

Il sistema CPR nella simbiosi tra pubblico e privato: le criticità in termini di trasparenza, *accountability* e salute pubblica

Lorenzo Figoni*

THE CPR SYSTEM IN THE PUBLIC-PRIVATE SYMBIOSIS: CRITICAL ISSUES IN TERMS OF TRANSPARENCY, ACCOUNTABILITY AND PUBLIC HEALTH

ABSTRACT: Administrative detention must be looked at as a system. It relies on the privatisation of management services, including health care, leading to critical issues regarding transparency, accountability and public health. This contribution provides an overview of the relationship between public and private sectors in the CPR, with a focus on the ambiguities encountered in the contracts and on the consequences related to possible conflicts of interest of healthcare personnel. It is crucial, in analysing the CPR system, to frame the total institution from a broader perspective, asking the right questions and investigating the deep historical meaning of administrative detention.

KEYWORDS: transparency; public health; migrations; detention; contracts.

ABSTRACT: La detenzione amministrativa va osservata nel suo insieme, come sistema. Oggi si regge sulla privatizzazione dei servizi di gestione, compreso quello di assistenza sanitaria, comportando numerose criticità in termini di trasparenza, accountability e salute pubblica. Questo contributo fornisce una panoramica dei rapporti tra pubblico e privato nella gestione del CPR sottolineandone le criticità, con un focus sulle ambiguità riscontrate nelle gare d'appalto e sulle conseguenze relative ai possibili conflitti d'interesse del personale sanitario interno. Risulta fondamentale, nell'analisi del sistema-CPR, inquadrare l'istituzione totale da una prospettiva ampia, ponendosi le domande giuste e indagando il significato storico profondo del trattenimento amministrativo.

PAROLE CHIAVE: trasparenza; salute pubblica; migrazioni; detenzione; appalti.

SOMMARIO: 1. Introduzione – 2. La simbiosi tra pubblico e privato nella gestione del CPR – 3. Chi controlla il controllore? – 4. La privatizzazione come ostacolo alla trasparenza – 5. Il braccio sanitario dell'autorità – 6. Salute pubblica, salute sociale.

* *Giornalista e consulente legale esperto in politiche migratorie e accesso ai documenti amministrativi. Mail: lorenzo.figoni@studiolegalebacab.com. Contributo sottoposto a referaggio anonimo.*

1. Introduzione

Parlare di migrazioni significa inevitabilmente parlare di confine. Ne esistono di netti e ben visibili, sorvegliati da muri, filo spinato e telecamere. Ne esistono però anche tanti altri e ben più sfumati: il confine tra realtà e dissimulazione, tra burocrazia e deumanizzazione, ma soprattutto tra giusto e legale. I Centri di permanenza per il rimpatrio (CPR) costituiscono un punto di incontro di tutti questi confini, netti e sfumati, dove si mischiano tra di loro in un sistema di ingranaggi in cui ciascuno ha la sua parte nel contribuire al funzionamento della macchina. Introdotti nell'ordinamento italiano con la legge Turco-Napolitano (L. 6 marzo 1998, n. 40) al fine di eseguire il rimpatrio di chi risulta destinatario di un decreto di espulsione, i cosiddetti centri di "detenzione amministrativa" italiani hanno contato a oggi più di trenta morti¹. Studiare a trecentosessanta gradi il funzionamento e le criticità del sistema-CPR richiede necessariamente uno sguardo multidisciplinare, andando ad approfondirne le dinamiche da una prospettiva legale, sanitaria e sociologica. Ma non è sufficiente. La lettura delle evidenze raccolte richiede uno sforzo ulteriore, che è quello di osservare il sistema dall'alto e tentare di porsi le domande giuste. Domande raggiungibili solamente osservando la detenzione amministrativa da una più ampia prospettiva storica, filosofica e politica. In questo contributo si cerca di fornire una panoramica rispetto alle principali criticità determinate dalla privatizzazione della gestione di persone sottoposte alla custodia dello stato - nonché una lettura del suo significato - adottando tale sguardo dall'alto come stella polare di una prospettiva abolizionista. Poiché osservare il sistema-CPR, oggi, significa godere di un osservatorio privilegiato sul modello di società che stiamo costruendo, sul senso di inquietudine che ne deriva e, forse, anche sugli strumenti per cambiare direzione.

2. La simbiosi tra pubblico e privato nella gestione del CPR

La competenza sull'attivazione e la gestione dei Centri di permanenza per il rimpatrio è in capo al prefetto ai sensi dell'art. 22 d.P.R. 394/1999, secondo il quale può essere disposta la gestione di attività per l'assistenza «compresa quella igienico-sanitaria e quella religiosa, il mantenimento, il vestiario, la socializzazione e quant'altro occorra il decoroso soggiorno nel centro, anche per le persone che vi prestano servizio». Se in una prima fase la gestione degli allora Cpta (Centri di permanenza temporanea e assistenza) veniva affidata in larga parte alla Croce Rossa Italiana², nel corso del tempo si è potuta osservare la comparsa di soggetti privati dalle dimensioni più disparate, dalle cooperative sociali alle multinazionali straniere. Le prefetture, infatti, non hanno al proprio interno il personale e le competenze necessarie ad assicurare quei servizi di "assistenza" già menzionati; perciò, tutto ciò che esula dai compiti dell'autorità di pubblica sicurezza viene esternalizzato attraverso gare d'appalto, la cui aggiudicazione viene determinata secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Tale

¹ ACTIONAID ITALIA, *Memoria «Seguito dell'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani vigenti in Italia e nella realtà internazionale: audizione, in videoconferenza, di rappresentanti di ActionAid Italia, sulla trasparenza nell'informazione rispetto ai centri di permanenza per il rimpatrio»*, Roma, 2022.

² MEDICI SENZA FRONTIERE, *Rapporto sui Centri di Permanenza Temporanea e Assistenza*, Roma, 2004. Anche oggi è previsto, nello Statuto della CRI, che tra i compiti di interesse pubblico vi sia quello di "svolgere attività umanitarie presso i centri per l'identificazione e l'espulsione di immigrati stranieri, nonché di gestire i predetti centri".

offerta viene individuata, ai sensi dell'art. 108, comma 2, lett. a), del d.lgs 36/2023, sulla base del miglior rapporto qualità/prezzo, attribuendo un massimo di 70 punti all'offerta tecnica (che rappresenterebbe la qualità del servizio) presentata in sede di gara e un massimo di 30 punti all'offerta economica (che descrive il prezzo corrispondente). La prefettura, in qualità di stazione appaltante, determina l'aggiudicazione dopo una valutazione delle offerte pervenute effettuata dalla Commissione giudicatrice. Una volta aggiudicata avviene la stipula del contratto d'appalto, il quale, determinando l'esternalizzazione di servizi a favore di persone private della libertà personale - e soprattutto sottoposte a custodia da parte dello stato - richiama e contiene sempre una disposizione dello schema di capitolato secondo cui l'organizzazione dei servizi «è improntata al pieno rispetto dei diritti fondamentali della persona, anche in considerazione della sua provenienza ed etnia, della sua fede religiosa, del suo stato di salute, delle differenze di genere, della presenza di situazioni di vulnerabilità»³.

Il rispetto dei diritti fondamentali della persona all'interno del sistema-CPR costituisce spesso, nei fatti, una vuota dichiarazione di principio. La possibilità di privare della libertà personale solamente in virtù di un illecito amministrativo configura di per sé una reazione spropositata da parte dell'ordinamento – tanto che sarebbe prevista, teoricamente, solamente come *extrema ratio* – che non può che portare a una profonda sofferenza, tanto più se in regime di privatizzazione. La privatizzazione della gestione comporta un corrispettivo per l'ente gestore privato, che in gran parte delle voci di costo è determinato su quote "pro capite/pro die". Difatti, in relazione ai servizi di gestione amministrativa (registrazioni, tenuta del magazzino, comunicazioni giornaliere alla prefettura), di assistenza generica alla persona (mediazione linguistica-culturale, assistenza sociale, psicologica, di informazione legale) e al servizio di assistenza sanitaria e spese mediche il corrispettivo è calcolato «sulla base del numero di giornate di effettiva presenza degli ospiti risultanti dal registro delle presenze». Più persone trattenute, per un numero di giorni maggiore, significa un maggiore corrispettivo economico per l'ente gestore privato. Un guadagno che, fuori dalla rendicontazione trasmessa alla stazione appaltante, può aumentare in caso di risparmio sui costi determinato da un eventuale taglio sui servizi. Anche con l'obiettivo di evitare questo genere di mancanze da parte dell'ente gestore privato è stato previsto, sia all'art. 9 della c.d. direttiva Lamorgese che all'art. 19 dello schema di capitolato, un compito di vigilanza in capo alla Prefettura, la quale, al fine di assicurare la regolare esecuzione del contratto e il corretto utilizzo delle risorse pubbliche, «svolge controlli periodici nei centri, anche avvalendosi di nuclei ispettivi costituiti mediante la collaborazione di organismi, enti ed istituzioni pubbliche presenti sul territorio». L'attività di controllo, così come dettagliata al successivo comma 4, «è finalizzata a verificare la regolarità» della gestione del centro e delle prestazioni oggetto dell'appalto.

3. Chi controlla il controllore?

Gli interessi del privato a ottenere un profitto e quelli del pubblico a trattenere in vista di un eventuale rimpatrio si sostengono a vicenda, rendendo molto più facile tagliare i servizi a fronte di un controllo pubblico spesso carente, quando non del tutto assente. In un dettagliato rapporto⁴ del 2023 sul CPR di

³ MINISTERO DELL'INTERNO, *Nuovo schema di capitolato d'appalto dei servizi di accoglienza*, Roma, 2024.

⁴ ASSOCIAZIONE PER GLI STUDI GIURIDICI SULL'IMMIGRAZIONE (ASGI), *La mancata erogazione dei servizi nel CPR di Milano e il potere di controllo della Prefettura*, Milano, 2023.

Milano l'Associazione per gli studi giuridici sull'immigrazione (Asgi) sottolineava infatti le macroscopiche differenze tra la realtà descritta all'interno dell'offerta tecnica presentata per la gestione del CPR e quella segnalata da anni da organizzazioni della società civile, dagli avvocati e dalle stesse persone trattenute. Quel lavoro è stato trasmesso come segnalazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione (Anac) nel novembre del 2023, la quale si è pronunciata proprio in relazione alla superficialità dei controlli effettuati dalla prefettura sostenendo che «il Direttore dell'esecuzione non risulta aver compiutamente svolto le funzioni di controllo previste, pur avendo la responsabilità di svolgere le attività di coordinamento, direzione e controllo tecnico-contabile dell'esecuzione del contratto, in modo da assicurarne la regolare esecuzione nei tempi e in conformità alle prescrizioni contenute nei documenti contrattuali e alle condizioni offerte in sede di aggiudicazione». Non solo il Direttore dell'esecuzione, ma anche «il Responsabile del procedimento non risulta aver compiutamente svolto le attività di controllo di cui è responsabile in base alle norme del Codice dei contratti pubblici»⁵. In quel caso Anac evidenziava che «appare anomalo che in un anno di gestione del servizio (dicembre 2022/dicembre 2023) la Prefettura abbia ritenuto di effettuare solo 4 ispezioni sul posto». Ciò appare ancora più grave considerando che la società che aveva in gestione il CPR di via Corelli è oggi a processo per i reati di frode nelle pubbliche forniture ex art. 356 c.p. e turbata libertà degli incanti ex art. 353 c.p. Parte del lavoro dell'Asgi infatti, in collaborazione con la testata giornalistica indipendente Altreconomia, è consistito nel rintracciare e contattare i diversi soggetti il cui nome appariva nei protocolli d'intesa allegati all'offerta tecnica. Per integrare l'offerta tecnica e ottenere un punteggio maggiore è infatti possibile allegare dei “protocolli d'intesa” con associazioni e realtà del territorio volti a “migliorare” la qualità dei servizi e prevedendo attività ludico-ricreative, di assistenza sanitaria e spirituale per le persone trattenute. Un esempio emblematico è quello di un protocollo “stipulato” con una squadra di calcio locale, il quale recava la sottoscrizione, datata 8 agosto 2022, dell'ex presidente della società, deceduto nel 2020. Un controllo molto semplice – che la Prefettura milanese avrebbe dovuto fare in sede di aggiudicazione – e che ha portato a riscontrare almeno otto protocolli d'intesa recanti firme apocriefe o comunque stipulati con soggetti inconsapevoli di averli sottoscritti⁶. Oggi il CPR di Milano è passato attraverso una perquisizione da parte della Procura milanese, un'amministrazione giudiziaria di più di sei mesi e una nuova gara d'appalto. L'aggiudicataria e attuale ente gestore del centro è oggi la EKENE Cooperativa Sociale Onlus, un soggetto conosciuto da diversi anni nel mondo dell'accoglienza e della detenzione amministrativa, avendo in gestione anche i CPR di Gradisca d'Isonzo (GO) e Roma, e avendo perso da poco la gestione di quello di Macomer (NU). Un soggetto che nella simbiosi tra pubblico e privato prospera ormai da tanti anni, evolvendosi e cambiando pelle nel momento in cui diventa necessario allontanarsi dai procedimenti penali in corso, così da poter partecipare a nuove gare e vincere nuovi appalti⁷. Sul modello milanese, quasi tutti i contratti d'appalto dei CPR italiani appaiono costellati di presunte firme false, protocolli con soggetti ignari e attività improbabili e irrealizzabili in strutture in cui – per rappresentate esigenze di sicurezza – spesso non è permesso alle persone trattenute tenere

⁵ AUTORITÀ NAZIONALE ANTICORRUZIONE (ANAC), *Atto del Presidente del 24 luglio 2024 – fasc.5276.2023*, Roma, 2024.

⁶ L. RONDI, L. FIGONI, *Inchiesta sul gestore del CPR di Milano: tra falsi protocolli e servizi non erogati*, in *Altreconomia*, 2023.

⁷ A. VESCO, G. BELLONI, *L'assedio del sociale. Il Terzo settore tra criminalità, mercato e politica*, Milano, 2024.

nemmeno una matita: dai corsi di chitarra, zumba, pallavolo, console per videogiochi, bricolage e gruppi di lettura⁸.

4. La privatizzazione come ostacolo alla trasparenza

Le difficoltà riscontrate in relazione all'accesso ai dati, ai documenti e alle informazioni sul sistema di detenzione amministrativo italiano non sono state poche e di certo non sono recenti. La circolare prot. n. 1305 – 11050/110(4)⁹ emessa dal Ministero dell'interno il 1° aprile 2011 costituisce un importante esempio di come la pubblica amministrazione abbia in passato tentato di limitare il diritto di cronaca e di informazione del pubblico, determinando l'impermeabilità dei centri di permanenza per il rimpatrio alla stampa e alla società civile. Tale circolare, con cui è stato di fatto impedito l'accesso alla stampa tanto a centri di accoglienza che a centri di detenzione "in considerazione del massiccio afflusso di immigrati provenienti dal Nord Africa e al fine di non intralciare le attività loro rivolte", descrive bene come allo stato di "emergenza" possa conseguire una sostanziale diminuzione del livello trasparenza, così da rendere la stessa emergenza non più misurabile in base a dati ed evidenze. A distanza di pochi anni da quella circolare, con il D.Lgs n. 33/2013, anche l'Italia recepisce nel proprio ordinamento il c.d. sistema FOIA (Freedom Of Information Act), con il quale chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto agli obblighi di pubblicazione. Lo scopo è proprio quello di «favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico»¹⁰, istituendo così uno strumento di partecipazione democratica fondamentale denominato accesso civico generalizzato. Con questa forma di accesso agli atti è stata ottenuta la documentazione di gara e i contratti d'appalto stipulati tra le prefetture italiane e gli enti gestori privati aggiudicatari nei singoli CPR italiani, riscontrando gli inadempimenti nell'esecuzione dei contratti, ma anche permettendo di comprendere meglio la simbiosi tra pubblico e privato: come i servizi vengono gestiti, a quali obblighi sono tenuti gli enti gestori, a quali le prefetture. In alcuni casi però, la stessa esternalizzazione dei servizi di gestione al privato ha consentito alla pubblica amministrazione di limitare la trasparenza. Difatti è previsto che l'accesso civico generalizzato sia sottoposto ad alcune limitazioni in relazione ad interessi pubblici (tutela delle relazioni internazionali, dell'ordine pubblico ecc.) e privati (libertà di corrispondenza, tutela del segreto tecnico-commerciale), che consentono all'amministrazione di non trasmettere i documenti richiesti. In particolare, l'art. 5bis, comma 2, lett. c), D.Lgs n. 33/2013 determina la possibilità di rifiutare l'accesso a determinati documenti qualora il diniego sia necessario per tutelare gli interessi economici di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali. Per questo motivo è previsto che, qualora la pubblica amministrazione a cui è stato richiesto l'accesso individui un soggetto controinteressato per cui potenzialmente l'ostensione dei documenti possa determinare un danno agli interessi tutelati all'art. 5bis, alla parte controinteressata vada trasmesso l'accesso affinché questa possa opporsi con dichiarazione

⁸ L. RONDI, L. FIGONI, *Le prefetture non controllano i CPR. Inchiesta su appalti e gestione*, in *Altreconomia*, 270, 2024.

⁹ Circolare del Ministero dell'Interno prot. n. 1305 – 11050/110(4), 1° aprile 2011.

¹⁰ Art. 5, co.2, D.Lgs n. 33/2013.

motivata e comprovata. In alcuni casi le Prefetture hanno rifiutato l'accesso alla documentazione di gara e nello specifico all'offerta tecnica, riscontrando in poche righe l'avvenuta opposizione della controinteressata (e quindi l'ente gestore privato), per la tutela del c.d. "know-how" aziendale. Tale limite era stato opposto dalla stessa Prefettura di Milano nel 2022 in merito all'offerta tecnica del contratto per la gestione del CPR di via Corelli, salvo poi aver ritrattato in autotutela a seguito del ricorso al TAR Lombardia promosso dall'associazione Naga proprio avverso il provvedimento di diniego. In quel caso il TAR Lombardia, dichiarando cessata la materia del contendere a seguito del menzionato intervento in autotutela, ribadiva che nella materia dei contratti pubblici l'accesso civico generalizzato non è escluso in toto, restando ovviamente fermo il necessario bilanciamento da parte della pubblica amministrazione nel bilanciamento tra il valore della trasparenza e quello della riservatezza¹¹. Proprio in quel caso, dalla cui documentazione ottenuta è conseguita la scoperta di falsi e il conseguente procedimento per frode in pubbliche forniture e turbativa d'asta in capo all'ente gestore del CPR di Milano, un effettivo bilanciamento a favore dell'interesse pubblico a conoscere in relazione all'utilizzo di risorse e soprattutto alle modalità di gestione della quotidianità di centri di detenzione amministrativa è stato fatto solamente a seguito di ricorso all'autorità giudiziaria. La giurisprudenza sul tema dell'accessibilità, ex art. 5 D.Lgs n. 33/2013, dell'offerta tecnica nei contratti relativi ai Centri di permanenza per il rimpatrio al momento è ancora oscillante. È importante considerare però come l'esternalizzazione dei servizi al privato da parte della P.A. rischi di determinare un'impossibilità di accesso a documenti fondamentali tanto per lo studio delle istituzioni totali, come il CPR, quanto per il loro monitoraggio civico. Nonostante ciò, l'accesso civico generalizzato rimane uno strumento di importanza rivoluzionaria, attraverso il quale è stato possibile documentare quello che da tempo era segnalato come un abuso quotidiano di psicofarmaci all'interno dei CPR italiani¹² e sollevare domande in merito alle ambiguità del ruolo del personale medico all'interno dei centri.

5. Il braccio sanitario dell'autorità

La tutela della salute all'interno del CPR è regolata dalla direttiva del ministero dell'interno del 19 maggio 2022 (c.d. Direttiva Lamorgese), la quale prevede un articolato sistema di presa in carico da parte del pubblico (ASL) o del privato (presidio ambulatoriale del centro). Nell'esaminare la gestione sanitaria dei centri di trattenimento è da considerare però che l'affidamento a società private della fornitura dei servizi gioca un ruolo fondamentale, affrontato solamente in via marginale nella normativa di secondo grado nel momento in cui la c.d. "visita di idoneità alla vita in comunità ristretta" viene affidata necessariamente a un medico della ASL o dell'azienda ospedaliera. È infatti previsto che, per accedere al centro, sia certificata l'idoneità della persona trattenuta alla vita in comunità ristretta, certificazione rilasciata a seguito di apposita visita volta ad accertare «l'assenza di patologie evidenti che rendano incompatibile l'ingresso e la permanenza del medesimo nella struttura, quali malattie infettive contagiose e pericolose per la comunità, disturbi psichiatrici, patologie acute o cronico-degenerative – rilevate attraverso indagine anamnestica o sintomatologica, nonché mediante la documentazione sanitaria disponibile – che non possano ricevere le cure adeguate in comunità ristrette». In tal senso

¹¹ Tar Lombardia, Sez. IV, 28/09/2023 n. 02173.

¹² L. RONDONI, L. FIGONI, *Rinchiusi e sedati*, in *Altreconomia*, 258, 2023.



l'intenzione è evidentemente quella di diminuire il rischio di un conflitto di interessi: l'idoneità alla vita in comunità ristretta è condizione necessaria per il trattenimento (anche se non sufficiente essendo comunque sottoposto alla convalida da parte dell'autorità giudiziaria) in una detenzione di fatto privatizzata, in cui l'ente gestore privato riceverà un importo per ogni persona trattenuta per ogni giorno di trattenimento. Secondo lo schema di capitolato, infatti, i corrispettivi destinati all'ente gestore per i servizi di gestione amministrativa, di assistenza generica alla persona e di assistenza sanitaria e spese mediche sono calcolati «sulla base del numero di giornate di effettiva presenza degli ospiti risultanti [...] fatto salvo quanto previsto nel caso di ricoveri ospedalieri dalle specifiche tecniche allegate». Nelle specifiche tecniche relative ai centri di cui all'art. 14 D.Lgs n. 286/1998 (quindi il CPR) è previsto infatti che «nei casi in cui è disposto il ricovero ospedaliero, sono comunque assicurati allo straniero i servizi previsti dal presente capitolato fatta eccezione per quelli forniti dall'azienda sanitaria». Il mancato trattenimento imputabile a una valutazione di non-idoneità alla vita in comunità ristretta determina quindi un potenziale mancato guadagno per l'ente gestore privato, così come l'eventuale ricovero ne determina una diminuzione in relazione, ad esempio, ai corrispettivi forniti per il servizio di fornitura dei pasti, che vengono necessariamente serviti dalla struttura ospedaliera. Trattandosi di importi irrisori difficilmente tali "mancati guadagni" hanno attirato l'attenzione degli studiosi, ma moltiplicati sulle centinaia di persone trattenute ogni anno il rischio è che possano incidere su un guadagno pensato per l'economia di scala. Dunque, di conseguenza, anche sulla valutazione delle condizioni di salute che determinerebbero un ricovero o meno. Si configurerebbe un pacifico conflitto di interessi, quindi, qualora gli stessi medici assunti e retribuiti dagli enti gestori privati dovessero provvedere alla certificazione dell'idoneità alla vita in comunità ristretta. Il conflitto di interessi è stato definito come «un insieme di circostanze ragionevolmente ritenute tali da creare un rischio sostanziale che il giudizio professionale di un interesse primario sia indebitamente influenzato da un interesse secondario»¹³ laddove sicuramente l'interesse primario, nel rapporto tra medico e paziente, consiste necessariamente nella cura e nel benessere di quest'ultimo. L'interesse secondario non deve però essere necessariamente specifico e ben identificabile, potendo quindi configurarsi un conflitto di interessi all'interno di una serie di circostanze che si riferiscono a un rischio generico piuttosto che alla singola decisione in un caso particolare. L'esistenza di un conflitto di interessi non implica che le decisioni del professionista siano concretamente motivate in modo improprio in ogni situazione, ma può portare a un'influenza indebita da parte di un interesse secondario. Più sfumato è il caso della "doppia fedeltà", concetto utilizzato per descrivere il conflitto etico che può emergere nell'ambito della salute carceraria, dove le istanze punitivo-securitarie dell'istituzione totale vanno a confliggere con la missione di cura della salute dei professionisti sanitari inseriti in tali contesti¹⁴. Pur evitando il conflitto d'interessi con l'affidamento della visita d'idoneità al pubblico, difficilmente in queste occasioni viene evitato il verificarsi di ambiguità all'interno del paradigma della doppia fedeltà. Va ricordato come la visita, secondo la direttiva Lamorgese, viene disposta su richiesta del Questore; quindi, la persona per cui è

¹³ D. F. THOMPSON, *The Challenge of Conflict of Interest in Medicine*, in *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 103, 3, 2009, 136-140.

¹⁴ J. PONT, S. ENGGIST, H. STÖVER, B. WILLIAMS, R. GREIFINGER, H. WOLFF, *Prison health care governance: guaranteeing clinical independence*, in *American Journal of Public Health*, 2018; L. BRINKLEY-RUBINSTEIN, J. BERK, B. A. WILLIAMS, *Carceral Health Care*, in *The New England Journal of Medicine*, 2025.

stato emesso un decreto di trattenimento verrà accompagnata dalle forze dell'ordine presso l'azienda ospedaliera o l'ASL territoriale. Chi sta chiedendo di verificare l'idoneità al trattenimento è l'autorità di pubblica sicurezza laddove la narrazione dominante vede la detenzione amministrativa proprio come una questione di sicurezza, mentre l'aver commesso un reato o la fumosa "pericolosità sociale" non costituiscono di fatto un presupposto per il trattenimento. Esempi eclatanti di intervento della doppia fedeltà in sede di visita di idoneità sono stati riportati da alcuni medici chiamati a effettuare tali visite, le cui dichiarazioni sono state anonimizzate per tutelarli da eventuali ripercussioni¹⁵. Emblematico è un caso di vera e propria pressione da parte della pubblica amministrazione dove, in seguito a una non-idoneità certificata, il medico dell'azienda ospedaliera avrebbe ricevuto una chiamata da parte della Questura, la quale sottolineava che «la persona che stavo certificando come non idonea al trattenimento era un soggetto socialmente pericoloso, che aveva scontato la sua pena in carcere e che chissà cosa avrebbe combinato nei prossimi giorni». Le pressioni si possono riscontrare anche su livelli diversi, senza che a muoversi sia direttamente la Questura. È infatti il caso di un medico, direttore sanitario di un istituto penitenziario, che dopo aver certificato la non-idoneità al trattenimento in CPR avrebbe ricevuto una chiamata dal Provveditorato regionale per l'amministrazione penitenziaria con cui gli veniva comunicato che «con il Prefetto, con la Questura, dobbiamo collaborare, non devi essere ideologica». Il paradigma della doppia fedeltà viene quindi a definirsi anche in sede di visita di idoneità, sostenuto talora da un generale affidamento alla buona fede delle forze dell'ordine o da eventuali timori nel confronto con queste, talora da rapporti gerarchici e preoccupazioni rispetto al proprio posto di lavoro.

Una volta dentro, una volta idonei, il testimone dell'assistenza sanitaria passa nelle mani del presidio ambulatoriale del CPR. L'art. 3 della direttiva Lamorgese introduce un correttivo alle possibili "sviste" del medico che ha svolto la visita d'idoneità: una visita che deve escludere patologie "evidenti" e per cui non è prevista una commissione di medici specializzati quali ad esempio psichiatri e infettivologi, rischiando di rendere la visita stessa una mera formalità. Si prevede infatti che «in presenza di elementi che possano determinare l'incompatibilità con la vita in comunità ristretta non emersi nel corso della certificazione di idoneità, il medico responsabile del Centro chiede che venga disposta nuova valutazione da parte della ASLo dell'azienda ospedaliera». Tale compito, però, viene affidato proprio al medico responsabile del centro, assunto e retribuito dall'ente gestore privato e per cui, in aggiunta al paradigma della doppia fedeltà, si instaura inevitabilmente un conflitto di interessi. In merito risulta di particolare interesse osservare proprio il numero di nuove richieste di visite di idoneità effettuate all'ASL dai medici responsabili dei CPR italiani ex art. 3, comma 4, della direttiva Lamorgese.

¹⁵ L. FIGONI, L. RONDI, Gorgo CPR. *Tra vite perdute, psicofarmaci e appalti milionari*, Milano, 2024.

01/06/2023 - 31/05/2024					
	Nuove valutazioni idoneità		TRANSITI	% su dato Prefettura	% su dato ASL
	Prefettura	ASL			
Bari	6	0	484	1,24%	0%
Brindisi	3	/	105	2,86%	/
Caltanissetta	3	/	1332	0,23%	/
Gorizia	/	26	761	/	3,42%
Milano	208	208	569	36,55%	36,55%
Nuoro	10	2	306	3,27%	0,65%
Potenza	45	13	764	5,89%	1,70%
Roma	55	55	1259	4,37%	4,37%
Trapani	/	/	744	/	/
TOTALE	330	304	6324	5,22%	4,80%

Rielaborazione dati ottenuti con accesso civico generalizzato ex art. 5, comma 2, D.Lgs n. 33/2013. In alcuni casi la Prefettura e la ASL di riferimento comunicano dati non coincidenti. Alcune Prefetture e alcune ASL comunicano di non essere in possesso dei dati richiesti.

Una media del 5,22% di nuove visite di idoneità richieste dal medico responsabile del CPR sul totale dei transiti (4,80% considerando i dati forniti dalle ASL) è un dato che fotografa una tutela della salute che, in quanto privatizzata nel contesto di un'istituzione totale, risulta quantomeno di dubbia efficacia. Potrebbe altresì significare una intrinseca validità delle prime visite, se queste ultime non fossero effettuate, come già rilevato, da medici non specializzati e in contesto di doppia fedeltà. Lad dove la doppia fedeltà si manifesta nell'interiorizzazione, da parte del personale sanitario, dell'equivalenza irregolarità amministrativa = pericolosità sociale e in una subalternità di potere verso le forze dell'ordine, il conflitto d'interessi che abbraccia il personale sanitario all'interno del CPR viene rafforzato da una serie di circostanze. Tra queste si possono individuare in primis la doppia linea gerarchica instaurata verso l'ente gestore privato-datore di lavoro e verso la pubblica amministrazione e nelle vesti della Prefettura di riferimento. La stessa equivalenza irregolarità = pericolosità sociale è altresì innestata su un bias cognitivo determinato dalla narrazione dominante. Conflitto d'interessi e doppia fedeltà sono fenomeni intrinsecamente legati all'istituzione totale - tanto più laddove la gestione viene esternalizzata al privato - costituendo un terreno fertile per quello che è stato definito come "effetto Lucifero", secondo cui potenzialmente chiunque venga inserito all'interno di un contesto che favorisce la deumanizzazione e la conseguente desoggettivizzazione dell'altro, essendo investito di potere da un'autorità superiore, possa diventare capace, in un lasso di tempo estremamente breve, di mettere in atto contro altri esseri umani azioni violente e terribili¹⁶.

6. Salute pubblica, salute sociale

Nel 2022 l'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato un dettagliato report¹⁷ sulla tutela della salute nei luoghi di detenzione amministrativa, affrontandone

¹⁶ S. PIRAS, C. PONTI, N. COCCO, *Da hospes a captivus: le basi psicopatogene della criminalizzazione delle persone migranti e della detenzione amministrativa*, in *Medicina Democratica*, Milano, 2023.

¹⁷ WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *Addressing the health challenges in immigration detention, and alternatives to detention: a country implementation guide*, Copenhagen, 2022.

le criticità e le best practices, ma con un invito al superamento del sistema detentivo per l'immigrazione. L'OMS conferma che la detenzione amministrativa di per sé costituisce un fattore di rischio per la salute mentale, nonché per la possibile diffusione di malattie infettive. A causa degli standard insufficienti di qualità della presa in carico costituirebbero un fattore di rischio anche per le malattie croniche non infettive. Se, a maggior ragione, osserviamo il tasso di rimpatrio delle persone transitate dal CPR, per cui meno del 50% delle persone non vengono rimpatriate dopo un periodo di trattenimento¹⁸, diventa chiaro come il sistema-CPR costituisca un reale problema di salute pubblica anche oltre le mura. Ma c'è di più e quanto emerso nel corso degli anni sulle criticità dei CPR italiani, sul loro funzionamento e soprattutto sulle condizioni di vita disumane al loro interno impone una riflessione sul significato storico della detenzione amministrativa. Non è insolito che, specialmente in contesti di attivismo e dibattito politico, si accenni ad analogie tra il CPR e il campo di concentramento. Il motivo principale consiste in alcuni elementi che rievocano facilmente tale confronto: la riconduzione della vita delle persone a un fatto amministrativo, la disumanizzazione che passa anche dalla sostituzione del nome a un numero, l'aver previsto una forma di privazione della libertà *ad hoc* esclusivamente per chi è socializzato come "straniero". Per questo, oggi ancora di più, è fondamentale porsi le domande giuste. Non più tanto su come funzioni il sistema-CPR, ma su come sia possibile che, nonostante tutto, la detenzione amministrativa rimanga in vita e venga anzi rilanciata tanto a livello italiano quanto europeo. Il 25 aprile 1995 Umberto Eco, all'interno di un simposio presso la Columbia University, spiegava che «Sarebbe così confortevole, per noi, se qualcuno si affacciasse sulla scena del mondo e dicesse: "Voglio riaprire Auschwitz, voglio che le camicie nere sfilino ancora in parata sulle piazze italiane!" ». Sarebbe confortevole, sì, perché la minaccia sarebbe immediatamente evidente e riconoscibile. Un grande errore nel processo di conservazione della memoria è consistito nel descrivere e interiorizzare il fascismo esclusivamente come un fenomeno storico-politico, un momento circoscritto nel tempo ed eliminato progressivamente a partire dal 1945. Come sottolineava Eco già nel 1995 teorizzando l'Urfascismo (o fascismo originario), purtroppo la questione è molto più complessa e oggi possiamo comprenderla meglio inquadrando il fascismo come patologia sociale. Sconfitto il fascismo storico nel 1945, l'Italia sceglie la Repubblica democratica come forma di Stato e si dota di una Carta costituzionale nata proprio dalle ceneri della Seconda guerra mondiale: un vero e proprio sistema immunitario sociale che ha costruito gli anticorpi necessari per riconoscere l'infezione qualora dovesse ripresentarsi, dotandosi degli strumenti per poterla immediatamente eliminare. Ma i virus possono mutare e dare vita alle varianti, le stesse di cui abbiamo imparato a parlare nel 2020 con la pandemia da Covid-19. Lì il sistema immunitario sociale si trova impreparato. Allora diventa accettabile, finanche auspicabile, pensare di rinchiudere in gabbie di metallo e cemento chi ha la sola colpa di non aver potuto ottenere – oppure di aver perso – un titolo di soggiorno valido. Un documento sempre più difficile da ottenere in base alla normativa sull'immigrazione. Diventa possibile costruire – e accettare – la realizzazione di centri di detenzione in Albania, fuori dai confini nazionali, dove portare prima chi è stato "salvato" in acque internazionali e dove invece poi venga portato chi, già in Italia, deve essere rimpatriato. Diventa accettabile partecipare alla gestione e al funzionamento di un CPR, che sia eseguendo ordini, che sia con spirito umanitario, che sia per perseguire un profitto. La domanda giusta, oggi, è sì una domanda di

¹⁸ ACTIONAID, UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO, *Trattenuti. Una radiografia del sistema detentivo per stranieri*, Roma/Bari, 2024.



salute pubblica, ma soprattutto una domanda e una rivendicazione di salute sociale. È chiedersi fino a che punto sia possibile alzare l'asticella dei compromessi che siamo disposti ad accettare, quanto e come sia davvero possibile collaborare per migliorare un sistema strutturalmente programmato non per violare i diritti fondamentali, ma per svuotarli lasciandoli parola morta. Una reale tutela della salute di chi è rinchiuso nei CPR italiani non può quindi che passare da una messa in discussione del concetto di confine, di libertà di movimento e di diritti. Quei diritti su carta, che oggi non sono altro che privilegi, difesi strenuamente innalzando muri.

Essays

