Il 12 giugno 2026 il Nuovo Patto Europeo sulla Migrazione e l'Asilo è entrato in vigore in tutta l'Unione Europea, Italia compresa, nella sostanziale assenza di un adeguato dibattito pubblico. Nello stesso giorno è entrato in vigore il Decreto-Legge n. 100/2026, che introduce (tra vari dispositivi che minano alla base il diritto d'asilo) il confinamento coattivo delle persone richiedenti asilo "in luoghi specifici" alla frontiera. Pochi giorni prima, la circolare del Ministero dell'Interno del 9 giugno 2026 ha chiesto ai territori di definire protocolli operativi per l'attuazione del Regolamento (UE) Screening 2024/1356.

Le organizzazioni e i professionisti sanitari firmatari rivolgono un appello urgente e responsabile a tutte le figure sanitarie, agli Ordini professionali e alla società civile.

Le procedure di screening dovrebbero avere l'obiettivo di identificare tempestivamente bisogni sanitari e condizioni di vulnerabilità. Riteniamo che tali finalità possano essere perseguite solo se le attività sanitarie rimangono chiaramente separate dalle funzioni di controllo migratorio e di pubblica sicurezza. Le disposizioni previste — in particolare quelle relative allo screening sanitario obbligatorio, alle procedure accelerate di frontiera e ai regimi di trattenimento — rischiano di trasformare il personale sanitario in facilitatore burocratico di un sistema di confinamento nei "luoghi specifici", il trattenimento di frontiera o l'espulsione immediata, che contrasta apertamente con i principi fondativi delle professioni sanitarie, con il Codice Deontologico e con gli standard internazionali di tutela dei diritti umani.

1. **Il ricatto deontologico della "doppia lealtà" e lo stravolgimento del consenso informato**

Il combinato disposto tra il Regolamento Screening e le norme nazionali di attuazione produce una frattura etica insanabile per l'intera comunità scientifica e sanitaria. Viene sistematicamente violato il principio cardine del consenso informato e della trasparenza dell'atto medico sancito dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Art. 1), anche nei confronti del personale sanitario che effettua gli screening della salute e delle vulnerabilità, cui non viene data alcuna garanzia su come le proprie valutazioni cliniche verranno utilizzate nel percorso procedurale della persona migrante. L'impianto del Regolamento Screening e del DL 100/2026 configura l'accettazione degli accertamenti sanitari e dello screening

biometrico come un vincolo procedurale coercitivo per l'accesso al territorio o alla stessa domanda di asilo. Nel momento in cui il rifiuto del trattamento sanitario genera automaticamente importanti ripercussioni sulle procedure di ingresso o addirittura misure restrittive della libertà personale, il consenso cessa di essere "libero" e l'atto medico viene ridotto a un mero dispositivo burocratico a cui la persona migrante non può sottrarsi, violando l'autonomia del paziente e dello stesso professionista, nonché la dignità di entrambi.

Lo screening di salute fisica e mentale viene così espropriato del suo fine terapeutico e ridotto a mero semaforo amministrativo: l'operatore sanitario viene costretto a operare in una condizione di doppia lealtà tra la persona migrante per cui si è chiamati a compiere una valutazione medica e il sistema di procedure burocratiche che richiede quella valutazione, agendo di fatto come un inconsapevole ingranaggio burocratico. La scheda sanitaria cessa di essere lo strumento per attivare una presa in carico e diventa il presupposto biologico per legittimare il confinamento nei "luoghi specifici", il trattenimento di frontiera o l'espulsione immediata. Rifiutiamo fermamente la sottomissione della nostra professione a logiche di pubblica sicurezza: nessun professionista sanitario dovrebbe essere posto, a causa di queste norme securitarie, nella condizione di contribuire, direttamente o indirettamente, a procedure che limitano la libertà personale o incidono sullo status giuridico di una persona sulla base di informazioni raccolte nell'ambito della relazione di cura.

2. La securitizzazione dello spazio clinico e la tutela della neutralità terapeutica

La circolare ministeriale impone che lo screening sanitario e di vulnerabilità sia completato entro termini perentori — 7 giorni in prossimità delle frontiere esterne, 3 giorni in caso di rintraccio sul territorio — e invita i Prefetti a individuare gli spazi delle verifiche favorendo i locali della Pubblica Sicurezza e delle Questure.

Dal punto di vista clinico, questa scelta è inaccettabile. Un'anamnesi corretta e un esame obiettivo dignitoso richiedono privacy, condizioni igieniche adeguate e l'assenza di elementi coercitivi, nonché la possibilità di avvalersi di un'adeguata mediazione linguistico-culturale: condizioni che una Questura non può garantire. Per le persone migranti, spesso reduci da traumi subiti lungo le rotte o nei paesi di transito, la Questura è lo spazio istituzionale della sanzione e del trattenimento: sottoporvi una valutazione di salute distrugge la neutralità terapeutica e la relazione di fiducia tra medico e paziente. Lo screening sanitario cessa così di

essere un presidio di tutela e si riduce a un pre-requisito biologico propedeutico alla detenzione e/o all'espulsione.

In una prospettiva più ampia e di lungo periodo, una simile impostazione rischia di compromettere la percezione stessa del sistema sanitario come spazio di tutela, cura e fiducia. La sovrapposizione tra funzioni sanitarie e funzioni di controllo migratorio non danneggia soltanto i diritti individuali delle persone migranti, ma indebolisce la capacità dei servizi di raggiungere le popolazioni più vulnerabili, scoraggia l'accesso alle cure, compromette la continuità assistenziale e mina la fiducia nelle istituzioni sanitarie. Quando lo spazio clinico viene percepito come parte di un dispositivo di sorveglianza o di controllo, ne risente l'efficacia stessa delle strategie di prevenzione, promozione della salute e salute pubblica, con conseguenze che travalicano il singolo individuo e riguardano l'intera collettività.

3. Quando la vulnerabilità diventa una formalità: la crisi dell'atto clinico

Le indicazioni della Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia pubblicate subito dopo la circolare ministeriale, confermano questa deriva: per garantire una copertura 24 ore su 24, 7 giorni su 7, stabiliscono che "la visita può essere effettuata da un medico anche non specialista", aprendo al reclutamento di liberi professionisti tramite avvisi d'urgenza a gettone.

Si tratta di un modello organizzativo che rischia di compromettere gli standard qualitativi richiesti per la valutazione clinica di condizioni complesse: esiti di tortura, violenza di genere, disturbo post-traumatico da stress, screening di patologie infettive ad alto impatto (come la tubercolosi) vengono ridotti a prestazioni estemporanee, affidate a personale non specializzato e privo di continuità assistenziale. Queste attività richiedono competenze specifiche in medicina delle migrazioni, salute mentale e comunicazione interculturale, supportate da formazione dedicata e lavoro multidisciplinare. L'esito confluisce immediatamente nel sistema informatico SIA (Sistema Informativo Asilo), la piattaforma informatica e banca dati centralizzata del Ministero dell'Interno, a cura delle autorità di polizia, condizionando direttamente il destino giuridico della persona.

L'aberrazione tocca il culmine nella gestione delle vulnerabilità: in assenza di esperti, la loro rilevazione può essere compiuta direttamente da operatori di

Polizia o da soggetti terzi come l'Agenzia dell'Unione europea per l'asilo (EUAA) e l'Organizzazione Internazionale delle Migrazioni (OIM). Affidare l'identificazione di un trauma da tortura a un agente di pubblica sicurezza, per quanto "debitamente formato", non è solo un insulto ai professionisti della cura, ma la garanzia che migliaia di persone vulnerabili e non adeguatamente tutelate verranno scaraventate nel circuito delle detenzioni accelerate e delle deportazioni.

Questa impostazione trova ora conferma nella circolare del Ministero dell'Interno del 12 giugno 2026 (Prot. 0047219), che indica come modello preferito quello in cui «il personale sanitario» si rechi «presso gli uffici di polizia» e richiama il ricorso alla telemedicina, modalità che riteniamo inaccettabile per una valutazione così complessa. La stessa circolare estende lo screening agli Istituti di pena, raccomandando il coinvolgimento dei servizi sanitari penitenziari per i controlli sui detenuti stranieri in fase di scarcerazione. Gli esiti confluiscono in una "scheda sanitaria", elaborata dal Tavolo vulnerabilità, volta a valutare l'idoneità della persona alla "vita in comunità ristretta": l'atto medico diventa così, esplicitamente, criterio di ammissione ai percorsi detentivo-espulsivi patogeni dei CPR.

4. Detenzione *de facto* e compromissione delle garanzie dello Stato di diritto

Come evidenziato dalle analisi di PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants), l'obbligo per i migranti di "rimanere a disposizione" delle autorità, unito alla finzione giuridica del "non ingresso" nel territorio, istituisce una prassi generalizzata di detenzione *de facto* — anche per donne, bambini e persone vulnerabili, senza chiare indicazioni di tutela ad esempio per minori e nuclei familiari. In questo quadro, assume una delicatezza estrema il tema delle procedure di accertamento dell'età anagrafica nei presunti minori privi di documenti. Accertare l'età non può ridursi a "indicare un numero" o a una frettolosa misurazione biometrica, ma deve significare il riconoscimento di una condizione di vulnerabilità originaria. Si tratta di un atto complesso che richiede tempo, competenze multidisciplinari, relazioni e contesti adeguati, volti ad accogliere e dare voce a una storia prima ancora che a quantificarla. Una corretta identificazione è l'unico strumento per garantire al minore l'effettivo esercizio dei diritti sanciti dalla Convenzione di New York, ratificata dall'Italia; sminuire questo passaggio significa spalancare la strada a provvedimenti gravemente lesivi, quali il respingimento alla frontiera, il rimpatrio forzato, la sistemazione in strutture d'accoglienza per adulti o, peggio, la detenzione amministrativa nei CPR.

Il Decreto-Legge 100/2026 conferma questa torsione, normando l'obbligo di risiedere coattivamente in un luogo specifico di frontiera e affidando le relative procedure a "sezioni stralcio monocratiche" con giudici onorari, aggirando il controllo della magistratura ordinaria. Basta un presunto "rischio di fuga" — anche il semplice mancato possesso di un passaporto o l'assenza di un alloggio — per determinare una compressione dei diritti ed una riduzione delle garanzie con accesso limitato alla difesa legale. L'estensione dello screening alle persone già presenti sul territorio moltiplicherà inoltre le pratiche di profilazione etnica e razziale, esponendo minoranze e persone di origine straniera a un clima diffuso di sospetto e sorveglianza, in contraddizione con gli stessi piani d'azione europei contro il razzismo.

5. La salute non è negoziabile: l'appello al Giuramento di Ippocrate

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, condizionato in primo luogo dai determinanti sociali. La precarietà giuridica, la minaccia della detenzione nei Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR) fino a 24 mesi in un contesto notoriamente patogeno e la reclusione forzata sono esse stesse i principali determinanti patogeni che colpiscono la salute delle persone migranti, come ha già riconosciuto la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) supportando un documento della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) nel 2025.

Numerose evidenze documentano come il confinamento, la detenzione amministrativa e l'incertezza legata alle procedure migratorie costituiscano fattori associati a un aumento del rischio di depressione, ansia, disturbo post-traumatico da stress, autolesionismo e altre forme di sofferenza psicologica. Le procedure previste dal Nuovo Patto rischiano pertanto non solo di intercettare vulnerabilità preesistenti, ma di produrne di nuove.

L'articolo 32 della Costituzione tutela la salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", garantendo cure gratuite agli indigenti senza distinzione di nazionalità o regolarità di soggiorno. Ridurre l'atto medico a uno strumento di classificazione procedurale per stabilire chi possa essere trattenuto o deportato viola il nucleo della Carta Costituzionale e della Legge 833/1978.

Chi ha prestato il Giuramento di Ippocrate ha l'obbligo deontologico di perseguire come fine esclusivo la difesa della vita e della salute della persona, senza alcuna discriminazione, rifiutando qualunque cooperazione a palesi violazioni dei diritti umani. Non possiamo farci complici della deumanizzazione burocratica dei corpi.

6. Le nostre richieste

Al fine di garantire il rispetto della dignità e dei diritti delle persone migranti, la cui vita e i cui corpi sono seriamente esposti al rischio di una strutturale deumanizzazione alla luce delle priorità espresse dal Nuovo Patto Europeo su Migrazione e Asilo:

- **chiediamo al Ministero della Salute** di rivendicare e far rispettare le proprie specifiche competenze a garanzia dell'articolo 32 della Costituzione rimarcando che il diritto alla tutela della salute prescinde da qualunque altra condizione compresa quella giuridica della persona. Non è infatti ammissibile che alle autorità sanitarie locali arrivino, da parte di istituzioni appartenenti ad altri settori (prefetture, questure, etc.) o direttamente da altri ministeri (nella fattispecie il Ministero Interno) documenti (circolari, note, o altro) con carattere assertivo e prescrittivo nei confronti dei professionisti della sanità. L'unica modalità ammissibile prevede la recezione di direttive emanate da istituzioni di settore competenti;
- **chiediamo alle Regioni** di esercitare le loro prerogative in termini di programmazione, organizzazione, gestione e valutazione dei servizi, degli interventi e delle attività di tipo sanitario anche e soprattutto nell'ambito della Commissione Salute e della Conferenza Stato – Regioni;

Chiediamo inoltre al Ministero della Salute, alle ASL, alle ASST, ai tavoli di vulnerabilità territoriali, agli Ordini dei Medici, agli Ordini degli Psicologi, alle Società Scientifiche e alle Associazioni di Psicologia a livello nazionale e internazionale, nonché alle Facoltà di Medicina e Chirurgia e delle professioni sanitarie e alle istituzioni locali competenti di:

- tutelare l'indipendenza dei/delle professionisti/e della salute prevenendo ogni forma di "doppia lealtà": È indispensabile che a ogni professionista sia garantita la massima trasparenza sull'uso amministrativo dei dati raccolti durante la valutazione clinica. L'atto sanitario deve mantenere una finalità

esclusivamente terapeutica e non può essere trasformato in uno strumento funzionale a procedure amministrative che condizionano la libertà personale. Rifiutiamo pertanto qualsiasi utilizzo della scheda sanitaria o della valutazione di vulnerabilità come requisito preliminare o come "via libera" per misure di trattenimento, confinamento o allontanamento, in aperta violazione del Codice Deontologico;

- rifiutare la sottoscrizione di protocolli operativi che prevedano lo svolgimento di attività cliniche all'interno di uffici di Pubblica Sicurezza;
- garantire che ogni percorso di screening avvenga all'interno di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, con personale qualificato e mediatori culturali indipendenti, e rispettando il principio del consenso informato;
- garantire una formazione specifica e continuativa del personale coinvolto nelle attività di screening e presa in carico sui temi della medicina delle migrazioni, della salute mentale, del trauma, della comunicazione interculturale e della tutela dei diritti umani;
- prevedere una valutazione dello stato generale di salute e in particolare di salute mentale che sia approfondita, rispettosa della dignità e dei diritti e libera da costrizioni spaziali e temporali dettate dai percorsi detentivo-espulsivi;
- garantire che la valutazione delle vulnerabilità mediche e psicosociali abbia sempre la priorità sui percorsi detentivo-espulsivi e venga effettuata da personale indipendente dalle procedure di frontiera e con adeguata formazione medica e sociosanitaria;
- assicurare l'accesso effettivo e indipendente alle organizzazioni della società civile e ai meccanismi di monitoraggio dei diritti fondamentali;
- escludere in ogni caso la detenzione di bambini, famiglie e persone in condizioni di vulnerabilità, e garantire la convalida giurisdizionale di ogni provvedimento restrittivo della libertà personale. La determinazione dell'età, quando realmente necessaria e comunque a tutela dei diritti del minore, deve essere effettuata da personale qualificato secondo le indicazioni previste dalla Legge 47/2017 e dal protocollo multidisciplinare approvato il 9 luglio 2020 dalla Conferenza Unificata, basato sul principio del superiore interesse del minore;
- garantire la continuità della relazione di cura e il segreto professionale per le persone migranti detenute, indipendentemente dal loro status giuridico, escludendo i servizi sanitari penitenziari da qualsiasi finalità di segnalazione o trasmissione di dati al sistema SIA;
- esigere il pieno rispetto del GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei

Dati) e la tutela dei dati sanitari: le informazioni cliniche e di vulnerabilità sono dati sensibili sottoposti a rigidi vincoli di riservatezza, segreto professionale e minimizzazione. Chiediamo la protezione assoluta, bloccando qualsiasi trasmissione o interoperabilità automatica verso banche dati di pubblica sicurezza o di controllo migratorio, incluso il sistema SIA.

Come operatori di salute, cittadini ed esseri umani rifiutiamo le logiche discriminatorie ed escludenti del Nuovo Patto Europeo su Migrazione e Asilo e dei relativi dispositivi di applicazione a livello nazionale. La tutela dei diritti fondamentali delle persone migranti e l'umanità della nostra professione non sono negoziabili.

Firmatari:

– Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

– Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI)

– European Community Psychology Association (ECPA)

– Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale (SIMET)

– Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (PICUM)

– Rete Italiana per il Supporto alle persone Sopravvissute a Tortura (ReSST)

– Mediterranea Saving Humans

– Medici Senza Frontiere Italia

– Emergency

– Medici con l'Africa Cuamm

– Associazione Frantz Fanon

– Brigate Basaglia

– Medici per i Diritti Umani (MEDU)

– Medici contro la tortura (MCT)

– Medici del Mondo Italia ETS

– Medicina Democratica

– Psichiatria Democratica

– Segretariato Italiano Studenti in Medicina (SISM)

– Centro Immigrazione Asilo e Cooperazione internazionale (CIAC)

– Associazione Culturale “La Kasbah” ETS

– Psicologia per la Palestina

– Collettiva Psicologia Anticarceraria

– Naga ODV

– Rete Mai più lager No ai CPR

– Salute Internazionale

Altre adesioni

– Associazione Italiana di Epidemiologia (AIE)

– Donk Humanitarian Medicine

– Laboratorio Salute Popolare di Bologna

– Società della Ragione

– Coordinamento Nazionale per la Salute Mentale

– Forum Droghe

– Associazione Solidarietà AIDS (ASA)

– Don Giuseppe Monticelli Società Cooperativa Sociale di Bergamo

– Lega Italiana per la Lotta contro l'AIDS (LILA)
– Fondazione Casa della Carità "Angelo Abriani" di Milano
– Coordinamento Italiano Case Alloggio per persone con HIV/AIDS (CICA ETS)
– ARCOBALENO Aids ODV
– Associazione Milano Checkpoint ETS
– Centro di Ricerca di Ateneo "Migrare" dell'Università di Palermo