella memoria le ferite di violenze intenzionali e di traumi

profondissimi legati al loro percorso migratorio. Come descritto da Santone nel suo capitolo, il Centro Astalli di Roma, fondato nel 1981 con l'obiettivo di offrire accoglienza e sostegno ai rifugiati, ha avuto un ruolo centrale nella nascita del SaMiFo. Grazie alle competenze maturate nel corso degli anni e a una consolidata conoscenza del contesto cittadino e delle dinamiche geopolitiche, ha contribuito in modo significativo alla sua fondazione, mettendo a disposizione non solo risorse materiali, ma soprattutto figure professionali qualificate, esperienze operative e saperi indispensabili per la costruzione del servizio. Il gruppo iniziale, formato da poche ma motivate persone provenienti dalla ASL, dalla medicina convenzionata e, come già detto, dal Centro Astalli, iniziò ad assistere le comunità di migranti forzati e a strutturare una modalità specifica di intervento, con l'obiettivo primario di ridurre gli ostacoli all'accesso ai servizi sanitari e di garantire una piena fruizione del diritto alla salute.

In funzione di questo obiettivo, il Centro SaMiFo ha individuato fin dalla sua nascita, tra i componenti centrali dell'équipe, un numero significativo di mediatrici e mediatori linguistico-culturali. Tale scelta è stata resa possibile anche grazie all'esperienza pregressa del Centro Astalli, che ha messo da subito a disposizione quattro mediatori del proprio personale, tuttora in servizio. Dal 2006 a oggi, il numero di mediatrici e mediatori è cresciuto in modo significativo, in risposta all'aumento dei paesi di provenienza delle persone assistite e alla conseguente necessità di ampliare le competenze linguistiche per garantire una comunicazione efficace. Nei primi anni dopo l'apertura del Centro, le comunità che afferivano al SaMiFo erano, prevalentemente, provenienti da Afghanistan, Corno D'Africa (in particolare dall'Eritrea ed Etiopia), Africa sub-sahariana francofona e anglofona.

Attualmente, il servizio assiste persone provenienti da circa 80 Paesi diversi, distribuiti tra Europa, Asia Minore, Asia Meridionale, Africa e Sud America. Questa crescente eterogeneità geografica si traduce in una notevole pluralità linguistica, comprendente sia lingue di origine sia lingue veicolari, e ha comportato, conseguentemente, un progressivo ampliamento dell'équipe di mediazione linguistico-culturale, che oggi conta complessivamente 30 professionisti. Inoltre, per garantire a tutte le persone assistite una comunicazione adeguata, il SaMiFo ha anche la possibilità di richiedere la presenza di mediatrici e mediatori linguistico-culturali a chiamata per le lingue non parlate dallo staff fisso.

Tutti hanno una formazione specifica e sono iscritti all'Elenco Nazionale dei mediatori transculturali esperti in ambito sanitario dell'INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà).

Un'ulteriore fonte di finanziamento che ha consentito l'ampliamento del servizio è rappresentata dal Fondo europeo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI). Nel corso degli anni, è stato portato avanti un costante e strutturato lavoro di progettazione finalizzato all'accesso a tali fondi, con l'obiettivo di potenziare la continuità

della presenza di personale sanitario e di mediazione, evitando l'interruzione di alcuni importanti servizi. Accanto al supporto continuativo e mai interrotto del personale del Centro Astalli, il dott. Santone, direttore della struttura, si è attivato sin dall'inizio per la stipula di una convenzione di collaborazione con Roma Capitale, che ancora oggi contribuisce a garantire una parte importante dello staff di mediatrici e mediatori. Tale rete di collaborazioni ha inoltre permesso di rispondere in modo tempestivo e sostanziale alle emergenze più recenti, rendendo possibile il rafforzamento del personale di mediazione durante la pandemia da COVID-19, l'emergenza afghana e, successivamente, quella ucraina, tuttora in corso. A coronamento dell'impegno profuso dal Centro e dal dott. Santone, nel 2023, è stato pubblicato un bando pubblico della ASL Roma I per garantire la stabilità e l'ampliamento dello staff di mediazione. La dirigenza strategica aziendale, riconoscendo il ruolo centrale della mediazione linguistico-culturale nei percorsi di cura e di accesso ai servizi, ha scelto di estendere questo dispositivo a tutte le proprie unità territoriali e ospedaliere. Si tratta di un cambiamento culturale di portata cruciale, a oggi pressoché unico nel panorama italiano del servizio pubblico di salute. L'avviso pubblico è stato assegnato al CIES – Centro Internazionale di Educazione e Sviluppo - che è diventato l'ente fornitore del servizio.

Questa progressiva stabilizzazione del servizio ha consentito di costruire, nel tempo, un'organizzazione sempre più attenta e articolata. Non si è trattato soltanto di un ampliamento numerico, ma di un lavoro continuo di definizione di ruoli, di coordinamento dell'équipe, di gestione delle tempistiche e di ripensamento degli spazi del Centro SaMiFo, in funzione dei bisogni delle persone accolte. Il tutto si è sviluppato secondo un'ottica integrata che, sin dal 2006, trova il proprio fondamento nella mediazione di sistema e in una conoscenza approfondita delle caratteristiche, delle vulnerabilità e delle risorse della popolazione dei migranti forzati che affrisce al servizio.

Il SaMiFo è, per sua stessa natura, una struttura di mediazione. Uno dei suoi compiti è facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali da parte dei migranti forzati, rendendo comprensibili sistemi spesso complessi come la burocrazia, le pratiche amministrative e la rete dei servizi territoriali.

Questo lavoro si realizza attraverso un'attività costante di traduzione, accompagnamento e orientamento, finalizzata non solo a rispondere ai bisogni immediati, ma anche a promuovere progressivamente l'Empowerment delle persone assistite e l'autonomia nella gestione del rapporto con i servizi socio-sanitari.

Tale processo passa dalla comprensione del funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, dall'acquisizione delle principali informazioni delle malattie, dalla gestione di momenti delicati come la gravidanza, fino all'attenzione alle persone fragili e ai minori.

In questo senso, la mediazione non si limita a risolvere ostacoli contingenti, ma diventa uno strumento essenziale per la costruzione di una reale integrazione so-

cio-sanitaria, oggi più che mai un tema imprescindibile per la nostra società. Il nodo fondamentale che preme sottolineare è la personalizzazione degli interventi, che tiene conto delle specifiche condizioni cliniche, culturali, sociali e psicologiche di ciascun individuo: la persona assistita, i suoi bisogni e i suoi desideri sono al centro del percorso di presa in carico e cura che viene veicolato dal “sistema” SaMiFo e dal servizio di mediazione linguistico-culturale.

Questa attenzione è resa necessaria anche dal fatto che molti dei nostri utenti, giunti in Italia da poco tempo, pur frequentando corsi di lingua italiana, non sono ancora in grado di comprendere pienamente e di farsi comprendere con chiarezza, soprattutto se analfabeti. A ciò si aggiungono, spesso, le conseguenze delle violenze subite o alle quali sono stati testimoni, che possono compromettere ulteriormente le capacità comunicative, la concentrazione, la memoria e la fiducia nell'interlocutore.

Per questo motivo, tutte le attività cliniche e sociali vengono svolte in stretta collaborazione con le mediatrici e i mediatori linguistico-culturali. Affinché questo tipo di assistenza possa essere non solo efficiente, ma anche realmente efficace, è inoltre imprescindibile il rispetto rigoroso della privacy e la tutela dei dati sensibili delle persone assistite. La riservatezza non rappresenta un mero adempimento formale, ma una condizione essenziale per la costruzione e il mantenimento della fiducia, che costituisce uno degli elementi fondanti della presa in carico e dell'intero percorso terapeutico.

La mediazione linguistico-culturale nella realtà del SaMiFo . Tra strategie, distanze e incontri.

Molti dei rifugiati che accedono al nostro servizio, come abbiamo detto, hanno attraversato esperienze limite nelle persecuzioni nei paesi d'origine, nei viaggi nel deserto o in mare e nei paesi di transito. Su tutti la detenzione nei centri libici, autentici lager dove soprusi e violenze vengono inflitti in modo sistematico, tanto da divenire una triste normalità. In questi luoghi le persone sperimentano una progressiva perdita di umanità intesa come dimensione ricca, complessa che definisce la nostra identità e ci distingue gli uni dagli altri, tutti uomini, ma tutti diversi per storia, linguaggio, desideri, istruzione e capacità. Nella dinamica della reclusione e della tortura il soggetto diviene passivo, inerme, diviene un oggetto nelle mani di un altro.

Nel percorso di cura il compito dell'operatore è quello di invertire questa dinamica, accompagnando la persona in un cammino di ripresa della propria autonomia, delle proprie risorse, di riconquista della propria complessità.

In questo percorso il comunicare è un elemento fondamentale, la riappropriazione della parola significa ritornare a capire ed essere capiti, diviene il punto di partenza per riprendere in mano la propria vita, curare le ferite passate, orientarsi nel

presente e tornare a pensare un futuro.

Yaya, mediatore gambiano di lingue poular, mandinga e wolof, ha sperimentato sulla propria pelle molte delle esperienze traumatiche che segnano le storie dei nostri pazienti. La fuga dal proprio Pese per motivi di persecuzione legata a dinamiche familiari, un viaggio di anni tra Senegal, Mauritania, Mali, Burkina Faso, Niger, Algeria e Libia. Tra l'estorsione delle polizie di frontiera e i pericoli del deserto, tra le violenze in Libia e la morte di compagni e amici davanti ai propri occhi. E poi il mare, con un primo naufragio poco dopo la partenza e un secondo tentativo che termina con il salvataggio di una nave di soccorso di una Ong. E quindi finalmente l'Italia, Siracusa e poi Roma, nel grande centro di Castelnuovo di Porto. La commissione, il diniego e poi, dopo anni, finalmente un permesso legato a fattori di inclusione: su tutti un corso per mediatori e un periodo di tirocinio al Samifo. Oggi, a distanza di anni, Yaya è presente tutti i giorni al Samifo ed è un punto di riferimento per tutti gli utenti provenienti dalla Guinea, dal Gambia, dal Senegal e in generale per tutto il servizio di accoglienza e mediazione. E il suo percorso di ricostruzione di vita è stato possibile grazie a una opportunità che oggi non esiste più, quella di ottenere un permesso di soggiorno valorizzando i concreti fattori di integrazione. Un riconoscimento all'impegno, alle capacità personali e alla volontà di integrarsi che oggi è stato abolito in una deriva politica di chiusura e miopia sempre maggiori.

Quando le persone arrivano la prima volta al SaMiFo, specie se in Italia da poco tempo, appare evidente una sorta di disorientamento generale rispetto ai propri diritti, alla possibilità di cure e alle procedure amministrative da affrontare. Tale disorientamento può innescare un processo di isolamento della persona che sente di non poter essere capita in un contesto tanto estraneo. La presenza al front-office dei mediatori rappresenta una possibilità immediata per poter esprimere nella propria lingua una richiesta a volte solo accennata, incompleta, ma capace di rompere l'isolamento e innescare un percorso di cura.

La mediazione al SaMiFo si esercita su più livelli e in diverse linee di attività. La prima è quella dell'accoglienza.

Al front-office, un lungo bancone ad accesso libero, situato all'ingresso dell'ambulatorio, siedono tre o quattro mediatori di diverse lingue e culture, che si alternano durante la giornata e cambiano nei diversi giorni della settimana. Chi arriva per la prima volta può facilmente incontrare un mediatore della propria lingua, o almeno capace di comunicare con lui attraverso una lingua veicolare, oppure, nella peggiore delle ipotesi, può essere informato su quando incontrare un mediatore con cui poter comunicare.

Al front-office i mediatori ascoltano le richieste degli utenti che vanno dalla domanda di accettazione alle visite mediche o ai colloqui psicologici o di assistenza sociale, alla prenotazione di visite presso servizi esterni, a quella di informazioni e orientamento riguardo le possibilità di iscriversi al sistema sanitario, di usufruire di un'esenzione, di avere un certificato o altre prestazioni.

Qui il mediatore diviene un vero e proprio operatore, o facilitatore, non si limita a permettere la comunicazione, ma orienta, accompagna, dà informazioni all'utente.

Quando la richiesta è troppo complessa, poco chiara o sembra richiedere uno spazio di maggior riservatezza, il mediatore accompagna l'utente nel back-office per accogliere la richiesta in una dimensione di maggiore privacy con l'aiuto di operatori specializzati in situazioni complesse.

L'altro spazio di attività fondamentale per il mediatore è quello all'interno delle visite mediche, infermieristiche o nei colloqui con psicologi o assistenti sociali. Qui il compito del mediatore è chiaramente quello di permettere una comunicazione efficace tra clinici e pazienti, ma a seconda della specialità, la modalità di mediare si modifica. Nelle visite di medicina generale o di medicina -legale fondamentale è arrivare all'essenza del problema, quindi il mediatore può facilitare la comunicazione traducendo in modo più autonomo, tendendo all'efficacia. Nell'ambito della salute mentale, invece, il mediatore deve rendersi il meno visibile possibile, parlando in prima persona e cercando di tradurre in modo più letterale possibile per permettere una comunicazione completa e sottile, sia sul piano verbale che su quello non verbale.

Un'altra componente fondamentale del nostro servizio di mediazione è l'attenzione al genere e alla provenienza culturale dei mediatori, questo per permettere all'utente di scegliere una relazione che lo possa mettere il più possibile a proprio agio.

Nel servizio di salute della donna si privilegia una mediazione tutta al femminile che accompagna ginecologa, ostetrica e infermiera.

Nelle visite e nei colloqui di salute mentale e nelle visite di medicina legale si cerca di capire, insieme all'utente, se è preferibile un mediatore donna o uomo e se un mediatore della comunità di appartenenza possa rappresentare un vantaggio o un fattore di chiusura.

Se l'esperienza ci può dare delle indicazioni di base, nulla va dato per scontato e il percorso di cura va negoziato il più possibile con l'utente, proprio per permettere una condivisione attiva e consapevole delle scelte.

In generale un mediatore appartenente alla comunità di appartenenza può facilitare la fiducia nei confronti del clinico, dando un senso di familiarità al contesto terapeutico. Se però la cura deve toccare tematiche molto intime, come possono essere i traumi da violenze sessuali, o la presenza di gravi malattie infettive, può essere consigliabile avvalersi di mediatori "più esterni" che possano far sentire più liberi il paziente nella comunicazione.

In generale il rispetto della privacy è fondamentale e il paziente viene rassicurato sull'esistenza del segreto professionale che vincola operatori socio-sanitari e mediatori. A volte però le parole non bastano a rompere il peso della vergogna ed è importante lasciare all'utente uno spazio di scelta.

Emblematica la scelta di una donna congolese di raccontare le violenze sessuali vissute a un mediatore uomo, specificando che nella sua esperienza “le donne parlano troppo”. In questo caso la vergogna e il conseguente desiderio di riservatezza hanno superato la ricerca di una confidenza maggiore tra donne, quale di solito viene cercata dalle vittime di violenza sessuale.

In generale, al SaMiFo la dimensione della mediazione è talmente pervasiva dal passare da uno strumento di cura a uno spazio ampio in cui la cura stessa si inserisce.

Accogliere e prendere in carico persone provenienti da contesti culturali lontani significa confrontarsi con altre concezioni ed esperienza della salute e della cura. Il peso simbolico del sangue, il significato dei sogni e l'esperienza di cure tradizionali sono solo alcuni degli elementi che incontriamo nel nostro ambulatorio. La mediazione serve a ridurre le distanze, cercare non solo un linguaggio comune, ma un terreno su cui incontrarsi.

Un ragazzo togolese che si diceva posseduto da un djinn (uno spirito maligno) mostrava diffidenza e chiusura rispetto alla possibilità di un contesto sanitario occidentale di comprendere e curare il suo male. Sentiva di aver bisogno di un guaritore del suo paese, perché il suo era un male spirituale. La mediazione con lui non fu tanto un lavoro di comprensione linguistica, parlava un ottimo francese, fu piuttosto la costruzione di un terreno d'incontro tra due mondi culturali diversi per trovare una possibilità di cura. Il terreno costruito insieme fu quello dell'ammettere la nostra impossibilità nell'affrontare direttamente la possessione e nell'offerta di un aiuto a rafforzare la sua salute, per permettergli di contrastare il più possibile il djinn che era entrato nella sua ferita. Fu la costruzione di questo terreno d'incontro a generare una dinamica di fiducia che permise il cominciare della cura.

In altri casi la mediazione ha permesso ai clinici di accedere a codici culturali apparentemente lontani, ma che si sono poi rivelati sorprendentemente vicini a dinamiche culturali a noi familiari.

Durante un percorso di sostegno psicologico a una donna ivoriana emerge un dolore profondo causato dalla recente perdita della madre, complicato da un rancore profondo nei confronti di una zia accusata di aver causato la morte della madre attraverso una pratica di magia nera. Alla fine del colloquio, uscita la paziente, la mediatrice commenta: “in Costa d'Avorio non si muore mai per caso, è sempre colpa di qualcuno”. Nel procedere della terapia questo rancore, apparentemente legato a una dimensione magica, per noi incomprensibile, si è poi rivelato l'unico strumento a disposizione della donna per provare a dare un senso a quella morte e uscire da una sensazione di impotenza.

La logica del capro espiatorio, la ricerca di un colpevole per sfogare la rabbia acuita dalla lontananza e dare l'illusione di potere fare ancora qualcosa per il defunto, fosse solo vendicarlo, aveva semplicemente preso una forma diversa dalla nostra

contemporaneità, che prevede colpevoli più legati al mondo delle scienze e della tecnica, come microchip, medici o vaccini. Ma in fondo, al di là dell'”esotismo” della forma, si trattava di una dinamica universale, antica come il capro della Bibbia e popolare come i malocchi e gli scongiuri recitati nei mille dialetti del nostro Paese.

Il supporto ai Minori Stranieri e la mediazione linguistico-culturale

Negli ultimi anni l'Europa ha visto aumentare in modo significativo i flussi migratori, con conseguenze dirette sui servizi sanitari territoriali. Tra le persone più fragili ci sono i minori stranieri provenienti da Paesi extra-UE, che spesso arrivano con storie complesse e vissuti traumatici. Per loro in particolare, l'accesso ai servizi di salute mentale risulta difficoltoso.

I servizi di Tutela della Salute Mentale in Età Evolutiva (TSMREE) faticano a rispondere in modo adeguato alle richieste che arrivano dal territorio (a questi bisogni): le liste d'attesa sono lunghe e molti minori non hanno accesso ai (possono nemmeno essere inseriti nei) percorsi di cura perché privi di residenza anagrafica. Per rispondere a queste criticità, dal 2017 presso la UOSD Centro SAMIFO, nel Padiglione 17 del Complesso di Santa Maria della Pietà, è attivo un ambulatorio dedicato alla valutazione e alla diagnosi dei minori stranieri extra-UE.

In questo contesto, la mediazione linguistico-culturale non è un supporto accessorio, ma una parte centrale del lavoro clinico.

Accoglienza, valutazione e cura dei minori stranieri

L'attività di cura dell'ambulatorio si rivolge, fin dall'inizio, ai minori stranieri cittadini extra-UE accompagnati dalle proprie famiglie. Il servizio accoglie bambini e adolescenti inseriti in contesti familiari spesso caratterizzati da fragilità sociali, abitative ed economiche, e da storie migratorie complesse. In questi casi, il lavoro clinico si sviluppa in stretta relazione con i genitori, che rappresentano al tempo stesso una risorsa fondamentale e, talvolta, un elemento portatore di proprie difficoltà legate al processo migratorio. A partire dal 2025, oltre ai minori accompagnati dalle famiglie, l'ambulatorio ha esteso il proprio intervento anche ai Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA), creando una nuova équipe strutturata e dedicata che opera e integra quella già esistente. I MSNA arrivano al servizio su segnalazione dei tutori legali o dei responsabili dei centri di accoglienza in cui sono ospitati e presentano bisogni clinici e di cura spesso particolarmente complessi.

I minori stranieri accompagnati in famiglia e i MSNA condividono alcune vulnerabilità, come l'esposizione a eventi traumatici, la difficoltà di accesso ai servizi e l'impatto della migrazione sullo sviluppo emotivo e cognitivo. Allo stesso tempo, presentano differenze significative che richiedono assetti organizzativi e clinici specifici.

L'accoglienza

Per i minori accompagnati, l'accoglienza avviene generalmente insieme ai genitori, che fungono da mediatori naturali della domanda di cura. Il primo incontro è spesso segnato da timori legati allo stigma della salute mentale o alla paura di un giudizio sulle competenze genitoriali. Il mediatore culturale aiuta a chiarire il senso del percorso e a costruire un'alleanza iniziale con la famiglia.

Nel caso dei MSNA, l'accoglienza assume caratteristiche differenti. L'invio è quasi sempre istituzionale e il minore arriva spesso solo, senza figure familiari di riferimento, accompagnato dal tutore o da chi ne fa momentaneamente le veci. In questa fase è fondamentale chiarire che il servizio non ha una funzione di controllo o valutazione giuridica, ma di cura. Il mediatore svolge un ruolo centrale nel creare un clima di fiducia e nel rendere l'incontro comprensibile e non minaccioso.

La valutazione

La fase di valutazione tiene conto della specificità delle due tipologie di utenza. Nei minori accompagnati, il racconto della storia di vita e del disagio passa attraverso la voce dei genitori, con la necessità di integrare il punto di vista adulto con quello del bambino o dell'adolescente.

Nei MSNA, invece, la valutazione si confronta spesso con racconti frammentati, silenzi o difficoltà a ricostruire in modo lineare la propria storia. Il lavoro clinico presta particolare attenzione ai traumi legati all'esperienza migratoria e alle condizioni di vita precedenti e successive all'arrivo. Un aspetto centrale riguarda il livello di alfabetizzazione e la storia scolastica: molte difficoltà cognitive o di apprendimento sono infatti legate a una scolarizzazione assente o molto discontinua nel Paese di origine. In entrambe le situazioni, il mediatore culturale aiuta l'équipe a distinguere tra difficoltà evolutive, effetti del trauma e reali quadri psicopatologici, evitando letture riduttive o patologizzanti.

Cleo

Una ragazza egiziana, adolescente molto curata, apparentemente adeguata e in grado di affrontare qualsiasi incombenza scolastica. Nonostante ciò, presenta scarsi giudizi scolastici e gli insegnanti lamentano una bassa motivazione, attribuita a una scarsa capacità di seguire i compiti assegnati; da qui il sospetto di un ritardo mentale, mascherato dall'aspetto curato e gradevole. Il lavoro di mediazione è stato fondamentale sia per consentire alla ragazza di affrontare i test di valutazione, sia per costruire un'alleanza terapeutica con la madre, che altrimenti non avrebbe compreso la situazione.

La diagnosi

La formulazione diagnostica viene sempre collocata all'interno della storia migratoria e familiare del minore. Nei minori accompagnati, la diagnosi coinvolge direttamente i genitori, che vengono aiutati a comprendere il significato clinico delle difficoltà emerse. I sintomi vengono letti soprattutto alla luce di traumi complessi, lutti non elaborati e condizioni di stress cronico legate all'incertezza del progetto di vita. L'équipe dedicata lavora per evitare che la diagnosi diventi un'etichetta stigmatizzante, mantenendo una lettura dinamica e contestuale del funzionamento del ragazzo.

La restituzione

La restituzione rappresenta un passaggio particolarmente delicato in entrambi i percorsi. Con i minori accompagnati, questo momento è pensato come uno spazio di confronto e chiarificazione con la famiglia, in cui tradurre il linguaggio clinico in termini comprensibili e culturalmente sostenibili.

Con i MSNA, la restituzione coinvolge spesso anche il tutore e i referenti del centro di accoglienza. Il minore viene accompagnato nella comprensione di quanto emerso con un linguaggio chiaro e concreto, evitando etichette che possano rinforzare vissuti di esclusione o fallimento. Il mediatore facilita la comunicazione tra tutti i soggetti coinvolti, favorendo una presa in carico condivisa.

In questo assetto, la mediazione linguistico-culturale attraversa tutte le fasi del percorso – dall'accoglienza alla valutazione, dalla diagnosi alla restituzione e alla terapia – e rappresenta uno strumento essenziale per rispondere in modo differenziato ma integrato ai bisogni dei minori presi in carico dall'ambulatorio.

Malika, Omar e il padre

Un ragazzo minore affetto da patologia oncologica terminale, conosciuto nel 2022 dalla mediatrice linguistico-culturale di lingua araba Malika, in servizio presso il Padiglione 17. Il caso si è presentato fin dall'inizio come particolarmente complesso a causa delle gravi incomprensioni con il padre, di origine libica, unico referente genitoriale e parlante esclusivamente la lingua araba. Il padre faticava ad accettare il decorso doloroso e la prognosi infausta della malattia del figlio, manifestando una forte opposizione rispetto alle indicazioni proposte dall'équipe sanitaria del centro di cure palliative. Prima del coinvolgimento della mediatrice, tali difficoltà comunicative e relazionali avevano portato la struttura sanitaria, nell'impossibilità di procedere con le cure ritenute necessarie, ad avviare una richiesta di revoca della potestà genitoriale.

L'intervento di Malika ha permesso di ristabilire un canale di comunicazione efficace con il padre, favorendo una comprensione reciproca tra la famiglia e l'équipe sanitaria. Attraverso un lavoro di mediazione linguistica e culturale, è stato pos-

sibile chiarire le modalità di presa in carico del minore, accogliere le richieste, le preoccupazioni e le osservazioni del padre, e costruire un'alleanza che ha consentito la prosecuzione del percorso previsto nel centro Antea nel rispetto dei bisogni del ragazzo e del contesto familiare.

“Grazie alla mediatrice”, queste le parole del medico che seguiva il ragazzo, “abbiamo smesso di vedere il genitore come un ostacolo e lo abbiamo riconosciuto come un padre”.

Il Trauma Ucraino In Terra Europea

Corpo, identità e appartenenza nei rifugiati ucraini

Emilio Vercillo, Yana Skulevych, Giancarlo Santone

A differenza di molte altre popolazioni rifugiate, i profughi ucraini non provengono da territori con tradizioni orali o religiose radicalmente distanti da quelle occidentali, ma da una cultura europea al margine, segnata da un'eredità post-sovietica unica, che plasma profondamente la rappresentazione del corpo, della cura, della sofferenza e dell'identità. Questa continuità apparente con la cultura d'accoglienza produce in realtà un trauma ulteriore: quello di non essere riconosciuti nella propria specificità.

In questo senso, il caso ucraino mette alla prova alcune categorie tipiche della clinica del trauma: il concetto di trauma cumulativo, l'ambivalenza tra resilienza e negazione, o ancora il ruolo delle narrative collettive nella rielaborazione individuale del danno psichico. I rifugiati ucraini esprimono un trauma che non è soltanto frutto dell'evento bellico, ma anche dell'interruzione biografica, della perdita di coerenza linguistica, della frattura affettiva con la propria genealogia culturale.

Con questo capitolo si propone quindi una lettura non tanto "altra", quanto differente: un'indagine sulla crisi del senso nei rifugiati che appaiono "simili", ma che proprio per questo rischiano di non essere visti. La vicinanza geografica, linguistica e simbolica all'Europa occidentale non cancella il dolore, ma lo rende meno visibile. È in questo spazio opaco, tra prossimità e invisibilità, che si situa il lavoro clinico con i rifugiati ucraini.

Questo articolo prende in esame in particolare l'esperienza clinica e sociale raccolta in Italia – presso il centro SaMiFo (Salute Migranti Forzati) di Roma – e in Spagna, con la Croce Rossa Spagnola. Le evidenze emerse da queste due prospettive, intrecciate con il quadro delle norme e dei dispositivi di accoglienza attivati nei due paesi, permettono di analizzare le forme specifiche del trauma ucraino: un'esperienza insieme universale – in quanto segnata dalla violenza, dalla fuga e dalla perdita – e culturalmente situata, in quanto radicata nella storia e nelle rappresentazioni identitarie del popolo ucraino.

Introduzione

L'invasione russa dell'Ucraina, iniziata il 24 febbraio 2022, ha rappresentato uno degli eventi più traumatici e sconvolgenti nella storia europea recente. Caratterizzata fin dall'inizio da attacchi indiscriminati contro la popolazione civile, episodi sistematici di torture, esecuzioni extragiudiziali e violenze sessuali, la guerra ha

generato una crisi umanitaria di enormi dimensioni. Milioni di cittadini ucraini hanno dovuto lasciare improvvisamente le loro case, cercando rifugio nelle regioni più sicure del paese o fuggendo verso l'estero.

Secondo i dati più recenti dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR, 2024), oltre sei milioni di rifugiati ucraini si sono stabiliti in Europa, con un ulteriore mezzo milione distribuito in altri continenti. Una caratteristica distintiva di questa migrazione forzata è la prevalenza di donne (47%) e bambini (33%), dovuta principalmente alla legge marziale che impedisce agli uomini tra i 18 e i 60 anni di lasciare il paese, in vista del loro possibile reclutamento militare. Ciò ha prodotto dinamiche sociali e familiari particolarmente complesse, con molte donne che devono affrontare in solitudine responsabilità genitoriali e di cura, in contesti completamente nuovi e spesso difficili da gestire.

La distribuzione geografica dei rifugiati evidenzia una presenza significativa nei paesi limitrofi, in particolare Polonia e Ungheria, oltre che in paesi dell'Europa occidentale come Germania, Italia e Spagna. Questa diaspora è caratterizzata da diversi livelli di integrazione e da sfide specifiche che influenzano significativamente la salute mentale e l'adattamento psicologico dei rifugiati.

Il presente capitolo approfondisce le specificità cliniche e culturali del lavoro con i rifugiati ucraini, basandosi sulle esperienze dirette raccolte nel contesto italiano, con particolare riferimento alle attività di assistenza nel contesto di Roma, e di uno degli autori in Spagna. La riflessione offerta qui non intende descrivere la fenomenologia clinica del trauma, che presenta elementi universali, quanto piuttosto esplorare quei fattori storici, culturali e sociali specifici della popolazione ucraina che influenzano profondamente la loro risposta al trauma e la loro interazione con i servizi di supporto psicologico.

1. Il trauma dei rifugiati ucraini: uno scenario complesso

I rifugiati ucraini presentano un quadro clinico complesso e spesso sottovalutato. Nonostante sia ampiamente documentato che circa il 33% della popolazione ucraina soffre di disturbi mentali nel corso della vita, con tassi particolarmente elevati di suicidio e mortalità alcol-correlata (Hook & Bogdanov, 2021; WHO, 2022), molti rifugiati non riconoscono né cercano aiuto per sintomi depressivi e post-traumatici. Studi recenti hanno evidenziato che, nonostante elevati tassi di sintomi depressivi tra i rifugiati ucraini, molti non associano tali sintomi a problematiche di salute mentale e, di conseguenza, raramente ricorrono a interventi professionali (Guerrero et al., 2023).

La complessità nella diagnosi e nella stima della prevalenza dei disturbi post-trau-

matici da stress (PTSD) tra i rifugiati ucraini rappresenta un'altra sfida importante. Secondo una revisione della letteratura recente (Ellis et al., 2024), la prevalenza stimata di PTSD varia considerevolmente tra il 5% e il 73%, a seconda dei metodi di campionamento e dei criteri diagnostici utilizzati. Questa variabilità è attribuita principalmente ai limiti metodologici di molti studi, che tendono ad utilizzare campioni di convenienza o popolazioni cliniche, piuttosto che campioni rappresentativi.

Un altro aspetto cruciale che emerge dalla letteratura riguarda l'impatto differenziale del trauma pre-migratorio rispetto agli stress post-migratori sulla salute mentale dei rifugiati. Sebbene gli eventi traumatici vissuti in patria siano indubbiamente significativi, è stato osservato che gli stress quotidiani successivi alla migrazione (precarietà economica, isolamento sociale, barriere linguistiche e burocratiche) possano avere un impatto addirittura più rilevante nel mediare lo sviluppo e il mantenimento del PTSD (Miller & Rasmussen, 2017; Bryant et al., 2023).

È significativo inoltre notare come, nonostante livelli apparentemente elevati di resilienza riscontrati nella popolazione ucraina (McGinty et al., 2023), stili di coping evitanti siano stati frequentemente associati a una maggiore gravità dei sintomi traumatici. Studi precedenti condotti su altre popolazioni di sfollati interni (Saxon et al., 2017; Elklit et al., 2012) hanno infatti dimostrato che strategie di coping basate sull'evitamento, pur rappresentando un tentativo comprensibile di fronteggiare l'angoscia immediata, nel lungo periodo risultano controproducenti, aumentando la vulnerabilità psicologica e ostacolando la ricerca attiva di aiuto.

In sintesi, la condizione psicologica dei rifugiati ucraini rappresenta uno scenario clinico particolarmente sfaccettato, in cui elementi di vulnerabilità e resilienza si intrecciano strettamente con fattori culturali e contestuali, richiedendo quindi interventi di sostegno mirati, sensibili culturalmente e in grado di rispondere efficacemente alle specifiche esigenze di questa popolazione.

2. Transizione socioeconomica e impatto psicologico

Una delle caratteristiche più distintive dei rifugiati ucraini rispetto ad altre popolazioni in fuga da conflitti armati è la loro provenienza, nella maggior parte dei casi, da un contesto urbano, professionale e relativamente agiato. Negli anni precedenti l'invasione del 2022, l'Ucraina aveva conosciuto una fase di sviluppo economico e modernizzazione, in particolare nei centri urbani. Molte rifugiate, dunque, lasciavano alle spalle attività imprenditoriali, carriere consolidate, proprietà immobiliari e una rete sociale funzionale. Lo shock migratorio, per questa ragione, ha comportato non soltanto la perdita fisica di beni e spazi, ma anche la frattura improvvisa di un'identità professionale e sociale radicata. Questo elemento si è

tradotto in un'esperienza di forte umiliazione sociale, una sensazione di svuotamento del proprio ruolo e valore.

In numerose testimonianze cliniche raccolte in Italia, donne rifugiate ucraine hanno espresso profondo disagio nell'essere accolte in centri condivisi con rifugiati provenienti da altri contesti culturali e socioeconomici, percependo una doppia marginalizzazione: da un lato, l'essere assimilate a popolazioni "povere" o "non europee"; dall'altro, l'attesa implicita che, in quanto europee, esse dovessero mostrare maggiore resilienza, empatia e adattabilità alle difficili condizioni di accoglienza, con altri rifugiati provenienti da differenti e distanti contesti culturali. Alcune hanno definito questa condizione come un "razzismo al contrario" o "razzismo verso i bianchi", percependosi discriminate proprio per il loro vissuto di privilegio interrotto.

Questo vissuto si è spesso accompagnato a un senso di ingiustizia sociale anche all'interno della propria comunità: alcuni cittadini ucraini arrivati prima della guerra per motivi economici tendevano a considerare i nuovi arrivati come "favoriti" per l'accesso facilitato alla protezione temporanea europea. Ciò ha generato talvolta tensioni, isolamento, e in alcuni casi sentimenti di colpa per aver ricevuto sostegno senza dover affrontare le lunghe trafale burocratiche vissute da altri migranti.

Una conseguenza clinicamente rilevante di questa frattura esistenziale è stata l'emergere di un "vuoto d'azione": molte persone, abituate a una vita attiva e strutturata, si sono ritrovate improvvisamente inattive, dipendenti dall'assistenza, senza prospettive occupazionali immediate. Questa condizione ha esacerbato i vissuti di ansia, depressione e regressione, ma ha anche funzionato in alcuni casi come spazio di rielaborazione psichica, portando alcune persone a prendersi finalmente cura di traumi precedenti alla guerra, in un contesto di relativa sicurezza.

In alcuni casi clinici osservati, i pazienti riportavano la sensazione di aver perso il controllo sulle proprie emozioni e relazioni, descrivendo uno stato di iperattivazione emotiva, irritabilità, diffidenza e insonnia. Questi sintomi, pur riconducibili al quadro classico di uno stress post-traumatico, si declinavano in modo specifico in rapporto alla perdita del ruolo sociale e alla vergogna legata al confronto con il passato.

Questa particolare configurazione psico-sociale - caratterizzata da un crollo improvviso di status, da dinamiche interculturali complesse e da un'interruzione brutale della quotidianità - rappresenta un ambito cruciale per gli operatori clinici. Essa impone la necessità di approcci terapeutici che sappiano integrare una lettura culturale e sociale della sofferenza, evitando riduzioni individualistiche del

trauma e valorizzando gli elementi di storia personale e contesto pre-migratorio che ne determinano la specificità.

3. Differenze generazionali e adattamento

Le risposte psicologiche dei rifugiati ucraini variano in modo significativo in base all'età, rivelando traiettorie di adattamento profondamente differenti. La generazione degli over 50, in particolare, ha manifestato le maggiori difficoltà di integrazione, sia sul piano sociale che clinico. Molti di questi rifugiati occupavano ruoli professionali di alto profilo in patria – medici, insegnanti, ingegneri, imprenditori – e avevano costruito un'identità fortemente legata al proprio status sociale. Il dislocamento forzato ha quindi generato una rottura drammatica, non solo delle abitudini quotidiane, ma anche del senso di sé. Molti hanno vissuto il passaggio a una condizione di dipendenza dall'aiuto umanitario come una profonda umiliazione.

Oltre alla perdita del ruolo sociale, un ulteriore ostacolo per questa generazione è rappresentato dalla difficoltà ad apprendere nuove lingue. Cresciuti in un contesto sovietico, dove il russo era lingua franca e l'apprendimento di lingue occidentali era limitato, molti non possiedono le basi cognitive o motivazionali per apprendere rapidamente. Alcuni riferiscono anche problemi di memoria o di concentrazione (tipici per condizioni post-traumatiche), che ostacolano ulteriormente l'adattamento linguistico.

Dal punto di vista psicologico, questa generazione è anche la più diffidente nei confronti dei servizi sanitari, in particolare quelli psichiatrici. Questo atteggiamento affonda le radici in due fattori interconnessi: da un lato, una lunga tradizione di medicina alternativa e auto-cura – frutto anche della scarsità di risorse durante l'era sovietica – e dall'altro, il trauma collettivo legato all'uso repressivo della psichiatria come strumento di controllo politico. Molti over 50 hanno assistito, o vissuto in famiglia, episodi di internamento coatto con diagnosi gravi (es. schizofrenia) usate per silenziare dissidenti.

A livello clinico, questa sfiducia si traduce spesso in un rifiuto della farmacoterapia e soprattutto in una bassa compliance ai percorsi psicologici. I pazienti di questa fascia di età tendono a minimizzare i propri sintomi, ritenendo di poterli affrontare “con la forza di volontà”, e faticano ad accettare la fragilità psicologica come legittima. Non di rado, la richiesta d'aiuto arriva solo in fase avanzata, quando i sintomi depressivi o ansiosi sono ormai cronicizzati.

Le generazioni più giovani, al contrario, mostrano un approccio ambivalente: sono più aperte alla psicoterapia e in generale più informate sulla salute mentale,

ma presentano spesso tratti di ipercontrollo, ansia anticipatoria e una certa tendenza all'autodiagnosi. Questi individui – spesso madri con bambini, tra i 30 e i 45 anni – hanno vissuto in prima persona il collasso dell'Unione Sovietica e si sono trovati a fare da ponte tra due mondi: quello dei genitori, spesso rigidamente chiuso, e quello contemporaneo, dominato da instabilità e sfide sociali. Il risultato è un forte senso di responsabilità intergenerazionale, che le porta a prendersi cura non solo dei figli ma anche dei genitori anziani, a volte a costo di un grave logorio psichico.

Molte donne di questa generazione si dimostrano estremamente intraprendenti: imparano rapidamente la lingua del paese ospitante, trovano più lavori contemporaneamente, si muovono tra burocrazia e assistenza con determinazione. Ma sotto questa forza operativa si celano spesso storie di abusi, traumi familiari e privazioni affettive profonde. Il sovraccarico psichico, unito al rifiuto di chiedere aiuto per non “perdere tempo” o “essere un peso”, rende questo gruppo particolarmente vulnerabile alla cronicizzazione dei sintomi ansioso-depressivi.

Infine, le giovani donne tra i 18 e i 30 anni, spesso emigrate da sole, mostrano un altro tipo di fragilità: disorientamento esistenziale, difficoltà a definire scopi e identità, senso di isolamento in assenza di reti familiari stabili. Alcune sono figlie di famiglie divise geograficamente tra Russia e Ucraina, e si trovano a fronteggiare un doloroso conflitto identitario che attraversa anche la sfera personale e relazionale.

Queste differenze generazionali richiedono un approccio clinico differenziato e sensibile all'età, che sappia decifrare il linguaggio implicito del disagio e integrare interventi individuali con strategie familiari e comunitarie. Ignorare tali specificità significherebbe perdere una chiave fondamentale per la comprensione e il sostegno efficace di una popolazione già gravemente provata dal trauma della guerra e della migrazione.

4. Diffidenza verso il sistema sanitario e psicologico

Uno dei tratti ricorrenti nell'esperienza clinica con i rifugiati ucraini è la diffidenza verso il sistema sanitario, in particolare quello dedicato alla salute mentale. Questa resistenza non è generalizzata né uniforme, ma attraversa trasversalmente le generazioni, assumendo sfumature diverse in base al background personale, al sesso e alla storia familiare.

Per la generazione over 50, come già accennato, la diffidenza affonda le radici nella memoria storica del sistema sovietico, dove la psichiatria, come si è detto, era spesso un braccio del potere repressivo. L'internamento coatto nei manicomi non era raro per chi esprimeva dissenso politico, e molte famiglie hanno sviluppato una

sorta di fobia intergenerazionale per tutto ciò che riguarda il trattamento psichico. La stessa diagnosi di “malattia mentale” viene percepita come un marchio di infamia, spesso legato all’idea di pericolo o inaffidabilità. Alcuni pazienti rifiutano perfino di sottoporsi a semplici colloqui psicologici per paura che possano comportare conseguenze legali o di perdita della custodia dei figli.

Un esempio clinico emblematico è quello di una madre ucraina che, dopo un primo colloquio al centro di accoglienza, si rifiutò di continuare il percorso psicoterapeutico per timore che lo Stato potesse considerarla inadeguata e toglierle la responsabilità genitoriale. Un’altra donna, arrivata sola con le figlie, rifiutò di recarsi a una seconda visita al CSM dopo una valutazione clinica che la indicava come gravemente depressa: chiamò per telefono chiedendo “È andata troppo male la mia visita, vero?”, esprimendo la paura che la giudicassero “pazza”.

Alcuni pazienti temono anche di essere localizzati o perseguitati politicamente. In particolare, diverse famiglie hanno manifestato la preoccupazione che parenti fuggiti in Italia possano essere deportati se “qualcosa trapelasse” durante il percorso terapeutico. Questa paura ha portato a un fenomeno di autocensura e talvolta al ritiro precoce dalla terapia, anche in presenza di quadri clinici rilevanti.

I più giovani, pur essendo culturalmente più aperti all’idea di cura psicologica, manifestano spesso una forma diversa di diffidenza, più sottile ma non meno limitante: il desiderio di avere sempre il controllo della situazione. Questa generazione è cresciuta in un clima di instabilità politica ed economica, spesso in famiglie disfunzionali segnate da alcolismo, povertà o violenza domestica. Molti sono diventati precocemente adulti, dovendo prendersi cura di genitori fragili o malati. Questo ha generato in loro una mentalità iper-responsabile, orientata all’efficienza e alla performance, ma povera di spazio emotivo per sé.

Tale attitudine si traduce, nel setting terapeutico, in una richiesta immediata di soluzioni pratiche. Alcuni pazienti dichiarano apertamente che non hanno tempo da perdere con “le chiacchiere”, e abbandonano la terapia dopo poche sedute, delusi dal fatto che “non si fa niente di concreto”. Altri arrivano già con un’auto-diagnosi o una lista di farmaci che ritengono più efficaci. Questo atteggiamento, sebbene indice di consapevolezza, può impedire la formazione di una relazione terapeutica, rendendola nella richiesta più contrattuale che realmente esplorativa.

Un elemento trasversale, presente in tutte le fasce d’età, è la difficoltà ad accettare la vulnerabilità come parte dell’umano. La sofferenza psichica è spesso considerata una debolezza o una colpa, e molti rifugiati non hanno mai avuto l’opportunità, prima dell’esilio, di parlare con qualcuno dei propri stati d’animo. In terapia, la semplice domanda “Come sta davvero?” suscita a volte reazioni emotive intense,

come se fosse la prima volta che si sentono autorizzati a essere fragili.

Questa cultura del silenzio emotivo, unita a una tradizione fortemente pragmatica e riservata, rende difficile il percorso terapeutico tradizionale, basato sul dialogo e sull'introspezione. Per questo motivo, interventi brevi, focalizzati e basati su strumenti concreti (come tecniche di grounding, psicoeducazione, o esercizi di auto-regolazione) sembrano più adatti in una fase iniziale, prima di poter introdurre un lavoro più profondo.

Infine, va ricordato che le difficoltà strutturali che si presentarono in Italia nonostante la partecipata attivazione nei primi tempi di organizzazione della accoglienza, come la carenza di mediazione linguistico-culturale o la sovrapposizione di ruoli (assistente sociale, medico, psicologo), hanno potuto compromettere la fiducia nei servizi di fronte a una più o meno implicita richiesta urgente di necessità assistenziale da parte degli sfollati. Molti pazienti, infatti, hanno dichiarato di aver avuto “una cattiva esperienza all’inizio” e di non aver più voluto tornare. Ricostruire questa fiducia ha richiesto tempo, coerenza e una presenza rispettosa e continua da parte degli operatori che ha pagato.

5. Coping e resilienza tra i rifugiati ucraini

Uno degli aspetti più rilevanti – e spesso sottovalutati – dell’esperienza dei rifugiati ucraini è la capacità di attivare strategie di coping resilienti in condizioni estreme. I dati emersi da ricerche condotte sia nel contesto ucraino che nei paesi di accoglienza (Bohucharova, 2017; McGinty et al., 2023) mostrano che molti rifugiati impiegano meccanismi di coping positivi, come il problem-focused coping, il coping emotivo adattivo o forme di stoicismo funzionale. Tali strategie sono indicative di una resilienza culturale che, per quanto silenziosa, attraversa trasversalmente l’intera popolazione sfollata.

Tuttavia, questa resilienza manifesta delle ombre. Uno dei paradossi più evidenti è che, pur mostrando elevati livelli di adattamento apparente, molti rifugiati evitano di chiedere aiuto o di accedere ai servizi psicologici. Alcuni studi suggeriscono che questa autosufficienza apparente possa essere una risposta difensiva appresa in un contesto dove la vulnerabilità non ha mai avuto spazio, né sostegno (McGinty et al., 2023). Di fatto, chi si presenta nei servizi è spesso chi ha già superato una soglia interna di resistenza molto alta – o chi è spinto da circostanze esterne non più sostenibili.

È stato inoltre osservato che le persone che adottano stili di coping evitanti tendono a presentare una sintomatologia traumatica più severa. Questo fenomeno è già documentato in altre popolazioni esposte a conflitti armati (Saxon et al.,

2017; Elklit et al., 2012), e trova conferma anche nei rifugiati ucraini. L'evitamento, in questo caso, può assumere forme sottili: iperattività lavorativa, negazione dei vissuti emotivi, razionalizzazione estrema o, al contrario, ritiro e chiusura. In ambito clinico, queste persone possono apparire inizialmente ben funzionanti, ma col tempo manifestano segnali di rottura, sotto forma di somatizzazioni, attacchi d'ansia, o episodi depressivi acuti.

Un altro elemento che condiziona la tenuta psichica dei rifugiati è la qualità dell'ambiente post-migratorio. Come sostenuto da Miller e Rasmussen (2010, 2017), i fattori di stress quotidiani – precarietà, mancanza di lavoro, isolamento, instabilità legale – hanno un impatto spesso maggiore del trauma originario. La continuità e prevedibilità della vita quotidiana rappresentano, per molti, la principale risorsa terapeutica. È emblematico il caso di alcuni rifugiati che, dopo una sola visita psicologica, riferiscono di “non aver bisogno di terapia, ma solo di normalità”. La vicinanza al mare, la possibilità di dormire in sicurezza o di camminare in libertà sono, per loro, già forme di guarigione.

L'integrazione culturale svolge un ruolo protettivo importante. I rifugiati che riescono ad apprendere rapidamente la lingua del paese ospitante, a inserirsi nel mercato del lavoro o a stabilire relazioni sociali significative mostrano una sintomatologia meno grave. In particolare, la vicinanza linguistica tra ucraino e polacco ha facilitato l'adattamento nei paesi limitrofi, come documentato da Kovács et al. (2023). Al contrario, chi rimane isolato, non riesce ad accedere ai servizi o vive in condizioni abitative precarie, tende a sviluppare sentimenti di impotenza e angoscia crescente.

È importante sottolineare che la resilienza non è una qualità innata e immutabile, ma un processo dinamico, che può essere rafforzato – o indebolito – dal contesto. Alcuni rifugiati che inizialmente si mostravano molto forti e autonomi, dopo mesi di permanenza in un limbo giuridico o assistenziale, hanno cominciato a manifestare sintomi di depressione, demotivazione o disturbi dell'adattamento. Altri, al contrario, hanno scoperto risorse interiori nuove proprio grazie al percorso migratorio, trasformando l'esperienza traumatica in un'occasione di riorganizzazione del senso.

La nostra esperienza clinica con i rifugiati ucraini ha confermato una complessa interazione tra strategie di coping, resilienza e fattori culturali profondamente radicati. Molti di questi individui mostrano una tendenza all'autosufficienza e all'evitamento delle componenti emotive, spesso esprimendo appunto la convinzione di “non aver bisogno di terapia, ma solo di normalità”.

Questa mentalità può essere compresa alla luce della storia culturale e sociale

dell'Ucraina, dove la resilienza è stata spesso associata alla capacità di sopportare le difficoltà senza manifestare vulnerabilità. In contesti segnati da instabilità politica, economica e sociale, *l'autosufficienza è diventata una strategia adattiva per affrontare le avversità quotidiane*.

Lo studio di Khailenko e Bacon (2024) evidenzia come l'uso di strategie di coping evitanti sia prevalente tra i rifugiati ucraini, contribuendo all'aggravarsi dei sintomi post-traumatici. Queste strategie includono la *soppressione delle emozioni, l'isolamento sociale e la negazione delle difficoltà*, comportamenti che, sebbene offrano un sollievo temporaneo, possono impedire una rielaborazione efficace del trauma. Si tratta di meccanismi di difesa che operano prevalentemente sul versante della negazione e del controllo. La soppressione emotiva — distinta dalla semplice repressione — implica uno sforzo attivo e consapevole di ignorare o *respingere gli stati affettivi dolorosi, come se non meritassero attenzione o non fossero compatibili con l'azione concreta*. L'isolamento emotivo, invece, avviene spesso a livello inconscio: consiste nel "sigillare" l'emozione dalla narrazione dei fatti, raccontando ciò che è accaduto senza alcun coinvolgimento affettivo apparente, in una forma che ricorda la dissociazione ideo-affettiva.

Dal punto di vista clinico, è fondamentale riconoscere che l'apparente autosufficienza non equivale a benessere. Al contrario, può costituire una corazza difensiva costruita nel tempo per proteggere un Sé ferito. I pazienti che adottano questo stile di funzionamento si presentano spesso come funzionali, adattati, operativi; parlano poco di sé, minimizzano il dolore, orientano l'attenzione verso la gestione di problemi concreti. Ma nel tempo, quando le strategie di coping evitanti non sono più sufficienti a contenere il disagio, emergono sintomi somatici (come cefalee, gastriti, disturbi del sonno), sintomi ansiosi (iperattivazione, panico, irritabilità), o stati depressivi latenti (anergia, apatia, vuoto interno).

Questo stile difensivo riflette una mentalità culturale profondamente forgiata dalla storia collettiva del popolo ucraino. Sopravvissuto a carestie come l'Holodomor, a decenni di repressione sovietica, a guerre e instabilità economica, il popolo ucraino ha sviluppato un ethos della durezza e della resistenza, in cui mostrarsi vulnerabili equivale a esporsi al pericolo. In questa visione, il dolore psicologico non è riconosciuto come un ambito legittimo di cura, ma come un ostacolo da superare silenziosamente. *La sofferenza viene quindi "inghiottita" nel corpo o agita nella quotidianità, ma raramente verbalizzata*.

Questo porta a una modalità tipicamente concreta di affrontare i vissuti traumatici: *si cerca sicurezza esterna, ordine, lavoro, routine*. L'idea non è "elaborare" il trauma, ma "uscirne", "rimettersi in piedi", "non pensarci più". L'esperienza soggettiva viene talvolta vissuta come irrilevante rispetto alla materialità delle circostanze. In clinica,

questo si traduce spesso nella richiesta implicita che lo psicologo agisca come un “tecnico della stabilità”: qualcuno che dia soluzioni pratiche, che insegni a dormire, a gestire l’ansia, a tornare “normali”. La parola “terapia” può essere vissuta come una minaccia o come una perdita di tempo, mentre ciò che si cerca è un luogo dove recuperare padronanza sul reale.

Comprendere questa postura non significa accettare passivamente la distanza emotiva del paziente, ma rispettarne le radici culturali e storiche. Significa anche *non forzare l’introspezione*, ma offrire percorsi terapeutici che inizino dal corpo, dai gesti quotidiani, dai problemi concreti, per poi – con delicatezza – creare spazi di simbolizzazione, laddove la realtà ha lasciato invece solo ferite.

Per affrontare efficacemente queste dinamiche, è necessario adottare un approccio terapeutico che valorizzi le risorse culturali e individuali dei pazienti, promuovendo al contempo l’esplorazione e l’espressione delle emozioni in un contesto sicuro e non giudicante. È dunque fondamentale *riconoscere e sostenere le strategie di coping funzionali*, senza idealizzare la “resilienza” come una qualità eroica da esibire, ma come una capacità fragile, situata, che ha bisogno di essere accompagnata e nutrita. La psicoeducazione, l’approccio centrato sulle risorse, la validazione emotiva e il sostegno alla costruzione di reti sociali possono rappresentare strumenti cruciali per trasformare la sopravvivenza in possibilità di ricostruzione.

6. La crisi di identità culturale e linguistica

Uno degli aspetti più laceranti dell’esperienza dei rifugiati ucraini è la crisi di identità che accompagna l’esilio, acuita dal fatto che il “nemico” – l’aggressore – parla spesso la stessa lingua e condivide lo stesso retaggio culturale. Per molti rifugiati provenienti dalle regioni meridionali, orientali e centrali dell’Ucraina, come Mariupol, Mykolaïv, Zaporizhzhya, Odessa, Kryvyi Rih o persino Kyiv, il russo era la lingua materna, e la cultura sovietica un orizzonte condiviso di ricordi, pratiche, riferimenti scolastici e familiari.

La guerra, tuttavia, ha trasformato questi elementi di continuità in motivo di vergogna, conflitto e disorientamento. Parlare russo, mantenere tradizioni sovietiche o avere legami familiari con persone residenti in Russia può oggi generare sentimenti di colpa, dissociazione, o persino auto-repulsione. Alcuni rifugiati hanno interrotto ogni relazione con parenti che vivono in Russia o che giustificano l’invasione. Altri, pur mantenendo relazioni formali, raccontano di un silenzio denso di rabbia e incomunicabilità.

Questo conflitto identitario si esprime anche in scelte linguistiche simboliche: molti rifugiati rifiutano di parlare russo anche con mediatori madrelingua, pre-

ferendo sforzarsi di usare l'ucraino, pur con difficoltà. In alcuni percorsi psicoterapeutici si è osservato che, dopo un iniziale sforzo di usare l'ucraino, i pazienti tornano gradualmente al russo, ma con una tensione evidente, come se quella lingua fosse contaminata, e tuttavia inevitabile. L'identificazione linguistica diventa così una cartina di tornasole del trauma: ciò che un tempo era naturale ora appare carico di ambivalenza e dolore.

Molte madri rifugiate raccontano di aver cominciato a parlare ucraino con i propri figli solo dopo l'inizio della guerra, in un tentativo consapevole di ricostruire un'appartenenza nazionale spezzata. In alcuni casi, si è assistito a un *ritorno alle tradizioni ucraine più profonde* – religiose, familiari, simboliche – come la celebrazione di San Nicola il 6 dicembre, al posto del più recente Babbo Natale, o la riscoperta di rituali rurali legati al solstizio d'inverno, come la preparazione del “Diduh”, il fascio di spighe di grano posto in casa come augurio di prosperità. Questa risacralizzazione dell'identità nazionale è però, per molti, dolorosa e incerta: il passato appare contaminato, il presente fragile, e il futuro ancora troppo indefinito.

La crisi identitaria si manifesta anche nel corpo. Alcuni pazienti riferiscono di non riconoscersi più, di non sapere “chi sono” o “che cosa vogliamo”. In particolare, giovani donne arrivate sole in Italia, pur mostrando grande autonomia linguistica e organizzativa, manifestano un senso profondo di smarrimento. Una paziente, ad esempio, dopo aver appreso l'italiano in poche tempo e aver trovato un alloggio autonomamente, riferiva di non sapere cosa studiare, che lavoro cercare, né dove collocarsi nel mondo. Il divorzio dei genitori, residenti in Russia e Ucraina rispettivamente, aveva interrotto ogni legame tra le due parti della famiglia. Per lei, la *perdita di coerenza tra i legami primari* corrispondeva a un *collasso simbolico della propria identità*.

A livello clinico, questa condizione si traduce spesso in quadri ansioso-depressivi atipici, marcati da ruminazione, derealizzazione e senso di vuoto. *Il paziente può apparire attivo, efficiente, persino brillante sul piano funzionale, ma profondamente staccato da sé*. La perdita del linguaggio originario – non solo come codice, ma come tonalità affettiva – costituisce un lutto non elaborato, spesso invisibile, ma devastante.

Per affrontare questi vissuti, è necessario che il clinico sia in grado di ascoltare la dimensione narrativa e simbolica dell'identità, senza ridurre la sofferenza a un insieme di sintomi. La dimensione culturale – in senso lato: linguistica, storica, familiare – è parte integrante della cura. È nei dettagli della lingua, nei gesti rituali, nei ricordi del tempo dell'infanzia che spesso si annida la possibilità di ricomporre un senso di continuità biografica.

Questa riconciliazione non significa rifiutare il dolore o dimenticare la violenza subita, ma trovare un modo per abitare il proprio passato senza esserne dominati. In questo senso, la terapia può diventare uno spazio in cui rinarrare la propria storia, ridare valore alle radici, e allo stesso tempo costruire nuove appartenenze – non negate, ma integrate – dentro e fuori di sé.

7. Conclusioni e raccomandazioni cliniche

Il lavoro clinico con i rifugiati ucraini impone al terapeuta un ascolto stratificato, capace di decodificare non solo i segni del trauma psichico individuale, ma anche le fratture culturali, identitarie e storiche che lo contengono e lo modulano. L'esperienza dei rifugiati ucraini, sebbene condivida con altri contesti di guerra alcune linee comuni (dislocamento forzato, perdita, rottura dei legami, esposizione alla violenza), presenta elementi distintivi che meritano di essere nominati e compresi.

Anzitutto, il trauma vissuto da questa popolazione non è un evento isolato, ma un **processo prolungato e fluttuante**, nel quale l'esposizione al pericolo si intreccia con una forte perdita di status, una frattura identitaria e un'ambivalenza profonda nei confronti della propria lingua, cultura e biografia. *La minaccia non è soltanto esterna (le bombe, le mine, la morte), ma anche interna: riguarda ciò che si è diventati, ciò che si è perso di sé, e il timore di non riuscire più a ricostruirsi.*

Sul piano clinico, è essenziale lavorare con questa complessità senza forzare premature rielaborazioni. La terapia deve diventare uno spazio di legittimazione del dolore, ma anche di restituzione della dignità. Il tempo psicologico dei rifugiati ucraini non coincide sempre con le tempistiche della presa in carico istituzionale: *vi sono pazienti che hanno bisogno di molte settimane per poter nominare il proprio dolore, altri che cercano fin da subito strumenti concreti, e altri ancora che rifiutano ogni tipo di aiuto, almeno all'inizio.*

Una delle sfide principali è distinguere la resilienza autentica dalla difesa mascherata: non tutto ciò che appare come forza è forza, e *non tutto ciò che sembra negazione è rifiuto della cura*. In questo senso, la presenza empatica e non giudicante del clinico, la disponibilità a sostenere senza invadere, e la capacità di restare come “presidio disponibile” anche nel tempo, sono strumenti terapeutici in sé.

Le raccomandazioni che emergono dall'esperienza sul campo possono essere sintetizzate come segue:

- **Favorire un ascolto culturalmente informato**, che tenga conto della storia sovietica, del rapporto con la psichiatria repressiva, delle tradizioni familiari di auto-cura e delle fratture intergenerazionali.
- **Integrare strumenti psicoeducativi e tecniche centrate sul corpo**, in

particolare nelle prime fasi della presa in carico, come alternative o complementi alla terapia verbale tradizionale.

- **Costruire percorsi flessibili** che non escludano chi non si presenta subito, ma permettano forme di contatto intermittente, anche attraverso canali non convenzionali.
- **Riconoscere il ruolo dei mediatori culturali** non solo come traduttori linguistici, ma come co-terapeuti e depositari di una narrazione condivisa, capaci di decifrare sfumature e codici impliciti.
- **Valorizzare le risorse comunitarie e religiose**, spesso fondamentali per il contenimento affettivo, la restituzione di senso e la creazione di spazi rituali di guarigione.
- **Collegare l'intervento clinico alla rete sociale**, promuovendo azioni coordinate con i servizi legali, sanitari, scolastici e del lavoro, così da favorire un contenimento ambientale del trauma.

Infine, è fondamentale ricordare che ogni rifugiato è portatore non solo di dolore, ma anche di un patrimonio simbolico, narrativo ed emotivo che merita ascolto e può meritare rispetto. Soprattutto, a dispetto della uguaglianza della clinica, non bisogna dimenticare le differenze nelle diversità culturali: un europeo non è un africano o un asiatico. In un contesto geopolitico in continuo mutamento, offrire uno spazio terapeutico stabile, umano e non performativo può rappresentare per molti l'unico ancoraggio possibile alla speranza.

Bibliografia

1. Bezo, B., & Maggi, S. (2015). Living in 'survival mode:' Intergenerational transmission of trauma from the Holodomor genocide of 1932–1933 in Ukraine. *Social Science & Medicine*, 134, 87–94 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.04.003>
2. Bryant, R. A., Nickerson, A., Morina, N., & Liddell, B. (2023). Posttraumatic Stress Disorder in Refugees. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 413–436 <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-053403>
3. Elklit, A., Lasgaard, M., & Palic, S. (2012). Social support, coping and posttraumatic stress symptoms in young refugees. *Torture: Quarterly Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 22(1), 11–23
4. Ellis, E., et al. (2024). The Mental Health of Ukrainian Refugees: a Narrative Review. *Academia Medicine*, 1(2) <https://doi.org/10.20935/AcadMed6232>
5. Gorbunova, V., & Klymchuk, V. (2020). The psychological consequences of the Holodomor in Ukraine. *East/West: Journal of Ukrainian Studies*, 7(2), 33–68
6. Guerrero, Z., et al. (2023). Mental health conditions and help-seeking among

- Ukrainian war refugees in Czechia: a cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 329, 115552 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115552>
7. Hook, K., & Bogdanov, S. (2021). Mental health care in Eastern Europe and Central Asia: an analysis of needs and a call for greater investment. *The Lancet Regional Health – Europe*, 10, 100182 <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100182>
 8. Khailenko, O., & Bacon, A. M. (2024). Resilience, avoidant coping and post-traumatic stress symptoms among female Ukrainian refugees and internally displaced people. *International Journal of Social Psychiatry*, 70(6), 1164–1174 <https://doi.org/10.1177/00207640241264662>
 9. Kovács, M., Kósa, K., & Ádány, R. (2023). Integrative attitudes of Ukrainian war refugees in two neighboring European countries: Poland and Hungary in connection with posttraumatic stress symptoms and social support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2840 <https://doi.org/10.3390/ijerph20042840>
 10. McGinty, G., et al. (2023). Post-traumatic Stress Disorder, Complex Post-traumatic Stress Disorder, and Coping Styles among Internally Displaced Ukrainians. *Journal of Loss and Trauma*, 28(7), 571–587 <https://doi.org/10.1080/15325024.2023.2217002>
 11. Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings. *Social Science & Medicine*, 70(1), 7–16 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>
 12. Miller, K. E., & Rasmussen, A. (2017). The mental health of civilians displaced by armed conflict: An ecological model of refugee distress. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(2), 129–138 <https://doi.org/10.1017/S2045796016000172>
 13. Rizzi, D., et al. (2023). Psychological and environmental factors influencing resilience among Ukrainian refugees and internally displaced persons. *Frontiers in Psychology*, 14, 1266125 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1266125>
 14. Saxon, L., et al. (2017). Coping strategies and mental health outcomes of conflict-affected persons in the Republic of Georgia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(3), 276–286
 15. World Health Organization (2022). New research reveals how war related distress affects mental health of Ukrainian refugees in Poland. WHO Europe News <https://www.who.int/europe/news/item/19-12-2022-newresearch-reveals-how-war-related-distress-affects-mentalhealth-of-ukrainian-refugees-in-poland>

La riabilitazione delle vittime di tortura

Silvia Capretti, Maurizia Mazzella

Le persone che accedono al Centro SaMiFo presentano molteplici problematiche e hanno bisogni di salute complessi. Si tratta di un pubblico che convive con patologie fisiche e psichiche e che affronta disagi di natura culturale, identitari, sociale, problemi economici, abitativi, amministrativi, carenza o assenza di una rete familiare o amicale. Per affrontare in modo integrato i molteplici fattori che influenzano la salute dei richiedenti e dei titolari di protezione internazionale, il Centro SaMiFo ha inserito, a partire dal 2017, la riabilitazione psichiatrica tra le proprie attività ambulatoriali. Tale intervento è stato attuato in conformità con quanto previsto dalla *Convenzione contro la tortura ed altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti*, adottata dalle Nazioni Unite nel 1984, nonché dalle linee guida ministeriali per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione e per il trattamento dei disturbi psichici nei titolari dello status di rifugiato e di protezione sussidiaria che abbiano subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale (Roma, 22 marzo 2017). L'obiettivo è garantire una risposta coordinata a bisogni sanitari e sociali complessi, assicurando la continuità delle cure e un sostegno a lungo termine attraverso un modello di governance fondato su un approccio intersettoriale e multidisciplinare. Tale modello prevede il coinvolgimento attivo di tutti gli stakeholder impegnati nel percorso di cura, inclusi i rifugiati stessi, le autorità locali e le organizzazioni profit e no-profit, sotto il coordinamento del Centro SaMiFo.

Il modello riabilitativo adottato dal SaMiFo si fonda su un approccio integrato che mette in relazione le istituzioni sanitarie pubbliche e i soggetti del privato sociale, consentendo il collegamento tra assistenza medica generale, specialistica e i servizi socio-sanitari (Santone, 2015). In questa prospettiva, la riabilitazione viene intesa come *un insieme di attività volte a rispondere, attraverso percorsi di cura integrati, a bisogni di salute individuali che richiedono interventi sanitari e sociali unitari, capaci di garantire continuità assistenziale e supporto a lungo termine* (AAVV, 2017). L'inserimento sociale rappresenta una componente fondamentale del processo riabilitativo delle persone vittime o testimoni di eventi traumatici estremi, nonché di trattamenti disumani e degradanti. Per tale motivo, i servizi di riabilitazione psichiatrica mirano a sostenere i pazienti nello sviluppo di abilità e competenze funzionali ad affrontare i compiti evolutivi e sociali, incrementando le opportunità di autonomia e partecipazione sociale. Gli interventi riabilitativi interessano pertanto sia l'ambito di competenza del Sistema Sanitario Nazionale sia quello del sistema nazionale di accoglienza per i richiedenti asilo.

Da un lato, risultano coinvolti il Ministero della Salute e i Servizi Sanitari Regionali; dall'altro, il Ministero dell'Interno, attraverso le Prefetture e il Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione, presso il quale è incardinata l'Autorità Responsabile dei fondi FAMI.

I richiedenti e i titolari di protezione internazionale (RTPI) che presentano vulnerabilità di natura psico-sanitaria e vivono condizioni concrete di esclusione sociale richiedono la possibilità effettiva di accedere ad attività che possano dare dignità nel prevenire lo sviluppo di gravi reazioni psicologiche e/o di tensione nelle relazioni interpersonali. La riabilitazione delle vittime di tortura o di violenza estrema non può realizzarsi se non attraverso un processo di reinserimento sociale, superando la condizione di marginalità che troppo spesso confina queste persone in ambiti di intervento settoriali o le esclude dai percorsi formativi e dal mondo produttivo. (Ministero della Salute, *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*, Roma, 22 marzo 2017). Attraverso progetti finanziati prevalentemente dal Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) - tra cui FARI, FARI 2, PSIC, LGNet2, LGNet3 e FARI4LAZIO - il servizio di riabilitazione psichiatrica ha attivato percorsi occupazionali personalizzati finalizzati a sostenere l'autonomia e l'integrazione socio-economica dei beneficiari, prevedendo anche l'accesso a corsi di formazione professionalizzanti. Tali interventi di riabilitazione vocazionale e occupazionale, rivolti ai rifugiati, sono integrati all'interno di programmi terapeutici e riabilitativi individualizzati (Capretti, 2023).

Ai percorsi riabilitativi accedono RTPI provenienti dal sistema di accoglienza regionale nonché pazienti presi in carico ~~anche~~ da altre Aziende Sanitarie Locali. Le attività di riabilitazione psichiatrica sono rivolte a persone in condizione di vulnerabilità, come definite dall'art.17 comma 1 D.L. n.142 del D.Lgs. n. 142 del 18 agosto 2015 e si svolgono attualmente presso il padiglione 17 del complesso di Santa Maria della Pietà, a Roma. L'accesso ai percorsi avviene successivamente all'avvio di un percorso di assistenza e cura presso il Centro SaMiFo o presso altri servizi di tutela della salute mentale afferenti alle diverse ASL. -

L'intervento sui pazienti che soffrono di patologie psichiatriche gravi include trattamenti integrati, appropriati e tempestivi per assicurare l'accesso alle terapie e ridurre la cronicizzazione. I casi più gravi vengono valutati sia dal Centro SaMiFo sia dai Centri di Salute Mentale e la presa in carico può essere attivata da entrambe le unità coinvolte, secondo un modello di collaborazione integrata che non comporta sovrapposizioni né sostituzioni di competenze, ma si fonda su una chiara distinzione dei ruoli e su un coordinamento costante tra i servizi. Ciascun servi-

zio mantiene la propria specificità operativa e responsabilità professionale, contribuendo in modo complementare alla definizione e all'attuazione del progetto terapeutico-riabilitativo individuale. Tale modalità di lavoro consente una condivisione strutturata delle informazioni cliniche e sociali, una programmazione congiunta degli interventi e un monitoraggio continuo degli esiti, garantendo continuità assistenziale e coerenza nel percorso di cura. In questo quadro, l'integrazione tra i servizi rappresenta un elemento essenziale per rispondere in maniera efficace alla complessità dei bisogni delle persone vulnerabili, evitando frammentazioni e favorendo un approccio multidimensionale e centrato sulla persona.

Come nella riabilitazione psichiatrica classica anche per i RTPI la Recovery corrisponde al raggiungimento dell'autonomia e di un'adeguata qualità di vita, che non significa tornare allo stato prima della malattia (*restitutio ad integrum*), ma elaborare ed attuare nuovi comportamenti per condurre una vita soddisfacente e produttiva, nonostante le limitazioni che la malattia induce (Anthony, 1993). Per i RTPI la Recovery corrisponde al processo di adattamento e integrazione nella nuova cultura d'appartenenza, nel quale si acquisiscono le competenze e abilità linguistiche, interpersonali e strumentali necessarie al benessere bio-psico-socio-culturale individuale e collettivo. Gli interventi riabilitativi si collocano pertanto sia nell'ambito della prevenzione terziaria, orientata a limitare gli esiti più complessi e invalidanti della malattia, sia in quelli della prevenzione primaria e secondaria, riferiti al contesto del Paese di approdo. Quest'ultima si concretizza nella capacità di garantire condizioni di vita dignitose, relazioni adeguate in tutti gli ambiti dell'accoglienza e ambienti non ritraumatizzanti, nonché nell'erogazione di interventi sanitari appropriati finalizzati all'individuazione precoce del disagio e all'attivazione tempestiva dei conseguenti percorsi clinico-assistenziali. Particolare attenzione è rivolta a richiedenti e titolari di protezione internazionale sopravvissuti alle torture e alle violenze intenzionali.

Le linee di attività riabilitative prevedono l'attivazione di percorsi formativi per l'acquisizione di competenze specifiche atte a promuovere risorse interne e abilità spendibili sia nei vari ambiti della vita quotidiana, sia nella prospettiva di inserimento socio-lavorativo, con un focus specifico nello sviluppo delle risorse e competenze relazionali e interpersonali attraverso il lavoro di gruppo. Tali percorsi hanno una durata temporalmente definita e non prorogabile in quanto strettamente correlata dall'iter di riconoscimento dello status di rifugiato. Essi si configurano come una fase specifica all'interno del più ampio progetto terapeutico-riabilitativo orientato al raggiungimento dell'autonomia personale e sociale.

L'équipe multidisciplinare che opera presso il servizio valuta le persone per le quali si ritiene opportuna l'attivazione di percorsi di riabilitazione psichiatrica: ciò avviene attraverso colloqui individuali e di gruppo, momenti di valutazione stan-

dardizzata, orientamento e monitoraggio del percorso dell'utente. I criteri di selezione adottati includono la motivazione, la disponibilità logistica e organizzativa ad intraprendere uno specifico corso formativo e abilitativo, un livello sufficiente di italiano, nonché disponibilità e collaborazione da parte dei centri di accoglienza di supportare la progettualità del percorso di inclusione e autonomia. Dopo un'attenta valutazione delle condizioni cliniche e sociali e delle loro risorse, i destinatari accedono ai percorsi affidati a enti specifici dei vari settori, selezionati con gara pubblica. Laddove possibile, si privilegia la continuità con percorsi già svolti in precedenza, attraverso il potenziamento delle competenze di cui la persona è già in possesso e il suo inserimento in corsi di formazione professionalizzante afferenti a settori nei quali abbia maturato esperienze pregresse, al fine di valorizzare e consolidare le abilità acquisite anteriormente. Al termine dei percorsi formativi, strutturati in moduli teorici e pratici, i partecipanti hanno la possibilità di accedere a tirocini retribuiti presso aziende del territorio appositamente selezionate. Tali tirocini, finanziati nell'ambito dei progetti attivi o attraverso il circuito della seconda accoglienza, rappresentano un elemento qualificante del percorso, favorendo una concreta esperienza di inserimento socio-lavorativo. Fin dalle fasi iniziali di acquisizione delle competenze, i tecnici della riabilitazione psichiatrica, con il costante supporto dell'équipe multidisciplinare, svolgono un ruolo di supervisione e monitoraggio dell'andamento degli allievi, sia in aula sia durante il tirocinio. Essi costituiscono inoltre un riferimento stabile per le aziende nella fase di inserimento e accompagnamento del corsista.

All'interno di questo processo riabilitativo è opportuno considerare, come elemento discriminante per la progettualità del destinatario, l'attivazione e gestione della rete del sistema di accoglienza, territoriale e del privato sociale. Tale rete è oltretutto indispensabile per garantire la continuità delle azioni intraprese. Per diversi tirocini sono state le aziende stesse a garantire la continuità del percorso di inserimento socio lavorativo prolungando a carico loro i tirocini fino a massimo 1 anno o trasformando questi ultimi in contratti di collaborazione, stage, contratti a tempo determinato e indeterminato. Non tutti i tirocini si sono tradotti in un'assunzione formale; tuttavia, la totalità dei partecipanti ha tratto beneficio dal percorso in termini di attivazione dei processi di *agency*, *empowerment* e *recovery*. Tali processi sono orientati al raggiungimento del miglior livello possibile di funzionamento personale e sociale e di integrazione nell'ambiente di vita prescelto, contribuendo a un miglioramento delle condizioni cliniche, della qualità della vita e della fiducia nel futuro. I percorsi proposti hanno riguardato inizialmente ambiti quali la ristorazione, l'agricoltura sociale e la manutenzione del verde in risposta anche ad un bisogno dei diversi contesti lavorativi. Negli anni la proposta formativa è stata ampliata all'area sartoriale, artistica e perché un sempre crescente numero di migranti giunge in Italia con precedenti percorsi formativi e lavorativi post laurea nei

paesi di origine, **questo** che li spinge e motiva verso percorsi professionalizzanti e qualificanti differenti.

Il 2024 ha rappresentato un anno di transizione tra la conclusione dei progetti finanziati nell'ambito del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI) 2014–2020 e l'avvio della nuova programmazione 2021–2027. In tale contesto, non risultavano attivi progetti in grado di sostenere le attività di formazione professionalizzante realizzate negli anni precedenti.

Al fine di garantire la continuità e la sostenibilità delle azioni, a Gennaio 2024 l'ente di formazione regionale Folias, in collaborazione con la UOSD Centro SaMiFo, ha ottenuto l'autorizzazione dalla Regione Lazio di ampliare la propria offerta formativa nell'ambito del Programma Gol presso il padiglione 17 del complesso Santa Maria della Pietà, sede delle attività riabilitative. Il Programma GOL (Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori) inserito nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è finalizzato al rafforzamento dei servizi di politica attiva del lavoro e alla promozione di percorsi di inserimento o reinserimento lavorativo.

Il programma offre percorsi personalizzati e gratuiti per aiutare i lavoratori a trovare o cambiare lavoro, aggiornare le proprie competenze o riqualificarsi professionalmente. Sono aperti a tutti i cittadini presenti sul territorio e rappresentano un'esperienza di inclusione positiva per le persone migranti già a partire dall'esperienza di formazione, a differenze dei percorsi attivati con fondi FAMI destinati esclusivamente a cittadini provenienti da paesi terzi regolarmente presenti sul territorio nazionale). L'offerta formativa prevede inoltre il rilascio di qualifiche ufficialmente riconosciute, realizzati direttamente presso la sede delle attività riabilitative del Centro SaMiFo. Tale assetto organizzativo consente di garantire la presenza costante del personale socio-sanitario per il monitoraggio dei percorsi formativi, nonché il supporto dei mediatori linguistico-culturali a sostegno delle attività teorico-pratiche. Le qualifiche rilasciate al termine dei corsi sono riconosciute ai sensi del Decreto Legislativo n. 13 del 16 gennaio 2013, relativo alla definizione delle norme generali e dei livelli essenziali delle prestazioni per l'individuazione, validazione e certificazione delle competenze, e sono coerenti con il Repertorio Regionale delle Qualificazioni della Regione Lazio, in conformità alla normativa regionale vigente in materia di formazione professionale. Tali titoli risultano pertanto spendibili nel mercato del lavoro di tutto il territorio nazionale e riconosciuti nell'ambito del sistema pubblico delle politiche attive del lavoro. L'accesso ai percorsi formativi previsti dal Programma GOL è subordinato all'iscrizione sia al Centro per l'Impiego (CPI) sia al Programma stesso. Tale requisito ha comportato un rafforzamento dell'integrazione con i servizi sociali e un maggiore impegno organizzativo da parte del servizio, finalizzato a garantire l'effettivo accesso degli utenti alle opportunità formative. Al fine di superare le difficoltà di natura

burocratica, documentale e linguistica, il lavoro di raccordo con il territorio ha previsto l'attivazione di una collaborazione strutturata con il Centro per l'Impiego del XIV Municipio. In tale ambito sono state organizzate giornate dedicate all'utenza del servizio, con la presenza dei mediatori linguistico-culturali, che hanno affiancato i beneficiari durante i colloqui e lungo l'intero iter di iscrizione.

Il lavoro non rappresenta solo una fonte di reddito, ma anche un elemento centrale per il benessere psicologico, per l'inclusione sociale e l'autonomia delle persone migranti. La complementarità delle attività istituzionali con quelle sostenute da progetti dal fondo FAMI (Fondo Asilo Migrazione Integrazione) ha permesso di erogare percorsi riabilitativi e occupazionali personalizzati.

Nel 2025 è stato introdotto un protocollo di valutazione standardizzato, già sperimentato negli anni precedenti ma fino ad allora non applicato in modo sistematico e specificamente adattato ai percorsi di riabilitazione psichiatrica. L'inserimento di tale strumento nella prassi di selezione dei corsisti risponde all'esigenza di attribuire un valore qualitativo alle procedure di accesso e di inserimento nei percorsi formativi, consentendo ai professionisti di costruire progetti individuali accessibili e protetti, orientati a esiti favorevoli e alla riduzione del rischio di *drop-out*. Il protocollo prevede la somministrazione della medesima valutazione in due momenti distinti: al T₀, all'inizio del percorso, e al T₁, al termine dello stesso. Tale impostazione consente di monitorare l'acquisizione di abilità e competenze occupazionali, l'incremento dell'adattabilità al contesto territoriale, lo sviluppo delle competenze di comunicazione interpersonale -incluso l'utilizzo di ausili per il superamento delle barriere linguistiche - nonché il rafforzamento delle strategie di fronteggiamento dello stress, delle capacità di orientamento ai servizi e della richiesta appropriata di supporto socio-sanitario. La valutazione prevede la somministrazione di due test culturalmente validati dall'OMS: la scala WHODAS 2.0 12 item metodo standardizzato di misura del funzionamento, della disabilità e della salute delle persone e la Life Skills Profile per la valutazione del funzionamento personale e sociale e la scala WHOQOL 36 item per la valutazione della qualità della vita percepita.

Nel 2025 è stato inoltre avviato un trattamento sperimentale di riabilitazione psichiatrica basato su un protocollo combinato di strumenti *evidence-based*, attivato in una situazione di *drop-out* dal percorso di riabilitazione psicosociale di film-making. Tale intervento rappresenta il primo case-pilot di un modello strutturato, multidisciplinare e multilivello, integrato tra le équipes di Salute Mentale, Riabilitazione Psichiatrica e Medicina di Base del Centro SaMiFo, la struttura territoriale di terzo livello "Ospedale Policlinico Agostino Gemelli" e il circuito di accoglienza dell'ONG Mediterranea Watch. Nello specifico, è stata definita una modalità di integrazione di interventi combinati, monitorata attraverso incontri

strutturati tra i professionisti coinvolti, finalizzati alla condivisione degli obiettivi generali e di quelli specifici per ciascun ambito professionale, nonché alla definizione delle modalità e delle tempistiche di erogazione degli interventi. In sintesi, l'utente a cui si è rivolto tale intervento è una giovane ragazza di origine Siriana giunta a Roma attraverso un corridoio umanitario, e seguita in un percorso di psicoterapia dall'équipe del SAMIFO, che la invia al corso di formazione professionale di film-making. Dopo il ritiro dallo stesso, ha manifestato difficoltà adattive e manifestazioni psicopatologiche che hanno portato l'équipe a modificare la traiettoria dell'intervento. Il pensiero clinico maturato dall'équipe è stato quello di tentare un approccio diretto alla gestione dei sintomi, al rinforzo delle strategie adattive e coping funzionali, mettendo in pausa il percorso psicoterapeutico in atto, rinforzando così con l'utente l'alleanza terapeutica nei confronti del Servizio SAMIFO e nell'intera rete di aiuto. Un ulteriore punto di forza dell'intervento è stato rappresentato dal fatto che la Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) coinvolta conosceva già l'utente, in quanto inserita nei percorsi riabilitativi di gruppo. Tale continuità relazionale ha contribuito a rafforzare la circolarità e la coerenza del percorso di cura.

Il metodo

Il trattamento di riabilitazione psichiatrica è stato strutturato in otto incontri intensivi, durante i quali sono stati applicati protocolli combinati di psicoeducazione — *Illness Management and Recovery* (IMR; SAMHSA, 2010) e *interventi di metacognizione carta/penna* (Ellis, Di Pietro; VADO, Morosini, 1999) e strategie comportamentali. Il percorso ha incluso *homework* finalizzati all'auto-aiuto e sessioni di coaching telefonico, con particolare riferimento a tecniche di regolazione emotiva, respirazione e rilassamento progressivo (TIPS/Skills del DBT Training). L'intervento è stato condotto in continuità dallo stesso mediatore linguistico-culturale (MLC), ad eccezione di situazioni di necessità o urgenza, quali i contatti telefonici. Al termine degli otto incontri intensivi, è stato realizzato un incontro congiunto tra l'équipe multidisciplinare e l'utente, finalizzato alla valutazione degli obiettivi raggiunti e non raggiunti, nonché all'analisi delle aree di fragilità, vulnerabilità e dei punti di forza emersi. A seguito di tale valutazione, il trattamento è stato rimodulato prevedendo incontri settimanali alternati di psicoterapia e riabilitazione psichiatrica, mantenendo la presenza del medesimo MLC. Dopo 6 mesi di tale configurazione, si possono sinteticamente descrivere gli obiettivi raggiunti in quello che può essere definito il percorso di Recovery individuale: riduzione dei sintomi somatici e maggiore stabilità emotiva, maggiore impegno e costanza nella gestione della patologia sia fisica che mentale, incremento della rete sociale e amicale, assunzione lavorativa con contratto di lavoro presso un ristorante etnico in prossimità della sua abitazione ad orario part-time. Persistono difficoltà comunicative relative alle barriere linguistiche e manifestazioni sintomatologiche

ascrivibili alla storia personale e agli eventi traumatici di vita, che mantengono attivo il percorso di cura appena descritto.

Inoltre, in considerazione dell'imminente scadenza del progetto di accoglienza, l'équipe sta operando in rete con i servizi territoriali in un'ottica di integrazione socio-sanitaria, supportando la paziente nell'orientamento e nella gestione dei passaggi burocratici necessari per una nuova collocazione abitativa. Parallelamente, è in corso la valutazione della possibilità di avviare l'iter per il riconoscimento dell'invalidità ai sensi della Legge n. 104/1992 e del conseguente inserimento nelle categorie protette previste dalla Legge n. 68/1999, in relazione alla severità della patologia reumatica di cui la paziente è affetta.

In conclusione, la sinergia che si è creata tra i professionisti e l'utente ha permesso di poter valutare in maniera positiva la possibilità di inserire nella prassi di cura i trattamenti individuali EBM di Riabilitazione Psichiatrica nei percorsi di Recovery dei RTPI. Il caso clinico descritto evidenzia come, a seguito di un primo approccio a bassa intensità di tipo gruppale, sia stata successivamente valutata l'opportunità di un intervento ad alta intensità, con un focus sulla dimensione psicopatologica, in risposta a un bisogno urgente e prioritario esplicitamente riferito dalla paziente nella richiesta di aiuto. Questo percorso ha avviato una riflessione riguardante la necessità di prestare particolare attenzione al *momento* in cui avviare il trattamento e, soprattutto, alla tipologia di intervento più appropriata in relazione al destinatario. Nei percorsi di riabilitazione, infatti, le difficoltà manifestate possono essere legate più a barriere linguistiche e culturali che a quadri clinici strutturati; risulta pertanto fondamentale una valutazione preliminare e osservativa, condivisa con l'équipe multidisciplinare, al fine di calibrare l'intervento sulle risorse e sui bisogni reali, evitando il rischio di interventi inappropriati o potenzialmente iatrogeni, in un'utenza caratterizzata da bisogni esistenziali complessi e delicati.

Appendice

La Rete di Supporto per le Persone Sopravvissute a Tortura (ReSST)

La tortura è un'azione violenta a finalità politica che annichilisce le vittime, inculca il terrore nei loro gruppi umani di riferimento e promuove conformismo e obbedienza nei gruppi umani alleati o subordinati. Essa produce conseguenze di ordine fisico, psichico e sociale in chi la subisce, capaci di allargarsi anche ai familiari, agli amici, alla società di appartenenza e persino trasmettersi alle future generazioni. Le conseguenze indirette possono colpire anche chiunque si prenda cura delle vittime, minandone lo slancio altruistico. L'esperienza della tortura è inevitabilmente traumatica, derivandone sempre un danno effettivo o potenziale, attivo o latente, all'integrità e alla continuità psichica e corporea. Tuttavia, non tut-

ti sviluppano una franca sintomatologia e una sofferenza clinicamente diagnosticabile. D'altra parte, molti sopravvissuti – oltre al danno personale e all'eventuale disturbo – si trovano ad affrontare lo stigma sociale e l'isolamento a causa dei problemi di salute mentale che possono manifestare e dei dubbi e dei timori sollevati nelle loro comunità da ciò che sono state costrette a dire, fare o subire. Tutto ciò rende complesso e lungo il processo terapeutico-riabilitativo dei sopravvissuti, che deve rispondere alle problematiche fisiche (lesioni, disfunzioni, degenerazioni, ecc.), a quelle psichiche (disturbi depressivi, da stress post-traumatico, dissociativi o anche psicotici) a quelle identitarie e culturali (che includono questioni di indegnità, perdita di autostima e di controllo sulla propria vita). I servizi e i programmi per la presa in carico delle vittime di tortura devono prevedere modalità di risposta che siano articolate, connesse e non di rado a lungo termine rispetto ai suddetti bisogni terapeutico-riabilitativi di ordine fisico, psichico, socioculturale e legale. È necessario che gli interventi siano definiti in modo partecipato con le vittime e cadenzati tenendo in considerazione le necessità sanitarie, così come i tempi soggettivi delle vittime. È altresì necessario che l'attenzione sia posta non solo sulla singola vittima, ma anche sul suo nucleo familiare, soprattutto se presente nel contesto di accoglienza o comunque raggiungibile. Conseguentemente, è quanto mai opportuno che le equipe che svolgono la presa in carico abbiano una composizione multiprofessionale, con personale sia sanitario sia afferente alle sfere socio-educativa e antropologica, ulteriormente supportato da mediatori linguistico-culturali e operatori legali per quanto concerne i percorsi di tutela e riconoscimento giuridico. È raccomandato che a tali equipe siano offerte le opportunità formative e di supervisione in grado di prevenire forme di traumatizzazione vicaria. C'è quindi un bisogno sempre più urgente per il sistema sanitario italiano di supportare le vittime di tortura. Ciò richiede risorse adeguate, un approccio multidisciplinare e processi di riabilitazione a lungo termine, tutti elementi che vanno oltre le attuali capacità e le normali operazioni del sistema sanitario italiano e delle ONG che operano in questo campo.

Per questo nel 2024 nasce la rete REEST rete di enti e associazioni di supporto che si occupano di sopravvissuti a torture. La **Rete di Supporto per le Persone Sopravvissute a Tortura (ReSST)** riunisce enti pubblici e privati e ONG che offrono programmi o servizi specializzati per assistere chi ha subito tortura e altre gravi violenze. La Rete promuove iniziative di informazione e sensibilizzazione sui temi della tortura, delle sue conseguenze di breve e lungo periodo sulle persone sopravvissute e sulle loro comunità, sull'esigenza di rafforzare a vari livelli l'attuazione delle norme e degli standard internazionali contro la tortura e i relativi strumenti di prevenzione, monitoraggio e repressione. La Rete intende inoltre dare visibilità alle buone pratiche avviate in alcuni territori, anche con l'obiettivo di stimolare la piena attuazione delle Linee Guida emanate dal Ministero della

Salute nel 2017. A tal fine, saranno intraprese azioni di dialogo istituzionale con le autorità sanitarie nazionali e regionali, la Conferenza Stato-Regioni, il Ministero dell'Interno, le organizzazioni internazionali e altri interlocutori a vari livelli. Inoltre, saranno promosse iniziative di advocacy nei confronti delle autorità italiane per rafforzare il quadro legale di riferimento e garantire l'attuazione degli obblighi specifici connessi alla riabilitazione dei sopravvissuti. La Rete si propone infine di contribuire a migliorare la disponibilità e la qualità dei servizi per i sopravvissuti a tortura, operando affinché a ciascuno di essi sia garantito l'accesso ad adeguati programmi di riabilitazione per ricostruire la propria vita e il supporto necessario ad ottenere altre forme di sostegno e riparazione. Per raggiungere questo obiettivo, saranno promosse attività di ricerca scientifica, formazione e aggiornamento professionale, e verranno lanciate iniziative specifiche per ampliare la presenza di programmi di riabilitazione per i sopravvissuti su tutto il territorio nazionale.

La Asl Roma 1 attraverso il Centro SAMIFO, unico ente pubblico cofondatore della rete, realizza percorsi che si inseriscono all'interno del percorso terapeutico riabilitativo individualizzato che integra attività sanitarie e attività sociali tenendo conto della storia della storia personale e lavorativa delle persone, della condizione legale ed economica del sopravvissuto. L'accoglienza e la presa in carico di situazioni complesse, portate da persone che hanno vissuto traumi plurimi e reiterati nel tempo, richiedono la costruzione di un sistema di cura multidimensionale finalizzato al raggiungimento di quel benessere psicofisico che l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce come salute. La complessità e la specificità delle problematiche e delle patologie presentate rendono necessario un approccio integrato bio-psico-sociale che permetta una visione completa dei bisogni del paziente. È il concetto stesso di salute che deve estendersi fino a raggiungere una dimensione più ampia, che comprenda sia il corpo che la mente e, più in generale, che abbia a che fare con il raggiungimento di un livello anche minimo, ma sufficiente e dignitoso di qualità della vita. Una dimensione che vada al di là della semplice assenza di sintomi patologici, ma che sappia contenere bisogni molteplici e differenti, necessariamente collegati tra loro. La riabilitazione delle vittime di tortura o violenza estrema deve prevedere l'inclusione sociale, in particolare per le persone spesso emarginate dalle opportunità educative e lavorative. Ciò si ottiene promuovendo collaborazioni e reti efficaci tra i servizi dedicati e i settori culturali, artistici ed economici più ampi, contribuendo così sia al recupero individuale che allo sviluppo della comunità.

Bibliografia

- 1) Bartolomei, J., Baeriswyl-Cottin, R., Framorando, D., Kasina, F., Premand, N., Eytan, A., & Khazaal, Y. (2016). What are the barriers to access to mental healthcare and the primary needs of asylum seekers? A survey of mental health caregivers and primary care workers. *BMC Psychiatry*, 16(1), 336. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5041539/>
- 2) Z. Asif, H. Kienzler: Structural barriers to refugee, asylum seeker and undocumented migrant healthcare access. Perceptions of Doctors of the World caseworkers in the UK. *SSM – Mental Health*, Vol 2, December 2022, 100088 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666560322000287>
- 3) Baker, R. (1992) Psychological consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe. In: Basoglu M. editor (Ed), *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches* (pp. 83-101). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- 4) E. Vercillo, M. Guerra, *Clinica del Trauma nei rifugiati*, MIMESIS 2019
- 5) Santone G. (2010) La salute mentale dei rifugiati. Una visione d'insieme del fenomeno. In: Caldarozzi A. (Ed.) *Le dimensioni del disagio mentale nei richiedenti asilo e rifugiati. Problemi aperti e strategie di intervento*. Fondazione Cittalia
- 6) AAVV Ministero della Salute – 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 – Roma, 22 Marzo 2017 <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/04/24/17A02804/sg>
- 7) AAVV Per un'accoglienza e una relazione d'aiuto transculturali. Linee guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili dei richiedenti e titolari di protezione internazionale – 2010 <https://ciaconlus.org/downloads/guida-parma-rich-asilo.pdf>
- 8) Santone G. Rocca G. - report attività e servizi del centro SaMiFo – 2024 https://www.aslroma1.it/uploads/files/37_11_REPORT_2022-2023.pdf
- 9) Santone G. – report attività e servizi del Centro SaMiFo – 2015 https://www.centroastalli.it/wp-content/uploads/2021/05/Samifo_REPORT-2015.pdf
- 10) Capretti S. in Report Finale Progetto FARI a cura di Santone G. 2018 https://www.aslroma1.it/uploads/files/17_52_Rapporto.Finale_Progetto_FARI.pdf
- 11) Forgione E., Albanese M., Petta A.M, (2021) The Refugees and asylum seekers victims of torture and other forms of intentional violence: a multidimensional approach

- 12) MSF 2023 SOPRAVVIVERE ALLA TORTURA Modello di cura interdisciplinare per migranti e rifugiati a Palermo
- 13) Capretti S. in Rapporto finale FARI 2 Formare Assistere Riabilitare Inserire 2 a cura di Santone G., Conato D., -2023- https://www.aslroma1.it/uploads/files/17_10_Pubblicazione_FARI_2_-_DEF_light.pdf
- 14) Bertotto M., Perocco F., Santone G. A new birth in Italy: Founding of the Support Network for Survivors of Torture - Torture, 2025, 35(1), 71-73 <https://doi.org/10.7146/torture.v35i1.156547>
- 15) Capretti S., Sansone E., Santone G. "The Rehabilitation of Refugees Who are Victims of Torture in ASL Rome SAMIFO Centre". Journal of Rehabilitation Therapy. September 24, 2025, <https://doi.org/10.29245/2767-5122/2025/1.1162>

Il percorso certificativo medico-legale

Marco Albore, Paola Santoro

Introduzione

Nell'articolato processo per il riconoscimento della protezione internazionale in Italia, l'aspetto cardine è rappresentato, in sostanza, dall'insieme di ragioni potenzialmente ostative al rimpatrio. In tale procedura, assume rilevanza centrale l'audizione del richiedente, poiché rappresenta il momento in cui possono essere esposte, in maniera dettagliata, le ragioni dell'abbandono del Paese d'origine ed i motivi per cui non vi si può più fare ritorno.

Nel corso del procedimento il richiedente deve provare, *“quanto meno in via presuntiva”*, il concreto pericolo cui andrebbe incontro in caso di rimpatrio, precisandone l'effettività e l'attualità, nonché *“dimostrare di essere credibile”* assolvendo al relativo onere probatorio secondo le regole dell'ordinamento italiano. Sul punto, fermo restando l'obbligo di *motivare* la domanda, il nostro sistema giuridico tiene conto delle particolari condizioni che possono impedire al richiedente di fornire prove certe dei fatti dichiarati, prevedendo un'attenuazione dell'onere probatorio in linea con quanto già riconosciuto a livello europeo. Difatti, anche qualora *“taluni aspetti delle dichiarazioni del richiedente non siano suffragati da prove documentali o di altro tipo, la loro conferma non è comunque necessaria”* purché siano soddisfatte le seguenti condizioni: dimostrare di avere compiuto *“sinceri sforzi per circostanziare la domanda”*; produrre tutti gli elementi pertinenti in suo possesso, fornendo una spiegazione soddisfacente della mancanza di altri elementi significativi; rendere dichiarazioni *“ritenute coerenti e plausibili”* e non contraddittorie con le informazioni generali e specifiche pertinenti al suo caso; presentare la domanda tempestivamente salvo la sussistenza di fondate motivazioni per il ritardo; dimostrare di essere *“in generale attendibile”*.

A fronte di tale *“indebolimento”* del dovere probatorio richiesto all'istante, l'ordinamento individua diversi strumenti idonei a controbilanciare l'inevitabile esigenza accertativa su cui basare il giudizio finale. Tra questi, vi è una significativa valorizzazione dei poteri istruttori della Commissione (o del Giudice), cui spetta il compito di cooperare nell'accertamento delle circostanze ostative al rimpatrio, acquisendo anche d'ufficio le informazioni necessarie a conoscere lo specifico contesto del Paese d'origine.

D'altra parte, al di là degli aspetti più prettamente giuridico-politici e socio-polopolazionali, devono essere considerati con pari attenzione gli aspetti medico-sanitari che, a vario titolo, possono fornire elementi decisivi nella valutazione della domanda di protezione internazionale. In base al d.lgs. 251/2007, nel corso della

procedura possono essere svolte visite mediche ai fini dell'esame della domanda.¹ In tale prospettiva, la valutazione medico-legale assume un ruolo di assoluta rilevanza, risultando capace di fornire valido supporto interpretativo, sia nella fase amministrativa sia in quella giudiziaria del procedimento. Il medico-legale si inserisce, infatti, in tale contesto quale strumento a supporto di una duplice esigenza: da un lato, fornire all'interprete giuridico-amministrativo le basi tecniche per la verifica dell'attendibilità delle dichiarazioni rese dal migrante; dall'altro, tutelare il diritto di quest'ultimo a disporre di un adeguato supporto professionale, idoneo a corroborare la validità e la credibilità della domanda.

La certificazione medico legale può fornire elementi utili alla valutazione della congruenza tra il quadro clinico-obiettivo (e/o altri riscontri documentali) e le narrazioni rese dal richiedente in merito alle torture, maltrattamenti o altri eventi subiti. Ciò anche attraverso la possibilità di evidenziare eventuali difficoltà nella rievocazione dei vissuti (foriere di possibili incongruenze o riluttanze nella ricostruzione della storia) ovvero di segnalare particolari esigenze in sede d'audizione (tempistiche; capacità di sostenere il colloquio; necessità di assistenza). Altresì, la certificazione può essere utile per accertare la presenza di stati patologici che necessitino di accertamenti e/o cure specialistiche per un determinato periodo di tempo, indicandone la gravità, la prognosi e le precise esigenze terapeutico-assistenziali derivanti, al fine di fornire indicazione sui possibili effetti sulla salute in caso di rimpatrio.

Tuttavia, nonostante la centralità del tema – ed il progressivo interesse socio-politico e tecnico-scientifico – la relativa letteratura di settore risulta ancora scarsa e frammentaria, soprattutto laddove si ricerchi uniformità del processo accertativo. La paucità di linee di indirizzo condivise si traduce, infatti, in una difficoltà nell'acquisizione di uno specifico *know-how* da parte del professionista medico-legale che si appropria alla valutazione clinico-obiettiva del richiedente asilo. Inoltre, a tutt'oggi mancano strumenti validati, sia descrittivi sia statistici, in grado di giungere a conclusioni condivise circa il pattern e l'eziologia delle lesioni riscontrate.

Del resto, la rilevanza della questione emerge già dalla lettura dei dati EUROSTAT, dai quali risulta che nel 2024 sono pervenute in Italia 151.120 domande di asilo. Un ulteriore dato degno di attenzione riguarda il numero di domande con esito positivo nello stesso anno, pari a 28.185, di cui: 6.000 (circa il 21%) con riconoscimento dello status di "rifugiato"; 11.455 (circa il 40%) con concessione della protezione

¹ Ai sensi dell'art. 8, comma 3-bis, del d.lgs. 251/2007 (modificato dal d.lgs. 142/2015), la Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale, sulla base degli elementi forniti dal richiedente, può disporre, previo consenso dello stesso, «visite mediche dirette ad accertare gli esiti di persecuzioni o danni gravi subiti effettuate secondo le linee guida di cui all'articolo 27, comma 1-bis, del decreto legislativo 19 novembre 2007, n. 251, e successive modificazioni. Se non viene disposta una visita medica, il richiedente può effettuarla a proprie spese e sottoporre i risultati alla Commissione ai fini dell'esame della domanda».

speciale; e 10.730 (circa il 38%) con riconoscimento della protezione sussidiaria. Le domande respinte restano, quindi, la grande maggioranza, con l'Italia che mostra tassi di esiti negativi più alti rispetto alla media UE.

Alla luce delle specifiche competenze tecniche e dell'intrinseca affinità metodologico-interpretativa con l'ambito giuridico, l'attività medico-legale appare un momento ineliminabile e probabilmente il più idoneo a soddisfare alcune delle esigenze allegative incardinate nella procedura di riconoscimento della protezione. La Medicina Legale, sin dalle sue origini, si identifica con un metodo proprio che ne costituisce l'essenza ontologica efficacemente sintetizzabile nella formula: «medicina legale = metodo». In termini generali, il concetto di «metodo» (dal greco μέθοδος, composto da μέτρα, con il significato di “perseguire”, e ὁδός, “via”) indica il percorso corretto per il raggiungimento di un determinato scopo. Nella Medicina Legale, tale nozione si traduce in una rigorosa impostazione accertativo-valutativa, improntata alla massima oggettività e priva di personalismi interpretativi fuorvianti, nonché in un costante riferimento al rapporto giuridico cui il caso si connette e che l'indagine è chiamata a soddisfare, rendendo l'evento di natura biologica fruibile all'interprete giuridico. Senza scomodare le primigenie radici dottrinali, la speciale attenzione rivolta alla risoluzione delle *rerum legalium quae sub medicum cadunt* rappresenta tutt'ora l'elemento fondativo anche della moderna Medicina Legale, che ne costituisce l'originalità ed unicità metodologica (*signum specificationis*) rispetto ad ogni altra branca medica. Gli ambiti giuridici di interesse medico legale sono molteplici, ciascuno caratterizzato da regole e criteri valutativi specifici: diritto penale, diritto civile, sicurezza sociale, assicurazioni pubbliche e private, tra gli altri. Anche la valutazione del nesso di causalità tra un evento e un danno alla persona, tema che da sempre coinvolge filosofi, giuristi e medici legali, trova applicazioni non uniformi nei diversi settori del diritto.

Da tale scenario si è progressivamente affermato, soprattutto a partire dalla seconda metà del novecento, un ulteriore ambito giuridico che, accanto a quelli già detti, riveste un interesse medico-legale di particolare rilievo in quanto orientato alla tutela dei diritti umani.¹

È proprio il metodo a configurarsi come l'unica àncora di riferimento per chi si trovi ad affrontare fattispecie incomparabili e mai del tutto sovrapponibili, in qualsiasi ambito valutativo e, a maggior ragione in un settore complesso come quello relativo alle procedure di riconoscimento delle misure di protezione internazionale.

¹ La Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo (1948), il Patto Internazionale sui diritti civili e politici del 1966, la Convenzione delle Nazioni Unite contro la tortura e altre pene o trattamenti inumani o degradanti del 1984, hanno segnato una svolta epocale in tale ambito ponendo le basi dell'attuale diritto internazionale in materia di tortura.

In tale contesto assume, dunque, particolare significato la definizione di un protocollo operativo, inserito in una cornice multidisciplinare, incentrata sulla presa in carico globale del richiedente asilo, basato sui fondamenti metodologici nazionali ed internazionali. Appare pertanto opportuno soffermarsi brevemente sugli aspetti definitori del reato di tortura e delle altre condotte a esso assimilabili, quali i trattamenti inumani, crudeli o degradanti.

Analisi del concetto di tortura (o di altre violenze intenzionali paragonabili)

Nel quadro di una presa in carico di richiedenti asilo e rifugiati, la principale attività del medico-legale è certamente rivolta alla valutazione e certificazione degli esiti di tortura e/o di trattamenti inumani e degradanti.

Sul piano del diritto internazionale, la Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti, adottata dall'assemblea delle Nazioni Unite a New York il 10 dicembre 1984, fornisce una prima definizione condivisa ed esaustiva del concetto di *Tortura*, ampliandone l'area d'interesse anche alle declinazioni di *trattamenti crudeli, disumani o degradanti*; e ne stabilisce il principio dell'"universalità" della giurisdizione in forza alla quale gli Stati contraenti sono tenuti a perseguire i torturatori o a cooperare affinché essi siano sottoposti a legittimo processo da parte degli Stati che abbiano titolo a farlo.¹

Giova a questo punto richiamare il Protocollo di Istanbul (UNHCR, 1999) che include nel concetto di tortura diverse tipologie di maltrattamenti, suddividendoli in tre categorie principali:

- *tortura fisica*, considerata in relazione agli esiti fisici che produce nella vittima;
- *tortura psicologica*, finalizzata a distruggere l'identità della vittima attraverso ripetute umiliazioni e violazioni;
- *tortura sessuale* che potrebbe rientrare nella tortura fisica ma che viene descritta separatamente in ragione del rilevante impatto sociale e psicologico che essa causa.

Con l'espressione «*Trattamenti inumani o degradanti*» si identificano forme

¹ Secondo l'art.I della Convenzione il termine tortura indica: "*qualsiasi atto mediante il quale sono intenzionalmente inflitti ad una persona dolore e sofferenze forti, fisiche o mentali, al fine segnatamente di ottenere da essa o da una terza persona informazioni o confessioni, di punirla per un atto che essa o una terza persona ha commesso o è sospettata di aver commesso, di intimidirla o di far pressione su di lei o di intimidire o di far pressione su una terza persona, o per qualsiasi altro motivo fondato su qualsiasi forma di discriminazione, qualora tale dolore o sofferenze siano inflitte da un agente della funzione pubblica o da ogni altra persona che agisca a titolo ufficiale, o su sua istigazione, o con il suo consenso espresso o tacito. Tale termine non si estende al dolore e alle sofferenze derivanti unicamente da sanzioni legittime, ad esse inerenti o da esse provocate*".

generalmente considerate «meno» gravi e crudeli della tortura che, attraverso le modalità più disparate (tra cui: detenzione in luoghi sovraffollati e in scadenti condizioni igienico-sanitarie; privazione di cibo, acqua e cure mediche adeguate; imposizione di lavori forzati; etc.) possono ledere intenzionalmente l'identità della vittima, analogamente a quanto avviene nella tortura. Invero, la distinzione tra tali fattispecie risulta spesso complessa e non sempre univoca¹.

Può risultare altresì di interesse la definizione, di portata più estensiva, contenuta nello Statuto di Roma della Corte Penale Internazionale (1998), art.7, par. 2, lett. e, secondo cui: «...per «tortura» s'intende l'infliggere intenzionalmente gravi dolori o sofferenze, fisiche o mentali, ad una persona di cui si abbia la custodia o il controllo...». Tale formulazione amplia il perimetro definitorio, in quanto: non configura più la tortura come reato proprio esclusivo del pubblico ufficiale; estende il concetto alla «custodia» e non soltanto alle circostanze di «detenzione»; non richiede la sussistenza di un dolo specifico, come invece previsto dalla Convenzione delle Nazioni Unite.

In tale prospettiva, appare evidente come, infatti, le circostanze in cui possono concretizzarsi atti di tortura o assimilabili, non si esauriscano nei soli contesti d'intervento di personale pubblico-ufficiale, dovendosi includere anche fattispecie più sfumate, ibride o del tutto estranee alla matrice istituzionale (politica, religiosa, territoriale, familiare, criminale). Parimenti, l'esclusione delle sofferenze derivanti da «sanzioni legittime» - pur finalizzata nell'intento giuridico a circoscrivere il perimetro definitorio agli atti umilianti, degradanti o crudeli - può, in taluni casi, favorire difformità interpretative o condurre a una sottovalutazione della reale portata dei riflessi psico-lesivi subiti dalla vittima, ancorché verificatisi in contesti formalmente legali in uno specifico ordinamento. Di particolare interesse risulta, pertanto, la valutazione dell'adequatezza e proporzionalità dei trattamenti posti in essere in ambiti sanzionatori dichiaratamente legittimi.

Ad ogni buon conto, l'individuazione degli elementi che compongono le fattispecie giuridiche sin qui richiamate, esula dalla specifica competenza valutativa del medico-legale, al quale non può essere demandato l'onere di stabilire se, e in quale misura, il singolo caso concreto configuri il reato di *tortura* (o assimilabile). È bene che tale giudizio rimanga, in via pressoché esclusiva, di competenza degli organi giudicanti e dei professionisti legali coinvolti nel procedimento.

L'attenzione del medico-legale, pur potendo delineare la complessiva dinamica lesiva - e quindi tratteggiarne eventuali circostanze di particolare interesse -, dovrebbe essere primariamente rivolta agli aspetti patologico-forensi delle lesioni,

¹ In proposito, giova richiamare la definizione contenuta nella Convenzione interamericana per la prevenzione e la repressione della tortura (1987): «la tortura è l'applicazione a qualsiasi persona di metodi miranti ad annullare la personalità della vittima o a colpire la sua capacità fisica o mentale, anche se questi metodi e procedure non provocano dolore fisico o angoscia psichica».

con l'obiettivo di valutarne il grado di compatibilità con le dichiarazioni rese e, ancor prima, di accertarne la matrice traumatica esogena (violenza intenzionale di terzi) rispetto ad altre ipotesi etiopatogenetiche alternative (accidentali, autodeterminate, endogene o comunque "naturali"). Rimane tuttavia imprescindibile che il professionista operante in tali contesti possieda un'adeguata conoscenza delle basi giuridiche concettuali, in quanto necessarie a fornire elementi tecnici indispensabili per orientare, chi è chiamato a decidere, verso approdi interpretativi fondati e coerenti.

L'esperienza del SaMiFo

L'attività del servizio di Medicina Legale della UOSD Centro SAMIFO (Salute Migranti Forzati) afferente alla ASL ROMA I, propone un modello d'approccio che si inserisce in un più ampio contesto di accoglienza, assistenza sanitaria (di base e specialistica) ed orientamento sociale e giuridico. L'Azienda vanta una lunga esperienza nella definizione di risposte concrete ai bisogni di salute dei migranti forzati come testimoniato da numerosi progetti europei, nazionali a valenza nazionale, regionale o cittadina: FARI, FARI2, FARI4Lazio, ICARE ICARE2, PSIC, CCM, LGNET. Le attività assistenziali si svolgono presso i servizi territoriali ambulatoriali della AS e sono integrate con quelle del terzo settore, dando luogo a un approccio multidisciplinare, multidimensionale, interculturale e intersettoriale. In tale contesto, l'attività di certificazione medico-legale del SAMIFO si è recentemente implementata grazie alla partecipazione attiva della UOC di Medicina Legale della ASL Roma I; la forte volontà direttiva di ampliare le linee di attività aziendali, in continuità con il percorso già tracciato dal SAMIFO, si è concretizzata con l'inserimento dell'attività certificativa tra le linee di attività della UOC di Medicina Legale. L'équipe medico-legale della ASL Roma I si è progressivamente integrata con i professionisti di comprovata esperienza del SAMIFO, acquisendo una formazione specialistica dedicata e dando vita a un gruppo di lavoro coeso, strutturato e pienamente supportato.

Preme ribadire come, in tale ambito, la formazione dei medici legali rivesta un ruolo essenziale, in quanto garantisce la produzione di valutazioni il più possibile accurate, eticamente corrette ed efficaci nella descrizione delle sequele fisiche e psicologiche della tortura. Una formazione adeguata risponde a diversi bisogni fondamentali: consente di riconoscere conseguenze fisiche e psicologiche della tortura spesso sottili e di lunga durata, migliora la qualità e la coerenza della documentazione medico-legale; contribuisce a prevenire errori comuni, come l'errata attribuzione dei reperti o una valutazione inadeguata del trauma psicologico. Inoltre, il Protocollo di Istanbul sottolinea la necessità di una formazione standardizzata a sostegno delle norme giuridiche internazionali, i codici etici e le migliori pratiche nella valutazione forense e clinica.

All'interno di questa cornice l'affiancamento degli specialisti della UOC di Medicina Legale al personale altamente specializzato afferente al SAMIFO ha permesso di compiere quel requisito fondamentale previsto dai riferimenti internazionali. Tale collaborazione non si limita a un ampliamento dell'offerta assistenziale rivolta al migrante forzato, ma contribuisce a rafforzare la qualità complessiva del percorso valutativo-certificativo.

Il modello certificativo adottato si fonda su un percorso multidisciplinare che, ove opportuno, coinvolge ulteriori figure professionali in grado di fornire elementi utili alla complessiva interpretazione del caso, anche attraverso approfondimenti strumentali o clinico-specialistici.

Esso è conforme sia agli standard nazionali - Linee Guida ex D.M. n.95/2017 – sia a quelli indicati dalle principali fonti internazionali in materia di documentazione degli esiti di tortura, in particolare il Protocollo di Istanbul. È stato inoltre creato un database unico finalizzato a uniformare la raccolta e l'analisi dei dati acquisiti, anche nell'ottica di promuovere futuri sviluppi di ricerca. È fondamentale che la valutazione medico-legale sia effettuata in un contesto appropriato e da personale qualificato, come indicato nelle richiamate linee guida.¹

Il modello di indagine medico-legale adottato, concepito e strutturato sulla base delle richiamate fondamenta metodologiche, è primariamente orientato a una rappresentazione quanto più oggettiva possibile del quadro attuale, al fine di garantirne un'interpretazione aderente alla realtà dei fatti.

In particolare, prevede:

l'inquadramento clinico generale, anche allo scopo di segnalare eventuali esigenze terapeutico-assistenziali;

- la descrizione metodologica della lesività riscontrata, riportandone sede, colore, morfologia, rapporti e dimensioni;
- la richiesta di eventuali approfondimenti diagnostici (esami strumentali, consulenze specialistiche);
- l'identificazione della natura, delle cause, dei mezzi e delle modalità di produzione delle lesioni;
- la ricostruzione della complessiva dinamica degli eventi, ove possibile inte-

¹ Linee Guida ex D.M. n.95/2017, secondo cui: *“il processo di certificazione deve avvenire preferibilmente in strutture del Servizio Sanitario Nazionale che devono essere identificate dalle ASL/Regioni come idonee per svolgere tale attività in conformità con quanto previsto nel presente documento. La ASL può svolgere tale attività attraverso i propri servizi ed operatori sanitari, formalmente individuati e adeguatamente formati, anche in materia di educazione dei diritti umani... Tutte le strutture che svolgono questo compito devono garantire l'imparzialità, la multidisciplinarietà, l'accessibilità, la sostenibilità e la presa in carico ed è necessario che corrispondano ad un obbligo informativo verso la ASL/Regione di pertinenza, utile ai fini della programmazione delle prestazioni che devono essere offerte a tali pazienti”*.

grata da elementi psicologici potenzialmente condizionanti la dinamica traumatica (reiteratezza, policronia, caratteristiche e numerosità dei mezzi utilizzati, particolari circostanze o modalità dell'azione lesiva attuata da terzi);

- la delineazione del decorso clinico successivo, con particolare riferimento a fattori preesistenti o sopravvenuti rilevanti per la corretta interpretazione del quadro attuale;
- la formulazione di un giudizio di compatibilità, anche cronologica, tra le lesioni riscontrate e le dichiarazioni rese dal paziente.

Dall'esperienza maturata emerge innanzitutto una consapevolezza fondamentale: l'approccio medico-legale, se correttamente orientato alla ricerca di tutti gli elementi utili e alla ricostruzione delle precise dinamiche etiopatogenetiche, può spesso portare alla luce realtà cliniche generate dalla tortura altrimenti inesplorate o non immediatamente evidenti. In tale prospettiva, risulta cruciale mantenere un'attenzione costante ai rischi connessi dalla rievocazione dei vissuti traumatici - sia per il paziente che per l'operatore - nonché garantire un'adeguata formazione e preparazione di tutto il personale coinvolto, con particolare riferimento ai mediatori, figura essenziale e determinante nel percorso assistenziale e certificativo.

La valutazione medico-legale è un processo di grande grande rilevanza, potenzialmente in grado di incidere sullo stato di benessere e salute della persona. Le visite mediche - inclusa quella medico-legale - e gli eventuali accertamenti sanitari possono, per la loro stessa natura, ritraumatizzare il paziente, provocando o aggravando sintomi di stress post-traumatico e suscitando ricordi ed emozioni dolorose.

È fondamentale che la persona conosca il contesto di cura, sia adeguatamente informata sulle modalità e finalità delle visite e ne presti un consenso libero, maturo e pienamente consapevole. È necessario adottare un approccio di particolare sensibilità, prossimità, comprensione ed ascolto, al fine di ridurre il più possibile il rischio di ritraumatizzazione, pur nella consapevolezza di non poterlo annullare. In tale prospettiva, risulta imprescindibile la capacità di instaurare un clima di fiducia reciproca tra l'operatore e il paziente, nel quale il ruolo del mediatore assume una funzione determinante.¹

D'altra parte, pur ribadendo la necessità di adottare opportune cautele nell'approccio valutativo, resta imprescindibile che la certificazione medico-legale si

¹ L'assistenza cosiddetta trauma-informed è essenziale in tutti gli incontri clinici con i migranti forzati, indipendentemente dal fatto che essi soddisfino o meno i criteri per il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), considerata dell'elevata prevalenza di esposizione a eventi traumatici in questa popolazione. Tra le strategie pratiche volte a ridurre tale rischio rientrano la spiegazione chiara di ogni fase della visita clinica, l'invito attivo a porre domande, il rispetto di eventuali rifiuti e l'utilizzo sistematico di interpreti o mediatori professionali, evitando il ricorso a familiari o accompagnatori. Rivestono particolare importanza la sensibilità al contesto culturale di provenienza, alle questioni di genere e al trauma storico, così come l'adozione di un linguaggio non giudicante e non stigmatizzante. Al fine di ridurre il carico psicologico sul paziente, è raccomandato limitare il numero di volte in cui egli è chiamato a rievocare eventi traumatici e, ove necessario, offrire adeguate risorse di supporto.

attenga ai canoni di scientificità e di rigorosa oggettività che ne costituiscono da sempre l'essenza. Ciò risulta essenziale anche al fine di preservare il rapporto di fiducia con l'interprete giuridico-amministrativo, senza il quale ogni proposito assistenziale, anche il più virtuoso, rischierebbe di risultare inefficace.

Visita medico-legale

I pazienti vi possono accedere attraverso percorsi e modalità differenti, generalmente una volta concluse le prime procedure di accoglienza territoriale e avviato l'inserimento socio-sanitario. Al nostro servizio pervengono richieste di valutazione medico-legale in tutte le fasi giuridico-amministrative della procedura di riconoscimento dello status di rifugiato, sia da parte dello stesso richiedente – tramite il personale dei Centri di Accoglienza o legali nei casi di ricorso giudiziario – sia su richiesta degli organi istituzionali giudicanti (Commissione Territoriale).

Riteniamo opportuno che l'accertamento medico-legale venga effettuato, per quanto possibile, al termine di un percorso di accoglienza, orientamento ed accompagnamento, adeguatamente strutturato, nonché dopo l'avvio di una prima presa in carico terapeutico-assistenziale, anche attraverso il medico di medicina generale. Ciò consente di disporre di un più ampio supporto documentale in sede di visita, comprendente accertamenti strumentali e laboratoristici e certificazioni specialistiche. In tale prospettiva, appare particolarmente utile la costruzione di una linea di collaborazione stabile con i servizi territoriali socio-sanitari coinvolti nei percorsi di accoglienza.

È evidente come la visita medica – e, in misura ancor maggiore, quella medico-legale – presenti un'intrinseca e inevitabile invasività, alla quale si associa il rischio di ricondurre il paziente a una condizione di subordinazione nei confronti del professionista chiamato a svolgere l'indagine. Si raccomanda pertanto di evitare domande dirette o incalzanti, spiegando in modo chiaro e reiterato il significato e le finalità dei quesiti posti.

Di seguito si illustrano le diverse fasi di svolgimento della valutazione medico-legale adottata nel nostro modello operativo. È necessario riportare gli estremi di un documento identificativo (permesso di soggiorno, attestato nominativo o altro documento che ne permetta il riconoscimento). La raccolta dell'anamnesi familiare deve prestare con particolare attenzione alla presenza di familiarità per gravi patologie fisiche e/o psichiatriche, allo stato relazionale e alla prole. Quella fisiologica e lavorativa-attitudinale deve comprendere le informazioni relative a nascita e sviluppo; allergie; funzioni fisiologiche; gravidanze o parti; scolarità; attività lavorative svolte; eventuali esposizioni ad agenti o rischi professionali di rilievo; indennizzi o benefici riconosciuti; servizio di leva e pratiche sportive di particolare interesse. Inoltre l'anamnesi patologica remota deve includere tutte le patologie pregresse o croniche, infortuni o malattie professionali, interventi chirurgici, traumi pregressi di rilievo e terapie assunte.

La disamina della documentazione allegata costituisce un momento di grande utilità, spesso decisivo o comunque fondamentale per inquadrare correttamente il caso ed orientare in maniera appropriata l'indagine medico-legale. In tal senso, rilevano: esami strumentali, laboratoristici; certificati medici; talvolta reperti fotografici carteggi sanitari esteri coevi ai fatti dichiarati.

Particolare attenzione riguarda l'anamnesi traumatica. In questa fase vengono indagate le ragioni che hanno condotto la vittima ad abbandonare il proprio Paese d'origine, giungendo poi al momento probabilmente più delicato dell'intero colloquio, rappresentato dalla ricostruzione delle modalità con cui la violenza è stata perpetrata.

Il fine di giungere ad una ricostruzione, in termini forensi e medico-legali, quanto più completa e circostanziata delle circostanze traumatiche riferite, vengono approfonditi i seguenti elementi: modalità dell'evento; strumenti utilizzati (caratteristiche, dimensioni, numerosità, meccanismo d'azione); epoca, durata e frequenza delle violenze; sedi anatomiche interessate; posizioni o atteggiamenti assunti della vittima; eventuali misure di costrizione fisica o posture coatte; stati di alterazione o limitazione neuro-sensoriale e percettiva; finalità delle violenze e contesto in cui si sono verificate; eventuali accorgimenti o comportamenti adottati dai carnefici nel corso dell'azione lesiva; fasi accessorie dell'evento (cadute, trascinamenti, impatti con altri oggetti anche nella fuga, traumi indiretti). Tali informazioni risultano fondamentali per la formulazione di un giudizio di compatibilità il più possibile accurato, in conformità con quanto previsto dal Protocollo di Istanbul.

Come si è già più volte segnalato, questa rappresenta una delle fasi della visita più delicate e meritevoli di particolare attenzione e sensibilità, in considerazione del rischio connesso alla possibile attivazione o riattivazione di sintomi da stress post-traumatico. Tale fase, infatti, può determinare l'insorgenza di nuovi sintomi o il peggioramento di quelli già presenti, quali dolore fisico o ansia, ri-esperienza dell'evento traumatico, evitamento di stimoli o ricordi associati al trauma, attenuazione o intorpidimento della reattività generale e della partecipazione alla visita, insonnia e altri disturbi del sonno, nonché sentimenti di paura, vergogna e colpa. Anche i sintomi depressivi e ansiosi possono accentuarsi durante e dopo il colloquio. Occorre inoltre tenere in debita considerazione che, in molte società tradizionali, le domande relative al disagio psicologico possono essere considerate un tabù e, pertanto, percepite dal paziente come irrispettose, oltraggiose o offensive, compromettendo la sua collaborazione alla visita.

È raccomandato indagare il decorso successivo all'evento traumatico, con particolare attenzione a tutti quei fattori clinico-anamnestici che possano incidere sulla corretta interpretazione del quadro riscontrato: eventuali ricoveri; trattamenti praticati, in particolare quelli chirurgici (suture, osteosintesi, escissioni di corpi estranei, altri interventi invasivi o modificativi dello stato

lesivo originario); complicanze locali (infezioni, necrosi, perdite di sostanza); evoluzione clinico-funzionale (tempi di recupero, vizi di consolidamento, difetti di guarigione, persistenza della sintomatologia). L'intervento di tali fattori può modificare in maniera significativa i reliquati morfo-sintomatologici alterandone la corrispondenza con i meccanismi lesivi; di ciò è pertanto necessario tenere adeguatamente conto nella formulazione dei giudizi conclusivi. Al contempo, alcuni elementi possono rafforzare l'attendibilità delle dichiarazioni rese dal paziente, specie ove supportati da documenti sanitari coevi all'epoca dell'evento. Ne deriva l'opportunità, in particolare nei casi di lesioni gravi che abbiano richiesto interventi medico-sanitari, di acquisire eventuali carteggi o certificazioni relative al periodo successivo all'evento, che potrebbero fornire informazioni utili e potenzialmente decisive nella ricostruzione dei vissuti traumatici del paziente. In questa fase della visita si procede all'intervista del paziente in merito alla sintomatologia attuale (algie, disturbi locali e/o sistemici), all'eventuale presenza di deficit funzionali e alle terapie in corso.

È fondamentale prestare particolare attenzione al racconto fornito, valutando la correlazione – crono-fenomenologica, modale, statistico-epidemiologica - tra la sintomatologia riferita e le violenze subite. È infatti necessario individuare una congruenza tra la distribuzione topografica delle lesioni, la loro tipologia e la sintomatologia lamentata, senza trascurare la possibile presenza di sequele anatomo-psico-funzionali strutturatesi nel tempo. A titolo esemplificativo, percosse reiterate possono esitare in dolore muscolo-scheletrico cronico, il quale può a sua volta alimentare rievocazioni traumatiche o ostacolare un efficace adattamento funzionale.

Si raccomanda di esaminare in modo sistematico tutti i disturbi segnalati dal paziente, con particolare attenzione a quelli da lui ritenuti associati alle violenze subite, annotandone per ciascuno gravità, incidenza funzionale, necessità e risposta alle cure, frequenza e durata.

Riveste inoltre un'importanza fondamentale l'indagine di eventuali disturbi psico-comportamentali e neuro-cognitivi, quali sintomi depressivi e ansiosi, alterazioni dell'affettività e della socialità; disturbi del ciclo sonno-veglia; manifestazioni rievocative; condotte di evitamento o di abuso di sostanze; disturbi mnesico-attentivi; ideazioni autolesionistiche; disregolazioni comportamentali e dissociative; psicosomatizzazioni (tremori, palpitazioni, gastrointestinali e nutrizionali, sfera sessuale, dolore cronico, altre alterazioni vegetative). Tali problematiche coesistono frequentemente con disturbi primari quali il disturbo da stress post-traumatico, la depressione e l'ansia e possono essere ulteriormente aggravate da condizioni preesistenti o sopravvenute al percorso migratorio, come discriminazione, razzismo, pregiudizi, povertà, isolamento socio-relazionale, lutti, shock culturali, perdita delle reti socio-familiari e incertezza rispetto agli scenari futuri. Non va inoltre

trascurato che la presenza di disturbi psicotraumatologici può compromettere la linearità e la coerenza della narrazione, determinando incongruenze temporali, difficoltà o riluttanze espressive, lacune mnestiche e frammentazione dei ricordi, con conseguenti difficoltà nella ricostruzione della dinamica degli eventi lesivi. In tali casi, il riscontro di alterazioni del quadro neuro-psichico rende opportuno integrare il fascicolo sanitario con valutazioni specialistiche di tipo psichiatrico o psicologico, qualora assenti o insufficienti.

Esame obiettivo

L'esame obiettivo viene eseguito al termine della raccolta anamnestica e previo informato dell'utente. In tale fase è fondamentale che il paziente comprenda di mantenere - in qualsiasi momento - il controllo della situazione e il diritto di limitare o interrompere l'esame. Si procede inizialmente ad una valutazione sullo stato generale, seguita dall'esame particolareggiato.

L'esame corporeo dovrebbe essere, per quanto possibile, completo; tuttavia, in alcuni casi può risultare preferibile un'ispezione per distretti anatomici, in considerazione di specifiche riluttanze o sensibilità del paziente nel mostrarsi completamente nudo, legate a motivazioni personali, culturali o traumatiche. In tal senso, si osserva come i pazienti di sesso maschile, soprattutto in caso di violenze sessuali ma non esclusivamente, possano manifestare una marcata ritrosia in presenza di operatrici di sesso femminile; analoghe difficoltà, seppur meno frequenti, possono riscontrarsi nelle pazienti di sesso femminile, in particolare in caso di mutilazioni genitali o durante esami ginecologici. Resta comunque fondamentale la necessità di esaminare l'intero corpo, anche in considerazione della possibilità di riscontrare esiti lesivi non conosciuti dal paziente (ad esempio al dorso) o non menzionati nel corso dell'anamnesi. Riveste primaria importanza l'ispezione di tutte le superfici corporee, poiché i reperti esterni (cicatrici e distrofie della cute e annessi, amputazioni, altri segni particolari) rappresentano le evidenze fisiche più facilmente identificabili e le più frequentemente associate a numerosi metodi di violenza, tra cui ferite da corpo contundente, lesioni d'arma bianca e d'arma da fuoco, ustioni; segni di legatura o restrizione; percosse, colluttazioni, sopraffazioni e abusi. Successivamente, si procede alla valutazione dell'apparato muscoloscheletrico, con particolare attenzione a eventuali segni riconducibili a pregressi traumi, quali deformità, alterazioni dell'atteggiamento e della postura, limitazioni articolari; esiti fratturativi; fenomeni reattivi dei tessuti molli. Da non trascurare anche l'esame neurologico, sia centrale che periferico, e quello nocicettivo. Tali elementi possono rappresentare gli unici riscontri obiettivabili nei casi di traumi chiusi da corpo contundente (inclusa la *falaqa*), sospensione o mantenimento forzato di posture incongrue.

In ogni caso, un'accurata fase di colloquio consente di orientare e se necessario

ampliare l'esame obiettivo, focalizzandolo su specifici distretti anatomici o sistemi funzionali suggeriti dai dati anamnestici raccolti, quali disturbi neuro-sensoriali o deficit funzionali periferici o generalizzati.

Per ciascuna lesione devono essere descritti in modo sistematico la sede ed eventuali rapporti con altre lesività topograficamente associate; forma; orientamento; trofismo e consistenza; cromatismo; caratteristiche dei margini, dei contorni e della cute circostante; dimensioni; eventuali rilievi obbiettivo-sintomatologici associati (dolore, disestesie, alterazioni degli annessi, reperti sottocutanei). È consigliabile effettuare rilievi fotografici delle lesioni, previo esplicito consenso del paziente.

Non esistono metodi di analisi o segni che consentano di stabilire con precisione, nemmeno approssimativa, l'epoca esatta di produzione delle lesioni, sia esterne, direttamente obiettivabili, sia interne, evidenziabili mediante indagini strumentali. Tutt'al più, in particolare per quanto concerne gli esiti cicatriziali, è possibile operare una retrodatazione rispetto a un limite temporale convenzionale e approssimativo di 6–12 mesi precedenti l'osservazione. In generale, il medico-legale può esprimere un giudizio di compatibilità cronologica tra le lesioni riscontrate e gli eventi narrati dal paziente.

Si ribadisce l'importanza di acquisire informazioni quanto più dettagliate e specifiche possibile in merito alle modalità delle violenze subite – strumenti utilizzati e relativo meccanismo d'azione, posizioni e atteggiamenti del corpo, stati di costrizione, luoghi e ambienti dell'evento, epoca e frequenza – in quanto elementi indispensabili per una valutazione ponderata e circostanziata della correlazione tra la lesività riscontrata e i fatti riferiti.

Integrazioni finali

Al termine dell'accertamento medico-legale, potrà configurarsi l'opportunità - o la necessità - di richiedere approfondimenti strumentali o clinico-specialistici, qualora ritenuti potenzialmente utili ai fini di una valutazione completa e appropriata del caso. Ciò può avvenire, ad esempio, in presenza di postumi di esigua entità o di eccessiva aspecificità, di dubbi diagnostici, ovvero quando si renda possibile formulare giudizi di compatibilità di grado superiore rispetto a quelli fondati sui soli reperti obiettivi.

Tra gli approfondimenti maggiormente rilevanti si annoverano:

Imaging forense:

- ecografia; radiografia convenzionale (RX); tomografia computerizzata (TC); risonanza magnetica (RMN); ecografia. Tali indagini risultano particolarmente utili per l'identificazione di esiti fratturativi, deformità ossee; lesioni muscoloscheletriche, di tendini e legamenti; presenza di corpi estranei ritenuti

(ad es. proiettili, schegge) o di postumi associabili a particolari meccanismi lesivi; sequele di traumi cranio-encefalici (segni di pregresse fratture o di emorragie intracraniche, lesioni cerebrali post-traumatiche). La RMN e l'ecografia, sono indicate per documentare lesioni compatibili con la *falaqa* (percosse alle piante dei piedi).

- Indagini mirate (esami di secondo livello) in caso di particolari interessamenti anatomico-funzionali: danni nervosi, lesioni genito-urinarie, danni oculari, etc.
- Valutazioni clinico-specialistiche, quali consulenze dermatologiche, infettivologiche, neurologiche, psichiatriche, ginecologiche, urologiche, oculistiche, etc.
- Esami ematochimici, ove indicati.

Occorre tuttavia sottolineare come le conoscenze scientifiche attualmente disponibili in materia di accuratezza diagnostica e criteri valutativi degli esiti di tortura risultino ancora insufficienti ad affrontare la complessità degli aspetti in gioco in questo particolare ambito traumatologico. Ciò vale non solo sotto il profilo strettamente medico-legale, ma anche per le altre discipline clinico-specialistiche coinvolte nel percorso valutativo. L'estrema variabilità dei metodi di tortura – spesso attuati con l'intento di ridurre la rintracciabilità di segni fisici permanenti, privilegiando tecniche in grado di produrre sofferenze intense ma scarse o nulle evidenze obiettive (*low-trace*) – unitamente all'elevata aspecificità della maggior parte dei postumi riscontrabili, richiede livelli di preparazione, esperienza e conoscenza medico-scientifica che, allo stato attuale, risultano ancora parzialmente carenti. Tali lacune operativo-formative possono incidere, in particolare, nella corretta interpretazione dei referti strumentali ovvero dell'emergenze cliniche segnalate dagli specialisti coinvolti nel percorso certificativo, i quali operano spesso in contesti privi di competenze specifiche nella valutazione degli esiti di tortura. Tali contesti risultano prevalentemente orientati a finalità clinico-terapeutiche, privilegiando l'analisi degli aspetti di più comune e utile interesse nella pratica, con conseguente difficoltà nel fornire elementi utili ad attribuire il dato clinico-strumentale alla precisa violenza narrata dal paziente.

Giudizio finale

Per ogni reperto lesivo evidenziato, il medico legale è tenuto a indicare il grado di compatibilità con la forma di violenza denunciata dal paziente. Tuttavia appare ancor più rilevante formulare un giudizio complessivo sulla compatibilità dell'intero quadro clinico con la storia narrata, considerando le lesioni nel loro insieme, piuttosto che singolarmente, mettendole in relazione con quanto desumibile dal contesto storico-circostanziale e dalle informazioni anamnestiche acquisite. In ogni caso, tale giudizio non può essere assimilato a un accertamento eziologico

certo, ma deve essere inteso come una valutazione di natura probabilistica, fondata su criteri di coerenza clinico-fenomenologica, corrispondenza modale, plausibilità biomeccanica e congruenza temporale. In ciò risiede la criticità epistemologica del giudizio medico-legale in materia di compatibilità degli esiti di tortura il quale risente inevitabilmente di una quota intrinseca

– seppur variabile – di incertezza e approssimazione. Non di rado, infatti, una parte significativa dei referti medico-legali risulta inconclusiva.

Diversi fattori concorrono a rendere difficile, se non impossibile, l'identificazione certa della precisa dinamica e natura degli eventi all'origine dei reperti rilevati, anche quando ne siano riconoscibili le cause e i mezzi responsabili. Tra questi si annoverano:

- la valutazione *ex post* a distanza di tempo, spesso dopo molti anni, durante i quali possono intervenire ulteriori circostanze in grado di modificare la stratificazione del quadro post-traumatico (guarigioni o trattamenti effettuati; difficoltà e condizioni affrontate nel percorso migratorio; traumi o patologie sopraggiunte)
- l'assenza di documentazione sanitaria originaria;
- i limiti mnemonico-rievocativi da parte del paziente nella ricostruzione degli eventi (ricordi frammentati, incoerenze, reticenze o evitamenti, ostacolo linguistico);
- le difficoltà interpretative dei postumi fisici riscontrabili, spesso: aspecifici, multifattoriali, equivocabili o di scarsa entità (anche in conseguenza dell'adozione di tecniche di tortura intenzionalmente *low-trace*);
- le lacune epistemico-operative della medicina in relazione alla specifica fattispecie di tortura;
- la mancanza di elementi contrari o di dati in grado di escludere possibili cause alternative estranee alle violenze narrate.

Risulta pertanto fondamentale esplicitare i limiti epistemologici del giudizio formulato, evitando interpretazioni dicotomiche o impropriamente assertive ovvero che riducano la complessità del fenomeno a un'alternativa compatibile/non compatibile. Tale approccio risponde non solo a criteri di correttezza scientifica, ma anche a principi di responsabilità etica cui il medico-legale è tenuto, evitando l'adozione – a volte inconsapevole, talora indotta – di criteri valutativi più propri dell'indagine giudiziaria che di quella clinico-traumatologica. In questo senso, il medico-legale dovrebbe affrancarsi da qualsiasi pressione implicita a esprimere giudizi di certezza definitiva quando la realtà dei fatti si presenta, nella maggior parte dei casi, complessa e sfumata. Va altresì evidenziato il rischio di interpretazioni riduttive, falsamente negative o disvalutative degli esiti riscontrati, che po-

trebbero penalizzare ingiustamente il paziente, soprattutto quando le evidenze fisiche di tortura risultino limitate o insufficienti, in assenza di elementi decisamente contrari.

Come già sottolineato, in virtù della complessità intrinseca del fenomeno della tortura, l'assenza o insufficienza di prove fisiche certe non esclude la veridicità della narrazione fornita, in particolare nei casi di abusi o violenze sessuali o altre forme di maltrattamenti intenzionali (*low-trace*).

Il medico-legale chiamato a valutare tali situazioni dovrebbe orientare la propria analisi rispondendo ad alcuni quesiti fondamentali: in che termini la sintomatologia (acuta e cronica) correla con il racconto? In che misura i reperti riscontrati correlano con le diverse caratteristiche delle violenze riferite? Qual è la probabilità che il quadro osservato possa essere attribuito a cause alternative rispetto alle vicende narrate? Alla luce del quadro complessivo, la narrazione del paziente risulta appare attendibile o emergono elementi che la contraddicono?

Ne consegue che la valutazione delle lesioni riscontrate deve innanzitutto orientarsi verso una diagnosi differenziale tra cause traumatiche intenzionali (violenze di terzi) e possibili eziologie alternative (accidentali, endogene, patologiche, autoinferite, iatrogene o riconducibili a pratiche culturali). In tale prospettiva, l'esperienza maturata mostra come, nei casi di esiti plurimi, sia spesso lo stesso paziente a distinguere le lesioni accidentali o comunque estranee alle torture riferite da quelle intenzionali.

Per la valutazione del grado di compatibilità tra gli esiti fisici rilevati e le violenze riferite, è adottato il seguente sistema terminologico in conformità con le raccomandazioni internazionali (Protocollo di Istanbul):

- **Non compatibile:** la lesione NON può essere stata causata dal trauma descritto; ad esempio: patologie dermatologiche (vitiligine, sclerodermia, poliartrite nodosa, manifestazioni cutanee di vasculiti, infezioni o infestazioni, dermatiti); malformazioni congenite; esiti di interventi chirurgici; autolesionismo (o pretestazione);
- **Compatibile:** la lesione può essere stata causata dal trauma descritto ma non è specifica sono possibili numerose altre cause (ad esempio: lesività generica da corpo contundente; danni da sospensione o mantenimento forzato di posture incongrue).
- **Altamente compatibile:** la causa descritta è la più probabile ovvero la più probabile delle cause, sebbene esistano poche ipotesi alternative (ad esempio: ustioni da liquido, da fiamma o da contatto con mezzo rovente comprese le bruciature da sigaretta; segni di legatura; fustigazione; ferite d'arma bianca tipica o da particolari strumenti atipici; *falaqa*).

- **Tipico:** la lesione è solitamente riscontrata in quel tipo di trauma, pur essendo possibili, seppur residuali, altre cause (ad esempio: ustione a stampo; lesioni figurate che riproduce la forma del mezzo utilizzato; ferite da morso; alcuni casi di *falaqa*; lesioni d'armi da fuoco (specie se con tramite intrasomatico ricostruibile);
- **Specifico:** la lesione non può essere stata prodotta in modo diverso da quello descritto, in assenza di concrete ipotesi alternative (ad esempio: proiettile o residui balistici ritenuti; particolari metodiche di sevizie o lesioni da strumenti univocamente riconoscibili).

Si ribadisce l'importanza di valutare il quadro lesivo nella sua globalità – in termini di numerosità, localizzazione, corrispondenza temporale e meccanismi lesivi – e in relazione alle informazioni anamnestiche e documentali disponibili, tenendo conto dei possibili limiti interpretativi (tecniche di violenza *low-trace*, difficoltà mnemonico-rievocative, fattori culturali o comportamentali, grado di collaborazione all'indagine). Per quanto concerne la cronologia delle lesioni, l'analisi medico-legale può limitarsi a una retrodatazione approssimativa (entro o oltre i 6–12 mesi precedenti l'osservazione), esprimendosi pertanto esclusivamente in termini di compatibilità temporale con gli eventi narrati.

In conclusione, appare opportuno fornire indicazioni anche in merito alle condizioni attuali del paziente, valutandone la gravità clinico-funzionale (organica, socio-lavorativa, relazionale e comportamentale), le esigenze terapeutico-assistenziali, anche a medio-lungo termine, l'eventuale necessità di particolari accorgimenti in sede di audizione, nonché eventuali raccomandazioni o suggerimenti per integrazioni utili alla corretta valutazione del caso. La certificazione deve infine essere letta al paziente, al fine di verificarne la comprensione e la corrispondenza con quanto dichiarato. Solo successivamente essa potrà essere sottoscritta e consegnata al paziente o al soggetto delegato/incaricato di sottoporla agli organismi competenti per la valutazione della domanda di protezione, sia nella fase amministrativa sia in quella eventualmente giudiziaria.

Considerazioni conclusive

Per sua natura, l'approccio medico-legale rappresenta un metodo accertativo spesso ineliminabile e, verosimilmente, forse il più idoneo a rispondere alle diverse esigenze interpretative o allegative insite nella procedura di riconoscimento la protezione internazionale in particolare nei casi di esiti di presunta tortura. Sebbene venga frequentemente considerata la prova regina nell'analisi degli esiti di tortura e un veicolo interpretativo cruciale per valutare la fondatezza e attendibilità delle narrazioni del migrante, la valutazione medico legale in Italia risulta tuttora applicata in maniera non sistematica, sporadica e disomogenea. L'esperienza maturata

nel corso dell'attività del servizio di Medicina Legale del SAMIFO conferma come la valutazione medico-legale possa costituire un momento cruciale e insostituibile nelle procedure di riconoscimento della protezione internazionale per le vittime di tortura, quale strumento di tutela dei diritti del migrante che come strumento tecnico per la corretta interpretazione giuridico-amministrativa del singolo caso. Al contempo, emerge con chiarezza come l'indagine tecnico-scientifica in tale ambito si configuri quale processo complesso e articolato, gravato da rilevanti difficoltà operative, limiti conoscitivi e criticità interpretative. I richiedenti asilo rappresentano, infatti, una popolazione con caratteristiche peculiari e problematiche specifiche, quali barriere linguistiche, difficoltà amministrative, isolamento sociale e una limitata comprensione del sistema giuridico vigente.

Dall'esperienza maturata deriva una consapevolezza fondamentale: solo attraverso l'adozione di un percorso medico-legale multidisciplinare, orientato da indagini mirate e condotto con adeguata competenza, è possibile fornire un quadro valutativo quanto più completo e aderente alla realtà del caso, talvolta portando alla luce elementi clinici altrimenti inesplorati o misconosciuti. La complessità e la delicatezza del fenomeno impongono un approccio che travalichi il perimetro strettamente medico-legale, integrandosi con approfondimenti specialistici mirati e inserendosi in un più ampio percorso valutativo-assistenziale, affidato a operatori sanitari, mediatori e facilitatori adeguatamente formati e consapevoli delle peculiari implicazioni cliniche, etiche e giuridiche di tali contesti. In tale prospettiva, assumono particolare rilievo i rischi psico-lesivi connessi alla rievocazione di vissuti traumatici, sia per la vittima di tortura – in termini di possibile riattivazione o aggravamento di stati psicoreattivi – sia per gli operatori coinvolti nella relazione di cura e valutazione, esposti al rischio di traumatizzazione vicaria. La formazione specifica e l'aggiornamento continuo degli operatori rappresentano pertanto strumenti imprescindibili per garantire la qualità degli interventi, anche alla luce delle frequenti modifiche normative e procedurali che caratterizzano il settore. La figura del mediatore linguistico-culturale, adeguatamente formato, svolge un ruolo spesso decisivo per garantire una valutazione quanto più completa, efficiente e aderente alla realtà dei fatti.

In materia di accertamento degli esiti di tortura persistono ancora notevoli criticità che impediscono nella maggior parte dei casi di fornire giudizi di certezza giuridica e ne impongono il carattere intrinsecamente probabilistico. Ciò è dovuto, principalmente, ai seguenti fattori:

- limiti epistemico-formativi delle scienze mediche nella valutazione degli esiti di tortura, sia clinico-obiettivi che strumentali;
- conoscenze scientifiche attuali insufficienti o inadeguate alla complessità del fenomeno;
- paucità di linee di indirizzo condivise, di protocolli diagnostico-operativi, di

criteri descrittivi uniformi dei dati clinico-strumentali o di analisi statistico-epidemiologica del fenomeno;

- valutazioni svolte a distanza di tempo dagli eventi, con possibile interferenza di circostanze modificanti la stratificazione post-traumatica;
- assenza di documentazione sanitaria originaria o di altri riscontri coevi all'epoca dei fatti;
- difficoltà mnemonico-rievocative da parte del paziente nella ricostruzione degli eventi;
- presenza di postumi fisici spesso aspecifici o di lieve entità;
- possibili cause alternative dei reperti.

In un'ottica prospettica, risulta auspicabile intervenire, ove possibile, sui predetti fattori limitanti: promuovendo l'ampliamento delle conoscenze scientifiche e degli studi di settore; standardizzando i criteri diagnostici e terminologia dei giudizi espressi, anche specificandone i limiti interpretativi; adottando un approccio multidisciplinare e integrato; promuovendo la formazione specifica dei professionisti coinvolti; rimuovendo eventuali ostacoli psico-comportamentali e mitigandone l'impatto negativo; massimizzando il supporto documentale e l'acquisizione d'informazioni storico-anamnestiche. Tali interventi devono essere perseguiti nel rispetto assoluto dei diritti individuali del migrante e in conformità ai rigorosi principi etici e deontologici. Dalla nostra esperienza emerge inoltre che le violenze riferite dai pazienti risultano perpetrate sia nel Paese di origine che lungo la rotta migratoria, in particolare in luoghi di detenzione e sequestro come quelli in Libia. In generale, le tipologie lesive riscontrate nella nostra casistica sono eterogenee, con una particolare prevalenza di esiti di traumi da corpi contundenti (cicatrici, fratture), reliquati di ferite d'arma bianca (sia tipica che impropria). Non trascurabili sono anche gli esiti di ustioni, di colpi d'arma da fuoco ravvisati perlopiù in visusti traumatici relativi a tematiche politiche o intimidatorie. La maggioranza dei migranti transitati dalla Libia dichiara di aver subito maltrattamenti fisici sistematici e reiterati mediante differenti modalità di offesa, anche a scopo estorsivo, tra cui percosse, colpi inferti da mezzi contundenti di varia natura incluse fustigazione e folaqa, ferite da tagliente, ustioni di varia natura; contenzione fisica ed anche violenze sessuali. Tali episodi si collocano prevalentemente in contesti di detenzione o sequestro in luoghi sovraffollati in scadenti condizioni igienico-sanitarie e con privazioni di cibo e acqua. Molti pazienti presentano, inoltre, evidenti segni di disagio psichico, riferendo sintomatologia caratterizzata da disturbi del sonno, compromissioni cognitive e comportamentali e frequenti fenomeni intrusivo-rievocativi anche piuttosto invalidanti, tali da rendere necessaria una valutazione o una presa in carico psichiatrica o psicologica.

Concludendo, il medico-legale non è soltanto un valutatore di lesioni o di reperti, ma anche custode di una memoria che il corpo conserva anche quando le parole

non sono sufficienti. Nella persona sopravvissuta alla tortura il tempo non cancella, ma stratifica. Il compito del medico legale non si esaurisce nel riconoscimento dei segni, visibili o invisibili, ma consiste nel restituire loro significato, affinché la sofferenza subita non resti muta e la richiesta di protezione trovi fondamento nella rigorosa verità clinica.

Si ringraziano Dalila Ranalletta, Giancarlo Santone, Martino Volpatti, Carlo Bracci, Erica Bacchio per il loro contributo

Bibliografia Essenziale

- 1) Bracci C. La tutela medico legale dei diritti dei rifugiati. Ed. Parsec Consortium, Roma. 2009.
- 2) Cassazione civile a sezioni unite, sentenza del 17 novembre 2008, nr. 27310.
- 3) Direttiva Qualifiche 2004/83/CE art. 4 § 5, recepita in Italia con d.lgs. 251/2007 (art. 3 § 5) e successive modificazioni.
- 4) Franceschetti L, Magli F, Nava C, De Angelis D, Verzeletti A, Cattaneo C. Physical assessment of tortures: Interobserver analysis of medico-legal degrees of consistency based on the Istanbul protocol. *Leg Med (Tokyo)*. 2023 May;62:102248. doi: 10.1016/j.legalmed.2023.102248. Epub 2023 Mar 25. PMID: 36996735.
- 5) Istanbul Protocol: Manual of effective investigation and documentation of torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. Submitted to the UN High Commissioner for Human Rights on 9 August 1999.
- 6) Kjærum A. Combating torture with medical evidence: the use of medical evidence and expert opinions in international and regional human rights tribunals. *Torture*. 2010;20(3):119-86. PMID: 21242636.
- 7) Ministero della Salute. 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. Roma, 22 marzo 2017.
- 8) Papadodima S, Rebillard Q, Villard C, Peyron PA, Herman F, Tsellou M, Baccino E, Martrille L. Medicolegal evaluation of asylum seekers alleging torture and ill-treatment: A 4-year retrospective study in Montpellier, France. *Forensic Sci Int*. 2025 Feb;367:112357. doi: 10.1016/j.forsciint.2024.112357. Epub 2024 Dec 25. PMID: 40059743.
- 9) Willen SS, Knipper M, Abadía-Barrero CE, Davidovitch N. Syndemic Vulnerability and the Right to Health. *Lancet (London, England)*. 2017;389(10072):964-977. doi:10.1016/S0140-6736(17)30261-1.
10. <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/visualisations/asylum-applicants/>

Parole e trasformazioni: le donne migranti e le M/MGF al SaMiFo

Sara Riefolo, Daniela Carrillo

Introduzione

Il tema delle Mutilazioni/Modificazioni Genitali Femminili (M/MGF) è emerso nel lavoro del Centro SaMiFo in modo progressivo, intrecciandosi con le esperienze di salute, maternità e sessualità di molte donne e ragazze migranti. Il crescente accesso di donne provenienti da contesti in cui le M/MGF sono praticate ha reso necessario integrare questo tema nella cura ma, non trattandosi di un evento sanitario isolato, è stata necessaria l'elaborazione di un percorso più ampio che coinvolgesse i temi del corpo, delle appartenenze culturali, della prevenzione e dei diritti e, contestualmente, la formazione dei e delle professionisti/e coinvolti/e.

Il Report *“Mutilazioni/Modificazioni Genitali Femminili nel Lazio e a Roma. Il circolo virtuoso tra ricerca e servizi”*, realizzato dall'ASL Roma I in collaborazione con ISMU ETS, raccoglie dati, osservazioni cliniche e riflessioni delle donne stesse. Il lavoro nasce dall'esperienza diretta della Linea Salute Femminile del SaMiFo e del lavoro delle Mediatriici Linguistico-Culturali, che ha permesso alle donne di raccontare la propria storia, confrontarsi con le conseguenze delle M/MGF e riflettere sulla trasmissione di queste pratiche alle generazioni successive.

Le M/MGF tra definizioni, corpo e contesti culturali

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le M/MGF comprendono tutte le pratiche che comportano la rimozione parziale o totale dei genitali esterni femminili o altri danni per motivi non medici. La classificazione più diffusa distingue quattro tipi principali: clitoridectomia, escissione, infibulazione e altre forme non riconducibili alle categorie precedenti (WHO, 2023).

Diffuse in più di 30 Paesi del mondo, esse sono presenti anche in alcune comunità mediorientali e asiatiche. La scelta di praticarle è influenzata da fattori culturali, sociali, religiosi che molto spesso si intrecciano tra di loro e che riflettono dinamiche di controllo della sessualità femminile, ma anche appartenenze comunitarie e costruzione dell'identità di genere.

Nel lavoro clinico e di ascolto svolto al SaMiFo, tuttavia, le definizioni non rappresentano sempre il punto di partenza. Per le donne che abbiamo incontrato, le M/MGF possono lasciare segni che precedono la parola. Sintomi fisici, dolori cronici o difficoltà riproduttive si manifestano spesso prima che emerga la consapevolezza del vissuto subito.

All'età di 11-12 anni sono stata portata in un ospedale senza sapere il motivo. Ricordo di essere stata bloccata ad un lettino e di aver provato un dolore lancinante mentre vedevo parti del mio corpo cadere a terra (C.A., 55 anni, Somalia).

Ho subito una modifica dei genitali all'età di 18 anni ma non so né cosa abbiano fatto né il motivo. Non ho mai avuto il coraggio di chiedere e nessuno me ne ha mai parlato. (D.H., 23 anni, Costa d'Avorio). Il trauma corporeo, per molte utenti del SaMiFo, spesso viene accettato e vissuto senza attribuire senso e responsabilità alla pratica e il silenzio può essere componente di un ordine simbolico interiorizzato. Allo stesso tempo, la possibilità di narrare l'esperienza rappresenta una chiave di accesso alla consapevolezza, all'autonomia e alla prevenzione nelle generazioni successive.

La migrazione, il femminile, la rielaborazione dell'esperienza

Nel contesto migratorio, le donne si confrontano con tradizioni, norme sociali e linguaggi differenti, e possono, in questo incontro, avere accesso a nuove opportunità. Le M/MGF occupano un posto importante in questa rinegoziazione. In primo luogo, esse assumono significati diametralmente opposti nei contesti di partenza, dove rappresentano un segno di appartenenza e in quelli di arrivo, dove sono condannate come forme di violenza. In secondo luogo, la loro denuncia e, con essa, il rifiuto del significato identitario che ne deriva aprono le porte a forme di regolarizzazione giuridica più accessibili di altre.

Decidere di abbandonare la pratica, come richiede il contesto immigratorio, però non è una scelta facile. Il corpo, la salute e la maternità diventano spazi in cui riflettere sulle pratiche ricevute, sulle scelte per l'oggi e per il futuro. Il rischio di esclusione sociale, la pressione familiare, sia da parte dei membri presenti sul territorio sia dalla famiglia transnazionale, la rilevanza della trasmissione intergenerazionale delle tradizioni sono elementi che inducono resistenza al cambiamento. Tuttavia, l'esperienza migratoria e l'incontro con servizi sanitari orientati all'ascolto possono aprire spazi di riflessione critica.

Nel percorso migratorio, il corpo femminile diventa spesso il luogo in cui si depositano trasformazioni profonde, non solo materiali ma anche simboliche. Le M/MGF, che nei contesti di origine rappresentano un evento normativo e collettivo, vengono rilette alla luce di nuovi sistemi di significato, producendo processi complessi di rielaborazione. La migrazione, infatti, non implica automaticamente un rifiuto della pratica, ma introduce una frattura tra il significato attribuito in passato e quello che emerge nel presente, soprattutto quando le donne entrano in contatto con servizi sanitari e contesti sociali che nominano l'esperienza come violenza, lesione e violazione dei diritti.

In molti casi, le M/MGF non vengono inizialmente percepite come un danno, ma come un passaggio necessario per diventare donna, madre, moglie, parte riconosciuta della comunità. Il corpo modificato assume un valore sociale che eccede la dimensione individuale: esso testimonia l'adesione a un ordine simbolico condiviso, regolato da norme di genere, aspettative familiari e dispositivi di controllo della sessualità femminile. È solo successivamente, spesso in seguito a eventi legati alla salute riproduttiva, alla sessualità o alla gravidanza, che le donne iniziano a interrogarsi sugli effetti della pratica, mettendo in relazione il dolore fisico, le difficoltà ostetriche o la sofferenza psicologica con l'intervento subito.

Il contesto migratorio rende questo processo ancora più articolato. L'incontro con nuovi modelli di salute, di relazione e di diritti produce una ridefinizione del sé che non è priva di ambivalenze. Da un lato, l'accesso a informazioni sanitarie e a spazi di ascolto favorisce l'emergere di una consapevolezza critica; dall'altro, il legame con la comunità di origine, spesso mantenuto attraverso reti familiari transnazionali, continua a esercitare una forte pressione. La scelta di prendere distanza dalla pratica può comportare il rischio di isolamento, di conflitto intergenerazionale o di perdita di riconoscimento sociale, elementi che contribuiscono a rendere il cambiamento un processo graduale e non lineare.

In questo scenario, il corpo diventa un luogo di negoziazione continua tra passato e presente. Le donne si trovano a rielaborare il significato delle M/MGF non solo per sé stesse, ma anche in relazione alle figlie e alle generazioni future. La maternità rappresenta spesso un momento cruciale di questa riflessione: il desiderio di proteggere le bambine da una sofferenza già vissuta si intreccia con il timore di tradire le aspettative familiari e culturali. È in questo spazio di tensione che possono emergere nuove forme di posizionamento attivo delle donne rispetto al proprio corpo e alle proprie scelte, sostenute dall'incontro con servizi capaci di accogliere la complessità dell'esperienza senza ridurla a una lettura esclusivamente normativa o giudicante.

Un ulteriore elemento che attraversa le storie delle donne riguarda la questione della medicalizzazione delle pratiche. In alcuni contesti, la possibilità che l'intervento venga eseguito in ambito sanitario o da personale con competenze mediche viene percepita come una forma di protezione o di riduzione del rischio. Tuttavia, anche quando inserite in un contesto clinico, le M/MGF mantengono il loro carattere di intervento non necessario e invasivo, continuando a produrre conseguenze fisiche, sessuali e psicologiche. La medicalizzazione non elimina le criticità della pratica e rischia di rafforzarne la legittimazione, spostandola da un ambito tradizionale a uno sanitario senza metterne in discussione il significato profondo.

Nel lavoro di cura, è quindi fondamentale riconoscere che la richiesta di interventi

medici – come la deinfibulazione, la rielaborazione chirurgica o, in alcuni casi, il desiderio di “riparare” o “ripristinare” il corpo – non può essere letta esclusivamente come una domanda clinica. Essa esprime spesso un bisogno più ampio di riconciliazione con il proprio corpo, di recupero di un senso di integrità e di autonomia decisionale. Accogliere queste richieste significa entrare in dialogo con la storia della donna, con i significati attribuiti alla pratica e con il modo in cui essa continua ad abitare il presente.

I servizi sanitari e sociali diventano così luoghi privilegiati di trasformazione, in cui la cura non si limita al trattamento delle conseguenze fisiche, ma si estende alla possibilità di nominare l'esperienza, di attribuirle nuovi significati e di interrompere la trasmissione della pratica. L'ascolto, la mediazione linguistico-culturale e l'accompagnamento nel tempo consentono di sostenere processi di cambiamento che rispettano i tempi e le resistenze delle donne, valorizzando al contempo la loro capacità di scelta e di protezione delle nuove generazioni.

Avevo 6 anni e ancora se ci penso riesco a sentire tutti i rumori. Da dove proven- go è il marito che deve riaprire la moglie. Ricordo il dolore insopportabile del mio pri- mo rapporto sessuale... Non ho permesso che venisse fatto alle mie figlie. La fa- miglia di mio marito è più potente della mia per cui se non fosse stato d'accordo le mie bambine l'avrebbero subita e non avrei potuto oppormi. Ora ho paura che ven- ga fatta alle mie nipoti. Invierò a mio figlio il Passaporto della Salute per ciascu- na di loro, se vogliono venirmi a trovare in Italia non possono toccarle con questo (W.I.D., 53 anni, Somalia).

Le testimonianze riportate in questo documento dimostrano come l'esperienza diretta della sofferenza, in particolare in relazione alla sessualità e alla maternità, porti consapevolezza e apra spazi di dialogo in cui è possibile intercettare il biso- gno.

Le storie delle donne come sapere e pratica di cura

Le esperienze delle donne possono diventare strumenti preziosi per comprendere pratiche tradizionali e rischi per la salute femminile, esse spesso raccontano storie di pressioni familiari e culturali legate alla pratica subita.

All'età di 7-8 anni ho subito la faraonica. Ho tre figlie femmine e quando erano piccole le nonne hanno voluto che venisse fatta anche a loro. Ricordo ancora il rumore delle forbici. (I.A.L., 52 anni, Somalia).

“Penso che il problema sia che questa circoncisione per me è stata un problema. Quando mi hanno detto che mi avrebbero dovuto tagliare al parto, il dolore durante il travaglio, il dolore durante il ciclo, tutto questo mi fa tornare a quel dolore subito da neonata. Quel

dolore che sento ma che non ricordo” (O.H., 35 anni, Nigeria)

Altre testimonianze descrivono la forza necessaria per sottrarsi alla tradizione:

Sono scappata perché le donne della mia famiglia sono tagliatrici e se non avessi continuato la tradizione mi avrebbero uccisa... Le bambine sanno anche che se non fanno questo intervento, il clitoride cresce fino a toccare terra, impedendo la fertilità e costringendo il marito a tagliare da solo quel pezzo. Ricordo quando l'hanno fatto a me ed è sempre stato impossibile immaginare di poterlo fare ad altre (A.H.S., 53 anni, Somalia).

Lo spazio che presso il centro SaMiFo è stato dedicato per l'ascolto e la comprensione di pratiche culturali complesse ha permesso la creazione di percorsi di cura sensibili alle esperienze reali delle donne, la formazione degli operatori e delle operatrici sanitari/e e lo sviluppo di strumenti di prevenzione, come il *Passaporto della Salute*, pensato per sostenere la consapevolezza delle donne e proteggere le nuove generazioni.

Dalla ricerca ai servizi: percorsi di cura, prevenzione e diritti

I bisogni emersi nel lavoro clinico e di ascolto hanno trovato una successiva sistematizzazione nel report elaborato dalla ASL Roma I e dalla Fondazione ISMU ETS, che rappresenta una sintesi efficace tra esperienza sul campo, ricerca e servizi. Il report restituisce dati quantitativi e qualitativi, osservazioni cliniche e riflessioni delle donne, offrendo una lettura complessa del fenomeno. Dall'indagine, che ha coinvolto 393 donne, emerge che le motivazioni più frequentemente indicate per giustificare la pratica siano legate alla tradizione, al controllo della sessualità e alla religione. Allo stesso tempo, quasi tutte le donne coinvolte hanno sviluppato una posizione critica e molte hanno adottato decisioni a favore della prevenzione per le figlie.

Al contempo, sul piano dell'assistenza, la collaborazione tra il SaMiFo e l'UOC di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale San Filippo Neri ha portato all'attivazione di un percorso di deinfibulazione, garantendo un percorso clinico dedicato e l'accesso a trattamenti integrati. I percorsi offerti sono differenziati in base alla gravità delle conseguenze e alla fase della vita della donna e includono visite specialistiche, counselling ostetrico-ginecologico, counselling psicologico, intervento di deinfibulazione e follow-up.

Nel lavoro clinico emerge come la domanda di interventi sanitari legati alle M/MGF non sia riconducibile unicamente alla gestione delle complicanze fisiche, ma includa aspetti profondamente simbolici e identitari. Alcune donne esprimono il desiderio di “modificare” nuovamente il proprio corpo, di riaprirlo, di ricostruirlo o, al contrario, di restituirgli una forma percepita come più conforme a un'idea di

integrità corporea. Tali richieste si collocano in uno spazio delicato, in cui gli operatori sanitari sono chiamati a confrontarsi con vissuti di dolore, vergogna, perdita e con la necessità di restituire senso e dignità all'esperienza corporea.

L'intervento sanitario, se non accompagnato da un percorso di ascolto e di consapevolezza, rischia di ridurre la complessità dell'esperienza a una risposta tecnica. Al contrario, può assumere un valore trasformativo solo se inserito all'interno di una presa in carico integrata, capace di distinguere tra ciò che risponde a un reale bisogno di salute e ciò che esprime una richiesta di riconoscimento, riparazione o protezione. In questo senso, il counselling ostetrico-ginecologico e psicologico rappresenta uno spazio fondamentale per sostenere decisioni informate e rispettose dei tempi e dei desideri delle donne.

La possibilità di accedere a interventi come la deinfibulazione, così come il rifiuto di pratiche ulteriormente invasive, diventa parte di un processo di riappropriazione del corpo e di autodeterminazione. La scelta di intervenire, o di non farlo, assume valore quando è sostenuta da informazioni chiare, da una relazione di fiducia con i servizi e da un contesto che riconosce la donna come soggetto attivo e competente nella definizione del proprio percorso di salute.

“Non sono mai stata sposata e non ho mai avuto rapporti sessuali ma vorrei che il mio Diamante tornasse come l’ha disegnato Dio” (A.M., 62 anni, Somalia).

In questo quadro, la prevenzione si configura come un processo che attraversa informazione, sensibilizzazione comunitaria e attenzione ai diritti legali e sanitari.

Conclusioni

Le M/MGF lasciano segni anatomici e simbolici profondi. Dare parola a questi segni, ascoltare le storie delle donne e integrare le narrazioni nei percorsi di cura permettono di trasformare un evento subito in una pluralità di conoscenze, che si riverberano in prese in carico differenziate. La linea di salute femminile SAMIFO mostra, dunque, come la sessualità, la maternità e la salute si intrecciano alle M/MGF e offrono esperienze di consapevolezza, mettendo al centro l'esperienza delle donne e i loro bisogni. Il cambiamento si costruisce quando le donne hanno accesso a informazioni, cura e supporto adeguati, all'interno di una rete sanitaria e territoriale capace di riconoscere e tutelare i loro diritti e le loro necessità di salute.

Bibliografia

- 1) World Health Organization. (2023) Female genital mutilation: Key facts. Geneva WHO.
- 2) ASL Roma I & ISMU. (2025). Mutilazioni/Modificazioni Genitali Femminili nel Lazio e a Roma. Il circolo virtuoso tra ricerca e servizi. Roma: ASL Roma I.
- 3) Passaporto della Salute – SAMIFO. (2025). Strumento di prevenzione e sensibilizzazione sulle mutilazioni e modificazioni genitali femminili. Roma: SAMIFO.
- 4) Shell-Duncan, B., & Hernlund, Y. (2000). Female “circumcision” in Africa: culture, controversy, and change. Boulder: Lynne Rienner Publishers.
- 5) Farina, P., Ortensi, L., & Menonna, A. (2025). A revised estimation of female genital mutilation/cutting among migrants in Italy for the year 2023. *Journal of Biosocial Science*, 57(5), 636–648.
- 6) Ministero della Salute (Italia). (2025). Mutilazioni genitali femminili: definizione, impatto e risposte sanitarie. Roma: Ministero della Salute.
- 7) World Health Organization. (2025). WHO guideline on the prevention of female genital mutilation and clinical management of complications. Geneva: WHO.
- 8) UNICEF. (2024). Female Genital Mutilation: A Global Concern. New York: UNICEF.
- 9) BMC Public Health. (2025). Prevalence and determinants of female genital mutilation: current insights from ten at-risk countries. *BMC Public Health*, 25, 112-128.
- 10) BMC Women’s Health. (2024). Effectiveness of health education intervention on intention not to perform FGM/C among key decision-makers. *BMC Women’s Health*, 24, 215-230.

Minori stranieri, bilinguismo e multiculturalismo

Esperienza clinica e sviluppi metodologici

Maria Pia Scipioni, Carmela Matarazzo

A partire dal 2017, nell'ambito del Progetto FARI (Formare, Assistere, Riabilitare, Inserire), finanziato dal Fondo Asilo Migrazione e Integrazione dell'Unione Europea, è stata sviluppata - presso il Centro SaMiFo - una linea di attività dedicata alla tutela della salute fisica e mentale dei minori stranieri non comunitari. L'intervento si è configurato fin dall'origine come risposta a un bisogno emergente e strutturale, legato all'aumento progressivo della presenza di minori con background migratorio e alla crescente richiesta di accesso ai servizi di salute mentale dell'età evolutiva.

Il nostro modello di presa in carico si fonda su un approccio multidisciplinare e integrato, che riconosce la natura multifattoriale dello sviluppo del bambino migrante. L'équipe è composta da neuropsichiatra infantile, psicologa dell'età evolutiva, assistente sociale, logopedista, terapeuta della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, educatrice e mediatori e mediatrici linguistico-culturali. Tale composizione riflette una cornice teorica che considera lo sviluppo come il risultato dell'interazione dinamica tra fattori neurobiologici, psicologici, relazionali, linguistici, culturali e socioeconomici.

Nella fase iniziale, l'attività è stata collocata all'interno di un ambulatorio territoriale di Neuropsichiatria Infantile della ASL Roma I. Questo ha consentito un confronto diretto con i modelli clinici tradizionali, evidenziandone al contempo i limiti applicativi nei confronti di una popolazione caratterizzata da percorsi migratori, discontinuità educative, fragilità sociali e differenze linguistiche e culturali. Il modello di intervento non è stato definito a priori, ma si è costruito progressivamente attraverso un processo riflessivo continuo, basato sull'analisi della pratica clinica e sul confronto interdisciplinare.

Parallelamente, è stato avviato un lavoro sistematico di mappatura e coinvolgimento dei servizi territoriali (scuole, centri di accoglienza, CPIA, servizi sanitari), finalizzato alla definizione condivisa di criteri di invio, modalità di accesso e presa in carico. Attraverso momenti formativi e di scambio, è stato progressivamente costruito un linguaggio comune, funzionale a ridurre la frammentazione degli interventi e a migliorare l'appropriatezza delle segnalazioni.

L'aumento quantitativo e qualitativo delle richieste ha reso necessario un ripensamento delle procedure organizzative e cliniche. L'accoglienza è stata strutturata come fase clinicamente significativa, prevedendo la presenza dell'assistente sociale e del mediatore linguistico-culturale. In questa fase viene ricostruita la condizione giuridico-sociale della famiglia, chiarita la domanda e condiviso il significato del percorso valutativo, spesso formulato su indicazione di

istituzioni educative o di accoglienza.

La prima visita rappresenta il fulcro del percorso valutativo. Nei bambini di età compresa tra 0 e 6 anni, la valutazione è condotta dalla neuropsichiatra infantile con l'obiettivo di individuare precocemente eventuali disturbi del neurosviluppo. Nei bambini dai 7 anni in poi, la valutazione psicologica consente di approfondire il funzionamento cognitivo, emotivo e relazionale, includendo l'intercettazione di segnali subclinici di disagio.

Il percorso di valutazione si articola in tre ambiti principali:

- 1) **Area cognitivo-psicologica**, mediante l'utilizzo di test standardizzati e questionari rivolti anche ai genitori;
- 2) **Area logopedica**, con particolare attenzione al bilinguismo e al plurilinguismo, nonché alla ricostruzione della biografia linguistica;
- 3) **Area neuropsicomotoria**, attraverso osservazione clinica e strumenti standardizzati per la valutazione globale dello sviluppo.
- 4) **Area salute mentale minori non accompagnati**, attraverso valutazione psicologica e quando necessario psichiatrica. Psicoterapia individuale e di gruppo. Interventi psicoeducativi e riabilitativi e percorsi di inserimento ed integrazione sociale

- 5) **Area dispersione scolastica**, attraverso attività domiciliari e di gruppo

La restituzione degli esiti valutativi avviene in un incontro dedicato con i genitori – e, quando possibile, con il minore – ed è accompagnata da una relazione clinica integrata, che sintetizza i contributi delle diverse figure professionali e orienta eventuali percorsi di presa in carico successivi. Questo momento assume un valore centrale non solo sul piano clinico, ma anche in termini di costruzione dell'alleanza con la famiglia.

Un elemento qualificante del modello è rappresentato dal lavoro intersettoriale. La collaborazione strutturata tra servizi sanitari, sistema dell'accoglienza, enti di tutela e Terzo Settore consente di garantire continuità assistenziale, riducendo il rischio di interruzioni e sovrapposizioni degli interventi, e favorendo un clima di fiducia nei confronti del sistema dei servizi.

Verso una valutazione neuropsicologica transculturale

L'esperienza clinica maturata ha evidenziato come, nella valutazione neuropsicologica dei minori stranieri, non sia più sufficiente fare affidamento esclusivamente sulla competenza clinica individuale o su un approccio prudenziale. La valutazione neuropsicologica, in questo contesto, è, infatti, esposta a un elevato rischio di bias interpretativi che possono condurre ad una sovradiagnosi o sottodiagnosi. Per tale motivo è necessario sviluppare protocolli di valutazione

condivisi, replicabili e culturalmente fondati.

Il gruppo di lavoro ha, pertanto, sviluppato un protocollo di valutazione transculturale, basato sulla letteratura scientifica sul bilinguismo e sulla multiculturalità, sulle linee guida esistenti e sull'esperienza clinica maturata nel corso degli anni. Tale protocollo tiene in considerazione quelli che sono i tre fattori critici nella valutazione neuropsicologica del minore straniero, ovvero, la lingua, la cultura e la condizione di svantaggio socio-economico.

La dimensione linguistica rappresenta uno dei principali fattori critici. Molti bambini immigrati o figli di immigrati presentano, spesso, una competenza linguistica limitata nella lingua del paese ospitante, soprattutto se l'esposizione è avvenuta tardivamente o in modo discontinuo. Ciò può portare a una sottostima delle capacità cognitive e delle funzioni neuropsicologiche, poiché gran parte dei test fa ampio uso del linguaggio, sia nelle consegne che nelle risposte richieste. Questi bambini, inoltre, sono frequentemente bilingui o plurilingui: devono, quindi, essere prese in considerazione tutte le lingue a cui sono esposti così come le traiettorie di sviluppo specifiche del plurilinguismo. È importante, inoltre, utilizzare test standardizzati su popolazioni bilingui per poter confrontare adeguatamente i risultati ottenuti con campioni di confronto corrispondenti.

La cultura, inoltre, influisce profondamente sui processi cognitivi, sulle modalità di apprendimento e sulle strategie di problem solving. Non si tratta solo di differenze superficiali di comportamento, ma di veri e propri schemi mentali che modellano il modo in cui percepiamo, interpretiamo e reagiamo al mondo. I test neuropsicologici, tuttavia, sono costruiti e standardizzati su campioni monolingui appartenenti a contesti culturali specifici, spesso occidentali e medio-alti per livello socioeconomico. Questo porta a *cultural bias*, ovvero a una distorsione sistematica dei risultati quando gli strumenti vengono applicati a soggetti con background culturali differenti. Il rischio è che i test misurino non tanto le funzioni cognitive, quanto il grado di "acculturazione" del bambino rispetto al contesto di riferimento. A tutto ciò si aggiunge, infine, la condizione di svantaggio socio-economico in cui molti di questi bambini vivono. L'impatto della povertà educativa, della deprivazione esperienziale, nonché di elementi quali l'instabilità abitativa, la precarietà lavorativa dei genitori, l'isolamento sociale o la marginalità della famiglia nel contesto comunitario, frequenti nei contesti migratori, possono determinare quadri di funzionamento simili a quelli dei disturbi neuro-evolutivi. Il clinico deve, quindi, distinguere tra ciò che è legato a un deficit intrinseco, dovuto a fattori neurobiologici o patologici, e ciò che deriva da una deprivazione esperienziale legata al contesto di vita del bambino.

Il protocollo di valutazione del minore straniero è stato messo a punto dal gruppo di lavoro con l'obiettivo di dividerlo, farne un modello virtuoso e replicabile in servizi analoghi. Le procedure adottate prevedono un iter specifico da seguire nella valutazione che parte dall'anamnesi transculturale e dalla definizione della

biografia linguistica del bambino come momenti iniziali fondamentali. Servono, infatti, per definire la/e lingua/e da utilizzare nella valutazione, la scelta degli strumenti più adatti e per poter interpretare i risultati finali coerentemente con il profilo e la cornice linguistica e socio-culturale del bambino. L'iter valutativo prevede poi, per ogni tipo di valutazione da effettuare (cognitiva, logopedica, ...) procedure e strumenti specifici. Il protocollo, oltre a basarsi su buone prassi e procedure richiede anche l'utilizzo di strumenti diagnostici specifici in base alle evidenze scientifiche disponibili in questo ambito. L'équipe sta inoltre cercando di creare e mettere a punto nuovi strumenti valutativi per cercare di colmare la mancanza di test adatti e specifici attualmente presente.

Molti di questi strumenti sono ancora in fase di elaborazione mentre è già utilizzato dall'équipe il **Questionario per la Biografia Linguistica del Minore Straniero**. Tale questionario è stato ideato e messo a punto dall'équipe con lo scopo di descrivere il tipo di bilinguismo del bambino e la competenza nelle varie lingue a cui è esposto, in particolare di quella non direttamente valutabile dal clinico, al fine di individuare un eventuale disturbo del linguaggio. È un questionario completo, con domande dettagliate rispetto all'anamnesi linguistica, ai tempi, contesti e modalità di esposizione alle varie lingue, alle competenze del bambino nella lingua parlata a casa, all'esposizione a materiali audio-visivi e con esplorazione delle competenze accademiche. Il questionario permette di determinare qual è la LI del bambino e il tipo di bilinguismo (simultaneo, consecutivo, dominante, bilanciato, etc). Le domande sono state formulate pensando allo specifico target di utenza in modo da risultare comprensibili e analitiche: ad esempio non si chiede in maniera generica di assegnare un punteggio alla capacità di comprensione morfosintattica del bambino ma vengono poste domande dettagliate sulle singole abilità quali la comprensione di ordini semplici, complessi, piccole storie. Il questionario non prevede l'assegnazione di un punteggio ma richiede un'interpretazione qualitativa delle risposte fornite per la determinazione del profilo linguistico.

Il protocollo prevede, infine, l'affiancamento costante della figura del mediatore linguistico-culturale che in questo tipo di valutazione assume un'importanza cruciale. Il mediatore non si limita a tradurre, ma svolge una funzione interpretativa dei significati, delle abitudini, dei valori e delle aspettative che orientano il comportamento del bambino e della sua famiglia, facilitando la comunicazione bidirezionale e contribuendo a creare un clima di fiducia e comprensione reciproca. Egli aiuta il clinico a decodificare eventuali fraintendimenti culturali, a spiegare il senso del percorso diagnostico e a rendere le famiglie partecipi e consapevoli del processo. Il mediatore, inoltre, svolge un ruolo attivo e fondamentale anche nella valutazione linguistica in quanto permette di testare in maniera più diretta, attraverso l'addestramento e la guida costante e sempre presente del clinico, le competenze linguistiche del bambino nelle lingue non valutabili dall'operatore. Nonostante i risultati ottenuti, permangono criticità legate alla difficoltà di

costruire relazioni di fiducia con famiglie spesso segnate da precarietà sociale, urgenze materiali e diffidenza istituzionale. In questo contesto, flessibilità operativa, competenza interculturale ed empatia rappresentano condizioni essenziali dell'efficacia dell'intervento.

L'esperienza avviata con il Progetto FARI ha consentito la costruzione di una linea di attività strutturata e in continua evoluzione, dedicata ai minori stranieri. Il modello sviluppato integra rigore clinico, sensibilità interculturale e lavoro di rete, configurandosi come una pratica potenzialmente trasferibile ad altri contesti di cura. In questa prospettiva, l'accoglienza non è intesa come mero accesso al servizio, ma come processo clinico e istituzionale volto a garantire equità, appropriatezza e tutela dei diritti di sviluppo del minore.

La bambina che sussurrava in due lingue

Z. è una bambina di cinque anni, inviata al servizio su segnalazione della scuola dell'infanzia per difficoltà linguistiche e comportamentali. Le descrizioni fornite dagli insegnanti delineano un quadro caratterizzato da irrequietezza motoria, scarsa capacità di ascolto, difficoltà di gestione in classe e linguaggio giudicato inintelligibile.

La bambina proviene dal Perù e presenta una storia migratoria segnata da una separazione precoce dalla madre, avvenuta intorno ai tre anni di età, in concomitanza con la migrazione materna verso l'Italia per motivi lavorativi. Il ricongiungimento familiare avviene solo successivamente, dopo un periodo prolungato di separazione dalla principale figura di attaccamento, in una fase evolutiva particolarmente sensibile per lo sviluppo emotivo e comunicativo.

Al momento della valutazione, Z. appare visibilmente spaventata. Non emergono elementi compatibili con un quadro di iperattività in senso stretto; piuttosto, colpisce uno sguardo curioso ma interrogativo, come se la bambina faticasse a comprendere il significato della situazione valutativa. Le risposte verbali sono rare e caratterizzate da un'emissione vocale estremamente flebile: un sussurro fragile, difficilmente intellegibile. Il linguaggio risulta effettivamente compromesso sul piano fonologico e articolatorio, con produzioni che appaiono frammentarie e scarsamente distinguibili, sembrano dissolversi prima di prendere forma.

Attraverso il gioco libero si osserva una buona iniziativa esplorativa: Z. manipola gli oggetti, si muove nello spazio, mostra curiosità, prende iniziative. Tuttavia, di fronte a richieste anche semplici, tende a bloccarsi, interrompe l'azione e ricerca lo sguardo dell'operatrice senza fornire alcuna risposta. Questo comportamento solleva diversi interrogativi clinici: si tratta di un ritardo evolutivo? Di una difficoltà di comprensione linguistica? Di una risposta emotiva legata a esperienze traumatiche o di separazione? O di un quadro oppositivo secondario?

Come noto, la valutazione dello sviluppo di un minore è sempre un esercizio

delicato, un complesso lavoro di incastri, simile alla ricerca della combinazione di una cassaforte. Quando il bambino è straniero, migrante o bilingue, la complessità aumenta ulteriormente.

Questo elemento consente di rileggere retrospettivamente l'inintelligibilità del linguaggio riportata dagli insegnanti: il parlato sussurrato di Z., già compromesso sul piano fonologico, viene prodotto prevalentemente in una lingua diversa da quella dell'ambiente scolastico, rendendo ulteriormente difficoltosa la comprensione.

La valutazione logopedica viene quindi condotta in lingua spagnola, con il supporto di una mediatrice linguistico-culturale. In questo setting emerge un quadro compatibile con un disturbo della comprensione del linguaggio. Quegli occhi curiosi, ma al tempo stesso spaesati e timorosi, riflettono l'impossibilità di comprendere ciò che le viene detto e ciò che la circonda. Le parole si presentano come elementi difficili da decifrare, frammenti che arrivano senza riuscire a organizzarsi in un insieme coerente. Il mondo sembra parlare una lingua accessibile a tutti, tranne che a lei.

Come frequentemente osservato nei disturbi percettivi del linguaggio, la compromissione della comprensione si associa a manifestazioni comportamentali secondarie: frustrazione, talvolta rabbia, eccessiva motricità, distraibilità, difficoltà a mantenere l'attenzione. Z. è effettivamente vivace. Quando entra nella stanza è in continuo movimento, e risulta complesso coinvolgerla in attività strutturate. Tuttavia, dietro un comportamento che potrebbe essere interpretato diversamente, vi è una bambina che fatica a costruire un ponte verso il linguaggio dell'altro. E laddove la comprensione è compromessa, anche la produzione risulta faticosa. La comprensione precede sempre l'espressione: per parlare, un bambino deve prima riconoscere i suoni, organizzarli, associarli a significati. Il linguaggio deve essere prima costruito internamente.

Alla luce di tali elementi, viene proposto alla famiglia un breve ciclo di trattamento logopedico, con finalità osservativa rispetto alla modificabilità del quadro. In tempi relativamente brevi, grazie all'utilizzo di supporti visivi, al gioco strutturato e a una riorganizzazione del contesto comunicativo, si osserva una progressiva riduzione dei comportamenti disorganizzati. L'agitazione lascia spazio a una maggiore capacità di ascolto e condivisione, confermando l'ipotesi di una componente comportamentale secondaria alla difficoltà linguistica.

Un passaggio centrale dell'intervento riguarda il sostegno ai genitori nella ridefinizione delle modalità interattive e comunicative. In particolare, viene incoraggiato il mantenimento e il rafforzamento dell'uso dello spagnolo in ambito familiare, superando indicazioni precedenti che suggeriscono l'abbandono della lingua madre. Questa scelta permette di offrire alla bambina un modello linguistico stabile e affettivamente significativo, evitando una deprivazione ulteriore della "lingua del cuore". Parallelamente, vengono fornite indicazioni di stimolazione mirata: utilizzo di frasi brevi, comunicazione ad altezza di sguardo, linguaggio

ridondante e supportato da libri illustrati, giochi e canzoni.

L'evoluzione del linguaggio è graduale, come tipicamente osservata nei disturbi della comprensione, caratterizzati da una maggiore resistenza al trattamento. Tuttavia, dopo alcuni mesi, si registrano miglioramenti significativi sia sul piano ricettivo sia su quello espressivo. Le iniziali emissioni sussurrante lasciano progressivamente spazio a produzioni verbali udibili, dapprima in spagnolo e successivamente anche in italiano. Si tratta inizialmente di parole singole o combinazioni semplici, ma cariche di intenzionalità comunicativa: un primo accesso, finalmente possibile, a un canale di espressione che consente alla bambina di dare voce al proprio mondo interno che rischiava di rimanere inascoltato.

Formulazione di un modello di intercettazione, intervento e presa in carico di minori stranieri non comunitari in situazione di ritiro sociale e abbandono scolastico

Recentemente - nell'ambito del progetto LGNET3 a valere sul FAMI - sono state realizzate attività rivolte a minori stranieri non comunitari in situazione di ritiro sociale, inibizione e fobia scolare, realizzato nel territorio della ASL Roma I attraverso la collaborazione tra il servizio Salute Mentale Minori Stranieri del SAMIFO e il TSMREE.

Il progetto si inserisce in un contesto territoriale caratterizzato da una crescente complessità dei bisogni dei minori stranieri, spesso esposti a fattori di vulnerabilità legati ai percorsi migratori, alla precarietà sociale e alle difficoltà di integrazione scolastica. In tale scenario, il ritiro sociale e l'abbandono scolastico rappresentano esiti critici che richiedono interventi precoci, integrati e multidisciplinari.

L'obiettivo generale è quello di sviluppare e sperimentare un modello integrato di intercettazione, intervento e presa in carico di minori stranieri non comunitari in situazione di ritiro sociale e fobia scolare, finalizzato alla prevenzione dell'abbandono scolastico e alla promozione del benessere psicologico e sociale. Per raggiungere tale obiettivo è stato necessario rafforzare la rete territoriale tra scuole, servizi sanitari e servizi sociali; favorire l'individuazione precoce dei casi di ritiro sociale e inibizione; definire procedure condivise di segnalazione e presa in carico; offrire interventi psico-educativi mirati ai minori e alle loro famiglie; sperimentare modalità di intervento flessibili, individuali e di gruppo.

Nel corso del progetto sono state realizzate le seguenti attività:

- Formazione e sensibilizzazione delle scuole del territorio della ASL Roma I sui temi del ritiro sociale, della fobia scolare e delle specificità dei minori stranieri;
- Partecipazione a momenti seminariali e di rete, tra cui il seminario "Sostegno alla genitorialità: opportunità e servizi", con presentazione del progetto LGNET 3 come risorsa per le famiglie;

- Partecipazione al tavolo di coordinamento pedagogico del Municipio XIII, favorendo il confronto interistituzionale;
- Attivazione di un tavolo di lavoro con la UOC TSMREE, finalizzato alla condivisione di metodologie e procedure operative;
- Mappatura delle scuole presenti nel territorio della ASL Roma 1;
- Elaborazione e diffusione di un questionario per l'intercettazione precoce dei casi di ritiro sociale e fobia scolare;
- Coinvolgimento delle famiglie e attivazione delle Prime Visite per la presa in carico;
- Avvio di un percorso psico-educativo articolato in interventi domiciliari individuali e interventi di gruppo presso il servizio SAMIFO – Salute Mentale Minori Stranieri (Santa Maria della Pietà, Pad. 17).

Il questionario per l'intercettazione dei casi è stato inviato a 53 Istituti Comprensivi del territorio della ASL Roma 1. Complessivamente sono stati intercettati 19 minori, provenienti dal Bangladesh (4), Filippine (4), Bosnia (3), Perù (3), Costa d'Avorio (1), Honduras (1), Venezuela (1), Tunisia (1), Ucraina (1). Le fasce d'età rilevate sono comprese tra i 7 e i 15 anni.

Dei 19 minori intercettati, 14 hanno aderito alla proposta progettuale e hanno ricevuto l'appuntamento per la visita domiciliare. Sono stati effettuati colloqui informativi con le famiglie, con la presenza del mediatore interculturale, al fine di presentare il progetto, chiarire le finalità dell'intervento e costruire una relazione di fiducia.

Nel periodo di riferimento sono stati realizzati 9 interventi domiciliari; uno di questi non è andato a buon fine a causa del ricovero ospedaliero del genitore, circostanza emersa al momento della visita.

Il progetto ha consentito di avviare un modello strutturato di intercettazione e presa in carico dei minori stranieri in situazione di ritiro sociale, rafforzando la rete territoriale e favorendo una maggiore integrazione tra ambito sanitario, educativo e sociale.

Tra le principali criticità emerse si segnalano:

- la bassa percentuale di riscontro da parte delle scuole;
- la difficoltà di reperimento dei contatti familiari in alcune segnalazioni;
- la complessità di coinvolgimento delle famiglie, spesso condizionate da fragilità sociali e logistiche.

Tali elementi confermano la necessità di interventi continuativi, di un ulteriore rafforzamento della rete e di strategie di coinvolgimento più capillari.

Conclusioni

Il progetto ha rappresentato un'esperienza significativa di sperimentazione di

un modello integrato di presa in carico dei minori stranieri non comunitari in situazione di ritiro sociale e rischio di abbandono scolastico.

L'approccio multidisciplinare, la centralità del lavoro di rete e la flessibilità degli interventi psico-educativi si sono dimostrati elementi fondamentali per rispondere alla complessità dei bisogni intercettati. L'esperienza maturata costituisce una base solida per la prosecuzione e l'implementazione futura del modello, con l'obiettivo di renderlo sempre più strutturato, replicabile e sostenibile.

Bibliografia

- 1) American Psychological Association (APA). (2017). Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists.
- 2) Andolfi, M. (2012). Famiglie immigrate e psicoterapia transculturale. Franco Angeli.
- 3) Bosi, R. (2024). Le mille e una infanzia. Carocci editore.
- 4) Gathercole, V. C. M. (Ed.) (2013). Issues in the Assessment of Bilinguals. Multilingual Matters.
- 5) Genesee, F., Paradis, J., & Crago, M. B. (2004). Dual Language Development and Disorders: A Handbook on Bilingualism and Second Language Learning. Brookes.
- 6) Grosjean, F. (1982). Life with Two Languages: An Introduction to Bilingualism. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- 7) Noble, K. G., & Farah, M. J. (2013). "Neurocognitive Consequences of Socioeconomic Disparities." *Developmental Science*.
- 8) Rogers, K. & Lopez, S. (2002). "Cultural Bias in Psychological Assessment." *Clinical Psychology: Science and Practice*.
- 9) Van de Vijver, F., & Tanzer, N. K. (2004). "Bias and Equivalence in Cross-Cultural Assessment." *European Review of Applied Psychology*.

Postfazione

A vent'anni dalla sua istituzione, il Centro Salute Migranti Forzati (SaMiFo) rappresenta oggi un'esperienza consolidata e un punto di riferimento imprescindibile nel panorama del Servizio Sanitario Regionale del Lazio. La sua forza risiede nella capacità di coniugare l'eccellenza della qualità clinica con un'integrazione organizzativa che pone al centro i bisogni di una popolazione estremamente vulnerabile, come quella dei migranti forzati e dei rifugiati.

Il percorso delineato in questo volume restituisce il valore di un modello assistenziale che la ASL Roma 1 ha saputo sviluppare e perfezionare nel tempo. In questo contesto, il SaMiFo si afferma come la fondamentale porta d'accesso al sistema sanitario, garantendo la prima reale possibilità di aggancio ai percorsi di cura e, soprattutto, alle attività di prevenzione per chi spesso ne resterebbe escluso. Si tratta di un sistema basato su una collaborazione strutturata e virtuosa con il Terzo Settore, capace di affrontare con appropriatezza la complessità dei bisogni sanitari, psicologici e sociali intrinseci ai percorsi migratori. In quest'ottica, il SaMiFo non è solo un servizio specialistico, ma si configura come un presidio stabile del Servizio Sanitario Nazionale, pienamente integrato nella rete dei servizi territoriali.

L'esperienza maturata in questi due decenni dimostra come la tutela della salute delle persone migranti costituisca un ambito strategico per le politiche di sanità pubblica della ASL Roma 1 e della Regione Lazio. È qui che si misurano concretamente i principi cardine del nostro sistema: universalismo, equità e diritto all'accesso alle cure. Il lavoro del SaMiFo è la prova tangibile che è possibile fornire risposte efficaci a bisogni complessi attraverso modelli organizzativi flessibili, approcci multidisciplinari e una reale osmosi tra interventi sanitari e sociali.

Assume un rilievo particolare la capacità del servizio di generare pratiche innovative fondate sull'ascolto e sulla continuità assistenziale. Questo approccio, che vede diverse professionalità operare in sinergia, non solo cura il singolo, ma contribuisce alla produzione di conoscenza e alla diffusione di best practice su scala regionale e nazionale. Il valore istituzionale di tale esperienza risiede nella sua coerenza con il mandato del Servizio Sanitario: riaffermare la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, indipendentemente dalla condizione giuridica o sociale.

In un'epoca caratterizzata da trasformazioni globali e fenomeni migratori sempre più strutturali, realtà come il SaMiFo sono centrali per la programmazione sanitaria. Esse indicano la strada per consolidare modelli d'intervento sostenibili, capaci di rispondere alle sfide emergenti promuovendo, al contempo, coesione sociale e tutela dei diritti.

Questo volume offre un contributo significativo alla riflessione scientifica e istituzionale, sintetizzando un impegno che ha saputo unire competenza professionale e responsabilità etica.

Rappresenta un patrimonio di saperi che onora la ASL Roma 1 e l'intero sistema sanitario regionale.

In conclusione, la ASL Roma 1 e la Regione Lazio rinnovano con convinzione l'impegno a sostenere e sviluppare modelli clinico-organizzativi che garantiscano equità e appropriatezza. Riconosciamo nella tutela della salute delle persone vulnerabili non solo una priorità sanitaria, ma un elemento qualificante delle nostre politiche pubbliche e un pilastro della dignità umana.

Giuseppe Quintavalle
Direttore Generale ASL Roma 1

Ringraziamenti

Ringrazio le persone che hanno collaborato con il SaMiFo dal 2006 a oggi.

Abdoulaye Diarra, Abdulwahad Ergai, Ahlem Ben Hadj Ammar, Ahmad Al Husban, Alessandro Rinaldi, Alessia Callari, Alina Yelenska, Ambra Najma Manera, Amyel Garnoui, Andrea Caltagirone, Andrea Falconetti, Andrea Mariggì, Angela Biscotti D'agostino, Angela Casarella, Angela Di Prima, Angela Gigante, Angela Smentina, Annalisa Padula, Annamaria Loffredo, Annamaria Simeone, Antonia Mocci, Antonia Pasquarella, Antonio Spina, Arianna Storti, Ascanio Iannace, Avni Er, Azadeh Babazadeh, Barbara Mattioli, Berardino Guarino, Birikti Mehreteab, Bourama Diakite, Camillo Ripamonti, Carlo Bracci, Carmen Matarazzo, Chiara Capri, Chiara Marangio, Daniela Marsili, Dante Coccia, Daria Rostirolla, Debora Santucci, Domenico Quaranta, Edelawit Teka, Eleonora Del Baglivo, Emilio Vercillo, Enrico De Francisci, Erica Bacchio, Erica Sansone, Eugenia Yelenska, Fahimeh Shahhosseini, Farideh Shahhosseini, Filippo Arab Ismail, Filippo Gnolfo, Filippo Guidi, Fozia Sajjad, Francesca Agrò, Francesca Barberio, Francesca Di Blasi, Francesca Donadio, Francesca Finelli, Francesca Napoli, Francesca Vizzaccaro, Francesco Traglia, Gabriele Norcia, Gabriella Fatigante, Gaia Morozzo, Ginevra Sammartino, Giorgia Rocca, Giorgia Romagnoli, Giovanna Carbone, Giovanna Carta, Giovanni La Manna, Giulia Marras, Giusy Gallicchio, Gladys Stephen, Habiba Ouattara, Ilaria Corbo, Irene Lunetti, Iryna Senkiv, Iryna Sovtysyc, Ivan Mei, Jamal Afshar, Jamali Idrees Khan, Jessica J. Gonzales, Ka Mame Siry, Kante Bangaly Fode, Klaudia Jeger, Larysa Klymenko, Latif Al Saadi, Laura Giordo, Letizia Pellacani, Lian Ning, Libertad Lucero Cruz Ulloa, Linda Haouli, Linda Menaz, Loredana Madonia, Luca Ceraolo, Luca Germano, Luciana D'agostino, Lucio Fabbrini, Malika Bouirida, Mamadou Bah, Marco Albore, Maria Alexandra Balan, Maria Guerra, Maria Clara Pentella, Maria Pia Scipioni, Maria Rosaria Cannone, Maria Rosaria Silvestri, Maria Lourdes Landeo, Marinella Lombrici, Marjan Shalchian, Martina Landini, Martina Pentimalli, Martino Volpatti, Marzia Albanese, Mass Samb, Maurizia Mazzella, Maurizio Bacigalupi, Maurizio Marceca, Michela D'angelo, Michele del Re, Micol Maggio Tummiolo, Minata Hema Kone, Mohamed Tailmoun, Monica Ciardi, Nair Nudrat, Nicoleta Ciobotaru, Nicoletta Campanini, Noemi Rossi, Olga Shvets, Olha Lukan, Olha Hurska, Omid Miakhel, Paola Mermati, Pari Nayyereh Nemayyandeh, Pietro Benedetti, Raya Syeda, Rama Haouli, Renza Manini, Rita Cester, Roberta Ivone, Roberto Santopadre, Roble Mussa, Romaine Tia Gogbe, Romano Behre, Rosa Lo Russo, Rossella Carnevali, Safia Moalin Mohamed, Salvatore Geraci, Samantha Terenzi, Sara Riefolo, Selma Amri, Serena Ricchiuto, Sielke Beata, Shohan Rahman, Silvana Patricelli, Silvia Abblasio, Silvia Capretti, Silvia Franceschetti, Silvia Lovergine, Silvia Zoldan, Simon Tekeste Zeggai, Simone Ensaf Goppner, Simone Pelle, Sofia Waller, Sonia Khatoon, Stefania

Scardala, Stefania Tonetti, Stefania Villano, Sumy Taher, Susanna Matonti, Svitlana Kowalska, Tamilda Juliani, Tetyana Bratishko, Valentina Mazzocco, Valentina Zaccardi, Valerio Aliverini, Vista Parodi Azarmsa, Vittoria Izzo, Yana Skulevich, Yasemine Kaya, Yaya Jallow, Nicoletta Chirico, Serena Sara Rollo.

Un ringraziamento particolare a Giorgia Rocca e Olha Lukan per la raccolta dei dati e l'elaborazione delle infografiche.

Breve biografia di autrici e autori

- 1) Antonio Spina, medico chirurgo, specialista in dermatologia, dal 2006 medico di medicina generale e dermatologo presso il centro SaMiFo.
- 2) Camillo Ripamonti, gesuita, dopo la laurea in Medicina e Chirurgia, nel 1997 entra nella Compagnia di Gesù, formandosi in Teologia Morale a Madrid. Dal 2014 è Presidente del Centro Astalli, la sede italiana del Servizio dei Gesuiti per i Rifugiati.
- 3) Carlo Saitto, Medico di sanità pubblica ha svolto attività di ricerca clinica e epidemiologica con una specifica attenzione ai temi delle politiche sanitarie. Già Direttore Sanitario e Direttore Generale in Aziende Sanitarie del Lazio e del Friuli Venezia Giulia.
- 4) Carmela Matarazzo, Psicoterapeuta presso il servizio salute mentale minori stranieri del SAMIFO, adotta un approccio interculturale centrato su relazioni e risorse familiari.
- 5) Daniela Carrillo, antropologa, ricercatrice presso la Fondazione Ismu-ETS. Da sempre attenta ai temi della salute, da oltre 10 anni si interessa alle migrazioni femminili in Italia e in particolare alle Mutilazioni/Modificazioni Genitali Femminili.
- 6) Emilio Vercillo, medico già psichiatra presso il centro SaMiFo, esperto in psicotraumatologia dei rifugiati.
- 7) Federico Russo, psichiatra, dirige la UOC XIII di salute mentale della ASL Roma I. Fondatore e direttore scientifico del Filmfestival della Salute Mentale Lo Spiraglio. Esperto di Psicoanalisi Multifamiliare.
- 8) Filippo Gnolfo, medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva. Già dirigente nel SSR del Lazio, dal 2021 membro del Comitato scientifico del SaMiFo. Componente del Consiglio di Coordinamento del Gruppo Immigrazione e Salute - GrIS Lazio.
- 9) Giancarlo Santone, direttore del centro SaMiFo, responsabile del progetto FARI4Lazio della Regione Lazio a valere sul Fondo Asilo Migrazione e Integrazione. Già responsabile di numerosi progetti regionali, nazionali e europei.
- 10) Gianfranco Schiavone, presidente del Consorzio Italiano di Solidarietà, membro di ASGI, studioso delle migrazioni internazionali. Componente del comitato di redazione del Rapporto Migrantes sul diritto d'asilo, collabora alla redazione del Dossier Statistico Immigrazione, ed. Idos.
- 11) Giorgia Rocca, PhD in Scienze dell'educazione. Referente del servizio di mediazione linguistico-culturale del Centro Astalli ODV e Centro SaMiFo. Ha collaborato con UNICEF ECARO per la redazione ed implementazione di progetti formativi.
- 12) Giuseppe Quintavalle, Direttore Generale della ASL Roma I, Presidente della Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere - FIASO.
- 13) Loredana Madonia, medico di Medicina Generale e specialista in Medici-

na dello Sport. Lavora come medico di Assistenza Primaria presso il Centro SaMiFo dal 2006.

- 14) Luca Di Sciullo, presidente del Centro Studi e Ricerche IDOS, dove coordina attività di ricerca, analisi e divulgazione sui fenomeni migratori in Italia, tra cui il Dossier Statistico Immigrazione.
- 15) Marco Albore, specialista medico-legale, referente del servizio di medicina legale per la certificazione di esiti fisici di violenze e torture presso il centro SaMiFo della ASL Roma 1.
- 16) Maria Pia Scipioni, logopedista presso il servizio salute mentale minori stranieri del SaMiFo. Esperta in bilinguismo e multiculturalismo con una formazione interdisciplinare che integra linguaggio, culture e contesti di sviluppo.
- 17) Martino Volpatti, filosofo, lavora con il Centro Astalli ODV (il servizio dei gesuiti per i rifugiati) da più di vent'anni. Esperto di accoglienza e mediazione, è referente del Centro Astalli presso il SaMiFo.
- 18) Maurizia Mazzella, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica presso il centro SaMiFo della ASL Roma 1. Docente presso l'Università Cattolica Agostino Gemelli nella facoltà di Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie.
- 19) Maurizio Bacigalupi, Medico Psichiatra già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma B. Esperto di Epidemiologia. Membro del Comitato Scientifico del centro SaMiFo dove ha prestato attività come volontario del Centro Astalli.
- 20) Maurizio Marceca Medico specialista in Epidemiologia e Sanità pubblica; professore associato presso il Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive dell'Università Sapienza di Roma. Dirige la Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure primarie. Già Presidente della SIMM, è membro del Comitato Scientifico di SaMiFo.
- 21) Mohamed Abdalla Tailmoun, ha studiato sociologia all'Università La Sapienza; dal 2007 lavora come mediatore linguistico-culturale, attualmente a tempo indeterminato presso il centro SaMiFo e il SeRD della ASL Roma 1.
- 22) Paola Santoro, Medico Chirurgo, Specialista e Dottore di Ricerca in Medicina Legale, dal 2022 Dirigente Medico presso la UOC di Medicina Legale della ASL Roma 1.
- 23) Pirous Fateh-Moghadam, medico specialista in Igiene e Medicina preventiva Dal 2001 lavora all'azienda sanitaria di Trento. Coordina il gruppo di lavoro di promozione della pace dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, autore del libro Guerra o salute, Il Pensiero Scientifico Editore
- 24) Rosa Costantino, Sociologa, coordinatrice per la salute dei migranti della Regione Emilia-Romagna. Già Project Manager del progetto ICARE, attualmente referente del progetto FAMI "persone".
- 25) Salvatore Geraci, medico, dal 1991 al 2024 è stato responsabile dell'Area

sanitaria Poliambulatorio Caritas di Roma. Presidente della SIMM dal 2000 al 2009. Coordinatore del Gruppo Immigrazione e Salute del Lazio. Membro del comitato scientifico del SaMiFo.

- 26) Sara Riefolo, ostetrica, lavora al Centro SaMiFo della ASL Roma 1 dove si occupa della salute e del benessere femminile delle donne e ragazze migranti. Coordina il percorso di deinfibulazione in collaborazione con l'Ospedale San Filippo Neri.
- 27) Silvia Capretti, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica presso la UOSD Centro SaMiFo. Docente presso l'Università La Sapienza di Roma del corso di laurea in Tecniche della Riabilitazione Psichiatrica.
- 28) Silvia Declich, biologa ed epidemiologa, dirigente di ricerca presso il Centro Nazionale per la Salute Globale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) a Roma. Membro del comitato scientifico del SaMiFo.
- 29) Yana Skulevych, mediatrice linguistico-culturale presso il Centro SaMiFo e la Commissione Territoriale per il Riconoscimento Protezione Internazionale. Interprete e traduttrice di lingua ucraina, russa, polacca e inglese.

Il volume analizza il rapporto tra migrazioni forzate, salute e diritti nel contesto contemporaneo, intrecciando prospettive cliniche, epidemiologiche, giuridiche, sociali e culturali.

Al centro l'esperienza del SAMIFO, servizio pubblico dedicato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria delle persone rifugiate vittime di violenze, torture e guerre, nato nel 2006 dalla collaborazione tra la ASL Roma 1 e il Centro Astalli, un modello integrato di presa in carico multidisciplinare.

Dalla vulnerabilità alla mediazione linguistico-culturale, fino allo sguardo del cinema, il testo mostra come la sanità pubblica possa coniugare accoglienza, cura, equità e tutela dei diritti alle persone richiedenti/titolari di protezione internazionale e ai minori stranieri anche non accompagnati.



9 791224 327486