



LA TUTELA DELLA **SALUTE** ALL'INTERNO DEI CPR

A cura di Andrea Oleandri

INDICE

P.3 Introduzione - Andrea Oleandri

P.5 La tutela della salute nel CPR. L'idoneità al trattenimento
- Gaetano Mario Pasqualino

P.8 CPR, detenzione amministrativa e criticità di salute -
Nicola Cocco

P.13 "Ci rivoltiamo semplicemente perché non possiamo più respirare". Per una decostruzione del concetto di salute nei CPR
- Monica Serrano

P.18 Il Diritto alla salute e le alternative alla detenzione -
Nataliya Novakova

P.23 Intervista a Natasha Tsangarides - Arianna Egle Ventre e
Irene Proietto

P.29 Intervista a Carolina Gottardo - Arianna Egle Ventre e
Irene Proietto

P.39 Casi studio - Irene Proietto e Arianna Egle Ventre

P.39 Ousmane Sylla

P.40 C.F.

P.41 Moussa Balde

P.42 Oussama Darkaoui

Gli interventi e le interviste riportate nel presente documento si riferiscono ad una tavola rotonda tenutasi a Roma il 19 giugno 2024.

Introduzione

Andrea Oleandri

Nel 1998 in Italia si è aperta la stagione della detenzione amministrativa delle persone straniere. Una limitazione totale della libertà personale che colpisce chi non ha commesso alcun reato ma ha, invece, violato una disposizione amministrativa, accedendo al paese senza documenti o permanendo nel paese stesso senza titolo di soggiorno.

Nel corso degli anni il sistema dei centri di detenzione è cambiato, nelle forme di gestione, nei tempi di trattenimento, mantenendo però totalmente la sua natura oppressiva e repressiva, nonché le costanti violazioni dei diritti più basilari che costituiscono non l'eccezione, ma la prassi di cui si ammanta l'intero impianto della detenzione amministrativa.

I Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR) sono spazi opachi, sottratti alla visibilità mediatica e alla responsabilità politica, dove l'invisibilità diventa condizione ordinaria. Luoghi dove le persone vivono in condizioni detentive, spesso per mesi, in attesa di un'espulsione che talvolta non avviene mai. Buchi neri, così li abbiamo definiti in una campagna lanciata nel 2019, che ingoiano le vite delle persone.

In questo contesto, il diritto alla salute – fondamentale e universale – viene sistematicamente negato, ignorato o ridotto a una funzione minimale di contenimento del disagio.

Proprio al tema della tutela della salute nei centri di detenzione, anche se sarebbe più corretto dire alla violazione del diritto alla salute nei centri, la Coalizione Italiana Libertà e Diritti civili (CILD), in collaborazione con Progetto Diritti e l'International Detention Coalition (IDC) ha voluto dedicare una tavola rotonda tenutasi nel giugno del 2024 a Roma.

Le testimonianze raccolte, i dati ufficiali (quando disponibili), i report di CILD e delle altre associazioni che si occupano del tema e le analisi giuridiche convergono nel descrivere un sistema strutturalmente incapace di tutelare chi vi è rinchiuso. L'assistenza sanitaria all'interno dei CPR è affidata ai medici degli stessi enti gestori privati, che spesso rispondono a logiche economiche prima che di tutela della salute. La presenza del Servizio Sanitario Nazionale è in molti casi marginale o del tutto assente, anche nel caso delle visite di idoneità che i regolamenti annoverano tra le competenze di quest'ultimo ma che in diversi casi indagini e inchieste hanno scoperto essere eseguite dai medici degli enti gestori.

La sofferenza delle persone recluse nei centri di detenzione è fisica e mentale. Una sofferenza, nel caso di quella mentale, che non viene intercettata per questioni che possono riguardare l'assenza di risorse e la mancanza di formazione rispetto alle esigenze delle persone migranti, spesso portatrici di traumi complessi, patologie croniche, barriere linguistiche e culturali. Altre volte per la totale disattenzione che subiscono le persone recluse, trattate come problemi di "ordine interno" e sedate con un uso abbondante di psicofarmaci, somministrati nella maggior parte dei casi senza un'adeguata diagnosi

Ma non è solo la salute mentale a essere compromessa. Numerose segnalazioni descrivono anche la difficoltà nell'ottenere cure mediche di base, la scarsa igiene, le condizioni strutturali fatiscenti dei centri, l'assenza di screening sanitari all'ingresso o durante il trattenimento.

La salute non è tuttavia solo assenza di malattia. È benessere fisico, mentale e sociale. Nei CPR, questo concetto viene svuotato di significato. Le persone sono condannate all'apatia più totale per l'intera durata della loro detenzione, senza accesso ad attività che siano lavorative, scolastiche, ricreative. Il loro tempo nei centri di detenzione è sospeso in attesa di un rimpatrio, che nella maggior parte dei casi non avviene, condannandole così anche alla più totale precarietà esistenziale.

Il trattenimento stesso diventa un fattore patogeno, un elemento che produce sofferenza e peggiora condizioni preesistenti. In alcuni casi documentati, la permanenza nei centri ha avuto esiti tragici, fino alla morte.

Una condizione che, come detto all'inizio, non riguarda solo l'Italia ma ha confini ben più estesi.

In Italia, nel 2024, La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), la Rete "Mai più lager – No ai CPR" e l'Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI) hanno lanciato un appello chiedendo a tutto il personale sanitario una presa di coscienza sulle condizioni e sui rischi per la salute delle persone migranti sottoposte a detenzione amministrativa nei CPR.

Nella tavola rotonda del giugno 2024 si è avuto modo di approfondire questi e molti altri temi, in un'ottica di confronto internazionale. Da lì nasce questo e-book che contiene alcuni degli interventi di quella giornata, alcune interviste ad altre relatrici e dei case study emblematici sulle conseguenze del mancato rispetto del diritto alla salute nei Centri di Permanenza per il Rimpatrio.

La tutela della salute nel CPR. L'idoneità al trattenimento

Gaetano Mario Pasqualino

Il trattenimento¹ è un istituto del diritto amministrativo che garantisce il controllo fisico delle persone migranti per la verifica del loro diritto di ingresso in Italia e/o per consentire l'esecuzione del loro rimpatrio, come esercizio del potere coattivo dell'amministrazione finalizzato a realizzare un interesse pubblico specifico.

In disparte ogni considerazione sull'efficacia della detenzione amministrativa, in assenza di eventuali accordi di riammissione con i paesi di provenienza delle persone migranti trattenute², è evidente che il termine 'trattenimento' è un fenomeno di "edulcorazione semantica", essendo sostanzialmente equivalente al termine "detenzione", intesa come una "misura incidente sulla libertà personale" all'interno dei centri finalizzati al rimpatrio del migrante (CPR), e "(...) non può essere adottata al di fuori delle garanzie dell'art. 13 della Costituzione" (Corte costituzionale, Sentenza n. 105/2001). Pertanto, la tutela della salute della persona 'trattenuta' deve essere garantita, preliminarmente, attraverso la verifica dell'idoneità fisica e psichica alla vita in comunità ristretta (analogamente a quanto anche previsto dall'art. 11, comma 7, L. N. 354/1975-Ordinamento Penitenziario), accertabile esclusivamente da un medico del Servizio Sanitario Nazionale o di un'Azienda Ospedaliera.

Dal combinato disposto degli articoli 32, 2 e 3 Cost. emerge che il diritto alla salute possiede, come effetto immediato e diretto, una valenza erga omnes, quale situazione soggettiva assoluta, che merita protezione contro qualsiasi aggressione ad opera di terzi, nonché come diritto sociale la cui pratica attuazione è essenziale per la realizzazione di quel principio di libertà-dignità che è intrinseco nella Carta Costituzionale. La tutela della salute del migrante (in termini pieni ed esaustivi, illimitati ed assoluti) trova, insomma, diretta tutela nell'art. 32 della Costituzione e assume rilievo centrale quando si tratti di valutare la legittimità del trattenimento/detenzione che, necessariamente, deve avvenire su base individuale, anche in relazione all'ampio potere di controllo del giudice del trattenimento amministrativo.

Tale valutazione delle condizioni fisiche e psichiche della persona e della loro compatibilità con lo stato di detenzione, necessaria e preliminare, trova più precisa definizione nella normativa secondaria³, che dispone il preventivo accertamento sanitario in ordine ad eventuali "malattie infettive contagiose e pericolose per la

¹ Disciplinato dall'art. 14 t.u. imm. e dall'art. 6 e ss. del D.Lgs. 142/2015.

² Nel quarto trimestre del 2023, 105.585 cittadini di Paesi terzi hanno ricevuto l'ordine di rimpatrio da un Paese Ue e 28.900 sono stati effettivamente rimpatriati in un Paese terzo; Totale da inizio 2024: 199.620 ordini di espulsioni per 56.080 espulsioni compiute in tutta l'Unione. Nella prima metà del 2024, a fronte di 13.330 ordini di rimpatrio l'Italia ha espulso 2.035 cittadini extracomunitari. [dati EUROSTAT].

³ Direttiva 19 maggio 2022. Criteri per l'organizzazione e la gestione dei centri di permanenza per i rimpatri.

comunità, disturbi psichiatrici, patologie acute o cronico degenerative - ... - che non possano ricevere le cure adeguate in comunità ristrette” (art. 3, comma, 1.) e che “la certificazione medica deve attestare la compatibilità delle condizioni di salute o di vulnerabilità ai sensi dell'articolo 17, comma 1, del Decreto Legislativo 18 agosto 2015, n. 142”⁴.

L'assenza nella normativa primaria di un diretto ed espresso riferimento alla necessaria verifica preliminare, dunque, non esime l'amministrazione e, successivamente, il giudice della convalida, a verificare la compatibilità dello stato di salute della Persona con l'eventuale immediata detenzione nel CPR.

La genericità dell'eccezione sollevata dal difensore in udienza di convalida, riguardo alla vulnerabilità e alle precarie condizioni di salute del detenuto, non fa venir meno, pertanto, l'autonomo potere-dovere di cooperazione istruttoria dell'Autorità Giudiziaria, poiché l'accertamento delle vulnerabilità costituisce un elemento imprescindibile per il giudice della convalida.

Il giudice del trattenimento esercita, infatti, un potere di controllo sulla legittimità del procedimento che non può essere disatteso in presenza di segnalazioni o eccezioni formulate dalle parti ricorrenti.

Quando è in discussione il diritto alla salute e alla vita della persona trattenuta, nonché la sua idoneità alla vita in regime restrittivo, il giudice della convalida deve procedere, a parere dello scrivente, ad una valutazione anche d'ufficio, quantomeno nella non gravosa verifica della sussistenza della certificazione sanitaria prescritta dalla normativa secondaria⁵, che l'Amministrazione deve trasmettere anche al giudice della convalida.

In caso contrario, la necessaria verifica sullo stato di salute della persona in detenzione amministrativa sarebbe esclusa nell'ipotesi di inerzia o mancata dichiarazione in udienza, limitando in modo inammissibile la tutela del diritto, visti i termini brevi della procedura e le difficoltà dei difensori nel comunicare con i propri assistiti, anche a causa della lontananza fisica e delle barriere linguistiche.

L'incertezza applicativa delle disposizioni a tutela della salute della persona detenuta nel CPR richiede, pertanto, una norma primaria che indichi come condizione di procedibilità per la convalida del trattenimento/detenzione la produzione del certificato di idoneità alla vita ristretta, redatto da un medico dell'ASP/ASL o di azienda ospedaliera, nonché il fascicolo sanitario del detenuto/trattenuto, recependo l'art. 3 della citata Direttiva.

⁴ Ossia “minori, i minori non accompagnati, i disabili, gli anziani, le donne in stato di gravidanza, i genitori singoli con figli minori, le vittime della tratta di esseri umani, le persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali, le persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere, le vittime di mutilazioni genitali”.

⁵ La certificazione di idoneità alla vita comunitaria ristretta e le relazioni del servizio socio-sanitario del Centro vengono consegnate all'ufficio di Polizia all'interno del Centro affinché vengano inserite nel fascicolo da sottoporre all'Autorità Giudiziaria in sede di convalida e proroga del trattenimento, e trasmesse, ove si tratti di richiedenti asilo, alla Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale.(Direttiva art. 3, comma 7).

Riguardo alla certificazione, è necessario precisare che essa deve contenere una specifica attestazione dell'assenza di patologie fisiche e mentali o condizioni di vulnerabilità, non essendo sufficiente una mera dichiarazione di 'assenza di malattie infettive' o l'utilizzo di moduli prestampati anonimi. L'attualità dell'attestazione, inoltre, assume oggi particolare rilevanza, considerato che le ultime modifiche normative hanno esteso la durata del trattenimento fino a 18 mesi. La certificazione, pur potendo essere sintetica, deve esplicitare le visite effettuate e deve essere redatta da un medico specializzato e competente, pena l'inefficacia per inidoneità.

Va infine evidenziato come, in numerosi casi, lo stato detentivo nel CPR e la somministrazione di farmaci neurolettici costituiscano essi stessi causa del deterioramento fisico e mentale delle persone migranti trattenute, soggetti che spesso sono giunti in Italia in buone condizioni di salute. Particolarmente significativa è la presenza, tra le voci di spesa dei gestori del CPR, di antipsicotici e antiepilettici⁶. Questo dato evidenzia come, nei casi di disagio, la gestione si limiti frequentemente alla terapia farmacologica e, nelle situazioni più gravi, al ricorso al TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio). Tale approccio è conseguenza diretta del fatto che le strutture detentive (CPR) non dispongono dei mezzi e del personale necessari per affrontare adeguatamente il malessere psichico delle persone detenute con patologie mentali, situazione che ha portato a documentati casi di suicidio o di tentato suicidio⁷.

⁶*“Rinchiusi e sedati: l'abuso quotidiano di psicofarmaci nei Cpr italiani”* - <https://altreconomia.it/rinchiusi-e-sedati-labuso-quotidiano-di-psicofarmaci-nei-cpr-italiani/>.

⁷A riguardo si rimanda alla sezione dei casi studio.

CPR, detenzione amministrativa e criticità di salute

Nicola Cocco

Il diritto alla salute delle persone migranti viene spesso violato e disatteso nei paesi di accoglienza, in particolare in alcune condizioni etero-determinate. Il noto paradigma della medicina delle migrazioni dell'“effetto migrante sano”⁸ è stato sostituito da diversi anni da quello dell'“effetto migrante esausto”: le condizioni del percorso migratorio e, in particolare, le condizioni di vita nei Paesi di accoglienza determinano uno stato di salute reale e percepito nettamente peggiore rispetto a quelle della popolazione residente⁹. Ci sono contesti in cui il patrimonio di salute delle persone migranti viene ulteriormente se non completamente depleto, ad esempio la detenzione carceraria e la detenzione amministrativa dei soggetti considerati “irregolari”¹⁰: quest'ultima è la privazione della libertà sulla base del mancato possesso di documenti quali il permesso di soggiorno (un illecito amministrativo e non un reato). In tali contesti di restrizione la capacità di gestione e salvaguardia delle proprie condizioni di salute rischia di essere talmente condizionata da poter parlare di un vero e proprio “effetto migrante detenuto”. Ne è una dimostrazione l'ampia prevalenza di problematiche di salute mentale (in particolare disturbo d'ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico) sofferte dalle persone migranti in detenzione amministrativa, che è maggiore rispetto alla popolazione generale e alla stessa popolazione detenuta in carcere¹¹.

Le criticità di salute della detenzione amministrativa sono state sollevate a livello internazionale da diversi studi¹²: in particolare, l'indeterminatezza legata alla natura stessa della detenzione amministrativa e del rischio di rimpatrio/deportazione influisce potentemente sulla salute mentale delle persone migranti¹³.

L'ufficio regionale europeo della World Health Organization (WHO) ha pubblicato nel 2022 un documento in cui denuncia i rischi per la salute delle persone migranti sottoposte a detenzione amministrativa¹⁴. In Italia, i principali luoghi di detenzione

⁸ Razum, O. (2008). *Migrant Mortality, Healthy Migrant Effect*. In: Kirch, W. (eds) Encyclopedia of Public Health. Springer, Dordrecht. https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5614-7_2188

⁹ Neuman, S. *Are immigrants healthier than native residents?* IZA World of Labor 2014: 108 doi: 10.15185/izawol.108

¹⁰ Lungu-Byrne, Cassie & Germain, Jenny & Plugge, Emma & Hout, Marie-Claire. (2020). *Contemporary Migrant Health Experience and Unique Health Care Needs in European Prisons and Immigration Detention Settings*. International Journal of Forensic Mental Health. 20. 1-20. 10.1080/14999013.2020.1821129.

¹¹ Von Werthern M, Robjant K, Chui Z, et al. *The impact of immigration detention on mental health: a systematic review*. BMC Psychiatry. 2018;18(1):382. Published 2018 Dec 6. doi:10.1186/s12888-018-1945-y.

¹² Van Hout MC, Lungu-Byrne C, Germain J. *Migrant health situation when detained in European immigration detention centres: a synthesis of extant qualitative literature*. Int J Prison Health. 2020;16(3):221-236. doi:10.1108/IJPH-12-2019-0074.

¹³ Verhulsdonk, Irina & Shahab, Mona & Molendijk, Marc. (2021). *Prevalence of psychiatric disorders among refugees and migrants in immigration detention: systematic review with meta-analysis*. BJPsych Open. 7. 10.1192/bjo.2021.1026.

¹⁴ WHO Regional Office for Europe. *Addressing the health challenges in immigration detention, and alternatives to detention: a country implementation guide*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2022, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353569>.

amministrativa sono denominati Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR). La gestione della salute delle persone migranti detenute in tali luoghi è appaltata al personale sanitario assunto dagli enti gestori privati, senza la richiesta di titoli o formazione specifica in ambito di medicina detentiva e medicina delle migrazioni. Numerosi report e inchieste di attori indipendenti¹⁵ nonché del Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale¹⁶ hanno evidenziato le condizioni degradate e degradanti dei CPR, in termini igienico-sanitari e dello stato delle persone migranti detenute. Queste presentano spesso gravi problematiche di salute fisica e mentale, esacerbate dal contesto del CPR stesso nonché dalle difficoltà di accesso a standard sanitari di qualità garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN). All'interno dei CPR vige un vero e proprio regime di abbandono delle persone migranti, che spesso hanno solo il loro corpo per poter manifestare forme di protesta e/o disperazione, con numerosissimi casi di autolesionismo, tentativi di suicidio e suicidi compiuti: per quanto manchino dati ufficiali o in letteratura relativi alla situazione italiana (eventi singoli e diverse situazioni sono riportate e descritte ampiamente durante le attività ispettive delle figure garanti istituzionali e della società civile, cfr. *supra* note 8 e 9), gli atti definiti “anti-conservativi” sono all’ordine del giorno nei contesti di detenzione amministrativa delle persone migranti (ad esempio nel Regno Unito in quattro centri di detenzione per persone migranti sono stati registrati 1743 eventi che hanno richiesto interventi e trattamenti in un periodo di 2099 giorni, dati aggiornati a novembre 2023)¹⁷. È stato spesso descritto un vero e proprio “*continuum* di violenza” che permea la quotidianità dei CPR, in cui alla violenza auto-inflitta sul proprio corpo risponde la violenza delle forze dell’ordine e del personale del CPR, inclusa spesso la violenza dell’azione inadeguata del personale sanitario. Si arriva a veri e propri quadri di normalizzazione del circuito di violenza e deumanizzazione (basti pensare che le persone detenute vengono per lo più chiamate con il numero che viene loro assegnato all’ingresso e non con il loro nome), che amplifica la frequenza dei gesti anticonservativi e di protesta in cerca di una possibilità di “sfuggire” alla morsa detentiva del CPR¹⁸.

La detenzione può attualmente essere prolungata fino a 18 mesi in attesa dell’attuazione dell’ordine di rimpatrio/deportazione, che nei fatti viene attuata in

¹⁵ Si segnalano in particolare i report della “Rete mai più lager – No ai CPR” (Delle pene senza delitti. Istantanea del CPR di Milano. Report dell’accesso presso il Centro di Permanenza per il Rimpatrio di Milano, via Corelli n. 28, del Senatore Gregorio De Falco nelle giornate del 5 e 6 giugno 2021, e [Delle pene senza delitti. Istantanea del CPR di Milano – Un anno dopo](#)), dell’ASGI (cfr. <https://www.asgi.it/tag/cpr/>) e del Naga ([Al di là di quella porta](#) - Un anno di osservazione dal buco della serratura del Centro di Permanenza per il Rimpatrio di Milano).

¹⁶ Per i report più recenti del Garante Nazionale, cfr.

https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/pages/it/homepage/dettaglio_contenuto/?contentId=CNG15448&modelId=10019

¹⁷ Taylor D. *Self-harm incident nearly every day in UK immigration detention, data shows*. The Guardian, 27 novembre 2023,

<https://www.theguardian.com/uk-news/2023/nov/27/self-harm-incident-nearly-every-day-in-uk-immigration-detention-data-shows>

¹⁸ Per un’analisi completa dei circuiti di violenza, normalizzazione e deumanizzazione cfr. Volpato C. *Deumanizzazione. Come si legittima la violenza*, Laterza – Bari, 2014.

meno del 40% dei casi¹⁹ e con modalità traumatiche: il rimpatrio viene quasi sempre effettuato senza preavviso, di notte, con le forze di polizia che irrompono in numero considerevole nei locali di pernottamento dei CPR, prelevano la persona da rimpatriare concedendo pochi minuti per raccogliere i propri effetti personali in sacconi di plastica neri come quelli usati per la spazzatura, fare una telefonata ed essere sottoposto a una visita medica che dovrebbe certificare che la stessa persona è in condizioni idonee a poter affrontare un viaggio di rimpatrio (*fit-to-travel*), ma che spesso si traduce in una visita di facciata²⁰. Queste caratteristiche, oltre a mettere in discussione l'“efficienza” di un dispositivo fortemente propagandato dai governi che si sono succeduti in Italia negli ultimi dieci anni, rende ancora più violenta l'operazione di rimpatrio/deportazione, dal momento che il suo carattere “probabilistico” e meramente vessatorio “accade” sulla pelle della persona detenuta, senza nessuna possibilità di conoscenza, comprensione e margine di azione, con comprensibili ricadute sulla sua salute mentale²¹.

Tali criticità hanno poi come corollario l'accertato abuso e misuso di psicofarmaci²².

Secondo la normativa vigente²³, l'invio di una persona migrante in un CPR necessita di una valutazione sanitaria della stessa da parte di un medico afferente al SSN (“valutazione di idoneità alla vita in comunità ristretta”); negli anni tale strumento si è concretizzato quasi sempre come mero nulla osta che escluda rischi di malattie infettive, senza una reale valutazione dello stato di salute globale della persona presa in esame. Tale accertamento da parte dei medici del SSN pone importanti criticità, per cui, in linea con quanto espresso dalla WHO, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), in collaborazione con la “Rete Mai più lager - No ai CPR” e con l'Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI) all'inizio del 2024 ha lanciato una Campagna di presa di coscienza per chiedere a tutto il personale sanitario italiano maggiore consapevolezza sulle condizioni e sui rischi per la salute delle persone migranti sottoposte a detenzione amministrativa nei CPR, e nello specifico ai medici cui viene richiesta la valutazione dell'idoneità alla vita in comunità ristretta in tali luoghi di eseguire tale valutazione non rilasciando più l'idoneità a nessuna persona migrante: tale richiesta è stata motivata e sostanziata con numerose evidenze e dopo il confronto con specialisti del settore e bioeticisti, che hanno contribuito a raccogliere ed esporre le motivazioni di sanità pubblica, di

¹⁹ Cfr. ActionAid. *Trattenuti - Una radiografia del sistema detentivo per stranieri*, ActionAid Italia, Università di Bari, 2023.

²⁰ Cfr. Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, *Linee guida sul monitoraggio dei rimpatri forzati* – seconda edizione, 2022, <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/23ab168803a17df21168c9ef0c295f90.pdf>

²¹ Harrigan, N.M., Koh, C.Y. & Amirrudin, A. Threat of Deportation as Proximal Social Determinant of Mental Health Amongst Migrant Workers. *J Immigrant Minority Health* 19, 511–522 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0532-x>

²² Rondi L, Figoni L. *Rinchiusi e sedati: l'abuso quotidiano di psicofarmaci nei Cpr italiani*. *Altrecconomia*, 1 aprile 2023, <https://altrecconomia.it/rinchiusi-e-sedati-labuso-quotidiano-di-psicofarmaci-nei-cpr-italiani/>

²³ Art. 3 della Direttiva del Ministero dell'Interno del 19 maggio 2022 (https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2022-06/direttiva_ministro_lamorgese_19.5.2022_accessible.pdf)

deontologia medica e medico-legali per cui è lecito (se non necessario) per il personale sanitario non valutare più nessuna persona come idonea alla vita nei CPR²⁴. In particolare, oltre alle già citate condizioni patologiche che caratterizzano i CPR, l'analisi della valutazione di idoneità richiesta per il CPR e il confronto multidisciplinare hanno evidenziato gravi violazioni del Codice di Deontologia Medica italiano sia nei termini di una impossibilità di eseguire una reale valutazione delle condizioni di salute nella modalità in cui viene richiesta dalle autorità di polizia, in assenza di consenso informato né mediazione culturale adeguata²⁵, sia sul ruolo del medico in quanto tutore della salute della persona che si trova a valutare: il medico ha l'obbligo di proteggere il proprio paziente, specie se in condizioni di vulnerabilità, "in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita"²⁶. Le evidenze già citate mostrano chiaramente come i CPR rappresentano dei luoghi di rischio per la salute e per la vita delle persone migranti, ed è dunque deontologicamente lecito che il medico si adoperi per evitare che chiunque vi venga recluso.

La Campagna è attualmente in corso e sta avendo una risonanza nazionale; a livello internazionale ha suscitato interesse aprendo un dibattito sul ruolo del personale sanitario per una prospettiva abolizionista della detenzione amministrativa delle persone migranti²⁷.

È stato inoltre recentemente lanciato un appello rivolto a tutti i professionisti della salute (medici, infermieri, psicologi, assistenti, etc.) che chiede la chiusura dei CPR in quanto contesti di degrado, sofferenza e abbandono, e che mette in discussione la possibilità che il personale sanitario possa prestare servizio in tali luoghi, sia livello nazionale che all'estero (ad esempio nei centri attualmente in costruzione in Albania in seguito al Patto siglato con l'Italia per l'esternalizzazione delle persone migranti considerate "irregolari")²⁸. Ciò sta già accadendo in alcune realtà (Macomer in Sardegna e Ponte Galeria a Roma), dove la presenza di psichiatri del SSN che prestano la loro attività professionale all'interno del contesto del CPR rischia non solo di non poter fornire un supporto inadeguato alle persone con problemi di salute mentale, ma anche di "normalizzare" la presenza delle stesse in questi luoghi²⁹, in cui l'incastro psicopatogeno di detenzione, isolamento, abbandono e abuso di

²⁴<https://www.asgi.it/allontamento-espulsione/idoneita-alla-vita-nel-cpr-appello-ai-medici-necessaria-la-presenza-di-coscienza/>

²⁵ Codice di Deontologia Medica, artt. 3, 6, 24.

²⁶ Codice di Deontologia Medica, art. 32.

²⁷ Doctors should not declare anyone fit to be held in immigration detention centres. BMJ. 2024;384:q531. Published 2024 Mar 1. doi:10.1136/bmj.q531, <https://www.bmi.com/content/384/bmi.q531>

²⁸ Cfr.

https://www.change.org/p/appello-per-operator-della-salute-contro-i-centri-di-permanenza-per-il-rimpatrio?recruiter=1341459589&recruited_by_id=59ed5f10-2c27-11ef-bf18-1bb7dd89d8b0&utm_source=share_petition&utm_campaign=share_petition&utm_term=share_for_starters_page&utm_medium=copylink&utm_content=cl_sharecopy_490104211_it-IT%3A1

²⁹ In deroga all'art. 3 della sopra citata Direttiva del Ministero dell'Interno del 19 maggio 2022, che indica i "disturbi psichiatrici" tra i criteri di non idoneità alla vita nel CPR.

psicofarmaci evidenzia la china di vere e proprie derive manicomiali, come già denunciato in alcuni CPR: sono state denunciate le condizioni di persone con chiari problemi di salute mentale abbandonate nella sporcizia, o l'utilizzo di strumenti di coercizione meccanica come le manette e di stanze di isolamento "atraumatiche" (completamente svuotate per evitare atti autolesivi), in tutti i casi in assenza di chiari percorsi di presa in carico psichiatrica (e in deroga alla stessa Direttiva del Ministero dell'Interno del 19 maggio 2022, che all'art. 3 indica chiaramente i "disturbi psichiatrici" come criterio di inidoneità al trattenimento nei CPR)³⁰.

Una maggiore attenzione sul buco nero di diritti, politica e informazione rappresentato dalla detenzione amministrativa è resa sempre più urgente dalla recente approvazione da parte del Parlamento Europeo del "Patto europeo per le migrazioni e l'asilo" che, tra i vari punti che sviliscono il diritto di asilo in Europa, include il massiccio ricorso alla detenzione amministrativa alla frontiera per le persone migranti che fanno richiesta di asilo: tale documento richiede un'attenta riflessione sui rischi per la salute delle persone migranti, insita nelle violazioni di diritti che già molte realtà attiviste e associazioni umanitarie hanno evidenziato³¹.

Per riprendere la lezione di Franco Basaglia, non esiste possibilità di cura dove non c'è rispetto dei diritti³²: i CPR e la detenzione amministrativa rappresentano una vera e propria emergenza sanitaria in cui sono a rischio i diritti, la salute e la vita delle persone migranti, ma anche la dignità della professione medica e della società tutta.

³⁰ Cfr.

https://www.facebook.com/NoaiCPR/videos/?loasi-3non-abbiamo-pi%C3%B9-parole-ma-parlano-le-immaginiquesta-%C3%A8-la-persona-che-vi-/334240385869108?locale=it_IT

³¹ Cfr. Tiberio L. *Il nuovo Patto europeo per le migrazioni e l'asilo avrà conseguenze umanitarie devastanti*. Valigia Blu, 11 aprile 2024.

³² Basaglia F, Ongaro F. (a cura di). *Crimini di pace - Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione*. Einaudi – Torino, 1975.

"Ci rivoltiamo semplicemente perché non possiamo più respirare". Per una decostruzione del concetto di salute nei CPR

Monica Serrano

Frantz Fanon ci è seduto vicino: nel suo testo *La Sindrome nord africana* (1952) enuclea una lunga lista di sintomi oggettivi, o se vogliamo il disagio dell'altro/a – il colonizzato algerino – osservati prontamente dal medico francese. L'algerino è pigro, diffidente, bugiardo rispetto al suo malessere e alle sue stesse intenzioni, inaffidabile, incostante, ostile, legato a valori primitivi e bassi. In sede clinica, quel che più disturba il medico è il non poter collocare in una parte chiara e determinata del corpo il suo malessere: mi fa male qui (indica lo stomaco), poi qui (il fegato), non più qui ma di là (la milza) e anche qui (l'intestino), afferma il paziente. Questo indecifrabile *dolore diffuso* dell'algerino è senz'altro segno di una qualche *devianza* e nessun sapere scientifico limpido riesce a de-finirlo. L'altro/a resta così sotto le mani del colono bianco incurabile, inaccessibile, incomprensibile, incontenibile in uno degli esperimenti più grandi di contenimento, controllo ed efferata violenza della storia francese.

Monitorando i Centri per il rimpatrio con il Garante Nazionale tra il 2022 e il 2023 come consulente esterna mi è più volte tornata in mente la scrittura di Fanon. L'ambulatorio medico e gli staff conosciuti sono immersi in una nutrita e consistente *cultura dello scetticismo* (eufemismo di Khosravi) secondo la quale si fa presto a definire i drammaticamente numerosi tentativi di suicidio come messe in scena: atti manipolatori, strumentali, emulativi, falsi, sciocchi – si legge nei fogli di carta del registro eventi critici o nei commenti orali di medici e infermieri. "Una volta era domenica e uno di loro mi ha fatto tornare qui solo perché aveva fatto la corda per finta. Ci sono abituato, il problema è che quando torno rischio di non trovare parcheggio" afferma uno dei medici in turno.

Le parole di Fanon affondano in questo humus specifico, l'ordine razzializzato e coloniale del potere sui corpi altri - colonizzati e trattenuti, entrambi intrappolati in un continuum di violenza e schiacciati in condizioni subalterne - i primi autoctoni negli anni '50 del secolo scorso, i secondi oggi audacemente migranti - molti appartenenti alla stessa parte del mondo (i maghrebini). E' questo continuum di violenza che non fa respirare e che non vogliamo edulcorare col lessico del mondo umanitario e del lavoro sociale: nel vissuto delle persone migranti persecuzione e privazione, sradicamento, corruzione, abusi e arbitrarietà, coercizione, detenzione, mercificazione (black man is money), torture ed esposizione alla morte sono parte

costituente del percorso migratorio. Qui come là. Tale continuum abbraccia non solo il viaggio, ma anche l'arrivo e le condizioni di accoglienza (voglio increspare questa parola come fa Mahasweta Devi con la parola *Enkounter* – Inkontro - che i militari indiani pronunciano davanti alla militante Draupadi mentre in realtà la torturano). Perché in venti anni di storia del sistema di accoglienza in Italia sia norme che prassi vanno sempre più nel verso della selezione, della riduzione, del contenimento e del controllo, dell'aderenza alla scatola vuota dell'integrazione o dell'espulsione. E il passaggio macroscopico resta la facilità della privazione della libertà personale, come se le soggettività migranti non fossero davanti al diritto persone: un ordine giuridico "semplificato" e brutale grava sui loro corpi, per cui diventa prassi ordinaria metterli in gabbia. Nei racconti delle persone straniere è un vivere sotto continua minaccia, in attesa che questo *meno* della regolarizzazione mancata, inciampata nei meandri della privazione progressiva dei diritti di accoglienza e orientamento legale - fosse in ogni momento sul punto di scaraventarsi su di loro, distruggendo il loro soggiornare qui e il loro poter andare altrove – la traiettoria di una vita perpetuamente sradicata senza margine di scelta possibile.

Entro questo scenario il trattenimento e il rimpatrio forzato rappresenta *quel di più*, forma di eccesso e termine di un progetto che valeva la vita e per il quale più volte ci si è trovati con la morte per vicina. Se si arriva come sopravvissuti, si torna come criminali. Il *di più* del trattenimento in un Centro per Rimpatrio è fatto di questi elementi alienanti:

- Reiterazione dell'ordine della violenza: forze militari, polizia, guardie di finanza armati e in numero ingente seguono pedissequamente i (pochi) movimenti dei/delle trattenuti/e all'interno dello spazio di gabbie, porte e cancelli metallici chiusi, celle, finestre rotte e grate, freddo, sporco, vuoto assordante riempito da urla e calci continui alle grate metalliche.
- Sgretolamento dell'idea di sé: fine delle aspettative, delle promesse e dei legami del là, che molto spesso non vediamo come operatori della cura e che tuttavia molto spesso segnano e guidano il senso dell'essere qui. Da medici col camice bianco, tralasciamo che *il corpo* che abbiamo davanti è *una comunità*, sia essa presente o assente, visibile o invisibile, viva o morta. Fatemi uscire, devo curare mia madre che è malata e senza i miei soldi muore. Fatemi uscire, mia moglie morirebbe a vedermi tornare così. Fatemi parlare con mio zio, con mio fratello, coi miei figli, da un mese sono spariti e staranno impazzendo. Tradire questa comunità è una ferita più grande di ogni ferita del corpo.
- De-umanizzazione del sistema di rimpatrio: oltre alle condizioni materiali dello spazio CPR, durante l'internamento vi è una radicale *sospensione del*

tempo: se esserci è tempo (Heidegger) il non sapere quando e come sarà la fine, come andrà a finire, per giorni e mesi, è un atto patogeno e consumante costitutivo della detenzione amministrativa. Il termine *finis*, ricorda Viktor Frankl sopravvissuto ai campi di concentramento, ha infatti una duplice accezione: vale per fine come termine di qualcosa, ma anche come il verso dove, la finalità e il senso dell'esistere a venire. Ora, nel CPR la sospensione della temporalità nel vissuto dell'internato – il non sapere che fine farò e come verrà da altri disposta la mia fine – prima fino a tre e ora fino a diciotto mesi fa letteralmente impazzire. Kronos ingoia Kairos. Cancellazione del senso di sé, del mondo e dei legami, distruzione del poter-essere e di una idea di mondo futuro: davanti a questa apocalissi della privazione, il migliore psicologo del CPR non può curare. Ricordo quando una volenterosa psicologa aveva appena concluso un colloquio di sostegno individuale a colui che si mostrava “depresso e disperato”, incoraggiandolo a immaginare percorsi di inclusione lavorativa una volta uscito dal CPR. Qualche minuto dopo, quella mattina lo stesso uomo veniva prelevato dalla sua stanza per un rimpatrio immediato, sacco nero di effetti personali e trasferimento fascettato all'aeroporto.

Cosa resta dell'umano? Una testimonianza imperfetta, un linguaggio alterato da “continue correnti di inumano ed umano” (Agamben). Così sono le testimonianze che abbiamo raccolto durante i monitoraggi nei CPR, racconti che oggi restituiamo qui consapevoli che chi è sommerso non può parlare.

Nella macroscopica macchina di de-soggettivazione del CPR c'è tuttavia qualcosa che parla prima e oltre le parole: il corpo dei trattenuti. Mi riferisco agli innumerevoli casi di autolesionismo annotati e lasciati sbiadire nel registro degli eventi critici, ma anche ai tagli visibili, alla pelle sanguinante, alle suturazioni improvvisate che costellano i corpi delle persone recluse. Come se la sofferenza trovasse sull'epidermide il suo campo di azione ultima: in una totale privazione di sé e di mondo, quello che resta a testimoniare la libera volontà è proprio l'incidere, l'ingerire e il ferirsi rischiando la vita: parla la violenza chirurgica con cui viene agito il corpo, unico pezzo di mondo ancora in mio potere. Parla e mette scompiglio nel sistema detentivo. Se non più la soggettività di diritto, il corpo assume così su di sé il rischio della libertà, abitando l'intervallo tra *l'abbastanza per* e *non troppo da*: mi faccio abbastanza male per farmi portare fuori di qui (in infermeria, in ospedale, davanti ad altre mani che possono firmare la mia libertà dichiarandomi incompatibile al trattenimento) ma non troppo -forse- per morire. Il dolore agito sul corpo ribalta così funambolicamente a rischio della vita – la stessa condizione giuridica del trattenuto/a: se la legge categorizza la persona come un irregolare destinatario di rimpatrio forzato, la persona rivendica attraverso il suo corpo il diritto alla cura e alla salute *qui*, finché è costretto/a nelle mani dello Stato. Reclama il dovere dello Stato di

tutelare la sua vita. Il corpo diventa repertorio extragiuridico di ottenimento del diritto. Tale operazione sembra restare incompresa dallo staff medico intervistato, accorato nel trovare criteri di selezione tra tentativi di suicidio veri o finti, atti anticonservativi strumentali o effettivi, gesti autolesivi manipolatori o autentici - investigazione fallimentare all'interno della logica che abbiamo chiamato con Khosravi scettica e che ora approfondiamo come universo del sospetto e dell'ostilità - insieme e prima del controllo - del dispositivo CPR.

Quella a cui i trattenuti sembrano inchiodati è una posizione paradossale: il loro comportamento è minaccioso ma vano; sono furbi ma infantili; strepitano lamentandosi, noncuranti dei loro privilegi” (Nicola Manghi).

Tale scomoda indecifrabilità e imprevedibilità dell'altro/a è subito compensata con la dichiarazione di bontà e umanità dello staff medico e del suo giusto potere deliberativo:

Sono gesti infantili, immaturi. Io non posso mandarli via perché si tagliuzzano o per altro, altrimenti tutti gli altri lo farebbero. La presa in giro non la accetto, io sono buono e onesto. Gli porto i confetti, le caramelle, tutti mi vogliono bene, anche quando m'incontrano per strada mi salutano. Però quando mi prendono in giro non lo accetto, dunque non li mando a casa in questi casi (Idem)

Come nelle parole del medico riportate all'inizio del mio intervento, spesso l'auto-assolvimento si sposa a una cecità per assuefazione: il medico di guardia del CPR che a fronte di un tentato suicidio si preoccupa di trovare parcheggio.

La deumanizzazione è sistemica. Sarebbe utile scriverne una fenomenologia come qui accennato, per non assuefarci alle sue prassi vestite da ordinario. All'interno di questo sistema, la testimonianza verbale e incarnata delle persone trattenute ci lascia un messaggio chiaro: vogliamo la libertà più della vita! E siamo disposti/e ad avere la morte per amica.

Chiudo col graffito di Ousman Sylla, ragazzo suicida nel CPR di Ponte Galeria il 4 Febbraio 2024. Le sue parole sono occhi puntati sul funzionamento della detenzione amministrativa come sul sistema di accoglienza, stretti in una ormai palese continuità all'interno del procedere securitario e disperante della politica migratoria italiana ed europea.

“Se un giorno dovessi morire, vorrei che il mio corpo fosse portato in Africa, mia madre ne sarebbe lieta (...). I militari italiani non capiscono nulla a parte il denaro. Mi manca molto la mia Africa e anche mia madre. Non c'è bisogno di piangere su di me, la pace sia con la mia anima e che io possa riposare in pace”.

Bibliografia:

- Agamben, G. *Quel che resta di Auschwitz. L'archivio e il testimone*, Bollati Boringhieri 1998.
- Devi, M. *La trilogia del seno*, Filema 2005.
- Fanon, F. *Scritti politici. Per la rivoluzione africana* Vol 1, Derive Approdi 2006.
- Frankl, V. *Uno psicologo nei Lager*, Franco Angeli 2023.
- Heidegger, M. *Essere e tempo*, Longanesi 2005.
- Khosravi, S. *Io sono confine*, Eleuthera 2019.
- Manghi, N. *L'autolesionismo nel CPR Brunelleschi di Torino. Agency, campo e soggettività* in *Annuac* X, 1, p.115/137 – 2021.

Il Diritto alla salute e le alternative alla detenzione

Nataliya Novakova

Il diritto alla salute è un diritto fondamentale per tutte le persone, indipendentemente dalla loro cittadinanza, inclusi rifugiati e persone migranti. Questo diritto è sancito nei principali strumenti del diritto internazionale dei diritti umani. La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani afferma che ogni individuo ha diritto a un tenore di vita adeguato a garantire la salute e il benessere proprio e della propria famiglia. Il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali riconosce il diritto di ogni persona al godimento del più alto livello raggiungibile di salute fisica e mentale. La salute e il benessere per tutti, a tutte le età, è inoltre uno degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG).

Nella pratica, tuttavia, osserviamo spesso che gli Stati non compiono sforzi sufficienti per garantire il diritto alla salute delle persone in movimento.

La mancanza di un accesso adeguato alla salute per le persone migranti può essere dovuta a diversi fattori. Può dipendere dalle caratteristiche specifiche del sistema di welfare, che limita l'assistenza sanitaria per coloro che non sono coperti da assicurazione al solo minimo vitale, ossia ai servizi di emergenza salvavita. Può anche derivare dalla paura di persecuzioni: in alcuni Paesi, il personale sanitario è obbligato a segnalare alle autorità di polizia le persone migranti irregolari che si presentano per cure.

L'effetto cumulativo di questi fattori porta a una constatazione allarmante da parte dell'OMS Europa: più a lungo richiedenti asilo, persone migranti in situazione irregolare, persone con esperienza di tratta e altre persone in condizioni di vulnerabilità restano nei Paesi ospitanti, maggiore è il rischio che sviluppino malattie non trasmissibili. Inoltre, questi gruppi di popolazione sono colpiti in modo sproporzionato anche da molte malattie trasmissibili rispetto alle popolazioni autoctone europee. I migranti internazionali, compresi i rifugiati, rappresentano circa l'11% della popolazione residente in Europa³³.

L'accesso alle cure è ancora più problematico per le persone migranti in detenzione. Considerando le attuali politiche orientate verso una crescente securizzazione e la tendenza a esaminare le richieste di asilo direttamente alla frontiera, è prevedibile un aumento della detenzione amministrativa per motivi migratori in Europa nei prossimi anni. In questo contesto, è fondamentale essere consapevoli di cosa queste politiche significhino per il diritto alla salute delle persone in movimento.

³³ Addressing the health challenges in immigration detention, and alternatives to detention - <https://idcoalition.org/wp-content/uploads/2024/01/Addressing-the-Health-Challenges-in-Immigration-Detention-A-ID.pdf>

Attualmente in Europa esistono tre tipologie di gestione dei centri di detenzione amministrativa: la gestione statale, statale con partecipazione locale, e privatizzata. La qualità dei servizi varia tra queste forme, ma vi è un consenso generale sul fatto che i centri di detenzione a gestione statale godano di un maggiore livello di fiducia da parte delle persone trattenute e che offrano una qualità dei servizi più coerente.

Nella maggior parte dei centri di detenzione amministrativa, indipendentemente dalla loro forma di gestione, i problemi più comuni legati al diritto alla salute derivano dal fatto che le persone detenute hanno, nella maggior parte dei casi, accesso esclusivamente all'assistenza medica d'emergenza.

L'orario di presenza dei medici interni è estremamente limitato, così come l'accesso a strutture sanitarie esterne. Si rileva inoltre una carenza di cure specialistiche e/o l'impossibilità di accedere a servizi sanitari di secondo e terzo livello.

Le problematiche sanitarie più diffuse nei centri di detenzione per persone migranti riguardano:

- Malattie trasmissibili
- Traumi e lesioni
- Disturbi di salute mentale
- Problemi di salute specifici delle donne

Quando le persone migranti vengono trattenute nei centri di detenzione amministrativa le loro condizioni di salute preesistenti sono spesso ignorate.

Lo screening per la vulnerabilità è spesso assente o limitato a controlli fisici superficiali. Un recente rapporto di Amnesty International, a seguito di visite nei CPR in Italia, conferma che le valutazioni mediche e i test di idoneità non riflettono spesso le reali condizioni di salute delle persone trattenute. Amnesty International ha documentato tre casi di malattia mentale acuta e uno di grave problema fisico (incapacità di deambulare). In tutti questi casi, sono stati comunque ritenuti idonei alla detenzione dall'autorità sanitaria competente³⁴.

L'Agenzia Nazionale Stampa Associata (ANSA) ha recentemente pubblicato l'inchiesta "*Il manicomio dei migranti*", evidenziando gravi problematiche relative alla violazione del diritto alla salute delle persone trattenute. Tra i casi segnalati, vi è quello di una donna con gravi disturbi mentali in isolamento nel CPR di Ponte Galeria per 9 mesi. È stata necessaria una visita parlamentare per porre fine al suo trattenimento. Insieme ad alcuni avvocati è stato presentato un ricorso urgente alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (CEDU), che il 3 luglio 2024 ha emesso una

³⁴ Amnesty International, [Liberty and Dignity: Amnesty International's Observations on the Administrative Detention of Migrant and Asylum-Seeking People in Italy](https://www.amnesty.org/en/documents/eur30/8244/2024/en), 2024, <https://www.amnesty.org/en/documents/eur30/8244/2024/en>

sentenza ordinando all'Italia il rilascio immediato della persona trattenuta nel CPR di Ponte Galeria³⁵.

Secondo una ricerca condotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il 66% delle persone migranti entra in un centro di detenzione amministrativa con almeno una condizione di salute mentale o fisica preesistente che richiede cure continuative.

Inoltre, le donne migranti in situazione irregolare hanno una probabilità maggiore di sviluppare un disturbo psichiatrico durante la detenzione rispetto agli uomini, nonostante la maggior parte del campione fosse costituita da uomini (84%)³⁶.

In questo contesto, il processo di privatizzazione dei centri di detenzione per persone migranti comporta ulteriori minacce per la salute delle persone trattenute.

I casi di Spagna e Italia, dove i centri sono amministrati da aziende private, dimostrano che la qualità dei servizi sanitari peggiora e che vengono meno sia i meccanismi di controllo che quelli di responsabilità. La logica complessiva dell'efficienza economica, unita al conflitto di lealtà dei medici - che dipendono direttamente dal datore di lavoro privato- costituisce un ulteriore ostacolo alla piena tutela del diritto alla salute.

In Spagna, indagini ufficiali hanno accertato un collegamento tra la morte della persona migrante Samba Martine e l'inadeguata erogazione dei servizi sanitari nel centro di detenzione gestito dalla società privata *SERMEDES S.L*³⁷.

Il rapporto di CILD sui CPR italiani documenta numerosi casi in cui, nonostante l'idoneità sia stata certificata da medici privati, persone migranti affette da gravi patologie (inclusi casi di cancro) o con importanti disturbi psichici sono stati ammessi nei CPR, con esiti anche drammatici come suicidi durante il trattenimento.

Le visite di monitoraggio effettuate in più occasioni hanno rilevato forti discrepanze tra gli orari e le modalità di erogazione dei servizi dichiarati dalla struttura o dal personale medico e una sostanziale inaccessibilità ai servizi sanitari, inclusi quelli di emergenza e di supporto psicologico.

Inoltre, il 90% degli avvocati intervistati nell'ambito della ricerca ha dichiarato che nei fascicoli presso l'autorità giudiziaria mancava il certificato di idoneità alla

³⁵ ANSA, *Il manicomio dei migranti*, 2024 - https://www.ansa.it/sito/notizie/magazine/2024/07/09/il-manicomio-dei-migranti_da695b9c-64e4-467c-ad1f-f06664b44f2f.html?utm_source=whatsapp&utm_medium=channel&utm_campaign=social&fbclid=IwY2xiawEv93ZleHRuA2FlbQixMAABHYHP6LUaILl5tfDQVgrzImOrRqkhAb2ZF0af43vpQuwG79yLIE3nnce5YA_aem_93-N3j6GNjD6J0CfNgURqQ

³⁶ Addressing the health challenges in immigration detention, and alternatives to detention - <https://idcoalition.org/wp-content/uploads/2024/01/Addressing-the-Health-Challenges-in-Immigration-Detention-AT-D.pdf>

³⁷ Conditions in detention facilities - Asylum Information Database | European Council on Refugees and Exiles - <https://asylumineurope.org/reports/country/spain/detention-asylum-seekers/detention-conditions/conditions-detention-facilities/>

trattenimento per i propri assistiti, nonostante tale documento rappresenti un requisito fondamentale per convalidare o prorogare la misura³⁸.

Si osserva inoltre una tendenza preoccupante, particolarmente evidente in Spagna, a espellere o rimpatriare le persone migranti quando queste, o le organizzazioni della società civile che agiscono in loro difesa, cercano di denunciare le violazioni dei diritti subite durante la detenzione.

Ad esempio, nel giugno 2023, 36 persone trattenute presso il CIE di Valencia sono state espulse dopo aver iniziato uno sciopero della fame per denunciare le cattive condizioni della struttura e i trattamenti inumani da parte della polizia.

Nel novembre 2023, un uomo di 68 anni, detenuto nello stesso CIE, è stato espulso verso la Bolivia nonostante le sue gravi condizioni di salute, aggravate dalla mancanza di assistenza medica durante il trattenimento.

Sempre nel giugno 2023, una persona migrante detenuta è stata deportata in Paraguay, presumibilmente per aver denunciato al giudice competente di aver subito percosse e minacce da parte della polizia durante il trattenimento³⁹.

Alla luce di questa tendenza, è fondamentale che la comunità legale sviluppi strategie e apprenda dalle esperienze di altri Paesi in prima linea come garantire in modo più efficace il rispetto del diritto alla protezione in caso di espulsione, rimpatrio o estradizione, come sancito dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.

Al contrario, le alternative alla detenzione (ATD) rappresentano un'importante opportunità per garantire una maggiore tutela del diritto alla salute delle persone migranti.

Le ATD non solo sono previste dal diritto internazionale e da linee guida internazionali, ma sono anche essenziali per garantire la dignità e il trattamento rispettoso di ogni individuo.

Le ATD sono generalmente intese come politiche o programmi che offrono alle persone migranti, che altrimenti sarebbero state private della loro libertà personale, l'opportunità di risiedere nella comunità per completare le procedure migratorie (in alcuni casi con alcune restrizioni per garantire il rispetto delle regole).

I dati mostrano i seguenti effetti positivi delle ATD sulla salute delle persone migranti:

- La prevalenza e la gravità dei disturbi mentali sono maggiori tra le persone migranti detenute rispetto a popolazioni simili di migranti che vivono in contesti comunitari.

³⁸ M. Marzano, "Black Holes": *Detention Without Charge and Violations of Human Rights in Italian Detention Centres*, 21 January 2022 - https://atdnetwork.org/wp-content/uploads/2019/03/ReportCPR_En_2vers-1.pdf

³⁹ Conditions in detention facilities - Asylum Information Database | European Council on Refugees and Exiles - <https://asylumineurope.org/reports/country/spain/detention-asylum-seekers/detention-conditions/conditions-detention-facilities/>

- I richiedenti asilo detenuti hanno riportato tassi più elevati di depressione, ansia e sintomi da evitamento (collegati al PTSD) rispetto ai richiedenti asilo residenti nella comunità.
- Le sex workers migranti detenute hanno riportato tassi molto elevati di depressione (79%), significativamente superiori rispetto a un campione simile di lavoratrici migranti residenti in comunità (33%).
- I tassi di suicidio tra i richiedenti asilo in detenzione amministrativa erano molto superiori alla media della popolazione locale (112 contro 9 ogni 100.000 abitanti, rispettivamente).

La valutazione delle alternative alla detenzione (ATD) in Europa ha mostrato un miglioramento della salute mentale delle persone migranti nel 96% dei casi.

I benefici delle ATD per la salute delle persone migranti sono evidenti.

Per questo motivo, IDC e i suoi partner, in Europa e a livello globale, stanno promuovendo l'introduzione delle alternative alla detenzione da parte degli Stati, in quanto rappresentano l'unico meccanismo in grado di garantire una protezione adeguata dei diritti umani delle persone in movimento, incluso il diritto alla salute.

Intervista a Natasha Tsangarides

Arianna Egle Ventre e Irene Proietto

Puoi presentarti brevemente? Chi sei e cosa è Freedom from torture?

Sono direttrice associata dell'advocacy di Freedom from Torture. Freedom from Torture è un'organizzazione con sede nel Regno Unito e uno dei più grandi centri di riabilitazione dalle torture in Europa. Forniamo servizi legali e assistenziali oltre a una serie di servizi medici e psicoterapeutici ai sopravvissuti alla tortura. Inoltre, svolgiamo una piccola parte di advocacy e di campaigning

Come è nata la vostra organizzazione?

Freedom from torture è stata fondata nel 1985 ed è stata in realtà uno spin off di Amnesty International, il gruppo di medici di Amnesty, che ha pensato di riunire l'attenzione per la medicina all'interno di un'organizzazione per i diritti umani. Siamo quindi un mix di medicina e diritti umani nella difesa dei sopravvissuti alle torture, la maggior parte dei quali sono persone in cerca di asilo.

Una prospettiva medica e medicalizzante può essere strumentalizzata per alimentare sistemi repressivi e criminalizzanti. In che modo invece nella vostra organizzazione il focus nell'ambito medico interagisce con la difesa e tutela dei diritti umani?

La nostra organizzazione è molto concentrata sulla protezione dei sopravvissuti alla tortura e per farlo utilizziamo sia l'approccio medico che quello dei diritti umani. Quindi, naturalmente, in altri contesti, posso immaginare che il contesto medico possa essere usato contro le persone, ma, per i nostri scopi e per perseguire i diritti umani delle persone, usiamo anche le competenze cliniche e le esperienze cliniche che i nostri medici vedono quando sono con i pazienti ogni giorno.

Come mediate e favorite l'interazione tra diverse esperienze, backgrounds e conoscenze all'interno di Freedom from torture?

È interessante perché non lo vedo come un problema, anzi. Penso che quando si è d'accordo sugli obiettivi generali della beneficenza, in realtà venga istintiva una sorta di complementarità. So che a volte ci sono o ci possono essere tensioni, per esempio, tra ciò che i medici potrebbero volere e l'approccio legale, per esempio, e l'approccio di advocacy. Ma credo che si tratti di ascoltarsi a vicenda, di imparare l'uno dall'altro, di rispettare le rispettive discipline e di capire quale sia la tattica e l'approccio migliore per qualsiasi cosa si stia facendo. Posso farvi un esempio. Un'altra area su cui insistiamo molto è il coinvolgimento dei sopravvissuti alla tortura in tutti gli elementi del nostro lavoro. Non solo nel nostro lavoro di advocacy, ma anche nella progettazione dei nostri servizi clinici e anche in termini di ciò che la nostra organizzazione fa e di come, a cosa dà priorità in termini di scopi, obiettivi e strategia generale. Credo che in passato ci siano state delle tensioni in termini di difficoltà di crescita nell'aver un altro gruppo di esperti coinvolti nel processo decisionale, ma credo che le abbiamo superate. E la nostra ultima strategia è stata co-progettata e co-consegnata da sopravvissuti alle torture.

Pensate che il coinvolgimento di personale medico nella vostra organizzazione aiuti a sensibilizzare il settore sanitario più nel complesso?

Penso che, prima di tutto, i medici siano grandi messaggeri. Sono in grado di parlare a un pubblico molto più vasto e di essere ascoltati molto più di quanto non lo siano, ad esempio, gli attivisti o i sostenitori. Quindi, per noi è molto importante mettere in campo medici e clinici come portavoce. Penso che i nostri medici abbiano un'ottima capacità di scrivere su riviste mediche, oltre che a parlare alla stampa e a mantenere i contatti con il gruppo ombrello del Royal College (per esempio il Royal College of Psychiatrists) e a coinvolgere altri medici. Abbiamo anche molti medici volontari che ci aiutano a redigere rapporti medico-legali per i sopravvissuti alle torture seguiti da avvocati, che si sono istruiti e che vogliono che venga redatta una relazione.

La vostra organizzazione è composta da persone con diverse esperienze e punti di vista. Pensate che questo aiuti verso un cambio di

narrativa che contrasti la narrativa mainstream su detenzione e migrazione?

Il lavoro sulla narrativa è un elemento molto importante per noi nella nostra teoria del cambiamento e nel modo in cui intendiamo realizzare il cambiamento per migliorare i diritti dei rifugiati e dei sopravvissuti alla tortura. Il lavoro di narrazione può comprendere, ad esempio, l'analisi dell'impatto medico e clinico sul personale e sui sopravvissuti. Dall'altro lato cerchiamo un cambio di narrazione mediante lo spostamento del dibattito tipico del governo volgendo il discorso più positivo e visionario con la presentazione di alternative attraverso una nostra messaggistica alternativa.

Che tipo di discorso avete utilizzato nella vostra campagna contro la detenzione?

La campagna sulla detenzione è ricca di tanti elementi diversi, ma pensando in termini di lavoro complessivo si può dire che l'obiettivo era diminuire i numeri delle persone detenute. Ci siamo focalizzati nello spostamento dell'attenzione su controllo e criminalità verso il danno causato e l'inefficienza: la detenzione infatti non raggiungeva gli obiettivi prefissati dal governo, oltre a essere inefficiente e costosa. Inoltre credo sia importante distinguere tra la narrazione privata e quella pubblica. Ci possono essere delle distinzioni. Così, in ambito pubblico, non è detto che si voglia parlare di costi, ma in ambito privato sì, perché non si vuole che l'opinione pubblica si concentri su "oh, immigrazione, oh, costoso", ma è un argomento che potrebbe funzionare a porte chiuse.

Perché ha iniziato la sua campagna nel 2018? È successo qualcosa? E perché avete deciso di iniziare la vostra campagna contro la detenzione proprio quell'anno?

L'esempio che ho fatto in sala era quello di una campagna settoriale, quindi credo che le persone che hanno preso parte alla campagna avessero molte motivazioni diverse, ma soprattutto perché la detenzione provocava danni.

Come è cambiato il contesto della detenzione nel Regno Unito dal 2018 a oggi? E come avete adattato la vostra campagna a questi cambiamenti?

L'esempio che ho fatto prima riguardava la drastica diminuzione del numero di persone detenute, che si è praticamente dimezzato negli ultimi dieci anni. Questo è avvenuto per una serie di ragioni diverse e ha incorporato così tanti attori diversi, da quelli governativi a quelli non governativi, ai medici e a tutti gli altri. L'importante è che le campagne non esistano in modo isolato: fanno parte di un ecosistema di tanti attori diversi che fanno tante attività diverse. Si tratta di trovare quei punti di convergenza e, in ultima analisi, di costruire narrazioni alternative, soluzioni politiche alternative e ottenere il consenso di cui si ha bisogno.

Qual è la narrativa principale su migrazione e detenzione in UK? Come è cambiata negli ultimi anni?

Dal punto di vista del controllo e dell'assoluta necessità di doversi sbarazzare di tutte queste persone, considerate come se fossero tutti criminali. Continuavano a dire di aspettare un attimo, che il sistema era un po' costoso e non molto efficiente, e che la gente aveva molti occhi puntati su di loro. Sì...

Non era così facile da vendere. E penso che un'altra cosa che non ho detto è che in realtà il pubblico è diventato un po' più consapevole di ciò che stava accadendo. C'è stato un giornalista investigativo della BBC che è andato sotto copertura ed è andato in onda in un programma di un'ora sulla BBC, sull'emittente nazionale, ed è stato scioccante. Mostrava ciò che tutti sappiamo che accade, ma lo mostrava al pubblico e credo che quello sia stato un punto di svolta. Tutte le Ong si erano già ampiamente espresse in merito, i medici avevano manifestato la loro opinione contraria e c'era già stata un'inchiesta al riguardo appoggiata da alcuni parlamentari. Ma improvvisamente l'attenzione del pubblico ha portato a un cambiamento: i britannici, come gli italiani, così come qualsiasi altro popolo, non vogliono che si verifichi un simile livello di abuso. Quando lo si vede e lo si capisce, le persone reagiscono perché non è ciò che vogliono trovarsi davanti. Per questo è importante pensare sempre più in grande rispetto ai soliti sospetti scambiati in una stanza chiusa.

Quali sono i prossimi passi contro la detenzione e la violazione dei diritti?

Bisogna coinvolgere le persone che sono state nel sistema, i richiedenti asilo, le persone che sono state detenute. È davvero importante sviluppare questo tipo di alleanze, come quella con i medici, ma in modo più ampio, ad esempio, con le donne che sono state detenute e con i bambini che sono stati detenuti. E poi, credo che si tratti di cambiare la narrazione, di coinvolgere il pubblico e di educarlo, renderlo consapevole e mobilitarlo.

Come è possibile creare una rete di alleanza internazionale?

Sì, insomma, un incontro come questo è utile. È necessario riunire di tanto in tanto gli esperti del settore e ispirarsi a vicenda, imparare l'uno dall'altro e condividere le buone pratiche, le sfide e le opportunità. E credo che oggi sia stato un ottimo esempio di questo e spero che sia l'inizio di altri incontri.

Nella descrizione della vostra campagna contro la detenzione, sottolineate il rischio di riportare alla memoria le torture da cui i sopravvissuti sono fuggiti. Tuttavia, è proprio su questo che si basa la detenzione amministrativa, almeno qui in Italia: la convinzione che ci sia qualcuno da proteggere e qualcuno che viene "da Paesi sicuri", che non ha bisogno di protezione. Il trauma del passato viene in qualche modo strumentalizzato per giustificare il trauma imposto nelle strutture di detenzione. Come, secondo lei, si può cambiare questa narrazione?

Voglio dire, primo, non so nulla del contesto italiano, ma scommetto che ci sono sopravvissuti alla tortura all'interno di quei centri di detenzione. Quindi si tratta di educare l'opinione pubblica tradizionale, ma comunque le persone. E ancora, non so chi sia esattamente detenuto in Italia, ma come in Inghilterra, si tratta perlopiù di persone che chiedono asilo e la maggior parte di coloro che chiedono asilo hanno avuto viaggi piuttosto traumatici. È un trauma dover lasciare la propria casa. E credo che in una delle diapositive sia stato detto che qualcosa come due terzi delle persone

nei centri di detenzione amministrativa hanno conseguenze sulla salute mentale e fisica. Si tratta quindi di una popolazione in generale bisognosa che è necessariamente vulnerabile in quanto costretta a fuggire dal proprio Paese. E quindi mi atterrei a questa narrazione. La detenzione in sé e per sé provoca danni, punto e basta. E per di più, si tratta di una popolazione vulnerabile che non ha fatto nulla di male e che viene trattenuta per comodità amministrativa. È questo che bisogna spiegare al pubblico, in modo piuttosto articolato e facile da capire, perché il discorso della criminalizzazione deve essere spezzato.

In che modo i vostri progetti e le vostre campagne interagiscono e parlano tra di loro?

Dato che siamo un piccolo team di advocacy, non ci stiamo specializzando sulla detenzione come priorità. Tuttavia la detenzione interagisce con molti elementi, perché i nostri clienti sono vulnerabili alla detenzione in qualsiasi momento. Il che significa che il nostro servizio legale potrebbe essere coinvolto, il nostro servizio di assistenza sociale potrebbe essere coinvolto, il nostro servizio medico legale potrebbe essere coinvolto. Tutto ciò avrà un impatto. Avrà un impatto sulla loro salute mentale, il che significa che avrà un impatto sui nostri medici. In linea di massima, se un cliente è stato detenuto, ne esce rapidamente grazie alla fortuna di essere legati a un'organizzazione come la nostra. In ogni caso siamo coinvolti sul tema della detenzione in tante modalità diverse. Per esempio, siamo stati molto attivi nella campagna per il Ruanda e per fermare il Ruanda e facendo questo, abbiamo avuto un impatto su coloro che sono detenuti.

Intervista a Carolina Gottardo

Arianna Egle Ventre e Irene Proietto

Potresti brevemente presentarti introducendo anche l'International Detention Coalition (Coalizione internazionale sulla detenzione) ?

Mi chiamo Carolina Gottardo e sono la direttrice della Coalizione internazionale sulla detenzione. La Coalizione internazionale sulla detenzione è una rete di persone e organizzazioni in più di 75 Paesi del mondo. La nostra missione principale è quella di fare advocacy contro la detenzione amministrativa delle persone migranti e di promuovere alternative alla detenzione. Lavoriamo in tutti i continenti: Africa, Asia e Pacifico, Americhe e MENA (quindi Medio Oriente e Nord Africa) ed Europa. Tra i nostri membri vi sono organizzazioni che svolgono attività diverse: attività di advocacy, di ricerca, di fornitura di servizi e di creazione di campagne su tematiche migratorie soprattutto in merito a questioni inerenti alla detenzione o contro la detenzione.

Poiché siete una coalizione che coinvolge molti Paesi avete una visione molto ampia sulla detenzione amministrativa a livello globale. Quale è la tendenza pensate che ci sia al momento in merito alle politiche sulla detenzione amministrativa?

Sì, abbiamo un'idea molto precisa di ciò che accade a livello globale e purtroppo la detenzione amministrativa è cresciuta negli ultimi anni. Per essere precisa direi che è cresciuta negli ultimi decenni se non negli ultimi anni. Ciò che intendo è che la detenzione amministrativa delle persone migranti è un fenomeno relativamente nuovo per la storia che è cresciuto in tutte le regioni del mondo. C'è solo un'eccezione: il Sud America. In Sud America si gestisce un volume molto elevato di arrivi di persone migranti. Si parla di milioni di persone, per esempio, che arrivano dal Venezuela. Tuttavia il ricorso alla detenzione è molto limitato e i minori non vengono assolutamente detenuti, mentre per gli adulti il ricorso alla detenzione è davvero molto limitato. È dunque l'unica regione in cui il ricorso alla detenzione non è aumentato, a differenza del resto del mondo. Al contrario gli Stati Uniti sono il paese

che detengono il maggior numero di persone migranti. La tendenza è molto negativa anche in Europa poiché è stato recentemente approvato il nuovo Patto su migrazione e asilo a causa del quale assisteremo a un incremento dell'utilizzo della detenzione amministrativa in tutta Europa. A dire il vero la detenzione di minori stranieri è già aumentata, indipendentemente dall'età. Dunque, una piega molto preoccupante e altrettanto preoccupante è la direzione che stanno prendendo anche altre regioni. Basti pensare all'America Centrale, al confine messicano. Il Messico è infatti un altro stato che applica massivamente la detenzione amministrativa. Se andiamo ad analizzare la situazione nella regione MENA notiamo l'impatto negativo delle politiche di esternalizzazione europee: si pensi alla Libia e in generale al Nord Africa. Tanta attenzione alla detenzione è posta anche in Africa sub sahariana oltre che in Asia, soprattutto nel sud est asiatico e in India.

Quali sono le ragioni di questa tendenza negativa in merito alla detenzione amministrativa a livello globale?

Le ragioni sono principalmente legate alla sempre più frequente e decisa criminalizzazione della migrazione. Stiamo assistendo a politiche molto rigide come l'esternalizzazione delle frontiere, i respingimenti illegali, le deportazioni e la detenzione. Inoltre anche la solidarietà viene criminalizzata andando a colpire coloro i quali sostengono in varie forme le persone migranti. E questo accade perché la migrazione è diventata una grande questione politica. In diversi luoghi del mondo vediamo che la migrazione viene usata a fini elettorali: le persone migranti e rifugiate e le persone in movimento sono i capri espiatori a fini politici. Molte di queste politiche di criminalizzazione, secondo le ricerche, non sono efficaci. Il problema è che la politica migratoria in questo momento non si basa su prove, ma sulla politica. Quindi, se si segue la politica dove il populismo sta prevalendo, allora la criminalizzazione della migrazione prevarrà anch'essa, il che è ovviamente molto sconvolgente, poiché causa tensioni sociali.

Come descriveresti più nel dettaglio la situazione europea?

Come dicevo prima, le tendenze in Europa non sono positive. Voglio dire, molti Paesi in Europa detengono già le persone migranti. Ma ora, con l'approvazione del Patto

per l'asilo e la migrazione, diviene una questione ancor più seria. Infatti viste le modifiche dell'intero processo di screening e di asilo, è molto probabile che tutto il confine dell'Unione Europea diventi un insieme di molti centri di detenzione disseminati lungo il percorso. Non è ancora chiaro come funzionerà il Patto, ma per noi è chiaro come sia una porta aperta volta a favorire l'espansione dello spazio di detenzione in Europa. Siamo rimasti molto delusi anche rispetto alla possibilità di trattenere minori stranieri, a prescindere dall'età. Infatti, nonostante alcuni Paesi europei si siano opposti, altri hanno spinto per l'approvazione di tali disposizioni, prevalendo. La combinazione della situazione nazionale in alcuni Paesi e la tendenza generale che stiamo vedendo in Europa sta portando in una direzione molto preoccupante. Si assiste a uno spostamento verso una destra populista, che pone al centro della sua agenda i diritti. Questo significa che la migrazione, a molti livelli nazionali, continua a essere altamente politicizzata.

La politicizzazione della questione migratoria a livello nazionale unita al nuovo Patto su migrazione e asilo lascia prospettare un futuro europeo allarmante sul tema; decisamente una regressione.

Quali sono le alternative alla detenzione amministrativa?

Ci dovrebbero essere diversi modelli per combattere la detenzione. Penso che la società civile abbia un ruolo importante in questo senso. Noi come IDC, promuoviamo alternative alla detenzione tramite campagne e contenziosi strategici. Con l'alternativa alla detenzione vogliamo promuovere l'accompagnamento di persone che si trovano nella comunità, senza che la loro libertà di movimento sia limitata, supportando mediante un'assistenza per la gestione di ogni singolo caso. Per noi questa è un'opzione molto appetibile che gli Stati dovrebbero sempre prendere in considerazione. Perciò, invece di mettere le persone in detenzione, si tratterebbe di risolvere i loro casi senza privarle della libertà, ma lasciandole partecipare della e nella comunità: siamo grandi sostenitori di quest'approccio. E credo che una combinazione di metodi diversi sia importante. Credo che sia da tenere in considerazione che non possiamo parlare sempre ai 'convertiti', perché nella società civile tendiamo a rivolgerci a chi pensa in modo molto simile. Sembra che siamo tutti d'accordo, ma la realtà è che non tutti sono d'accordo con noi ed è chiaro vedendo la

situazione complessiva in Europa (partiti populistici di destra, criminalizzazione della migrazione ecc.) Quindi dobbiamo presentarci con un ventaglio di soluzioni e interagire con le persone con cui normalmente non siamo soliti interagire. Per esempio, in primo luogo, come stiamo dicendo oggi all'incontro, è un'ottima idea cercare una collaborazione con il personale medico, poiché non è un settore che solitamente crea campagne su questioni migratorie o vicine. Dovremmo anche comunicare con i parlamentari europei, anche se appartenenti a partiti con i quali ci troviamo in disaccordo, per capire dove possiamo trovare un effettivo supporto.

Al tempo stesso è cruciale cercare un canale di collaborazione anche con le autorità locali che non sono necessariamente allineate con le politiche di governo. Poi, è utile anche lavorare con una più ampia coalizione della società civile, composta non solo da organizzazioni che si occupano di temi migratori ma più diversificata. Sprechiamo soltanto il nostro tempo se parliamo tra di noi, è una battaglia troppo facile.

In Italia il settore medico ha un ruolo cruciale poiché può interferire nella convalida o meno della detenzione mediante la certificazione di idoneità al trattenimento. A livello internazionale si rileva un'importanza simile dell'ambito sanitario in merito alla detenzione amministrativa?

La presentazione che ho fatto nell'incontro di oggi mostrerà il caso dell'Australia, dove un'alleanza tra la società civile e i medici ha permesso di vincere e fermare la detenzione dei bambini a Nauru, un'isola al di fuori dell'Australia. Da anni la società civile faceva campagne e denunciava la violazione dei diritti umani, ma è grazie a questa collaborazione con i medici che si è assistito a un successo. Questa alleanza tra la comunità medica e la società civile è riuscita a fare pressione sul governo per cambiare le cose. Quindi, se il settore sanitario non fosse stato coinvolto, la situazione sarebbe rimasta invariata. Questo è un ottimo esempio di alleanza con il settore sanitario che ha lavorato specificamente su questioni di detenzione amministrativa.

In generale, su un piano internazionale, il settore medico può avere molta influenza, anche se ovviamente cambia da contesto a contesto, poiché ci sono paesi dove il personale sanitario ha più capacità di azione. Certo è che i governi sono stanchi di ascoltare la società civile perché viene vista come un avversario e anche questo è un

problema non da poco. Per la società civile è fondamentale interagire con i governi a prescindere dall'orientamento: l'ostilità reciproca tra società civile e governo non porta da nessuna parte perciò si dovrebbe aspirare a una sorta di connessione. In ogni caso, società civile e governi procedono in parallelo, mentre con l'influenza dell'ambito medico, si apre un altro spazio di discorso.

Subentra infatti un nuovo attore con un tipo di esperienza diversa per mettere in evidenza gli effetti devastanti della detenzione amministrativa di persone migranti. Sono conseguenze che durano per decenni, che toccano non solo i soggetti coinvolti ma anche le famiglie e la comunità tutta. Ammettendo questo, i dottori offrono una prospettiva diversa a quella portata dal governo e, in ogni caso, permettono alla comunità contro le politiche detentive di crescere in numero perché non è più solo la società civile, ma anche il settore sanitario a unirsi al percorso di denuncia. È quello che è successo in Australia: c'erano così tante persone perché si trattava di un collegio elettorale più ampio. In secondo luogo, la voce e la prospettiva dei medici è diversa ed è molto informata degli aspetti sanitari della situazione, con una risonanza diversa. E questo è ciò che intendo per la creazione di alleanze, che sono essenziali e dovremmo sostenere. Noi come IDC lavoriamo a stretto contatto con l'OMS, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sul tema della detenzione. È uno dei temi prioritari per loro, salute e detenzione. Due anni fa hanno prodotto su nostra richiesta un kit di strumenti per quanto riguarda gli effetti della detenzione amministrativa, le conseguenze e l'importanza delle alternative. Si tratta dunque di un lavoro collaborativo a livello globale, come la collaborazione con l'OMS su queste questioni o contro questi questioni.

Quali pensi siano i soggetti e gli attori cruciali per favorire le alternative alla detenzione?

Sicuramente il personale medico, ma anche altri ambiti, a partire da quello parlamentare. Penso anche al lavoro delle autorità locali, non sempre d'accordo con le azioni del governo nazionale, perché le politiche a livello locale sono diverse da quelle a livello nazionale. Ma la seconda cosa è che le autorità locali sono quelle che vedono le conseguenze delle politiche negative. Sono loro che devono affrontare i problemi di per sé, giorno per giorno. Quindi tendono a essere più aperti nei

confronti delle questioni migratorie, anche se bisogna stare attenti a non generalizzare i governi. Per quanto riguarda noi di IDC, siamo stati in grado di realizzare cambiamenti straordinari parlando con il dipartimento giusto al momento giusto. Quindi per esempio alle volte anche se ci siamo rivolti al dipartimento dell'immigrazione, non abbiamo ottenuto nulla, mentre iniziando a lavorare con altri dipartimenti, siamo arrivati a delle soluzioni da un'angolazione diversa. Per esempio in alcuni Paesi ci siamo relazionati con il dipartimento per la protezione dell'infanzia o con il dipartimento per le donne o con gli affari esteri, o ancora, con il ministero della salute. Facendo questo e impegnandoci con il governo in modo costruttivo, riusciamo a individuare internamente dei campioni che ci aiutano a portare avanti l'agenda di advocacy. Naturalmente, il contesto italiano è difficile in questo momento a causa dell'orientamento di governo. Non significa però che alcuni burocrati non siano dalla vostra parte, perché c'è una grande differenza tra i burocrati e i politici. Quindi dovete mantenere i vostri legami perché devono comportarsi come dice il governo, ma al tempo stesso potrebbero non farlo. Voglio dire, potrebbero comunque essere potenziali alleati. Anche cercare di identificare le persone che sono all'interno del sistema è importante.

Altri potenziali alleati sono gli avvocati che possono mettere in atto il contenzioso strategico. Ovviamente anche il ruolo dei tribunali è fondamentale. Può darsi che facendo causa o trovando un caso giusto per un contenzioso strategico, si possa fare un passo avanti. Un'altra alleanza molto difficile è quella con i media. Come sappiamo, le notizie sulla migrazione seguono narrazioni molto problematiche. Quindi, trovare i media giusti che raccontino le storie giuste e non demonizzino le persone migranti non è sempre così facile perché, ovviamente, il governo alimenta sempre storie negative che i media amano pubblicare.

Può raccontarci alcuni casi dove siete arrivati a influenzare le politiche sia su livello nazionale che internazionale?

In Messico, in collaborazione con alcuni partner siamo riusciti a fare pressione sul governo a legiferare per vietare la detenzione dei minori, che era massiccia. E siamo riusciti, dopo molti anni. Anche in Thailandia siamo riusciti a spingere per un memorandum d'intesa che ha portato al rilascio di 500 famiglie dalla detenzione

amministrativa. A livello globale, siamo stati molto influenti per quanto riguarda la disposizione principale sulla detenzione e il Global Compact sulla migrazione (obiettivo 13). Quindi l'IDC era dietro la formulazione del testo e si impegna per promuovere alternative alla detenzione e per porre fine alla detenzione dei minori. Inoltre abbiamo ottenuto una serie di impegni di alto livello da parte dei governi a intraprendere azioni nell'alternativa alla detenzione. Quindi l'organizzazione stessa ha avuto un grande impatto e avremmo molti altri esempi. Ma tale cambiamento non è avvenuto in fretta. Si tratta di anni e anni di advocacy, di advocacy locale; si tratta di un lavoro continuo, di strategie diverse, di cercare di capire il contesto, di capire come cambiare la strategia a seconda del contesto e della politica. Un altro aspetto è quello delle alleanze. Come dicevo prima, è molto importante una società civile unita, che cerchi di parlare con altri settori, che cerchi di trovare le giuste vie d'accesso al governo, o che al contrario valuti anche modalità oppostive, come le controversie strategiche. Ma è una combinazione di queste tattiche al momento giusto e nel posto giusto che ci ha portato ad alcuni cambiamenti.

Prima hai parlato anche di un'alleanza con i media. Tuttavia per fare buona informazione è fondamentale avere i giusti dati e documenti. Pensi ci sia trasparenza a livello globale in merito alla detenzione amministrativa?

No, no. La detenzione è una delle questioni più oscure del nostro tempo. Voglio dire, nessuno sa quale sia il numero di persone detenute a livello globale. Ci sono delle stime però insomma, nessuno lo sa. Il motivo per cui nessuno lo sa è che la natura stessa di come i governi gestiscono la detenzione amministrativa è opaca. Un grosso problema è che la detenzione amministrativa ha meno garanzie della detenzione penale. Ad esempio anche le limitazioni temporali non sono chiare: nell'Asia del Pacifico, ci sono molti casi dove la detenzione è a tempo indeterminato, così come nel Regno Unito e in Australia e molti Paesi in quella parte del mondo. Detenzione a tempo indeterminato: ovvero detenzione senza garanzie. Se si tratta di un caso penale, almeno ci sono tutte le procedure, giusto? Ma con la detenzione per immigrazione, la mancanza di procedure fa sì che le persone finiscano in queste situazioni di limbo quasi senza fine. Questo è il motivo per cui credo che la

detenzione per immigrazione sia una delle più grandi violazioni dei diritti umani nel nostro mondo. Voglio dire, è una follia che per attraversato irregolarmente il confine si rischia di ritrovarsi in una situazione senza alcuna tutela.

In Italia un ostacolo alla trasparenza è il processo di privatizzazione dei luoghi di detenzione amministrativa. È una caratteristica italiana o è una tendenza globale?

Ci sono due tendenze globali piuttosto preoccupanti. Una di queste è la privatizzazione della detenzione amministrativa. Penso che sia massiccia in Paesi come gli Stati Uniti o il Regno Unito, ma anche in Australia e in altri Paesi europei. Questo fenomeno sta crescendo ed è molto grave perché si tratta della privatizzazione della tensione in diversi modi. È la privatizzazione degli enti che gestiscono i centri di detenzione, ma anche di coloro che forniscono servizi sanitari e di coloro che forniscono servizi alimentari. Ci sono ricerche che dimostrano che molti di questi fornitori di servizi sanitari sono interessati principalmente al profitto: fornire buoni servizi sanitari non è positivo per il profitto, giusto? Al tempo stesso è stato più volte provato che anche la qualità del cibo dei centri è scadente: sempre una questione di profitto. Servizi e cibo di qualità non convergono in un'ottica di profitto. La seconda tendenza molto diffusa in tutto il mondo e che ci sta mostrando il futuro è la questione della digitalizzazione. Per digitalizzazione penso alla detenzione stessa digitalizzata e alla creazione di prigionieri digitali, mediante forme di controllo come l'etichettatura elettronica e gli oggetti di monitoraggio sulle caviglie o sulle braccia, oltre a qualsiasi altro strumento utilizzato per tracciare ogni singolo movimento che si ha per connettersi al mondo. In Paesi come gli Stati Uniti questi programmi sono molto cresciuti, sono massicci e si stanno espandendo. In sintesi la privatizzazione e la digitalizzazione sono tendenze allarmanti.

In che modo queste tendenze impattano sulla salute fisica e psicologica?

Ci sono così tante ricerche che dimostrano che gli effetti della detenzione amministrativa sono, come ho detto, devastanti per le persone. Voglio dire, su persone di ogni età. Credo che una delle citazioni più potenti sia di una persona che

era stata detenuta che afferma: "ho lasciato la detenzione amministrativa, ma la detenzione non mi ha mai lasciato". E questo dimostra che la detenzione rimane nella mente e influisce sulla vita e anche sulla salute fisica. Ci sono molte prove a riguardo. L'impatto della detenzione è devastante non solo per la persona, ma anche per la famiglia e la comunità, così come l'impatto di questa etichettatura elettronica e del monitoraggio. Il problema è che le persone perdono la loro libertà e c'è di più: c'è lo stereotipo che le persone si portano dietro. Uscire per strada diventa un rischio, spaventa, perché le persone si sentono stereotipate o isolate come se fossero dei criminali, trattate in un modo umiliante e isolante.

La cosa migliore è tenere le persone all'interno della comunità senza limitare la libertà di movimento e cercare di gestire i loro casi attraverso il lavoro, attraverso la gestione dei casi con le ONG. Ma anche se è già provato che sia l'approccio con più risultati positivi, la politica va in una direzione diversa.

Il concetto di vulnerabilità è spesso arbitrario, considerato che spesso si cerca una netta differenza tra chi è vulnerabile e chi no. Con questa scusa si parla di Paesi sicuri e si classifica persone destinate alla detenzione amministrativa come non vulnerabili. Come viene gestito il concetto di 'vulnerabilità' a livello globale? Come credi debba essere gestito?

Come IDC, in collaborazione con l'UNHCR, abbiamo creato uno screening per la vulnerabilità, una valutazione dello screening, uno strumento di valutazione, proprio per questo motivo. Perché la nostra preoccupazione era che alcune persone non venissero sottoposte a uno screening adeguato, dato che alcune persone non dovrebbero mai essere trattenute. Io credo che nessuno dovrebbe andare in detenzione per immigrazione. Però dato il sistema in cui viviamo, dovremmo avere una procedura di valutazione della vulnerabilità che escluda coloro che si trovano in situazioni più vulnerabili. Ecco perché produciamo quella lista di strumenti, perché siamo d'accordo con la vostra premessa. Il problema è che questo non viene necessariamente applicato nel modo migliore. E se si guarda all'Europa, in particolare a questo Patto sull'asilo e la migrazione, le persone che saranno sottoposte a questa procedura di screening, saranno già molto probabilmente in

centri chiusi, anche per la valutazione, e poi finiranno in centri chiusi in un secondo momento, anche quando saranno scartate. Quindi, voglio dire, il modo in cui il sistema sta funzionando, non può semplicemente agire nella tutela delle persone anche considerando davvero le vulnerabilità individuali specifiche. Non funziona e basta. In un sistema che funziona si deve fare uno screening adeguato delle vulnerabilità per identificare le persone che potrebbero essere escluse dalla detenzione in quanto dovrebbero essere vulnerabili. Tutti dovrebbero essere esclusi, ma alcune persone ne hanno urgenza assoluta perché non dovrebbero essere lì per alcuna ragione, dato che il trattenimento aumenterebbe molto il livello di vulnerabilità.

Abbiamo parlato solo di situazioni negative. Quali sono esempi positivi di alternative alla detenzione o di pratiche positive?

Sì. Ho diversi esempi. Il più esemplare che posso fare è quello dei Paesi del Sud America. La Colombia è emblematica. Si parla di oltre 1,5-2 milioni di venezuelani a cui, invece di essere messi in detenzione o espulsione istantanea, è stato dato uno status temporaneo, uno status di protezione durante il quale per dieci anni possono regolarizzarsi. Quindi stiamo parlando di una regolarizzazione massiccia di molte persone. E poi molti altri Paesi del Sud America, ad esempio l'Ecuador e l'Uruguay, hanno il diritto di migrare nelle loro costituzioni. Il diritto di migrare. È una cosa incredibile. La maggior parte di questi Paesi non usa la detenzione, non pensano alla gestione della migrazione in termini di detenzione, criminalizzazione, eccetera. È solo un modo diverso di pensare. Qui in Europa c'è l'esempio molto interessante del Portogallo, che si concentra maggiormente sulla regolarizzazione e sull'aiuto alle persone per ottenere i documenti piuttosto che sulla detenzione. L'Irlanda ha una disposizione interessante sulla detenzione dei minori. Ci sono stati paesi che hanno fatto dei progressi, come la Thailandia. Anche in Belgio ci sono dei miglioramenti. E, per esempio, la Germania si è impegnata a porre fine alla detenzione dei bambini nell'ambito del Forum di revisione della migrazione internazionale. Quindi ci sono stati dei progressi. Certo, niente di paragonabile al Sudamerica, dove stiamo cercando di regolarizzare. Ma, sì, in Europa, il Portogallo non è un cattivo esempio. È molto interessante quello che succede lì.

Casi studio

A cura di Arianna Egle Ventre e Irene Proietto

Ousmane Sylla

Ousmane Sylla, giovane della Guinea di appena vent'anni, il 4 febbraio 2024 si è tolto la vita nel CPR di Ponte Galeria. Al momento in cui si scrive il procedimento penale è ancora in corso. Come testimonia l'ultimo messaggio del giovane scritto con un mozzicone di sigaretta sulle pareti dello stanzone del Centro, il suo suicidio è stato causato dalle numerose violenze istituzionali vissute fin dal momento del suo arrivo in Italia, culminate nell'atroce esperienza della detenzione amministrativa.

Ousmane giunge a Lampedusa il 29 luglio 2023. Ad agosto viene accolto in una struttura per MSNA di Cassino⁴⁰. Qui denuncia di aver subito violenze e maltrattamenti: il 6 ottobre chiede aiuto durante una seduta del Consiglio comunale della città, mostrando segni di graffi e contusioni sul corpo. In seguito a questo episodio tuttavia emerge che il giovane è maggiorenne: il 13 ottobre la Prefettura di Frosinone emette un decreto di espulsione nei suoi confronti. Egli viene trasferito nel CPR di Trapani Milo.

Ousmane è detenuto a Trapani per più di tre mesi in assenza di accordi bilaterali di rimpatrio tra Italia e Guinea. Durante la sua permanenza nel CPR, il giovane versa in condizioni di vulnerabilità psicologica che spingono la stessa psicologa del Centro a chiedere in una relazione l'immediato trasferimento in una struttura più idonea a supportarlo⁴¹. La questura di Trapani risponde a tali sollecitazioni negativamente, sostenendo che «lo straniero era dotato di adeguata certificazione sanitaria che ne attesta l'idoneità alla vita in comunità ristretta». Viene inoltre sottoposto a una massiccia somministrazione di neurolettici e psicofarmaci⁴². Durante il periodo di trattenimento a Trapani, inoltre, il sovraffollamento del CPR inasprisce ulteriormente le terribili condizioni di detenzione. Dal Centro le persone detenute lamentano anche di trovarsi nell'impossibilità di esercitare il proprio diritto di difesa: una situazione che può prolungare la detenzione - anche quando priva di basi giuridiche - fino a 18 mesi⁴³.

⁴⁰La casa famiglia "Revenge" di Sant'Angelo in Theodice (frazione di Cassino), aperta pochi mesi prima dell'ingresso di Ousmane Sylla e poi chiusa per irregolarità amministrative. Paravani, [La storia di Ousmane Sylla, morto di accoglienza: "Spacciamogli la testa a sta gente"](#), Fanpage, 8 marzo 2024.

⁴¹Ivi.

⁴²CILD, [Chiusi in gabbia: viaggio nell'inferno del CPR di Ponte Galeria](#) (novembre 2024) p.94.

⁴³Nella notte del 23 gennaio si verifica una rivolta all'interno del CPR di Trapani Milo: al momento della protesta, a fronte della capienza massima di 40 posti, le persone recluse erano circa 140. Melting Pot, [Rivolta al CPR di Milo-Trapani: la struttura resa inagibile al 90%](#), (30 gennaio 2024).

A gennaio 2024 delle proteste contro tali violazioni dei diritti rendono parte della struttura di Trapani inagibile e Ousmane viene trasferito nel CPR romano di Ponte Galeria. Lì, oltre ad essere nuovamente convalidato il suo trattenimento, in base a quanto riferito dal team di legali del giovane, avviene una brusca interruzione di somministrazione del farmaco psichiatrico "Akineton", la cui sospensione improvvisa, secondo quanto riporta il bugiardino, può portare a vari stati alterati e psicotici⁴⁴. Dopo una settimana dal suo arrivo, nella notte tra il 3 e il 4 febbraio, si toglie la vita impiccandosi in uno stanzone della sezione maschile: altri ragazzi trattenuti provano a rianimarlo, ma non essendo presenti campanelli d'allarme, i soccorsi sono arrivati troppo tardi⁴⁵.

C.F.⁴⁶

C.F. vive detenuta per nove mesi nella sezione femminile del Cpr romano di Ponte Galeria, nonostante l'evidente incompatibilità con la vita ristretta: a tre richieste di proroghe di trattenimento della questura seguono tre convalide del giudice di pace.

È ottobre 2023 quando C.F. fa ingresso nel CPR con un certificato di idoneità alla vita in comunità ristretta rilasciato dalla ASL di Catania che si limita ad accertare l'assenza di malattie infettive. Un certificato, dunque, del tutto illegittimo in base alla normativa, non essendo stata effettuata nessuna valutazione sull'idoneità psichica di C.F. al trattenimento. Perfino il personale di polizia e il personale sanitario della struttura concordano che la detenzione non sia adeguata per C.F., come appare in tutte le relazioni, seppur sporadiche, della psicologa interna del CPR. Nella relazione di una visita del 30 aprile la psicologa scrive che C.F. «non è adatta alla permanenza nel CPR, condizione ulteriormente scompensante da un punto di vista emotivo e con un impatto negativo sulla sua fragilità psichica» e aggiunge che «avrebbe bisogno di essere accolta in strutture specializzate dove poter usufruire di cure psichiatriche e di un programma di riabilitazione»

Solo molti mesi dopo, nel maggio 2024, C.F. sarà visitata da uno psichiatra della ASL di Roma³, che nonostante concordi con la psicologa in merito alla sua situazione critica non si esprime in merito alla sua (non) idoneità alla vita in comunità ristretta.

A portare alla fine del trattenimento di C.F. è la visita ispettiva parlamentare della delegazione dell'On. Scarpa a cui ha partecipato anche CILD e il conseguente ricorso presentato da vari avvocati e parlamentari alla Corte europea dei diritti dell'uomo (Cedu). I giudici di Strasburgo hanno condannato la logica manicomiale che ha

⁴⁴ DIRE, E. Pretto, [Migrante morto in un Cpr a Roma, i legali: "Ci opporremo all'archiviazione"](#) (26/09/2024).

⁴⁵ Internazionale, A. Camilli, [Una morte annunciata nel centro di detenzione di Ponte Galeria](#) (6/02/2024).

⁴⁶ La maggior parte delle informazioni fanno riferimento al rapporto di CILD ["Chiusi in gabbia, viaggio nell'inferno di Ponte Galeria"](#) (novembre 2024) e alla relazione della visita ispettiva della delegazione dell'On. Scarpa a cui ha partecipato anche CILD del 18 giugno 2024.

portato proroga dopo proroga, a trattenere C.F. in isolamento per 9 mesi (da ottobre 2023 a luglio 2024) ordinando al Governo italiano di provvedere alle adeguate cure, ribadendo che la detenzione di una persona con problemi di salute mentale in un CPR è contraria al divieto di tortura e trattamenti inumani e degradanti.

La sua storia racconta di una lunga catena di responsabilità. Sono coinvolte le autorità sanitarie pubbliche che hanno ritenuto “idonea” al trattenimento una persona che idonea non era; l’autorità questorile che ha continuato a richiedere, per ben tre volte, le proroghe del suo trattenimento e l’autorità giudiziaria che ha convalidato quei provvedimenti di convalida e proroga. Ma ad avere importanti responsabilità è anche l’ente gestore e l’autorità prefettizia che hanno tenuto in isolamento per 9 mesi una persona in estrema condizione di vulnerabilità.

Il caso di C.F. è un emblematico campanello d’allarme dell’assenza totale di una struttura capace di prendere in carico e tutelare la persona dentro e all’uscita dalla stessa, anche in casi di vulnerabilità. Aniché optare per una certificazione di non idoneità al trattenimento e accompagnare in un adeguato percorso di cura, vengono messe in atto strategie di isolamento, contenimento o utilizzo di psicofarmaci dimostrando la deriva manicomiale del sistema CPR.

Moussa Balde

Moussa Balde, giovane di 23 anni originario della Guinea, si è tolto la vita nel CPR di Torino la notte tra il 22 e il 23 maggio 2021. Il giovane giunge in Italia nel 2017 per richiedere protezione internazionale: viene accolto inizialmente presso il CAS di Imperia e nel corso della sua permanenza impara l’italiano e ottiene la licenza media. Esasperato dall’attesa per la convocazione in Commissione Territoriale, nel 2019 tenta di recarsi in Francia: viene però respinto ed essendo ormai sprovvisto di domicilio perde l’appuntamento per il colloquio rimanendo privo del permesso di soggiorno⁴⁷. Il 9 maggio 2021 a Ventimiglia, Moussa subisce un violento pestaggio all’uscita di un supermercato: viene ricoverato all’ospedale di Bordighera ma, una volta dimesso, a causa della sua condizione di irregolarità è trasferito nel CPR di Torino⁴⁸.

Nel CPR di Corso Brunelleschi, Moussa viene immediatamente collocato in un locale di isolamento: una cella denominata “ospedaletto”, container destinato ad accogliere i soggetti colpiti da malattie infettive⁴⁹ ma impropriamente impiegato anche per scopi punitivi o ragioni di “sicurezza”⁵⁰. Una prassi, quella dell’isolamento in regime di detenzione amministrativa, censurata a più riprese dal Garante nazionale in quanto

⁴⁷ CILD, [Buchi neri. La detenzione senza reato nei CPR](#) (ottobre 2021) p.265.

⁴⁸ Internazionale, A. Camilli, [Il suicidio di Moussa Balde svela le anomalie dei centri di detenzione](#) (31 maggio 2021)

⁴⁹ CILD, Buchi neri, p.62.

⁵⁰ ASGI, [Il libro nero del CPR di Torino](#) (2021) p.7.

totalmente illegittima e priva di basi giuridiche⁵¹. Lì, Moussa si toglie la vita a pochi giorni dall'ingresso nel CPR. Il suicidio di Moussa nel CPR di Torino non rappresenta un caso isolato: già nel 2019, dopo 5 mesi di isolamento illegittimo si era tolto la vita anche Hossain Faisal, cittadino bengalese di 32 anni.

Come nel caso di Hossain, anche per Moussa Balde numerosi elementi portano a dubitare della sua "idoneità alla vita in comunità ristretta", alla luce del precario stato psicologico in cui versava il giovane. In merito alle responsabilità per la sua morte, il 29 ottobre 2024 il gip ha accolto richiesta di rinvio a giudizio per omicidio colposo per la direttrice delegata dell'ente gestore "Gepsa" e per il medico della struttura, mentre l'ispettore capo della Polizia ha patteggiato un anno di reclusione⁵².

Oussama Darkaoui

Si chiamava Oussama Darkaoui, aveva 22 anni e proveniva dal Marocco. È morto il 5 agosto 2024 nel CPR di Palazzo San Gervasio in provincia di Potenza, inghiottito dal processo di depersonalizzazione posto in essere da tutti i centri di detenzione per il rimpatrio. Se a fatica dopo giorni dalla morte sono stati identificati con certezza il suo nome e la sua origine, riuscire a ricostruire le dinamiche della sua morte è ancora più complesso⁵³.

Si occupa delle indagini ancora in corso il Procuratore Curcio che fin da subito non ha escluso nessun tipo di reato. Già dai i primi accertamenti ha dichiarato che «nel CPR non si è in linea con lo standard di sicurezza della salute che sia degno di uno Stato civile»⁵⁴.

Secondo quanto riferito dall'avvocato della famiglia di Oussama, Arturo Covella, il ragazzo sarebbe stato ritenuto idoneo al trattenimento vista l'assenza di malattie fisiche o disturbi psichiatrici. Tuttavia, solo poche settimane dopo il suo ingresso nel CPR, avrebbe cominciato a seguire delle terapie farmacologiche.

La vita all'interno della struttura influisce radicalmente sulla salute del ragazzo. Nonostante ciò non viene rivalutata la sua idoneità al trattenimento, anche quando, per ben tre volte, Oussama viene portato al pronto soccorso apparentemente per atti di autolesionismo. Dalla cartella clinica di Oussama emerge infatti che il ragazzo aveva già effettuato tre accessi all'ospedale di Melfi. In uno degli accessi sarebbe

⁵¹Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, "[Rapporto sulla visita effettuata nel Centro di Permanenza per i Rimpatri \(CPR\) di Torino il 14 giugno 2021](#)" (8 settembre 2021) pp.13-14. Nel rapporto del 2021 l'allora Garante Nazionale specifica che "le prassi di isolamento messe in atto nell'Ospedaletto, per ragioni estranee ad esigenze di carattere sanitario, si svolgono quindi in una condizione di completa informalità, senza garanzie a tutela della persona trattenuta e per periodi di tempo prolungati e indefiniti".

⁵² Domani, [Due rinvii a giudizio per la morte di Moussa Balde nel Cpr di Torino nel 2021](#) (29 ottobre 2024).

⁵³ CILD, [Nei CPR si continua a morire](#) (5 settembre 2024).

⁵⁴ Ansa, [Giovane morto in un Cpr. il Procuratore: "non è escluso l'omicidio"](#) (6 agosto 2024).

stato visitato anche da uno psichiatra che avrebbe riscontrato anomalie comportamentali e disturbi della personalità. Ma il ritorno nel CPR non viene mai messo in discussione. Psicofarmaci, anche pesanti, sembrano la soluzione alle richieste di aiuto di Oussama. Pur non essendo ancora chiare le dinamiche dei giorni prima della morte, secondo l'avv. Covella Oussama sarebbe stato condotto poco prima al pronto soccorso in uno stato di incoscienza a causa di un'intossicazione da psicofarmaci⁵⁵.

⁵⁵ TGR Basilicata, [Morte al Cpr. Oussama era entrato in ospedale incosciente](#), (3 ottobre 2024).

Hanno contribuito:

Nicola Cocco, Medico, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Carolina Gottardo, Direttrice Esecutiva, International Detention Coalition

Nataliya Novakova, già Responsabile Regionale per l'Europa, International Detention Coalition

Andrea Oleandri, Co-Direttore Esecutivo, CILD

Gaetano Mario Pasqualino, Avvocato, Progetto Diritti

Irene Proietto, Ricercatrice

Monica Serrano, Filosofa e Attivista

Natasha Tsangarides, Direttrice Associata per l'Advocacy, Freedom from Torture

Arianna Egle Ventre, Giornalista Freelance

Giugno 2025 - ISBN: 9788898688463

CILD - COALIZIONE ITALIANA LIBERTÀ E DIRITTI CIVILI
via Monti di Pietralata, 16 – 00157 Roma - cild.eu - info@cild.eu