

Nicola Cocco e altri dieci autori

L'università deve essere il luogo del pensiero critico e della tutela della vita, autonomo ed indipendente, e non un braccio formativo di progetti politici coercitivi come quelli alla base dei CPR. Chiediamo alle istituzioni accademiche, in Italia come in Albania, di rigettare fermamente ogni accordo che preveda il coinvolgimento di studenti in contesti di detenzione amministrativa delle persone migranti.

Recentemente, un'inchiesta di *Altreconomia* ha svelato una proposta che scuote le fondamenta dell'etica medica e pedagogica: l'ipotesi di avviare tirocini per studenti universitari e masterizzandi all'interno del CPR (Centro di Permanenza per il Rimpatrio) di Gjadër, in Albania.^[1] L'idea che un luogo di privazione dei diritti, simbolo del controverso protocollo Italia-Albania, possa trasformarsi in una "palestra didattica" non è solo un'anomalia burocratica, ma un attacco diretto alla dignità delle persone detenute e alla deontologia delle professioni sanitarie. Come professioniste/i impegnate/i quotidianamente nella tutela della salute e dei diritti umani, denunciavamo con forza questa "pedagogia della violenza" che rischia di formare una generazione di medici assuefatti alla sospensione del diritto.

La proposta di Gjadër non è un caso isolato, ma si inserisce in un consolidato 'complesso frontiero-industriale-accademico' dove, tra il 2002 e il 2025, oltre 200 università europee hanno ricevuto più di 100 milioni di euro per lo sviluppo di tecnologie di sorveglianza e controllo. Questa cooperazione trasforma le università in pilastri indispensabili per l'espansione della 'Fortezza Europa', fornendo una parvenza di legittimità scientifica a politiche che violano sistematicamente i diritti fondamentali.^[2]

La patogenicità intrinseca e la sua estensione didattica

Per comprendere l'errore metodologico di questa proposta, bisogna partire da un'evidenza clinica e scientifica: il CPR non è, e non può essere, un luogo di cura.^[3] **È, al contrario, un contesto intrinsecamente patogeno.** La letteratura scientifica^{[4],[5],[6],[7]} e l'evidente violazione degli standard più recenti del Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura^[8] confermano che la detenzione amministrativa non è una pratica neutra, bensì un dispositivo che produce

attivamente malattia, sofferenza psichica e che amplifica traumi persistenti. **La patogenicità del CPR non colpisce solo chi vi è recluso, ma contamina anche chi vi opera.** Insegnare medicina o scienze infermieristiche in un CPR significa insegnare a “curare” in un ambiente che nega sistematicamente i determinanti fondamentali della salute. È un paradosso pedagogico insostenibile: è come pretendere di insegnare l’ecologia portando gli studenti in una fabbrica che produce agenti inquinanti. **Ciò che uno studente può apprendere a Gjadër è la normalizzazione della violenza istituzionale e la burocratizzazione del dolore.** In un ambiente simile, l’apprendimento non riguarda la clinica, bensì le strategie di “disimpegno morale” necessarie a sopravvivere professionalmente in un sistema segregativo. Si promuove così una pedagogia unilaterale e tecnicistica, che non sostiene lo sviluppo onnilaterale del futuro medico in un processo di trasformazione della persona e di ciò che le sta intorno, non guarda allo sviluppo sociale ed umano, ma, al contrario, fornisce una visione parziale ed unilaterale del fenomeno.

CPR e remigrazione

Il CPR rappresenta una codifica concreta del concetto di remigrazione.

Sebbene il termine venga spesso presentato sotto una veste burocratica di “ritorno” o “rimpatrio”, in realtà rappresenta un meccanismo di negazione dei diritti. In questo schema, il CPR diventa il laboratorio fisico dove si attua la rimozione forzata dell’“altro”, una zona di transito permanente dove l’essere umano viene spogliato della sua soggettività per diventare un numero da espellere. **La remigrazione richiede una torsione culturale profonda:** bisogna accettare l’idea che la presenza di determinati corpi nel tessuto sociale sia un errore da correggere. Inserire degli studenti universitari in questo meccanismo significa cooptarli in un progetto di ingegneria demografica e sociale, trasformandoli nei certificatori sanitari di una politica di esclusione. Si assiste a quella che Fassin descrive come ragione umanitaria utilizzata per mascherare politiche di controllo: la medicina non serve più a liberare il paziente, ma a legittimare la sua rimozione dal corpo sociale.^[9]

Il “curriculum nascosto” e la medicina della forza

Nelle facoltà di medicina si parla spesso di *hidden curriculum*: quegli insegnamenti non scritti che gli studenti apprendono per osmosi

osservando il comportamento dei loro mentori.^{[10],[11]} Quale messaggio riceve un futuro medico che vede il proprio tutor visitare un paziente attraverso una grata, o firmare certificati di idoneità basati su esami superficiali o inesistenti, o senza la

possibilità di una reale comunicazione? Quale vettore di tipo sociale e deontologico può indirizzare un contesto e una pratica che pone radici profonde nella normalizzazione di violenza e deumanizzazione, spesso inconsce e introiettate da parte del personale che vi lavora direttamente o funzionalmente? **Il rischio reale è il contributo alla creazione di una classe medica “funzionaria”**, formata a considerare la sicurezza nazionale come un valore sovraordinato rispetto a quello della salute. È quella che potremmo definire una “medicina di frontiera degradata”, dove il giuramento di Ippocrate viene subordinato alle esigenze del controllo migratorio. Imparare in un ambiente violento insegna, inevitabilmente, a diventare professionisti violenti o complici silenziosi della sofferenza della persona migrante.^[12] **Contro questa deriva, emerge con forza la necessità di una formazione che orienti la bussola etica verso l’equità.** Come sottolineato da Phyllis Jones, già presidente dell’American Public Health Association: *“Dobbiamo diventare tutti guerrieri della giustizia sociale. L’opportunità di influenzare gli studenti mentre stanno ancora formando la loro identità professionale è la cosa più importante: non vogliamo che imparino relazioni o presupposti sbagliati. Vogliamo che, giovani e aperti come sono, valorizzino allo stesso modo tutti gli individui e le popolazioni, che riconoscano e rettifichino le ingiustizie storiche”*.^[13]

Portare gli studenti in un CPR significa fare l’esatto opposto: significa insegnare loro che esistono popolazioni il cui valore è subordinato allo status giuridico, sabotando sul nascere la loro funzione di garanti della salute universale.

La complicità strutturale e l’istituzione totale

L’inserimento di studenti in un CPR non è solo un errore pedagogico, ma un esperimento sociologico che rischia di normalizzare l’esempio contemporaneo più aberrante di quelle che Goffman definiva “istituzioni totali”.^[14] In questi luoghi, ogni aspetto della vita della persona detenuta è regolato da un’autorità centrale e la distanza sociale tra detenuti e staff è mantenuta attraverso rituali di degradazione. Se l’università entra nel CPR, non lo fa per sovvertire questa logica, ma per istruire i futuri professionisti a muoversi entro i suoi confini. Il medico, in questo contesto, subisce una torsione deontologica: la sua priorità non è più il benessere del paziente, ma l’idoneità al trattenimento e, in ultima analisi, alla deportazione. **Questa “medicina dei visti e dei timbri” trasforma l’atto medico in un atto di polizia.** Come ampiamente evidenziato in

letteratura, quando i medici operano in contesti di detenzione per immigrati, si trovano intrappolati in una “doppia lealtà” tra l’etica medica e le politiche statali di stampo securitario.^[15] Formare degli studenti direttamente in questo conflitto, senza una solida base critica, significa orientare la loro bussola etica verso la lealtà allo Stato piuttosto che verso la lealtà al paziente, annullando di fatto l’indipendenza della professione sanitaria. Il CPR di Gjadër diventa così il luogo dove si sancisce la fine della medicina come pratica universale e il suo inizio come strumento di selezione biopolitica. **La proposta offende poi profondamente la dignità delle persone trattenute.** Secondo la Dichiarazione di Helsinki, ogni atto che coinvolga persone in formazione deve prevedere il consenso libero e informato dei soggetti osservati.^[16] In un CPR, dove il rapporto di potere è totalmente asimmetrico e la coercizione è la norma, non esiste alcuno spazio per un consenso reale. Trasformare il corpo del migrante detenuto in “materiale didattico” senza che questi possa realmente opporsi è una forma di oggettivazione che riporta la pratica medica a epoche oscure che credevamo superate.

Il valore della testimonianza e del monitoraggio

La consapevolezza di ciò che accade in queste zone d’ombra è merito di reti di monitoraggio indipendente, come la Rete “Mai più Lager – No ai CPR”^[17], a numerosi report^[18] e soprattutto di quanto le persone detenute riescono a far trapelare, con estrema difficoltà e fatica. Le loro testimonianze dall’interno ci dicono che i CPR sono luoghi in cui la salute è l’ultima delle priorità. Inserire degli studenti in questo ingranaggio, senza che abbiano ancora gli strumenti critici e l’indipendenza professionale per dissentire, significa renderli ingranaggi di un sistema che l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato come fonte di danni persistenti e gravi minacce alla sanità pubblica.^[19]

Conclusioni: l’università deve resistere

L’università deve essere il luogo del pensiero critico e della tutela della vita, autonomo ed indipendente, e non un braccio formativo di progetti politici coercitivi come quelli alla base del CPR. Chiediamo alle istituzioni accademiche, in Italia come in Albania, di rigettare fermamente ogni accordo che preveda il coinvolgimento di studenti in contesti di detenzione amministrativa delle persone migranti. La formazione sanitaria deve avvenire in contesti in cui la vita viene protetta e promossa, non dove viene sospesa e umiliata. Insegnare a essere medici significa

insegnare a riconoscere la dignità umana ovunque, specialmente dove essa è più minacciata. Il CPR non può essere un'aula; può essere solo un oggetto di studio necessario per la sua definitiva chiusura.

Nicola Cocco^{1,10}, Kristina Millona², Patrizia Borsellino³, Vittorio Agnoletto⁴, Antonello D'Elia⁵, Lara Tavoschi⁶, Francesca Cimino⁷, Fabio Perocco⁷, Francesca Esposito⁸, Chiara Montaldo⁹, Camilla Ponti¹⁰

1. Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)
2. Ricercatrice indipendente, Albania
3. Dipartimento di Filosofia del Diritto e di Bioetica, Università di Milano Bicocca
4. Medicina Democratica
5. Società Italiana di Psichiatria Democratica
6. Dipartimento di Ricerca Traslationale e Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia, Università di Pisa
7. Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali, Università Ca' Foscari di Venezia
8. Ricercatrice, Dipartimento di Psicologia "Renzo Canestrari", Università di Bologna e Centro di Criminologia, Università di Oxford
9. Medici Senza Frontiere Italia
10. Rete Mai più lager No ai CPR

Bibliografia

[1] Millona, K. (2026, 24 aprile). Dalle aule al Cpr in Albania: l'incontro tra Medihospes e l'Università di Scutari. *Altreconomia*.

<https://altreconomia.it/dalle-aule-al-cpr-in-albania-lincontro-tra-medihospes-e-luniversita-di-scutari/>

[2] Akkerman, M. (2026, marzo). *Border Labs: How Universities Power Europe's Border Regime*. Transnational Institute; Stop Wapenhandel.

[3] Dell'Acqua, A., Milani, C., & Romano, R. (2026, 15 aprile). La salute nei CPR e il ruolo dei medici. *SaluteInternazionale.info*.

<https://www.saluteinternazionale.info/2026/04/la-salute-nei-cpr-e-il-ruolo-dei-medici/>

[4] Cocco, N., Marchese, V., Nicoli, F., Russo, G., Testa, J., Corsaro, A., & Mazzetti, M.

(2026). The pathogenicity of immigration detention: a systemic conflict between medical ethics and harmful migration policies. *The Lancet Regional Health–Europe*, 64.

[5] Filges T, Bengtsen E, Montgomery E, Kildemoes MW. The impact of detention on the health of asylum seekers: An updated systematic review: A systematic review. *Campbell Syst Rev*. 2024 Jul 8;20(3):e1420. doi: 10.1002/cl2.1420

[6] von Werthern M, Robjant K, Chui Z, Schon R, Ottisova L, Mason C, Katona C. The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018 Dec 6;18(1):382. doi: 10.1186/s12888-018-1945-y

[7] Esposito F, Di Martino S, Briozzo E, Arcidiacono C and Ornelas J (2022) Women’s Experiences of Immigration Detention in Italy: Examining Immigration Procedural Fairness, Human Dignity, and Health. *Front. Psychol.* 13:798629. doi: 10.3389/fpsyg.2022.798629

[8] Council of Europe. (2025). Healthcare in prison: CPT prison standard (CPT/Inf (2025) 37). European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.

[9] Fassin, D. (2014). *Ragione umanitaria. Una storia morale del presente* (A. Taroni, Trad.). DeriveApprodi. (Opera originale pubblicata nel 2011).

[10] Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students’ perceptions of teaching. *Bmj*, 329(7469), 770-773.

[11] Hafferty, F. W., & Hafler, J. P. (2010). The hidden curriculum, structural disconnects, and the socialization of new professionals. In *Extraordinary learning in the workplace* (pp. 17-35). Dordrecht: Springer Netherlands.

[12] Sayad, A. (2002). *La doppia assenza. Dalle illusioni dell’emigrato alle sofferenze dell’immigrato* (R. L. Miller, Trad.). Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 1999).

[13] American Medical Association. (2023, 2 marzo). Recognizing and addressing disparities in health care: Camara Phyllis Jones, MD, MPH, PhD. <https://www.ama-assn.org/public-health/health-equity/recognizing-and-addressing-d>

[isparities-health-care-camara-phyllis-jones](#)

^[14] Goffman, E. (2003). *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza* (F. Ongaro Basaglia, Trad.). Einaudi. (Opera originale pubblicata nel 1961).

^[15] Briskman, L., & Zion, D. (2014). Dual loyalties and impossible dilemmas: Health care in immigration detention. *Public Health Ethics*, 7(3), 277-286.

^[16] World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191-2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

^[17] La Rete tra le altre cose raccoglie e diffonde numerose testimonianze dall'interno dei CPR tramite un apposito centralino organizzato con l'Associazione Naga di Milano, cfr. <https://www.facebook.com/NoaiCPR>

^[18] Tavolo Asilo e Immigrazione. (2026, 21 gennaio). CPR d'Italia: istituzioni totali. Secondo rapporto di monitoraggio sui CPR di Bari, Brindisi, Caltanissetta, Gradisca d'Isonzo, Macomer, Milano, Palazzo San Gervasio, Roma, Torino, Trapani. <https://www.medicisenzafrontiere.it/news-e-storie/news/secondo-rapporto-cpr/>

^[19] World Health Organization. (2026). Policy Brief: Health consequences of administrative detention. WHO Regional Office for Europe.