
ADiM BLOG
Agosto 2024
ANALISI & OPINIONI

*Brevi note sulla tutela della salute nei C.P.R. a margine della ADiM –
IntoMe Migration Conference 2024*

Maria Falcone

Dottoranda di ricerca in Diritto penale
Università degli Studi di Milano

Parole Chiave

*Diritto alla salute – Trattenimento – C.P.R. – Direttiva Lamorgese – Idoneità sanitaria alla vita in
comunità ristretta*

Abstract

La tutela del diritto alla salute degli stranieri destinatari di un provvedimento di espulsione si esprime, principalmente, in un accertamento sanitario volto a verificare che il loro stato di salute complessivo non sia incompatibile con la permanenza in una comunità ristretta. Un'analisi condotta su tre livelli – normativa e disposizioni ministeriali, atti di recepimento adottati su base locale e prassi – evidenzia le plurime criticità di funzionamento di questo meccanismo e apre la strada alla necessità di avviare una riflessione sull'opportunità di garantire meglio il diritto alla salute all'interno dei Centri per la Permanenza e il Rimpatrio.

The protection of the right to health of foreigners subject to removal orders is primarily ensured through a health assessment aimed at establishing whether their overall physical and mental conditions are suitable for living in a restricted environment. An analysis performed at three levels – legislation and ministerial regulations, local implementing measures and praxis – reveals several problems with this process. These findings underscore the urgent need to re-evaluate and strengthen the protection of the right to health in the Centres for Repatriation.

1. Introduzione

Il *diritto alla salute*, com'è noto, è riconosciuto dall'articolo 32 della Costituzione italiana come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività ed è l'unico a essere qualificato come "fondamentale" dalla stessa Carta costituzionale, rappresentando la precondizione d'esercizio di tutti gli altri diritti dell'individuo. Come sottolineato dalla giurisprudenza della Corte Edu, per gli individui ristretti nella libertà personale, *qualsiasi sia il luogo di detenzione che li ospita*, le esigenze di garanzia di ogni diritto – quindi anche del diritto alla salute – diventano più marcate, perché dalla condizione di restrizione della libertà personale e dall'affidamento della persona alla custodia dello Stato deriva una condizione di vulnerabilità individuale ([Corte Edu, sentenza dell'8 gennaio 2013, Torreggiani e altri c. Italia, ric. nn. 43517/09, 46882/09, 55400/09, 57875/09, 61535/09, 35315/10 e 37818/10](#); [Corte Edu, sentenza del 24 gennaio 2022, Sy c. Italia, ric. n. 11791/20](#)). Ciò vale anche per gli stranieri trattenuti all'interno dei Centri per la Permanenza e il Rimpatrio, in attesa dell'esecuzione di un ordine di espulsione. Questi luoghi, infatti, sono a tutti gli effetti luoghi detentivi, ove si realizza una forma di privazione della libertà personale ([Corte cost., sentenza del 10 aprile 2001, n. 105](#)), di fatto disposta in assenza delle medesime garanzie proprie della materia penale, quali quelle discendenti dagli articoli 13 e 25 della Costituzione.

La tutela del diritto alla salute dello straniero destinatario di un provvedimento di espulsione passa dalla previsione di un meccanismo volto a sottrarre alla misura del trattenimento quegli individui affetti da particolari condizioni di vulnerabilità o gravi patologie, che rendono il loro stato di salute *incompatibile* con la permanenza in una comunità ristretta.

Di questi temi, si è discusso nell'ambito del panel *La tutela della salute all'interno dei Centri per la Permanenza e il Rimpatrio nel T.U.I., nella Direttiva Lamorgese e nella prassi del territorio milanese*, presentato, insieme alla Dott.ssa Cecilia Pagella e alla Dott.ssa Cecilia Pasini, in occasione della ADiM – IntoMe Migration Conference 2024. Il tema è parte di un più ampio lavoro di ricerca condotto in seno al progetto Clinica legale di Giustizia penale dell'Università degli Studi di Milano e coordinato dalla Prof.ssa Angela della Bella¹.

¹ L'area di intervento principale della Clinica riguarda il tema della privazione della libertà personale in senso ampio. Le sue attività e i suoi obiettivi sono molteplici e risultano accessibili in uno [spazio virtuale](#), di nuova creazione, che rappresenta uno strumento di diffusione e condivisione delle ricerche e dei progetti portati avanti dalla Clinica stessa.

La ricerca si articola lungo tre distinti livelli di analisi, su cui ci soffermeremo brevemente: fonti normative e disposizioni ministeriali, atti di recepimento adottati a livello locale e prassi.

2. Il primo livello di analisi: Testo Unico Immigrazione e Direttiva Lamorgese

La disciplina della tutela del diritto alla salute dei trattenuti affidata alla legislazione primaria è molto scarna e si esaurisce nell'[art. 14, co. 2, del T.U. immigrazione](#) (D.lgs. del 25 luglio 1998, n. 286). Tale disposizione prescrive solamente che la detenzione all'interno dei C.P.R. avvenga nel rispetto di *adeguati standard igienico sanitari e abitativi*. L'individuazione delle modalità di erogazione dei servizi di cura e assistenza è demandata, per il resto, alle indicazioni del Ministro dell'Interno, che oggi si intendono riferite alla [Direttiva](#) emanata il 19 maggio 2022 dalla Ministra Luciana Lamorgese.

Nell'impianto della Direttiva, l'accertamento *in ingresso* della compatibilità tra le condizioni di salute e vulnerabilità dello straniero e le specifiche condizioni abitative del Centro di destinazione è affidato a un medico del Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.) ed è volto ad accertare, attraverso un'indagine anamnestica o sintomatologica, l'assenza di malattie infettive contagiose e pericolose per la comunità, disturbi psichiatrici, patologie acute o cronico degenerative o altre patologie evidenti, che rendano incompatibile l'ingresso e la permanenza dello straniero nella struttura. Tale accertamento è documentato tramite il rilascio di un *certificato di idoneità alla vita in comunità ristretta*, che diviene il presupposto per la convalida o la proroga del trattenimento da parte dell'autorità giudiziaria competente. Il monitoraggio delle condizioni di salute e di vulnerabilità nelle more del trattenimento è demandato, invece, al personale medico in servizio presso la struttura, tenuto a richiedere l'intervento delle Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.), qualora accerti un mutamento delle condizioni di salute del trattenuto.

Le criticità della disciplina, di cui si è cercato di ricostruire le coordinate in termini essenziali, sono molteplici e si apprezzano anche solo guardando alla cornice normativa delineata dall'art. 14 T.U. Immigrazione. Delegando la definizione delle modalità del trattenimento a una fonte secondaria, la norma incorre nel mancato rispetto della riserva assoluta di legge prevista dall'art. 13 Cost. in materia di privazione della libertà personale. In questo modo, la regolamentazione di aspetti molto delicati della vita detentiva nei C.P.R. è rimessa a una direttiva ministeriale, che, per quanto concerne la tutela della salute dei trattenuti, si premura di costruire una rete di garanzie, che, tuttavia, ammettono diverse eccezioni e non ne assicurano, perciò, la piena salvaguardia.

Difatti, la Direttiva Lamorgese affida la visita medica d'ingresso allo scrutinio dell'autorità sanitaria pubblica, al fine di assicurare che il certificato di idoneità sia rilasciato da un soggetto imparziale e indifferente all'esito della visita stessa. Al contempo, però, la stessa Direttiva contempla la possibilità che la visita d'ingresso possa essere effettuata dal personale medico contrattualizzato dagli enti gestori dei Centri. Laddove ciò accada, ai medici del S.S.N. spetta

soltanto un secondo *screening* sulle condizioni di salute del trattenuto, che – si ritiene – non potrà verosimilmente concludersi con esito diverso dal primo, senza che ciò si traduca in una presa di posizione dell'operatore sanitario pubblico rispetto a quello privato. Allo stesso modo, la Direttiva consente che il monitoraggio dello stato di salute sia affidato ai medici dell'ente gestore e, dunque, demanda a un soggetto privato l'erogazione dei servizi di cura e assistenza nel periodo del trattenimento.

Le disposizioni ministeriali prescrivono, poi, che l'accertamento delle condizioni di salute e di vulnerabilità del trattenuto sia condotto in relazione alle caratteristiche e ai servizi sanitari disponibili all'interno della specifica struttura a cui è destinato (c.d. *idoneità relativa*). Eppure, la ricerca ha evidenziato come, in molti casi, si consenta che il certificato di idoneità sia rilasciato da un medico che si limita a verificare che le condizioni psicofisiche della persona non siano incompatibili con la vita all'interno di ogni tipo di comunità ristretta e non della specifica comunità di destinazione. Ciò accade, ad esempio, quando lo straniero provenga da un istituto penitenziario, da un altro C.P.R., da un *hotspot*, ovvero da una provincia diversa da quella in cui è situata la struttura ospitante. Nel primo caso, la visita è effettuata dalla Direzione sanitaria dell'Istituto penitenziario. Diversamente, nel caso in cui lo straniero provenga da un altro C.P.R., non è prevista una nuova visita di accertamento, ma è considerata sufficiente la trasmissione del certificato di idoneità rilasciato al momento del primo ingresso, in base alle caratteristiche del Centro di provenienza. Infine, se la provenienza è da un *hotspot* o da una diversa provincia, l'accertamento viene effettuato dal personale medico presente nell'*hotspot* o da un sanitario dell'A.S.L. del luogo di provenienza. In tutte queste ipotesi, dunque, si attribuisce rilevanza al giudizio di un operatore sanitario che non è prossimo al Centro di destinazione e che, pertanto, potrebbe non conoscerne le condizioni detentive e le capacità assistenziali.

Ancora, la Direttiva non prescrive di disporre accertamenti specialistici e nemmeno richiede che le visite siano condotte alla presenza di mediatori linguistico-culturali, così vanificando, quantomeno parzialmente, gli stessi scopi di tutela che la fonte normativa si prefigge. Tutto questo appare accentuato se si considera che molti trattenuti hanno alle spalle percorsi migratori e vicende personali traumatiche, che andrebbero gestite secondo il *culturally competent approach*, previsto dalle Linee guida [I controlli alla frontiera - la frontiera dei controlli](#), sviluppate dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie e della Povertà (INMP), dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Da ultimo, la Direttiva rimanda a un ampio potere di regolazione spettante agli enti che si aggiudicano l'appalto per l'affidamento del servizio di gestione dei Centri, da esercitare previo raggiungimento di accordi o firma di protocolli con le istituzioni territoriali (Prefettura, Questura, A.S.L.). Ciò moltiplica il rischio di trattamenti differenziati su base territoriale, con evidente pregiudizio al principio di eguaglianza e non discriminazione, sancito all'art. 3 Cost., ma anche, nel sistema convenzionale della tutela dei diritti, all'art. 14 CEDU.

3. Il secondo livello di analisi: gli accordi tra l'ATS e la Prefettura di Milano

Se questo è il quadro normativo generale, occorre ora chiarire che il recepimento della Direttiva Lamorgese passa, a livello locale, dall'adozione di Protocolli d'intesa e accordi tra i diversi attori istituzionali cui è, in definitiva, assegnato il compito di collaborare al fine di assicurare la tutela del diritto alla salute dei trattenuti: Questure, Prefetture, A.S.L.

Tra gli atti di recepimento della Direttiva adottati nell'ambito del territorio milanese, possono annoverarsi un [Protocollo per l'erogazione di prestazioni sanitarie ai migranti ospiti del Centro di permanenza per il rimpatrio di via Corelli a Milano](#), stipulato tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (A.T.S.) e la Prefettura di Milano, e una Convenzione, cui lo stesso Protocollo rinvia, stipulata tra Prefettura, Questura, A.T.S. e l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Fatebenefratelli-Sacco (A.S.S.T.), [per la collaborazione in materia di visite mediche per gli stranieri destinatari di trattenimento presso i Centri di Permanenza per il Rimpatrio](#). Entrambi gli accordi citati hanno cessato la loro validità al 31 dicembre 2023 e non risultano rinnovati.

Il Protocollo contiene per lo più disposizioni di principio e rinvia a sua volta alla Convenzione, a cui è, in effetti, demandato il recepimento della Direttiva Lamorgese, nella parte in cui disciplina la visita di accertamento dell'idoneità alla vita in comunità ristretta dei trattenuti. Nel complesso, le sue previsioni sono, in parte, vaghe o meramente riprodottrici delle disposizioni della Direttiva, e, in altra parte, contrastanti con esse.

Ad esempio, la Convenzione non assicura la copertura oraria richiesta dalla Direttiva per lo svolgimento delle visite di idoneità, che andrebbero assicurate senza soluzione di continuità. Inoltre, la stessa Convenzione impone all'A.T.S. di Milano l'individuazione di due medici in possesso di specifico *know-how*, a cui affidare le visite in ingresso che debbano svolgersi in determinate fasce orarie. Tuttavia, nulla si prescrive per le visite da svolgersi fuori dalle fasce orarie garantite, che sono, quindi, affidate ai medici di turno del Pronto Soccorso Fatebenefratelli-Sacco, in assenza di garanzie circa il possesso, da parte di questi ultimi, del *know-how* richiesto e di un'adeguata conoscenza delle condizioni del Centro di destinazione. Parimenti insoddisfacente appare il dettato della Convenzione nella parte in cui descrive in maniera sommaria le *modalità di svolgimento* delle visite e i *locali* da attrezzare a tal fine presso gli uffici della Questura, la cui strumentazione consiste semplicemente in un lavabo con rubinetteria a comando non manuale, in un lettino per visite e in pochi altri strumenti.

4. Il terzo livello di analisi: la prassi e le sue criticità

La ricognizione, fin qui svolta, delle fonti normative e dei relativi atti di recepimento ha già mostrato un quadro piuttosto fragile, che assume connotati ancora più critici nella prassi, come è emerso dalle interviste ad alcuni degli operatori sanitari preposti alle visite di idoneità.

Le visite di accertamento dell'idoneità alla vita in comunità ristretta si svolgono spesso in una

manciata di minuti e senza l'ausilio di esami e anamnesi specialistiche, non sempre immediatamente disponibili nel luogo in cui si effettua lo *screening*. Ciò accade, in particolare, nei casi in cui lo straniero provenga da un istituto penitenziario, dal quale debba essere rilasciato in tempi rapidi, per fare ingresso nel C.P.R.

Assai di frequente, inoltre, le visite si limitano ad accertare l'assenza di malattie infettive (tubercolosi, scabbia, etc.), mentre si trascurano la verifica di inesistenza di patologie cronico-degenerative e di disagi afferenti alla sfera psichiatrica, in netto contrasto con le previsioni della Direttiva Lamorgese.

Sebbene gli operatori stimino in tre giorni lavorativi la tempistica minima necessaria per effettuare un'anamnesi accurata, i tempi di attesa del S.S.N., unitamente alle richieste della Questura di effettuare le visite in tempi brevi, non agevolano gli accertamenti, il cui svolgimento è ulteriormente complicato dalla presenza delle Forze dell'Ordine all'atto della visita e dall'assenza di mediatori linguistico-culturali per facilitare la relazione medico-paziente. In definitiva, la durata delle visite è, di regola, di pochi minuti.

A queste criticità si aggiunge, poi, il *nodo irrisolto* della sorte degli stranieri che siano dichiarati inidonei alla vita in comunità ristretta, magari per una patologia psichiatrica o uno stato di tossicodipendenza. A fronte degli elevati rischi di mancata presa in carico di questi soggetti ad opera del sistema socio-sanitario in ragione della loro presenza irregolare sul territorio nazionale, si diffonde nel personale medico la convinzione che sia preferibile l'ingresso degli stessi in un Centro per la Permanenza e il Rimpatrio.

5. Riflessioni conclusive

Le carenze del sistema dell'accertamento dell'idoneità sanitaria alla vita in comunità ristretta, necessario ai fini dell'ingresso in un C.P.R., trovano conferma nelle notizie di cronaca sul numero elevato di trattenuti vulnerabili, che, molto spesso, manifestano la loro sofferenza compiendo *atti di auto-danno intenzionale*. Sono gli stessi Report redatti dal Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale sulle visite nei C.P.R. a restituire il quadro di una realtà molto critica, che giunge all'attenzione anche della Corte europea dei diritti dell'uomo. Non è un caso che i giudici di Strasburgo abbiano recentemente ordinato, interinalmente, il trasferimento di una donna affetta da gravi problemi psichici dal C.P.R. di Ponte Galeria (Roma) a una struttura sanitaria ([Corte Edu, decisione del 3 luglio 2024, n. 17499](#)).

Dallo scenario ricostruito emerge, dunque, con chiarezza l'urgenza di avviare serie occasioni di riflessione sul tema, per restituire dignità agli stranieri trattenuti e garantire l'effettività del diritto alla salute degli stessi, che non appare essere adeguatamente tutelato nel vigore dell'attuale impianto normativo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Dottrina:

- M. BENVENUTI, [Il trattenimento degli stranieri nei Centri di permanenza per i rimpatri e la c.d. direttiva Lamorgese. Problemi vecchi e prospettive nuove per i provvedimenti di convalida dei giudici di pace](#), in *Questione giustizia*, 13 febbraio 2023.
- F. BORLIZZI, [La nuova direttiva Lamorgese sui “modi” del trattenimento nei c.p.r.](#), in *Coalizione italiana libertà e diritti civili*, 8 agosto 2022.
- L. MASERA, [L’incostituzionalità dell’art. 14 d.lgs. 286/98 nella parte in cui non contiene una disciplina sufficientemente precisa dei “modi” del trattenimento nei CPR](#), in *Questione Giustizia*, 10 maggio 2022.
- P. SCARLATTI, [Tutela dei diritti e trattamento dei detenuti vulnerabili. A proposito del recente caso Sy contro Italia](#), in *Dirittifondamentali.it*, 2022, 1.
- M. E. TOSTI E ALTRI., [Health assessment for migrants and asylum seekers upon arrival and while hosted in reception centres: Italian guidelines](#), in *Health Policy*, 2021, 125, pp. 393 ss.
- MASSARO (a cura di), [La tutela della salute nei luoghi di detenzione. Un’indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR](#), Roma, 2017, pp. 361 ss.
- P. BONETTI, *Ingresso, soggiorno e allontanamento. Profili generali e costituzionali*, in B. Nascimbene (a cura di), *Diritto degli stranieri*, Padova, 2004, pp. 280 ss.
- G. BASCHERINI, *Accompagnamento alla frontiera e trattenimento nei centri di permanenza temporanea: la Corte tra libertà personale e controllo dell’immigrazione*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2001, 3, pp. 1680 ss.

Per citare questo contributo: M. FALCONE, *Brevi note sulla tutela della salute nei C.P.R. a margine della ADiM – IntoMe Migration Conference 2024*, ADiM Blog, Analisi & Opinioni, agosto 2024.