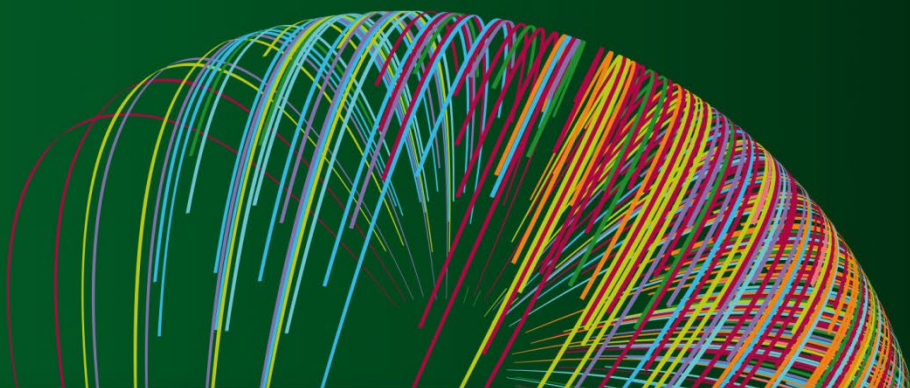


Osservatorio di Politica internazionale



Senato
della Repubblica
Camera
dei deputati
Ministero
degli Affari Esteri
e della Cooperazione
Internazionale

Flussi migratori

Settembre/dicembre 2025

n. 55

Focus

FOCUS Migrazioni internazionali

Osservatorio quadrimestrale N. 3 - 2025
(settembre - dicembre)

14 gennaio 2026

di *Marco Zupi*

Piazza Venezia 11 – 00187 Roma – 066990630 – cespi@cespi.it – www.cespi.it

Sommario

Abstract	5
1. Osservatorio mondiale: la mappa di Paesi “chiave” per le dinamiche migratorie nel 2026.....	7
1. Introduzione	7
2. Il panorama globale: l’interazione dei fattori espulsivi.....	8
3. Un possibile epicentro di crisi: il collasso del Sudan e la riconfigurazione del Sahel	9
4. Oltre l’Africa: focolai di instabilità in Asia e Americhe.....	10
5. La lista di Paesi considerati “osservati speciali” in base ai dati più recenti.....	11
2. Osservatorio regionale. Migrazione del personale sanitario nei Paesi europei dell’OCSE: tendenze, sfide e opportunità.....	19
1. Introduzione	22
2. La situazione in Europa: emergenza interna e soluzione esterna.....	23
3. Le migrazioni sanitarie nei Paesi europei dell’OCSE. L’espansione senza precedenti della forza lavoro migrante e le diverse dinamiche migratorie	26
4. Caratteristiche e sfide della forza lavoro sanitaria migrante	31
5. Alcune pratiche recenti in Europa per attrarre e integrare il personale sanitario migrante.....	37
3. Osservatorio nazionale: la metamorfosi della crisi in Sudan	41
1. Introduzione	41
2. La Caduta di El Fasher come detonatore	42
3. La fame e la malattia come “armi di espulsione”	45
4. L’effetto domino regionale: Ciad e Sud Sudan al collasso e nuova rotta verso la Libia	46
5. Geografie e corridoi della mobilità umana.....	48
6. Il vincolo umanitario: accesso e risorse come determinanti della mobilità	50
7. Prospettive per il 2026	50

Abstract

La prima sezione adotta un approccio prospettico al monitoraggio e governo dei flussi migratori, considerando che i sistemi migratori contemporanei rispondono a una notevole complessità di fattori in cui shock politici, conflitti armati, disastri ambientali e decisioni sui regimi di frontiera possono alterare rapidamente le traiettorie consolidate. La scelta metodologica è costruire una mappa della propensione migratoria in uscita, fondata su un set integrato di fonti internazionali aggiornate a fine 2025. La classificazione proposta include migrazioni forzate, economiche e miste, integrando i dati su displacement (interno ed esterno) con le propensioni strutturali all'emigrazione legate a reti diasporiche e dimensioni demografiche assolute. A titolo di orientamento strategico, alcuni Paesi sono identificati come "osservati speciali" attraverso sei assi comparativi: intensità della conflittualità, grado di repressione politica, vulnerabilità climatica, pressioni economico-occupazionali, trend storici di emigrazione e rimesse, presenza di diaspore attive. Ne deriva una classificazione qualitativa su quattro livelli di propensione migratoria: molto alta, alta, media, bassa. La distinzione fondamentale è tra contesti in cui la mobilità resta prevalentemente una scelta economica e quelli in cui la migrazione diventa strategia di sopravvivenza, generando vulnerabilità estreme: mortalità elevata, rischio di tratta, sfruttamento, attraversamenti irregolari. Un punto cruciale emerge dalla composizione della lista ad "alta propensione": vi coesistono Paesi in crisi acuta e Paesi con emigrazione strutturale di lavoro lungo corridoi consolidati. Questa distinzione non è solo analitica, ma operativa: cambiano radicalmente strumenti e narrativa di policy. Nei primi, la priorità è la protezione internazionale e la risposta umanitaria; nei secondi, sono centrali i canali regolari di mobilità, la governance concertata e la cooperazione su competenze e riconoscimenti professionali.

La seconda sezione colloca il tema migratorio all'intersezione tra sicurezza sanitaria e sostenibilità dei sistemi di welfare europei. La tesi centrale è che la migrazione del personale sanitario non sia più un fenomeno marginale, ma una componente strutturale della "policrisi" contemporanea. Transizione demografica, arretrato assistenziale post-pandemico, aumento della cronicità e carenze persistenti di organico spingono i Paesi europei e OCSE a cercare soluzioni esterne a problemi generati internamente. La dimensione quantitativa è eloquente: nell'area OCSE il numero di medici nati all'estero cresce stabilmente nel lungo periodo, ma la crescita degli infermieri nati all'estero è ancora più marcata. Questo dato suggerisce che l'assistenza infermieristica (in particolare quella legata alla long-term care per anziani) sia diventata il motore principale della migrazione sanitaria di massa. La concentrazione geografica delle destinazioni, con pochi grandi poli attrattivi, segnala un rischio geopolitico: quando alcune economie assorbono in modo sistemico competenze globali, anche shock normativi possono redistribuire rapidamente flussi e carenze. Per l'Europa, l'analisi più rilevante riguarda la composizione mista dei movimenti: una quota significativa è mobilità intra-europea, ma oltre la metà dell'apporto proviene da fuori OCSE, soprattutto dall'Asia. Le provenienze non sono un dettaglio statistico: influenzano integrazione linguistica e professionale, tempi di riconoscimento delle qualifiche, rischi di segregazione occupazionale. Il quadro mette a fuoco il nodo etico: la resilienza dei sistemi sanitari ad alto reddito rischia di essere garantita a prezzo della vulnerabilità dei sistemi nei Paesi a basso e medio reddito. È un tema che richiama direttamente il Codice OMS sul reclutamento etico e i suoi evidenti limiti applicativi. La presentazione di alcune pratiche europee recenti mostra che il reclutamento, da solo, non funziona; deve essere accompagnato da politiche di integrazione e riconoscimento: barriere burocratiche, attriti culturali, isolamento sociale e scarse prospettive di carriera possono produrre un "turnover secondario" (professionisti che lasciano il Paese ospite dopo pochi anni), riducendo drasticamente l'efficacia delle strategie di attrazione. Non basta facilitare l'ingresso: occorre progettare la permanenza. Emergono, infine, pratiche recenti di maggiore flessibilità: abilitazioni temporanee o condizionate, semplificazioni nel riconoscimento dei titoli, come tentativi di conciliare velocità di inserimento e garanzie di qualità. L'idea di fondo è la ricerca di un equilibrio win-win, pur difficile da raggiungere, perseguibile con un mix di strumenti: accordi bilaterali ben disegnati, codici etici applicati, sostegno alla formazione nei Paesi di origine, cooperazione allo sviluppo sanitario.

La terza sezione presenta un caso-studio di particolare rilevanza. L'ultimo quadrimestre del 2025 non è stata una semplice prosecuzione del conflitto in Sudan, ma un punto di non ritorno: la guerra si è trasformata in frammentazione statale e collasso delle infrastrutture civili, producendo mobilità forzata su scala non più gestibile con strumenti ordinari. Il punto di svolta nasce dalla convergenza di tre acceleratori: un turning

point militare (la caduta di El Fasher a fine ottobre 2025, dopo un assedio prolungato), la formalizzazione di condizioni di carestia in centri assediati, il peggioramento dell'aspetto umanitario (accesso e risorse). La caduta di El Fasher ha agito da "detonatore" demografico regionale: non solo spostamenti interni, ma pressione crescente verso Paesi limitrofi e maggiore probabilità di mobilità secondaria lungo corridoi desertici verso la Libia. La saturazione dei Paesi di primo asilo, combinata con sottofinanziamento cronico e carestia diffusa, aumenta la probabilità di spostamenti successivi lungo rotte più rischiose. Sul piano delle determinanti, fame e malattia funzionano come "armi di espulsione". La carestia certificata e l'epidemia di colera rendono alcuni territori biologicamente inabitabili, trasformando la migrazione da scelta a necessità assoluta. In questo quadro, il nesso tra governance umanitaria e traiettorie migratorie appare evidente. Il sottofinanziamento, con aiuti umanitari che coprono una frazione minima dei fabbisogni, non è solo un problema morale, ma un fattore che incrementa la mobilità secondaria e l'uso di rotte ad alto rischio. La leva più efficace per prevenire ulteriori movimenti e ridurre mortalità e instabilità non è l'inseguimento a valle dei flussi, ma il rafforzamento della protezione e dei servizi essenziali dentro il Sudan (quando l'accesso lo consente) e nei Paesi di primo asilo. Serve un approccio basato su diritti fondamentali – cibo, acqua, salute, sicurezza – e su obblighi chiari degli attori coinvolti. Per l'agenda italiana ed europea, questo punto è decisivo: lega in modo non ideologico politica estera, finanziamento umanitario, stabilizzazione regionale e gestione ordinata della mobilità nel Mediterraneo.

1. Osservatorio mondiale: la mappa di Paesi “chiave” per le dinamiche migratorie nel 2026

1. Introduzione

Nel segnalare alcuni scenari sull'andamento dei flussi migratori internazionali in occasione del passaggio da un anno al successivo, è importante chiarire sin dal principio che l'obiettivo di tale esercizio non può, né deve, essere la previsione degli eventi futuri. La complessità intrinseca dei sistemi migratori contemporanei, infatti, sfida ogni pretesa di determinismo. Ci troviamo di fronte a fenomeni profondamente multifattoriali, plasmatis da un intreccio inestricabile di forze eterogenee. Da un lato agiscono i fattori strutturali di lungo periodo come le tendenze demografiche, gli squilibri economici e i mutamenti climatici che disegnano le direttrici di fondo; dall'altro, intervengono dinamiche congiunturali spesso imprevedibili, quali l'esplosione di nuovi conflitti, improvvise crisi politiche o disastri naturali, che possono alterare repentinamente il quadro.

A questo scenario già molto mobile si aggiunge la variabile delle decisioni politiche discrezionali (modifiche ai regimi dei visti, accordi bilaterali o chiusure delle frontiere) che interagiscono costantemente con la dimensione più soggettiva e relazionale del migrare, fatta di reti diasporiche, aspirazioni individuali e circolazione delle informazioni. Questa densità di variabili, molte delle quali soggette a discontinuità brusche e logiche stocastiche, rende illusoria l'ambizione di poter “prevedere” i flussi migratori con la stessa accuratezza con cui si può prevedere l'evoluzione naturale della dinamica demografica.

Tuttavia, riconoscere l'impossibilità di previsioni puntuali non diminuisce l'importanza dell'analisi prospettica; al contrario, ne rafforza il valore come strumento di governo. L'elaborazione di scenari e l'identificazione di tendenze probabili rimangono esercizi utili per l'azione politica. I decisori, che operano per definizione in contesti di incertezza, possono trovare nell'analisi delle tendenze future uno strumento prezioso per l'anticipazione strategica e l'orientamento del proprio lavoro. Sebbene non si possa eliminare l'incognita, è possibile ridurne il perimetro, circoscrivendo l'insieme degli sviluppi plausibili e intercettando alcuni segnali “deboli” che spesso preannunciano mutamenti strutturali. Costruire una solida consapevolezza situazionale rispetto a ciò che accade nelle regioni di origine e transito permette di non farsi cogliere impreparati: sapere che un fenomeno potrà evolvere entro un determinato ventaglio di possibilità, piuttosto che ignorarne del tutto la dinamica, rappresenta un vantaggio informativo sostanziale per i decisori politici.

Da ultimo, gettare lo sguardo sui flussi migratori del 2026 non significa in realtà proiettarsi verso un futuro impreciso, ma piuttosto rappresenta un modo per mettere a fuoco con maggiore lucidità l'attualità che stiamo vivendo, interrogando con rigore analitico le dinamiche che si sono dispiegate negli ultimi mesi del 2025 e che continuano a operare nel presente. Ciò al fine di cogliere in esse non tanto la capacità di prevedere ciò che accadrà quanto piuttosto la possibilità di comprendere meglio le forze strutturali e congiunturali che già stanno plasmando i movimenti di persone attraverso i confini e che, nella loro inerzia e nella loro capacità di produrre effetti duraturi, costituiscono il tessuto stesso della realtà migratoria contemporanea che i decisori politici sono chiamati a governare.

2. Il panorama globale: l'interazione dei fattori espulsivi

L'anno 2025 si chiude e il 2026 si apre su uno scenario globale segnato da una convergenza senza precedenti di instabilità geopolitica, conflittualità armata, fragilità economica e accelerazione dei cambiamenti climatici. Le proiezioni delle principali agenzie internazionali, tra cui l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati – *United Nations High Commissioner for Refugees*, o UNHCR – e l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni – OIM –, indicano che la popolazione globale in condizione di spostamento forzato potrebbe raggiungere e superare la soglia record di 136 milioni di individui entro la fine dell'anno¹. Questo dato non è una mera statistica, ma il sintomo di una frattura sistemica: la capacità di risoluzione diplomatica dei conflitti è ai minimi storici, mentre le reti di sicurezza economica nei Paesi in via di sviluppo si stanno indebolendo sotto il peso del debito sovrano e dell'inflazione.

A titolo di orientamento, è utile ricordare che, secondo il *World Migration Report 2025* (OIM), nel mondo ci sono circa 304 milioni di migranti internazionali²; inoltre, circa 83,4 milioni di persone risultano forzatamente sfollate all'interno del proprio Paese secondo il *Global Report on Internal Displacement 2025* dell'*Internal Displacement Monitoring Centre* (IDMC). L'ordine di grandezza complessivo è quindi di circa 400 milioni di persone in movimento nel mondo (migranti internazionali più sfollati interni), con il numero di sfollati interni che, sempre secondo l'IDMC è più che raddoppiato rispetto al 2018, mentre il numero di migranti internazionali cresce nel tempo in termini assoluti, ma anche come quota della popolazione mondiale totale.

In questo contesto, la distinzione tradizionale tra rifugiato e migrante economico appare sempre più sfumata³, lasciando spazio a sistemi di migrazione internazionale mista in cui la fuga dalla violenza si sovrappone alla ricerca di sopravvivenza economica. Un *driver* silenzioso ma potente per il 2026 potrebbe essere proprio la crisi del debito: secondo il Fondo monetario internazionale (FMI), oltre 30 Paesi si trovano in condizioni di *debt distress* o con un livello elevato di rischio⁴. Già in passato un rapporto del *think tank* economico *Finance for Development Lab* evidenziava che molti Paesi a basso reddito superano il 20% delle entrate pubbliche destinate al servizio del debito, aggravando la pressione sociale e fiscale⁵. Le misure di austerità imposte per il servizio del debito stanno erodendo il contratto sociale in nazioni chiave come il **Pakistan**⁶ e l'**Egitto**⁷, trasformando la migrazione da scelta di mobilità sociale a ragionevole strategia di sopravvivenza per la classe media impoverita.

A ciò si aggiunge la variabile climatica. La persistenza del fenomeno climatico *La Niña* sta agendo come un moltiplicatore di minacce, portando siccità prolungate nel **Corno d'Africa** e inondazioni

¹ Questa specifica proiezione proviene dall'*UNHCR Global Appeal 2026*, pubblicato nel novembre 2025. Nel documento, l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati stabilisce le sue "Planning Figures" (cifre di pianificazione) per il bilancio dell'anno successivo, prevedendo esplicitamente che il numero totale di persone costrette alla fuga e di apolidi raggiungerà i 136 milioni entro la fine del 2026. Il dato è un indicatore primario della tendenza al rialzo degli spostamenti forzati globali, in un contesto in cui le capacità di risoluzione dei conflitti sono ai minimi storici. Si veda: <https://www.unhcr.org/publications/global-appeal-2026>

² <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>

³ La letteratura internazionale distingue tradizionalmente tre forme principali di migrazione: (1) Migrazione forzata: movimenti di popolazioni costrette a fuggire da conflitti armati, violenze generalizzate o persecuzioni; (2) Emigrazione economica volontaria: spinta dalla ricerca di opportunità lavorative e migliori condizioni di vita, senza essere soggetta a condizioni di rischio immediato; (3) Migrazione mista: flussi in cui coesistono elementi di protezione internazionale e motivazioni economiche.

⁴ <https://www.imf.org/external/Pubs/ft/dsa/DSAlist.pdf>

⁵ https://findevlab.org/wp-content/uploads/2023/12/FDL_Debt-distress-update_final20231204.pdf

⁶ <https://link.springer.com/article/10.1057/s41301-025-00423-z>

⁷ <https://www.brettonwoodsproject.org/2024/07/pakistans-debt-crisis-fuelled-by-more-imf-loans/>

⁸ <https://www.egypttoday.com/Article/3/139921/IMF%E2%80%99s-latest-report-notes-reform-progress-debt-sustainability-as-reasoning>

nel **Sud-Est asiatico**, fenomeni che, già secondo il rapporto *Groundswell* della Banca Mondiale molto citato a livello internazionale⁸, accelerano la migrazione interna e, successivamente, quella transfrontaliera.

Infine, non va dimenticato che, secondo le stime dell'UNHCR, tre quarti dei rifugiati sono oggi originari di un gruppo ristretto di Paesi: **Afghanistan, Siria, Venezuela, Ucraina, Sudan e Palestina**, con milioni di persone ancora sfollate internamente o all'estero a causa dei conflitti prolungati⁹. Queste crisi costituiscono e probabilmente costituiranno uno dei principali *driver* delle migrazioni forzate a livello globale.

La dinamica osservata mostra che non solo i conflitti armati profondi, ma anche fragilità statali, repressione politica, collassi economici e crisi climatiche svolgono un ruolo determinante nella decisione di migrare. Gli studi recenti sottolineano inoltre come i sistemi di monitoraggio tradizionali debbano essere sempre più integrati con nuove metodologie (ad esempio dati digitali per la stima in tempo reale dei flussi), segno della crescente complessità del fenomeno migratorio¹⁰.

3. Un possibile epicentro di crisi: il collasso del Sudan e la riconfigurazione del Sahel

Tra i vari scenari critici per il 2026, il **Sudan** rappresenta un caso molto allarmante e paradigmatico di come un conflitto interno possa trasformarsi in un evento di destabilizzazione regionale e globale. La guerra civile, entrata in una fase di frammentazione irreversibile, ha generato la più grande crisi di sfollamento al mondo, con oltre 12 milioni di persone costrette a fuggire e oltre 3 milioni rifugiati nei Paesi vicini.

L'evento spartiacque che ha ridefinito le dinamiche migratorie per il 2026 è stato, senza dubbio, la caduta di El Fasher (Nord Darfur) nelle mani delle Forze di Supporto Rapido (RSF) alla fine del 2025. Questo evento ha avuto un impatto diretto e devastante sulla permeabilità dei confini internazionali. La presa del Nord Darfur ha di fatto consegnato alle RSF il controllo dei corridoi strategici che portano verso la **Libia** e il Ciad settentrionale, eliminando i filtri statali che ancora resistevano. Si sono aperte nuove rotte per la tratta di esseri umani e i traffici illeciti. Le reti di contrabbando, ora operanti in un regime di quasi-impunità, stanno aumentando la pressione migratoria sulla rotta libica.

Parallelamente, la crisi in Sudan sta esportando instabilità nel **Ciad** e nel **Sud Sudan**. Quest'ultimo, in particolare, ha visto un afflusso drammatico di rifugiati e rimpatriati (decine di migliaia nel solo mese di dicembre 2025 a Renk), saturando le capacità di accoglienza e creando un corridoio di crisi che attraversa l'Africa centrale¹¹.

Per questa ragione, la sezione nazionale di questo stesso Focus è dedicata proprio al caso del Sudan.

Né bisogna dimenticare che, nella regione, Paesi come **Etiopia, Somalia e Repubblica Democratica del Congo** continuano a registrare livelli estremamente elevati di sfollamento interno e fuga all'estero, a causa di conflitti armati, instabilità politica e crisi economiche. Anche la **fascia saheliana occidentale** è inoltre esposta alla crescente insicurezza alimentare e alle variazioni climatiche, che

⁸ <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/2be91c76-d023-5809-9c94-d41b71c25635>

⁹ <https://www.unhcr.org/global-trends>

¹⁰ <https://arxiv.org/abs/2504.11691>

¹¹ <https://news.un.org/en/story/2025/12/1166682>. Le immagini e i dataset UNHCR documentano Renk come punto di ingresso sovraccarico, con afflussi giornalieri superiori a 3.000 persone nei periodi di crisi.

agiscono come *push factor* aggiuntivi. L'IDMC e altri osservatori di crisi stimano decine di milioni di persone probabilmente costrette a lasciare le proprie case nel caso non si giunga ad una soluzione di pace duratura.

4. Oltre l'Africa: focolai di instabilità in Asia e Americhe

Se la situazione in Sudan emerge per la gravità umanitaria, anche altri teatri presentano rischi migratori acuti, guidati da logiche di repressione politica e collasso statale.

In Asia, il **Myanmar** si conferma una crisi dimenticata ma esplosiva. La giunta militare, sotto la pressione delle forze di resistenza etniche, ha intensificato la violenza indiscriminata, spingendo i rifugiati Rohingya e altre minoranze verso il Bangladesh e, sempre più, verso rotte marittime pericolose dirette in Malaysia e Indonesia. L'instabilità politica interna, unita alla mancanza di prospettive economiche, sta alimentando un esodo continuo che i Paesi vicini faticano a gestire. In **Pakistan**, la combinazione di crisi economica strutturale, inflazione e instabilità politica sta erodendo la classe media, generando un aumento massiccio dell'emigrazione qualificata e irregolare verso l'Europa e il Golfo.

Inoltre, Paesi conflittuali come **Afghanistan** e **Siria** continuano a generare flussi di rifugiati, con grande parte delle popolazioni in esilio in Paesi limitrofi o verso l'Europa e l'Asia. La repressione politica e l'instabilità strutturale in alcune aree, insieme alla mancanza di opportunità economiche reali, alimentano tendenze che non mostrano segnali di diminuzione. La persistente crisi economica in **Libano** e la fragilità istituzionale in **Yemen**, **Iraq** e **Iran** – che sta entrando in una fase di “crisi convergente” economica, sociale e politica¹² – congiungono elementi di conflitto e precarietà, rendendo possibile un'ulteriore intensificazione degli spostamenti umani.

Nelle **Americhe**, l'attenzione è focalizzata sul **Venezuela** e su **Haiti**. In Venezuela, la persistenza della crisi politica e economica, aggravata dalle tensioni geopolitiche, dal blocco navale statunitense di fine 2025 e, infine, dall'operazione militare denominata *Absolute Resolve* - con l'impiego di forze speciali statunitensi e assetti aerei, che ha portato alla cattura del Presidente Maduro e di sua moglie nella notte tra il 2 e il 3 gennaio 2026 - ha interrotto i segnali di stabilizzazione. Le proiezioni indicano una possibile ripresa dei flussi in uscita, non più diretti solo verso nord (dove le frontiere si chiudono), ma ridistribuiti verso i Paesi sudamericani come Colombia e Brasile, mettendo a dura prova la solidarietà regionale. L'emigrazione venezuelana è un esempio paradigmatico di flusso misto, dove motivazioni economiche e sociali si intrecciano con vulnerabilità soggettive che possono avvicinare segmenti significativi della popolazione a profili di protezione internazionale. Haiti, d'altra parte, rappresenta un caso di collasso statale quasi totale, dove la violenza delle gang ha generato record storici di sfollamento interno, spingendo la popolazione verso disperate traversate marittime.

¹² Non bisogna dimenticare <https://www.annahar.com/en/opinion/265594/a-society-under-pressure-why-2026-could-be-a-turning-point-for-iran> e <https://irannewsupdate.com/news/society/the-causes-and-consequences-of-irans-unprecedented-migration-surge/>

5. La lista di Paesi considerati “osservati speciali” in base ai dati più recenti

A titolo puramente indicativo, qui di seguito è presentata, in formato tabellare, una mappatura globale della propensione elevata all’emigrazione nell’immediato futuro.

La mappa si basa su un set integrato di otto fonti pubblicate nel 2025:

1. UNHCR, Global Trends Report
2. Internal Displacement Monitoring Centre (IDMC), Global Report on Internal Displacement¹³
3. Joint Research Center della Commissione Europea, INFORM Risk Index (rischio crisi umanitarie/disastri oltre capacità di risposta)¹⁴
4. Germanwatch, Climate Risk Index (impatto eventi estremi)¹⁵
5. Freedom House, Freedom in the World¹⁶
6. Institute for Economics & Peace, Global Peace Index¹⁷
7. Uppsala Department of Peace and Conflict Research, Uppsala Conflict Data Program (UCDP), dataset¹⁸
8. World Bank, Migration and Remittances Data + World Development Indicators (accesso: fine 2025)¹⁹.

Per comodità è stata utilizzata la classificazione tripartita delle migrazioni: migrazioni forzate (rifugiati, richiedenti asilo, sfollati per conflitti, violenza, persecuzioni), migrazioni volontarie economiche (emigrazione in cerca di lavoro e opportunità, in contesti non di crisi) e migrazioni miste (fattori di protezione + economici). Su questa base si è adottato il termine di “Emigrati attivi” per stimare la consistenza recente del fenomeno migratorio, considerando tre fonti e le relative categorie di analisi, che combinano sfollati interni ed emigrati internazionali, *stock* e flussi:

- FD (UNHCR) = Forcibly displaced (rifugiati + richiedenti asilo + sfollati interni, secondo Global Trends)
- IDP (IDMC) = Sfollati interni (Internally Displaced People, IDP) a fine anno (GRID 2025)
- MIG (WB) = Stock emigrati internazionali / diaspora (DataBank/WDI)

Per la selezione, si è infine cercato di costruire una sorta di mappa della propensione migratoria in uscita, in base alla quale ogni Paese è stato valutato su base comparativa secondo i seguenti sei assi:

1. Livello di conflittualità interna/regionale;
2. Grado di repressione politica e assenza di diritti civili;
3. Vulnerabilità climatica e frequenza di eventi estremi;
4. Disoccupazione giovanile e stagnazione economica;
5. Trend storici di emigrazione e volumi di rimesse;
6. Presenza di diaspore attive.

Il risultato è un indice composito che classifica la propensione migratoria in 4 categorie: Molto alta, Alta, Media, Bassa.

¹³ <https://www.internal-displacement.org/events/launch-of-the-global-report-on-internal-displacement-grid-2025/>

¹⁴ <https://drmkc.jrc.ec.europa.eu/inform-index>

¹⁵ <https://www.germanwatch.org/sites/default/files/2025-02/Climate%20Risk%20Index%202025.pdf>

¹⁶ https://freedomhouse.org/sites/default/files/2025-02/FITW_World_2025_Feb.2025.pdf

¹⁷ <https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2025/06/Global-Peace-Index-2025-web.pdf>

¹⁸ <https://ucdp.uu.se/downloads/>

¹⁹ <https://databank.worldbank.org/> e <https://www.worldbank.org/en/topic/migration/overview>

Tab. 1: I 20 Paesi con propensione migratoria in uscita molto alto (classificazioni qualitative coerenti con gli indicatori 2025 sopra citati)

Paese	Tipo migrazione	Fattore prevalente	Conflitto (UCDP)	Repressione (FH 2025)	Fragilità (INFORM/GPI 2025)	Emigrati attivi	Nota sintetica
Sudan	Forzata	Guerra + collasso	Alto	Critico	Estrema	FD UNHCR: 14,3 mln; IDP IDMC: 11,6 mln (UNHCR)	Primo caso globale per <i>displacement</i> recente.
Palestina	Forzata	Guerra/assedio	Alto	Parziale	Estrema	Displacement elevato (UNHCR) (UNHCR)	Catastrofe umanitaria totale a Gaza e violenza israeliana crescente in Cisgiordania con impatto regionale.
Siria	Forzata	Conflitto cronico	Alto	Critico	Alta	FD UNHCR (tra i massimi globali) (UNHCR)	Bacino strutturale di rifugiati, rischio riacutizzazione e <i>early recovery</i> bloccata.
Afghanistan	Forzata/mista	Regime + crisi	Medio	Critico	Alta	FD UNHCR elevato; Disastri IDMC: 1,3 mln (UNHCR)	Pressione su protezione/diritti; vulnerabilità disastri, rimpatri forzati dal Pakistan (doppio spostamento).
Ucraina	Forzata	Guerra	Altissimo	Parziale	Alta	FD UNHCR elevato (UNHCR)	Volatilità di ritorni e mobilità intra-Europa. La più grande crisi di sfollamento in Europa.
Rep. Dem. Congo	Forzata	Conflitti est	Alto	Parziale	Estrema	IDP/FD molto elevati (UNHCR/IDMC) (UNHCR)	Crisi persistente, escalation locale ricorrente (Escalation M23 nell'est conferma il rischio estremo).
Myanmar	Forzata	Guerra + giunta	Alto	Critico	Alta	IDP/FD elevati (internal-displacement.org)	Violenza politica/etnica + fragilità, con coscrizione obbligatoria come driver primario.

Paese	Tipo migrazione	Fattore prevalente	Conflitto (UCDP)	Repressione (FH 2025)	Fragilità (INFORM/GPI 2025)	Emigrati attivi	Nota sintetica
Yemen	Forzata	Conflitto + collasso	Alto	Parziale	Estrema	IDP/FD elevati (UNHCR)	Rischio umanitario strutturale (crisi alimentare e climatica congiunta).
Somalia	Forzata/mista	Insicurezza + clima	Alto	Parziale	Estrema	IDP elevati + rischio climatico (drmkc.jrc.ec.europa.eu)	Conflitto-siccità/alluvioni.
Etiopia	Forzata/mista	Conflitti sub-nazionali	Medio/Alto	Parziale	Alta	IDP elevati (internal-displacement.org)	Rischio riacutizzazioni/ escalation locale (tensioni con l'Eritrea e crisi nell'Amhara).
Haiti	Forzata/mista	Violenza + Stato assente	Medio	Parziale	Estrema	IDP record (trend 2025) (internal-displacement.org)	“State breakdown” → fuga e mobilità regionale (violenza delle gang al livello di conflitto armato).
Venezuela	Mista	Crisi socio-economica	Basso	Parziale/Sì	Alta	FD+MIG molto elevati (UNHCR/WB) (UNHCR)	Migrazione regionale continua; possibile aumento flussi post-incarcerazione di Maduro.
Burkina Faso	Forzata	Violenza regionale	Alto	Parziale	Estrema	IDP elevati (IDMC) (internal-displacement.org)	Epicentro violenza jihadista nel Sahel.
Mali	Forzata/mista	Violenza + fragilità	Alto	Parziale	Alta	IDP elevati (IDMC) (internal-displacement.org)	Rischio peggioramento e <i>spillover</i> , espansione JNIM e blocco di Bamako.
Niger	Forzata/mista	Instabilità regionale	Medio/Alto	Parziale	Alta	IDP elevati (IDMC) (internal-displacement.org)	Hub di transito e instabilità post-golpe.

Paese	Tipo migrazione	Fattore prevalente	Conflitto (UCDP)	Repressione (FH 2025)	Fragilità (INFORM/GPI 2025)	Emigrati attivi	Nota sintetica
Sud Sudan	Forzata	Violenza + fragilità	Medio	Parziale	Estrema	IDP/FD elevati (UNHCR/IDMC) (UNHCR)	Rischio deterioramento economico per blocco oleodotti (impatto guerra Sudan).
Nigeria	Mista	Insicurezza + lavoro	Medio	Parziale	Alta	MIG (WB) alto + IDP (DataBank)	Forte pressione demografica, <i>driver</i> misto molto forte (sicurezza + collasso economico).
Pakistan	Mista	Shock climatici + economia	Medio	Parziale	Alta	CRI 2025 alto impatto; MIG (WB) alto (germanwatch.org)	Esodo di massa della classe media (record di <i>Brain Drain</i>).
Bangladesh	Mista	Clima + lavoro	Basso	Parziale	Media/Alta	MIG (WB) molto alto (DataBank)	Rischio climatico estremo confermato da modelli 2050.
Libano	Mista	Collasso socio-economico	Medio (rischio)	Parziale	Alta	segnali di outflow (WB proxy) (Vision of Humanity)	Rischio di <i>escalation</i> collasso economico e conflitto

Tab. 2: I 30 Paesi con propensione migratoria in uscita alto (classificazioni qualitative coerenti con indicatori 2025 sopra citati)

Paese	Tipo migrazione (prevalente)	Fattore prevalente	Conflitto attivo (UCDP)	Repressione (FH 2025)	Fragilità Stato (INFORM)	Emigrati attivi	Nota sintetica
Ciad	Mista	Shock climatici + fragilità + instabilità	Parziale	Not Free	Molto alta	Media	Pressione Sahel e <i>disaster-displacement</i> (contesto)
Iran	Mista	Repressione + stress economico	Parziale	Not Free	Alta	Alta	Emigrazioni “politiche” e qualificate; reti di diaspora consolidate. Crescente pressione economica e malcontento sociale.
Iraq	Mista	Instabilità + lavoro	Sì (localizzato)	Not Free	Alta	Alta	Flussi misti (sicurezza + opportunità), anche verso Europa; instabilità climatica e <i>governance</i> debole.
Libia	Mista	Stato frammentato + economia informale	Sì	Not Free	Molto alta	Media	Paese di transito (<i>hub</i> di traffico e instabilità miliziana) ma anche uscita di cittadini e residenti.
Egitto	Mista (lavoro)	Pressioni macro + <i>governance</i>	Parziale	Not Free	Alta	Molto alta	Forte emigrazione lavoro (Golfo/Europa); pressione debito/inflazione. Rischio sociale elevato.
Tunisia	Mista (lavoro)	Crisi socio-economica + regressione istituzionale	No	Partly Free	Media-alta	Alta	Aumento partenze via mare e repressione politica.
Algeria	Mista (lavoro)	Lavoro + vincoli politici	No	Not Free	Media	Alta	Emigrazione strutturale (reti storiche verso Europa)
Marocco	Mista (lavoro)	Lavoro + pressione demografica	No	Partly Free	Media	Alta	Migrazione di lavoro e familiare; corridoi consolidati UE

Paese	Tipo migrazione (prevalente)	Fattore prevalente	Conflitto attivo (UCDP)	Repressione (FH 2025)	Fragilità Stato (INFORM)	Emigrati attivi	Nota sintetica
Turchia	Mista	Crisi economica + restrizioni	Parziale	Not Free	Media	Alta	Paese di ingresso e transito; aumentano uscite di cittadini qualificati. Possibile crisi economica.
Eritrea	Forzata/Mista	Repressione + leva/controllo	No	Not Free	Alta	Media-alta	<i>Driver</i> “coercitivi” persistenti come servizio nazionale a tempo indeterminato (uscite irregolari e richiesta asilo)
Camerun	Mista	Conflitti localizzati + economia	Sì	Not Free	Alta	Media	Aree anglofone e Nord: uscita mista (sicurezza + lavoro)
Rep. Centrafricana	Forzata/Mista	Conflitto/fragilità cronica	Sì	Not Free	Molto alta	Media	<i>Outflow</i> regionale (rifugi/IDP), anche per colasso servizi
Mozambico	Mista	Insurrezione + shock climatici	Sì (Capo Delgado)	Partly Free	Alta	Media	Mobilità mista: sicurezza + lavoro (sud Africa e regione)
Kenya	Mista (lavoro)	Lavoro + shock climatici/pressioni sociali	No	Partly Free	Media	Media	Crescono canali di lavoro (anche Golfo); vulnerabilità climatica
Russia	Mista	Guerra + repressione + economia	Sì	Not Free	Media	Alta	Uscite selettive (mobilitazione/rischio politico; capitale umano), economia di guerra e repressione interna
Bielorussia	Mista	Repressione + isolamento	No	Not Free	Media	Media	<i>Outflow</i> politico-professionale verso UE e vicini
Georgia	Mista (lavoro)	Opportunità + fragilità regionale	No	Partly Free	Media	Media-alta	Emigrazione economica; sensibilità a shock regionali

Paese	Tipo migrazione (prevalente)	Fattore prevalente	Conflitto attivo (UCDP)	Repressione (FH 2025)	Fragilità Stato (INFORM)	Emigrati attivi	Nota sintetica
Moldova	Mista (lavoro)	Lavoro + fragilità economica	No	Partly Free	Media	Alta	Caso tipico “labour + remittances dependence” (proxy WB)
Uzbekistan	Mista (lavoro)	Lavoro + pressioni socio-economiche	No	Not Free	Media	Alta	Forte emigrazione lavoro (Russia/Kazakhstan/UE in crescita)
Tajikistan	Mista (lavoro)	Dipendenza da rimesse + fragilità	No	Not Free	Media-alta	Media-alta	Alta sensibilità a cicli economici dei Paesi di destinazione
Kirghizistan	Mista (lavoro)	Lavoro + instabilità politica	No	Not Free	Media	Media	Mobilità lavoro marcata; rischio “shock” su corridoi principali
Nepal	Economica (lavoro) / Mista	Dipendenza rimesse + lavoro	No	Partly Free	Media	Media-alta	Emigrazione lavoro molto sensibile a costo canali e diritti
Cuba	Mista	Crisi economica + restrizioni	No	Not Free	Media	Media-alta	Uscite continue e irregolari; riconfigurazione rotte, crisi economica profonda.
Nicaragua	Mista	Repressione + crisi economica	No	Not Free	Media	Media	Flussi misti (politico + lavoro), soprattutto verso Americhe
Filippine	Economica (lavoro)	Export di lavoro + rimesse	No	Partly Free	Media	Alta	Sistema istituzionale di gestione di export lavorativo (infermieri).
Honduras	Mista (lavoro)	Povertà + violenza + clima	No	Partly Free	Alta	Media-alta	<i>Driver</i> multipli; violenza e vulnerabilità a disastri naturali.
Guatemala	Mista (lavoro)	Povertà + governance + clima	No	Partly Free	Media-alta	Media-alta	Spinta migratoria legata a povertà rurale e clima, presenza di reti consolidate.

Paese	Tipo migrazione (prevalente)	Fattore prevalente	Conflitto attivo (UCDP)	Repressione (FH 2025)	Fragilità Stato (INFORM)	Emigrati attivi	Nota sintetica
Sri Lanka	Mista (lavoro)	Post-crisi macro + lavoro	No	Partly Free	Media	Media-alta	Ripresa fragile: probabile persistenza “alta emigrazione lavorativa”.
El Salvador	Economica/Mista	Lavoro + ricongiungimento	No	Partly Free	Media	Media-alta	Violenza ridotta ma persistono <i>driver</i> economici/reticolari.
India	Economica (lavoro) / Mista	Mercato lavoro + clima	No	Partly Free	Media	Molto alta	Grande “propensione strutturale” a migrazione lavorativa massiccia, non “di crisi” (scala diaspora; canali regolari).

Per la natura di orientamento generale e non rigida classificazione della lista delle due tabelle, si è deciso di non adottare una formula con regole esplicite, riproducibili e invarianti per un Indice composito di propensione alla migrazione in uscita applicabile a tutti i Paesi, con pesi come regola di aggregazione, normalizzazione e soglie sulla cui base calcolare i punteggi per asse. Si è, invece, optato per una semplice verifica qualitativa di coerenza tra le indicazioni delle diverse fonti, controllando se e quanto ciascun Paese è effettivamente compatibile con i *driver* dichiarati (conflitto/insicurezza, repressione, fragilità, *displacement*, clima, pressioni economiche/*proxy* di emigrazione).

La tabella 1 riporta il dettaglio dei 20 Paesi che risultano avere una propensione migratoria molto alta (i principali *hotspot* globali di *displacement* e migrazione forzata) e, a seguire, la tabella 2 include i 30 Paesi con una propensione migratoria alta (soprattutto, migrazioni miste, con forti *driver* economici come debito e inflazione, in altri casi repressione politica o instabilità latente)²⁰.

Al fine di confermare l'importanza di monitorare la situazione dei Paesi inclusi nelle due liste, sono state successivamente considerate altre fonti sulla loro situazione attuale.

Il **Sudan** risulta spesso l'epicentro globale dello sfollamento. I dati UNHCR e IOM confermano che questo Paese ospita la più grande crisi di sfollamento al mondo, con oltre 14 milioni di persone in fuga (interni e transfrontalieri) e condizioni di carestia confermate a El Fasher e Kadugli²¹.

Nel caso della **Palestina** (Gaza), gli aggiornamenti settimanali del *Gaza Conflict Monitor* della piattaforma ACLED (*Armed Conflict Location & Event Data*) confermano il crollo delle condizioni di sicurezza e libertà, con la quasi totalità della popolazione sfollata²².

Nel caso di **Myanmar**, un report dell'UNDP (*United Nations Development Programme*) conferma che l'attivazione della legge sulla coscrizione obbligatoria nel 2024 ha generato un esodo specifico di giovani, trasformando la migrazione in una strategia di sopravvivenza immediata²³.

Ad **Haiti** la violenza delle gang ha causato un raddoppio degli sfollati interni (oltre 700.000) e una paralisi dei servizi essenziali, giustificando la propensione "Molto alta"²⁴.

Per il **Bangladesh**, sebbene spesso classificato come migrazione economica, l'inclusione nella lista di Paesi con propensione "Molto alta" risulta giustificata dai modelli climatici che prevedono 22 milioni di migranti climatici interni entro il 2050 e l'impatto immediato di *La Niña* previsto per il 2026²⁵.

²⁰ Il rischio alto è frutto di combinazioni di tre famiglie di segnali: (i) fragilità e shock (INFORM), (ii) repressione (Freedom House) e/o (iii) corridoi di lavoro ad alta intensità (*proxy* WB su migrazione/rimesse).

²¹ Fonte: International Organization for Migration (IOM), "One Third of Sudan Displaced after 1,000 Days of Conflict," Press Release, 9 gennaio, 2026. Si veda: <https://www.publicnow.com/view/5C5838BE9835E6F7B16015E7E92812A8231A619D>.

²² <https://acleddata.com/>

²³ UNDP Myanmar, *A Generation on the Move: Impact of Conflict and Conscription on Youth* (Yangon: UNDP, 2025). Si veda: <https://www.undp.org/asia-pacific/publications/generation-move>

²⁴ UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA), *Haiti: 2026 Humanitarian Needs and Response Plan* (New York: OCHA, 2025). Si veda: <https://www.unocha.org/publications/report/haiti/haiti-2026-humanitarian-needs-and-response-plan-executive-summary-december-2025-en>

²⁵ *Frontiers in Climate*, "Projecting Climate Migration in Bangladesh Using Agent Based Modeling and Climate Data," *Frontiers in Climate* 7 (Maggio 2025). Si veda: <https://www.frontiersin.org/journals/climate/articles/10.3389/fclim.2025.1567481/full>

Gli ultimi quattro Paesi inclusi nella tabella 1 trovano conferma nella letteratura più recente, risultando però di fatto dei Paesi “ponte” tra la tabella 1 e 2.

Nel caso della **Nigeria**, molti documenti confermano, infatti, alti livelli di violenza armata (Boko Haram, banditismo, conflitti agricoltori-pastori) con milioni di sfollati interni; allo stesso tempo, il Paese è origine di molti migranti economici (e di rimesse), con forte pressione demografica giovanile. L’emigrazione è strutturale per lavoro, non c’è collasso statale o guerra, gli shock climatici sono severi ma non persistenti come nel Sahel. In questo senso, è un Paese “ponte” tra migrazione forzata e economica e la sua classificazione come Paese con propensione “Molto alta” è giustificata, anche se la distinzione netta dalla fascia “Alta” è sfumata più che in altri casi²⁶.

La posizione critica del **Pakistan**, incluso nella Tabella 1, trova conferma a causa di una “policrisi” (debito, terrorismo, clima) e un esodo massiccio di professionisti (*brain drain* di medici e ingegneri) che ha raggiunto numeri record (quasi 3 milioni in 3 anni)²⁷. Si tratta, dunque, di un importante Paese di origine di migranti internazionali e rimesse, soprattutto verso il Golfo, riconosciuto in studi su migrazione economica e vulnerabilità. Allo stesso tempo, è un Paese fortemente esposto a rischi climatici (alluvioni, disastri), con evidenze di *disaster displacement* significative in studi dedicati al rischio climatico. Per questa ragione è un Paese candidato al *cluster* più elevato (tabella 1), specie se l’indice enfatizza la combinazione clima-economia. Occorre, comunque, ribadire che la soglia “Molto alta” vs “Alta” non è verificabile con precisione e si tratta di indicazioni di orientamento generale.

Anche il **Bangladesh** è tra i Paesi più esposti a rischi climatici e disastri (inondazioni, cicloni), con ampia letteratura su migrazione climatica e lavoro all’estero e su forti flussi di rimesse. Allo stesso tempo, è un Paese che ospita molti rifugiati Rohingya, ma è anche origine di migrazione economica strutturale. L’emigrazione è principalmente per lavoro regolare, non una fuga; la vulnerabilità climatica è alta ma non al livello di collasso; è un Paese in crescita economica anche se fragile. Per questi motivi, anche in questo caso appare coerente la classificazione come propensione elevata, anche se la collocazione in “Molto alta” piuttosto che “Alta” resta una scelta non verificabile in modo stretto per la natura non statistica della tabella²⁸.

Chiude la tabella 1 il **Libano**, alle prese con una con gravissima crisi socio-economica recente, forti restrizioni politiche e ruolo di grande Paese ospitante rifugiati (soprattutto siriani, oltre che palestinesi), con segnali di emigrazioni significative. Poiché la letteratura quantitativa su volumi di emigrazione recenti rispetto al totale della popolazione risulta meno consolidata di altri casi, la classificazione come Paese con propensione “Molto alta” appare plausibile ma più incerta rispetto ad altri Paesi del gruppo.

Per la Tabella 2 la propensione è definita come “Alta”, quindi per costruzione include Paesi con combinazioni diverse di repressione, fragilità, ma anche grandi corridoi migratori di lavoro. La verifica è più qualitativa che nel caso della tabella 1, perché molti sono Paesi di emigrazione economica (che pertanto non emergono sempre nei lavori sui rifugiati) e compaiono in letteratura su rimesse, migrazioni di lavoro e non necessariamente su fragilità politica.

Anche in questo caso, come nella tabella 1, non mancano casi di Paesi *borderline*, che si trovano nella tabella 2 ma potrebbero essere presenti nella tabella 1, come nel caso del **Ciad**. La natura di

²⁶ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12067262/>

²⁷ Si vedano i report di analisi del Government of Pakistan Bureau of Emigration & Overseas Employment: <https://beoe.gov.pk/reports-and-statistics>

²⁸ In generale, sui limiti delle classificazioni riconducibili al fatto che la qualità e la disponibilità dei dati relativi ai flussi migratori e agli stock migratori variano a seconda delle regioni e dei Paesi, si veda: <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/7/4032>.

orientamento generale delle liste e non di rigida classificazione basata sulla costruzione di un indice statistico composito con punteggio preciso spiega la presenza di un Paese in una tabella o nell'altra²⁹.

Un Paese come la **Libia** è, invece, un Paese “di partenza” come territorio (transito), ma non necessariamente un Paese con forte emigrazione di cittadini libici. Tuttavia, l'obiettivo è osservare la propensione e le dinamiche di uscita dal territorio indipendentemente dalla cittadinanza, il che ne giustifica l'inclusione. Si registra comunque una crescente propensione all'emigrazione anche dei cittadini libici.

A chiudere la lista è l'**India** che ha una diaspora enorme ma per motivi di sviluppo, non per una crisi o perché ci sia un conflitto su larga scala o un collasso statale. In questo caso, cioè, non si tratta di una propensione migratoria elevata intendendola come “rischio” o “fragilità”, ma come una tendenza probabile a generare un volume di emigrazione in termini assoluti molto elevato. Lo stesso principio vale per il caso delle **Filippine**: l'emigrazione è una *policy* statale di sviluppo, non un “rischio” per il Paese, trattandosi di una gestione pianificata.

In generale, la letteratura internazionale recente tende a validare la presenza di alcuni *cluster* “tematici” che permettono di comprendere meglio la presenza dei Paesi nella tabella 2.

Si può parlare, anzitutto, di un *cluster* “Crisi del debito e classe media”, che comprende Paesi come Egitto, Tunisia e Sri Lanka. Nonostante, per esempio, l'Egitto sia un *hub* di transito, la pressione migratoria è guidata dall'inflazione e dal servizio del debito che erode la classe media, spingendo all'emigrazione irregolare verso l'Europa³⁰.

Un secondo *cluster* è quello definito “Jihadismo nel Sahel e Africa occidentale”, ricomprendendo i casi di Camerun, Ciad e Mozambico. Il Ciad, pur essendo un Paese di accoglienza massiccia (per i sudanesi), è a rischio di destabilizzazione interna, il che potrebbe trasformarlo in un Paese di origine di crescenti flussi migratori³¹.

Un terzo *cluster* relativo a “Migrazione lavorativa e clima” interessa Paesi come Nepal, Kirghizistan e Tagikistan. Questi Paesi mostrano una dipendenza strutturale dalle rimesse (in Tagikistan circa il 49% del PIL), rendendo la migrazione una necessità economica “Alta” ma stabile, non emergenziale³².

Infine, un quarto *cluster* è quello “Brain drain sanitario” e interessa direttamente Paesi come Nigeria, Zimbabwe, India e Filippine. La presenza di Nigeria e Zimbabwe è fortemente confermata dai dati sulla fuga di personale sanitario verso Regno Unito e Paesi OCSE, che sta portando al collasso i sistemi sanitari locali, argomento oggetto specifico della seconda sezione di questo *focus* relativa all'Osservatorio regionale.

²⁹ Ci sono anche casi di Paesi che non sono stati inclusi in nessuna delle due liste, ma che sono segnalati in letteratura come casi critici. Per esempio, i dati ACLED segnalano il Messico come critico in ragione della violenza dei cartelli e del ruolo di Paese di transito, in un contesto di crescente tensione con l'amministrazione Trump.

³⁰ Chatham House, *Egypt's Foreign Policy Will Remain 'Too Little, Too Late' in 2026*, Londra, 2025. Si veda: <https://www.chathamhouse.org/2025/12/egypts-foreign-policy-will-remain-too-little-too-late-2026>

³¹ Global Initiative Against Transnational Organized Crime, *Chad: Movement of Sudanese Refugees Drives High Demand for Human Smuggling*, Ginevra, 2025. Si veda: <https://globalinitiative.net/wp-content/uploads/2025/11/Alice-Fereday-Chad-Movement-of-Sudanese-refugees-drives-high-demand-for-human-smuggling-GI-TOC-November-2025.pdf>

³² World Bank, *Tajikistan Economic Update 2025*, Washington, D.C., 2025. Si veda: <https://www.worldbank.org/en/country/tajikistan/publication/economic-update-2025>

2. Osservatorio regionale. Migrazione del personale sanitario nei Paesi europei dell'OCSE: tendenze, sfide e opportunità



1. Introduzione

Le migrazioni internazionali del personale sanitario verso l'Europa non rappresentano più un semplice fenomeno demografico o lavorativo; sono diventate ormai una componente strutturale critica della sicurezza sanitaria a livello internazionale, intrecciata inestricabilmente con le dinamiche della “policrisi” contemporanea: instabilità geopolitica, *shock* economici, transizioni demografiche e cambiamenti climatici.

L'analisi che segue si fonda sulla lettura dei dati presenti nel capitolo 5 della 49^a edizione dell'*International Migration Outlook*, pubblicato dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico – OCSE – a novembre del 2025, integrata dalla lettura di rapporti di agenzie internazionali (Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS –, Organizzazione Internazionale per le Migrazioni – OIM – e Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati – *United Nations High Commissioner for Refugees*, o UNHCR), *think tank* e letteratura accademica recente. Il quadro che ne emerge è quello di un sistema sanitario europeo e globale in stato di “iper-connessione fragile”, dove la resilienza dei sistemi sanitari nei Paesi ad alto reddito come quelli europei dell'OCSE viene sempre più spesso garantita al prezzo di una maggiore vulnerabilità dei sistemi nei Paesi a basso e medio reddito.

La domanda di operatori sanitari nei Paesi europei dell'OCSE è trainata da forze strutturali: l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche e l'arretrato di cure post-pandemiche. Tuttavia, la principale risposta a questa domanda – il reclutamento internazionale – sta generando effetti a catena molto gravi nei Paesi di origine, aggravando il fenomeno del cosiddetto “brain drain” (fuga di cervelli) e ponendo sfide etiche che i quadri normativi attuali, come il Codice di condotta globale dell'OMS - adottato nel 2010 con l'obiettivo di garantire che il reclutamento transnazionale avvenga in modo etico, trasparente e sostenibile³³ - faticano a gestire. Analizzando queste dinamiche, i flussi e le politiche si possono delineare meglio le prospettive future fino al 2030.

³³ <https://www.who.int/publications/i/item/wha68.32> e <https://wkc.who.int/resources/publications/i/item/who-global-code-of-practice-on-the-international-recruitment-of-health-personnel>. Per aggiornamenti recenti, si veda:

2. La situazione in Europa: emergenza interna e soluzione esterna

L'evoluzione demografica e i crescenti bisogni di cura stanno mettendo sotto pressione i sistemi sanitari di molti Paesi dell'OCSE. Di fronte a carenze croniche di medici, infermieri e altri operatori sanitari, numerosi Paesi dell'OCSE hanno fatto e fanno ricorso all'immigrazione di personale qualificato per sostenere i propri servizi sanitari³⁴.

Le carenze croniche, a loro volta, sono la conseguenza, oltre che dell'invecchiamento della popolazione (gli over 65 aumentano rapidamente in quasi tutti i Paesi OCSE³⁵, crescono le malattie croniche, la multi-morbilità e la domanda di assistenza continuativa) e del personale (nel 2022, in 12 Paesi UE la quota di medici con 55 anni o più superava il 40%; la Germania spiccava per l'incidenza nella fascia 55-64, l'Italia per la quota over 65³⁶), anche di sotto-investimenti prolungati e condizioni di lavoro deteriorate. Il modello europeo di *Welfare State*, che fino agli anni Settanta del XX secolo aveva garantito, nelle sue diverse configurazioni, formazione pubblica del personale, stabilità del lavoro sanitario, pianificazione centralizzata e investimenti costanti, è stato progressivamente indebolito da decenni di austerità, riforme di mercato e mancata programmazione del capitale umano sanitario. Blocco del *turnover* e tagli alla spesa sanitaria, riduzione dei posti nelle scuole di specializzazione, precarizzazione del lavoro infermieristico e medico, turni pesanti e carichi di lavoro crescenti, con retribuzioni stagnanti rispetto ad altri settori qualificati, scarsa autonomia professionale e burocrazia crescente sono tratti comuni a più Paesi a partire dagli anni Ottanta.

Sul piano della programmazione, il problema della formazione non allineata ai nuovi modelli di cura (territorio, cronicità, *digital health*) e la mancanza di pianificazione pluriennale del fabbisogno si sono tradotti in ospedali sovraccarichi, assistenza territoriale debole, mancata integrazione socio-sanitaria e digitalizzazione incompleta. È stato il risultato di processi di lungo periodo di privatizzazioni, esternalizzazioni e logiche di mercato che hanno ridotto la capacità di programmazione in campo sanitario. Molti governi europei, negli ultimi 20 anni, hanno limitato gli accessi alle facoltà di medicina e infermieristica nel tentativo di contenere la spesa pubblica (meno medici = meno prescrizioni e costi). Questa strategia si è rivelata miope: oggi la domanda di salute è esplosa, ma il tempo necessario per formare un professionista (circa 10-12 anni per un medico specialista) rende impossibile colmare il buco rapidamente all'interno. I modelli di *Welfare State* si sono complessivamente trasformati, pur a ritmi e con intensità diverse da Paese a Paese, in modelli generalmente più fragili e meno programmati. Le fonti OMS Europa più recenti indicano una carenza di operatori stimata nell'area europea nell'ordine di ~1,8 milioni (stima riportata nel ciclo di documenti OMS/Europa) e una proiezione al 2030 di ~950.000 operatori mancanti³⁷.

Le migrazioni internazionali di professionisti della sanità – dai medici specialisti agli infermieri fino al personale di assistenza – sono divenute, in questo contesto, una componente strutturale dei sistemi sanitari odierni, soprattutto in Europa, dove si registra una crescente dipendenza dai lavoratori sanitari formati all'estero. Oltre all'OCSE, ce lo ricorda un rapporto pubblicato a settembre del 2025

https://apps.who.int/gb/mspi/pdf_files/2025/12/Item1_09-12.pdf.

Si

veda

anche:

https://academic.oup.com/eurpub/article/30/Supplement_5/ckaa165.105/5915305

³⁴OECD (2025), *International Migration Outlook 2025*, OECD Publishing, Parigi. Si veda: https://www.oecd.org/en/publications/2025/11/international-migration-outlook-2025_355ae9fd/full-report.html

³⁵ Secondo le stime dell'OCSE di un anno fa (*Health at a Glance: Europe 2024 report*), entro il 2050 ci saranno 38 milioni di persone in più di età superiore ai 65 anni e 26 milioni di persone in meno in età lavorativa. Si veda: <https://www.euronews.com/health/2024/12/04/the-eu-health-paradox-shortages-with-surging-staff-numbers>

³⁶ Appare utile ricordare, sebbene non recente, il rapporto della Corte dei Conti del 2020 (pagina 36) dal quale risulta che «In Italia, si conferma (anche grazie al blocco del turn-over) un incremento dell'età media del personale: ha più di 55 anni oltre il 50 per cento degli addetti, la quota più elevata in Europa e superiore di oltre 16 punti alla media OCSE». Si veda: <https://www.corteconti.it/Download?id=1c45c60e-843b-41ff-a41b-17c2e48ac1f1>

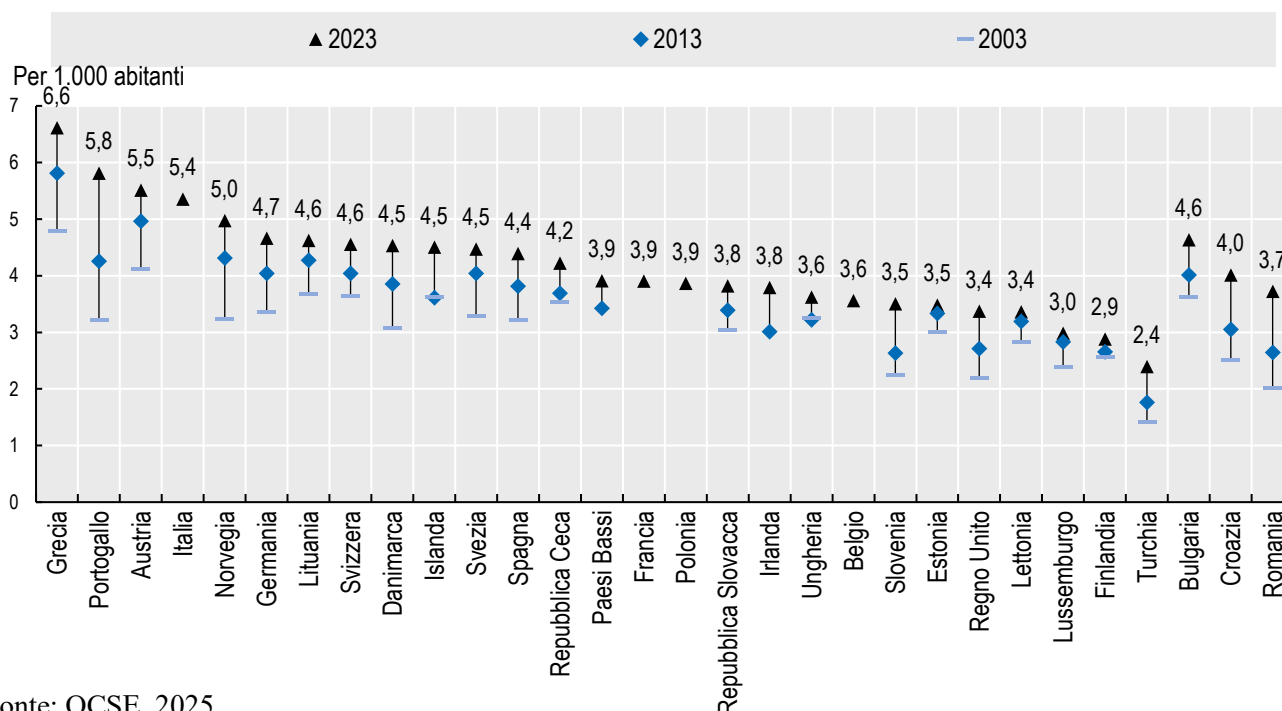
³⁷ <https://www.bmj.com/content/384/bmj.q8>

dall'OMS: *Health workforce migration in the WHO European Region: country case studies from Albania, Armenia, Georgia, Ireland, Malta, Moldova, Norway, Romania and Tajikistan*³⁸. Tra il 2014 e il 2023, il numero di medici formati all'estero che lavorano nella regione è cresciuto del 58% e quello degli infermieri formati all'estero del 67%. Nello stesso periodo, l'afflusso annuale di nuovi medici nel mercato del lavoro sanitario è quasi triplicato, mentre quello degli infermieri è quintuplicato. La maggior parte di questi professionisti sanitari ha ricevuto la propria formazione al di fuori dell'Europa: il 60% dei medici e il 72% degli infermieri arrivati nel 2023 ha ricevuto la propria formazione al di fuori della Regione.

Tornando all'insieme dei Paesi europei membri dell'OCSE, i dati aggregati pubblicati a novembre 2025 sono chiari: dall'inizio del secolo, il numero di persone che lavorano nel settore sanitario e sociale in tutti i Paesi – europei ed extra-europei – dell'OCSE è cresciuto di oltre 28 milioni, raggiungendo quasi 73 milioni nel 2023. Questa espansione ha superato sia la crescita della popolazione che quella dell'occupazione complessiva, con la quota di lavoratori nel settore sanitario e sociale che è passata dal 9% nel 2000 all'11% nel 2023 in media nei Paesi dell'OCSE.

Nel 2023, i Paesi dell'OCSE contavano oltre 4,5 milioni di medici e 12,3 milioni di infermieri, rispetto ai 2,8 milioni e agli 8,1 milioni del 2000. Negli ultimi due decenni, la crescita del numero di questi professionisti ha superato la crescita demografica in quasi tutti i Paesi dell'OCSE. I 38 Paesi dell'OCSE rappresentano il 17% della popolazione mondiale, ma rappresentano anche circa il 39% della forza lavoro sanitaria globale in alcune professioni (medici, infermieri/ostetriche, dentisti, farmacisti).

Fig. 1 – L'evoluzione della densità dei medici nei Paesi europei dell'OCSE, dal 2003 al 2023



Fonte: OCSE, 2025

³⁸ <https://www.who.int/europe/news/item/16-09-2025-europe-s-dependence-on-foreign-trained-doctors-and-nurses-has-cross-border-ripple-effects--finds-new-who-europe-report>

Il grafico mostra un trend quasi universalmente crescente della densità di medici nei Paesi europei dell'OCSE negli ultimi vent'anni. La crescita non è omogenea: emergono divergenze strutturali tra Paesi ad alta densità, Paesi con crescita moderata e Paesi che restano in coda nonostante l'aumento.

Un primo raggruppamento comprende Paesi che registrano un'alta densità (tra 5,0 e 6,6 medici per 1.000 abitanti): Grecia, Portogallo, Austria, Italia e Norvegia. Si tratta di Paesi con attrazione di personale straniero (soprattutto Norvegia), in alcuni casi con forti squilibri interni (Grecia: alta densità ma distribuzione territoriale critica) o con sistemi sanitari con forte componente ospedaliera (Italia e Austria). Il Portogallo è il Paese che ha registrato il maggiore incremento in un ventennio, passando da poco più di 3 medici per 1.000 abitanti (2003) a 5,8 medici.

Un secondo raggruppamento di Paesi registra una densità intermedia (superiore a 4,0 medici per 1.000 abitanti) e dei trend stabili: Germania, Svizzera, Danimarca, Islanda, Svezia, Spagna e Repubblica Ceca. È da segnalare come in Nord Europa ci siano generalmente sistemi sanitari più orientati alla medicina territoriale che nei Paesi mediterranei.

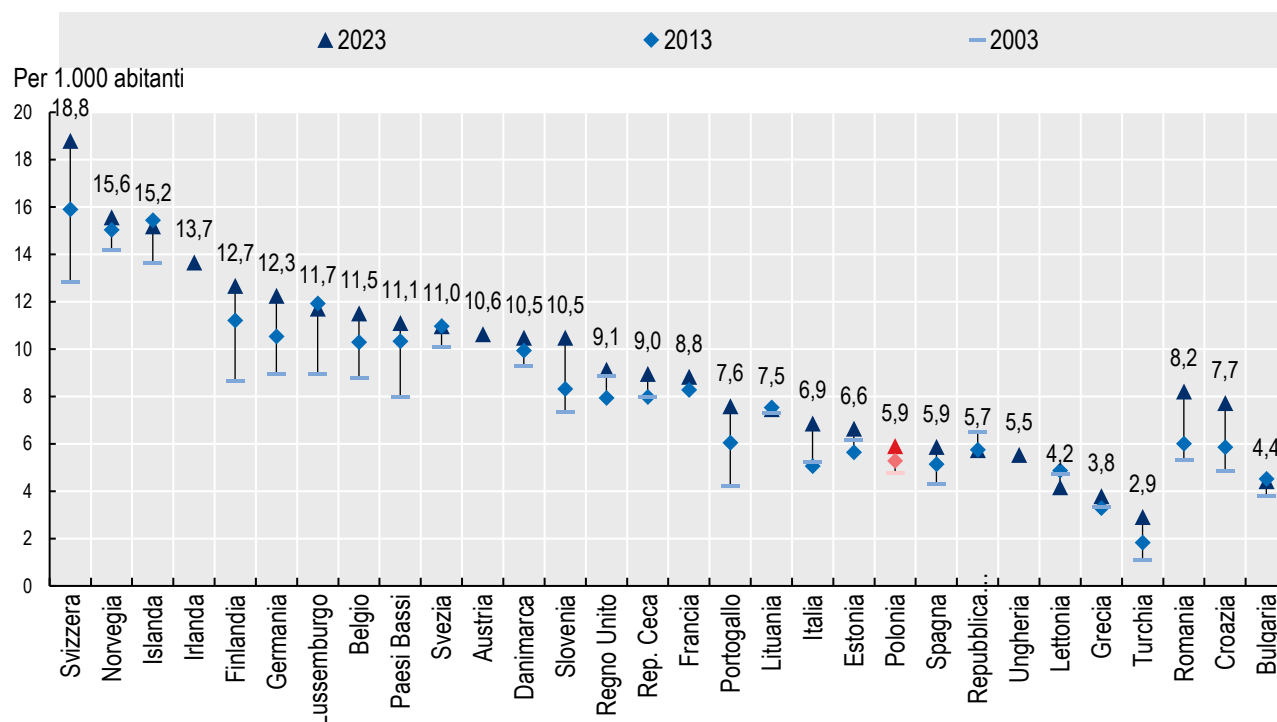
Un terzo raggruppamento è quello di Paesi con bassa densità (inferiore a 4,0 medici per 1.000 abitanti) e carenze strutturali: Polonia, Slovacchia, Irlanda, Ungheria, Belgio, Slovenia, Estonia, Regno Unito, Lettonia, Lussemburgo, Finlandia, Turchia, Bulgaria, Croazia, Romania. In diversi casi è forte la dipendenza da personale straniero (Regno Unito e Irlanda); all'opposto, in altri Paesi c'è un'emigrazione sanitaria significativa (Romania, Bulgaria e Croazia) e si registrano sotto-investimenti storici nella formazione del personale medico (Turchia, alcuni Paesi dell'Est).

Complessivamente, tra il 2003 e il 2023, i Paesi OCSE hanno registrato un aumento significativo della disponibilità di personale sanitario, ma con forti divergenze tra Paesi e il dato chiave è che la crescita non ha prodotto convergenza, e in molti casi non ha risolto le carenze strutturali. Resta così confermato il paradosso europeo di una crescita significativa del numero di medici (grazie anche all'immigrazione internazionale) e di una contemporanea persistente e crescente carenza registrata in molti sistemi sanitari europei.

Ciò è ancor più vero nel caso del personale infermieristico. Nello stesso periodo 2003-2023, il numero di infermieri è aumentato complessivamente del 25%, raggiungendo nel 2023 una media di 9,1-9,2 infermieri ogni 1.000 abitanti in tutta l'area OCSE. Svizzera, Finlandia e Portogallo hanno registrato forti tassi di crescita. Tuttavia, il quadro è più variegato nel periodo 2013-2023. Nell'ultimo decennio, alcuni Paesi, come la Lettonia, hanno registrato un calo del numero di infermieri per 1.000 abitanti.

Il personale infermieristico è aumentato negli anni e, ancor più che nel caso dei medici, ciò dipende dai movimenti migratori internazionali, un fenomeno che merita di essere approfondito.

Fig. 2 – L'evoluzione della densità degli infermieri nei Paesi europei dell'OCSE, dal 2003 al 2023



Fonte: OCSE, 2025

3. Le migrazioni sanitarie nei Paesi europei dell'OCSE. L'espansione senza precedenti della forza lavoro migrante e le diverse dinamiche migratorie

Più nel dettaglio, i dati dell'OCSE rivelano una crescita esponenziale della dipendenza dai lavoratori stranieri. Negli ultimi due decenni, il numero totale di medici e infermieri migranti nei Paesi OCSE è cresciuto a ritmi che superano di gran lunga la crescita complessiva dell'occupazione in queste professioni.

Nello specifico, il numero totale di medici nati all'estero operanti nell'area OCSE è aumentato dell'86% tra il 2000/01 e il 2020/21. Ancor più impressionante è il dato relativo agli infermieri nati all'estero, che ha registrato un incremento del 136% (circa due volte e mezzo) nello stesso periodo.

Questa traiettoria non coincidente tra medici e infermieri suggerisce che, mentre la mobilità dei medici è alta, la domanda globale di assistenza infermieristica è diventata il vero motore della migrazione sanitaria di massa, spinta dalle necessità dell'assistenza a lungo termine per gli anziani.

Se restringiamo l'analisi ai professionisti formati all'estero (una metrica più precisa per valutare il trasferimento di capitale umano), i dati rimangono impressionanti: dal 2010, il numero di medici formati all'estero è aumentato del 62%, e quello degli infermieri del 71%. Questo indica che i Paesi OCSE, in particolare europei, non stanno solo importando persone per colmare i vuoti nelle corsie ospedaliere e nei servizi sanitari territoriali, ma stanno esternalizzando i costi della formazione medica e infermieristica a Paesi terzi, risparmiando miliardi di dollari in investimenti educativi a spese dei Paesi di origine.

Sebbene il fenomeno sia globale e il *trend*, amplificato durante la pandemia da COVID-19 (che ha evidenziato l'apporto cruciale degli operatori sanitari stranieri), sia persistente, la distribuzione dei migranti sanitari è altamente concentrata. Tre Paesi – Stati Uniti e due Paesi europei (Germania e Regno Unito) – ospitano la maggioranza assoluta dei medici e infermieri migranti nell'area OCSE.

Tab. 1: Dinamiche di crescita 2000-2021 nei principali Paesi europei di destinazione (stock di medici nati all'estero)

	Tendenza di crescita	Note analitiche
Regno Unito	Raddoppio dello stock	Nonostante la Brexit, la dipendenza dal reclutamento internazionale (in particolare extra-UE) è aumentata drasticamente per colmare i vuoti del Servizio Sanitario Nazionale.
Germania	Triplicazione dello stock	La Germania ha attuato politiche aggressive di reclutamento (es. <i>Triple Win</i> ³⁹) per compensare il rapido invecchiamento della sua forza lavoro.
Finlandia	Quadruplicazione (da base bassa)	Esempio di un Paese nordico che, tradizionalmente autosufficiente, si è aperto rapidamente al reclutamento estero.
Svizzera	Triplicazione	Un caso unico dove oltre il 50% della crescita della forza lavoro è dovuta a personale formato all'estero, indicando una dipendenza strutturale estrema.

Fonte: OCSE, 2025

Tra gli altri Paesi europei, la Svizzera rappresenti un'anomalia statistica e politica: è l'unico Paese in cui i professionisti formati all'estero hanno rappresentato più della metà della crescita netta sia della forza lavoro medica che di quella infermieristica nell'ultimo decennio. Questo solleva interrogativi sulla sostenibilità e l'equità di un sistema sanitario tra i più ricchi al mondo che sceglie deliberatamente di non formare un numero sufficiente di propri professionisti e di ricorrere al cosiddetto "brain drain" da altri Paesi, con il rischio concreto che non siano salvaguardati i sistemi sanitari più fragili.

Al contrario, la Norvegia offre un contro-esempio di politica pubblica: pur avendo aumentato il numero assoluto di medici stranieri, ha ridotto la sua dipendenza relativa espandendo massicciamente i posti di formazione interna. Questo dimostra che la dipendenza dall'estero è una scelta politica, non una fatalità demografica.

Per quanto riguarda il personale infermieristico nato all'estero, il caso più estremo è la Finlandia, dove il loro numero è cresciuto di quasi otto volte (sebbene partisse da livelli minimi); triplicato o oltre anche in Germania, Irlanda, Nuova Zelanda e Norvegia. Questi incrementi riflettono anche politiche attive: ad esempio, la Finlandia ha ampliato l'offerta formativa in inglese nelle proprie

³⁹ Il programma "Triple Win" (gestito dall'Agenzia tedesca per la cooperazione Internazionale, la GIZ: *Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit*) mira a creare benefici per il Paese di origine (formazione, rimesse), la Germania (manodopera) e il migrante. I critici notano che i numeri assoluti rimangono piccoli rispetto al fabbisogno totale tedesco, evidenziando i limiti della migrazione gestita vs quella spontanea. Si veda: <https://www.giz.de/en/newsroom/stories/triple-win-nurses-germany> e <https://www.make-it-in-germany.com/en/visa-residence/skilled-immigration-act>

università di scienze applicate, combinando la laurea in infermieristica con corsi di lingua finlandese, così da inserire più facilmente gli studenti internazionali nel proprio sistema sanitario.

Se, in media, la quota di professionisti sanitari (medici e infermieri) stranieri sul totale è aumentata ovunque, considerando i Paesi con serie storiche complete, va notato che esistono forti differenze tra Paese e Paese. Ad esempio, la quota di medici stranieri oscillava nel 2020/21 da meno del 3% in Paesi come Polonia al 4% in Slovacchia 4 al 4,7% in Italia, fino a oltre il 40% nel Regno Unito, quasi il 50% in Irlanda e in Svizzera, quasi il 70% in Lussemburgo. Per il personale infermieristico, si andava dallo 0,2% appena in Polonia fino a oltre il 50% in Irlanda. In generale, i Paesi anglosassoni e dell'Europa occidentale mostrano percentuali elevate di personale sanitario immigrato, mentre quelli dell'Est Europa quote molto basse (spesso perché sono essi stessi Paesi di origine).

Tab. 2 – Quota di personale sanitario formato all'estero in alcuni Paesi europei dell'OCSE (stime relative ad ultimo anno disponibile compreso tra 2020 e 2023) (percentuale di medici e infermieri attivi che hanno ottenuto la qualifica in un Paese estero)

	Medici formati all'estero	Infermieri formati all'estero
Irlanda	43% ⁴⁰	52% ⁴¹
Regno Unito	38% ⁴²	24% ⁴³
Italia	~5%	~9%
Polonia	~4%	~0,2%

Fonte: elaborazione da OECD 2025; WHO Europe 2025; Eurostat, 2025.

I quattro Paesi presi in considerazione per la comparazione evidenziano il netto divario tra quelli ad alta intensità di immigrati nel settore sanitario (come Irlanda e Regno Unito, dove una porzione molto ampia di medici e infermieri in servizio si è formata all'estero) e Paesi come l'Italia e soprattutto la Polonia, dove la presenza di operatori sanitari stranieri è tuttora marginale.

L'Italia presenta valori relativamente bassi in confronto ad altri Paesi europei dell'OCSE: secondo i dati OCSE, nel 2020 circa il 5% dei medici e il 9% degli infermieri attivi in Italia erano nati all'estero. Si noti che tali quote per l'Italia sono rimaste stabili (o leggermente diminuite) rispetto al 2010, suggerendo che l'Italia, a differenza di altri, non ha accresciuto la dipendenza da personale straniero nell'ultimo decennio. Ciò è dovuto a vari fattori, tra cui le barriere linguistiche e normative che frenano l'attrattività dell'Italia verso medici e infermieri esteri, ma anche al fatto che l'Italia stessa è esportatrice di medici (l'OCSE – citato anche dalla Corte dei Conti⁴⁴ – stimava che oltre 11.000 medici formati in Italia siano emigrati tra il 2008 e il 2018, principalmente verso Regno Unito,

⁴⁰ <https://www.who.int/europe/news/item/16-09-2025-europe-s-dependence-on-foreign-trained-doctors-and-nurses-has-cross-border-ripple-effects--finds-new-who-europe-report>

⁴¹ Ibidem. È da notare che i dati riportati nel rapporto OCSE pubblicato a novembre 2025 indicano percentuali molto più basse per il Regno Unito. Sulle tendenze di fondo, tuttavia, le diverse fonti internazionali convergono, a cominciare dalla crescente dipendenza europea da immigrati nel settore sanitario. Si veda anche: <https://www.euronews.com/health/2025/09/22/europes-reliance-on-foreign-health-workers-is-growing-who-report-finds-this-is-why-it-matt> e <https://www.thenationalnews.com/news/europe/2025/11/03/migrant-health-workers-increasingly-plugging-gaps-in-oecd-workforce/> e <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/6/4894> e <https://etias.com/articles/europe%E2%80%99s-dependence-on-foreign-health-workers-surges,-who-warns>

⁴² <https://www.gbnews.com/news/nhs-foreign-doctors-nurses-double-average-oecd-report>

⁴³ <https://www.nurses.co.uk/blog/opinion/stats-and-facts-uks-nursing-workforce>

⁴⁴ <https://www.corteconti.it/Download?id=1c45c60e-843b-41ff-a41b-17e2e48ac1f1> (tavola 11 a pagina 310).

Svizzera, Francia e Germania, in cerca di migliori condizioni di lavoro). In altre parole, l'Italia vive un paradosso: ha più medici della media europea (5,3-5,4 ogni 1.000 abitanti nel 2023, contro 4,1 in UE) ma molti formati in Italia vanno poi a lavorare all'estero, e allo stesso tempo l'Italia attrae pochi professionisti stranieri a colmare i vuoti nelle corsie.

Le diverse traiettorie registrate nei vari Paesi europei meritano una riflessione relativa agli scambi intra-UE e alle nuove tendenze. In Europa la mobilità del personale sanitario assume caratteri peculiari. Innanzitutto, grazie alla libera circolazione nell'UE e al mutuo riconoscimento automatico dei titoli per medici e infermieri all'interno dell'Unione, esiste un flusso considerevole di professionisti intra-europeo. Ad esempio, molti medici e infermieri formati in Paesi dell'Est Europa (Romania, Polonia, Bulgaria), ma anche dall'Italia come ricordato, si spostano per lavorare in Europa occidentale (Francia, Germania, Regno Unito), attratti da retribuzioni e opportunità migliori.

La Romania, per esempio, è divenuta nel tempo uno dei principali serbatoi di personale infermieristico per altri Paesi UE: il personale infermieristico rumeno rappresenta una presenza cospicua in Paesi come Italia, Germania e Ungheria. Al contempo, si osservano movimenti complessi anche tra Paesi ad alto reddito: ad esempio, la Germania è il principale Paese di origine dei medici stranieri in Austria e Svizzera, complici la prossimità linguistica e l'esistenza di percorsi formativi condivisi, mentre curiosamente in Romania – in base ai dati dell'OMS – il gruppo più numeroso di medici stranieri è costituito da medici formati nella vicina Moldavia (Paese extra-UE di lingua rumena).

Questi esempi indicano che i modelli migratori sono più articolati e dinamici di un semplice “Sud verso Nord”: esistono movimenti regionali, migrazioni di ritorno e fenomeni di mobilità circolare all'interno di sotto-sistemi (ad esempio tra Paesi di lingua comune).

Va inoltre ricordato l'impatto della Brexit: l'uscita del Regno Unito dall'UE ha introdotto nuove dinamiche nella mobilità intraeuropea dei professionisti sanitari, interrompendo la libera circolazione con il Regno Unito e spingendo quest'ultimo a rafforzare il reclutamento extra-UE (ad esempio dall'India, dalle Filippine e dall'Africa).

Infine, gli ultimi anni hanno visto due *shock* migratori in parte inaspettati. La pandemia da COVID-19, nel 2020-21, ha temporaneamente rallentato i flussi migratori globali per via delle restrizioni di viaggio, ma al contempo ha fatto emergere la rilevanza cruciale del personale sanitario immigrato già presente: in molti ospedali europei, medici e infermieri stranieri sono stati in prima linea nella risposta al virus. Inoltre, la pandemia ha indotto vari governi ad adottare misure straordinarie per agevolare l'impiego di personale estero, inclusa la temporanea facilitazione di autorizzazioni (si pensi al rapido reclutamento di medici cubani in Italia o all'abilitazione temporanea di medici stranieri in Spagna).

Subito dopo la pandemia, l'invasione russa dell'Ucraina (2022) ha provocato il più grande flusso di rifugiati in Europa dalla Seconda guerra mondiale, includendo migliaia di professionisti sanitari ucraini in cerca di ricollocazione. Molti Paesi europei (specie dell'Est) hanno dunque istituito canali accelerati per riconoscere i titoli e integrare questi medici e infermieri rifugiati nei propri sistemi sanitari. Nel complesso, tali crisi hanno accentuato la consapevolezza politica dell'importanza strategica di disporre di risorse umane sanitarie adeguate, sia formandole internamente sia attraendole dall'esterno, e stanno innescando riforme in tema di pianificazione della forza lavoro sanitaria e di procedure di riconoscimento più flessibili.

Tab. 3 – Medici nati all'estero che lavorano nei Paesi europei dell'OCSE (2000/01, 2010/11 e 2020/21)

Paese di residenza	2000/01			2010/11			2020/21		
	Totale	Nati all'estero	% nati all'estero	Totale	Nati all'estero	% nati all'estero	Totale	Nati all'estero	% nati all'estero
Austria	30 068	4 400	14,6	40 559	6 844	16,9	42 434	8 398	19,8
Belgio	..	..	..	..	..	..	48 759	8 133	16,7
Cechia	..	..	..	39 562	3 468	8,8	43 985	5 130	11,7
Danimarca	14 977	1 629	10,9	15 403	2 935	19,1	25 754	4 104	15,9
Estonia	..	..	..	4 145	747	18,0	4 453	640	14,4
Finlandia	14 560	575	4,0	18 937	1 454	7,7	21 821	2 260	10,4
Francia	200 358	33 879	16,9	224 998	43 955	19,5	270 794	49 005	18,1
Germania	282 124	28 494	11,1	366 700	57 210	15,7	412 029	88 855	21,6
Grecia	..	..	..	49 114	5 348	10,9	58 816	5 347	9,1
Irlanda	8 208	2 895	35,3	12 832	5 973	46,6	12 500	6 102	48,8
Italia	..	..	..	234 323	11 822	5,0	236 074	11 088	4,7
Lettonia	..	..	..	..	..	..	6 673	753	11,3
Lituania	..	..	..	..	..	..	13 269	752	5,7
Lussemburgo	882	266	30,2	1 347	536	40,0	2 264	1 541	68,1
Norvegia	12 761	2 117	16,6	19 624	4 460	22,7	26 103	7 049	27,0
Paesi Bassi	42 313	7 032	16,7	57 976	8 429	14,6	77 206	12 227	15,8
Polonia	99 687	3 144	3,2	109 652	2 935	2,7	112 832	2 970	2,6
Portogallo	23 131	4 552	19,7	36 831	6 040	16,4	43 749	6 162	14,1
Regno Unito	147 677	49 780	33,7	236 862	83 951	35,4	269 620	109 512	40,6
Slovacchia	..	..	..	21 552	823	3,8	23 497	933	4,0
Slovenia	..	..	..	5 556	1 006	18,1	..	..	..
Spagna	126 248	9 433	7,5	..	..	..	190 773	32 285	16,9
Svezia	26 983	6 148	22,9	47 778	14 173	29,8	47 320	15 155	32,0
Svizzera	23 039	6 431	28,1	43 416	18 082	41,6	50 531	25 003	49,5
Turchia	82 221	5 090	6,2	104 950	3 003	2,9	..	..	..
Ungheria	24 671	2 724	11,0	28 522	3 790	13,3	33 293	4 657	14,0

Fonte: OCSE, 2025

I dati pubblicati dall'OCSE distinguono due concetti: i professionisti nati all'estero (*foreign-born*) e quelli formati all'estero (*foreign-trained*). Molti operatori sanitari migranti infatti ottengono la laurea o la specializzazione nel Paese di arrivo – ad esempio, un giovane nato in Siria che si laurea in medicina in Germania e poi vi esercita sarà nato all'estero ma formato localmente. Viceversa, esistono anche nativi del Paese che si formano all'estero (ad esempio cittadini italiani laureatisi in medicina in Romania e poi rientrati in Italia). In generale, nella maggior parte dei Paesi la quota di personale formato all'estero è inferiore alla quota di personale nato all'estero, segno che molti migranti completano almeno parte della formazione nel Paese ospitante o sono costretti a ripeterla o integrarla prima di poter esercitare. Ad esempio, negli Stati Uniti oltre un quarto dei medici è nato all'estero, ma una parte consistente di essi ha studiato in università statunitensi (immigrati in giovane età o figli di immigrati); in Europa, Paesi con forti sistemi accademici attraggono studenti dall'estero che poi restano a lavorare (come evidenziato dal caso finlandese già citato, o dalla presenza di molti medici greci formati in Italia, medici moldavi formati in Romania, ecc.). La distinzione ha rilievo quando si parla di accesso alla professione e riconoscimento: i professionisti formati all'estero incontrano maggiori ostacoli burocratici per vedersi riconosciuto il titolo, rispetto ai colleghi stranieri che però hanno ottenuto la qualifica *in situ*.

Tab. 4 – Infermieri nati all'estero che lavorano nei Paesi europei dell'OCSE (2000/01, 2010/11 e 2020/21)

Paese di residenza	2000/01			2010/11			2020/21		
	Totale	Nati all'estero	% nati all'estero	Totale	Nati all'estero	% nati all'estero	Totale	Nati all'estero	% nati all'estero
Austria	56 797	8 217	14,5	70 147	10 265	14,6	109 310	18 041	16,5
Belgio	127 384	8 409	6,6	140 054	23 575	16,8	159 535	18 374	11,5
Cechia	..	..	..	89 301	1 462	1,6	93 717	3 554	3,8
Danimarca	57 047	2 320	4,1	61 082	6 301	10,3	67 012	3 793	5,7
Estonia	..	..	..	8 302	2 162	26,0	9 383	1 241	13,2
Finlandia	56 365	470	0,8	72 836	1 732	2,4	82 483	4 193	5,1
Francia	421 602	23 308	5,5	550 163	32 345	5,9	650 441	40 577	6,2
Germania	781 300	74 990	10,4	1 074 523	150 060	14,0	1 259 421	240 935	19,1
Grecia	39 952	3 883	9,7	..	..	..	42 641	3 352	7,9
Ungheria	49 738	1 538	3,1	59 300	1 218	2,1	57 651	3 561	6,2
Irlanda	43 320	6 204	14,3	58 092	15 606	26,9	60 970	22 771	37,3
Italia	..	..	..	399 777	39 231	9,8	391 982	36 395	9,3
Lettonia	..	..	..	..	..	..	9 995	1 566	15,7
Lituania	..	..	..	..	..	..	22 954	1 134	4,9
Lussemburgo	2 551	658	25,8	4 372	1 347	30,8	4 299	1 484	34,5
Paesi Bassi	259 569	17 780	6,9	323 420	30 909	9,6	211 117	15 097	7,2
Norvegia	70 698	4 281	6,1	97 725	8 795	9,0	121 486	18 208	15,0
Polonia	243 225	1 074	0,4	245 667	595	0,2	241 613	556	0,2
Portogallo	36 595	5 077	13,9	47 619	5 549	11,7	67 053	6 591	9,8
Repubblica Slovacca	..	..	..	52 773	303	0,6	38 571	785	2,0
Slovenia	..	..	..	17 124	1 483	8,7	..	..	..
Spagna	167 498	5 638	3,4	252 804	14 400	5,7	302 857	16 532	5,5
Svezia	98 505	8 710	8,9	113 956	15 834	13,9	114 865	13 780	12,0
Svizzera	62 194	17 636	28,6	110 069	36 531	33,3	130 907	43 285	33,1
Turchia	..	..	..	147 611	4 484	3,1	..	..	..
Regno Unito	538 647	81 623	15,2	618 659	134 075	21,7	715 557	198 965	27,8

Fonte: OCSE, 2025

4. Caratteristiche e sfide della forza lavoro sanitaria migrante

Da dove provengono principalmente i medici e gli infermieri migranti? Quali profili professionali sono più coinvolti? Qual è il bilancio tra migrazione intra-OCSE e da Paesi extra-OCSE?

Queste informazioni aiutano a comprendere sia le implicazioni per i Paesi di destinazione (come l'integrazione di personale da contesti culturali diversi) sia per quelli di origine (come il rischio di carenze interne di personale qualificato).

I dati più recenti indicano che circa due quinti dei medici stranieri presenti nei Paesi OCSE proviene dall'Asia, che risulta la principale regione di origine (circa 40% dei medici e 37% degli infermieri nati all'estero). Questo include grandi bacini di professionisti come l'India, le Filippine (soprattutto per il personale infermieristico, soprattutto donne) e la Cina. In effetti, i tre principali Paesi di origine

dei medici migranti nell'OCSE sono risultati essere India, Germania e Cina, mentre per il personale infermieristico al primo posto figurano le Filippine, seguite da India e Polonia.

Colpisce la presenza in alto in classifica di un Paese europeo (la Polonia) fra i fornitori di infermieri: ciò riflette l'emigrazione significativa di personale infermieristico polacco verso altri Paesi UE. Complessivamente, circa il 20% dei medici e infermieri migranti nell'OCSE proviene da un altro Paese dello Spazio economico europeo, ossia si tratta di mobilità intra-europea; includendo anche gli altri Paesi OCSE (come Canada e Australia), la quota di professionisti originari da Paesi OCSE sale a circa il 30% per medici e 27% per infermieri.

Ciò significa che oltre la metà dei migranti della sanità ha origine *extra*-OCSE, principalmente dall'Asia ma anche da Africa, America Latina e altri contesti. In particolare, molti Paesi ad alto reddito hanno reclutato nel tempo personale infermieristico dalle Filippine, universalmente riconosciuto come uno dei principali "esportatori" di infermieri qualificati (con decine di migliaia di infermieri filippini impiegati negli Stati Uniti, nel Regno Unito e altrove). Analogamente, l'India figura sia come importante fonte di medici (molti medici indiani lavorano in Regno Unito, Stati Uniti, Canada, ecc.) sia di infermieri (note comunità di infermieri indiani sono presenti nel Regno Unito e più recentemente anche in Germania e Italia). Da notare anche il caso della Germania nella top 3 dei Paesi di origine per i medici: ciò è dovuto al fatto che migliaia di medici tedeschi lavorano in Svizzera, Austria, Paesi scandinavi e persino nel Regno Unito, a testimonianza che la migrazione sanitaria riguarda anche professionisti provenienti da sistemi avanzati (in cerca di migliori condizioni economiche o di vita).

Un aspetto critico è valutare in che misura i flussi migratori erodano le forze di lavoro sanitarie nei Paesi di origine. Secondo analisi OCSE-OMS citate nei rapporti 2023-2025, per alcuni Paesi poveri il fenomeno è allarmante: almeno sette Paesi al mondo hanno oggi più medici emigrati e attivi nei Paesi OCSE di quanti ne abbiano in patria, e il dato sale a 15 Paesi per quanto riguarda gli infermieri.

In altre parole, questi Paesi – per lo più piccoli Stati insulari dei Caraibi o del Pacifico, oppure nazioni a basso reddito dell'Africa subsahariana – hanno visto emigrare oltre metà del proprio personale sanitario qualificato. Ad esempio, tra i più colpiti vi sono diversi Paesi francofoni africani (come Camerun, Senegal, Togo) e caraibici (come Haiti), che figurano ai primi posti per tassi di emigrazione medica.

Viceversa, grandi Paesi popolosi come India, Cina, Nigeria, pur fornendo migliaia di professionisti ai sistemi occidentali, conservano comunque gran parte del loro personale sanitario in patria (il tasso di emigrazione in proporzione è molto più basso).

Nel complesso, l'OCSE stima che nei Paesi membri lavorino circa 89.000 medici e 257.000 infermieri originari di Paesi inseriti nella *WHO Health Workforce Support and Safeguards List*, la lista OMS dei Paesi a grave carenza di personale sanitario⁴⁵. Si tratta di centinaia di migliaia di professionisti

⁴⁵ L'elenco dei Paesi che presentano le carenze più critiche di personale sanitario (medici, infermieri e ostetriche) è aggiornato dall'OMS ogni tre anni (l'ultimo è del 2023 e il prossimo è previsto per il 2026: <https://reliefweb.int/report/world/who-health-workforce-support-and-safeguards-list-2023>). La lista comprende attualmente 55 Paesi considerati vulnerabili. Questi Stati sono identificati secondo due criteri tecnici:

1. Bassa densità di personale: meno di 49 operatori sanitari ogni 10.000 abitanti.
2. Bassa copertura sanitaria: un indice di copertura dei servizi sanitari universali (UHC) inferiore a 55.

I 55 Paesi sono distribuiti geograficamente come segue:

- Africa (37 Paesi): è la regione più colpita. Include nazioni come Nigeria, Ghana, Etiopia, Congo, Senegal, Uganda e molte altre.
- Pacifico Occidentale (8 Paesi): tra cui Papua Nuova Guinea, Isole Salomone e Vanuatu.
- Mediterraneo Orientale (6 Paesi): come Afghanistan, Somalia, Sudan, Yemen e Pakistan.

formati in nazioni a basso-medio reddito (soprattutto in Africa e Asia meridionale) che ora prestano servizio all'estero: un potenziale drenaggio di risorse umane critiche per i fragili sistemi sanitari di provenienza. Tale *brain drain* sanitario rischia di compromettere gli sforzi globali per il rafforzamento dei sistemi sanitari nei Paesi meno sviluppati e il raggiungimento della copertura sanitaria universale. Ad esempio, l'OMS Europa segnala che in alcuni paesi dell'Europa orientale e meridionale l'emigrazione massiccia di medici e infermieri verso i Paesi vicini sta aggravando in modo preoccupante carenze interne già esistenti, minando la sostenibilità dei rispettivi servizi sanitari nazionali⁴⁶.

Per comprendere la magnitudo dei flussi attuali, è però necessario allargare lo sguardo e analizzare le condizioni nei Paesi di origine e non solo in quelli di destinazione. Non si tratta più solo di "attrazione" (*pull factors*) esercitata dai salari in Europa, ma di una "spinta" (*push factors*) violenta causata dal collasso sistemico in diverse parti del mondo. L'Africa Sub-Sahariana rappresenta il fronte più critico: la regione affronta una tempesta perfetta di crescita demografica, carico di malattia elevato e risorse in diminuzione. La Nigeria, la nazione più popolosa dell'Africa, sta ad esempio vivendo un esodo di proporzioni enormi: le stime indicano che il Paese potrebbe perdere in pochissimo tempo oltre il 50% della sua forza lavoro sanitaria qualificata se le tendenze attuali non verranno invertite⁴⁷.

Un altro esempio molto preoccupante è rappresentato dallo Zimbabwe: oltre 4.000 operatori sanitari hanno lasciato il paese tra il 2021 e il 2022, e l'emorragia è continuata negli anni successivi. Le strutture sanitarie operano con posti critici scoperti (fino al 64% per scienziati di laboratorio), rendendo impossibile l'erogazione di servizi di base. Nonostante il Paese sia nella "Lista Rossa" dell'OMS, i professionisti dello Zimbabwe continuano a migrare soprattutto verso il Regno Unito, spesso attraverso agenzie private o canali non governativi che aggirano le restrizioni formali⁴⁸.

Va altresì evidenziato che la migrazione sanitaria non è un gioco a somma zero: molti professionisti migranti inviano rimesse economiche ai familiari rimasti in patria (sostenendo indirettamente i sistemi locali), alcuni acquisiscono competenze all'estero e poi ritornano arricchendo il sistema d'origine, e vi sono casi di accordi bilaterali che prevedono una cooperazione formativa. Resta, comunque, il fatto che, senza interventi correttivi, le forti disparità globali nelle condizioni di lavoro alimentano un flusso unidirezionale di talenti sanitari dai Paesi più poveri (che ne avrebbero estremo bisogno) verso quelli più ricchi. L'OMS proietta un deficit di oltre 10 milioni di operatori sanitari a livello mondiale entro il 2030, concentrati nei Paesi a basso reddito⁴⁹. Di conseguenza, gestire la migrazione sanitaria in modo più equo e sostenibile è una sfida comune: i Paesi di destinazione dovranno coniugare il reclutamento internazionale con strategie interne di formazione e

-
- Sud-Est Asiatico (3 Paesi): Bangladesh, Nepal e Timor-Leste.
 - Americhe (1 Paese): Haiti.

Gli altri Paesi (specialmente quelli OCSE) sono caldamente invitati a non reclutare attivamente personale da questi 55 Stati, per evitare di privarli delle loro poche risorse umane (il cosiddetto "brain drain").

Nel corso del 2025, il dibattito si è concentrato sul fatto che alcuni Paesi (come il Ghana) abbiano formato migliaia di infermieri che però restano disoccupati per mancanza di fondi statali. Questo ha creato tensioni: la lista "protegge" il sistema sanitario ghanese dal reclutamento estero, ma di fatto impedisce a professionisti qualificati e disoccupati di trovare lavoro all'estero.

⁴⁶ <https://www.who.int/europe/news/item/16-09-2025-europe-s-dependence-on-foreign-trained-doctors-and-nurses-has-cross-border-ripple-effects--finds-new-who-europe-report>

⁴⁷ <https://www.zawya.com/en/world/africa/nigeria-to-face-50-healthcare-workforce-loss-by-2025-nma-kr0kswqx> . A titolo di confronto con la situazione dei Paesi europei dell'OCSE, si consideri che il rapporto tra numero di medici per pazienti è scivolato in Nigeria a 1:3.500 nel 2022, drammaticamente al di sotto dello standard minimo OMS di 1:1.000. Questo deficit si traduce direttamente in indicatori di mortalità materna e infantile in peggioramento.

⁴⁸ <https://www.developmentaid.org/news-stream/post/189902/zimbabwe-health-worker-shortages> e <https://necmedical.org.zw/the-impact-of-staff-shortages-on-zimbabwes-public-health-sector/>

⁴⁹ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11323648/>

“fidelizzazione”, mentre quelli di origine dovranno essere supportati nel trattenere i propri professionisti, evitando che l’emigrazione diventi una trappola che perpetua la carenza di personale (il cosiddetto fenomeno della trappola delle rimesse, o “*remittance trap*”, in cui i sistemi poveri dipendono dalle rimesse ma perdono capitale umano).

E non va dimenticato che i professionisti sanitari migranti si trovano ad affrontare numerose sfide nel loro percorso di integrazione professionale e sociale: l’accesso alla professione legato al riconoscimento delle qualifiche, le barriere linguistiche e gli ostacoli di integrazione lavorativa e sociale (inclusi possibili episodi di discriminazione o sotto-inquadramento). Comprendere queste sfide è cruciale per sviluppare politiche che sostengano al meglio l’inserimento dei lavoratori stranieri qualificati nel Servizio Sanitario, massimizzandone il contributo.

Una volta giunti nel Paese di destinazione, infatti, medici e infermieri formati all’estero devono quasi sempre affrontare procedure complesse per ottenere il riconoscimento del loro titolo professionale e l’abilitazione all’esercizio. I sistemi sanitari hanno giustamente requisiti stringenti per garantire standard di qualità e sicurezza, ma ciò spesso si traduce per i migranti in un percorso ad ostacoli burocratici e formativi prima di poter lavorare nel proprio ruolo.

In molti Paesi OCSE, infatti, i professionisti sanitari stranieri devono sottoporsi a esami di equivalenza o periodi di tirocinio aggiuntivi, superare test linguistici tecnici e ottenere l’iscrizione agli albi professionali locali. Questi processi possono durare mesi o anni, durante i quali il medico/infermiere spesso non è autorizzato a praticare al pieno delle sue competenze. Ad esempio, si stima che in alcuni Paesi europei una parte significativa di medici formati all’estero non riesca a ottenere la licenza o un posto adeguato, finendo sotto-occupata o costretta a cambiare mestiere⁵⁰. Le cause includono ostacoli nelle procedure di abilitazione (“*licensing hurdles*”) e programmi lunghi o costosi (“*bridging programmes*”), oltre alla competizione con i laureati locali e a eventuali differenze nelle qualifiche richieste. Questo fenomeno, talvolta definito *brain waste* (spreco di talenti), rappresenta una perdita sia per l’individuo (che non può valorizzare le proprie competenze) sia per il Paese ospitante (che spreca talenti disponibili).

Negli ultimi anni, alcuni Paesi hanno riconosciuto il problema e stanno adottando misure per snellire le procedure di riconoscimento senza comprometterne il necessario rigore. Ad esempio, diversi Paesi europei hanno introdotto percorsi speciali che consentono al professionista straniero di iniziare a lavorare sotto supervisione durante l’*iter* di riconoscimento. In Austria, un medico o infermiere formato all’estero può ottenere un apposito permesso che gli permette di essere impiegato in ruoli qualificati mentre completa eventuali misure compensative per il pieno riconoscimento della qualifica. Allo stesso modo, Danimarca e Germania rilasciano visti o permessi di soggiorno finalizzati a seguire il percorso di riconoscimento professionale nel settore sanitario. Il Regno Unito ha recentemente modificato le regole per consentire a infermieri e ostetriche formati all’estero di essere assunti dal Servizio Sanitario e di esercitare provvisoriamente mentre preparano l’ultimo esame di abilitazione: ricevono un sostegno specifico, hanno fino a 12 settimane di tempo dal momento in cui iniziano a lavorare per superare l’esame di abilitazione, dopodiché, ottenuta l’iscrizione all’albo, possono transitare nel ruolo pieno senza dover richiedere un nuovo visto. Misure simili – licenze

⁵⁰ In Canada, i dati del censimento mostrano una realtà significativa al riguardo. Solo il 36% dei medici nati e formati all’estero lavora effettivamente come medico in Canada, contro il 90% dei medici nati e formati *in loco*. Migliaia di medici stranieri finiscono a guidare taxi, lavorare come assistenti sanitari o in settori non correlati, rappresentando una perdita netta di capitale umano sia per il Paese di origine (che ha pagato la formazione) sia per quello di destinazione (che non utilizza le competenze). Si veda: https://www.oecd.org/en/publications/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/full-report/international-migration-of-doctors_17ff3227.html

temporanee, autorizzazioni a esercitare sotto supervisione – sono state sperimentate o introdotte anche Spagna, Germania e altri Paesi.

Nonostante questi progressi, il riconoscimento delle qualifiche estere rimane uno degli ostacoli maggiori citati dai professionisti immigrati. La lunghezza e complessità delle procedure spesso ritarda l'ingresso effettivo nel mercato del lavoro, causando frustrazione e talvolta abbandono (alcuni desistono e ripiegano su mansioni meno qualificate). Tale situazione è riconosciuta come problematica anche dall'OCSE, che nei suoi rapporti invita i Paesi a ottimizzare e armonizzare i processi di riconoscimento e a rafforzare l'offerta di corsi integrativi e di aggiornamento (*bridging courses*) per colmare gap formativi. L'obiettivo deve essere consentire al medico o infermiere straniero competente di raggiungere rapidamente uno "skills-match", cioè un utilizzo pieno e appropriato delle proprie competenze nel sistema sanitario di arrivo, a beneficio di tutti.

Va aggiunto che per i rifugiati con qualifiche sanitarie queste difficoltà risultano ulteriormente aggravate: spesso non dispongono di tutta la documentazione dei titoli, o hanno interruzioni di carriera, e devono affidarsi a meccanismi di valutazione alternativa delle competenze. Negli ultimi 5 anni oltre 12 Paesi OCSE hanno introdotto misure per facilitare il ritorno alla professione di medici e infermieri rifugiati, ad esempio esoneri da tasse d'esame, percorsi formativi *ad hoc*, tutoraggio e assistenza dedicata. In Francia e Irlanda, ad esempio, esistono programmi specifici che aiutano medici rifugiati (siriani, ucraini, ecc.) a prepararsi per l'abilitazione e ne coprono i costi di formazione e traduzione documenti. Anche il Regno Unito sostiene iniziative come il programma REACHE a Manchester, che offre *training* linguistico e clinico gratuito a medici rifugiati per aiutarli a ottenere la registrazione al *General Medical Council*⁵¹.

Le barriere linguistiche rappresentano un altro dei problemi più immediati e tangibili per il personale sanitario migrante. Padronanza insufficiente della lingua locale, accenti differenti, lessico medico specifico e perfino differenze di terminologia per procedure o farmaci possono ostacolare la capacità di un medico o infermiere straniero di operare efficacemente e in sicurezza.

Studi internazionali evidenziano come difficoltà linguistiche e di comunicazione siano tra le sfide più frequenti menzionate dai medici immigrati. In Irlanda, ad esempio, i medici stranieri hanno riportato problemi nel comprendere e farsi comprendere a causa di differenze di accento e uso di *slang* locale, talvolta sperimentando anche discriminazione da parte di pazienti o colleghi legata al modo di parlare⁵². In Canada, operatori sanitari migranti segnalano stress da acculturazione dovuto a formazione linguistica inadeguata: pur conoscendo l'inglese o il francese, faticano con le sottigliezze comunicative nell'ambiente clinico e con le aspettative culturali nella relazione medico-paziente⁵³. In effetti, la competenza linguistica in sanità non si limita alla grammatica, ma include la comprensione di sfumature, modi di dire colloquiali che i pazienti usano per descrivere sintomi e la capacità di spiegare concetti medici in modo chiaro ai non addetti.

Oltre all'interazione con i pazienti, la lingua influisce anche sul rapporto con il *team* sanitario: difficoltà nel seguire le consegne verbali o nel comprendere i riferimenti culturali tra colleghi possono far sentire l'operatore straniero isolato o insicuro, incidendo sulla sua integrazione lavorativa. Un infermiere straniero ha bisogno di capire perfettamente istruzioni e protocolli (spesso impartiti oralmente in situazioni concitate), un medico di emergenza deve poter interagire con i soccorritori e i familiari senza fraintendimenti: ogni incertezza linguistica può avere conseguenze critiche in termini di cura.

⁵¹ <https://www.reache.ac.uk/>

⁵² <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11323648/>

⁵³ *Ibidem*.

Per questi motivi, la maggior parte dei Paesi richiede ai professionisti sanitari immigrati di certificare un livello linguistico elevato (generalmente B2 o C1 del Quadro Europeo) prima di concedere l'abilitazione. Tuttavia, un certificato non sempre garantisce la piena padronanza nell'uso professionale quotidiano. Riconoscendo ciò, diversi programmi di integrazione includono moduli di linguaggio medico specialistico. Ne sono esempio i progetti di formazione congiunta in Belgio e Germania: il programma *Aurora* per infermieri indiani diretti nelle Fiandre prevede 6 mesi di corso intensivo di lingua olandese fino al livello B1, integrato da lezioni di terminologia sanitaria e pratica sulle situazioni assistenziali tipiche belghe. Analogamente, il *Global Skills Partnership* Germania-Filippine include corsi di tedesco fino al livello B2 per gli studenti infermieri filippini selezionati, prima e durante l'esperienza pratica in Germania. Queste iniziative riconoscono che investire sulla formazione linguistica mirata è fondamentale per abbattere le barriere linguistiche e permettere al personale straniero di esprimere a pieno le proprie competenze.

Oltre ai corsi formali, è utile favorire sul campo soluzioni come l'affiancamento iniziale con colleghi tutor che possano aiutare nell'apprendimento del gergo locale e delle abbreviazioni cliniche utilizzate. Alcune strutture hanno messo in campo strumenti di mediazione linguistico-culturale, ad esempio figure di interpreti o mediatori per facilitare la comunicazione in reparti con alta affluenza di pazienti e personale multilingue. Anche la tecnologia può dare una mano: applicazioni mobili per la traduzione rapida di termini medici, banche dati bilingui di farmaci, *e-learning* di linguaggio clinico sono sempre più diffuse.

Infine, l'integrazione di un medico o infermiere migrante non si esaurisce con l'ottenimento della licenza e la padronanza della lingua. Vi è una dimensione più sottile ma cruciale di inserimento nel contesto lavorativo e nella società di accoglienza. Questa comprende l'adattamento alle pratiche cliniche locali, alle norme culturali e deontologiche, nonché l'instaurarsi di relazioni positive con colleghi e pazienti. Purtroppo, non di rado i professionisti stranieri incontrano ostacoli anche su questo piano.

Una prima difficoltà può essere il diverso approccio professionale e organizzativo. Ogni sistema sanitario ha proprie prassi consolidate: ad esempio l'autonomia infermieristica varia molto tra Paesi, così come il rapporto gerarchico medico-infermiere o medico-paziente. Differenze nei protocolli, nell'etica del lavoro (orari, puntualità, gestione dello stress) e nel ruolo delle figure di supporto (OSS, *caregiver* familiari, ecc.) richiedono un periodo di aggiustamento reciproco.

Un altro problema segnalato è il rischio di discriminazione e di barriere invisibili in ambiente di lavoro. Studi qualitativi riportano esperienze di medici stranieri che si sono sentiti esclusi da opportunità di carriera, o percepiti come "di serie B" rispetto ai colleghi locali, a parità di competenza. Alcuni riferiscono episodi spiacevoli con pazienti che rifiutano di farsi visitare da "dottori stranieri" o che fanno commenti sul colore della pelle o l'accento. Sebbene queste attitudini riguardino minoranze, possono influire negativamente sull'integrazione sociale del professionista migrante. Anche a livello informale, la difficoltà ad entrare nelle reti sociali dei colleghi (momenti di socialità, comunicazione extra-lavorativa) può lasciare il lavoratore immigrato in una condizione di isolamento.

L'integrazione sociale fuori dal contesto lavorativo è un ulteriore tassello: trovare alloggio dignitoso, ricongiungere la famiglia, iscrivere i figli a scuola, accedere ai servizi pubblici, sono tutte sfide tipiche di ogni migrante qualificato. Per medici e infermieri spesso si aggiunge la pressione emotiva legata al lavoro stesso (turni pesanti, responsabilità) che diventa più dura se manca una rete di supporto familiare nel nuovo Paese. Non è insolito che professionisti migranti, dopo qualche anno, decidano di lasciare il Paese di accoglienza non tanto per insuccesso professionale, ma per difficoltà di integrazione e benessere: ad esempio, uno studio in Irlanda ha rilevato che i medici stranieri che

programmavano di andarsene lamentavano minori prospettive di carriera e senso di appartenenza rispetto a quelli intenzionati a restare⁵⁴.

5. Alcune pratiche recenti in Europa per attrarre e integrare il personale sanitario migrante

Di fronte alla combinazione di penuria di personale interno e ostacoli che frenano l'impiego di professionisti stranieri, molti Paesi europei hanno sviluppato pratiche e politiche più o meno innovative ed efficaci per attrarre, integrare e valorizzare il personale sanitario migrante.

Il **Regno Unito** rappresenta un caso studio d'interesse. Dopo la Brexit, il Sistema sanitario nazionale ha perso l'accesso automatico al personale UE e ha virato in modo molto risoluto verso il reclutamento extra-europeo. L'introduzione del *Health and Care Worker Visa* è stata un successo numerico, portando a ingressi record nel 2022-2023. Il Regno Unito dal 2021 ha siglato accordi sanitari con diversi Paesi in via di sviluppo: Filippine⁵⁵, India⁵⁶, Kenya⁵⁷ e Nepal⁵⁸ (oltre ad avere accordi sanitari reciproci generici con molti altri Paesi⁵⁹). Questi accordi dovevano servire a canalizzare l'assunzione di infermieri (e in alcuni casi medici) da tali Paesi verso il Sistema sanitario nazionale britannico in maniera programmata.

Particolarmente delicato è il caso del **Nepal**: essendo il Nepal inserito nella “*WHO Safeguard List*” dei Paesi da cui non si dovrebbe reclutare attivamente (la cosiddetta *red list*), l'accordo UK-Nepal era configurato come un progetto pilota con parametri stringenti per non danneggiare il sistema nepalese. In base a questo accordo, il reclutamento è limitato a un singolo *trust* sanitario inglese e ad un numero ridotto di infermieri, garantendo un processo controllato; inoltre sono previste misure per supportare la formazione in Nepal. Da notare che, nonostante l'accordo, altre centinaia di infermieri nepalesi sono comunque emigrati nel Regno Unito attraverso vie autonome (oltre 700 si sono registrati presso l'albo inglese in un anno), segno che l'attrattiva del mercato occidentale spinge flussi spontanei anche al di fuori degli accordi ufficiali; il governo inglese sostiene che si tratti di “reclutamento gestito” o candidature “indipendenti”⁶⁰. Tuttavia, nel 2024, il governo britannico, sotto pressione per i numeri record dell'immigrazione netta, ha introdotto restrizioni significative, vietando agli operatori sanitari assistenziali di portare con sé i familiari. Questa mossa ha causato un crollo immediato nelle domande di visto (-76% in alcuni mesi), mettendo a rischio la stabilità del settore dell'assistenza sociale proprio mentre la domanda aumentava.

La **Germania**, oltre ad avere adottato un approccio più strutturato, come il programma “Triple Win” già ricordato, per accelerare gli ingressi ha introdotto la *Chancenkarte* (Carta delle Opportunità) nel

⁵⁴ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11323648/>

⁵⁵ <https://www.gov.uk/government/publications/memorandum-of-understanding-between-the-uk-and-the-philippines-on-healthcare-cooperation/memorandum-of-understanding-on-the-recruitment-of-filipino-healthcare-professionals-between-the-government-of-the-republic-of-the-philippines-and-the>

⁵⁶ <https://www.gov.uk/government/publications/uk-and-india-collaboration-on-healthcare-workforce-framework-agreement>

⁵⁷ <https://www.gov.uk/government/publications/bilateral-agreement-between-the-uk-and-kenya-on-healthcare-workforce-collaboration>

⁵⁸ <https://www.gov.uk/government/publications/memorandum-of-understanding-between-the-uk-and-nepal-on-the-recruitment-of-healthcare-workers>

⁵⁹ <https://www.gov.uk/guidance/uk-reciprocal-healthcare-agreements-with-non-eu-countries>

⁶⁰ <https://www.workrightscentre.org/publications/2025/international-recruitment-of-care-workers-has-ended-the-impact-may-be-disastrous/> e <https://www.health.org.uk/features-and-opinion/blogs/what-has-happened-to-international-recruitment-in-social-care>

2024, un sistema a punti che permette ai lavoratori qualificati di entrare nel Paese per cercare lavoro, riducendo la burocrazia legata all'aver un contratto preventivo. Questo segna un cambiamento di paradigma verso un modello di immigrazione più simile a quello canadese o australiano⁶¹.

In **Belgio**, un'innovazione è rappresentata dal modello “Dual-Track”. Il progetto pilota “GSP Soins” tra Belgio e Marocco (2024-2027) è un esempio attraverso il quale il Belgio finanzia la formazione di infermieri in Marocco: un gruppo migrerà in Belgio, mentre un altro gruppo rimarrà in Marocco con competenze potenziate. Questo approccio si propone come “win-win”, mirando ad aumentare lo *stock* netto di operatori in entrambi i Paesi. È un esempio delle cosiddette *Global Skills Partnerships* che, a differenza del reclutamento tradizionale “estrattivo”, prevedono che il Paese di destinazione investa nella formazione nel Paese di origine prima della migrazione. Si ritiene che, per quanto migliorativi, questi modelli di partenariato siano complessi da attuare, richiedano impegni finanziari a lungo termine e una fiducia politica che spesso manca. Sempre in Belgio, un'iniziativa recente (*Project Aurora*) finanziata da attori privati e locali, recluta infermieri dall'India per il sistema sanitario fiammingo con un percorso in due fasi: 6 mesi di formazione linguistica e di base in India (Kerala) – gratuita per i partecipanti – seguita da un anno di tirocinio retribuito in Belgio come assistenti sanitari, durante il quale proseguono lo studio della lingua e la pratica clinica supervisionata, fino a conseguire la qualifica belga di infermiere professionale. L'intero *iter* dura circa due anni, dopodiché gli infermieri sono pronti per essere assunti stabilmente nelle strutture belghe. Attenzione particolare è rivolta a fornire orientamento culturale (introduzione alla geriatria e psichiatria belghe mentre sono in India) e supporto sul campo.

Una pratica diffusa in molti Paesi è quella di includere le professioni sanitarie negli elenchi delle professioni carenti (*shortage occupation lists*) utilizzati per la gestione dei flussi migratori. Quasi tutti i Paesi OCSE che impiegano liste di carenza le hanno estese a medici, infermieri o altri operatori sanitari in forte domanda. Ciò consente di *bypassare* test di mercato del lavoro e accelerare il rilascio di visti e permessi per candidati esteri in quelle professioni. Ad esempio, Paesi come Germania, Francia, Irlanda, Danimarca e Regno Unito, al pari dell'Italia, hanno formalmente riconosciuto la carenza di personale sanitario inserendolo nelle liste di priorità. Una conseguenza pratica è che le autorità migratorie trattano con corsia preferenziale le domande di visto/lavoro di medici e infermieri, spesso esentandole dalla prova che “nessun locale è disponibile per quel posto” (*labor market test*). Diversi Paesi modulano le liste: in Belgio (Fiandre) i medici non compaiono nelle liste perché già reclutabili tramite percorsi altamente qualificati, mentre compaiono figure infermieristiche e di *care-giver* per le quali si aprono canali migratori semplificati. Le *shortage lists* rappresentano un meccanismo relativamente rapido per attrarre personale dall'estero nelle aree di fabbisogno, riducendo la burocrazia di ingresso.

Parallelamente, si assiste spesso all'introduzione di visti e permessi di soggiorno specifici per il settore sanitario. Negli ultimi dieci anni, diversi Paesi hanno lanciato schemi migratori dedicati a medici e infermieri, segnalando un passaggio dai canali generali a quelli su misura. Alcuni esempi: l'**Irlanda** ha creato l'*International Medical Graduate Training Initiative* (IMGTI), un programma che porta in Irlanda medici stranieri per un periodo di specializzazione post-laurea di 2 anni nel Servizio Sanitario irlandese. Questo schema, oltre a coprire carenze in Irlanda, è disegnato in accordo con i Paesi di origine dei medici (come Pakistan e Sudan) e mira a formare specialisti che poi rientrino in patria con maggior esperienza – infatti il programma prevede il ritorno al Paese d'origine al termine del *training*, anche se una parte dei partecipanti (circa il 32% tra 2015 e 2020) ha successivamente fatto ritorno in Irlanda per lavorare stabilmente. Questo approccio, cosiddetto “train and return”, è un altro modello che cerca di bilanciare i vantaggi tra Paese di origine e di destinazione.

⁶¹ <https://www.make-it-in-germany.com/en/visa-residence/skilled-immigration-act>

Un altro filone è la creazione di permessi temporanei per motivi di riconoscimento/tirocinio: come segnalato, Austria, Germania, Danimarca offrono visti ai professionisti sanitari stranieri specificamente per permettere loro di completare la formazione o le prove necessarie all'abilitazione.

Un'altra tendenza recente è il ricorso a accordi bilaterali governativi per gestire in modo concertato la migrazione sanitaria. A differenza del reclutamento spontaneo o via agenzie private, gli accordi G2G (*government-to-government*) prevedono che due Stati stabiliscano regole e impegni reciproci per il trasferimento di personale sanitario, spesso includendo principi di reclutamento etico e *capacity-building* per il Paese di origine. Un esempio di spicco è il Regno Unito, già ricordato. I Paesi Bassi hanno un accordo quadro dal 2012 con il Suriname (ex colonia) che permette ai medici specialisti surinamesi di lavorare per un anno negli ospedali olandesi per perfezionarsi e, secondo l'*International Migration Outlook 2025* dell'OCSE (pagina 198), circa 120 professionisti medici del Suriname hanno utilizzato questo percorso specifico sin dal suo inizio. La **Francia** – pur non avendo accordi esplicitamente dedicati a infermieri/medici – ha accordi culturali che agevolano la presenza di specializzandi provenienti da Paesi del Golfo (Qatar, Arabia Saudita) nei propri ospedali universitari⁶².

Un ulteriore recente sviluppo è l'interesse di Paesi europei verso partenariati con grandi Paesi emergenti: ad esempio, nel febbraio 2024 la **Danimarca** ha firmato un Memorandum con l'India per esplorare il reclutamento di professionisti sanitari indiani in Danimarca, integrato da collaborazioni formative. Questi accordi segnalano una svolta: non più affidarsi solo al “mercato” ma stipulare intese diplomatiche per governare i flussi e assicurarsi che siano sostenibili e mutuamente vantaggiosi. Un elemento chiave che compare in molti di essi è l'adesione ai principi del Codice OMS sul reclutamento internazionale: in pratica, il Paese ricevente si impegna a non svuotare i servizi essenziali del Paese di origine dei flussi migratori e spesso a contribuire alla formazione di nuovi operatori nel Paese di origine.

La **Finlandia** sta sperimentando un programma per fornire formazione supplementare a professionisti sanitari già esperti in altri Paesi europei, facilitandone il trasferimento in Finlandia. Si rivolge a medici, infermieri e tecnici sanitari provenienti soprattutto dall'Europa dell'Est: un *service provider* specializzato seleziona candidati qualificati, concorda con gli ospedali finlandesi i profili necessari, e poi eroga ai candidati una formazione su misura (lingua finlandese/svedese, orientamento culturale, eventuali integrazioni tecniche) prima dell'inserimento. Il costo è co-finanziato metà dallo Stato e metà dai datori di lavoro finlandesi, a indicare l'interesse pubblico nel successo dell'operazione. Anche altri Paesi dell'Est Europa, che fino a poco tempo fa erano solo esportatori, iniziano a considerare programmi simili di reclutamento formativo: la Lituania, ad esempio, nel suo Piano d'Azione 2024-2029 per attrarre operatori sanitari valuta di includere iniziative di formazione per stranieri, segno che sempre più Paesi in Europa aspirano a diventare attraenti.

Oltre a reclutare e formare, pratiche recenti includono misure per mantenere e far crescere professionalmente il personale immigrato una volta arrivato. A livello nazionale, alcuni Paesi hanno varato riforme normative per snellire permanentemente le procedure di riconoscimento titoli in sanità, come già ricordato, alla luce anche dell'esperienza emergenziale durante la pandemia da COVID-19 in cui si è sperimentata in più Paesi la possibilità di riconoscimento temporaneo delle qualifiche sanitarie estere, permettendo a centinaia di medici e infermieri non UE di lavorare negli ospedali nell'emergenza. Simili “licenze in deroga” sono state adottate dalla Spagna, mentre in alcuni Länder della Germania è stata semplificata l'assunzione di medici extra-UE, specie se provenienti da Paesi vicini e con standard formativi simili. Queste esperienze emergenziali hanno aperto il dibattito su

⁶² Si veda Légifrance (Gazzetta ufficiale francese): Décret n° 2012-1123 (Arabia Saudita) e Décret n° 2012-357 (Qatar): <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000026457378> e <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000025516753>.

nuove forme di abilitazione condizionata o più modulare, che potrebbero diventare strutturali per accelerare l'inserimento, pur mantenendo il controllo di qualità (ad esempio abilitazioni provvisorie rinnovabili, in attesa del completamento di verifiche). L'OCSE evidenzia che dopo la pandemia da COVID-19 molti Paesi stanno valutando l'introduzione su scala più ampia di meccanismi di licenza temporanea o condizionata, sull'onda delle lezioni apprese.

Nell'insieme, queste strategie sembra vogliano mirare al duplice obiettivo, naturalmente non convergente, di trasformare la migrazione sanitaria in un *win-win*: un vantaggio per i sistemi sanitari che ricevono competenze, ma anche per i Paesi di origine e per i professionisti stessi, che trovino migliori opportunità senza recidere i legami con la patria. Non è un obiettivo raggiunto né facile da perseguire: occorrerebbe un equilibrio delicato perché i Paesi europei dovrebbero temperare le proprie esigenze di personale con la responsabilità verso i Paesi da cui attingono. Sicuramente, nessuna singola misura risolverà il problema, ma un mix di politiche – dalla cooperazione allo sviluppo, agli accordi bilaterali ben congegnati, ai codici etici e alla formazione locale – potrebbe contribuire a rendere la migrazione sanitaria un fenomeno più sostenibile, in cui la mobilità dei professionisti arricchisca l'esperienza di cura globale senza impoverire i più deboli.

3. Osservatorio nazionale: la metamorfosi della crisi in Sudan



1. Introduzione

L'ultimo quadrimestre del 2025 non ha rappresentato una semplice continuazione del conflitto sudanese iniziato nel 2023, ma ha segnato un punto di non ritorno storico e geopolitico. Tra settembre e dicembre, la crisi ha subito una metamorfosi strutturale: quella che era iniziata come una lotta di potere tra due forze militari contrapposte e i rispettivi generali si è trasformata in un processo di frammentazione statale irreversibile, caratterizzato dalla dissoluzione delle infrastrutture di base della vita civile.

Se nei mesi precedenti si poteva ancora parlare di “emergenza”, i dati⁶³ e le dinamiche di fine 2025 descrivono un collasso sistemico. L'intreccio tra una nuova offensiva militare su larga scala, la certificazione tecnica della carestia e l'esplosione incontrollata di epidemie ha generato una perfetta tempesta migratoria. Non siamo più di fronte a flussi gestibili di rifugiati che cercano asilo temporaneo, ma all'espulsione forzata e definitiva di intere comunità da territori divenuti biologicamente inabitabili.

⁶³ La triangolazione è stata condotta usando: (1) IOM – Displacement Tracking Matrix (DTM): baseline e flash alert sugli shock di displacement (El Fasher; Kordofan): <https://reliefweb.int/report/sudan/dtm-sudan-mobility-update-22-monthly-report-16-october-2025> e <https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd11461/files/reports/DTM%20Sudan-%20Focused%20Flash%20Alert-%20Al%20Fasher%20C%20North%20Darfur%20Update%2011.pdf> e <https://reliefweb.int/report/sudan/dtm-sudan-focused-flash-alert-al-fasher-north-darfur-update-012-publication-date-21-december-2025-data-valid-8-december-2025>; (2) UNHCR – Operational Data Portal (ODP) Sudan Situation: quadro aggregato su popolazione fuori dal Sudan e “forcibly displaced” (serie multi-sorgente): <https://data.unhcr.org/en/situations/sudansituation>; (3) IPC (Integrated Food Security Phase Classification) e comunicazioni FAO/WFP/UNICEF: conferme formali su carestia in aree assediate e persistenza prevista: <https://www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/countries-in-focus-archive/issue-137/en/> e <https://www.unicef.org/press-releases/famine-conditions-confirmed-sudans-al-fasher-and-kadugli-hunger-and-malnutrition>; (4) OCHA (HNRP) e dichiarazioni IOM/Reuters/AP: vincoli di funding e accesso, e conseguenze operative: <https://www.unocha.org/sudan> e <https://www.iom.int/news/iom-chief-warns-imminent-catastrophe-displacement-surges-north-darfur>; (5) Crisis Group e analisi UE (ISS) per contesto strategico, lettura dei turning points e implicazioni di policy: <https://www.crisisgroup.org/africa/sudan/el-fasher-bloody-new-chapter-sudans-ruinous-war> e <https://www.crisisgroup.org/africa/sudan/after-el-fasher-ending-sudans-atrocious-war> e <https://www.iss.europa.eu/publications/commentary/fall-el-fasher-sudans-war-outpaces-truce-plan>.

Anche sul piano dei movimenti migratori, tra settembre e dicembre 2025 la crisi sudanese entra in una fase qualitativamente nuova: non perché lo sfollamento fosse “iniziato” allora (era già su scala eccezionale dal 2023), ma perché nel quadrimestre si concentrano tre acceleratori simultanei:

- (i) un *turning point* militare con la presa di El Fasher (North Darfur), ultimo grande capoluogo darfuriano rimasto fuori dal controllo delle Forze di supporto rapido (RSF)⁶⁴;
- (ii) la formalizzazione di condizioni di carestia in centri urbani assediati (El Fasher e Kadugli) da parte dell’IPC e di agenzie ONU (FAO, WFP, UNICEF);
- (iii) un marcato peggioramento del vincolo umanitario (accesso più risorse), con agenzie nemmeno lontanamente in grado di coprire i bisogni, anche per livelli di finanziamento molto inferiori ai fabbisogni dichiarati.

Alla fine del 2025 il Sudan non è, dunque, solo una crisi umanitaria, ma un moltiplicatore regionale (Ciad, Sud Sudan, Egitto, Libia) e un potenziale amplificatore di mobilità secondaria verso Nord Africa e Mediterraneo. La risposta più indicata in termini di prevenzione di ulteriori movimenti (e di riduzione di mortalità e instabilità) non è inseguire i flussi a valle, ma rafforzare protezione e servizi essenziali (cibo, WASH⁶⁵, salute, sicurezza) sia dentro il Sudan (accesso) sia nei Paesi di primo asilo, con un approccio chiaramente basato sui diritti fondamentali delle persone (acqua, cibo, protezione, salute, sicurezza) e sugli obblighi degli attori responsabili (Stati, autorità locali, comunità internazionale).

2. La Caduta di El Fasher come detonatore

L’evento cardine che ha ridefinito gli scenari migratori è stato la caduta di El Fasher, capitale del Nord Darfur, avvenuta alla fine di ottobre 2025 dopo un assedio estenuante durato oltre 500 giorni. La conquista della città da parte delle RSF non è stata solo una vittoria militare tattica, ma un evento sismico per la demografia della regione.

Fino a quel momento, El Fasher aveva agito come una “diga”, offrendo un precario rifugio a milioni di sfollati e impedendo il totale dominio delle milizie nell’ovest del Paese. In pratica, la città aveva un ruolo essenziale di contenimento esercitato all’interno dell’ecosistema instabile del Sahel orientale. El Fasher tratteneva le pressioni militari delle RSF, impedendo la totale egemonia paramilitare sulla regione; ancorava centinaia di migliaia di sfollati interni che vedevano nella presenza delle istituzioni statali residue l’ultima garanzia di protezione; e fungeva da filtro, seppur imperfetto, contro i flussi transnazionali illeciti che premevano lungo le direttrici nord-occidentali verso la Libia e il Ciad.

Per comprendere la violenza dell’onda d’urto generata dalla caduta di El Fasher, è importante considerare la pressione accumulata durante i 500 giorni di assedio che l’hanno preceduta; la città

⁶⁴ Le Forze di supporto rapido sono una potente organizzazione paramilitare sudanese, create nel 2013 dal governo sudanese come forza anti-ribelli, formalizzando le milizie janjaweed responsabili di violenze diffuse in Darfur negli anni 2000, oggi protagoniste centrali della guerra civile in Sudan. Sono guidate da Mohamed Hamdan Dagalo e controllano vaste aree del Darfur e parte del Sudan occidentale. Le RSF sono state integrate formalmente nelle forze armate sudanesi tramite una legge del 2017, pur mantenendo ampia autonomia operativa e politica, disponendo di proprie entrate economiche, reti commerciali e controllo territoriale, che ne rafforzano l’indipendenza. Si veda: <https://rapidsupportforce.com/en> e <https://www.aa.com.tr/en/africa/rsf-commander-s-adviser-killed-in-sudan-drone-attack/3787538> e <https://www.dw.com/en/sudan-rsf-forms-rival-govern-ment-deepening-fissure/a-73427182>

⁶⁵ WASH è tutto ciò che riguarda acqua sicura, igiene e servizi sanitari di base, fondamentali per prevenire epidemie e garantire dignità minima nelle crisi: *Water* (acqua potabile), *Sanitation* (servizi igienico-sanitari: latrine, gestione rifiuti, fognature) e *Hygiene* (pratiche igieniche: sapone, kit igienici, campagne di sensibilizzazione).

non era solo un obiettivo militare; era l'ultimo simbolo della presenza dello Stato sudanese nel Darfur. La 6ª Divisione di Fanteria delle *Sudanese Armed Forces* (SAF), supportata dalle Forze congiunte dei movimenti armati firmatari dell'accordo di pace di Juba (principalmente fazioni del *Sudan Liberation Movement* di Minni Minawi e del *Justice and Equality Movement* di Gibril Ibrahim), aveva trasformato l'area urbana in una fortezza. All'interno di questo perimetro difensivo, la popolazione era gonfiata a dismisura: oltre ai residenti storici, la città ospitava centinaia di migliaia di sfollati interni fuggiti dalle ondate di pulizia etnica nel West Darfur (El Geneina) e nel South Darfur (Nyala) avvenute nel 2023 e 2024⁶⁶.

La strategia delle RSF, guidate dal generale Mohamed Hamdan Dagalo, non mirava semplicemente alla conquista territoriale, ma allo strangolamento logistico ed economico del nemico. L'assedio ha progressivamente tagliato le linee di rifornimento vitali, in particolare la rotta Kosti-El Obeid-El Fasher, isolando la città dal resto del Sudan controllato dalle SAF. Tuttavia, fino all'ottobre 2025, El Fasher aveva mantenuto una funzione di "porto sicuro" relativo. Le organizzazioni umanitarie, seppur con enormi difficoltà, riuscivano a operare, e i mercati locali continuavano a funzionare grazie a reti di contrabbando resilienti⁶⁷.

Il punto di rottura si è verificato alla fine di ottobre 2025, quando le difese esterne della città sono collassate sotto un'offensiva coordinata delle RSF, supportata dall'uso intensivo di droni e artiglieria pesante, presumibilmente forniti da attori esterni. La penetrazione delle milizie nei quartieri residenziali e nei campi sfollati storici come Abu Shouk e Zamzam ha scatenato il panico. Non si è trattato di una ritirata ordinata, ma di una disintegrazione del tessuto sociale e di sicurezza. Le testimonianze raccolte indicano che le RSF hanno adottato tattiche di terrore sistematico, inclusi omicidi mirati su base etnica (colpendo in particolare le comunità Zaghawa, Fur e Masalit), violenza sessuale di massa e saccheggi, con l'obiettivo preciso di svuotare la città e rendere impossibile il ritorno⁶⁸.

Il crollo della "diga" rappresentata da El Fasher ha liberato un'onda d'urto immediata. A differenza dei precedenti spostamenti, l'esodo registrato tra novembre e dicembre 2025 è stato caotico e disperato: le vie di fuga tradizionali verso ovest erano bloccate dai combattimenti, costringendo circa 100.000 persone a fuggire in poche settimane verso aree montuose isolate come il Jebel Marra o verso insediamenti privi di qualsiasi servizio, come Tawila.

L'aspetto più critico e distintivo dell'esodo di novembre-dicembre 2025 è stato il blocco delle vie di fuga verso ovest. Storicamente, in caso di crisi nel Nord Darfur, la popolazione civile tendeva a muoversi verso ovest, in direzione del confine con il Ciad, utilizzando le rotte che passano per Kutum, Tine o Kulbus. Queste direttrici offrivano accesso ai campi profughi del Ciad orientale, che da decenni fungono da retrovia umanitaria per le popolazioni del Darfur⁶⁹.

Tuttavia, nell'autunno del 2025, questa opzione è stata drasticamente preclusa. Le RSF, avendo già consolidato il controllo sul West Darfur e sulle aree di confine (Kulbus, Sirba), avevano trasformato la regione occidentale in una zona di operazioni militari attive e di interdizione. Posti di blocco paramilitari filtravano i movimenti, prendendo di mira specificamente gli uomini in età da combattimento e le donne delle etnie non arabe. Inoltre, i combattimenti lungo la frontiera e

⁶⁶ <https://www.crisisgroup.org/africa/sudan/el-fasher-bloody-new-chapter-sudans-ruinous-war> e <https://www.hrw.org/report/2024/05/09/massalit-will-not-come-home/ethnic-cleansing-and-crimes-against-humanity-el-fasher>
⁶⁷ <https://reliefweb.int/report/sudan/surviving-siege-voices-el-fasher-sudan-october-15-2025>

⁶⁸ <https://www.dohainstitute.org/en/PoliticalStudies/Pages/the-fall-of-el-fasher-and-the-future-of-sudan.aspx> e <https://www.atlanticcouncil.org/blogs/africasource/el-fasher-is-only-the-latest-wake-up-call-to-the-genocide-unfolding-in-sudan/>
e <https://sihanet.org/el-fasher-and-its-surroundings-face-endless-cycles-of-genocide-the-time-for-empty-rhetoric-is-over-the-time-to-act-is-now/>

⁶⁹ <https://www.clingendael.org/pub/2018/multilateral-damage/4-chad-a-new-hub-for-migrants-and-smugglers/>

l'insicurezza diffusa rendevano il viaggio verso il Ciad un'impresa suicida per le grandi carovane di civili⁷⁰.

L'impossibilità di fuggire verso ovest ha generato un effetto "imbuto", costringendo la popolazione a riversarsi verso sud e sud-ovest, in aree che non erano preparate ad accogliere flussi di tale magnitudo. Questa deviazione forzata non è stata una scelta strategica degli sfollati, ma l'unica opzione di sopravvivenza in uno scenario a somma zero. La chiusura del "rubinetto" occidentale ha fatto sì che la pressione demografica si scaricasse interamente su Tawila e sulle pendici del Jebel Marra, trasformando aree rurali marginali in epicentri di una crisi umanitaria acuta⁷¹.

Tawila, situata a circa 60-70 chilometri a ovest di El Fasher, è diventata il primo punto di approdo per l'onda umana in fuga dalla capitale. La cittadina, che già ospitava una popolazione significativa di sfollati storici, ha visto arrivare oltre 13.000 nuovi sfollati in un arco temporale brevissimo, portando la popolazione totale di sfollati interni nell'area a cifre che alcune stime collocano oltre le 650.000 persone (dato cumulativo che include gli sfollamenti precedenti, ma che è stato aumentato dall'afflusso improvviso)⁷².

La condizione di Tawila nel dicembre 2025 rappresenta il paradigma del collasso umanitario. Le infrastrutture idriche, dimensionate per una popolazione rurale modesta, sono state immediatamente sopraffatte. Rapporti dell'OCHA e dell'UNICEF descrivono scene di disperazione attorno ai pochi punti d'acqua funzionanti, con attese di giorni per ottenere pochi litri di liquido non potabile. La mancanza di servizi igienici ha innescato focolai epidemici di colera e febbre dengue, che si sono diffusi con virulenza in un contesto di sovraffollamento estremo e malnutrizione diffusa⁷³.

L'assistenza umanitaria in questa fase è stata sporadica e insufficiente. Sebbene le agenzie ONU abbiano tentato di aumentare la scala della risposta, l'insicurezza delle strade tra Tawila e i centri logistici ha impedito l'arrivo regolare di convogli. Il World Food Programme (WFP) e altre organizzazioni hanno dovuto ricorrere a misure estreme, come il trasporto d'acqua tramite camion per fornire 132.000 litri al giorno, una goccia nell'oceano rispetto al fabbisogno reale di una popolazione di centinaia di migliaia di persone. Gli insediamenti spontanei, sorti nel deserto attorno alla città, come il campo di Daba Naira, sono privi di qualsiasi pianificazione: le famiglie vivono sotto ripari di fortuna, costruiti con rami e stracci, esposte al freddo notturno del deserto e alla polvere⁷⁴.

Per coloro che non si sono fermati a Tawila, o che cercavano una protezione maggiore dalle incursioni delle RSF, la destinazione è stata il Jebel Marra. Questo massiccio vulcanico, che si erge nel cuore del Darfur, ha storicamente funto da rifugio grazie alla sua orografia impervia, che rende difficile l'accesso ai veicoli corazzati e alle tecniche delle milizie. Sotto il controllo della fazione SLA-AW, il Jebel Marra offriva una parvenza di sicurezza fisica, ma al prezzo di un isolamento quasi totale⁷⁵.

⁷⁰ <https://reliefweb.int/report/sudan/unhcr-sudan-flash-update-2-escalation-conflict-el-fasher-and-kordofan-17-november-2025>

⁷¹ <https://refugees.org/wp-content/uploads/2025/12/SITUATION-UPDATE-SUDAN-DECEMBER-2025.pdf>

⁷² <https://reliefweb.int/report/sudan/unhcr-sudan-flash-update-3-darfur-and-kordofan-situation-update-1-december-2025> e <https://reliefweb.int/report/sudan/situation-report-emergency-response-tawila-amid-el-fasher-crisis-snapshot-updates-november-2025>

⁷³ <https://www.unicef.org/sudan/press-releases/civilians-trapped-children-risk-amid-escalating-violence-darfur>

⁷⁴ <https://www.pbs.org/newshour/world/tens-of-thousands-in-sudan-have-fled-to-overcrowded-camps-after-paramilitary-captured-el-fasher>

⁷⁵ <https://www.doctorswithoutborders.org/latest/neglected-communities-sudans-jebel-marra-mountains-need-urgent-support>

L'arrivo di decine di migliaia di nuovi sfollati nelle località di Sortoni, Rokero e nelle aree interne del massiccio ha trasformato questa “fortezza” in una trappola logistica. Le scorte alimentari locali, già scarse a causa di anni di conflitto e scarsi raccolti, si sono esaurite in poche settimane. I mercati locali sono collassati per l'interruzione delle rotte commerciali con le pianure, bloccate dall'assedio delle RSF. Medici Senza Frontiere (MSF), una delle poche organizzazioni non governative internazionali rimaste operative nell'area, ha descritto la situazione come un “buco nero” umanitario: cliniche rurali prive di farmaci essenziali, tassi di malnutrizione acuta infantile alle stelle e l'impossibilità di trasferire i pazienti gravi agli ospedali secondari, ormai inaccessibili o distrutti⁷⁶.

Questo evento ha avuto un impatto diretto sulla permeabilità dei confini internazionali. La presa del Nord Darfur ha di fatto consegnato alle RSF il controllo dei corridoi che portano verso la Libia e il Ciad settentrionale, eliminando i filtri statali che ancora resistevano e aprendo potenzialmente nuove autostrade per la tratta di esseri umani, il contrabbando di risorse e la migrazione irregolare verso il Mediterraneo. Le RSF hanno, infatti, capitalizzato immediatamente questa vittoria militare per consolidare il controllo sul cosiddetto “Triangolo”, l'area strategica dove convergono i confini di Sudan, Libia ed Egitto. Questa zona non è un semplice deserto vuoto; è il nodo nevralgico delle rotte carovaniere trans-sahariane che collegano il Sahel al Mediterraneo. Il controllo di questo snodo permette alle RSF di gestire in monopolio i flussi in entrata e in uscita: armi, carburante e veicoli che entrano dalla Libia per alimentare la macchina bellica, mentre oro, bestiame ed esseri umani escono dal Sudan per generare valuta pregiata⁷⁷.

3. La fame e la malattia come “armi di espulsione”

Parallelamente alla violenza armata, nel quarto trimestre del 2025 si è assistito all'uso della privazione come arma strategica. La conferma da parte della comunità internazionale, attraverso il principale standard internazionale usato dalle Nazioni Unite per classificare la gravità dell'insicurezza alimentare in un Paese (*Integrated Food Security Phase Classification*, IPC) fissato a novembre 2025 pari a condizioni di carestia (Fase 5)⁷⁸ nel campo profughi di Zamzam e nelle aree assediate del Kordofan ha cambiato la natura stessa della decisione migratoria, oltre a certificare che la mobilità è forzata anche quando non avviene sotto bombardamento diretto: in pratica, l'alternativa “restare” diventa non praticabile (mortalità per fame/malattia) e le famiglie entrano in traiettorie di mobilità mista in cui la ricerca di cibo, sicurezza e reddito si sovrappongono.

Per milioni di sudanesi, la fuga non è più una scelta dettata dalla ricerca di sicurezza o lavoro, ma un imperativo biologico. Chi resta muore di fame. Tuttavia, i dati di fine 2025 evidenziano un fenomeno tragico di “immobilità involontaria”: le fasce più deboli della popolazione, indebolite dalla malnutrizione, non hanno più le risorse fisiche o economiche per intraprendere il viaggio, rimanendo intrappolate in zone di morte.

A questo quadro si è aggiunta, da ottobre in poi, un'epidemia di colera di proporzioni bibliche. Nel 2025 più fonti umanitarie riportano la diffusione del colera in Sudan su scala nazionale, con numeri

⁷⁶ <https://reliefweb.int/report/sudan/jebel-mara-black-hole-sudans-humanitarian-response-msf-calls-urgent-international-support-address-growing-needs-darfur>

⁷⁷ <https://rapidsupportforce.com/en/news-details/triangle> e <https://www.crisisgroup.org/africa/sudan/capture-tri-border-area-marks-another-twist-sudans-civil-war>

⁷⁸ In dettaglio, sono previste Fase 1 (Minima), Fase 2 (Stress), Fase 3 (Crisi), Fase 4 (Emergenza) e Fase 5 (Carestia / Catastrofe). La Fase 5 implica mortalità molto elevata, assenza quasi totale di accesso al cibo, malnutrizione acuta estrema e collasso dei mezzi di sussistenza. È una classificazione usata solo in condizioni eccezionali, quando la sopravvivenza della popolazione è compromessa. Per il Sudan, si veda: <https://www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/countries-in-focus-archive/issue-137/en/> e le mappe disponibili su <https://www.ipcinfo.org/ipc-country-analysis/details-map/en/c/1159787/>

di casi e decessi elevati (reporting del Ministero della Salute e di attori umanitari). Un report su *ReliefWeb* del 15 ottobre 2025, ad esempio, cita oltre 120.000 casi e più di 3.300 decessi in un quadro di conflitto e disfunzione sistemica, con un sistema sanitario distrutto all'80%⁷⁹. In questo contesto, la malattia è diventata il principale *driver* di spostamento secondario. Dal punto di vista migratorio, cioè, il colera non va letto come “tema sanitario separato”, ma come *stress test* del sistema: dove WASH e salute collassano, la permanenza diventa più costosa e rischiosa e aumentano i movimenti (incluso verso strutture sanitarie, campi, confini). In altre parole, epidemie e guerra si alimentano reciprocamente producendo spostamenti successivi. Le famiglie che avevano trovato rifugio in aree apparentemente sicure sono state costrette a muoversi nuovamente per fuggire dal contagio, creando un ciclo continuo di sfollamento che rende impossibile qualsiasi forma di stabilizzazione o assistenza umanitaria efficace.

4. L'effetto domino regionale: Ciad e Sud Sudan al collasso e nuova rotta verso la Libia

Le conseguenze di questo collasso interno si sono riversate con violenza oltre i confini, destabilizzando i fragili equilibri regionali.

Il Ciad, che ha mantenuto una politica di frontiere aperte, si trova ora in una situazione insostenibile. L'arrivo di quasi 20.000 nuovi profughi tra ottobre e dicembre, quasi tutti sopravvissuti alle atrocità del Darfur, ha saturato le capacità di accoglienza nell'est del Paese. La mancanza di risorse sta trasformando il Ciad da Paese di asilo a Paese di transito: non trovando cibo o riparo nei campi sovraffollati, molti giovani sono spinti a proseguire verso nord, verso la Libia, alimentando la rotta del Mediterraneo Centrale.

Il ruolo del Ciad in questa nuova configurazione è complesso e precario. Sebbene N'Djamena ospiti centinaia di migliaia di rifugiati sudanesi nell'est (in particolare ad Adré e Tine), la frontiera settentrionale è diventata un corridoio logistico vitale per le RSF. Nonostante le smentite ufficiali e i tentativi di prendere le distanze per evitare sanzioni internazionali, le rotte che passano per Amdjarass e Um Jarras sono state identificate come vie di rifornimento per le forze di Hemedti, spesso con il supporto tacito di attori esterni come gli Emirati Arabi Uniti⁸⁰.

Ancora più drammatica è la situazione in Sud Sudan. Nel solo mese di dicembre 2025, la contea di Renk ha visto arrivare 100.000 persone in fuga dalle violenze nello Stato sudanese di Sennar. Questo afflusso massiccio in un Paese che non ha ancora risolto le proprie crisi interne rischia di importare il conflitto, creando tensioni per le scarse risorse tra i nuovi arrivati e le comunità locali. Il Sud Sudan sta fungendo da imbuto per una crisi che rischia di saldare l'instabilità del Sahel con quella del Corno d'Africa.

Complessivamente, si può dire che l'evento di El Fasher ha agito come un catalizzatore per la riorganizzazione delle rotte migratorie regionali. Fino al 2024, le rotte dal Sudan alla Libia erano frammentate, insicure e contese tra diverse milizie e banditi. Ora, con il Nord Darfur saldamente sotto il controllo delle RSF, si è venuta a creare una continuità territoriale *de facto* con la Libia meridionale, controllata dalle forze del generale Khalifa Haftar e da milizie alleate⁸¹.

⁷⁹ <https://reliefweb.int/report/sudan/cholera-outbreak-worsens-amid-conflict-sudan>

⁸⁰ <https://globalinitiative.net/analysis/the-illicit-transnational-supply-chains-sustaining-sudans-conflict/>

⁸¹ <https://www.clingendael.org/pub/2018/multilateral-damage/4-chad-a-new-hub-for-migrants-and-smugglers/>

Questa continuità permette l'apertura di una rotta del traffico: la direttrice El Fasher-Mellit-Malha-Kufra. A differenza della rotta orientale via Dongola (ancora sotto controllo SAF e quindi ostile ai migranti provenienti dalle aree RSF) o delle rotte ciadiane (sature e sorvegliate), la via di Kufra offre un passaggio diretto e protetto dalla stessa forza che controlla il territorio di partenza. I convogli che scendono dal sud della Libia carichi di carburante e armi per le RSF risalgono carichi di migranti disperati, oro e bestiame rubato⁸².

Questa integrazione logistica rende il viaggio più rapido ma anche più pericoloso in termini di diritti umani. Non si tratta più di *smuggling* (contrabbando consensuale di migranti), ma di un sistema industrializzato di trasporto in cui i migranti sono trattati come merce. Le RSF e i loro partner libici sono considerati i gestori dell'intera filiera: dal reclutamento (spesso forzato o frutto della disperazione post-assedio) al trasporto, fino alla consegna ai centri di detenzione o alle reti di lavoro forzato in Libia⁸³.

L'eliminazione dei filtri statali ha rimosso ogni freno inibitore alle pratiche predatorie. Rapporti delle Nazioni Unite e di organizzazioni per i diritti umani documentano un'esplosione di casi di tratta a scopo di sfruttamento sessuale e lavorativo lungo queste nuove arterie. Le donne e le ragazze, in particolare quelle appartenenti alle etnie non arabe fuggite da El Fasher, sono sistematicamente vittime di violenza sessuale, rapimenti e riduzione in schiavitù sessuale, sia all'interno del Sudan che lungo la rotta verso la Libia⁸⁴.

La Libia, e in particolare la Cirenaica e il Fezzan, si trovano ora collegate direttamente al bacino di crisi del Darfur senza alcun cuscinetto intermedio. I dati dell'UNHCR e dell'IOM mostrano già un aumento significativo degli arrivi di sudanesi in Libia, con oltre 467.000 presenze registrate e una tendenza alla crescita accelerata⁸⁵.

Questa nuova dinamica in corso potrebbe creare una pressione maggiore sulla rotta del Mediterraneo centrale, con un aumento prevedibile degli sbarchi in Europa di cittadini sudanesi, che già nel 2025 rappresentavano una delle nazionalità principali tra i nuovi arrivi. Inoltre, la natura dei nuovi arrivi potrebbe essere molto diversa: non più solo giovani maschi in cerca di lavoro (migranti economici), ma intere famiglie traumatizzate, vittime di pulizia etnica, tortura e violenza sessuale, con bisogni di protezione internazionale immediati e complessi. Un flusso migratorio, cioè, misto ad alta vulnerabilità, proveniente da una zona dove non esiste più alcun interlocutore statale con cui negoziare accordi di rimpatrio o contenimento.

⁸² <https://www.mattherbert.org/lalinea/2025/3/19/new-article-sudan-chad-and-libya-knit-together-as-illicit-markets-enable-conflict-economy> e <https://www.chathamhouse.org/2025/03/gold-and-war-sudan/04-how-sudans-gold-sector-connects-regional-conflict-ecosystem>

⁸³ <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2025/11/sudan-un-experts-call-urgent-action-combat-trafficking-el-fasher> e <https://www.state.gov/reports/2025-trafficking-in-persons-report/sudan>

⁸⁴ <https://news.un.org/en/story/2025/11/1166465>

⁸⁵ <https://reliefweb.int/map/libya/core-libya-sudanese-refugees-and-asylum-seekers-august-2025> e <https://the arabweekly.com/sudan-libya-agree-coordinate-return-467000-sudanese-refugees>

5. Geografie e corridoi della mobilità umana

In tutto questo, El Fasher è cruciale perché combina tre funzioni: centro urbano, nodo logistico/umanitario e simbolo di equilibrio di potere in Darfur. La sua presa da parte RSF il 26 ottobre 2025 è interpretata da *Crisis Group* come un salto che aumenta i rischi di atrocità e spinge la comunità internazionale a riconsiderare strumenti e priorità⁸⁶.

Dal punto di vista migratorio, il dato DTM (*Displacement Tracking Matrix*, 88.892 in due settimane) è indicativo di una fuga rapida, spesso in condizioni di altissimo stress (feriti, famiglie separate, perdita di beni). Reuters e altre fonti giornalistiche internazionali collegano esplicitamente l'assedio prolungato e la carestia a forme di sopravvivenza estrema, elemento che rende più probabile la prosecuzione del movimento anche oltre la prima destinazione (*secondary displacement* e transito verso i confini)⁸⁷.

Nel quadrimestre emergono segnali di *escalation* anche in Kordofan, con incidenti e spostamenti che tendono a presentarsi come episodi “a grappolo”: famiglie già sfollate che si spostano di nuovo, spesso con diminuzione progressiva di risorse e resilienza. Questo *pattern* è coerente con la logica DTM dei *flash alert* e con gli allarmi IOM e OCHA sul rischio di collasso operativo⁸⁸.

Una delle dinamiche più importanti è la crescita dei ritorni verso Khartoum. In una comunicazione congiunta IOM/UNHCR/UNICEF/WFP del 22 ottobre 2025 si segnala che più di un milione di persone è rientrato a Khartoum dall'inizio del 2025; IOM ha poi ribadito e dettagliato l'urgenza di supporto per questi rientri che avvengono in condizioni fragili (quartieri distrutti, servizi assenti). Questo è un punto che va trattato con attenzione: “ritorno” non equivale a “fine della crisi”. In contesti di guerra prolungata, i ritorni possono essere ritorni di sopravvivenza (impossibilità di sostenere costi di affitto e cibo altrove; collasso delle reti familiari; ricerca di opportunità di reddito anche in condizioni di rischio). Ciò implica che i ritorni possono generare, in breve tempo, nuove ondate di sfollamento se la sicurezza peggiora o se epidemie e fame persistono⁸⁹.

Dall'inizio del conflitto in Sudan a metà aprile 2023, un gran numero di civili è stato costretto a fuggire, comprese persone che erano già sfollate internamente e rifugiati provenienti da altri Paesi che avevano cercato rifugio in Sudan. Centinaia di migliaia di persone sono fuggite nei Paesi vicini o sono tornate a casa in condizioni avverse, in particolare nella Repubblica Centrafricana, in Ciad, Egitto, Etiopia, Libia, Sud Sudan e Uganda. Altri si sono trasferiti autonomamente all'interno del Sudan.

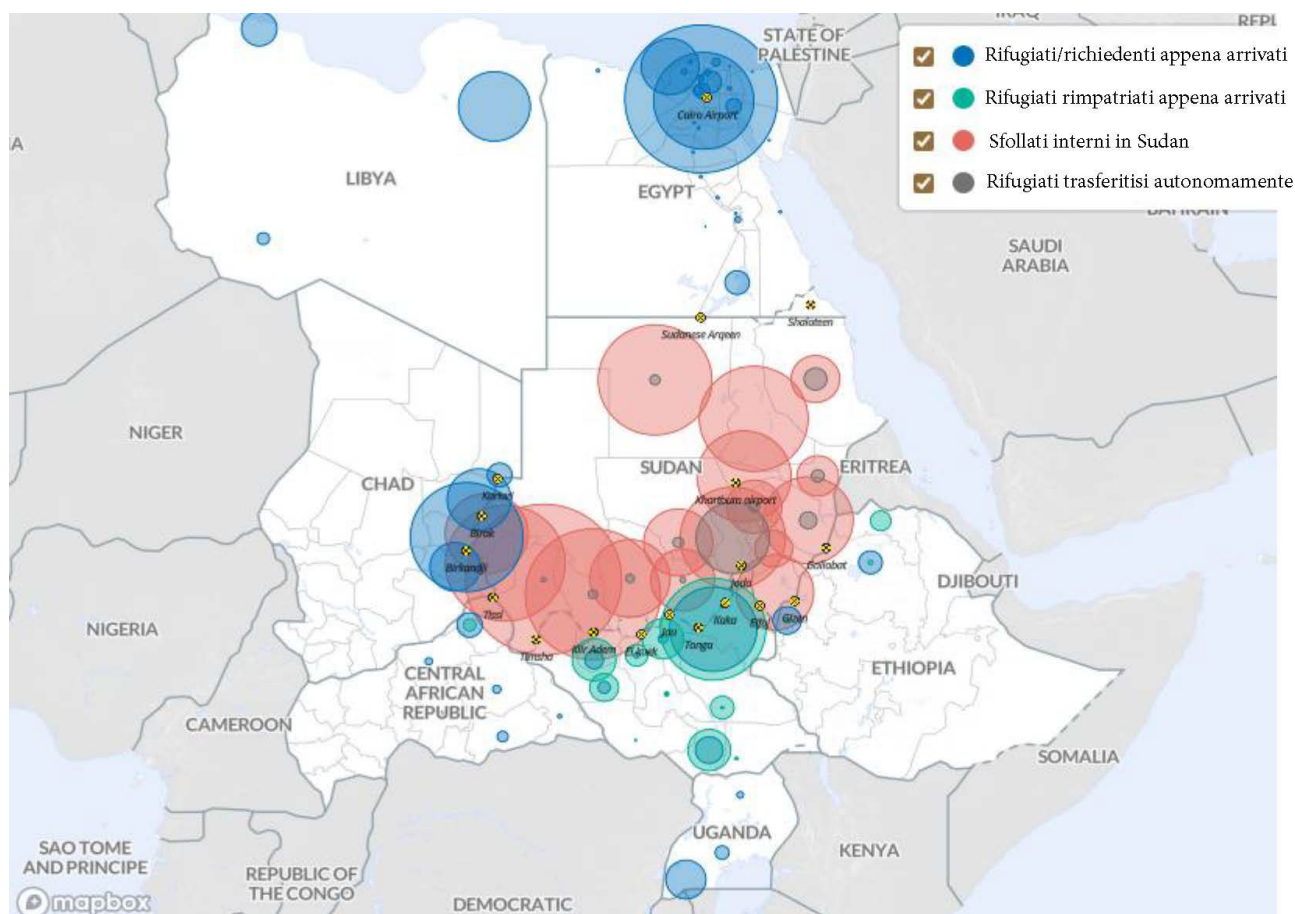
⁸⁶ <https://www.crisisgroup.org/africa/sudan/el-fasher-bloody-new-chapter-sudans-ruinous-war> e <https://www.crisisgroup.org/africa/sudan/after-el-fasher-ending-sudans-atrocious-war>

⁸⁷ <https://www.reuters.com/world/africa/hunger-monitor-confirms-famine-darfurs-al-fashir-one-other-city-2025-11-03/> e <https://www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/countries-in-focus-archive/issue-137/en/>

⁸⁸ <https://www.iom.int/news/iom-chief-warns-imminent-catastrophe-displacement-surges-north-darfur> e <https://www.reuters.com/world/africa/aid-agencies-nowhere-close-meeting-needs-displaced-sudanese-iom-chief-says-2025-11-13/>

⁸⁹ <https://www.iom.int/news/iom-unhcr-unicef-and-wfp-urge-immediate-action-address-escalating-humanitarian-crisis-sudan> e <https://www.iom.int/news/iom-calls-urgent-support-returns-khartoum-top-one-million>

Fig. 1 – La situazione migratoria in Sudan (a inizio 2026)



Totale sfollati con la forza: 11.932.771

- Fuori dal Sudan
 - Totale rifugiati, richiedenti asilo e rimpatriati appena arrivati: 4.400.882
 - Totale rifugiati/richiedenti asilo appena arrivati: 3.531.027
 - Totale rifugiati rimpatriati appena arrivati: 869.855
- All'interno del Sudan
 - Sfollati interni in Sudan (dall'inizio del conflitto nell'aprile 2023): 7.258.995
 - Rifugiati già residenti in Sudan sfollati dall'inizio della crisi trasferitisi autonomamente nel Sudan: 272.894

Fonte: <https://data.unhcr.org/en/situations/sudansituation>

Il quadro UNHCR-ODP mostra, invece, la scala della fuga verso l'esterno, con milioni di persone in Paesi limitrofi o rientri “in avverse condizioni” verso Paesi di origine terzi⁹⁰. Per l'UE, il punto non è sostenere che “tutti arriveranno in Europa”, ma riconoscere che la crisi sudanese alimenta instabilità regionale e può produrre mobilità secondaria lungo corridoi desertici (verso la Libia) e poi verso il Mediterraneo, soprattutto quando i sistemi di accoglienza nei Paesi di primo asilo sono saturi, il *funding* umanitario non regge, la carestia spinge a cercare reddito e protezione oltre le aree di prima fuga. Reuters, ad esempio, nel descrivere le carenze di risposta e il flusso di persone in fuga da El Fasher e Kordofan, collega la crisi alla spinta verso la Libia e al rischio di attraversamenti pericolosi.

⁹⁰ <https://data.unhcr.org/en/situations/sudansituation>

6. Il vincolo umanitario: accesso e risorse come determinanti della mobilità

Nell'ultimo quadrimestre del 2025 si consolida una narrativa – sostenuta da dati e dichiarazioni ufficiali – secondo cui la risposta umanitaria è “in rincorsa” e non in controllo.

Reuters, citando la direttrice generale IOM, evidenzia che l'appello IOM per il Sudan nel 2025 è stato finanziato per meno del 10%, e che le agenzie sono lontanissime dal soddisfare i bisogni dei milioni di sfollati; contestualmente, segnala la fuga da El Fasher e Kordofan e l'assenza di servizi di base in molti campi (acqua e servizi igienici).

OCHA, nel quadro 2025, indica che i partner avrebbero bisogno di 4,2 miliardi di dollari per fornire assistenza salvavita a 20,9 milioni di persone vulnerabili.

IOM stessa, con comunicazioni di novembre 2025, parla di magazzini quasi vuoti, convogli insicuri, restrizioni di accesso e rischio di collasso delle operazioni in aree come il Darfur.

Tutto ciò dovrebbe far ricordare che il finanziamento per l'emergenza umanitaria è una variabile migratoria. Non solo perché “aiuta”, ma perché può ridurre sfollamenti secondari e spinta a movimenti transfrontalieri, specialmente in contesti di carestia ed epidemie.

7. Prospettive per il 2026

Al 31 dicembre 2025, il Sudan registra il più alto numero di sfollati al mondo (circa 12 milioni), aggravato da un'epidemia di colera fuori controllo (oltre 123.000 casi a fine anno, in base ai bollettini OCHA e OMS) e da condizioni di carestia (IPC 5) confermate nelle zone di conflitto attivo.

Guardando al 2026, l'analisi dei dati dell'ultimo quadrimestre del 2025 suggerisce che il Sudan rischia concretamente di cessare di esistere come entità statale unitaria funzionale. La divisione *de facto* tra un est controllato dall'esercito e un ovest in mano alle milizie (RSF) rischierà di rendere lo sfollamento di 12 milioni di persone una condizione permanente, non transitoria.

Per l'Europa e per l'Italia, questo scenario impone un ripensamento strategico. Non si tratta più di fronteggiare e contribuire a gestire un'emergenza umanitaria temporanea, ma di confrontarsi con un buco nero geopolitico nel cuore dell'Africa che genera flussi costanti. La rotta che dal Darfur porta alla Libia (via Kufra) è ora priva di controlli statali. Se non si interviene risolutamente e in modo significativo per sostenere la capacità di assorbimento di Ciad e Sud Sudan e per garantire l'accesso agli aiuti nelle zone di carestia, in un contesto di crescente disimpegno statunitense nella regione, è ragionevole prevedere che nel 2026 aumenti la pressione migratoria verso le coste del Mediterraneo.

Per chi ha interesse diretto alla stabilità del Mediterraneo, le opzioni più efficaci non sono quelle che presuppongono un controllo rapido del conflitto, ma quelle che lavorano su riduzione del danno e stabilizzazione regionale.

Occorre, cioè, rafforzare i Paesi di primo asilo (Ciad, Sud Sudan, Egitto, ecc.) con contributi prevedibili e non episodici. Questo contribuirebbe a ridurre l'incentivo a movimenti successivi e aumenterebbe la capacità di protezione (registrazione, servizi, salute).

Così pure occorrerebbe sostenere l'accesso umanitario e mettere in atto meccanismi di coordinamento tra attori militari e umanitari per evitare che le operazioni di soccorso vengano colpite, ostacolate o

confuse con attività militari. Senza accesso, carestia e colera diventano “driver” autonomi di mobilità. Questo significa dover usare canali diplomatici per premere su corridoi, sicurezza dei convogli e standard minimi di protezione dei civili.

Allo stesso tempo, sarà importante integrare l’approccio migratorio con quello di *accountability*⁹¹. Non è un tema “separato”: la violenza contro civili è un moltiplicatore di sfollamento. Analisi strategiche sostengono che l’Europa può incidere agendo su flussi di armi e reti finanziarie che alimentano la guerra, oltre che sostenendo investigazioni internazionali.

La situazione drammatica del Sudan sta impartendo alcune lezioni operative molto importanti per l’Europa. Anzitutto, mostra che la discussione “migrazione” non può ridursi a “rotte verso l’Europa”: prevenire *displacement* secondario e instabilità regionale è un obiettivo di sicurezza nazionale e di politica estera; l’aiuto umanitario e la protezione nei Paesi di primo asilo sono spesso più efficienti ed efficaci (in termini di costo e risultato) di interventi tardivi a valle. Infine, in un tempo in cui l’amministrazione statunitense rischia di indebolire la forza del multilateralismo, gli strumenti multilaterali (ONU, UE e partenariati regionali) sono essenziali perché nessun attore singolo può “gestire” una crisi di questa scala.

Infine, un’altra possibile lezione per l’UE è il limite delle politiche europee di esternalizzazione delle frontiere nel Corno d’Africa, basate sul Processo di Khartoum⁹². L’idea di finanziare le forze di sicurezza sudanesi (incluse le RSF in passato) per bloccare i migranti sembra rivelarsi un boomerang strategico⁹³, perché oggi quelle stesse forze utilizzano le capacità logistiche e militari acquisite non per fermare i flussi, ma per gestirli e trarne profitto.

L’onda d’urto generata dalla caduta della città di El Fasher ha spazzato via le residue infrastrutture di contenimento statale, proiettando oltre 100.000 disperati verso le montagne del Jebel Marra e le distese desertiche verso la Libia, in un esodo che si distingue per la sua natura caotica e la totale assenza di protezione. Al di là della tragedia umanitaria immediata, l’evento ha ridisegnato la geografia del potere nel Sahel. La consegna del controllo dei confini settentrionali alle RSF ha istituzionalizzato un sistema di confini aperti per il crimine e chiusi per la sicurezza umana. Le nuove rotte del traffico che collegano il Darfur al Mediterraneo sono ora operative, gestite da un’economia di guerra che mercifica i corpi dei migranti tanto quanto l’oro o le armi. Per la comunità internazionale, questo non è solo un problema umanitario, ma una crisi di sicurezza che trova un punto nevralgico nel cuore del Darfur, dove le dinamiche di un conflitto locale stanno plasmando i flussi demografici del prossimo decennio.

⁹¹ <https://www.iss.europa.eu/publications/commentary/fall-el-fasher-sudans-war-outpaces-truce-plan>

⁹² È una piattaforma di cooperazione politica tra Paesi europei e Paesi del Corno d’Africa lungo le rotte migratorie, lanciata nel 2014 per cooperare su migrazione, soprattutto anti-traffico e *anti-smuggling*. Si veda: <https://www.khartoumprocess.net/>

⁹³ Secondo Migration-Control, nonostante anni di investimenti, i flussi irregolari continuano, i rischi per i migranti sono aumentati e le reti criminali si sono adattate. Si veda: <https://migration-control.info/en/wiki/khartoum-process/>

Osservatorio di Politica internazionale

Un progetto di collaborazione
tra Senato della Repubblica, Camera dei Deputati
e Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale
con autorevoli contributi scientifici.

L'Osservatorio realizza:

Rapporti

Analisi di scenario, a cadenza annuale, su temi di rilievo strategico
per le relazioni internazionali

Focus

Rassegne trimestrali di monitoraggio su aree geografiche
e tematiche di interesse prioritario per la politica estera italiana

Approfondimenti

Studi monografici su temi complessi dell'attualità internazionale

Note

Brevi schede informative su temi legati all'agenda internazionale

www.parlamento.it/osservatoriointernazionale



Senato della Repubblica



Camera dei Deputati



Ministero degli Affari Esteri
e della Cooperazione
Internazionale

Coordinamento redazionale:

Camera dei deputati
Servizio Studi
Dipartimento Affari Esteri
Tel. 0667604939
Email st_affari_esteri@camera.it

Le opinioni riportate nel presente dossier
sono riferite esclusivamente all'Istituto autore della ricerca.