Accoglienza, salute e attesa

Cosa ci insegna una ricerca del 2018 alla luce delle nuove norme sull’asilo politico

Arianna Faiola, | 27 luglio 2026

Oltre il trauma del viaggio

Quando si parla della salute delle persone richiedenti protezione internazionale, il dibattito pubblico tende a concentrarsi sulle esperienze vissute prima dell’arrivo: guerre, persecuzioni, torture, violenze e viaggi in condizioni estreme. Si tratta di fattori certamente rilevanti, ampiamente documentati dalla letteratura internazionale. Tuttavia, questa lettura rischia di trascurare una domanda altrettanto importante: che cosa accade dopo l’arrivo?

La fase dell’accoglienza non rappresenta una semplice parentesi amministrativa. È il periodo nel quale le persone cercano di ricostruire relazioni, apprendere la lingua, orientarsi nei servizi e immaginare un futuro possibile. In questa prospettiva, la salute non dipende soltanto dal trauma pre-migratorio, ma anche dalla qualità del contesto sociale e istituzionale nel quale si sviluppa il percorso di accoglienza.

È proprio da questa ipotesi che prendeva avvio una ricerca realizzata tra il 2016 e il 2018 nei tre Centri di accoglienza straordinaria (CAS) del Comune di Fondi, in provincia di Latina.

La ricerca nei CAS del Comune di Fondi

Lo studio ha analizzato 369 cartelle sociosanitarie e raccolto interviste a medici di medicina generale, assistenti sociali, psicologi, psicoterapeuti e operatori dell’accoglienza. L’obiettivo era comprendere se le condizioni di salute osservate tra le persone accolte fossero riconducibili esclusivamente alle esperienze traumatiche precedenti oppure se anche il periodo trascorso nei centri potesse influenzarne l’evoluzione.

I dati clinici mostravano un quadro iniziale coerente con quanto noto sulle migrazioni forzate: disturbi dermatologici, problemi odontoiatrici, patologie gastrointestinali, dolori muscolo-scheletrici e conseguenze di traumi fisici. Le patologie infettive, spesso al centro della rappresentazione pubblica del fenomeno migratorio, risultavano invece numericamente limitate e venivano affrontate attraverso i normali percorsi del Servizio sanitario nazionale.

L’elemento più interessante non riguardava però la salute all’ingresso, bensì la sua evoluzione nel tempo. Molte problematiche acute tendevano a risolversi grazie all’accesso alle cure, mentre emergevano con maggiore frequenza insonnia, cefalee ricorrenti, dolori cronici, sintomi ansiosi, manifestazioni depressive e fenomeni di somatizzazione dovuti all'istituzionalizzazione[note]Sul rapporto tra istituzioni, dipendenza organizzativa e perdita di autonomia individuale si veda E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell’esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi, 1968 (ed. orig. 1961). Il riferimento è utile per analizzare gli effetti dei contesti fortemente regolati sulla costruzione dell’identità e sulla possibilità di autodeterminazione.[/note].

La ricerca suggeriva dunque che il presente, non meno del passato, contribuisce a modellare i percorsi di salute.

L’attesa come fattore di rischio

Le interviste agli operatori restituivano un quadro particolarmente significativo. Il momento di maggiore sofferenza psicologica non coincideva necessariamente con l’arrivo nei centri. Al contrario, molti professionisti[note]L'articolo riprende e rielabora i risultati della ricerca condotta dall'autrice nell'ambito della tesi di laurea magistrale *Verso un nuovo paradigma di cittadinanza: il diritto alla salute dei migranti e la condizione psicofisica nel sistema di prima accoglienza. Il caso di Fondi*, discussa presso l'Università Roma Tre. La ricerca, svolta tra il 2016 e il 2018, ha adottato un approccio metodologico misto basato sull'analisi di 369 cartelle sociosanitarie e su interviste semi-strutturate ai professionisti coinvolti nella presa in carico delle persone richiedenti protezione internazionale accolte nei Centri di accoglienza straordinaria (CAS) del Comune di Fondi.[/note] descrivevano una prima fase caratterizzata dal sollievo per aver raggiunto un luogo sicuro. Solo successivamente, quando la pressione della fuga diminuiva, emergevano con maggiore intensità il disagio psicologico e le

conseguenze delle esperienze traumatiche precedenti.

A queste si aggiungevano nuovi fattori di stress: l'incertezza sulla durata delle procedure, l'impossibilità di programmare il futuro, la difficoltà di accedere al lavoro e la dipendenza dalle decisioni istituzionali. Gli operatori parlavano di una vera e propria "sospensione esistenziale": persone fisicamente al sicuro ma prive degli strumenti necessari per riprendere il controllo della propria vita.

Questa intuizione, emersa empiricamente nello studio del 2018, trova oggi un forte riscontro nella letteratura sui *post-migration stressors*, cioè quei fattori di stress successivi alla migrazione che possono incidere profondamente sulla salute mentale anche dopo la fine del pericolo immediato.

Il sistema di accoglienza nel 2018

Per comprendere il significato dei risultati occorre ricordare il contesto nel quale la ricerca venne realizzata. Nel 2018 il sistema italiano era ancora fondato sulla coesistenza tra il sistema SPRAR (Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati), gestito dagli enti locali e orientato all'integrazione territoriale, e i CAS, nati come risposta emergenziale all'aumento degli arrivi ma divenuti progressivamente una componente strutturale dell'accoglienza.

Già allora emergeva una contraddizione: strutture pensate per una permanenza temporanea finivano spesso per ospitare persone per periodi prolungati. La ricerca condotta a Fondi mostrava come proprio questa prolungata permanenza potesse trasformarsi in un fattore di vulnerabilità.

Dal decreto Salvini al sistema SAI

Pochi mesi dopo la conclusione della ricerca, il quadro normativo cambiò profondamente. Il decreto-legge n. 113 del 2018, noto come "decreto Salvini", trasformò lo SPRAR in SIPROIMI[note]Il decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113, convertito nella legge 1 dicembre 2018, n. 132 (cosiddetto "decreto Salvini"), ha trasformato lo SPRAR in SIPROIMI, limitando l'accesso dei richiedenti asilo ai percorsi ordinari di accoglienza e integrazione;[/note] (Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e minori stranieri non accompagnati), escludendo di fatto i richiedenti asilo dall'accesso ordinario ai percorsi territoriali di integrazione.

La conseguenza fu un maggiore ricorso ai CAS per la fase dell'attesa. Proprio mentre la ricerca evidenziava gli effetti negativi dell'incertezza e della permanenza prolungata nei centri, la riforma del 2018 restringeva l'accesso ai percorsi più orientati all'autonomia e alla partecipazione comunitaria.

Nel 2020 il decreto-legge n. 130 intervenne nuovamente sul sistema, istituendo il SAI[note]Il decreto-legge 21 ottobre 2020, n. 130, convertito nella legge 18 dicembre 2020, n. 173, ha istituito il Sistema di accoglienza e integrazione (SAI), ampliando nuovamente il ruolo dei percorsi territoriali rivolti anche ai richiedenti protezione internazionale.[/note] (Sistema di accoglienza e integrazione) e riaprendo l'accesso ai percorsi territoriali anche ai richiedenti asilo. La logica della riforma andava in direzione opposta rispetto a quella del 2018: riportare al centro l'inclusione sociale attraverso il coinvolgimento delle comunità locali, l'apprendimento linguistico, l'orientamento al lavoro e la presa in carico multidisciplinare.

Da questo punto di vista, le evidenze emerse dalla ricerca condotta a Fondi sembravano trovare una conferma istituzionale: la salute migliora quando l'accoglienza favorisce relazioni, partecipazione e autonomia.

Le nuove modifiche del 2023–2026

Negli anni successivi il sistema è stato nuovamente modificato. Le riforme introdotte a partire dal 2023 hanno rafforzato alcune componenti emergenziali dell'accoglienza, ridefinendo l'equilibrio tra sistema ordinario e gestione straordinaria. Pur mantenendo il SAI, il legislatore ha ampliato il ricorso a strutture di prima accoglienza e a soluzioni temporanee, con una maggiore centralità della dimensione gestionale rispetto a quella dell'integrazione territoriale.

È qui che il confronto con la ricerca del 2018 diventa particolarmente interessante. Lo studio mostrava che il problema principale non era soltanto l'accesso alle cure sanitarie, generalmente garantito, ma la qualità del tempo trascorso nell'accoglienza. L'inattività, l'assenza di prospettive, la dipendenza dai servizi e l'incertezza amministrativa producevano effetti concreti sul benessere psicologico.

Le norme più recenti, pur in un contesto migratorio diverso da quello del 2018, ripropongono quindi una questione già individuata dalla ricerca: un sistema centrato prevalentemente sulla gestione dell'attesa rischia di trasformare l'accoglienza in un fattore di vulnerabilità invece che in uno strumento di protezione.

Salute e organizzazione dell'accoglienza

Un altro elemento emerso nello studio riguarda il ruolo dei servizi territoriali. Le situazioni nelle quali la presa in carico risultava maggiormente efficace non erano necessariamente quelle caratterizzate da un numero maggiore di prestazioni sanitarie, ma quelle nelle quali esisteva una rete stabile tra medicina generale, servizi sociali, salute mentale, enti locali, terzo settore e mediatori linguistico-culturali.

Il disagio psicologico, infatti, raramente si presentava come una richiesta esplicita di aiuto. Più spesso emergeva attraverso sintomi indiretti: insonnia, isolamento, disturbi fisici persistenti, difficoltà relazionali o progressivo disinvestimento rispetto ai percorsi di integrazione. In questi casi la continuità della relazione e la capacità di lavorare in modo multidisciplinare risultavano decisive.

Anche su questo punto il confronto con l'evoluzione normativa è istruttivo. Il modello SAI valorizza esplicitamente la dimensione territoriale e la costruzione di reti locali, mentre le soluzioni emergenziali tendono più facilmente a concentrarsi sulla gestione logistica dell'accoglienza. La ricerca condotta a Fondi suggerisce che questa differenza organizzativa non è neutrale dal punto di vista della salute.

Cosa significa oggi parlare di determinanti sociali

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce determinanti sociali della salute le condizioni nelle quali le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Applicata alle migrazioni forzate, questa prospettiva implica che la tutela della salute non possa limitarsi all'erogazione di prestazioni sanitarie.

La possibilità di apprendere la lingua, accedere al lavoro, costruire relazioni sociali e partecipare alla vita della comunità incide direttamente sul benessere delle persone accolte. L'accoglienza, quindi, non è un semplice contenitore amministrativo: è un ambiente che può favorire oppure ostacolare i processi di recupero e di autonomia.

La ricerca del 2018 lo mostrava con chiarezza empirica; il dibattito normativo degli anni successivi lo ha reso un tema politico.

Una lezione ancora attuale

A quasi dieci anni dalla raccolta dei dati, lo studio realizzato nei CAS del Comune di Fondi mantiene una sorprendente attualità. Nel frattempo sono cambiate le dinamiche migratorie, il contesto europeo e l'architettura normativa dell'accoglienza italiana. Ciò che non è cambiato è la domanda di fondo: quale modello di accoglienza è realmente in grado di tutelare la salute delle persone richiedenti protezione internazionale?

Il confronto tra la ricerca del 2018 e le normative succedutesi dal decreto Salvini al sistema SAI fino alle modifiche più recenti suggerisce una conclusione precisa. Le politiche migratorie non possono essere valutate soltanto in termini di efficienza amministrativa o di controllo dei flussi. Producono effetti concreti sulla vita delle persone e sulla capacità del *welfare* di promuovere inclusione.

Ridurre i tempi dell'attesa, rafforzare le reti territoriali e garantire percorsi orientati all'autonomia non significa soltanto migliorare l'accoglienza: significa intervenire su determinanti sociali che incidono direttamente sulla salute individuale e collettiva.

In questo senso, la lezione che arriva dal Comune di Fondi è semplice ma ancora attuale: l'accoglienza non è soltanto un obbligo giuridico. È una politica pubblica che contribuisce a definire il modello di *welfare* di una società e il suo impegno nella tutela della salute come diritto fondamentale di ogni persona.

Bibliografia

- Il sistema di accoglienza italiano nel periodo della ricerca era disciplinato dal decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, che recepiva le direttive europee in materia di procedure per il riconoscimento della protezione internazionale e

condizioni di accoglienza

- Goffman E., *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino, 1968 (ed. orig. 1961)
- *Verso un nuovo paradigma di cittadinanza: il diritto alla salute dei migranti e la condizione psicofisica nel sistema di prima accoglienza. Il caso di Fondi*, Faiola Arianna, 2018 ricerca discussa presso l'Università Roma Tre, pubblicata da Progetto Melting Pot Europa, piattaforma indipendente di documentazione e approfondimento su migrazioni e diritti
- Decreto-legge 21 ottobre 2020, n. 130, convertito nella legge 18 dicembre 2020, n. 173, Sistema di accoglienza e integrazione (SAI)
- Il decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113, convertito nella legge 1 dicembre 2018, n. 132 (cosiddetto "decreto Salvini"), ha trasformato lo SPRAR in SIPROIMI