

RAPPORTO

ASILO PRECARIO

I Centri di Accoglienza Straordinaria e l'esperienza di Ragusa



APRILE 2016

Gli autori

Alberto Barbieri, Flavia Calò, Giuseppe Cannella, Laura Deotti, Mariarita Peca, Federica Visco Comandini.

Team MEDU in Sicilia

Flavia Calò (coordinatrice), Giuseppe Cannella (psichiatra), Angelo Kiros Abraha (mediatore culturale), Anna Dessì, Stefania Pagliazzo, Valentina Vegna (psicologue).

Si ringrazia la Prefettura di Ragusa per il costante sostegno all'implementazione del progetto ON.TO all'interno dei Centri di Accoglienza Straordinaria. Un ringraziamento speciale a Carmelo Chianura di MEDU. MEDU desidera inoltre esprimere la sua gratitudine a tutte le operatrici e gli operatori dei CAS della Provincia di Ragusa che hanno contribuito con la loro testimonianza alla realizzazione di questo rapporto. MEDU ringrazia tutti i richiedenti asilo che hanno condiviso la propria storia migratoria e l'esperienza all'interno dei centri di accoglienza straordinaria di Ragusa.

Foto in copertina: *Museo delle Migrazioni di Lampedusa* Michele Borzoni/Oxfam Italia

Il progetto *“ON TO: Stopping the torture of refugees from Sub-Saharan countries along the migratory route to Northern Africa”* (Stop alla tortura dei rifugiati lungo le rotte migratorie dai paesi sub-sahariani verso il Nord Africa) è co-finanziato dall'Unione Europea, da Open Society Foundations e da Oxfam Italia. Il progetto è implementato in Italia (Sicilia e Roma) da Medici per i Diritti Umani (MEDU) e in Israele, dalle ONG partner Hotline for Refugees and Migrants (HRM) e Physicians for Human Rights Israel (PHR-I). In particolare, in 36 mesi il progetto intende raccogliere le testimonianze dei migranti sopravvissuti a torture e trattamenti inumani e degradanti sbarcati in Italia; costruire una campagna di sensibilizzazione ad ampio raggio per informare l'opinione pubblica e le autorità competenti in Italia e in Europa sui bisogni specifici delle vittime di tortura e su come garantire la loro individuazione precoce; favorire la riabilitazione delle vittime di torture e di maltrattamenti attraverso l'assistenza psicologica-psichiatrica diretta e la formazione del personale sanitario dei territori interessati.

Medici per i Diritti Umani (MEDU) onlus è un'organizzazione umanitaria e di solidarietà internazionale, libera da affiliazioni politiche, sindacali, religiose ed etniche. MEDU si propone di portare assistenza medica alle popolazioni vulnerabili in situazioni di crisi in Italia e all'estero e di sviluppare spazi democratici e partecipativi all'interno della società civile per la promozione del diritto alla salute e degli altri diritti umani fondamentali. L'azione di Medici per i Diritti Umani si basa sulla militanza della società civile e sull'impegno professionale o volontario di medici ed altri operatori della salute, così come di cittadini e professionisti di altri settori.

I contenuti di questa pubblicazione sono di esclusiva responsabilità di Medici per i Diritti Umani e non possono in alcun modo essere considerati il punto di vista dell'Unione Europea.

Con il sostegno di:



Indice

SINTESI	3
1. Introduzione	7
2. I Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS): quadro istituzionale e convenzioni in vigore nella Provincia di Ragusa.....	8
2.1 Disciplina nazionale dei CAS	9
2.2 Convenzioni stipulate nella Provincia di Ragusa.....	12
3. Monitoraggio delle condizioni di vita e della qualità dei servizi offerti nei CAS della Provincia di Ragusa	16
3.1. Struttura e collocazione.....	19
3.2 Numero e formazione degli operatori impiegati	20
3.3. Regolamento interno e pocket money.....	23
3.4 Assistenza sanitaria	24
3.5 Assistenza psicologica	26
3.6. Servizi di consulenza ed orientamento legale	29
3.7. Mediazione linguistico-culturale.....	31
3.8 Insegnamento della lingua italiana ed inserimento socio-lavorativo	32
4. Considerazioni Finali	33
4.1 L'inadeguatezza del modello CAS	33
4.2 Raccomandazioni per un'accoglienza dignitosa, ordinata ed efficiente.....	35

SINTESI

Questo rapporto si basa sull'osservazione diretta e sulle informazioni raccolte da Medici per i Diritti Umani (MEDU) tra gli ospiti e gli operatori dei centri di accoglienza straordinaria (CAS) per richiedenti asilo della provincia di Ragusa in 14 mesi di attività, da Ottobre 2014 a Dicembre 2015 nell'ambito del progetto "ON.TO: Stop alla tortura dei rifugiati lungo le rotte migratorie dai paesi sub-sahariani verso il Nord Africa". In questi mesi, un team di MEDU ha fornito assistenza medica e psicologica ai migranti vittime di tortura e di trattamenti inumani e degradanti ed ha raccolto le loro testimonianze. La presenza continuativa nei centri di accoglienza ha permesso di verificare le condizioni di accoglienza e i servizi forniti all'interno delle varie strutture. Ciò ha permesso di individuare gravi criticità nel sistema CAS ma anche di formulare proposte e raccomandazioni per un modello di accoglienza più rispettoso delle complesse esigenze di tutti i migranti ed in particolare dei più vulnerabili.

E' questo dunque non solo un rapporto indipendente ma anche un'osservazione da dentro; non è cioè il frutto di una o più visite presso i vari centri di accoglienza, bensì il risultato dell'esperienza di un'organizzazione umanitaria indipendente che ha operato per più di un anno al loro interno misurandosi con il funzionamento quotidiano di queste strutture. Il rapporto svolge inoltre una riflessione generale sul sistema dei centri di accoglienza straordinaria partendo dall'analisi di un contesto specifico che è quello di Ragusa, territorio in prima fila nell'accoglienza dei richiedenti asilo.

Che cosa sono i CAS?

Come delineato nel Piano Nazionale del 10 luglio 2014 per fronteggiare il flusso straordinario di migranti e successivamente confermato dal D. Lgs 142 del 18 agosto 2015, l'accoglienza in Italia si svolge in tre fasi: soccorso (massimo 72 ore), prima accoglienza e qualificazione (tempo di permanenza limitato al tempo per la formalizzazione della domanda di protezione) e seconda accoglienza e integrazione (sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati - SPRAR). Questo sistema è attualmente in fase di revisione, al fine di allinearsi al nuovo approccio "hotspot" promosso dalla Commissione Europea a partire da Settembre 2015. Il nuovo sistema prevede la collaborazione delle istituzioni europee con quelle italiane per l'identificazione dei migranti e la possibilità di riallocare fino ad un massimo di 39.600 migranti dall'Italia ad altri paesi dell'Unione Europea. Le criticità riscontrate all'interno dei 4 centri hotspot attualmente attivi in Italia, su 6 previsti, non costituiscono oggetto del presente rapporto, che invece si concentra sui **centri di accoglienza straordinaria (CAS) che ad ottobre 2015 accoglievano oltre il 72% dei migranti in arrivo in Italia, mentre il 21% era ospitato nella rete SPRAR ed il 7% nei centri di accoglienza governativi (CARA).**

I CAS sono stati istituiti con Circolare del Ministero dell'Interno n. 104 dell'8 gennaio 2014, redatta su riunione del Tavolo Nazionale di Coordinamento, per rispondere al crescente afflusso di cittadini stranieri nel nostro Paese. **I CAS nascono quindi come strutture per loro stessa definizione "provvisorie", messe a disposizione su tutto il territorio nazionale per ospitare i richiedenti asilo a fronte dell'eccezionalità degli arrivi e della conseguente saturazione dei centri governativi e dei centri garantiti dagli enti locali nell'ambito del sistema SPRAR.** Anche se la circolare n. 2204 del Ministero dell'Interno del 19 marzo 2014 richiedeva alle Prefetture di stipulare convenzioni per nuove strutture di accoglienza straordinaria con durata non oltre il 30 giugno 2014, i CAS sono ormai operativi sul territorio nazionale da circa due anni. A giugno e settembre 2014, il Ministero dell'Interno ha richiesto alle Prefetture di individuare ulteriori posti di accoglienza sotto forma di CAS. L'entrata in vigore del D.Lgs. 18 agosto 2015, n.142, concernente l'attuazione delle direttive europee 2013/33/UE e 2013/32/UE, conferma che nel caso in cui sia temporaneamente esaurita la disponibilità in strutture di prima accoglienza o SPRAR, l'accoglienza può

essere disposta dal prefetto in strutture temporanee, anche se solo per il tempo strettamente necessario al trasferimento del richiedente in strutture di prima o seconda accoglienza. Di fatto, in tutta la penisola si sono moltiplicate imprese private, cooperative, associazioni che hanno messo a disposizione posti letto in strutture di vario tipo (ad es., alberghi, agriturismi, ospizi etc.) per una spesa media di circa 30/35 euro al giorno.

I CAS in Sicilia e a Ragusa

Al 30 gennaio 2016, la Sicilia accoglieva nelle sue strutture di accoglienza il 12% dei migranti del totale nazionale, confermandosi la regione con maggiori presenze insieme alla Lombardia (13%), seguite da Lazio (8%) e Piemonte (8%). Le stime al 30 marzo 2016 confermano che la Sicilia fornisce accoglienza a 12.000 migranti, seconda solo alla Lombardia, con oltre 14.000 presenze. Il 2 novembre 2015, in Sicilia erano presenti 105 CAS, per un totale di 5.128 richiedenti asilo ospitati. Di questi, 16 si trovavano nella provincia di Ragusa per un totale di 441 migranti ospitati (Commissione Parlamentare di Inchiesta, 2016). Tali strutture adibite a CAS sono state individuate a seguito di un bando lanciato dalla Prefettura ad agosto 2014. A dicembre 2015 è stato aperto un nuovo bando per l'erogazione dei servizi da aprile a dicembre 2016 che prevede alcune novità migliorative rispetto al precedente: la determinazione della migliore offerta sulla base della qualità e solo in un secondo momento dell'aspetto economico; e la richiesta di maggiori servizi, in termini di presa in carico dei soggetti vulnerabili, numero di ore dello psicologo e servizio di mediazione linguistica e culturale. **Come a livello nazionale, anche nella provincia di Ragusa la maggior parte dei richiedenti asilo è oggi ospitata nei CAS, dove un migrante risiede in media 4 o 5 mesi prima di essere convocato per l'audizione presso la Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale ed attende circa due mesi l'esito della sua domanda.**

Le criticità dei centri di accoglienza straordinari

L'attività di MEDU si è concentrata nei 16 CAS presenti nella provincia di Ragusa. MEDU ha preso in esame tutti i servizi offerti da questi centri, ha rilevato criticità e formulato proposte e raccomandazioni:

1) Struttura e collocazione.

In alcuni CAS sono state riscontrate condizioni di accoglienza non idonee soprattutto per la carenza di alcuni servizi essenziali (riscaldamenti) e per la scarsa disponibilità di spazi comuni. Inoltre, alcuni CAS, alquanto isolati, non sono adeguatamente collegati ai centri abitati.

E' necessario garantire in ogni CAS ambienti comuni e spazi dedicati per le attività culturali e religiose. E' altresì importante definire le modalità di trasporto esistenti verso i centri abitati ed eventualmente garantirne delle nuove.

2) Numero e formazione degli operatori

Sono state riscontrate rilevanti carenze sia per quanto riguarda il numero degli operatori che per le competenze specialistiche necessarie per seguire adeguatamente gli ospiti.

E' necessario definire un numero minimo di operatori nell'area psicologica, socio-assistenziale, legale, nonché un numero minimo di mediatori culturali, al fine di favorire la comunicazione tra gli operatori dei CAS e gli ospiti e il complessivo processo d'integrazione. E' inoltre necessario garantire corsi di formazione e spazi di confronto per gli operatori che lavorano all'interno dei centri.

3) Regolamento interno e pocket money

Gli ospiti dei CAS spesso non sono informati adeguatamente circa i servizi offerti; talvolta non è garantita la riscossione del pocket money giornaliero (2,50 euro) cui ogni migrante ha diritto.

E' importante garantire ai richiedenti asilo una corretta conoscenza dei propri diritti e doveri all'interno dei centri e monitorare che il pocket money possa essere regolarmente riscosso.

4) Assistenza sanitaria

Spesso l'assistenza sanitaria non è adeguatamente garantita per una serie di ragioni: i tempi eccessivamente lunghi della procedura d'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) senza che vi siano indicazioni precise su come gestire l'assistenza sanitaria nel periodo di attesa; talvolta è di fatto impossibile raggiungere il medico di base a causa dell'isolamento del centro; spesso non è possibile acquisire la documentazione medica del migrante prodotta in una fase precedente all'ingresso ai CAS.

E' necessario rendere più snello e rapido l'iter per l'iscrizione al SSN per i richiedenti asilo ed è inoltre importante che sia garantita l'assistenza sanitaria anche durante il periodo di attesa. La documentazione medica dei richiedenti asilo elaborata dalle strutture di prima accoglienza deve essere regolarmente trasmessa ai CAS per garantire la continuità terapeutica. E' inoltre necessario garantire l'accesso al medico di base assicurando possibilità di trasporto anche dai CAS più isolati.

5) Assistenza psicologica

Come ha avuto modo di rilevare il team di MEDU nella sua pratica medica, la maggior parte dei richiedenti asilo ospitati nei CAS è stata vittima di molteplici esperienze traumatiche come la tortura e la violenza intenzionale, nel proprio paese o lungo la rotta migratoria. Un numero significativo di questi migranti sviluppa poi una psicopatologia post-traumatica collegata a questi eventi. Nei 14 mesi oggetto di questo rapporto, il team di MEDU ha fornito supporto medico e psicologico a 74 ospiti dei CAS di Ragusa sopravvissuti a esperienze traumatiche estreme. A fronte di questa situazione, in nessuna delle strutture visitate è previsto personale dedicato al servizio psicologico. Gli operatori spesso non hanno le competenze per gestire i vissuti traumatici degli ospiti, né gli strumenti per individuare precocemente le persone più vulnerabili. Il monitoraggio di MEDU ha riscontrato che in alcune strutture è difficile identificare uno spazio protetto per i colloqui psicologici e medici. E' inoltre emerso uno scarso collegamento con i servizi territoriali di salute mentale.

E' necessario individuare precocemente i migranti più a rischio per lo sviluppo di disturbi psicologici post-traumatici al fine di attivare con tempestività percorsi di prevenzione e cura ed evitare così la cronicizzazione del disagio mentale. La presenza di uno psicologo all'interno del centro può rappresentare un elemento di stabilità e di fiducia per affrontare sia l'iter della richiesta d'asilo sia il percorso d'integrazione. E' inoltre importante promuovere la formazione del personale dei servizi territoriali di salute mentale sulle tematiche relative al disagio mentale nei migranti.

6) Servizi di consulenza ed orientamento legale

Gli operatori impiegati nei CAS sono numericamente insufficienti e non adeguatamente formati per fornire l'assistenza e l'ascolto necessari per la preparazione alla domanda di protezione internazionale.

E' necessario garantire al richiedente asilo sia un'adeguata preparazione per sostenere al meglio l'audizione di fronte alla Commissione Territoriale sia un numero sufficiente di colloqui con un legale prima dell'audizione stessa.

7) Mediazione linguistico culturale

E' stata riscontrata una grave carenza di mediatori culturali nella gran parte dei centri, che spesso non possono svolgere neanche il proprio ruolo in quanto destinati ad altre mansioni.

E' necessario includere almeno un mediatore culturale in ogni struttura e garantire la sua partecipazione a tutte le attività offerte dal CAS. I mediatori impiegati nelle strutture dovrebbero inoltre partecipare a corsi di formazione volti alla valorizzazione del loro ruolo nell'erogazione dei servizi e nei rapporti con istituzioni e servizi locali.

8) Insegnamento della lingua italiana ed inserimento lavorativo

In nessuna struttura visitata sono fornite le ore d'insegnamento settimanali previste dalle linee guida per lo SPRAR. E' stata inoltre riscontrata una grave carenza di percorsi d'inclusione sociale.

Per favorire il processo d'integrazione è fondamentale garantire l'insegnamento della lingua italiana con criteri di continuità e qualità. E' necessario inoltre sviluppare progetti ed iniziative d'inclusione sociale, lavorativa, culturale e sportiva.

Per un'accoglienza dignitosa, ordinata ed efficiente

Pur essendo strutture per definizione "temporanee e straordinarie" i CAS sono ormai da alcuni anni l'elemento portante del sistema d'accoglienza in Italia dal momento che circa tre migranti su quattro sono ospitati in questi centri. E' questa certamente la prima e più evidente anomalia: un approccio concepito per essere temporaneo che assume valenza portante di un sistema. Con una dimensione medio - piccola ed una distribuzione più omogenea sul territorio i CAS presentano degli elementi positivi rispetto ad altre strutture di accoglienza come i CARA. Tuttavia, **gestire l'accoglienza dei migranti secondo le logiche dell'emergenza, dei piani straordinari e di convenzioni provvisorie con una moltitudine di enti gestori disparati è anacronistico ed inefficiente.** La scelta di una gestione emergenziale comporta il rischio di minori controlli sull'assegnazione di appalti e finanziamenti pubblici. Soprattutto, comporta un abbassamento degli standard di accoglienza.

Nel caso specifico dei CAS, i servizi forniti sono raramente in linea con i servizi e le linee guida dello SPRAR, alle quali – come sancito dalla Circolare del Ministero dell'Interno del 17 dicembre 2014 – ogni centro di accoglienza deve sempre ed inderogabilmente far riferimento. **Di fatto dunque i CAS sono oggi una sorta di sistema SPRAR di secondo ordine. Ciò risulta evidente anche in una provincia come quella di Ragusa dove il funzionamento complessivo dei centri presenta certamente meno criticità che in altri territori siciliani e italiani.**

Nella pratica i CAS rimangono una realtà non adeguatamente regolata e difficile da monitorare. Vista la proliferazione di diversi enti gestori e la mancanza di un sistema sanzionatorio chiaro in materia, diventa difficile per il Ministero dell'Interno e le prefetture effettuare un regolare controllo in ogni singola struttura. A questo proposito, si raccomanda di predisporre al più presto organismi di controllo e monitoraggio indipendenti, incaricati di effettuare ispezioni periodiche al fine di supportare le Prefetture e la Commissione Parlamentare d'Inchiesta nella verifica regolare non solo dell'effettiva erogazione del servizio, ma anche del rispetto degli standard qualitativi minimi.

Per concludere, MEDU ritiene assolutamente prioritario, da un lato superare la logica di "un sistema d'accoglienza capovolto", in cui l'emergenziale diventa ordinario, dall'altro promuovere l'ampliamento del sistema SPRAR, l'unico che si è dimostrato effettivamente in grado di garantire condizioni di vita dignitose e servizi di qualità, come anche di facilitare l'integrazione con il territorio. Una gestione efficiente e sostenibile degli attuali flussi di migranti non può prescindere da interventi di accoglienza integrata, che prevedano misure d'informazione, accompagnamento, assistenza ed orientamento, come anche dalla costruzione di percorsi individuali d'inserimento sociale e lavorativo. Si suggerisce inoltre di: 1) Garantire un'accoglienza il più possibile diffusa sul territorio, che eviti eccessive concentrazioni e non riproduca logiche di segregazione sociale; 2) Nel caso in cui posti SPRAR non siano immediatamente disponibili, garantire una permanenza in strutture temporanee come i CAS per non più di un mese e la tempestiva segnalazione al servizio SPRAR; 3) **Incrementare il numero di progetti che rispondono alle esigenze dei più vulnerabili, incluse le vittime di tortura e le persone con disagio psichico post-traumatico,** che costituiscono una percentuale considerevole del totale dei migranti ospiti dei centri di accoglienza sul territorio italiano.

1. Introduzione

Medici per i Diritti Umani (MEDU) è attualmente presente in Sicilia nelle province di Catania e di Ragusa per l'implementazione del progetto "ON.TO: Stop alla tortura dei rifugiati lungo le rotte migratorie dai paesi sub-sahariani verso il Nord Africa", finanziato con fondi di Unione Europea, Open Society Foundations e Oxfam Italia. Un team composto da un coordinatore, un medico psichiatra, uno psicologo e un mediatore culturale, con il supporto di medici e psicologi volontari, è operativo all'interno dei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) della provincia di Ragusa da ottobre 2014. Il periodo preso in esame da questo rapporto va da ottobre 2014 fino a dicembre 2015. In questi 14 mesi di attività, MEDU ha fornito assistenza medica e psicologica alle vittime di tortura e di trattamenti inumani e degradanti ed ha raccolto le loro testimonianze. La presenza continuativa nei centri di accoglienza ha inoltre permesso di conoscere le condizioni di accoglienza e i servizi forniti all'interno delle varie strutture.

Il presente rapporto ha un duplice obiettivo:

1. **fornire delle indicazioni chiare per risolvere gli attuali problemi gestionali dei CAS** e far emergere eventuali criticità riguardo all'aderenza dei servizi offerti agli standard minimi previsti nelle convenzioni siglate dalla Prefettura di Ragusa con i singoli enti gestori;
2. **proporre delle raccomandazioni sul sistema dei CAS a livello nazionale**, al fine di delineare i tratti fondamentali di un modello di accoglienza, che possa dare una risposta più adeguata alle complesse esigenze dei migranti in arrivo sulle coste italiane, in linea con quanto sancito anche nel Piano Operativo Nazionale condiviso dal Governo con Regioni ed Enti Locali, nell'ambito dei tavoli di coordinamento regionali.

Particolare attenzione è stata prestata all'analisi delle esigenze dei migranti¹ più vulnerabili, in particolare dei migranti vittime di tortura e trattamenti inumani e degradanti. In condizioni di accoglienza non adeguate (quali ad esempio il *sovraffollamento*, la *promiscuità*, l'*insalubrità* e la *violenza* citate dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo nella sentenza contro il trasferimento della famiglia Tarakhel, Novembre 2014) ed in assenza di una presa in carico precoce e di un trattamento adeguato (dall'art. 27, comma 1--bis, del D.Lgs. 19 novembre 2007, n. 251), la loro condizione psicologica può evolvere verso il peggioramento o la cronicizzazione, ostacolando il percorso di integrazione sociale e di autonomia con evidenti e drammatici costi umani, ma anche elevati costi sociali ed economici.

Il rapporto è indirizzato in primo luogo al Ministero dell'Interno, alla Prefettura ed alla ASP (Azienda Sanitaria Provinciale) di Ragusa e a tutte le altre istituzioni coinvolte nella gestione dei flussi migratori nella provincia di Ragusa e sul suolo italiano. Il suo intento è di dare un contributo ai tavoli di lavoro già creati per l'attuazione del Piano Nazionale Accoglienza, siglato il 10 luglio 2014 da Governo, Regioni ed Enti locali², e del Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti.

Il rapporto è strutturato come segue:

- *Sezione 2*: analizza il quadro giuridico ed istituzionale dei CAS e le convenzioni attualmente in vigore nella provincia di Ragusa;

¹ Nel testo si farà volutamente riferimento al termine "migrante" senza distinguere tra "rifugiati" o "migranti economici" come da pratica giuridico - amministrativa.

² Il Piano Nazionale Accoglienza, prevede 3 livelli di accoglienza: (1) soccorso e prima assistenza; (2) prima accoglienza e qualificazione (Hub); (3) strutture di accoglienza di secondo livello SPRAR.

- *Sezione 3*: descrive le condizioni di accoglienza dei richiedenti asilo riscontrate da MEDU da ottobre 2014 a dicembre 2015, all'interno di 16 CAS della provincia di Ragusa. Suggerisce inoltre delle raccomandazioni per migliorare i servizi e garantire un efficace supporto ai migranti;
- *Sezione 4*: riassume le principali criticità riscontrate e fornisce delle raccomandazioni finali.

2. I Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS): quadro istituzionale e convenzioni in vigore nella Provincia di Ragusa

Secondo i dati forniti dalla Commissione Parlamentare d'Inchiesta sono 185.133 i migranti sbarcati sulle coste italiane da Ottobre 2014 a Dicembre 2015. Dal 1 gennaio al 30 marzo 2016 sono stati 18.234, ovvero l'80% in più rispetto allo stesso periodo del 2015 (10.165)³.

Di fronte a questo considerevole numero di arrivi, il sistema italiano ha risposto con una moltiplicazione delle tipologie e del numero dei centri di accoglienza. Come delineato nel Piano Nazionale del 10 luglio 2014 per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari e successivamente confermato dal D.Lgs. 18 agosto 2015, n. 142, l'accoglienza in Italia si svolge in tre fasi:

1. **Soccorso** (*Centri di primo soccorso e assistenza – CPSA nelle regioni di sbarco o limitrofe*): in queste strutture il migrante dovrebbe soggiornare solo il tempo strettamente necessario (massimo 72 ore) per: (i) espletare le procedure d'identificazione; (ii) effettuare un primo screening sanitario; (iii) rispondere ai bisogni materiali primari (igiene, abbigliamento, etc.); (iv) fornire un'ampia attività informativa; e (v) procedere ad una prima individuazione di nuclei familiari o persone vulnerabili;
2. **Prima accoglienza e qualificazione** (*Centri governativi ed Hub regionali e/o interregionali, con assorbimento di tutte le attività al tempo gestite nei CARA*): la permanenza dovrebbe essere limitata al periodo necessario per la formalizzazione della domanda di protezione (modello C3), la conclusione delle procedure di esame delle domande da parte della Commissione territoriale competente, e l'individuazione della migliore collocazione possibile nel sistema SPRAR;
3. **Seconda accoglienza e integrazione** (*sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati - SPRAR*) predisposta dagli enti locali: le misure di accoglienza sono assicurate per la durata del procedimento di esame della domanda da parte della Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale.

A partire da Settembre 2015⁴ la Commissione Europea ha adottato un insieme di misure per far fronte a quella che è stata definita "un'emergenza rifugiati". Tali misure comprendono la riallocazione di 160.000 persone in "evidente bisogno di protezione internazionale" nel periodo 2015-2017 verso altri stati membri⁵, in particolare dalla Grecia (66.400) e dall'Italia (39.600). Il tutto è legato all'attuazione di un nuovo approccio "hotspot"⁶ in cui le istituzioni europee dovrebbero collaborare con quelle italiane per l'identificazione dei migranti.

³ http://www.repubblica.it/solidarieta/immigrazione/2016/03/31/news/gli_sbarchi_in_italia_raddoppiati_in_un_anno-136635952/

⁴ Per maggiori informazioni: i) EU. 2015. *Refugee Crisis: European Commission takes decisive action*, disponibile sul sito http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5596_en.htm ii) <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-12098-2015-INIT/en/pdf>.

⁵ http://europa.eu/rapid/press-release_IP-15-5596_en.htm

⁶ L'approccio "hotspot" prevede che l'Ufficio europeo per l'asilo (EASO), Frontex ed Europol diano il loro supporto agli Stati membri per velocizzare le pratiche di identificazione, registrazione e fotosegnalamento dei migranti. Tutte le persone in arrivo sono prima sottoposte a screening medico, poi vengono intervistate da funzionari degli uffici immigrazione, in collaborazione con funzionari dell'EASO, al fine di compilare il "foglio-notizie" ed

Secondo la Commissione Europea, **al 31 marzo 2016 sono operativi in Italia quattro hotspot su sei** (Lampedusa, Pozzallo, Taranto e Trapani) per una capacità recettiva totale di 1.500 posti⁷. Ad Augusta ed a Sikania/Porto Empedocle gli adeguamenti previsti non sono stati ancora attuati. La Roadmap del Ministero dell'Interno, il documento di attuazione dell'Agenda Europea sull'Immigrazione pubblicato a fine settembre 2015, chiarisce che, in seguito all'identificazione negli hotspot, "le persone che richiedono la protezione internazionale saranno trasferite nei vari regional hub presenti sul territorio nazionale; le persone che rientrano nella procedura di ricollocazione saranno trasferite nei regional hub dedicati; le persone in posizione irregolare e che non richiedono protezione internazionale saranno trasferite nei Centri di Identificazione ed Espulsione (C.I.E.)"⁸.

In un rapporto di Febbraio 2016, **la Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani del Senato ha rilevato numerose criticità all'interno del centro hotspot di Lampedusa**, tra le quali: (i) l'inadeguatezza della struttura – pensata per una primissima accoglienza e permanenza di non oltre 48 ore – ad accogliere persone per oltre 30 giorni (come effettivamente è avvenuto); (ii) il rischio di una cernita sommaria di chi può e non può entrare in Europa; e (iii) il rifiuto di una parte dei migranti di farsi identificare con il rilevamento delle impronte digitali e il conseguente trattenimento nei centri di primo soccorso senza che ci sia una normativa chiara che regoli il trattenimento per periodi di tempo prolungati⁹.

2.1 Disciplina nazionale dei CAS

A fronte di un crescente afflusso di cittadini stranieri e della conseguente saturazione di tutti i centri governativi e di quelli garantiti da alcuni enti locali nell'ambito del sistema SPRAR, nel gennaio 2014 il Ministero dell'Interno ha predisposto un piano straordinario per l'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, denominato "piano di assegnazione". **I Centri di accoglienza Straordinaria (CAS) vengono istituiti con Circolare del Ministero dell'Interno n. 104 dell'8 gennaio 2014**, redatta su riunione del Tavolo Nazionale di Coordinamento. A seguito delle problematiche insorte nella gestione dei massicci sbarchi del 2013 (circa 43.000 persone), tale Circolare richiedeva alle Prefetture – Uffici Territoriali di Governo (UGT) il reperimento di ulteriori posti di accoglienza per l'ampliamento della capacità recettiva di oltre 21.000 posti, da affidare ad enti territoriali per il triennio 2014/2016. È la circolare n. 2204 del Ministero dell'Interno del 19 marzo 2014 a chiedere alle Prefetture di individuare nuove strutture di accoglienza "straordinaria", offrendo già la lista dei trasferimenti previsti suddivisi su base territoriale. Tale Circolare includeva uno schema di massima della convenzione, modificabile in base alle rispettive esigenze territoriali.

I CAS nascono quindi come strutture per loro stessa definizione "provvisorie", messe a disposizione su tutto il territorio nazionale a fronte dell'eccezionalità degli arrivi e della conseguente saturazione dei centri governativi e dei centri garantiti dagli enti locali nell'ambito del sistema SPRAR. In tutta la penisola si sono dunque moltiplicate imprese private, cooperative, associazioni che mettono a disposizione posti letto in strutture di vario tipo (ad es. alberghi, agriturismi, ospizi etc.) per una spesa media di circa 30/35 euro al giorno, a seconda dei costi di gestione dei centri.

indicare la volontà di richiedere protezione internazionale. Le persone suscettibili di aderire alla procedura di ricollocazione vengono informate sulle modalità della procedura. Gli esperti di Easo aiuteranno i Paesi ad esaminare le domande di asilo "il più velocemente possibile", mentre Frontex aiuterà gli Stati nel coordinamento dei rimpatri di "coloro che non hanno esigenze di protezione internazionale. (European Commission 2015. *The hotspot approach to managing exceptional migration flow*. Disponibile sul sito: http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/european-agenda-migration/press-material/docs/state_of_play_-_hotspots_en.pdf).

⁷ European Commission. 2016. *Managing the refugee crisis. Italy: Progress Rapporto*. February 2016. Available at: http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/european-agenda-migration/background-information/docs/managing_the_refugee_crisis_-_italy_state_of_play_rapporto_20160210_en.pdf

⁸ Ministero dell'Interno. 2015. *Roadmap italiana*. 28 settembre 2015.

⁹ Senato della Repubblica. 2016. *Rapporto sui centri di identificazione ed espulsione in Italia*. Commissione Straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani. Febbraio 2016.

BOX 1: I CAS come modello di accoglienza temporaneo

- **Ottobre 2013:** Naufragio Lampedusa (3 Ottobre, 366 morti accertati e 20 dispersi presunti) e lancio dell'operazione Mare Nostrum (18 Ottobre) 2013 per pattugliamento e salvataggio vite in mare (fino al 31 Ottobre 2014)
- **Istituzione dei CAS:**
 - **Circolare 104 dell'8/01/2014** del Ministero dell'Interno ed affidamento diretto di ulteriori strutture di accoglienza nelle more dell'approvazione della graduatoria per l'attivazione di nuovi posti SPRAR per il triennio 2014-2016, con accordi quadro in scadenza 31 Agosto 2014
 - **Circolare 2204 del 19/03/2014** del Ministero dell'Interno e richiesta alle Prefetture di individuare – in via d'urgenza - strutture da adibire all'accoglienza temporanea di richiedenti asilo, con l'obbligo di fornire servizi minimi come previsto nello schema di massima della convenzione, da modificare in base alle rispettive esigenze territoriali.
- **Circolare n. 7418 del 20/06/2014** del Ministero dell'Interno (disposizione di ulteriori posti di accoglienza con Centri di accoglienza Straordinaria CAS) e bandi pubblici per l'individuazione degli enti gestori dei CAS con convenzioni in scadenza 31 dicembre 2014 (poi prorogata).
- **Piano Operativo Nazionale 10/07/2014:** in mancanza di posti nel sistema SPRAR si può procedere all'individuazione di altre strutture, comunque funzionali al successivo trasferimento nella rete SPRAR.
- **Decreto del Ministero dell'Interno 17/10/2014:** disciplina funzione e composizione dei Tavoli di Coordinamento Nazionale e dei Tavoli di coordinamento regionale.
- **Piano Operativo Nazionale, approvato il 17 giugno 2015:** si attribuisce ai Tavoli di Coordinamento presieduti dal Prefetto del Comune Capoluogo le funzioni connesse alla successiva assegnazione concordata con gli enti locali, ove sono individuate le strutture destinate all'accoglienza temporanea.
- **20 agosto 2015:** direttiva del Ministro dell'Interno in materia d'implementazione delle attività di controllo sui soggetti affidatari dei servizi di accoglienza che prevede controlli sui requisiti soggettivi degli enti gestori, l'inserimento nei bandi di gara di specifiche clausole a tutela dell'interesse pubblico e della legalità, l'estensione dei controlli anche a soggetti affidatari dei servizi di accoglienza che abbiano stipulato convenzioni con le pubbliche amministrazioni.
- **30 settembre 2015:** entrata in vigore del **D.Lgs. 18 Agosto 2015, n. 142**, concernente l'attuazione della direttiva 2013/33/UE e 2013/32/UE. Si riconferma che nel caso in cui sia temporaneamente esaurita la disponibilità di posti all'interno delle strutture di prima accoglienza o SPRAR, l'accoglienza può essere disposta dal prefetto in strutture temporanee, **limitatamente al tempo strettamente necessario al trasferimento del richiedente in strutture di prima o seconda accoglienza.**
- **Dicembre 2015:** nuovi bandi per l'individuazione degli enti gestori.

Anche se la Circolare del Ministero dell'Interno n. 2204 consigliava di non superare la data del 30 giugno 2014 come durata contrattuale, i CAS sono operativi sul territorio italiano da quasi due anni. Inoltre, **secondo i dati del Ministero dell'Interno (ottobre 2015)¹⁰ oltre il 72% dei migranti viene accolto nelle strutture temporanee dei CAS**, contro il 21% nella rete SPRAR ed il 7% nei centri di accoglienza governativi (tabella 1).

A giugno 2014, il Ministero ha incaricato le Prefetture di avviare nuove procedure di gara, sia per la prosecuzione dell'accoglienza, sia per l'individuazione di nuove strutture d'intesa con regioni ed enti locali. Per la prima volta si menziona la necessità di includere alcuni requisiti tecnici di partecipazione alle gare e

¹⁰ Ministero dell'Interno. Gruppo di studio sul sistema di accoglienza. 2015. *Rapporto sull'accoglienza di migranti e rifugiati in Italia. Aspetti, procedure, problemi*. Roma, ottobre 2015.

di provvedere ad un'attenta iniziativa di monitoraggio, alla fine di garantire una fornitura di servizi il più possibile simili a quelli degli SPRAR. Il Piano Operativo Nazionale del 10 luglio 2014 prevede un sistema articolato con l'individuazione di Hub regionali e interregionali, strutture di prima accoglienza funzionali però al successivo trasferimento nella **rete SPRAR, definita, quale sistema unico di accoglienza delle persone richiedenti o titolari di protezione internazionale e di tutti i minori stranieri non accompagnati**¹¹. Lo stesso piano prevede che, nel caso in cui la capienza del sistema SPRAR risulti insufficiente o non immediatamente fruibile, si provveda alla distribuzione dei migranti secondo contingenti progressivi di 10.000 unità in strutture destinate all'accoglienza temporanea, individuate dal Prefetto con gli enti locali.

Con la Circolare n. 11225 del 19 settembre 2014, il Ministero dell'Interno ha richiesto alle Prefetture di reperire 18.000 nuovi posti all'interno di centri di accoglienza straordinaria. La circolare n. 14906 del 17 dicembre 2014 ha prorogato la durata dei CAS fino al 31 dicembre 2015. Tuttavia, il Ministero dell'Interno ha continuato a richiedere la predisposizione di ulteriori posti (6.500 con comunicazione di aprile 2015; 9.000 con comunicazione di maggio 2015).

Il D.Lgs. 18 agosto 2015, n. 142, di attuazione della direttiva 2013/33/UE e della direttiva 2013/32/UE, all'art. 11 "misure straordinarie di accoglienza", conferma che nel caso in cui sia temporaneamente esaurita la disponibilità di posti all'interno delle strutture, a causa di arrivi consistenti e ravvicinati di richiedenti, l'accoglienza può essere disposta dal prefetto in strutture temporanee, appositamente allestite, previa valutazione delle condizioni di salute del richiedente, anche al fine di accertare la sussistenza di esigenze particolari di accoglienza. Tali strutture devono essere individuate dalle prefetture-uffici territoriali del governo, sentito l'ente locale nel territorio in cui è collocata la struttura, secondo le procedure di affidamento dei contratti pubblici. L'affidamento diretto è consentito solo nei casi di estrema urgenza. **L'accoglienza in queste strutture è limitata al tempo strettamente necessario al trasferimento del richiedente nei centri governativi o SPRAR.** Le misure di accoglienza sono assicurate per la durata del procedimento di esame da parte della Commissione territoriale e in caso di rigetto fino alla scadenza del termine per l'impugnazione della decisione.

Tabella 1: Strutture d'accoglienza - Presenze/Posti al 10 ottobre 2015

Tipologia di Strutture	Numero di strutture	Presenze (Num)	Presenze (% tot)
CAS (strutture temporanee)	3.090	70.918	72%
SPRAR (Posti)	430 progetti	21.814	21%
CENTRI GOVERNATIVI – CARA	13	7.290	7%
CIE	7	464	0%
TOTALE PRESENZE		99.096	100%

Fonte: Ministero dell'Interno, Gruppo di studio sul sistema di accoglienza. 2015. *Rapporto sull'accoglienza di migranti e rifugiati in Italia. Aspetti, procedure, problemi*. Roma, ottobre 2015.

Nonostante il loro carattere temporaneo, le strutture di accoglienza straordinaria (CAS) ad ottobre 2015 accoglievano il 72% dei migranti (70.918 persone) (Ministero dell'Interno, ottobre 2015)¹², dato confermato dagli aggiornamenti della Commissione Parlamentare d'Inchiesta. Lombardia e Sicilia risultano essere le regioni che accolgono il maggior numero di migranti, rispettivamente il 13% e 12% del totale. Tuttavia, non

¹¹ *Ibid.*

¹² Ministero dell'Interno. Gruppo di studio sul sistema di accoglienza. 2015. *Rapporto sull'accoglienza di migranti e rifugiati in Italia. Aspetti, procedure, problemi*. Roma, ottobre 2015.

esiste un elenco pubblico di tali strutture, della loro ubicazione e dei relativi enti gestori¹³.

2.2 Convenzioni stipulate nella Provincia di Ragusa

Al 30 giugno 2015, la Sicilia era la Regione italiana che accoglieva il maggior numero di migranti, con 5.960 persone nei CAS (11,8 % del totale posti CAS in Italia), 4.990 persone nei CARA, CPSA e CDA (49 % del totale posti CARA.CPSA e CDA disponibili in Italia) e 4.305 persone negli SPRAR (20% del totale posti SPRAR in Italia) (Rapporto sulla Protezione Internazionale in Italia, ottobre 2015)¹⁴.

Al 30 gennaio 2016, la Sicilia accoglieva il 12% dei migranti, confermandosi la regione con maggiori presenze insieme alla Lombardia (13%), seguite da Lazio (8%) e Piemonte (8%)¹⁵. Nonostante una considerevole diminuzione di questa percentuale rispetto al 42% del 2013 e al 22% del 2014, **le stime al 30 marzo 2016 confermano che la Sicilia fornisce accoglienza a 12.000 migranti, seconda solo alla Lombardia, con oltre 14.000 presenze**¹⁶.

Il 2 novembre 2015, in Sicilia erano presenti 105 CAS, per un totale di 5.128 posti disponibili. Per quanto riguarda la provincia di Ragusa, alla stessa data erano attivi 16 CAS con 441 migranti ospitati (Commissione Parlamentare di Inchiesta, 2016)¹⁷.

Dati accoglienza in Sicilia:	Dati accoglienza nella provincia di Ragusa:
5.960 presenze nei CAS	449 presenze nei CAS
4.990 presenze nei CARA/CDA/CPSA	127 presenze nei CARA/CDA/CPS
4.305 presenze nei centri SPRAR	314 presenze nei centri SPRAR
15.255 TOTALE PRESENZE	890 TOTALE PRESENZE

Fonte: Elaborazione Cittalia su dati del Ministero dell'Interno (I dati SPRAR 2015 sono relativi ai primi 5 mesi del 2015; I dati sui CAS, CDA/CARA/CPSA sono al 1 luglio 2015.)

Nei primi sei mesi del 2015 Lombardia, Sicilia e Campania erano le regioni che ospitavano la percentuale più alta di richiedenti asilo (rispettivamente 15,3%, 12,2% e 10,4%) nelle strutture temporanee CAS. La Sicilia è la regione in cui le strutture temporanee presenti sul territorio hanno il numero medio di posti più alto rispetto al resto delle regioni italiane (53 posti in media nei CAS siciliani) contro i 50 della Basilicata, i 46 del Molise e i 41 della Calabria. Le regioni in cui le strutture temporanee presenti sui territori hanno il numero più basso di posti medi per singola struttura sono: l'Umbria (11), la Toscana (13), l'Emilia Romagna

¹³ Cittadinanzattiva, LasciateCIEntrare e Libera. 2016. *InCAStrati: iniziative civiche sulla gestione dei centri di accoglienza straordinaria per richiedenti asilo*. Febbraio 2016.

¹⁴ Anci, Caritas Italiana, Cittalia, Fondazione Migrantes, SPRAR, in collaborazione con UNHCR. 2015. Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2015. Luglio 2015.

¹⁵ Per maggiori informazioni si vedano i dati del Ministero dell'Interno al 31.12.2015 (http://www.interno.gov.it/sites/default/files/dati_per_sito_da_marzo_a_dicembre_2015.pdf) ed al 30.01.2016 (http://www.interno.gov.it/sites/default/files/dati_migranti_gennaio_2016.pdf).

¹⁶ http://www.repubblica.it/solidarieta/immigrazione/2016/03/31/news/gli_sbarchi_in_italia_raddoppiati_in_un_anno-136635952/

¹⁷ Camera dei Deputati, Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema di accoglienza, identificazione e trattenimento dei migranti. Dati al 18 Gennaio 2016.

(15), il Piemonte (17) e la Lombardia (18) (Ministero dell'Interno, ottobre 2015)¹⁸.

Nel periodo ottobre 2014 - dicembre 2015 sono stati lanciati due bandi per l'identificazione dei nuovi enti gestori, uno pubblicato ad agosto 2014 ed in vigore per tutto il periodo oggetto del monitoraggio di questo rapporto ed uno pubblicato dicembre 2015 per convenzioni in vigore dal 1 aprile 2016 fino al 31 dicembre 2016 (vedi Box 2).

Box 2: I bandi nella provincia di Ragusa

- **Gennaio 2014:** individuazione di strutture temporanee – preferibilmente non alberghiere – messe a disposizione da enti pubblici o selezionate tramite indagine di mercato nell'ambito del privato-sociale, **affidamento diretto** e stipula di convenzioni in scadenza 31 agosto 2014 per 600 posti (in risposta alla Circolare del Ministero dell'Interno 104 dell'8/01/2014). I servizi da fornire sono ridotti a vitto, alloggio, servizi di assistenza generica alla persona e insegnamento della lingua italiana;
- **Avviso pubblico agosto 2014** per stipula di convenzioni in scadenza fino al 31 dicembre 2014. L'avviso pubblico contiene tra gli allegati uno schema dell'accordo quadro da firmare con i singoli enti gestori che ricalca lo schema di massima della Circolare 2204 del 19 marzo 2014;
- **8 settembre 2014:** vengono aperte le buste e viene redatta una graduatoria di possibili strutture temporanee da adibire a CAS. Seguono mesi nei quali Prefettura di Ragusa, Vigili del Fuoco ed ASP iniziano a svolgere dei controlli approfonditi sulle strutture in graduatoria, al fine di garantire la loro idoneità da un punto di vista igienico-sanitario, di norme antincendio e di aderenza ai requisiti minimi previsti nell'accordo quadro.
- Le convenzioni con gli enti gestori vengono firmate solo a **febbraio 2015** con durata fino al 31 dicembre 2015.
- **Avviso pubblico dicembre 2015** per assicurare accoglienza a 600 migranti fino al 31 dicembre 2016. Tale avviso contiene tra gli allegati uno schema di accordo quadro con qualche minima modifica rispetto a quello dell'avviso pubblicato ad agosto 2014. Le buste sono state aperte l'8 marzo 2016.

Nel bando di assegnazione della gestione dei servizi di accoglienza straordinaria lanciato ad inizio 2014 non era prevista nessun'attività extra oltre a vitto, alloggio ed insegnamento della lingua italiana. I due bandi pubblici di agosto 2014 e dicembre 2015 sono invece più specifici nell'elencare i servizi minimi da offrire, così come delineati negli schema di convenzione allegati.

In particolare, lo schema di accordo quadro allegato ai due bandi è sostanzialmente lo stesso e prevede:

- **Capacità recettiva** delle strutture: tra 20 e 80 posti (con spazi minimi di 9 metri quadri a persona);
- **Tetto massimo di migranti** ospitabili in ciascun comune della Provincia¹⁹;
- **Requisiti d'idoneità professionale:**
 - Iscrizione al registro delle imprese della Camera di commercio, Industria, Artigianato ed Agricoltura della provincia in cui l'impresa ha sede.
 - Fine istituzionale di operare in un settore d'intervento pertinente con l'oggetto della gara.

¹⁸ Ministero dell'Interno. Gruppo di studio sul sistema di accoglienza. 2015. *Rapporto sull'accoglienza di migranti e rifugiati in Italia. Aspetti, procedure, problemi*. Roma, ottobre 2015

¹⁹ Ragusa (300), Vittoria (200), Comiso (150), Modica (200), Acate (50), Scicli (150), Ispica (100), Chiaramonte Gulfi (50), Monterosso Almo (50), Giarratana (50) e Santa Croce Camerina (50).

- Aver prestato negli ultimi cinque anni servizi di accoglienza mediante esperienza in ambito SPRAR o in progetti di accoglienza similari destinati ai richiedenti la protezione internazionale.
- Possibilità di partecipare anche per strutture alberghiere, purché garantiscano i servizi sopra richiamati, stipulando apposite convenzioni con operatori del privato sociale, che abbiano i medesimi requisiti indicati al comma precedente.
- **Monitoraggio e controllo:** E' fatto obbligo all'affidatario di trasmettere quotidianamente, a mezzo e-mail, alla Prefettura di Ragusa l'elenco degli ospiti effettivamente presenti nella struttura, firmato da ciascun migrante, al fine di consentire i previsti controlli di legge da parte della Questura, nonché quelli amministrativo-contabili per i pagamenti di cui all'articolo precedente. Inoltre, il gestore dovrà trasmettere mensilmente e con le stesse modalità, il prospetto riepilogativo delle presenze mensili e una relazione sui servizi erogati nel mese precedente.
- **Fornitura di servizi minimi,** in base a quanto previsto dalla Circolare del Ministero dell'Interno n. 2204 del 19 marzo 2014. Questi includono alloggio, fornitura regolare di pasti, vestiario e kit igienici ed un pocket money pari a 2,50 Euro al giorno (buono spendibile o carta prepagata), la mediazione linguistico-culturale, il supporto socio-psicologico, l'insegnamento della lingua italiana, l'orientamento al territorio e l'assistenza nei rapporti con la Questura competente per l'inserimento nel sistema SPRAR (vedi tabella 2).

Tabella 2: Schema dei servizi da fornirsi all'interno dei CAS secondo la normativa vigente

		Circolare N.2204 (19 marzo 2014)	Bando agosto 2014	Bando dicembre 2015
SERVIZI DI GESTIONE AMMINISTRATIVA	Registrazione degli ospiti (dati anagrafici, sesso, nazionalità, data di entrata, data di dimissione, tempi di permanenza)	X	X	X
	Tenuta di apposito registro delle presenze giornaliera degli ospiti	X	X	X
	Controllo e verifica della piena funzionalità dell'efficienza degli impianti della struttura	X	X	X
SERVIZI DI ASSISTENZA GENERICA ALLA PERSONA	Orientamento generale sulle regole comportamentali all'interno della struttura	X	X	X
	Orientamento sul territorio	X	X	X
	Servizio di lavanderia	X	X	X
	Servizio di mediazione linguistica e culturale			X
	Informazione su normativa concernente l'immigrazione, diritti e doveri dello straniero			X
	Servizio di trasporto dal luogo di arrivo ed eventuali successivi spostamenti che si rendessero necessari su richiesta della Prefettura		X	X
	Ricostruzione della memoria personale e preparazione per l'audizione dinanzi alla Commissione Territoriale			
Attività ludico-ricreative, sportive e cultura				

	Assistenza, ove necessario, ai bambini e ai neonati componenti il nucleo familiare	X	X	X
	Altri servizi di assistenza generica alla persona	X	X	X
SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA	Da effettuare presso i presidi sanitari territoriali o medici di base (SSN)	X	X	X
	Garantire presa in carico dei soggetti vulnerabili attraverso l'attivazione di servizi territoriali specifici	X	X	X
	Curare il dispiego delle pratiche amministrative finalizzate all'iscrizione dell'ospite al SSN	X	X	X
SERVIZIO DI PULIZIA E IGIENE AMBIENTALE	Pulizia dei locali, raccolta e smaltimento rifiuti e disinfezione degli ambienti	X	X	X
BENI PRIMA NECESSITA'	Vestiaro – lenzuola - kit igienico	X	X	X
EROGAZIONE DEI PASTI	Prima colazione, pranzo e cena secondo menu non in contrasto con i principi e abitudini alimentari degli ospiti ²⁰		X	X
SERVIZI AGGIUNTIVI	Servizio di mediazione linguistico e culturale	X	X	
	Sostegno socio-psicologico	X	X	X
	Insegnamento dei principali insegnamenti della lingua italiana e ove possibile, inserimento dei minori presso le scuole dell'obbligo	X	X	X
	Assistenza sanitaria, da effettuare presso i presidi sanitari territoriali o i medici di base	X	X	X
	Servizio di tutela della salute e di assistenza per le persone vulnerabili, ivi compresi i minori che fanno parte dei nuclei familiari			X
	Orientamento al territorio ed inserimento nel sistema SPRAR	X	X	X
	Pocket money (2,50 Euro al giorno)	X	X	X
	Scheda telefonica 15 euro	X	X	X

Il bando per l'erogazione dei servizi nel 2016 rappresenta comunque un miglioramento rispetto ai bandi precedenti per i seguenti motivi:

- Valutazione dell'offerta qualitativamente vantaggiosa:** la migliore offerta è determinata inizialmente sulla base della qualità e successivamente viene valutato il lato economico;
- Vengono richiesti maggiori servizi rispetto al bando precedente:
 - Il servizio di mediazione linguistica e culturale e il servizio d'informazione sulla normativa concernente l'immigrazione, i diritti e doveri e condizione dello straniero sono diventati strutturali** (ovvero richiesti all'interno dei servizi generici alla persona e non come servizi aggiuntivi come nel 2014).

²⁰ Ogni pasto (pranzo e cena con alternanza di menù) sarà composto da un primo piatto (pasta o riso gr. 100/150 a seconda del condimento o gr. 80 pasta e 100 gr. Di legumi o semola o riso), un secondo piatto (carne rossa 120 gr.; carne bianca 200 gr. O 250 gr. se con osso; pesce 150 gr.; due uova; 100 gr. di formaggio; verdura 180 gr.) frutta di stagione (150 gr. oppure 1 frutto a scelta tra banana, mela, pera, arancia ecc.) 2 panini (50gr. cad), 1 e ½ lt. di acqua minerale procapite al giorno, e se necessita, anche all'occorrenza. La prima colazione sarà composta da 1 bevanda calda (200 cc a scelta, latte, caffè, tè), fette biscottate (2 fette), 1 panetto di burro, 1 confezione di marmellata o miele, in alternativa biscotti preconfezionati, monoporzioni da 80 gr.

- Tra i servizi di assistenza sanitaria è richiesto di garantire la presa in carico dei soggetti vulnerabili, compresi i minori che fanno parte dei nuclei familiari, attraverso l'attivazione di servizi territoriali specifici.
- Nell'allegato 12 sono specificate il numero di ore dello psicologo/a a seconda del numero di ospiti, mentre nel precedente bando si faceva semplicemente menzione della necessità di garantire un sostegno socio-psicologico.

La novità del bando lanciato a dicembre 2015 rileva che **le strutture temporanee selezionate devono assicurare servizi idonei per la tutela della salute e garantire la presa in carico dei soggetti vulnerabili**, attraverso l'attivazione di servizi territoriali specifici. Anche se non sono fornite ulteriori precisazioni su come misurare i risultati raggiunti in questo senso, il bando sembra suggerire che le strutture adottino adeguate procedure e protocolli volte a favorire l'accesso alle procedure di screening, colloqui con personale medico-psicologico dei centri di accoglienza o di altre strutture riconosciute e l'invio, in tempi ragionevolmente rapidi, presso strutture specialistiche, in stretta collaborazione con la ASL.

Tuttavia, i bandi sopraccitati contengono entrambi uno schema di convenzione con un elenco dettagliato dei servizi minimi da offrire, ma non forniscono standard minimi per valutare la qualità del servizio offerto, né le modalità di fornitura e la loro regolarità.

3. Monitoraggio delle condizioni di vita e della qualità dei servizi offerti nei CAS della Provincia di Ragusa

La Circolare del Ministero dell'Interno del 20 febbraio 2015 ha confermato che la permanenza nelle strutture temporanee (i CAS) è regolamentata così come per i CARA dal D.Lgs n. 140, in base al quale "il richiedente che necessita di accoglienza ai sensi dell'art. 5 è trasferito nelle strutture della rete dello SPRAR, o in mancanza di posti, rimane in accoglienza nei centri governativi (comprese le strutture aperte in via temporanea) fino a quando non diventa possibile il trasferimento nello SPRAR" (art. 6, comma 3, D.Lgs n.140). Nonostante questo, i CAS non sono mai stati strutture di prima accoglienza, dove i richiedenti asilo attendono solo il tempo necessario per organizzare un loro trasferimento nei centri dello SPRAR. Al contrario, **i CAS sono diventati centri di accoglienza ordinaria, dove in molti casi il richiedente asilo soggiorna per tutto il tempo necessario per processare la sua richiesta di protezione internazionale e per sostenere l'audizione di fronte alla Commissione Territoriale.**

La provincia di Ragusa non fa eccezione. **Ad oggi, nella provincia di Ragusa, un richiedente asilo soggiorna in media 4 o 5 mesi in un CAS prima di essere convocato per l'audizione presso la Commissione Territoriale ed attende circa due mesi l'esito della sua domanda.** Ha poi 30 giorni di tempo per presentare ricorso contro la decisione.

Da ottobre 2014 a dicembre 2015 MEDU ha svolto attività di raccolta testimonianze e assistenza sanitaria alle vittime di tortura e trattamenti inumani e degradanti presso **16 CAS**: Virtus Italia-Modica; Opera Pia Istituto Rizza Rosso-Chiaramonte Gulfi; Libeccio-Vittoria; Parrocchia Santo Spirito-Vittoria via Verga; Parrocchia Santo Spirito- Vittoria via da Capraro; Coop. Filotea-Ragusa; Coop. Filotea-Marina di Ragusa; Ass. La Sorgente-Modica; Ass. La Sorgente-Scicli; Ass. La Sorgente-Chiaramonte Gulfi; A.S.S.A.P.OO.PP Riunite E. Cr. Lupis-Ragusa; Coop. Arc-En-Ciel-Ragusa; Coop. Arc-En-Ciel-Acate; Coop. Arc-En-Ciel-Giarratana; Coop. Arc-En-Ciel-Ragusa; Fondazione san Giovanni Battista-Comiso, Coop Area. Nella tabella 3 sono indicate le collocazioni e gli enti gestori dei CAS presenti nella provincia di Ragusa.

Tabella 3: CAS presenti nella provincia di Ragusa

	COLLOCAZIONE	ENTE GESTORE	VISITATO da MEDU (data)
1	Acate	Coop. Arc En Ciel Acate	agosto 2015
2	Chiaramonte Gulfi	Rizza Rosso	gennaio 2015 - ottobre 2015
3	Chiaramonte Gulfi	La Sorgente – le Mole	gennaio 2015 - in corso
4	Comiso	Fond. San Giovanni Battista – Torre di Canicrao	ottobre 2014 - in corso
5	Giarratana	Coop. Arc En Ciel	novembre 2015 - in corso
6	Marina di Ragusa	Coop. Filotea	dicembre 2015 - in corso
7	Modica	La Sorgente – Villa Tedeschi	gennaio 2015 - in corso
8	Modica	Virtus Italia	aprile 2015 - febbraio 2016
9	Modica	Coop. Arc En Ciel	NON VISITATO
10	Ragusa	Coop. Filotea	ottobre 2014 - in corso
11	Ragusa	A.S.S.A.P.OO.PP. Riunite E. Cr. Lupis	novembre 2014 – giugno 2015
12	Ragusa	Arc en Ciel ²¹	dicembre 2014
13	Scicli	La Sorgente – il Borghetto	febbraio 2016
14	Vittoria	Libeccio	gennaio 2015 - marzo 2016
15	Vittoria	Parrocchia Santo Spirito	ottobre 2015 - in corso
16	Vittoria	Parrocchia Santo Spirito	marzo 2015
17	Vittoria	Coop. Area - Casa leone	dicembre 2014

La tabella 4 riassume le principali osservazioni in riferimento al rispetto degli standard minimi elencati nei due accordi quadro (agosto 2014 e dicembre 2015). Le sessioni successive forniscono dettagli ulteriori per alcune dimensioni chiave.

Tabella 4: Servizi garantiti dai CAS visitati da MEDU rispetto alle convenzioni in vigore

	DESCRIZIONE SERVIZI	NUMERO di CAS con il SERVIZIO
SERVIZI DI GESTIONE AMMINISTRATIVA	Registrazione degli ospiti (dati anagrafici, sesso, nazionalità, data di entrata, data di dimissione, tempi di permanenza)	Tutti.
	Controllo e verifica della piena funzionalità dell'efficienza degli impianti della struttura	Non è mai stato rilevato dal team MEDU durante le sue visite.
SERVIZI DI ASSISTENZA GENERICA ALLA PERSONA	Orientamento generale sulle regole comportamentali all'interno della struttura	Tutti.
	Orientamento sul territorio	<i>Tre CAS presentano forte criticità nella garanzia di questo servizio.</i>
	Servizio di lavanderia	Tutti.

²¹ Il CAS gestito dalla Cooperativa Arc en Ciel a Ragusa, in via Mario Leggio ha chiuso ad agosto 2015.

	Servizio di mediazione linguistica e culturale	La maggior parte dei CAS visitati ha operatori che parlano Inglese e/o Francese. Per le lingue meno parlate, i CAS dichiarano di attivare il mediatore a chiamata. In aggiunta il CAS di <i>Filotea</i> ha mediatori per quasi tutte le lingue.
	Informazione su normativa concernente l'immigrazione, diritti e doveri dello straniero	Gli operatori dei CAS accompagnano gli ospiti a sbrigare le pratiche sanitarie e/o legali ma, per quanto osservato dal team MEDU, gli ospiti non hanno consapevolezza circa i propri diritti e doveri, e riguardo alle normative vigenti concernenti l'immigrazione.
	Servizio di trasporto dal luogo di arrivo ed eventuali successivi spostamenti che si rendessero necessari su richiesta della Prefettura	Tutti.
SOSTEGNO SOCIO-PSICOLOGICO	Sostegno psicologico	Nessun CAS ha uno/a psicologo/a nell'organico.
INSERIMENTO	Insegnamento lingua italiana	Tutti.
SERVIZI DI ASSISTENZA SANITARIA	Servizio di tutela della salute e di assistenza per le persone vulnerabili, ivi compresi i minori che fanno parte dei nuclei familiari Da effettuare presso i presidi sanitari territoriali o medici di base (SSN)	Per quanto osservato dal team MEDU tale servizio presenta forte criticità Tutti si avvalgono di medici di base dopo aver ottenuto la Tessera Sanitaria.
SERVIZIO DI PULIZIA E IGIENE AMBIENTALE	Pulizia dei locali, raccolta e smaltimento rifiuti e disinfezione degli ambienti	<i>Due CAS presentano forte criticità nella garanzia di questo servizio.</i>
BENI PRIMA NECESSITA'	Vestiaro - lenzuola - kit igienico Pocket money (2,50 Euro al giorno)	Tutti. <i>Lamentele sui vestiti forniti sono state presentate al team MEDU dagli ospiti di un CAS.</i> Tutti.
	Scheda telefonica 15 euro	Viene garantita, all'arrivo di ciascun ospite, una scheda telefonica da 5 euro (tolti dal pocket money)
EROGAZIONE DEI PASTI	Prima colazione, pranzo e cena secondo menu non in contrasto con i principi e abitudini alimentari degli ospiti	Tutti. <i>Lamentele sono state presentate a MEDU dagli ospiti di due CAS.</i>
SERVIZI DI ASSISTENZA	Assistenza, ove necessario, ai bambini e ai neonati componenti il nucleo familiare	Da verificare*

SANITARIA	Servizio di tutela della salute e di assistenza per le persone vulnerabili, ivi compresi i minori che fanno parte dei nuclei familiari	Da verificare*
SOSTEGNO SOCIO-PSICOLOGICO	Garantire presa in carico dei soggetti vulnerabili attraverso l'attivazione di servizi territoriali specifici	Da verificare*

*Servizi aggiuntivi inseriti solo nel bando del dicembre 2015, non è stato ancora possibile quindi verificare l'adempimento nei CAS presi in esame da questo report.

3.1. Struttura e collocazione

Le visite periodiche effettuate in 16 CAS della provincia di Ragusa a partire da ottobre 2014 hanno rilevato come **la mancanza d'indicazioni chiare sui requisiti logistici delle strutture da adibire ad accoglienza temporanea si sia tradotta in diverse tipologie di ambienti non sempre idonei**. Attualmente sono adibiti a CAS centri per anziani, agriturismi, *bed and breakfast* e case cantoniere, nonché piccoli appartamenti. In due strutture i richiedenti asilo convivono con i degenti delle contigue case di riposo.

In media ogni stanza ospita 4 persone, talora alloggiate in letti a castello. **Gli ospiti della maggior parte dei centri hanno lamentato la mancanza di un adeguato impianto di riscaldamento funzionante in ogni stanza. A scarseggiare sono soprattutto gli spazi comuni e di socialità che si riducono essenzialmente alla mensa e alla sala tv**. Non sono previsti spazi adibiti a luoghi di culto, né alloggi specifici per nuclei familiari. Ad oggi la connessione ad internet è garantita in tutte le strutture, anche se non tutti i centri hanno almeno un PC a disposizione degli ospiti.

In generale, il livello d'igiene ambientale riscontrato sembra accettabile ed in media c'è un bagno per stanza (ovvero uno ogni 4 persone). In tre centri sono state rilevate condizioni igienico – sanitarie scadenti. Nella maggior parte delle strutture risulta molto difficile reperire uno spazio accogliente, riservato e dedicato per effettuare colloqui privati.

Ogni centro ha adibito un locale a mensa e generalmente i posti disponibili sono sufficienti. In molte strutture gli ospiti si sono però lamentati della monotonia del pasto (generalmente sempre pasta) e dell'impossibilità di poterli preparare in modo autonomo, tenendo conto delle proprie tradizioni culturali e dei propri gusti. Nei 3 CAS provvisti di cucina all'interno, nei quali sono gli ospiti stessi a provvedere alla preparazione dei pasti, è stata riscontrata un'atmosfera più serena ed accogliente.

Il problema del trasporto si presenta cruciale in almeno 7 dei 16 CAS visitati, costituiti da strutture più isolate dai centri urbani: il *Borghetto (Società Cooperativa La Sorgente)*; *Le Mole (Società Cooperativa La Sorgente)*; *Villa Tedeschi (Società Cooperativa La Sorgente)*; *Torre di Canicrao (Fondazione San Giovanni Battista)*; *Gerico (parrocchia spirito santo)*; *Acate (Arc En Ciel)*; e *Giarratana (Arc En Ciel)*. La mancanza di un servizio pubblico di trasporto, alla quale si associa un numero limitato di mezzi messi a disposizione degli enti gestori, impedisce ai migranti di potersi spostare in maniera sufficientemente autonoma nel territorio. La lontananza dai centri urbani è quindi un elemento che limita fortemente l'accesso dei migranti alla dimensione sociale e culturale del territorio riducendo la possibilità d'incontro tra migranti e residenti. In quest'ottica diventa assai rilevante il rischio d'isolamento ed esclusione sociale.

CRITICITA'

- In alcuni CAS sono state riscontrate condizioni di accoglienza non idonee soprattutto dal punto di vista della carenza di alcuni servizi essenziali (riscaldamento) e della distribuzione e disponibilità degli spazi comuni.
- Alcuni CAS non sono collegati adeguatamente ai centri abitati e questo impedisce ai richiedenti asilo di potersi muovere autonomamente sul territorio e di poter usufruire dei servizi presenti (servizio sanitario, servizi sociali, etc).

RACCOMANDAZIONI

- Garantire in ogni centro spazi comuni al fine di favorire la socializzazione e spazi dedicati per le attività culturali e religiose.
- Nei casi in cui i CAS si trovino in zone isolate, è importante definire le modalità di trasporto esistenti verso i centri abitati ed eventualmente garantirne delle nuove.

3.2 Numero e formazione degli operatori impiegati

Nei CAS il personale impiegato nella struttura risulta insufficiente rispetto alle esigenze di supporto socio-psicologico, socio-assistenziale e legale dei richiedenti asilo. Si registra soprattutto una mancanza di operatori specializzati che possano individuare tempestivamente i soggetti più vulnerabili e il percorso terapeutico più adatto, in collaborazione con i servizi presenti sul territorio. Nei quindici mesi di attività, MEDU ha potuto constatare che solo 3 dei 10 enti gestori (*Società Cooperativa Filotea, Fondazione San Giovanni Battista e Parrocchia Spirito Santo*) hanno una precedente esperienza nella fornitura di servizi di accoglienza a migranti e gestiscono altre tipologie di centri (i.e. SPRAR o centri per minori non accompagnati). Nella maggior parte dei casi gli enti gestori sono Opere Pie o cooperative coinvolte nell'assistenza agli anziani o domiciliare. A fronte di questa inesperienza nel settore, gli enti gestori non si sono muniti di adeguato personale con formazione specifica dopo aver vinto il bando per la gestione dei CAS. **La maggior parte dei CAS si presenta sotto-organico e gli operatori impiegati hanno tempo, mezzi e competenze limitati per dedicare sufficiente attenzione alle esigenze di ogni singolo ospite.**

In media ogni struttura consta di 5 operatori, ma si tratta per lo più di operatori socio-assistenziali (cucina, lavanderia, pulizia). Il personale addetto all'ascolto degli ospiti, allo svolgimento delle pratiche burocratiche, all'orientamento ed all'accompagnamento ai servizi sul territorio è invece insufficiente.

Il servizio di orientamento legale si presenta carente e lacunoso. Nei CAS non esiste un servizio strutturato e nella maggiore parte dei casi non vengono individuati operatori con competenze specifiche. Alcuni CAS hanno provato a strutturare meglio il servizio di orientamento legale, ad esempio nel CAS di *Canicrao* è il vice-coordinatore ad occuparsi dell'orientamento e della raccolta della storia di vita e migrazione dell'ospite. Grazie ad una personale propensione, l'operatore ha acquisito competenza in materia ma non ha mai seguito una formazione specifica a riguardo. Similmente, i CAS gestiti dalla *Coop. Filotea* hanno a

disposizione una volontaria ed un coordinatore con formazione in giurisprudenza. Ad ottobre 2015, il team MEDU ha realizzato con entrambi un Focus Formativo sulle modalità della raccolta della storia e sullo sviluppo di una prassi comune per segnalare alla Commissione Territoriale i casi vulnerabili. Ad oggi tuttavia, MEDU ha rilevato che non sempre gli ospiti dei CAS gestiti dalla *Coop. Filotea* vengono ascoltati ed orientati così come dalle indicazioni emerse dal Focus Formativo.

BOX 3: La voce degli operatori dei CAS

Il 30 novembre e il 1 dicembre 2015 si è tenuto a Ragusa il Corso di Formazione per operatori dei CAS “**CONOSCERE PER RI-CONOSCERE: Metodologia e strumenti di screening per l’individuazione e la presa in carico multidisciplinare dei Richiedenti Asilo sopravvissuti a tortura e trattamenti inumani e degradanti**”. Il corso è stato organizzato da MEDU con il supporto di Oxfam e Borderline Sicilia.

Le due giornate di formazione hanno alternato momenti di condivisione di conoscenze (*cosa sono la tortura e i trattamenti crudeli, inumani e degradanti (CIDT), quali sono le conseguenze psicopatologiche del trauma estremo, strumenti di screening per l’individuazione precoce dei traumi psicologici, gli aspetti relazionali dell’accoglienza, la mediazione culturale nel lavoro con i sopravvissuti a traumi estremi e la traumatizzazione vicaria*) con il racconto delle esperienze degli operatori, al fine di identificare prassi adeguate e comuni nel lavoro di accoglienza dei migranti forzati con caratteristiche di vulnerabilità. E' stato dedicato un modulo alla *morfologia dei luoghi di accoglienza* in cui è stato condiviso il significato e l’importanza del costruire e offrire uno spazio fisico pulito, caldo e accogliente anche dal punto di vista culturale. Un luogo dove stabilizzarsi, curarsi dalle sofferenze e ferite del viaggio, dove elaborare emotivamente le esperienze vissute, dove potersi mettere in contatto con i propri cari.

Durante i momenti di discussione e confronto MEDU ha registrato un forte senso di frustrazione negli operatori presenti, sia per difficoltà di effettivo accesso dei migranti al SSN sia per problemi legati alla propria condizione professionale:

- Lunga attesa dell’attestato nominativo e conseguente iscrizione al SSN;
- Difficoltà di accesso ai servizi di salute mentale del SSN;
- Assenza di formazione specifica;
- Pochi strumenti idonei per lavorare con i richiedenti asilo;
- Carezza di personale.

Solo quattro strutture dispongono nel proprio organico di un operatore con formazione in psicologia. Tuttavia, in tutti e tre i casi, tale operatore svolge altre funzioni. **In nessuno dei 16 CAS visitati da MEDU viene erogato un servizio di sostegno socio-psicologico individuale o di gruppo.** Fino a settembre 2015, una sola struttura aveva a disposizione un’infermiera (CAS di *Canicara*). Nella stessa struttura, vi è adesso un operatore dedicato a controllare l’acquisto ed assunzione di terapie mediche e a tenere i rapporti con il medico curante.

Il servizio di mediazione linguistico-culturale, contrariamente alle linee guida dello SPRAR, non è fornito in tutte le strutture. Di conseguenza, la relazione e la comunicazione (sia linguistica che culturale) sono molto difficoltose. In alcune strutture, alcuni ex-ospiti del centro (la cui richiesta di asilo ha ottenuto esito negativo in fase di prima audizione) sono impiegati come mediatori culturali ed aiuto cucina. Questo ha reso più fluida la comunicazione tra gli ospiti e gli operatori dei CAS. In 3 CAS, ex ospiti si occupano della cucina, con un impatto positivo anche sulla preparazione dei pasti, che è risultata più consona ai gusti ed alle tradizioni culturali degli ospiti.

Tabella 5: Composizione del personale nei CAS visitati da MEDU

Struttura	Numero totale di unità	Supporto Psico-sociale	Personale infermieristico	Altre unità operative	Cucina	Pulizia	Mediatori
OO.PP. riunite E.C. Lupis	8			3	3	2	A chiamata
Arc-en-Ciel - Ragusa	5	1		2	1	1	A chiamata
Arc en Ciel - Giarratana	5			2	1	1	1
Arc en Ciel - Acate				2	1	1	
La Sorgente (Villa Tedeschi)	4			1	2	1	
La Sorgente (Le Mole)	3			1	1	1	
Il Borghetto (Scicli)	3			1	1	1	A chiamata
Fondazione S. Giovanni Battista	6 (3 servizio)	1	2	4	1	1	1
O.P. Rizza Rosso	4			2	1	1	1
Coop. Soc. Area (Vittoria)	4	1		2	1	1	
Coop. Soc. Area (Viale Circonvallazione)	3			1	1	1	
Parrocchia Spirito Santo (Vittoria)	5			1	2	2	
Parrocchia Spirito Santo (Gerico)	5			2	1	2	
Soc. Cop. Filotea	9			2	3	2	2
Virtus Italia	4						
Libeccio	4					1	
MEDIA	5	0	0	2	1	1	0

BOX 4: "Non ha nulla, è solo un gran rompiscatole!" - La preparazione degli operatori nel lavoro con persone sopravvissute a tortura e CIDT

È importante conoscere quali sono le conseguenze psicopatologiche dei traumi estremi e quali le sue forme manifeste. Durante il lavoro sul campo MEDU ha riscontrato particolare propensione degli operatori nel segnalare quei richiedenti asilo che mostrano uno stato di apatia, tristezza vitale, sguardo impaurito, assenza. Mentre sono più restii nel riconoscere e segnalare quelle persone con comportamenti impulsivi e/o aggressivi. Persone che, seppur portatrici di sofferenza, vengono molto spesso etichettate come problematiche e difficili da gestire, andando così a rinforzare quelle credenze e quei comportamenti disfunzionali, che facilitano una chiusura relazionale e una cronicizzazione del quadro psicopatologico. Queste persone subiscono molto spesso sanzioni e vanno incontro alla compromissione del percorso d'integrazione sociale, laddove sarebbe necessaria una presa in carico medico-psicologica adeguata. L'ipomodulazione emozionale (irritabilità, scoppi di rabbia e iper-vigilanza) è infatti una comune manifestazione nei pazienti sopravvissuti a ripetuti e prolungati traumi di natura relazionale (tortura, CIDT) e necessita di un adeguato supporto clinico. In diversi casi questo stato di malessere è esacerbato dallo stato giuridico in cui si trova il migrante.

CRITICITA'

- Carenza di un numero adeguato di operatori in tutti i CAS visitati.
- Gli operatori presenti spesso non hanno le competenze specialistiche necessarie per seguire adeguatamente gli ospiti.

RACCOMANDAZIONI

- Definire un numero minimo di operatori nell'area psicologica (come previsto nel nuovo bando), socio-assistenziale, legale, nonché un numero minimo di mediatori culturali, al fine di favorire la comunicazione tra gli operatori dei CAS e gli ospiti ed il loro processo d'integrazione, stabilendo le basi per un maggiore equilibrio sociale e psicologico dell'ospite.
- Garantire corsi di formazione e spazi di confronto per gli operatori che lavorano all'interno dei CAS, per ottimizzare l'intervento sugli ospiti.

3.3. Regolamento interno e pocket money

All'art. 10, "modalità di permanenza al CARA" (applicabile quindi anche ai CAS), il DPR 12 gennaio 2015 n. 21 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 53 del 5 marzo 2015²² dispone che, "al momento dell'ingresso nel centro devono essere fornite al richiedente, attraverso la consegna di un apposito libretto illustrativo, tutte le informazioni relative alle regole di convivenza, ai servizi di cui può usufruire, alle disposizioni vigenti in materia di allontanamento ingiustificato dal centro, compresa la possibilità di trasferimento in altro centro".

Gli operatori dei 16 CAS visitati hanno confermato l'esistenza di un regolamento di gestione che però non è stato possibile visionare. I CAS sono strutture medio-piccole, con meccanismi di gestione più immediati all'interno dei quali è più facile, rispetto ai CARA, orientarsi. Tuttavia, **al richiedente non sono sempre fornite tutte le informazioni delle quali avrebbe bisogno**, complice la scarsità del personale impiegato in struttura e la gestione non sempre lineare dei diversi passaggi burocratici per la regolarizzazione della domanda d'asilo e della situazione sanitaria.

Fino a luglio 2015, si sono verificati dei trasferimenti di persone da un CAS all'altro soprattutto a seguito d'incomprensioni sorte con gli altri ospiti o con gli operatori su questioni più legate alla quotidianità di vita nel centro (i.e. qualità del cibo; utilizzo della tv ecc) che all'appartenenza a gruppi etnici diversi. Negli ultimi sei mesi questo fenomeno non si è più verificato.

Alcuni enti gestori (*Fondazione San Giovanni Battista, Comiso*) hanno fatto rilevare che le filiali bancarie sul territorio ostacolano la riscossione del *pocket money* da parte dei ragazzi che non sono ancora in possesso dell'attestato nominativo, nonostante la struttura provveda a trasferire i 2,50 Euro di *pocket money* sin dal primo giorno.

²² DPR 12 gennaio 2015 n. 21, "regolamento relativo alle procedure per il riconoscimento e la revoca della protezione internazionale a norma dell'articolo 38, comma 1, del decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 53 del 5 marzo 2015

CRITICITA'

- ➔ Gli ospiti dei CAS spesso non ricevono informazioni adeguate circa i servizi che potrebbero utilizzare.
- ➔ Talvolta non è garantita la riscossione del pocket money da parte degli ospiti.

RACCOMANDAZIONI

- ➔ Garantire ai richiedenti asilo una corretta informazione sui loro diritti e doveri.
- ➔ Monitorare e garantire che il *pocket money* possa essere regolarmente riscosso dai richiedenti asilo al fine di garantire una minima autonomia economica.

3.4 Assistenza sanitaria

La maggior parte degli ospiti delle strutture visitate proviene dal CPSA di Pozzallo, dove viene eseguito un primo screening sanitario. Al momento del collocamento nel CAS i richiedenti asilo dovrebbero essere muniti di documentazione sanitaria ma nei fatti spesso ne sono sprovvisti o il cartaceo riporta solo poche informazioni. **Come conseguenza, all'arrivo nel CAS si rende necessario un controllo della situazione sanitaria ex-novo, senza avere accesso alle informazioni cliniche acquisite in precedenza.** Ad esempio, in alcuni CAS gli operatori si sono trovati a gestire improvvisamente casi di ragazze incinte al 5° mese, trasferite nella loro struttura senza adeguata documentazione risultante dal primo screening medico effettuato agli sbarchi (come riferito dal personale del CAS di Villa Tedeschi, *Soc. Coop. La sorgente*). Lo stesso per altri richiedenti asilo che al momento dello sbarco presentavano ustioni su tutto il corpo e che sono stati in cura in ospedale per giorni, senza però che sia stata consegnata a loro o al CAS ospitante la relativa documentazione sanitaria (ad esempio il caso di O.K., Costa d'Avorio, certificato come vittima di tortura da MEDU quando era ospite del CAS gestito a Comiso dalla *Fondazione San Giovanni Battista*).

In generale, MEDU ha riscontrato un'inadeguatezza dei CAS ad accogliere persone con specifici bisogni sanitari spesso legati ai gravi traumi subiti durante il viaggio. Nel box 5 riportiamo due casi che sono stati gestiti con successo dagli operatori dei centri. Tuttavia, gli operatori interessati hanno riferito di aver dovuto fare gli straordinari, assolvendo ad una funzione "altra", sicuramente non da centro di prima accoglienza di carattere straordinario. In entrambi i casi, sarebbe stata opportuna una struttura di accoglienza con specificità socio-sanitaria, e con personale numericamente e professionalmente adeguato e dedicato.

Tutti i 16 CAS visitati procedono all'iscrizione dei richiedenti asilo al Servizio Sanitario Nazionale. La procedura prevede diversi passaggi preliminari: l'assistenza nella compilazione del modello C3, l'ottenimento dell'attestato nominativo da parte della Questura, il rilascio del codice fiscale da parte dell'Agenzia delle entrate ed infine l'iscrizione all'anagrafe sanitaria con l'indicazione del Medico di Medicina Generale, per la quale si deve allegare la richiesta di residenza, la fotocopia di un documento ed il codice fiscale. Secondo quanto dichiarato dagli enti gestori e verificato da MEDU, in media tale procedura veniva espletata in due mesi fino all'estate 2015. Dalla seconda metà del 2015 si è registrato un considerevole ritardo legato al rilascio dell'attestato nominativo da parte della Questura. Gli stessi operatori della maggior parte dei CAS lamentano la lunga attesa per ottenere l'appuntamento in questura prima per il foto segnalamento, poi per la compilazione del C3 e quindi per la consegna dell'attestato

nominativo che permette l'iscrizione al SSN e l'accesso alle cure mediche gratuite. **In alcuni CAS, i migranti sono ancora sprovvisti della propria tessera sanitaria dopo 5 o 6 mesi di permanenza nel centro. L'allungamento del periodo finestra necessario per l'iscrizione al SSN ha creato notevoli disagi sul versante dell'assistenza medico sanitaria.** Il codice temporaneo STP, durante tale periodo viene infatti rilasciato con notevoli resistenze da parte dei presidi preposti (ASP) e, in alcune circostanze, solo in alcuni periodi e non rinnovabile. Tali pratiche privano i richiedenti asilo del pieno diritto all'assistenza sanitaria gratuita. Da parte degli organi preposti (Prefettura, Questura e ASP) si rende dunque necessaria la definizione di linee guida chiare e coerenti, e con tempi certi, in grado di superare queste serie barriere nell'accesso alle cure.

BOX 5: Trattamento sanitario dei migranti: testimonianza di due ospiti dei CAS di Ragusa.

Osaro, ragazzo nigeriano di 24 anni, è arrivato in Italia con lo sbarco del 21 ottobre 2015 a Pozzallo. Appena sbarcato, è stato ricoverato presso gli ospedali di Modica e Ragusa per neurite da compressione all'arto destro e rabdomiolisi con modica insufficienza renale e ipertensione. Durante il viaggio in barca nel canale di Sicilia Osaro ha riferito di essere stato schiacciato da altre persone che viaggiavano con lui *"durante il viaggio in barca per circa 15 ore consecutive quattro persone sono state sedute ininterrottamente sopra la mia caviglia e sopra il piede destro. Non potevo muovermi, dovevo stare fermo e non c'era assolutamente spazio eravamo 140 persone in una piccola barca: è stato terribile..."*. Osaro è stato affidato, dalla Prefettura di Ragusa, al CAS gestito dalla fondazione San Giovanni (CAS Torre di Canicrao). Al momento delle dimissioni dall'ospedale i medici hanno prescritto un costante monitoraggio della pressione arteriosa, della minzione e della sintomatologia dolorosa. Tali richieste esulano le competenze degli operatori all'interno dei CAS, ma grazie alla dedizione degli operatori del centro, Osaro è stato costantemente monitorato e accompagnato a delle visite specialistiche. Osaro è stato segnalato dagli operatori al team medico-psicologico di MEDU e preso in carico per la cura del grave disagio psichico conseguente sia alla patologia organica sia alle esperienze traumatiche vissute tanto in Libia quanto durante la traversata in mare.

Joy, ragazza nigeriana di vent'anni, è arrivata in Italia con lo sbarco del 10 dicembre 2015 a Pozzallo. Al momento dell'arrivo la ragazza è stata ricoverata presso l'ospedale di Ragusa per le gravi ustioni che riportava sul suo corpo. La ragazza riportava una vasta ustione di 3° grado sul gluteo sinistro, di 2° grado sul gluteo destro e di 1° e 2° grado sul dito del piede destro; presentava inoltre un trauma con piccolo distacco parcellare nell'estremità distale della prima falange dell'alluce con parziale avulsione ungueale; sepsi con anemizzazione grave e insufficienza renale acuta. Tali lesioni erano conseguenti alle torture subite in Libia per mano dei suoi 5 aguzzini, trafficanti di donne. Joy racconta di un forte senso di smarrimento, solitudine, dolore e spavento durante i giorni di ricovero. E' una donna trafficata, torturata che ha affrontato un disperato viaggio su di un piccolo gommone nel canale di Sicilia. E' stata affidata alle cure mediche ma senza comprendere nulla di quello che le stava capitando. Dopo tredici giorni di degenza, Joy è stata affidata alla Coop. La Sorgente (CAS Villa Tedeschi). Dal momento dell'assegnazione, gli operatori del CAS si sono fatti carico della delicata situazione medica e psicologica di Joy, dedicandole cura e tempo, oltre l'orario di lavoro; accompagnandola durante le visite di controllo e supportandola in un nuovo ricovero presso l'ospedale di Vittoria. Solo grazie alla sensibilità individuale degli operatori, Joy ha potuto conoscere e usufruire dei servizi adeguati alla sua situazione clinica, fisica e psicologica. In questo momento Joy è in carico al team medico-psicologico di MEDU per la cura delle gravi conseguenze psicopatologiche riportate a seguito delle violenze subite.

Dopo l'iscrizione al SSN, nessun ente gestore ha menzionato particolari criticità nella relazione con i servizi pubblici sul territorio. Di fatto però 2 enti gestori su 10 hanno ritenuto opportuno cambiare il medico di base durante il primo anno di attività, a causa di scarsa reperibilità e poca disponibilità a ricevere i pazienti migranti in ambulatorio (*Fondazione S. Giovanni Battista e OO.PP. E.C.Lupis*). **La maggior parte degli ospiti dei centri inoltre non conosce il proprio medico di base** e solo in una struttura il medico effettua delle

visite quando richieste (*Canicrao*). Da notare inoltre come l'assenza di un mediatore culturale all'interno di 9 dei 16 CAS visitati renda difficile anche semplicemente comunicare agli operatori (che spesso non parlano neanche inglese o francese) i propri disturbi o le proprie esigenze.

L'accesso al proprio medico di base e ai servizi territoriali è di fatto impossibile in alcuni CAS più isolati, privi di un servizio di trasporto pubblico o di mezzi privati e di accompagnamento messi a disposizione dall'ente gestore. Nel periodo di monitoraggio MEDU ha riscontrato con molta frequenza casi di notevole ritardo tra la richiesta di una visita medica da parte del migrante e l'effettiva segnalazione alla ASP da parte degli enti gestori dei centri. In certi casi addirittura alcuni ospiti hanno dichiarato di aver richiesto senza successo agli operatori di essere visitati dal proprio medico di base o da specialisti del servizio pubblico. In tali circostanze il personale impiegato nelle strutture, sebbene privo di competenze sanitarie, ha ritenuto che il disturbo lamentato dall'ospite non fosse tale da richiedere un accompagnamento dal medico.

CRITICITA'

- ➔ Spesso, la documentazione medica prodotta in una fase precedente all'ingresso ai CAS non è rilasciata ai richiedenti asilo, questo crea una grave difficoltà nella gestione medico-sanitaria del paziente.
- ➔ Un periodo finestra per l'iscrizione al SSN eccessivamente lungo (5-6 mesi) crea notevoli disagi sul versante dell'assistenza medico-sanitaria.
- ➔ L'accesso al proprio medico di base e ai servizi territoriali è di fatto impossibile in alcuni CAS più isolati.

RACCOMANDAZIONI

- ➔ La documentazione medica dei richiedenti asilo elaborata dalle strutture di prima accoglienza deve essere regolarmente trasmessa ai CAS per garantire la continuità terapeutica.
- ➔ Necessario rendere più snello e rapido l'iter per l'iscrizione al SSN per i richiedenti asilo.
- ➔ Garantire il diritto alle cure anche durante il periodo finestra tramite linee guida elaborate degli organi preposti (Prefettura, Questura e ASP).
- ➔ Garantire l'accesso al medico di base assicurando possibilità di trasporto anche dai CAS più isolati.

3.5 Assistenza psicologica

Secondo quanto stabilito negli accordi quadro dei due bandi di agosto 2014 e dicembre 2015, **per ogni soggetto assistito l'ente gestore deve garantire sostegno socio-psicologico**. Il primo bando, in vigore per tutto il periodo oggetto di monitoraggio da parte di MEDU (ottobre 2014 - dicembre 2015), non fornisce ulteriori dettagli su come questo servizio debba essere garantito, quanto regolarmente e secondo quali modalità.

Di fatto il servizio psicologico non risulta essere stato fornito all'interno delle 16 strutture monitorate da MEDU. Sono quattro i centri che dispongono nel proprio organico di una persona con formazione in psicologia, ma dedita ad altre mansioni. **In nessuna delle strutture è previsto personale dedicato al servizio psicologico, nonostante molti richiedenti ospitati nei CAS abbiano ancora molto vivido sia il trauma migratorio sia eventuali traumi nei loro paesi di origine.**

A questo proposito è necessario segnalare l'importanza di una individuazione precoce delle persone più vulnerabili rispetto alla possibilità di sviluppare un disagio mentale conseguente ad esperienze limite come la tortura e la violenza intenzionale. In questo senso, **la presenza di uno psicologo può rappresentare un punto di riferimento specialistico per tutti gli operatori.** Il personale in generale è sottodimensionato e con scarse competenze nella gestione di persone in condizioni di vulnerabilità.

BOX 6: La normativa esistente in merito all'accoglienza di persone portatrici di esigenze particolari

Le direttive comunitarie (Direttiva accoglienza 2013/33/UE) (Direttiva Procedure 2013/32/UE) recepite con il decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142 hanno fissato dei principi che riguardano l'obbligo degli stati di dotarsi di strumenti per:

- a. Individuazione precoce delle vittime di tortura e CIDT;
- b. Prevenzione delle specificità in relazione alle condizioni di accoglienza;
- c. Fornire il necessario trattamento sanitario per i danni provocati dalle violenze e attuare interventi socio-sanitari specifici.

Il 30 settembre 2015 è entrato in vigore il decreto legislativo del 18 agosto 2015, n.142, di attuazione della Direttiva 2013/33/UE del parlamento europeo e del Consiglio del 26 giugno 2013, recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della Direttiva 2013/32/UE del Parlamento europeo e del consiglio del 26 giugno 2013, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale. L'art. 17 "Accoglienza di persone portatrici di esigenze particolari" prevede che i centri di accoglienza forniscano servizi speciali di accoglienza delle persone vulnerabili portatrici di esigenze particolari, assicurati anche in collaborazione con l'ASL competente per il territorio. Tali servizi devono garantire misure assistenziali particolari ed un adeguato supporto psicologico. Tra le persone vulnerabili sono esplicitamente menzionate le persone affette da disturbi mentali e le persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere. In particolare, le persone che hanno subito danni in conseguenza di torture, stupri o altri gravi atti di violenza accedono ad assistenza o cure mediche e psicologiche appropriate ed il personale sanitario riceve una specifica formazione.

Del resto, **il collegamento con i servizi sul territorio è pressoché assente e ad oggi solo 8 migranti con disagio mentale o psicologico sono stati presi in carico dal personale specialistico della ASP.** Gli operatori dei CAS riportano un forte senso di sfiducia verso i servizi territoriali di salute mentale, molto spesso incapaci di assorbire questa tipologia di utenza sia per problemi legati al numero di personale investito sia per problemi linguistici (assenza dei mediatori). MEDU sta lavorando anche al fine promuovere una presa in carico diretta da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale sul territorio, anche attraverso possibili corsi di formazione.

BOX 7: Vittime di tortura e psicopatologia

Nell'ambito del progetto ON.TO (ottobre 2014-gennaio 2016) il team MEDU ha raccolto la storia di vita e di migrazione di 200 richiedenti asilo e ha somministrato il PROTECT Questionnaire per l'individuazione precoce del disagio psichico conseguente a esperienze traumatiche. Tutti i 200 richiedenti asilo sono portatori di sofferenza e vulnerabilità dettata dalla condizione di esilio forzato, tra di essi il 75% ha manifestato un maggior grado di vulnerabilità e di sofferenza psicologica ed è stato perciò preso in carico per un supporto medico-psicologico (colloqui clinici con o senza psicofarmacoterapia).

Tutti i 150 migranti presi in carico (90% maschi) per un supporto medico psicologico hanno vissuto esperienze traumatiche estreme; in particolare il 95% è stato vittima di tortura/CIDT nel paese di origine e/o lungo la rotta migratoria, soprattutto in carceri e centri di detenzione libici. In particolare le percosse ripetute e la violenza sessuale sono le forme di violenza intenzionale riferite con maggior frequenza rispettivamente tra gli uomini (81%) e le donne (73%). I principali paesi d'origine dei migranti assistiti sono la Nigeria (36%), il Gambia (26%), il Senegal (9%), la Costa d'Avorio (6%) e il Mali (5%). L'età media dei pazienti è di 26 anni. I loro racconti descrivono situazioni di deprivazione percettiva, condizioni inumane di detenzione in prigioni o case abbandonate, carenza di servizi igienici, cibo e acqua irregolari, deprivazione sociale. In molti casi i migranti hanno vissuto esperienze di annientamento, indotti all'impotenza e costretti ad assistere a torture e atrocità inflitte ad altri, spesso amici o parenti. I migranti portano non solo segni fisici, ma anche segni di torture mentali come l'esposizione a una serie di comunicazioni contraddittorie, paradossali e false, che hanno l'effetto di confonderli e destabilizzarne l'equilibrio psicologico. Alcuni migranti intervistati dichiarano di aver assistito alla morte dei loro compagni di vita o di cella. Riferiscono spesso di "percepire" ancora l'odore del sangue (tortura bianca). L'essenza mortifera della tortura e di quei luoghi fa vivere i sopravvissuti in uno stato di costante terrore della morte, in molti casi mai prima di allora vista "così da vicino". E' proprio l'incontro con il carnefice a incidere in maniera così profonda e distruttiva sulla psiche dell'individuo sopravvissuto a traumi estremi. I vissuti di sgomento, impotenza, passività e annichimento si amplificano dando vita a intime forme di dolore, a quadri psicopatologici complessi e sempre diversi. Le precarie e marginali condizioni di vita e l'incertezza assoluta sul proprio futuro, così centrali nel vissuto dell'esiliato, tendono a perpetuare le esperienze di re-traumatizzazione, innestando un circolo vizioso che rende assai difficile e a volte impossibile il trattamento e il recupero di una soddisfacente qualità di vita.

CRITICITA'

- ➔ In nessuna delle strutture visitate è previsto personale dedicato al servizio psicologico.
- ➔ Spesso il personale è sottodimensionato e non ha le competenze per gestire i vissuti traumatici degli ospiti, né ha gli strumenti per individuare precocemente le persone più vulnerabili.
- ➔ Il monitoraggio di MEDU ha riscontrato che in alcune strutture è difficile identificare uno spazio protetto per i colloqui psicologici e medici, inoltre è stata osservata una mancanza di consapevolezza sui requisiti minimi di un *setting* adeguato per questo tipo di colloquio.
- ➔ Scarso collegamento con i Servizi territoriali di salute mentale, spesso impreparati alla gestione della sofferenza psichica con caratteristiche post-traumatiche e trans-culturali.

RACCOMANDAZIONI

- I migranti risidenti nei CAS sono soggetti particolarmente vulnerabili per lo sviluppo di psicopatologie post-traumatiche; è necessario quindi individuare precocemente i migranti più a rischio al fine di prevenire o curare eventuali disturbi psichici legati ai molteplici traumi subiti ed evitare così la cronicizzazione del disagio mentale.
- La presenza di uno psicologo in ciascun centro può rappresentare un elemento di stabilità e di fiducia per affrontare sia l'iter della richiesta d'asilo sia il percorso d'integrazione oltreché essere un punto di riferimento specialistico nell'individuazione delle vulnerabilità.
- La presenza dello psicologo può aiutare a leggere le dinamiche gruppali, talora molto importanti nei contesti comunitari come i CAS, in cui il disagio psichico è complesso, notevole e fortemente caratterizzato dall'appartenenza ad uno specifico gruppo culturale.
- Promuovere la formazione del personale dei servizi territoriali di salute mentale sulle tematiche relative al disagio mentale nei migranti

3.6. Servizi di consulenza ed orientamento legale

L'iter della domanda d'asilo è spesso complesso ed un richiedente asilo ha diritto ad essere informato per intraprendere un adeguato percorso orientato a sostenere al meglio l'audizione in Commissione Territoriale. Quest'aspetto è trascurato all'interno dei CAS, generando un senso di confusione e d'impotenza nel richiedente.

Gli operatori impiegati nei CAS sono numericamente insufficienti e non adeguatamente formati per fornire l'assistenza e l'ascolto che gli ospiti richiedono. Spesso mancano il tempo e le risorse per accompagnare il singolo richiedente nella ricostruzione della propria memoria e nella raccolta d'informazioni e documenti aggiuntivi da presentare in fase di audizione di fronte alla Commissione Territoriale.

A fronte della carenza di personale formato sull'orientamento legale e la preparazione alla Commissione Territoriale, MEDU ha organizzato un incontro formativo ad ottobre 2015 con il coordinatore ed una volontaria (entrambi con background in giurisprudenza) della *Coop. Filotea*. L'incontro era incentrato sia sulle modalità di raccolta delle informazioni biografiche e le testimonianze dei migranti sia sulle procedure di segnalazione dei casi vulnerabili alla Commissione Territoriale.

Anche nel Corso di formazione Conoscere per Ri-conoscere, MEDU ha inserito un modulo "procedura per il riconoscimento della protezione internazionale in Italia" con specifico riferimento alle vittime di tortura e di violenza condotto dagli operatori dell'associazione Borderline Sicilia. Tale modulo ha fornito l'occasione di condividere con tutti gli operatori l'importanza di una prassi di ascolto a valenza legale per gestire al meglio ogni singolo caso. MEDU, in entrambe le occasioni, ha dotato gli operatori dello strumento *PROTECT Questionnaire* utile per l'individuazione precoce di richiedenti asilo con specifici segni di vulnerabilità psicologica post-traumatica. Tuttavia, da follow-up successivi queste prassi risultano essere poco utilizzate poiché i centri sostengono di non disporre di sufficiente personale per poter svolgere anche queste mansioni.

La maggior parte degli ospiti inseriti nelle strutture visitate dichiara di aver incontrato un legale solo in fase di ricorso, tramite un rapido colloquio al quale non sempre partecipa un mediatore linguistico

professionale. Nella maggior parte dei casi, i legali non parlano né inglese né francese, per cui alcuni richiedenti asilo hanno confidato dubbi sulla correttezza delle informazioni riferite.

Nonostante una Circolare del Ministero dell'Interno, datata 20 febbraio 2015²³, chiarisse che "le misure di accoglienza possono continuare ad essere assicurate per i ricorrenti che non sono in grado di provvedere al proprio sostentamento, previa valutazione delle singole situazioni" fino a maggio 2015 in tre delle strutture monitorate il ricorrente è stato costretto a lasciare la struttura al momento della consegna del permesso di soggiorno, anche se in evidente assenza di mezzi di sussistenza propri, come dichiarato sin dalla compilazione del C3. A questo proposito, dopo alcune segnalazioni, la Prefettura di Ragusa ha opportunamente provveduto ad inviare agli enti gestori dei CAS una comunicazione scritta che ha chiarito che l'accoglienza deve continuare ad essere fornita anche durante la fase del ricorso e fino alla conclusione della procedura.

Altro aspetto cruciale riguarda il rinnovo del permesso di soggiorno per quei richiedenti asilo che dopo un primo diniego abbiano deciso di presentare ricorso e successivamente abbiano deciso di abbandonare la struttura di accoglienza o siano stati costretti a farlo. Si sono verificati casi di persone che sono rientrate appositamente nel territorio di Ragusa e Catania per rinnovare il proprio permesso di soggiorno ma che hanno incontrato enormi difficoltà ad indicare una residenza in loco. Alcuni CAS, attualmente con qualche disponibilità di posti, hanno effettuato dei reinserimenti di alcuni ricorrenti che erano stati precedentemente ospiti di quella medesima struttura (ad esempio il CAS gestito dalla *Cooperativa Filotea*). In questo modo, queste persone hanno potuto indicare come indirizzo di residenza quello del CAS. Tuttavia, non è possibile garantire questo trattamento a tutti coloro che devono rientrare per il rinnovo del soggiorno, poiché in alcuni periodi dell'anno i CAS sono privi di posti disponibili per eventuali reinserimenti.

Inoltre, nella maggior parte delle strutture è il ricorrente a dover sostenere le spese amministrative (pagamento di 30 Euro di compenso all'avvocato e di 27,50 Euro come marca da bollo) per effettuare il ricorso in caso di diniego della protezione internazionale. **Nel giro di pochi giorni un richiedente si vede negata la protezione, deve contribuire con 57,50 Euro alle spese legali ed in alcuni casi è informato del fatto che dovrà abbandonare la struttura nei successivi 30 giorni.** Nella maggior parte dei casi, al richiedente non viene nemmeno fornita una traduzione della motivazione per il diniego così come compare nella decisione della Commissione Territoriale.

Per quanto riguarda la segnalazione al servizio SPRAR, in almeno 4 centri è stata rilevata una difficoltà ad effettuarla direttamente al Servizio Centrale a causa della scarsa preparazione in materia degli operatori. In altri casi, la segnalazione al servizio centrale SPRAR è fatta direttamente dalla Prefettura. **In ogni caso, si raccomanda che l'informazione relativa ad un eventuale spostamento sia opportunamente veicolata dagli operatori dei CAS agli interessati con ragionevole preavviso.**

²³ Ministero dell'Interno, Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione, Circolare del 20 Febbraio 2015. Oggetto: tempi di permanenza nei centri.

CRITICITA'

- ➔ Gli operatori impiegati nei CAS sono numericamente insufficienti e non adeguatamente formati per fornire l'assistenza e l'ascolto per la preparazione alla domanda di protezione internazionale.
- ➔ In alcuni casi, gli ospiti incontrano il legale solo in fase di ricorso.
- ➔ I richiedenti asilo che hanno fatto ricorso sono stati spesso costretti a lasciare il proprio CAS anche in casi di evidente mancanza di mezzi di sussistenza propri.

RACCOMANDAZIONI

- ➔ Garantire al richiedente asilo un'adeguata preparazione per sostenere al meglio l'audizione di fronte alla Commissione Territoriale.
- ➔ Garantire un numero sufficiente di colloqui con un legale supportato da un mediatore culturale prima dell'audizione presso la Commissione Territoriale.
- ➔ Comunicare agli ospiti eventuali spostamenti in altri CAS/altre strutture in tempi adeguati, al fine di dare loro tempo sufficiente per prepararsi al cambiamento.

3.7. Mediazione linguistico-culturale

Gli accordi quadro dei bandi di agosto 2014 e dicembre 2015 prevedono che per tutti i soggetti assistiti, l'Ente Gestore garantisca un servizio di mediazione linguistica e culturale. **Nei fatti però, la figura del mediatore o non è presente (9 CAS su 16), o se presente (7 CAS dei quali in 3 a chiamata), non svolge esclusivamente tale ruolo e spesso non assolve ad una funzione di mediazione tra la cultura straniera e la cultura italiana, ma si limita all'interpretariato.** Il servizio di mediazione culturale non è dunque fornito in maniera sistematica nelle strutture visitate, ad eccezione del CAS gestito dalla *Soc. Coop. Filotea* che utilizza dei mediatori adeguatamente formati.

CRITICITA'

- ➔ Grave carenza di mediatori culturali nella gran parte dei centri.
- ➔ Il mediatore, quando presente, è destinato anche ad altre mansioni e non può svolgere pienamente il proprio ruolo.

RACCOMANDAZIONI

- Includere un mediatore culturale di lingua inglese e francese in ogni struttura e garantire la sua partecipazione ai momenti di orientamento, alle visite mediche, agli incontri con lo psicologo, alla preparazione all'audizione con la Commissione Territoriale e alla raccolta delle informazioni per il ricorso in caso di diniego.
- Garantire adeguati momenti di formazione ai mediatori impiegati nelle strutture, da condividere anche con gli altri operatori, al fine di valorizzare il loro ruolo nell'erogazione dei servizi e nei rapporti con istituzioni e servizi locali.

3.8 Insegnamento della lingua italiana ed inserimento socio-lavorativo

Quasi tutte le strutture si sono attrezzate per fornire internamente al CAS lezioni di italiano con una frequenza media di due volte a settimana. In alcune strutture la continuità dei corsi di apprendimento della lingua italiana è stata garantita siglando accordi con le scuole pubbliche sul territorio con risultati incoraggianti. **In ogni caso, in nessuna struttura sono attualmente fornite le 10 ore settimanali previste dalle Linee Guida per lo SPRAR.**

Del resto, le personali condizioni di molti ospiti rappresentano un ulteriore ostacolo all'apprendimento. Molti migranti presentano infatti problemi di memoria, attenzione e concentrazione legati alla sintomatologia post-traumatica e andrebbero inseriti in gruppi appositamente sostenuti con strumenti che facilitano l'apprendimento. E' necessario peraltro segnalare la grave carenza di percorsi e progetti di inclusione sociale all'interno dei CAS. Solo pochi centri hanno sviluppato attività educative e sportive che facilitano l'integrazione con il territorio.

CRITICITA'

- In nessuna struttura visitata sono fornite le dieci ore d'insegnamento settimanali previste dalle linee guida per lo SPRAR.
- Grave carenza di percorsi di inclusione sociale

RACCOMANDAZIONI

- Fondamentale garantire l'insegnamento della lingua italiana con criteri di continuità e di qualità per favorire il processo d'integrazione.
- Sviluppare progetti e iniziative di inclusione sociale, lavorativa, culturale e sportiva.

BOX 8: Il senso di solitudine dei migranti nei CAS

Durante gli incontri con i pazienti all'interno dei Centri di Accoglienza Straordinaria, il team di MEDU ha riscontrato un diffuso senso di solitudine degli ospiti. In alcuni CAS l'espressione di questo sentimento è molto più forte. Gli ospiti dichiarano di sentirsi *abbandonati* e non orientati verso un territorio per loro sconosciuto. Gli ospiti raccontano di non aver nulla da fare durante la giornata e di non esser in grado di trovare "altro" fuori dal CAS. I migranti ospiti nei centri non hanno spesso gli strumenti per una lettura né per l'interpretazione del contesto culturale e territoriale in cui vivono. La relazione di tipo assistenzialistico che si instaura in molti casi reitera una condizione di passività, con conseguenze negative soprattutto per le persone che hanno vissuto esperienze traumatiche, quali violenze, torture e privazioni della libertà.

Molto spesso questo senso di solitudine è esacerbato sia dalla posizione di isolamento geografico del centro sia dall'assenza di "simili" ovvero altri migranti del loro stesso paese o che praticano la stessa religione o che parlano la stessa lingua.

I centri di *Canicrao*, *Villa Tedeschi* e *il Borghetto* hanno attivato convenzioni formali o informali con gruppi di volontari: ad esempio il CAS di *Canicrao* ha attivo il progetto con il CVX – volontariato internazionale dove ogni quindici giorni quattro volontari di tutta Europa si occupano delle attività ludico ricreative degli ospiti (ridipingere muri, creare oggetti, decorare l'ambiente). Il CAS di *Villa Tedeschi* ha attivato collaborazioni con il centro Caritas di Modica e l'associazione info migranti per sviluppare attività ludico espressive come la danza e la musica; il CAS *il Borghetto* sta supportando gli ospiti nel gioco del calcio facilitando l'inserimento di alcuni ospiti nelle squadre locali.

4. Considerazioni Finali

Nella lingua italiana con l'aggettivo *straordinario* s'intende sia qualcosa o qualcuno maggiore del solito o del comune, quindi grandissimo, singolare, eccezionale sia ciò che ha carattere speciale e temporaneo o puramente accidentale, che si aggiunge, in particolari circostanze e occorrenze, all'ordinario e al consueto. Nel concetto di *centro straordinario di accoglienza*, l'aggettivo è certamente utilizzato con il secondo significato. **Pur essendo dunque strutture per definizione "temporanee e straordinarie" i CAS sono ormai da alcuni anni l'elemento portante del sistema d'accoglienza in Italia dal momento che tre migranti su quattro sono ospitati in questi centri.** Si tratta, come si è visto, di strutture eterogenee dislocate su tutto il territorio nazionale ed affidate in gestione ai soggetti più diversi, inclusi imprenditori privati, consorzi di vario genere e grandi ditte. E' questa certamente la prima e più evidente anomalia: un approccio concepito per essere temporaneo che assume valenza portante di un sistema. Nei fatti, l'accoglienza in Italia si presenta oggi come un "sistema capovolto" dove l'ordinario diventa l'eccezione e dove ciò che dovrebbe essere temporaneo ed emergenziale, cioè straordinario, diventa la regola.

4.1 L'inadeguatezza del modello CAS

Con una dimensione medio-piccola ed una distribuzione più omogenea sul territorio i CAS presentano degli elementi positivi rispetto a modelli alternativi di accoglienza come i CARA. Tuttavia, gestire l'accoglienza dei migranti secondo le logiche dell'emergenza, dei piani straordinari e di convenzioni provvisorie con una moltitudine di enti gestori disparati è anacronistico ed inefficiente. **La scelta di una gestione emergenziale comporta il rischio di minori controlli pubblici sull'assegnazione di appalti e finanziamenti pubblici. Soprattutto, comporta un abbassamento degli standard di accoglienza.**

Nel caso specifico dei CAS, i servizi forniti sono raramente in linea con i servizi e le linee guida dello SPRAR, alle quali – come sancito dalla Circolare del Ministero dell'Interno del 17 dicembre 2014 – ogni centro di accoglienza deve sempre ed inderogabilmente far riferimento. Esistono delle convenzioni, seppure temporanee, che enumerano i servizi da erogare in ogni struttura. Tuttavia standard minimi sono esplicitati soltanto in riferimento alle misure strutturali. **Di fatto dunque i CAS sono oggi una sorta di sistema SPRAR di secondo ordine. Ciò risulta evidente anche in una provincia come quella di Ragusa dove il funzionamento complessivo dei centri presenta certamente meno criticità che in altri territori siciliani e italiani.**

Nella pratica i CAS rimangono una realtà non adeguatamente regolata e difficile da monitorare. Vista la proliferazione di diversi enti gestori e la mancanza di un sistema sanzionatorio chiaro in materia, diventa difficile per il Ministero dell'Interno e le prefetture effettuare un regolare controllo in ogni singola struttura. Di conseguenza, il monitoraggio si è finora limitato al semplice controllo che le attività siano poste in essere. Durante lo svolgimento delle sue attività di supporto psicologico e psichiatrico nel periodo ottobre 2014 – dicembre 2015, MEDU ha in particolare riscontrato **le seguenti criticità:**

9) Struttura e collocazione:

- In alcuni CAS sono state riscontrate condizioni di accoglienza non idonee soprattutto dal punto di vista della carenza di alcuni servizi essenziali (riscaldamento) e della distribuzione e disponibilità degli spazi comuni.
- Alcuni CAS non sono collegati adeguatamente ai centri abitati e questo impedisce ai richiedenti asilo di potersi muovere autonomamente sul territorio e di poter usufruire dei servizi presenti (servizio sanitario, servizi sociali, etc.).

10) Numero e formazione degli operatori:

- Carenza di un numero adeguato di operatori in tutti i CAS visitati.
- Gli operatori presenti spesso non hanno le competenze specialistiche necessarie per seguire adeguatamente gli ospiti.

11) Regolamento interno e pocket money:

- Gli ospiti dei CAS spesso non ricevono informazioni adeguate circa i servizi che potrebbero utilizzare.
- Talvolta non è garantita la riscossione del pocket money da parte degli ospiti.

12) Assistenza sanitaria:

- Spesso, la documentazione medica prodotta in una fase precedente all'ingresso ai CAS non è rilasciata ai richiedenti asilo, questo crea una grave difficoltà nella gestione medico-sanitaria del paziente.
- Un periodo finestra per l'iscrizione al SSN eccessivamente lungo (5-6 mesi) crea notevoli disagi sul versante dell'assistenza medico-sanitaria.
- L'accesso al proprio medico di base e ai servizi territoriali è di fatto impossibile in alcuni centri più isolati.

13) Assistenza psicologica:

- In nessuna delle strutture visitate è previsto personale dedicato al servizio psicologico.
- Spesso il personale è sottodimensionato e non ha le competenze per gestire i vissuti traumatici degli ospiti, né ha gli strumenti per individuare precocemente le persone più vulnerabili.

- In alcune strutture è difficile identificare uno spazio protetto per i colloqui psicologici e medici, inoltre è stata osservata una mancanza di consapevolezza sui requisiti minimi di un *setting* adeguato per questo tipo di colloquio.
- Scarso collegamento con i servizi territoriali di salute mentale, spesso impreparati alla gestione della sofferenza psichica con caratteristiche post-traumatiche e trans-culturali.

14) Servizi di consulenza ed orientamento legale:

- Gli operatori impiegati nei CAS sono numericamente insufficienti e non adeguatamente formati per fornire l'assistenza e l'ascolto per la preparazione alla domanda di protezione internazionale.
- In alcuni casi, gli ospiti incontrano il legale solo in fase di ricorso.
- I richiedenti asilo che hanno fatto ricorso sono stati spesso costretti a lasciare il proprio CAS anche in casi di evidente mancanza di mezzi di sussistenza propri.

15) Mediazione linguistico culturale:

- Grave carenza di mediatori culturali nella gran parte dei centri.
- Il mediatore, quando presente, è destinato anche ad altre mansioni e non può svolgere pienamente il proprio ruolo.

16) Insegnamento della lingua italiana ed inserimento socio-lavorativo:

- In nessuna struttura visitata sono fornite le dieci ore d'insegnamento settimanali previste dalle linee guida per lo SPRAR.
- Grave carenza di percorsi di inclusione sociale.

4.2 Raccomandazioni per un'accoglienza dignitosa, ordinata ed efficiente

MEDU ritiene assolutamente prioritario, da un lato superare la logica di un sistema d'accoglienza "capovolto", in cui l'emergenziale diventa ordinario, dall'altro promuovere l'ampliamento strategico del sistema SPRAR, l'unico che si è dimostrato effettivamente in grado di garantire condizioni di vita dignitose e servizi di qualità, come anche di facilitare l'integrazione con il territorio. Una gestione efficiente e sostenibile degli attuali flussi di migranti non può prescindere da interventi di accoglienza integrata, che prevedano misure d'informazione, accompagnamento, assistenza ed orientamento, come anche dalla costruzione di percorsi individuali d'inserimento sociale e lavorativo. Si suggerisce inoltre di:

- **Incrementare il numero di progetti che rispondono alle esigenze dei più vulnerabili, incluse le vittime di tortura e le persone con disagio psichico post-traumatico, che costituiscono una percentuale considerevole del totale dei migranti ospiti dei centri di accoglienza sul territorio italiano;**
- **Garantire un'accoglienza il più possibile diffusa sul territorio**, che eviti eccessive concentrazioni e non riproduca logiche di segregazione sociale;
- Nel caso in cui posti SPRAR non siano immediatamente disponibili, **garantire una permanenza in strutture temporanee come i CAS per non più di un mese e la tempestiva segnalazione al servizio SPRAR.**

Per quanto riguarda il sistema CAS attualmente in funzione, MEDU propone di:

1) Struttura e collocazione:

- Garantire in ogni CAS spazi comuni al fine di favorire la socializzazione e spazi dedicati per le attività culturali e religiose.

- Nei casi in cui i CAS si trovino in zone isolate, è importante definire le modalità di trasporto esistenti verso i centri abitati ed eventualmente garantirne delle nuove.

2) Numero e formazione degli operatori:

- Definire un numero minimo di operatori nell'area psicologica (come previsto nel nuovo bando), socio-assistenziale, legale, nonché un numero minimo di mediatori culturali, al fine di favorire la comunicazione tra gli operatori dei CAS e gli ospiti ed il loro processo d'integrazione, stabilendo le basi per un maggiore equilibrio sociale e psicologico dell'ospite.
- Garantire corsi di formazione e spazi di confronto per gli operatori che lavorano all'interno dei CAS, per ottimizzare l'intervento a beneficio degli ospiti.

3) Regolamento interno e pocket money:

- Garantire ai richiedenti asilo una corretta informazione sui loro diritti e doveri.
- Monitorare e garantire che il *pocket money* possa essere regolarmente riscosso dai richiedenti asilo al fine di garantire una minima autonomia economica.

4) Assistenza sanitaria:

- La documentazione medica dei richiedenti asilo elaborata dalle strutture di prima accoglienza deve essere regolarmente trasmessa ai CAS per garantire la continuità terapeutica.
- Necessario rendere più snello e rapido l'iter per l'iscrizione al SSN per i richiedenti asilo.
- Garantire il diritto alle cure anche durante il periodo finestra tramite linee guida elaborate degli organi preposti (Prefettura, Questura e ASP).
- Garantire l'accesso al medico di base assicurando possibilità di trasporto anche dai CAS più isolati.

5) Assistenza psicologica:

- I migranti risidenti nei CAS sono soggetti particolarmente vulnerabili per lo sviluppo di psicopatologie post-traumatiche; è necessario quindi individuare precocemente i migranti più a rischio al fine di prevenire o curare eventuali disturbi psichici legati ai molteplici traumi subiti ed evitare così la cronicizzazione del disagio mentale.
- La presenza di uno psicologo in ciascun centro può rappresentare un elemento di stabilità e di fiducia per affrontare sia l'iter della richiesta d'asilo sia il percorso d'integrazione oltreché essere un punto di riferimento specialistico nell'individuazione delle vulnerabilità.
- La presenza dello psicologo può aiutare a leggere le dinamiche gruppali, talora molto importanti nei contesti comunitari come i CAS, in cui il disagio psichico è complesso, notevole e fortemente caratterizzato dall'appartenenza ad uno specifico gruppo culturale.
- Promuovere la formazione del personale dei servizi territoriali di salute mentale sulle tematiche relative al disagio mentale nei migranti.

6) Servizi di consulenza ed orientamento legale:

- Garantire al richiedente asilo un'adeguata preparazione per sostenere al meglio l'audizione di fronte alla Commissione Territoriale.
- Garantire un numero sufficiente di colloqui con un legale supportato da un mediatore culturale prima dell'audizione presso la Commissione Territoriale.
- Comunicare agli ospiti eventuali spostamenti in altri CAS/altre strutture in tempi adeguati, al fine di dare loro tempo sufficiente per prepararsi al cambiamento.

7) Mediazione linguistico culturale:

- Includere un mediatore culturale in ogni struttura e garantire la sua partecipazione ai momenti di orientamento, alle visite mediche, agli incontri con lo psicologo, alla preparazione all'audizione con la Commissione Territoriale e alla raccolta delle informazioni necessarie per il ricorso in caso di diniego.
- Garantire adeguati momenti di formazione ai mediatori impiegati nelle strutture, da condividere anche con gli altri operatori, al fine di valorizzare il loro ruolo nell'erogazione dei servizi e nei rapporti con istituzioni e servizi locali.

8) Insegnamento della lingua italiana ed inserimento socio-lavorativo:

- Fondamentale garantire l'insegnamento della lingua italiana con criteri di continuità e di qualità per favorire il processo d'integrazione.
- Sviluppare progetti e iniziative di inclusione sociale, lavorativa, culturale e sportiva.

Si raccomanda infine di predisporre al più presto organismi di controllo e monitoraggio indipendenti, incaricati di effettuare ispezioni periodiche al fine di supportare le Prefetture e la Commissione Parlamentare d'Inchiesta nella verifica regolare non solo dell'effettiva erogazione del servizio, ma anche il rispetto degli standard qualitativi minimi, soprattutto in riferimento agli aspetti di seguito elencati:

- Rispetto degli standard strutturali e operativi;
- Presenza nei centri del numero minimo di operatori previsto e loro competenze;
- Tempistiche per l'ottenimento della tessera sanitaria e dell'effettiva erogazione del servizio di assistenza sanitario e socio-psicologico;
- Tempistiche per segnalazione di singoli casi (specialmente i più vulnerabili) ai fini dell'accoglienza nel sistema SPRAR.