



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 25

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

**COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA
E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

INDAGINE CONOSCITIVA SUI LIVELLI E I MECCANISMI
DI TUTELA DEI DIRITTI UMANI, VIGENTI IN ITALIA
E NELLA REALTÀ INTERNAZIONALE

31^a seduta: martedì 16 febbraio 2010

Presidenza del presidente MARCENARO

I N D I C E

Audizione di Rolando Magnano, vice capo missione Medici senza frontiere Italia, e Kostas Moschochoritis, direttore generale di Medici senza frontiere Italia, sul rapporto di Medici senza frontiere sui centri per migranti: CIE, CARA e CDA

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 15 e <i>passim</i>	* MAGNANO	Pag. 4, 12, 13 e <i>passim</i>
DELLA SETA (PD)	9, 14	* MOSCHOCHORITIS	3, 12, 14
* DI GIOVAN PAOLO (PD)	10, 16		
* FLERES (Pdl)	11, 13, 17		

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP, Io Sud e Autonomie: UDC-SVP-IS-Aut; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, Kostas Moschochoritis, direttore generale di Medici senza frontiere Italia, e Rolando Magnano, vice capo missione Italia di Medici senza frontiere.

I lavori hanno inizio alle ore 14,10.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di Rolando Magnano, vice capo missione Medici senza frontiere Italia, e Kostas Moschochoritis, direttore generale di Medici senza frontiere Italia, sul rapporto di Medici senza frontiere sui centri per migranti: CIE, CARA e CDA

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani, vigenti in Italia e nella realtà internazionale, sospesa nella seduta del 2 febbraio scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È oggi prevista l'audizione di rappresentanti dell'organizzazione Medici senza frontiere, che oggi ci illustreranno il rapporto da loro elaborato sulla situazione sanitaria nei centri di identificazione ed espulsione del nostro Paese, rapporto che credo offrirà alla Commissione importanti elementi di analisi e conoscenza.

Conosciamo bene l'organizzazione Medici senza frontiere con la quale intratteniamo un importante rapporto di collaborazione e cooperazione. Sono presenti il dottor Kostas Moschochoritis e il dottor Rolando Magnano, rispettivamente direttore generale e vice capo missione di Medici senza frontiere Italia.

Do senz'altro la parola al dottor Kostas Moschochoritis, cui seguirà l'intervento del dottor Magnano che ci illustrerà i risultati del suddetto rapporto.

MOSCHOCHORITIS. Signor Presidente, desidero in primo luogo ringraziare lei e la Commissione per l'invito e per l'opportunità offertaci di illustrare il nostro rapporto che abbiamo pubblicato solo qualche settimana fa e che fa seguito ad un primo rapporto sulle condizioni igienico-sanitarie nei centri di permanenza temporanea, redatto sulla base di una ricerca condotta nel 2003.

Per la nostra organizzazione l'accesso alle cure ed il rispetto dei diritti elementari dei migranti e dei richiedenti asilo sono due temi di grande

importanza su cui stiamo lavorando non solo in Italia, ma anche a livello internazionale, in ambito sia europeo (Grecia, Malta, Belgio, Svizzera, Francia e Spagna) che extraeuropeo (Sudafrica e Yemen), ed in altri Paesi nei quali effettuiamo interventi d'urgenza, uno per tutti la Mauritania.

In Europa realizziamo progetti di assistenza umanitaria che hanno una forte valenza di testimonianza, posto che Medici senza frontiere non intende in alcun modo sostituirsi agli Stati nelle loro responsabilità, bensì svolgere una funzione catalizzatrice dei processi di accoglienza e di cura per gli immigrati.

Come già segnalato, quello che oggi vi illustreremo è il secondo rapporto dedicato alla situazione dei centri per i migranti che è stata oggetto anche del nostro primo rapporto pubblicato nel 2004. Abbiamo deciso di svolgere nuovamente questa ricerca per verificare se la situazione dei suddetti centri presentasse dei cambiamenti specialmente a seguito della pubblicazione del rapporto prodotto nel 2006 dalla Commissione di indagine sui centri di permanenza temporanea, istituita dal Ministero degli interni e presieduta da Stefan de Mistura in rappresentanza delle Nazioni Unite, nel quale si riproponevano tante delle raccomandazioni da noi formulate nel nostro primo rapporto.

Abbiamo ritenuto che vi fosse l'esigenza di una nuova analisi dei centri, constatato il persistere di un sistema a volte impermeabile ad osservatori esterni. Con questo non intendiamo affermare che negli ultimi anni la situazione in questi centri non sia migliorata, ma segnalare una condizione – da noi constatata – di autoreferenzialità del sistema, basti considerare che la prefettura è l'unico referente dell'ente gestore dei centri.

Non mi dilungherò sui risultati del rapporto che verranno successivamente illustrati dal dottor Magnano, tengo però a sottolineare che come Medici senza frontiere e come organizzazione umanitaria è molto importante continuare nel nostro impegno per il miglioramento delle condizioni sia dei centri, che dell'accesso alle cure per i migranti che sono poi quelle stesse persone che incontriamo e curiamo nei Paesi di origine, nei campi di raccolta del Sud dell'Italia, o che assistevamo sul molo di Lampedusa.

MAGNANO. Signor Presidente, credo sia in primo luogo importante spiegare la ragione per cui un'organizzazione come Medici senza frontiere ha deciso di condurre questa indagine sui centri di permanenza temporanea. Come già segnalato dal collega, le persone che si trovano dentro questi centri sono i nostri beneficiari, per essi sono quindi da intendersi i migranti che assistevamo fino a pochi mesi fa sul molo di Lampedusa, le persone che assistiamo negli ambulatori che abbiamo aperto in tutta Italia per gli stranieri senza permesso di soggiorno e richiedenti asilo, oppure i lavoratori stagionali impegnati nelle raccolte nel sud d'Italia dei quali pure ci occupiamo.

Da questo punto di vista abbiamo pertanto ritenuto importante anche indagare quali fossero le condizioni sanitarie di queste persone e cercare di capire la qualità dei servizi sanitari approntati all'interno dei centri.

Desidero in premessa accennare brevemente alla metodologia adottata per condurre questa analisi. Sono stati visitati nel complesso 21 centri, divisibili secondo due macrotipologie: i centri di identificazione ed espulsione (CIE), che sono quelli appunto per l'identificazione ed il rimpatrio forzato degli immigrati senza permesso di soggiorno, ed i centri di accoglienza per i richiedenti asilo (CARA). In realtà, vi sarebbe anche una terza tipologia da considerare, rappresentata dai centri di accoglienza (CDA), la cui popolazione però è assolutamente analoga a quella presente nei CARA, ovvero i Centri di accoglienza per i richiedenti asilo, tant'è che nel nostro rapporto sono stati trattati congiuntamente.

Sono stati effettuati due cicli di visite a cura di un *team* composto da medici, infermieri, operatori socio-legali e mediatori culturali e, attraverso questionari strutturati, sono state condotte interviste al direttore del centro, al direttore sanitario e ad almeno cinque migranti presenti all'interno dei centri. Inoltre, sono state visitate, almeno laddove è stato consentito, tutte le aree che compongono i centri.

In alcuni casi abbiamo riscontrato forti limitazioni alle nostre visite: ci è stata negato per ben due volte l'accesso alle aree alloggiative del centro di identificazione ed espulsione di Bari, nonostante la nostra visita a quel centro, come del resto tutte le altre che abbiamo svolto – fosse stata annunciata con almeno 10-15 giorni di preavviso; ci è stata altresì negata la visita al centro di Lampedusa. Inoltre nel centro di Crotone, che è la più grande struttura di accoglienza per i richiedenti asilo d'Europa, la nostra *equipe* è stata scortata, durante l'intero sopralluogo, da un mezzo militare blindato e da quattro militari a piedi. Aggiungo che le visite delle aree alloggiative nei centri di identificazione ed espulsione di Milano e di Lamezia Terme sono state limitate ad un solo operatore che è stato scortato da due poliziotti. Negli altri centri, invece, l'osservazione è stata libera e senza problemi.

Quanto ai centri visitati, quelli di identificazione ed espulsione sono di fatto luoghi di detenzione dove la permanenza massima è stata estesa da due a sei mesi, la loro stessa struttura ricalca quella degli istituti penitenziari con alte mura di cinta, filo spinato, sbarre e limitazione degli spostamenti dalle aree alloggiative agli altri spazi.

Ovviamente vi sono militari che stazionano all'ingresso di queste strutture e nelle aree immediatamente adiacenti ai servizi, ma non in quelle alloggiative.

La popolazione presente all'interno dei centri è assai composita. Secondo i dati fornitici dalle prefetture, il 45 per cento degli immigrati proviene dal sistema carcerario; quindi, non si tratta di stranieri privi di permesso di soggiorno sottratti al territorio, ma di persone che provengono direttamente dal carcere. Ci si chiede, pertanto, per quale motivo l'identificazione e la conseguente espulsione non siano state effettuate all'interno del sistema carcerario.

Un'altra componente importante è rappresentata dai richiedenti asilo: secondo la normativa vigente, infatti, chi presenta la domanda di protezione internazionale dopo aver ricevuto un decreto di espulsione o di re-

spingimento deve essere condotto in questi centri. Qui abbiamo incontrato cittadini comunitari (a dire il vero, esclusivamente romeni) o stranieri che vantavano una lunga presenza in Italia. Il 50 per cento degli intervistati ha dichiarato una presenza in Italia di almeno cinque anni. Occorre al riguardo considerare che, secondo la normativa italiana, un soggiorno regolare di cinque anni è sufficiente per ottenere un permesso di soggiorno a tempo indeterminato (ci stiamo quindi riferendo ad un periodo di tempo congruo). Fra quelli presenti in Italia da molti anni ve ne sono alcuni con 10, 15 o addirittura 20 anni di permanenza; abbiamo incontrato una persona che ha dichiarato addirittura di essere nata in Italia, ma – come immagino saprete – non è sufficiente nascere in Italia per avere la cittadinanza italiana. Vi sono, poi, molti stranieri appena giunti in Italia, che quindi non conoscono la nostra lingua ed il nostro sistema e, peraltro, hanno informazioni assolutamente vaghe sulle motivazioni della loro detenzione all'interno dei centri e sulle relative conseguenze.

Inoltre, abbiamo incontrato persone appartenenti alle cosiddette categorie vulnerabili, come quelle affette da tossicodipendenza o vittime di tratta (molte donne, in particolare nigeriane).

Ribadisco, quindi, che la situazione che abbiamo registrato è assai composita. Peraltro, questi immigrati vivono in condizioni di promiscuità perché non esistono spazi separati che distinguano i richiedenti asilo o le vittime di tratta, che almeno potenzialmente hanno subito persecuzioni o hanno vissuto in situazioni degradanti, dalle persone che magari provengono dal sistema carcerario.

I centri di accoglienza per i richiedenti asilo, nella maggior parte dei casi, hanno strutture completamente differenti, almeno per quanto riguarda le dimensioni: vi sono centri enormi, come ad esempio quello di Crotone che ha una capacità ricettiva di 1250 posti (è il più grande d'Europa), quello di Bari con 1000 posti o quelli di Foggia e Caltanissetta che hanno 500 posti. In questi centri vi sono aree con mura di cinta e filo spinato all'esterno, che sembrano ricalcare il modello di una struttura contenitiva più che di accoglienza. Le modalità alloggiative principali sono costituite da *container* abitativi di circa 25-30 metri quadrati, dove alloggiano anche 12 persone. Ricordo che anche in questi centri il soggiorno può arrivare fino a sei mesi; quindi, vi sono dalle dieci alle dodici persone che alloggiano in *container* di 25-30 metri quadrati, disponendo di uno spazio *pro capite* inferiore ai 2 metri quadrati. Per offrire un metro di paragone, sottolineo che i parametri dell'UNHCR per i campi rifugiati (che sono costruiti in condizioni di emergenza e straordinarie, magari in luoghi isolati) prevedono uno spazio minimo *pro capite* pari a 3,5 metri quadrati.

La popolazione è per natura potenzialmente vulnerabile: ad esempio, vi sono i richiedenti asilo che magari fuggono da conflitti o persecuzioni; sono presenti anche donne in gravidanza, bambini o addirittura neonati che nascono all'interno di questi centri (a differenza di quelli esaminati poc'anzi).

Desto a nostro parere particolare preoccupazione la dimensione dei centri di accoglienza per i richiedenti asilo, posto che l'individuazione

di soggetti vulnerabili risulta difficile, se non impossibile, in contesti così ampi; così come diventa estremamente complesso avviare percorsi di sostegno efficaci per questo tipo di popolazione.

Di fatto, i servizi approntati all'interno dei centri di accoglienza per i richiedenti asilo nella maggior parte dei casi sono – a nostro avviso – sottodimensionati. Questa caratteristica è apparsa ancora più grave nel primo ciclo di visite che abbiamo effettuato nel dicembre 2008, quando vi era ancora «l'emergenza sbarchi». Ad esempio, nel centro di Crotone abbiamo trovato 1400 persone a fronte di una capacità ricettiva di 1250, così come nel centro di Foggia ne abbiamo trovate circa 1000 a fronte di una capacità ricettiva di 540. Stante questa situazione abbiamo però dovuto rilevare che gli enti gestori e le prefetture non avevano avviato alcun programma di adeguamento dei servizi in base al numero di persone presenti all'interno delle strutture.

Quanto alla presenza dei mediatori culturali nei centri di accoglienza per i richiedenti asilo (i quali nel 99 per cento dei casi sono appena arrivati in Italia e dunque non conoscono l'italiano né il sistema del nostro Paese), segnalo che nel centro di Crotone abbiamo trovato un mediatore culturale per 110 richiedenti asilo, mentre in quello di Foggia ve ne era uno ogni 40. In generale, anche i servizi sociali, che sono fondamentali per questa popolazione, sono apparsi scarsamente strutturati e gravemente sottodimensionati per l'utenza di riferimento. Inoltre, vi è un'assenza pressoché totale di attività ricreative anche se il soggiorno all'interno dei centri di accoglienza può arrivare fino a sei mesi; aggiungo che nella maggioranza dei casi si tratta di strutture erette in zone periferiche, rurali, in mezzo alla campagna, la cui ubicazione rende ovviamente complicato il raggiungimento della città più vicina.

Anche nei centri di identificazione ed espulsione abbiamo rilevato gravissime carenze. In particolare, i centri di Trapani e Lamezia Terme non presentano a nostro parere i requisiti minimi per le finalità detentive per cui sono stati predisposti. Ad esempio, nel centro di Trapani gli alloggi non hanno finestre e lo spazio comune è costituito esclusivamente da un ballatoio circondato da grate (come si può vedere dalla fotografia pubblicata sulla copertina del rapporto); abbiamo rilevato, poi, problemi strutturali e carenze di servizi. Anche nel centro di Lamezia Terme lo spazio comune è costituito esclusivamente da un cortile all'aperto, ampio circa 200 metri quadrati, che è utilizzato da una popolazione di 100 persone; peraltro, questo cortile è inservibile quando piove o vi batte il sole.

Situazioni particolarmente gravi sono state osservate nel centro di Roma, dove, al nostro secondo sopralluogo, ci è stato riferito che la carta igienica ed il sapone non venivano distribuiti da 15 giorni; inoltre, gli immigrati hanno lamentato di non ricevere adeguata fornitura di biancheria intima, vestiario e coperte, segnalando anche la rottura di molti impianti di condizionamento d'aria. Nel centro di Roma, così come in altri, abbiamo rilevato una scarsissima manutenzione dei servizi igienici: vi sono tubi che perdono, lavandini rotti e pozzanghere causate dalle perdite d'acqua.

In alcuni centri di identificazione ed espulsione abbiamo registrato la totale assenza di mediazione culturale, come in quello di Roma, che è il più grande d'Italia con 350 posti. Nel centro di Torino non vi è alcun tipo di orientamento legale e, considerato che si è in presenza di una popolazione estremamente composita e spesso costituita da categorie vulnerabili, tale situazione ci è apparsa particolarmente grave. Anche in questo caso vi è una completa assenza di attività ricreative, sebbene in tali centri la detenzione possa prolungarsi fino a sei mesi; le giornate, quindi, sono cadenzate esclusivamente dai pasti e dal sonno e per la restante parte della giornata le persone non hanno altro da fare. Anche qui i servizi sanitari sono assolutamente destrutturati, salvo qualche eccezione come il centro di Milano.

Per quanto riguarda il sistema sanitario, che ovviamente è quello che abbiamo indagato con maggiore attenzione, i servizi sanitari all'interno di questi centri sono approntati secondo quanto previsto dal capitolato del Ministero dell'interno, esclusivamente per le cure urgenti e di primo soccorso, quindi nemmeno di pronto soccorso. Sebbene la nostra visita abbia avuto luogo dopo l'entrata in vigore della norma che ha portato da due a sei mesi il termine massimo di trattenimento, non abbiamo però riscontrato alcuna programmazione da parte degli enti gestori in ordine ad eventuali adeguamenti dei servizi determinati dai nuovi termini di trattenimento.

Nella maggioranza dei casi i servizi sanitari ci sono apparsi del tutto inadeguati, approntati esclusivamente per essere reattivi per cure a breve termine e quindi a posticipare quelle a lungo termine. I contatti con il Servizio sanitario nazionale per ogni riferimento all'esterno, per visite specialistiche, analisi di laboratorio, o anche semplicemente per la prescrizione di medicinali assenti nella farmacia del centro – anche per questo bisogna riferirsi al Sistema sanitario nazionale – sono risultati quasi sempre informali. Non esistendo un protocollo di intesa tra il Sistema sanitario nazionale e l'ente gestore per regolare e razionalizzare tali contatti, essi si basano sempre su amicizie e rapporti informali posti in essere dai medici del centro con i loro colleghi del Servizio sanitario nazionale. In ogni caso, tutti gli enti gestori ci hanno confermato come i riferimenti all'esterno siano estremamente esigui, in ragione della difficoltà di organizzare la scorta, prenotare la visita e pianificare il piantonamento delle persone portate all'esterno. Riteniamo pertanto che il prolungamento dei termini di trattenimento richieda un ripensamento di questo sistema.

Peraltro, anche nel capitolato del Ministero dell'interno non esistono linee guida di riferimento per strutturare questi servizi sanitari. Ad esempio, è previsto uno *screening* medico all'ingresso nei centri, ma non si definisce in che cosa esso debba consistere, per cui in alcuni centri si effettua uno *screening* medico di gruppo e in altri individuale, oppure è prevista l'erogazione di cure urgenti di primo soccorso, senza però che venga precisata quale debba essere la strumentazione sanitaria all'interno dei centri.

Infine, l'aspetto che a noi pare più grave è che questi servizi sanitari non vengano monitorati da un ente esterno, o meglio l'unico soggetto legittimato ad effettuare controlli all'interno di questi centri è la prefettura, che non ha però alcuna competenza in ambito sanitario. Di fatto, quindi, siamo in presenza di sistemi sanitari autarchici.

Il paradosso che desideriamo evidenziare è che le ASL non conoscono le condizioni sanitarie di una popolazione che comunque insiste sul loro territorio: le ASL in Italia hanno competenze per valutare le condizioni igienico-sanitarie di ristoranti, bar, canili, ma non di questi centri! Desta quindi preoccupazione l'autoreferenzialità di questo sistema, nell'ambito del quale interagiscono solo l'ente gestore e la prefettura. Quest'ultima è infatti l'organo che bandisce la gara, individua l'ente gestore e lo controlla, posto che non è previsto che vi sia un altro soggetto esterno tenuto a svolgere un ruolo di monitoraggio dei centri.

Inoltre, non esistono criteri o parametri di valutazione. Tant'è che quando siamo entrati in questi centri abbiamo utilizzato i nostri parametri e *standard* qualitativi, ovvero quelli che utilizziamo abitualmente quando effettuiamo delle visite nei centri di Malta, in Grecia o in altre parti del mondo. Chiunque entri in questi centri può quindi esprimere valutazioni sulla base di *standard* soggettivi, non esistendo parametri oggettivi stabiliti in modo dettagliato dal Ministero sulla base dei quali gli enti gestori e le prefetture dovrebbero regolare i servizi all'interno dei centri. Per questo a nostro avviso è fondamentale che venga riconosciuto al Sistema sanitario nazionale almeno un ruolo di monitoraggio e controllo, in particolare dei servizi sanitari, ma anche delle condizioni di vivibilità e igienico-sanitarie di questi centri, laddove da questo punto di vista abbiamo purtroppo dovuto rilevare situazioni di grave precarietà in special modo nei centri di Torino, Roma e Foggia. Nel centro di Roma, ad esempio, alcuni migranti hanno lamentato la presenza di topi, e questo accade anche perché nessun ente esterno effettua un controllo per valutare se le condizioni igieniche rispettino *standard* minimi.

È altresì importante la definizione di linee guida nazionali, comuni per tutti i centri, con *standard* qualitativi e parametri di valutazione che possano essere di riferimento per tutti gli enti specializzati che effettuino controlli e visite in questi centri.

Per concludere, riteniamo importante che i centri siano il più possibile aperti e trasparenti, che ne sia consentita la visita ad organizzazioni neutre rispetto all'ente gestore o alla prefettura, affinché tali organizzazioni possano rilevare eventuali inadempienze ed inefficienze.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per il loro contributo e lascio la parola ai colleghi che intendono intervenire.

DELLA SETA (PD). Signor Presidente, ringrazio per la sua illustrazione il dottor Magnano al quale vorrei rivolgere due domande. La prima: sulla base dell'esperienza, non solo italiana, maturata dalla vostra organizzazione, ritenete possibile rapportare la situazione riscontrata nei centri

italiani, sia in quelli di identificazione ed espulsione, che in quelli riservati ai richiedenti asilo, con la realtà da voi costatata in analoghe strutture di altri Paesi europei? Con ciò intendo riferirmi sia alle condizioni in cui le persone vivono nelle strutture, sia alla possibilità di accesso per soggetti esterni e neutrali che chiedano di visitare questi centri nell'esercizio della loro funzione.

La seconda domanda riguarda le condizioni dei minori – a parte i neonati – che immagino siano presenti in queste strutture. Occorre infatti considerare che il prolungamento da due a sei mesi della permanenza in queste strutture pone anche il problema della fornitura di servizi di tipo scolastico, educativo, o comunque di intrattenimento educativo dei minori. Al riguardo avete riscontrato situazioni particolari che ritenete meritino attenzione e segnalazione?

DI GIOVAN PAOLO (PD). Signor Presidente, ringrazio Medici senza frontiere, così come tutte altre organizzazioni che svolgono questo importante lavoro.

In base ad una conoscenza diretta del CIE di Roma di Ponte Galeria e grazie alle relazioni intrattenute con associazioni di volontariato, desidero evidenziare due aspetti che forse meriterebbero di essere oggetto di riflessione e su cui mi interesserebbe conoscere l'opinione dei nostri ospiti.

La prima questione riguarda il prolungamento da due a sei mesi della permanenza nei centri, dovuto alla scelta dell'Unione europea di armonizzare – a mio avviso in senso peggiorativo – i termini previsti per la suddetta permanenza, assai differenti tra Paesi europei, alcuni dei quali prevedevano periodi assai più lunghi di quelli italiani, tant'è che il limite di sei mesi ha prolungato il periodo massimo di permanenza nel nostro Paese, riducendolo in altri. Si tratta quindi di una scelta che trova quindi spiegazione in questioni di carattere meramente tecnico e burocratico. Per esser più chiari, al di là dei profili umanitari, la permanenza di alcuni mesi nei centri si rende necessaria per l'espletamento di alcune formalità che non si comprende perché non vengano concluse in tempi normali. Non conosco la situazione degli altri centri, ma ad esempio per quanto riguarda il CIE di Ponte Galeria a Roma, mi consta che 70 per cento delle persone presenti abbia già scontato pene detentive; mi chiedo quindi come sia possibile che nel precedente periodo di detenzione non si sia riusciti a identificarle o a mettersi in contatto con le ambasciate o i consolati, onde poter ridurre la presenza di questi soggetti nei CIE ad una mezza giornata? Perché bisogna far permanere una persona sei mesi in un centro per ottenere delle informazioni che non sono state cercate nell'anno o nei due anni precedenti? Sotto questo profilo devo segnalare che non vi è una grande disponibilità da parte dei consolati e delle ambasciate – questo è peraltro un problema oggetto di una delle iniziative che stiamo avviando con alcune associazioni – i quali anzi partecipano a quella sorta di gara a chi rende l'immigrato il più reietto possibile. È stato giustamente sottolineato che in carcere, soprattutto quando la pena è definitiva, la giornata è organiz-

zata; viceversa la popolazione presente in questi centri sconta anche una situazione di ozio senza fine. È evidente che di fronte a tale situazione è necessario che le ambasciate ed i consolati forniscano una risposta e collaborino. Molto spesso, infatti, queste persone rimangono nei centri perché non sono gradite neanche nel loro Paese d'origine. Al riguardo, dunque, va messa in campo un'opzione politica.

Da ultimo, si pone la questione sanitaria che purtroppo segue sempre la stessa logica: vi sono i reietti e tra questi si contano quelli più reietti e, poi, all'interno dei CIE ve ne sono altri ancora più reietti. Spesso le ASL non hanno alcuna intenzione di operare all'interno dei centri di identificazione ed espulsione. Ad esempio, nel centro di Ponte Galeria (la cui situazione è oggetto di due interpellanze, che riguardano però in particolare la Regione Lazio ed alle quali non è stata ancora fornita risposta), la convenzione, scaduta nell'ottobre 2008, non è stata rinnovata per volontà dell'ASL, che peraltro non fornisce più i ricettari alla Croce Rossa. Naturalmente a pagare le conseguenze di tutto questo è ancora una volta chi si trova in quei centri; tant'è che, come è stato poc'anzi sottolineato, le persone ammalate per essere visitate all'esterno devono avere quanto meno la febbre molto alta e in ogni caso perché ciò accada è necessario prevedere una scorta e una certa organizzazione con grave dispendio di energie e di denaro.

Accade anche che in caso di non avvenuto riconoscimento gli immigrati escano dal CIE: tanto per fare un esempio, poiché la Repubblica popolare cinese non riconosce il rapporto con i centri di identificazione ed espulsione, i cinesi escono dal centro con un foglio che li obbliga a lasciare il Paese entro cinque giorni, il che significa che se queste persone verranno fermate nuovamente, dovranno ritornare nel CIE!

Vorrei sapere dunque se, al di là delle questioni umanitarie, ai nostri ospiti risulti effettivamente questa assurda procedura kafkiana e se al riguardo ritengano opportuno un intervento da parte del Parlamento.

FLERES (*PdL*). Signor Presidente, mi associo alle considerazioni svolte dai colleghi che mi hanno preceduto, soprattutto per quanto riguarda la situazione dei minori.

Ho avuto modo di sfogliare solo rapidamente il rapporto di Medici senza frontiere che mi riservo ovviamente di approfondire. Vorrei tuttavia chiedere ai nostri ospiti se da parte loro sia stata effettuata solo una verifica dei siti (come sembra sia emerso dalla relazione) oppure siano intervenuti anche attraverso prestazioni di assistenza sanitaria. In tal caso mi interesserebbe sapere con quali mezzi e soprattutto con quale collaborazione delle strutture sanitarie pubbliche e delle ASL (cui ha fatto poc'anzi cenno il senatore Di Giovan Paolo) ciò sia avvenuto.

Sempre sfogliando il rapporto, ho notato che sono state riscontrate patologie anche piuttosto gravi che, per sintesi giornalistica, potremmo definire «patologie migranti», in quanto probabilmente contratte nei Paesi di origine e poi, attraverso gli stessi migranti, giunte in Italia. Rispetto a tale tema, vorrei sapere quale sia il ruolo svolto dall'Organizzazione mondiale

della sanità, in particolare mi interesserebbe capire se sia stata interpellata e se siano previsti piani riguardanti il fenomeno.

Inoltre, sulla base degli esiti del rapporto, vorrei sapere se Medici senza frontiere ipotizzi una sorta di revisione degli *standard* dei centri.

Infine, alla luce delle attività svolte da Medici senza frontiere e dai Servizi sanitari nazionali, vi risulta esistere una catalogazione che permetta di monitorare i vari fenomeni ed anche di effettuare una prevenzione, ciò anche al fine di utilizzare i dati disponibili nel caso in cui le persone esaminate in un centro dovessero presentare patologie durante la permanenza nel nostro Paese? In sintesi, si dispone di una sorta di cartella clinica che possa favorire eventuali interventi successivi rispetto a quelli iniziali?

MAGNANO. Signor Presidente, vorrei iniziare a rispondere a partire dalle ultime due domande.

Non in tutti i centri si predispongono le cartelle cliniche, né si dispone di un sistema di raccolta dei dati sanitari relativi alle persone presenti all'interno dei centri stessi. Spesso non abbiamo avuto neanche accesso ai dati epidemiologici e a quelli relativi alle condizioni sanitarie ed alle principali patologie che si sviluppano all'interno dei centri. Ci è stato espressamente negato dal Ministero dell'interno l'accesso alle cartelle cliniche delle persone, nonostante la nostra intenzione non fosse ovviamente conoscere i loro nomi, ma soltanto quella di indagare sulle patologie che si manifestano all'interno dei centri.

Dunque, non esiste alcun sistema centralizzato di raccolta dei dati sanitari relativi alle varie strutture ed anche ciò rappresenta una grave carenza.

MOSCHOCHORITIS. Vorrei aggiungere che nel nostro rapporto abbiamo evidenziato, sulla base dei dati forniti dal Ministero, che il 40 per cento della popolazione presente in questi centri proveniva dalle carceri. Anche in quel caso, il problema è rappresentato dal fatto che queste persone arrivano al CIE e, peggio ancora, ne escono senza avere una cartella clinica. Si tratta di un grave problema.

Inoltre, non abbiamo riscontrato un'applicazione omogenea per tutti i centri di protocolli per il trattamento di malattie specifiche. Ogni gestore si comporta come meglio ritiene e con ciò non intendo fornire giudizi nel merito ma semplicemente segnalare che non vi è un sistema unico. In realtà, i protocolli esistono, ma vanno imposti ed applicati a tutti i centri.

MAGNANO. Non vi sono protocolli per la diagnosi ed il trattamento delle malattie infettive e croniche: penso, ad esempio, all'ipertensione, al diabete o anche all'HIV (le persone affette da tale malattia possono comunque stare all'interno dei centri). Vi sono situazioni di questo genere, che spesso non vengono esplicitamente manifestate, anche perché a volte le persone colpite da tali malattie non conoscendo la lingua non forniscono in tal senso informazioni, né possono ricorrere al mediatore cultu-

rale che, come abbiamo già evidenziato, in alcuni centri non è presente. Tutto ciò crea grandi difficoltà di comunicazione tra il sistema sanitario ed i pazienti presenti all'interno dei centri. Questo, ripeto, è quanto avviene in un centro come quello di Roma che ospita ben 350 persone, quindi ci stiamo riferendo anche a centri di dimensioni abbastanza cospicue.

Per quanto riguarda le patologie contratte nei Paesi d'origine, la nostra organizzazione può sicuramente esprimere un dato da osservatore privilegiato. Infatti, abbiamo avuto modo di osservare queste persone nel momento in cui arrivavano al molo di Lampedusa, dove effettuavamo un primo *screening* sanitario; abbiamo inoltre aperto sul territorio italiano 35 ambulatori per stranieri senza permesso di soggiorno e per i richiedenti asilo, seguiamo inoltre queste stesse persone anche durante le raccolte stagionali nel sud dell'Italia, che interessano una popolazione che stimiamo essere di 10.000-15.000 persone. Inoltre, seguiamo molti di loro sin dai Paesi di origine, e talvolta anche in alcuni Paesi di transito, prima del loro arrivo in Italia. Dalla nostra osservazione, quella che emerge è la conferma della teoria, ormai non più solamente nostra, ma condivisa anche da altri soggetti che effettuano questo genere di ricerche, del famoso «effetto migrante sano», per cui gli immigrati arrivano sani in Italia ove si ammalano per le condizioni di vita e di lavoro che sperimentano. La percentuale di malattie che sono portate dai Paesi di origine è infinitesimale e assolutamente non degna di nota.

Tengo a segnalare che l'Organizzazione mondiale della sanità non ha alcun coinvolgimento in questi centri, come non ne hanno, a livello più basso, il Ministero della salute, le ASL o altre organizzazioni. Come ho detto, gli enti gestori operano in modo assolutamente autarchico e rispondono esclusivamente alla prefettura.

FLERES (*PdL*). Auspichereste tale coinvolgimento?

MAGNANO. Certo, noi auspicheremmo che vi fosse un soggetto competente, ad esempio le ASL, e che da parte del Ministero fossero definite linee guida comuni di riferimento per la gestione sanitaria di questi centri.

Tengo a ribadire che le ASL non hanno alcun ruolo all'interno di questi centri, esse svolgono una funzione soltanto per quanto riguarda i riferimenti all'esterno di essi; aggiungo che, a quanto ci consta, nessun rappresentante delle ASL ha mai effettuato una visita in questi centri per valutare non solo i servizi sanitari, ma anche le condizioni igieniche e la vivibilità degli ambienti. Eppure ci sono centri come quello di Lamezia Terme o quello di Trapani – che funziona da 12 anni, essendo stato creato nel 1998 – che a nostro avviso non presentano le benché minime condizioni di vivibilità.

Al riguardo, abbiamo molto apprezzato che in occasione del convegno per la presentazione del nostro rapporto – svoltosi lo scorso 4 febbraio presso Palazzo Marini, sede della Camera – il Ministero dell'interno, nella persona del prefetto Malandrino, abbia riconosciuto l'incongruità di questi centri e ne abbia promesso la chiusura entro quest'anno.

MOSCHOCHORITIS. Desidero precisare che qui non si sta sostenendo che debbano essere le ASL ad erogare il servizio, quello che intendiamo sottolineare è che non è possibile che non sia previsto un ruolo di supervisione e controllo di questi centri.

Come evidenziato dal dottor Magnano, non è plausibile che le ASL siano responsabili del controllo dell'igiene di un ristorante a Roma e non della verifica delle condizioni del centro di Ponte Galeria! D'altra parte, però, le ASL possono essere coinvolte nei centri solo se la prefettura richiede loro un controllo, proprio perché non è previsto che svolgano un ruolo autonomo rispetto ai centri. Aggiungo che non tutti i centri hanno un accordo con la ASL per quanto riguarda i pazienti, come nel caso di Ponte Galeria.

MAGNANO. In merito poi alla questione delle persone non identificate espulse dal sistema penitenziario, abbiamo rilevato che, in un regime in cui il termine massimo di permanenza era di 60 giorni e non di 180 come allo stato attuale, il periodo medio di permanenza era di 35 giorni. Questo ci porta a ritenere che le persone o vengono espulse subito o ciò non accade più. Si tratta a mio avviso di un dato molto interessante anche al fine di capire quali ricadute avrà su questa media l'allungamento dei termini di permanenza massima. In proposito, pur non essendo materia di nostra competenza, abbiamo rilevato che, in assenza di accordi in materia di riammissione con alcuni Paesi, non si riesce ad espellerne i cittadini, per i quali in concreto la detenzione nei centri non ha alcuna finalità, perché si tratta di persone che una volta rilasciate nei fatti, anche dopo cinque minuti, possono essere riprese e riportate nel centro.

DELLA SETA (PD). Lei sta dicendo che se non si riesce ad espellere una persona in due mesi, non ci si riesce neanche in sei?

MAGNANO. Non so dire che cosa cambierà, però questo è quanto abbiamo dedotto dai dati forniti dalla prefettura quando abbiamo svolto la nostra indagine.

Per quanto riguarda i minori, la legge prevede che nei centri di identificazione ed espulsione possano permanere minori che siano al seguito dei propri genitori. Nell'ambito della nostra indagine non abbiamo rilevato alcun caso di questo genere e sia gli enti gestori che la prefettura hanno affermato di non aver mai avuto minori all'interno dei centri, tranne rarissime eccezioni che risalgono però ad alcuni anni fa.

Differente è la situazione dei centri di accoglienza per i richiedenti asilo. In questo ambito i minori sono presenti e, per quanto riguarda i ser-

vizi, mi sembra che solamente il CARA di Bari prevedesse il trasporto dei minori in età di scuola dell'obbligo presso gli istituti scolastici locali, ne consegue che i minori in età scolare che restano nel centro fino a sei mesi non frequentano la scuola. Anche in proposito sarebbe opportuno riflettere. Inoltre, pur ospitando donne in stato di gravidanza e minori, i centri non dispongono di pediatri e spesso neanche di ginecologi che seguano la gravidanza di queste donne.

Per quanto riguarda gli altri centri che abbiamo visitato, le nostre osservazioni più recenti hanno interessato in particolare i centri di Malta e quelli greci. In entrambi i casi il nostro intervento è stato diverso da quello svolto in Italia, nel senso che sulla base di un chiaro accordo con i Governi abbiamo operato all'interno di questi centri per un periodo delimitato. Dopo tale periodo, abbiamo rivolto richieste esplicite di miglioramenti, soprattutto per quanto riguarda le condizioni di vivibilità degli ambienti e dei servizi sanitari. Debbo dire che, soprattutto per quanto riguarda i centri maltesi, il Governo locale ha accolto gran parte delle nostre richieste e ancora adesso continua una collaborazione, tanto che ci occupiamo, fuori dei centri, della salute mentale delle persone che si trovano al loro interno. Anche in Grecia, il nostro intervento è focalizzato sulla salute mentale.

In questo momento non è facile stilare una classifica: sicuramente le condizioni dei centri maltesi e greci erano pessime, almeno all'epoca delle nostre visite, oggi ci risulta che abbiano avviato un percorso di miglioramento, quello che forse non riscontriamo nei centri italiani. Infatti, confrontando il primo rapporto del 2004 con quello appena pubblicato, si riscontrano miglioramenti minimi che peraltro non riguardano i servizi ma solo le strutture.

PRESIDENTE. Vorrei svolgere una breve osservazione su quanto emerso nella seduta odierna, a conferma di un aspetto già emerso in altre circostanze e che caratterizza la discussione, ovvero la presenza di due piani. Un primo piano è quello della decisione politica generale, che ha portato negli anni e nei mesi scorsi alla revisione delle misure previste, ad esempio, per quanto riguarda i centri di identificazione e il prolungamento del periodo di possibile detenzione.

Vi è poi un altro piano, che concerne l'implementazione di queste decisioni politiche e le conseguenze che esse hanno sul piano dell'organizzazione concreta. In questo caso, il prolungamento del periodo di permanenza nei centri è un esempio abbastanza evidente di cui abbiamo avuto riscontro nel corso del nostro sopralluogo a Lampedusa, dove abbiamo potuto verificare in concreto che una cosa è quando le persone soggiornano nel centro tre giorni, altra quando il periodo di permanenza si prolunga. Tanto per fare un esempio concreto, se ricevere per due o tre giorni un pasto freddo non rappresenta un grande problema, le cose cambiano completamente se ciò si ripete per 30-40 giorni. Bisognerebbe capire che a determinate decisioni corrispondono conseguenze che modificano sostanzialmente i termini della questione. Ciò vale, in particolare, per

quanto riguarda il trattenimento nei centri di espulsione ed identificazione. Cito un esempio che può essere considerato anche secondario, ma che comunque credo dia il senso della situazione: nella maggior parte delle celle carcerarie che ho avuto modo di visitare vi sono delle televisioni. Le persone, anche se detenute, hanno infatti il diritto ad essere informati e di godere di questo tipo di strumento, anche se forse qualcuno potrebbe considerarlo un inasprimento della pena! Al di là delle battute, questo è comunque un dato di cui tenere conto e che descrive la situazione che vivono queste persone.

Diversamente, i centri mantengono ancora un'organizzazione che nelle migliori delle ipotesi è legata ad una previsione del loro ruolo e della loro funzione completamente diversa e che non tiene conto del prolungamento del periodo di permanenza nei centri medesimi.

Non si pone pertanto soltanto la questione del termine del trattenimento, ma anche il fatto che i centri stiano acquisendo un carattere strutturale all'interno del circuito di gestione di queste problematiche.

La situazione richiede pertanto di essere affrontata in una logica radicalmente diversa, che tenga conto in modo organico dei rapporti con il sistema sanitario e delle modalità con cui si affrontano i problemi della salute così come tante altre questioni. Si tratta di aspetti che spesso sfuggono al dibattito politico pur avendo molta importanza.

Ciò detto, prima di congedare i nostri ospiti, approfitto per ricordare che oggi pomeriggio, in Aula, avrà luogo la discussione su alcune importanti mozioni riguardanti i problemi del sistema carcerario in Italia. Ricordo altresì che la Commissione si è occupata a più riprese dei problemi della giustizia in Italia; mi riferisco in primo luogo alla visita di alcuni istituti penitenziari siciliani (Palermo Ucciardone, Favignana e Catania Piazza Lanza), alla successiva audizione del sottosegretario alla giustizia, onorevole Giacomo Caliendo, che ha riguardato il medesimo argomento ma anche altre iniziative, quali ad esempio, la presentazione in Senato nel mese di dicembre del volume «Diritti umani e tortura» di Paolo Garofalo, del quale il collega Fleres ha scritto l'introduzione.

Dunque, anche sulla base di questo lavoro, nel pomeriggio verrà presentato in Aula un ordine del giorno, a firma dei senatori Di Giovan Paolo, Fleres e mia (ed eventualmente degli altri colleghi che vorranno sottoscriverlo).

DI GIOVAN PAOLO (PD). Signor Presidente, desidero sottolineare che tutte le mozioni che oggi saranno poste all'esame dell'Assemblea forniscono un quadro esaustivo delle problematiche esistenti in materia. Con il già citato ordine del giorno ci permettiamo di aggiungere il nostro contributo sulla base delle riflessioni svolte e dell'esperienza maturata in codesta Commissione. Il testo da noi proposto potrà ovviamente essere ulteriormente affinato nel corso dell'esame in Aula, anche nell'auspicio di un unanime accoglimento da parte dei colleghi senatori.

Nell'ordine del giorno solleviamo il problema del sovraffollamento, e quello delle difficoltà avvertite dagli operatori, dagli educatori, dagli amministratori, dalla Polizia penitenziaria, cioè da tutti i soggetti che operano all'interno delle carceri.

Mi sembra che le proposte avanzate possano essere prese in considerazione: esse riguardano gli accordi internazionali, le convenzioni con le comunità, l'adeguamento della cosiddetta legge Gozzini e l'utilizzo delle strutture penitenziarie più piccole per casi particolari (ad esempio, quello dei tossicodipendenti o di altre categorie di persone). Vi è, poi, un importante riferimento alle problematiche sanitarie, purtroppo venute alla luce così drammaticamente a seguito del caso Cucchi (e non solo); in particolare, si evidenzia la distinzione tra il controllo esterno e la presenza interna che, invece, deve essere prettamente sanitaria. Si pone, inoltre, attenzione al tema dell'anagrafe penitenziaria; il collega Fleres ed io, come primi firmatari di un disegno di legge sul garante dei detenuti, abbiamo voluto sollevare il problema senza porre una questione pregiudiziale sulla sua soluzione, nella speranza di poter giungere ad un'approvazione condivisa di questo testo.

FLERES (*PdL*). Signor Presidente, mi associo alle considerazioni testé svolte dal collega Di Giovan Paolo.

PRESIDENTE. Credo che la Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani possa essere considerata lo «*sponsor patrocinante*» in Aula di questo ordine del giorno.

Colgo anche l'occasione per informare i colleghi che nei giorni scorsi si è svolta a Ginevra, presso il Consiglio dei diritti umani delle Nazioni Unite, l'osservazione periodica dell'Italia, cui tutti i Paesi sono sottoposti ogni quattro anni (sottolineo che, oggi, 16 febbraio, è il turno dell'Iran). È stata svolta una discussione approfondita nella quale sono intervenuti i rappresentanti di molti Paesi e questo non è un segnale negativo quanto piuttosto la dimostrazione della considerazione nella quale è tenuta l'Italia. Del resto, a mio parere non è mai positivo quando nell'ambito di una discussione che tratta di diritti umani non si registra alcuna partecipazione.

Aggiungo che sono state effettuate dal gruppo di lavoro interessato 92 raccomandazioni all'Italia e che la relativa documentazione è a disposizione dei colleghi. Abbiamo chiesto al Ministero degli affari esteri ed in particolare al sottosegretario Scotti, che ha la delega del Governo in materia e ha seguito per conto dell'Italia la Revisione universale periodica (UPR) a Ginevra, di rendersi disponibile per venire a riferire in Commissione su questo punto, che – come tutti comprenderete – costituisce per noi una questione di grandissimo rilievo.

Ringrazio i rappresentanti di Medici senza frontiere per il prezioso contributo offerto anche oggi ai nostri lavori.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,10.

