



ac

RESST

Rete di Supporto per le
persone Sopravvissute
a Tortura

L'ITALIA E LA RIABILITAZIONE DELLE VITTIME DI TORTURA.

**Come (non) rispettiamo gli obblighi dell'articolo 14
della Convenzione ONU contro la Tortura.**

Rapporto a cura di:



In collaborazione con:



INDICE

INTRODUZIONE	3
MIGRANTI, RIFUGIATI E VITTIME DI TORTURA: ALCUNI DATI DI CONTESTO	3
IL RECEPIMENTO ITALIANO DEGLI OBBLIGHI PREVISTI DALLA CONVENZIONE	5
GLI ATTI FORMALI E IL LORO RECEPIMENTO	5
I PROFILI DI CRITICITÀ	6
I LIVELLI DI ASSISTENZA NELLE STRUTTURE DI ACCOGLIENZA	10
LA RISORSA TEMPO E GLI EFFETTI SUL PROCESSO DI RILEVAZIONE DEL BISOGNO	11
SOVRACCARICO ED ESTENSIONE DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI	11
INSUFFICIENTE ASSISTENZA SANITARIA	12
LIMITI STRUTTURALI ALLO SCREENING	12
L'EMERSIONE DELLE VITTIME DI TORTURA IN CASO DI TRATTENIMENTO	13
CONCLUSIONI	15
RACCOMANDAZIONI	16
RACCOMANDAZIONE GENERALE	16
RACCOMANDAZIONI SPECIFICHE	16
ALLEGATO 1	19
ALLEGATO 2	21
ALLEGATO 3	23

INTRODUZIONE

Questo rapporto analizza il livello di attuazione, da parte dell'Italia, dell'articolo 14 della Convenzione ONU contro la tortura. Il documento sintetizza analisi e raccomandazioni relative all'obbligo dello Stato di garantire alle vittime i mezzi necessari per una riabilitazione *“la più completa possibile”*, intesa come forma di riparazione finalizzata a ripristinare l'autonomia e le capacità fisiche, mentali, sociali e professionali delle vittime di tortura, favorendone il pieno reinserimento nella società.

Alla luce del quadro normativo vigente e delle indicazioni contenute nel *Commento Generale n. 3¹* del Comitato ONU contro la Tortura, il rapporto esamina in che misura le pratiche italiane si discostino dagli standard internazionali. In particolare, vengono evidenziate le carenze rispetto all'adozione di un *“approccio integrato di lungo termine”* e alla erogazione di servizi specialistici che siano *“disponibili, appropriati e immediatamente accessibili”*.

Il documento si concentra sulle vittime di atti di tortura perpetrati al di fuori della giurisdizione italiana. Questa scelta riflette l'impegno prevalente delle organizzazioni della ReSST, attive in programmi di supporto rivolti a migranti e rifugiati sopravvissuti a tortura nei loro paesi di origine o lungo le rotte migratorie verso l'Europa.

Dal punto di vista metodologico, il rapporto sintetizza le evidenze emerse da consultazioni e *focus group* condotti negli ultimi anni dalla ReSST, che hanno coinvolto operatori ed esperti impegnati nella progettazione e gestione dei programmi. Sulla base di questo patrimonio conoscitivo ed esperienziale, è stata elaborata una prima traccia tematica, poi sottoposta a un gruppo di esperti delle organizzazioni aderenti alla ReSST e a circa 800 operatori attivi nei settori della salute e dell'accoglienza. A questi operatori è stato proposto un questionario autosomministrato composto da 22 domande finalizzate a rilevare, tra l'altro:

- la capacità percepita di individuare e valutare i bisogni delle vittime di tortura;
- l'esistenza e l'utilizzo di protocolli clinici e psicologici;
- il livello di formazione specifica ricevuta;
- i rapporti di collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- i servizi erogati e le modalità e continuità di finanziamento.

Al questionario hanno risposto 167 operatori. I risultati devono essere interpretati considerando che i partecipanti appartengono alle organizzazioni della Rete o collaborano con esse. Ciò implica, verosimilmente, una maggiore sensibilità e un più elevato livello di coinvolgimento sul tema, circostanze che possono aver influenzato la natura e la qualità delle risposte fornite.

MIGRANTI, RIFUGIATI E VITTIME DI TORTURA: ALCUNI DATI DI CONTESTO

Da almeno due decenni, l'Italia rappresenta uno dei principali punti di ingresso in Europa per persone migranti e richiedenti asilo provenienti dall'Africa, dal Medio Oriente e dal Subcontinente indiano. In un contesto globale caratterizzato da politiche migratorie sempre più restrittive, la maggior parte delle persone è costretta a intraprendere rotte irregolari, affidandosi a reti di traffico e affrontando viaggi

¹ See UN Committee Against Torture, *General Comment No. 3. Implementation of Article 14 by State parties*, 2022 (CAT/C/GC/3).

estremamente pericolosi via terra e via mare. In questo quadro, la tortura e i trattamenti inumani o degradanti sono divenuti elementi strutturali dell'esperienza migratoria.

L'Italia è stabilmente il primo Paese europeo per arrivi via mare. Dopo il picco del 2023 (circa 158 mila arrivi), nel 2024 gli ingressi si sono ridotti a 66 mila (-57,9%) e nel 2025 sono rimasti sostanzialmente stabili. Nel biennio 2024-2025, la Libia è tornata a essere il principale Paese di partenza². La sistematicità delle violenze lungo le rotte di transito suggerisce un numero elevato di sopravvissuti a tortura e maltrattamenti tra coloro che raggiungono il Paese.

Il progressivo deterioramento delle condizioni della migrazione ha reso la violenza un elemento strutturale dell'esperienza migratoria³. Chi attraversa la Libia o percorre la rotta balcanica è frequentemente esposto a tortura e maltrattamenti. Sulle donne grava inoltre un surplus di violenza, prodotto dalla combinazione di razzismo e sessismo⁴.

La Libia rimane l'epicentro di un sistema diffuso di assoggettamento, sfruttamento e violenza. Un recente rapporto congiunto di UNSMIL e OHCHR denuncia la presenza di abusi diffusi e sistematici contro migranti, richiedenti asilo e rifugiati, perpetrati da trafficanti, gruppi armati e attori affiliati allo Stato coinvolti nella gestione delle frontiere⁵. Negli ultimi anni, numerose organizzazioni hanno a più riprese documentato tortura prolungata, detenzioni arbitrarie, sparizioni forzate, violenze sessuali e sfruttamento da parte di attori statali e non statali, in un contesto di quasi totale impunità. Anche la Tunisia, oggi uno dei principali paesi di transito, è teatro di violenze sistematiche contro migranti e rifugiati da parte di forze militari e di polizia: torture, abusi fisici e sessuali, pratiche di abbandono nel deserto e forme diffuse di razzismo istituzionale.

Nel 2018, il Relatore Speciale delle Nazioni Unite sulla tortura ha richiamato uno studio sulla prevalenza di vittime di tortura tra le persone migranti prive di documenti, indicando come tale percentuale possa raggiungere il 76% a seconda del contesto, con una media stimata del 27%⁶. Applicando i dati medi di letteratura alla popolazione giunta nel 2025, si può stimare che circa 17.800 persone abbiano subito torture o gravi abusi nel corso del loro viaggio. Le evidenze cliniche indicano tuttavia una prevalenza molto maggiore. Medici per i Diritti Umani riporta, ad esempio, che oltre l'80% delle persone migranti assistite negli ultimi 9 anni ha riferito di aver subito torture o violenze gravi nei paesi di origine o di transito⁷.

Alle violenze pregresse si aggiungono criticità interne al sistema italiano. La durata e complessità delle procedure di asilo, l'inadeguatezza del sistema di accoglienza, le procedure accelerate di frontiera e il trattenimento nei centri per il rimpatrio possono contribuire ad aggravare la sofferenza preesistente. In alcuni casi, tali condizioni possono configurare veri e propri "ambienti torturanti", in grado di amplificare vulnerabilità già presenti. La violenza – fisica, verbale, psicologica e sessuale – si manifesta

² Solo si pensi che l'88% degli arrivi registrati nei primi otto mesi del 2025 è partito da questo Paese. Questo cambiamento ha influito anche sulla composizione dei flussi: nel 2025 dalla Libia sono partiti principalmente cittadini di Bangladesh (35%), Eritrea (15,4%) ed Egitto (14,7%), mentre dalla Tunisia sono partiti tunisini (32,1%), guineiani (28,9%) e ivoriani (9,3%).

³ Cfr. F. Perocco, "Torture, Structural Violence and Migration" in F. Perocco (a cura di), *Migration and Torture in Today's World*, Edizioni Ca' Foscari, 2023, pp. 3-50.

⁴ Cfr. G. Berta, F. Perocco, "Les violences sexuelles contre les migrantes en Amérique Centrale et en Libye, un exemple d'économie politique de la violence", in F. Moussa-Babaci, *Trajectoires de femmes migrantes*, L'Harmattan, pp. 99-118.

⁵ Cfr. UNSMIL, OHCHR, *Business As Usual: Human Rights Violations and Abuses Against Migrants, Asylum-Seekers and Refugees in Libya*, febbraio 2026.

⁶ Sigvardsdotter E, Vaez M, Rydholm Hedman AM, Saboonchi F., *Prevalence of torture and other war related traumatic events in forced migrants: A systematic review*, *Torture*. 2016; 26(2):41-73.

⁷ MEDU, (2024), *Migrazione, trauma e salute mentale: una risposta possibile*, <https://mediciperidirittiumani.org/frammenti-webreport/>

anche lungo l'intera catena del rimpatrio: dal fermo alla detenzione, dai trasferimenti interni fino al volo di rientro nel paese di origine⁸.

IL RECEPIMENTO ITALIANO DEGLI OBBLIGHI PREVISTI DALLA CONVENZIONE

Gli atti formali e il loro recepimento

Nel *Settimo Rapporto Periodico*⁹ presentato al Comitato ONU contro la Tortura, l'Italia afferma di aver dato attuazione agli obblighi dell'articolo 14 della *Convenzione ONU contro la tortura* principalmente attraverso l'elaborazione, da parte del Ministero della Salute, di specifiche *Linee Guida*¹⁰, che costituiscono l'architettura organizzativa e metodologica del sistema italiano.

Elaborate da un tavolo tecnico interistituzionale, le *Linee Guida*¹¹ mirano a orientare il SSN nella riorganizzazione dei servizi per l'individuazione precoce dei bisogni di richiedenti asilo e rifugiati. A tal fine, definiscono indicazioni operative per la presa in carico, promuovono un approccio multidisciplinare, e attribuiscono al sistema sanitario una funzione di regia, all'interno di una rete integrata di servizi sanitari, sociali, legali e di mediazione linguistico-culturale. L'obiettivo è facilitare l'accesso delle vittime di tortura, spesso vulnerabili o invisibili, a percorsi adeguati di cura e riabilitazione.

Tuttavia l'adozione formale delle *Linee Guida* non è sufficiente a garantire il rispetto degli obblighi convenzionali. Il documento ha infatti valore di indirizzo e richiede un recepimento normativo da parte delle singole Regioni per essere effettivamente attuato. Le Regioni sono inoltre tenute a predisporre adeguate misure organizzative, di finanziamento e di monitoraggio dei servizi.

Per verificare il livello di attuazione a cinque anni dalla loro adozione, Medici Senza Frontiere ha condotto un'analisi comparativa tra le diverse Regioni¹². Ne emerge un quadro caratterizzato da scarso recepimento normativo e da una forte dipendenza da iniziative del privato sociale, che in molti territori suppliscono all'assenza di servizi pubblici specializzati nella riabilitazione delle vittime di tortura.

Solo tre Regioni hanno recepito formalmente le *Linee Guida* attraverso appositi atti¹³. Dal punto di vista giuridico, questa lacuna è particolarmente rilevante: nell'ordinamento costituzionale italiano (art. 117 della Costituzione), la tutela della salute è materia di legislazione concorrente. Laddove le

⁸ Cfr. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, [Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment \(CPT\)](#), 2024, CPT/inf(2024) 34.

⁹ Cfr. [Seventh periodic report submitted by Italy under article 19 of the Convention pursuant to the simplified reporting procedure, due in 2021](#), CAT/C/ITA/7.

¹⁰ L'art. 27 comma 1 bis del D.Lgs 251/2007, così come modificato dall'art. 1 del D.Lgs 18/2014, prevede che il Ministero della Salute vi provveda con l'esplicito intento di "fornire indicazioni sull'attuazione di interventi appropriati ed uniformi su tutto il territorio nazionale (...) in continuità tra il sistema di accoglienza per i rifugiati e il sistema di assistenza socio-sanitaria".

¹¹ Ministero della Salute, [Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale](#), Roma, 22 marzo 2017, p. 6.

¹² Medici Senza Frontiere, [Attuazione delle Linee Guida per Assistenza e Riabilitazione delle Vittime di Tortura e Altre Forme di Violenza. Mappatura e analisi](#), 2022.

¹³ In particolare, il Lazio (Delibera 590/2018), la Toscana (Delibera 1007/2020) e il Piemonte (DGR 437975/2018). Un riferimento compare anche nel Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti della Sicilia, sebbene non risultino altri atti specifici di recepimento. Nelle Marche, infine, una determina regionale ha definito modalità di presa in carico per migranti forzati vittime di violenza fisica, sessuale o psicologica, nonché di tortura fisica o psichica, recependo in modo indiretto le indicazioni nazionali.

Linee Guida non sono state recepite, la concreta fruibilità dei servizi territoriali per la riabilitazione delle vittime di tortura risulta di fatto nulla.

Nel 2023, il Ministero dell'Interno ha inoltre diffuso il *Vademecum per la rilevazione, il referral e la presa in carico delle persone portatrici di vulnerabilità in arrivo sul territorio e inserite nel sistema di protezione e accoglienza*¹⁴. Si tratta di uno strumento operativo che propone procedure e strumenti uniformi da adottare nelle diverse fasi dell'accoglienza, in coerenza con la normativa vigente¹⁵. Tuttavia, in assenza di un'organizzazione giuridicamente vincolante dei servizi socio-sanitari previsti dalla *Linee Guida*, il *Vademecum* rimane un insieme di raccomandazioni non vincolanti, soprattutto per i servizi sanitari e sociali non direttamente afferenti all'amministrazione del Ministero dell'Interno.

Le Prefetture sono state invitate a istituire un coordinamento tra attori istituzionali, con il coinvolgimento anche di soggetti non direttamente impegnati nell'accoglienza (c.d. *Tavolo Vulnerabilità*), con il compito di definire procedure operative standard (SOP) a livello territoriale. Per quanto riguarda le vittime di tortura, il *Vademecum* rimanda alle citate *Linee guida*, senza introdurre ulteriori indicazioni operative.

Ad oggi, la maggior parte delle Prefetture ha istituito il *Tavolo Vulnerabilità*, ma solo in pochi casi le SOP sono state effettivamente sviluppate e adattate al contesto locale. Inoltre nelle SOP finora pubblicate¹⁶ mancano quasi del tutto approfondimenti specifici sulle vittime di tortura, con l'eccezione di quelle prodotte dalla Prefettura di Palermo.

Un ulteriore atto rilevante è lo *Schema di Capitolato* del Ministero dell'Interno (D.M. 4 marzo 2024) che disciplina le gare di appalto per la gestione dei centri accoglienza. La normativa prevede che la valutazione della vulnerabilità, necessaria a stabilire le misure di accoglienza adeguate, sia effettuata sulla base delle *Linee Guida*¹⁷. Tuttavia, poiché queste non sono state recepite nella maggior parte delle Regioni, tale previsione resta in larga misura inoperante. Ne deriva un modello che, pur formalmente definito, risulta di fatto inidoneo a garantire l'accesso effettivo ai mezzi e servizi necessari alla riabilitazione "*la più completa possibile*", come richiesto dalla Convenzione ONU.

I profili di criticità

Alla luce del quadro regolamentare descritto, l'analisi evidenzia come, accanto ad alcune esperienze in cui operano équipe multidisciplinari e si sviluppano buone pratiche di lavoro¹⁸, nella maggior parte del territorio italiano persistono importanti criticità sistematiche. Tali criticità possono essere ricondotte a tre ambiti principali: 1) l'organizzazione complessiva del sistema; 2) la formazione del personale; 3) gli effetti sulla presa in carico delle vittime di tortura.

¹⁴ Il testo è disponibile [qui](#).

¹⁵ Va tuttavia considerato che il generale mancato recepimento e la mancata implementazione delle *Linee Guida* mette in luce non solamente l'esistenza di un insufficiente livello di concreta attuazione delle obbligazioni della Convenzione ONU contro la tortura, bensì si configura come un grave mancato rispetto di tali obbligazioni internazionali non sanabile in alcun modo dall'adozione di alcuni strumenti meramente organizzativi come il *Vademecum* sulle vulnerabilità.

¹⁶ Agrigento, giugno 2025; Palermo, dicembre 2025; Messina, febbraio 2026.

¹⁷ Cfr. Art. 9 co-4ter del D.Lgs 142/2015: "*La verifica della sussistenza di esigenze particolari e di specifiche situazioni di vulnerabilità, anche ai fini del trasferimento del richiedente di cui al comma 1-bis e dell'adozione di idonee misure di accoglienza di cui all'articolo 10, è effettuata secondo le Linee Guida emanate dal Ministero della salute, d'intesa con il Ministero dell'interno e con le altre amministrazioni eventualmente interessate, da applicare nei centri di cui al presente articolo e all'articolo 11*".

¹⁸ In particolare Milano, Roma, Trento, Toscana, Veneto, Emilia Romagna e Sicilia

L'organizzazione complessiva del sistema

Nella maggior parte dei territori non esistono servizi del SSN, nè strutture formalmente riconosciute, con competenze specifiche nel trattamento delle patologie post-traumatiche di migranti e rifugiati.

Sia nelle Regioni che hanno recepito le *Linee Guida* che in quelle che non lo hanno fatto, gli interventi sono spesso realizzati attraverso reti informali costruite nel tempo con enti del terzo settore. Il coinvolgimento dei servizi sanitari pubblici è spesso marginale o limitato ad aspetti amministrativi. Solo in alcuni contesti – come Lazio ed Emilia Romagna – esistono reti formali dedicate.

Nonostante la presenza di buone pratiche di collaborazione tra servizi pubblici, enti di accoglienza e organizzazioni specializzate, mancano finanziamenti specifici e continuativi destinati alle Aziende Sanitarie Locali per garantire interventi adeguati alle vittime di tortura¹⁹.

I servizi sanitari incontrano numerose difficoltà nel connettersi con il sistema di accoglienza ostacolando quella continuità nel percorso di emersione dei traumi che dovrebbe svilupparsi dagli operatori dell'accoglienza agli operatori sociosanitari, come previsto dalle *Linee Guida*. Di fatto, solo in alcune situazioni esemplari si riscontra una collaborazione strutturata tra sistema sanitario, enti locali titolari di progetti di accoglienza ed enti gestori dei centri SAI o CAS²⁰, con percorsi chiari per l'emersione dei traumi, la valutazione diagnostica e la successiva presa in carico. Significativa, a tal proposito, è la percezione degli operatori intervistati per la predisposizione del rapporto: solo il 24,3% ritiene che i contenuti delle *Linee Guida* vengano regolarmente applicati²¹, mentre la maggioranza le considera applicate raramente o per nulla.

La struttura portante del sistema di accoglienza è rappresentata dai CAS, destinati alla sola accoglienza dei richiedenti protezione internazionale²². Essi costituiscono la larghissima parte delle strutture di accoglienza esistenti. Tuttavia, la loro offerta di servizi è limitata e li rende inadeguati alla gestione di situazioni complesse, come quelle delle vittime di tortura. Il legislatore stesso riconosce tale limite, precisando che i CAS soddisfano le esigenze essenziali di accoglienza e prevedendo che il sistema SAI, più strutturato, si occupi delle situazioni vulnerabili, comprese le vittime di tortura. Tuttavia il numero di posti e di servizi adeguati nel SAI, che dovrebbe farsi carico di tutte le condizioni di vulnerabilità (famiglie con minori, donne sole, persone con disabilità, vittime di tortura) è radicalmente insufficiente rispetto ai bisogni. Al punto da "lasciare in strada" oltre 4.700 persone²³ negli ultimi 2 anni.

¹⁹ Il campione degli operatori intervistati ha evidenziato la grande difficoltà di dare continuità ai servizi in appalto. Solamente il 38.4% degli intervistati ritiene che non ci siano difficoltà in tal senso.

²⁰ Il SAI (Sistema di Accoglienza e Integrazione) è il sistema ordinario di accoglienza, attivo dal 2002 come rete di Enti Locali che realizzano progetti di accoglienza integrata con il supporto del terzo settore. I CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria) sono strutture temporanee attivate dalle Prefetture per ospitare i richiedenti protezione internazionale. Nati per rispondere a esigenze straordinarie, i CAS sono diventati il circuito di gran lunga più importante dell'accoglienza.

²¹ Per contro il 6.54% ritiene che non siano mai applicate, il 48.6% lo siano raramente e il 20.56% non ha saputo rispondere.

²² Secondo i dati del progetto "Centri d'Italia" di ActionAid e Openpolis i centri governativi, dal 2018 in poi, non ospitano mai meno del 68% degli accolti. Per un approfondimento relativo al sistema di accoglienza si veda ActionAid – Openpolis, [Accoglienza al collasso](#), 2025.

²³ Il dato è ottenuto dalla differenza tra le segnalazioni delle Prefetture e gli effettivi inserimenti realizzati dal Servizio Centrale (dati ottenuti dal Ministero dell'Interno da ActionAid e non ancora resi pubblici). Tra il 2023 e il novembre 2025 sono 55.697 le segnalazioni e 50.972 gli ingressi nel SAI, per 4.725 domande pendenti e altrettante persone, aventi diritto, fuori dal secondo livello di accoglienza, con il paradossale esito di escludere dal circuito con standard dignitosi di accoglienza, chi ha ricevuto il riconoscimento di una forma di protezione e richiedenti asilo vulnerabili. Il SAI registra inoltre un tasso di occupazione medio dei posti disponibili (gennaio-novembre 2025) del 97,9%: una saturazione che limita la flessibilità per inserimenti rapidi, anche perché i posti liberi per vulnerabili (DM-DS) nello stesso periodo rappresentano mediamente lo 0,15% del totale dei posti attivi.

Alcune recenti modifiche normative sollevano ulteriori preoccupazioni, poiché rischiano di ridurre l'accesso a percorsi di accoglienza adeguati e di compromettere le possibilità di una precoce individuazione delle vulnerabilità²⁴.

Particolarmente critiche sono le disposizioni²⁵ che consentono di collocare minori dai 16 anni nei CAS per adulti, per un tempo massimo di 90 giorni (termine che, con le modifiche apportate in sede di conversione in legge del decreto è arrivato ad addirittura 150 giorni). Questa scelta, di dubbia compatibilità con il diritto europeo e la stessa Convenzione di New York sui diritti dell'infanzia, espone i minori a contesti potenzialmente ritraumatizzanti.

Per quanto riguarda la risposta ai bisogni di salute delle vittime di tortura, occorre distinguere tra i centri – pubblici o del privato sociale – che offrono servizi specialistici per la riabilitazione e i servizi sanitari pubblici generalisti. Con riferimento ai centri dedicati, la mancata o limitata attuazione delle *Linee Guida* e la conseguente assenza delle équipe multidisciplinari in grado di erogare servizi specialistici per le vittime di tortura, comporta che molte domande di cura rimangano del tutto inevase²⁶. Anche laddove tali centri esistono, essi possono incontrare importanti limitazioni nell'attuazione dei loro interventi, riguardanti da un lato la gamma di prestazioni sanitarie specialistiche effettivamente disponibili e, dall'altro, la durata degli interventi stessi, spesso condizionata da una strutturazione “a progetto”. Le conseguenze sono rilevanti: nel primo caso, emergono difficoltà di connessione con i servizi sanitari necessari a integrare gli interventi specialistici; nel secondo, il rischio di interruzione della continuità assistenziale nei percorsi riabilitativi, che per loro natura possono richiedere tempi lunghi. Queste criticità si inseriscono in un contesto più ampio, caratterizzato da un rapporto operatori/utenti sempre più sfavorevole, anche a seguito delle riforme e scelte amministrative adottate negli ultimi anni (si vedano Allegati 2 e 3).

La formazione del personale

Le criticità legate alla formazione del personale riguardano sia gli operatori del sistema di accoglienza che quelli dei servizi sanitari pubblici. Nel sistema di accoglienza, molti operatori non dispongono di una preparazione sufficiente per riconoscere i sintomi delle reazioni post-traumatiche nelle persone sopravvissute a tortura. Gli standard formativi di base risultano spesso inadeguati rispetto ai compiti richiesti, mentre l'elevato turnover del personale riduce l'efficacia delle attività formative, impedendo il consolidamento delle conoscenze. Queste carenze incidono direttamente sulla capacità di indirizzare le vittime ai servizi sanitari competenti o verso centri specializzati, compromettendo la qualità della presa in carico.

²⁴ Tra queste è il caso di menzionare almeno il D.L. 145/2024 (art. 15-quinquies) che introduce una nuova ipotesi di procedura accelerata (art. 28-bis D.Lgs 25/2008, lett. e-bis) per chi non presenta domanda entro 90 giorni dall'ingresso, e dispone la non ammissione alle misure di accoglienza (art. 1, co. 2, lett. a-bis, D.Lgs 142/2015). È previsto che il provvedimento del Prefetto tenga conto delle condizioni di vulnerabilità ex art. 17 e che le norme non si applichino alle persone vulnerabili. Tuttavia, ciò presuppone una capacità effettiva e tempestiva di identificazione della vulnerabilità, che - come si vedrà - è concretamente inverosimile e strutturalmente fragile.

²⁵ Introdotte dal DL 33/2023, convertito con modifiche nella Legge n. 176 del 01/12/2023.

²⁶ Le *Linee Guida* richiedono alle Aziende Sanitarie di valutare la costituzione di équipe multidisciplinari composte (a seconda del concreto caso da prendere in carico) da un medico di medicina generale/pediatra di libera scelta; psichiatra/neuropsichiatra infantile; psicologo/psicologa dell'età evolutiva, infermiere, ostetrica, operatore sociale (assistente sociale, operatore dell'accoglienza, educatore di comunità), operatore legale, mediatore linguistico-culturale. A seconda delle necessità dette figure essere previste altre figure sanitarie specialistiche (es. ginecologa, infettivologo, fisioterapista, ortopedico, neurologo, odontoiatra), ed eventualmente sociologi, antropologi e prevedere un'adeguata presenza di personale femminile. Viene richiamata l'importanza di individuare e attivare la funzione di Case Management (CM), volta a garantire l'accompagnamento nei percorsi socio-sanitari e a migliorare l'efficacia e la qualità dei servizi offerti nonché l'efficienza nell'utilizzo delle risorse (*Linee Guida*, par. 3.2).

Le evidenze epidemiologiche mostrano inoltre un accesso ai servizi di salute mentale significativamente più basso da parte delle persone di origine straniera rispetto alla popolazione autoctona. Le ragioni sono sia soggettive e interne – legate ad esempio alle visioni rispetto alla salute e alla cura, o alle competenze linguistiche – sia oggettive ed esterne, come l'assenza di mediazione linguistico-culturale nei presidi sanitari o le condizioni di marginalità.

Anche nei servizi sanitari pubblici si riscontra una significativa carenza formativa. Le *Linee Guida* indicano chiaramente contenuti e metodologia della formazione, ma la loro mancata implementazione impedisce lo sviluppo di percorsi sistematici, salvo alcune esperienze virtuose a livello locale. Negli operatori sanitari, le lacune non riguardano tanto l'identificazione sintomatologica e l'inquadramento diagnostico delle sofferenze legate alla tortura, quanto piuttosto altri aspetti dell'intervento. Tra questi, l'uso adeguato della mediazione linguistica e la gestione delle problematiche di salute mentale conseguenti ai processi traumatici. Gli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi dei disturbi psichici possono infatti far ricorso in misura molto inferiore a sistemi di obiettivazione della sintomatologia al di là o indipendentemente dal medium linguistico, dovendo invece fondarsi sullo scambio di parole al fine di costruire una possibile relazione di cura e un'alleanza terapeutica effettiva. In seconda battuta, le carenze formative riguardano le competenze nella ponderazione dei fattori socioculturali nella valutazione diagnostica e nel processo terapeutico, nonché le competenze necessarie per attuare interventi terapeutici e riabilitativi adeguati.

A queste criticità, si aggiungono gli effetti del nuovo *Schema di Capitolato*, che ha eliminato la figura dello psicologo dal personale obbligatorio dei CAS, ricomprendendola nella generica categoria di "operatore sociale". In molte strutture, ciò si traduce nell'assenza dello psicologo, oppure in una presenza limitata e discontinua. In altri casi, gli incarichi sono affidati a professionisti privi di un'adeguata specializzazione post-laurea (talvolta solo con laurea triennale). Il Capitolato prevede che l'operatore sociale segnali tempestivamente le situazioni critiche al responsabile sanitario del centro, che a sua volta dovrebbe attivare i percorsi di cura più adeguati presso le strutture del territorio. Tuttavia, questa impostazione rischia di generare un circolo vizioso: da un lato, il sistema pubblico presenta limiti nell'offerta di risposte sanitarie adeguate e coordinate con il sistema di accoglienza; dall'altro, i centri non dispongono di servizi interni di supporto psicologico strutturato.

La presa in carico delle vittime di tortura

Il *Vademecum Vulnerabilità* prevede che, al momento dell'ingresso nel sistema di accoglienza, vengano registrati tutti gli elementi immediatamente osservabili, come segni fisici sul corpo e/o comportamenti psicopatologici manifesti. Tuttavia, al di là dei casi in cui sono riscontrabili lesioni fisiche evidenti, l'emersione delle vulnerabilità non immediatamente osservabili è nella pratica molto rara. La ragione principale risiede nell'assenza di servizi adeguati in grado di rilevare condizioni che emergono solo attraverso un'osservazione attenta e un ascolto attivo.

Un'ulteriore criticità riguarda la limitata continuità della presa in carico nel lungo periodo. Mancano infatti *follow-up* sistematici dopo le prime visite e i percorsi di supporto tendono a interrompersi, soprattutto quando la persona esce dal sistema di accoglienza. Ciò accade frequentemente nei casi in cui, dopo il riconoscimento della protezione, non vi siano posti disponibili nel sistema SAI. In assenza di raccordi strutturali tra i diversi livelli dell'accoglienza, molte prese in carico iniziali rimangono incomplete.

Come già evidenziato, la scarsa formazione del personale riduce ulteriormente la capacità di individuare situazioni post-traumatiche. A questo si aggiunge la carenza – o totale assenza – della mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari generali, elemento indispensabile per una presa in

carico efficace. La mediazione è spesso non strutturata, discontinua oppure disponibile in lingue non corrispondenti ai bisogni reali delle persone. In molti casi viene garantita attraverso un unico mediatore “jolly”, con inevitabili ripercussioni sulla qualità dei colloqui e sulla possibilità di far emergere vulnerabilità complesse. In tali condizioni, anche un servizio sanitario formalmente disponibile rischia di non essere concretamente accessibile. Le conseguenze sono molteplici: anamnesi incomplete, incomprensioni su sintomi e terapie, ostacoli alla narrazione del trauma, impossibilità di illustrare diritti e procedure, difficoltà nel consenso informato. Una mediazione inadeguata compromette inoltre la costruzione di un rapporto di fiducia e riduce drasticamente la probabilità che emergano esperienze traumatiche, come tortura, violenze e tratta. Senza riservatezza e continuità nella relazione con il mediatore, la *disclosure* può essere interrotta o distorta. Allo stesso tempo, il ricorso a improvvisate – come l’impiego di altri ospiti come interpreti o l’uso di lingue veicolari – espone a fraintendimenti e può determinare processi di ritraumatizzazione. Il risultato è una rilevazione tardiva o mancata delle vulnerabilità e una presa in carico, quando avviene, frammentata e spesso limitata a interventi emergenziali.

La mediazione linguistico-culturale si configura quindi come prerequisito trasversale. In sua assenza, il quadro di sofferenza rischia di cronicizzarsi, di interferire con i percorsi di integrazione (come la formazione linguistica e lavorativa) e di essere interpretato in modo errato, con conseguente attivazione di percorsi di cura non adeguati. Ad esempio somatizzazioni post-traumatiche possono essere scambiate per patologie internistiche, oppure agitazioni psicomotorie post-traumatiche per scompensi psicotici. In alcuni casi, la persona sofferente può ricorrere a tentativi di “auto-cura” disfunzionali, come ad esempio l’assunzione di alcool per contrastare l’insonnia post-traumatica.

Un’altra criticità riguarda la certificazione medico legale degli esiti fisici e psicopatologici della tortura, che risulta spesso generica e non conforme ai requisiti previsti: multidisciplinarietà, adeguata formazione degli operatori, setting appropriato e tutela della riservatezza e di tutti i diritti della persona richiedente. Le *Linee Guida* prevedono che tale attività sia svolta in centri riconosciuti dal SSN e sottoposti a monitoraggio e valutazione. Tuttavia, la certificazione non rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e non è quindi garantita in modo uniforme sul territorio, ma attuata da poche Aziende Sanitarie non in forza di un vincolo giuridico ma sulla base di scelte assunte a livello locale.

Infine, va segnalato che, in alcuni casi, viene avanzata la richiesta della residenza anagrafica per il rilascio della tessera sanitaria e l’assegnazione del medico di medicina generale per l’accesso alle prestazioni specialistiche. Questa prassi comporta una grave esclusione per le persone in condizioni di vulnerabilità che si trovano al di fuori del sistema di accoglienza o in condizioni abitative precarie, lasciando come unica risposta l’accesso a servizi sanitari di emergenza.

I LIVELLI DI ASSISTENZA NELLE STRUTTURE DI ACCOGLIENZA

Una parte significativa delle criticità fin qui descritte deriva dalle previsioni del Decreto del Ministro dell’Interno del 4 marzo 2024 che disciplina le gare per l’affidamento dei servizi di gestione dei centri accoglienza. Tale provvedimento definisce, di fatto, la soglia qualitativa e quantitativa dei servizi che i richiedenti asilo e i rifugiati vulnerabili possono ricevere nel sistema di accoglienza. Di seguito si esaminano i principali limiti di questa impostazione e le relative ricadute sull’efficacia degli interventi di riabilitazione delle vittime di tortura.

La risorsa tempo e gli effetti sul processo di rilevazione del bisogno

L'analisi dello *Schema di Capitolato*, con particolare riguardo alle dotazioni minime di personale, insieme alle evidenze empiriche (tra cui i rilievi del GNPL - Garante Nazionale delle Persone private della Libertà personale)²⁷, mostra che i servizi previsti non consentono una rilevazione effettiva delle vulnerabilità, né una presa in carico adeguata delle vittime di tortura. Questa insufficienza riguarda sia i centri di piccole dimensioni – dove l'attenzione alla persona dovrebbe essere massima – sia, in modo ancora più marcato, le strutture di grandi dimensioni. In questi contesti, i tempi teorici pro-capite pro-die dei singoli servizi si riducono a valori compatibili solo con adempimenti formali o con la gestione delle urgenze²⁸.

In tale quadro, oltre alla improvvida cancellazione della figura dello psicologo già richiamata, incide anche il numero insufficiente di operatori sociali. Il tempo effettivamente disponibile a ciascuna delle persone accolte – nell'ordine di pochi minuti o addirittura secondi al giorno – rende strutturalmente difficile intercettare vulnerabilità complesse. Il sistema tende così a identificare soltanto le condizioni immediatamente visibili (come gravidanza, disabilità evidente o minore età), mentre restano in gran parte invisibili le vulnerabilità latenti e complesse, tra cui quelle legate a tortura, traumi psichici, violenza sessuale o tratta. Di conseguenza, la vulnerabilità rischia di diventare un filtro selettivo, trasformandosi da strumento di protezione a leva di esclusione dal circuito dell'accoglienza.

Questo assetto conferma il rischio che le tutele si attivino solo quando la persona è già in grado di “dimostrare” il proprio bisogno, senza che il sistema crei le condizioni per farlo emergere. L'effetto è strutturalmente più grave nei grandi centri e nelle strutture di trattenimento, dove la mancanza di privacy, la difficoltà a comprendere il contesto, la conflittualità e gli elementi coercitivi possono aggravare o riattivare traumi pregressi, nonché generarne di nuovi.

Medesime criticità si verificano anche rispetto alla presenza dei mediatori linguistico- culturali. In questo caso l'analisi pro-capite pro-die rende evidente la difficoltà di garantire continuità della relazione, adeguata copertura linguistica, riservatezza, *matching* di genere quando necessario e reale integrazione nei percorsi sanitari e psicosociali²⁹.

Sovraccarico ed estensione delle competenze professionali

L'operatore sociale nei centri di accoglienza è chiamato a svolgere una pluralità di funzioni che, per loro natura, richiederebbero un lavoro d'équipe: valutazione dei bisogni, orientamento, accompagnamento ai servizi, raccordo con il territorio, supporto nell'accesso alle cure e tutela legale, monitoraggio delle situazioni critiche. Lo *Schema di Capitolato* prevede che l'operatore sociale – in raccordo con il medico e con la direzione del centro – contribuisca alla presa in carico e segnali alle autorità competenti e alla rete dei servizi per la salute mentale territoriale la sussistenza di indicatori di vulnerabilità, attivando i percorsi di assistenza e cura adeguati. Prevede altresì percorsi formativi che l'ente gestore deve garantire, ma pur fornendo una “*specific formazione [...] in materia di individuazione, emersione e presa in carico di persone vulnerabili*”, l'operatore sociale non può, da solo, sostituire un'équipe con competenze e professionalità specifiche. Inoltre, i dati pro-capite

²⁷ Si veda l'allegato 1, che riporta schematicamente il dettaglio dei rilievi effettuati dal GNPL nel corso degli anni,

²⁸ Per il dettaglio analitico, si rimanda agli Allegati 2 e 3.

²⁹ Nei CAS grandi, ad esempio, la mediazione scende a 66 secondi a persona al giorno; in CTRA e hotspot grandi a 77 secondi circa.

mostrano che l'aumento della capienza delle strutture riduce drasticamente il tempo disponibile per ciascuna persona, svuotando di contenuto queste funzioni³⁰.

Anche nei centri piccoli, dove il servizio verso le persone è qualitativamente migliore, l'operatore sociale è chiamato a coprire un ampio ventaglio di attività, spesso in assenza di servizi strutturati e di un dispositivo di mediazione stabile e integrato. L'effetto è facilmente prevedibile. L'identificazione delle vulnerabilità avviene in modo episodico, dipendente dalle competenze individuali o da situazioni emergenziali (una crisi, un ricovero, un contenzioso), anziché attraverso un processo strutturato e continuo. Per le vittime di tortura – che spesso evitano la *disclosure* in contesti percepiti come insicuri o coercitivi – questo si traduce in una sotto-rilevazione sistemica e in una presa in carico tardiva o assente.

Insufficiente assistenza sanitaria

Lo *Schema di Capitolato* definisce l'assistenza sanitaria nei centri come “*complementare*” rispetto al SSN e prevede, oltre alle attività principali, la fornitura di farmaci e altre prestazioni sanitarie (visite specialistiche, protesi non previste dal SSN, terapie, etc.) entro un limite economico massimo di 500€ annui per ciascun posto contrattualizzato, “*indipendentemente dal turnover*”, pari a circa 1,37€ al giorno. Considerando anche il ricambio delle persone accolte, la spesa media pro-capite effettiva è dunque ancora inferiore.

Questo assetto introduce un disincentivo strutturale all'erogazione di prestazioni sanitarie aggiuntive che implicano costi e ciò, proprio in contesti dove la vulnerabilità può non rilevarsi immediatamente o emergere in modo non lineare, e dove la “domanda sanitaria” è fortemente condizionata da barriere linguistiche, paura e coercizione³¹.

Limiti strutturali allo screening

Sia le *Linee Guida* che il *Vademecum Vulnerabilità* richiamano la necessità che nei contesti di arrivo e frontiera sia necessario uno *screening* accurato, inclusa la ricerca di segni di traumi e/o esiti di torture, e che per le vittime di tortura l'identificazione precoce dovrebbe avviarsi il prima possibile mediante colloqui medico-psicologici, con attivazione di percorsi specialistici.

Tuttavia, l'assenza di servizi psicologici nei CAS e i tempi di assistenza pro-capite che, ad eccezione del sistema SAI sono molto ridotti in ogni tipologia di struttura di accoglienza, compresi i punti di crisi dove sono condotti gli stranieri a seguito delle operazioni di sbarco (*Testo Unico Immigrazione*, art. 10-ter), fa ipotizzare una mancata rilevazione sistemica delle vittime di tortura, con invisibilità di tale condizione o emersione tardiva, solo in occasione di crisi o eventi critici³².

³⁰ Nel centro di grandi dimensioni (600 posti) l'operatore sociale ha circa 26 secondi al giorno per persona; in quelli più grandi (900 posti) circa 1 minuto e mezzo; nelle strutture medie (300 posti) circa 1 minuto e 43 secondi. Nei grandi CTRA e Hotspot il tempo disponibile per psicologo e operatore sociale è nell'ordine di 1 minuto o meno; nelle strutture CAP mancano proprio le figure psico-sociali.

³¹ Sulla progressiva ibridazione tra prima accoglienza e detenzione in ingresso si veda ActionAid-Università di Bari, *Trattenuti. Una radiografia del sistema detentivo per stranieri*, 2023. Si consideri inoltre l'aumento considerevole dei richiedenti asilo trattenuti che nel 2024 rappresentano oltre il 45% di chi fa ingresso in un centro detentivo, il 21% dei quali è privato della libertà personale senza aver ricevuto un provvedimento di allontanamento, e trattenuto proprio in quanto richiedente protezione (fonte: piattaforma [Trattenuti](#))

³² Anche i rilievi del GNPL sembrano confermarlo: nel rapporto sull'hotspot di Taranto (2023) il Garante osserva che la scheda sanitaria di accesso è estremamente generica e non prevede la rilevazione di eventuali segni di tortura o maltrattamenti, né elementi adeguati sulla salute mentale; nel rapporto sul CPR di Milano (2023) la visita d'ingresso è descritta come generica e non centrata su salute mentale e segni di traumi.

Sul piano degli obblighi di prevenzione e tutela, è inoltre decisivo il profilo dell'indipendenza, cioè la possibilità di effettuare esami medici indipendenti e di valutazioni non condizionate dal gestore. In ambito di applicazione delle misure di trattenimento presso i CPR, il GNPL ha richiamato espressamente³³ che l'accertamento dell'idoneità al trattenimento compete in via esclusiva al SSN, anche in presenza di un presidio medico in capo all'ente gestore.

Nella assoluta maggioranza delle strutture di accoglienza, la tutela della salute rischia di essere formale e concretamente dipendente da personale medico assunto dal gestore: senza un raccordo effettivo e verificabile con il SSN e con i servizi territoriali, la "presa in carico" rischia di ridursi in un presidio interno orientato alla gestione e al controllo, più che alla tutela, con conseguenze particolarmente gravi per sopravvissuti a tortura e persone con sofferenza psichica.

Il Capitolato, letto insieme alle dotazioni minime e ai tempi pro-capite pro-die, non prevede un dispositivo equivalente a uno *screening trauma-informed* continuativo. Ne consegue che l'identificazione di sopravvissuti alla tortura viene rinviata o affidata a eventi critici (crisi, autolesionismo, contenzioso), cioè a modalità reattive che aumentano la probabilità di trattamenti inumani o degradanti per omissione di protezione e di continuità terapeutica.

L'emersione delle vittime di tortura in caso di trattenimento

Pur non affrontando in modo specifico la gestione dei Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR) e la tutela dei diritti delle persone trattenute, è comunque opportuno esprimere forte preoccupazione per le condizioni di vita all'interno di queste strutture, anche alla luce di quanto rilevato in modo costante da diversi rapporti indipendenti³⁴. Il numero di richiedenti asilo trattenuti nei CPR è in forte crescita (2.565 persone nel corso del 2025, pari a circa il 43,5% del totale): è dunque realistico ritenere che tra essi vi siano anche vittime di tortura. Si segnala inoltre che il Consiglio di Stato, con sentenza n. 7839/2025³⁵, ha annullato parzialmente lo *Schema di Capitolato* per i CPR a causa di carenze nella tutela della salute e nella prevenzione del rischio suicidario, imponendone la revisione.

A seguito della sentenza, il Ministero dell'Interno ha aggiornato l'allegato 5-bis dello *Schema di Capitolato*, relativo ai CPR³⁶. Tuttavia, tali modifiche non equivalgono all'istituzione di un dispositivo operativo realmente efficace. Ciò che risulta fondamentale è la presenza di protocolli clinico-organizzativi adeguati, la tracciabilità delle valutazioni mediche, un solido raccordo con il SSN e con i servizi di salute mentale, oltre a un sistema di *screening* e presa in carico effettivo, che non si limiti a registri o adempimenti formali. La revisione ministeriale sembra invece limitarsi a precisazioni di natura contrattuale. Occorre, viceversa, verificare se i servizi minimi previsti e il modello di funzionamento consentano davvero di identificare le vulnerabilità, interrompere i percorsi detentivi incompatibili con le condizioni psico-fisiche e garantire la continuità terapeutica. La convergenza tra

³³ Si veda: GNPL, *Parere su art. 3 Regolamento CPR*. Il Garante sottolinea inoltre che la previsione che sia il Direttore del centro a stabilire le regole della struttura ha un impatto ancora più determinante negli hotspot e nei centri governativi di prima accoglienza, poiché in tali contesti manca una regolamentazione generale e uniforme delle modalità di trattenimento analoga al Regolamento dei CPR.

³⁴ Si vedano in particolare: ActionAid, Università di Bari, *Trattenuti. Una radiografia del sistema detentivo per stranieri*, Roma/Bari, 2023; Amnesty International, *Libertà e dignità: le osservazioni di Amnesty International sulla detenzione amministrativa di persone migranti e richiedenti asilo in Italia*, 2024; Tavolo Asilo e Immigrazione, *CPR d'Italia: Istituzioni Totali*, gennaio 2026.

³⁵ <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Consiglio-di-Stato-sentenza-n.-7839-2025-parzialmente-illegittimo-il-decreto-che-approva-il-capitolato-di-appalto-per-la-gestione-dei-Centri-di-Permanenza-per-il-Rimpatrio-CPR>

³⁶ https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2025-11/attestazione_esecuzione_sentenza_10_novembre_2025.pdf

analisi pro-capite e rilievi GNPL suggerisce che il rischio di una gestione puramente reattiva delle crisi resti estremamente elevato³⁷.

All'interno dei CPR, inoltre, l'organizzazione delle prestazioni sanitarie è di fatto delegata all'ente gestore della struttura, con implicazioni importanti sulle garanzie di indipendenza e sull'uniformità degli standard, soprattutto per quanto riguarda la valutazione delle vulnerabilità complesse. La prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo non può essere affidata a registri o a misure episodiche. Considerato l'assetto della detenzione amministrativa, appare improbabile l'adozione di un dispositivo strutturato (SOP, formazione adeguata, équipe multidisciplinari, mediazione culturale, procedure di *referral*) in linea con gli obblighi di prevenzione di tortura e maltrattamenti.

Le visite condotte tra settembre e dicembre 2025 dalle delegazioni del Tavolo Asilo e Immigrazione – alle quali hanno preso parte medici e altri professionisti del settore sanitario – restituiscono un quadro piuttosto allarmante. È stata infatti rilevata la mancata applicazione dell'obbligo di subordinare il trattenimento delle persone a una certificazione medica che ne attesti la compatibilità con le condizioni di salute e con eventuali vulnerabilità³⁸. L'analisi delle certificazioni ha evidenziato che queste *“si basano solitamente su modelli prestampati da compilare, volti a escludere la presenza di malattie infettive contagiose e pericolose per la comunità, disturbi psichiatrici, patologie acute o cronico-degenerative, e sono in genere rilasciate da medici infettivologi o legali, di pronto soccorso o di sanità penitenziaria. Dette certificazioni di idoneità sono solitamente redatte in maniera inadeguata e/o superficiale, senza eseguire esami o indagini approfondite, e senza tenere nessun conto delle condizioni di trattenimento e dei danni gravi e a lungo termine alla salute mentale delle persone trattenute provocati dalla detenzione amministrativa. Le visite di idoneità vengono solitamente descritte come sbrigative, in assenza di mediazione culturale, senza che la persona sia consapevole del significato o dello scopo della visita, e in presenza delle forze dell'ordine”*³⁹. Analoghe criticità erano già state rilevate dal Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura (CPT) nel suo rapporto di fine 2024⁴⁰.

Alla luce di quanto osservato, si ritiene che in tutte le strutture italiane di accoglienza, nonché nei CPR, sussista un rischio sistemico di omissione di protezione, discontinuità terapeutica e gestione reattiva

³⁷ I rilievi più recenti del GNPL mostrano che, anche dopo le sollecitazioni istituzionali e dopo eventi luttuosi, permangono criticità di sistema. Nel 2025 si registra ancora l'assenza di protocolli per la presa in carico delle persone vulnerabili e per la prevenzione del rischio suicidario. Questi elementi sono particolarmente rilevanti per le vittime di tortura, per le quali il trattenimento può riattivare traumi e aggravare la sofferenza psichica, aumentando il rischio di crisi autolesive in assenza di un percorso terapeutico strutturato. In sintesi, le evidenze del GNPL descrivono una criticità strutturale: la mancanza di dispositivi procedurali (SOP, protocolli, formazione, tracciabilità clinicamente orientata e raccordo SSN) rende intrinsecamente fragile la capacità delle strutture di accoglienza e di trattenimento di identificare e proteggere persone vulnerabili, incluse le vittime di tortura. Nello Schema di Capitolato rimangono solo degli “obblighi astratti” che non si traducono in requisiti operativi vincolanti e verificabili.

³⁸ L'articolo 3 della Direttiva del Ministero dell'Interno “Criteri per l'organizzazione e la gestione dei CPR previsti dall'art. 14 del D. Lgs. 286/1998 e successive modificazioni” (19 maggio 2022, cd. “Direttiva Lamorgese”) dispone che *“la certificazione medica deve, comunque, attestare la compatibilità delle condizioni di salute o di vulnerabilità ai sensi dell'articolo 17, comma 1, del Decreto Legislativo 18 agosto 2015, n. 142, dello straniero con la convivenza in comunità ristrette”*

³⁹ Tavolo Asilo e Immigrazione, *op. cit.*, p. 57.

⁴⁰ *“La stragrande maggioranza delle visite mediche consisteva in un esame sommario dei principali segni vitali della persona detenuta, senza alcun riferimento specifico alla sua adattabilità a un ambiente di sicurezza o a segni di possibili disturbi mentali. I certificati medici rilasciati ed esaminati dalla delegazione riflettevano la natura sommaria della visita e andavano da una breve dichiarazione che certificava l' “adattabilità a un ambiente di sicurezza” a una checklist modulare firmata dal medico dell'ASL. Tali certificati erano rilasciati da medici generici della comunità, medici dei reparti di pronto soccorso degli ospedali civili e medici penitenziari, con una familiarità sconosciuta con le sfide e le condizioni specifiche di un CPR”* in Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura, *Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, dicembre 2024, p. 24.

della sofferenza, in particolare psichica, con possibili ricadute rilevanti sugli obblighi di prevenzione, protezione e riabilitazione derivanti dal diritto nazionale, europeo e internazionale.

CONCLUSIONI

A fronte di un quadro normativo e programmatico formalmente esistente, l'attuazione degli obblighi previsti dall'art. 14 della Convenzione ONU risulta profondamente carente. Il mancato recepimento regionale delle *Linee Guida* rende di fatto priva di effettività la norma primaria, impedendo l'integrazione nelle programmazioni territoriali degli interventi di cura e riabilitazione destinati alle vittime di tortura.

In questo contesto, anche gli interventi previsti dai Piani Regionali Salute AMIF e dal *Vademecum Vulnerabilità* del Ministero dell'Interno rimangono affidati a logiche progettuali e iniziative locali, piuttosto che a una piena istituzionalizzazione del diritto alla riabilitazione. Ne derivano assetti territoriali molto disomogenei, dove l'accesso ai servizi specialistici, la presenza di équipe multidisciplinari e la disponibilità di percorsi terapeutici dipendono da iniziative locali o dall'impegno dei singoli operatori.

L'assenza di protocolli e procedure condivise, capaci di definire un modello operativo integrato tra i diversi servizi, produce risposte frammentate, anche nei territori in cui esistono esperienze di collaborazione. Si configura così una "territorializzazione" della riabilitazione che rischia di contraddire la natura universalistica degli obblighi convenzionali. In questo quadro, le vittime di tortura con disturbi post-traumatici incontrano spesso notevoli difficoltà ad accedere a una presa in carico specialistica.

A queste criticità si aggiunge la debolezza dei meccanismi di identificazione precoce delle vulnerabilità, ancora affidati a prassi non supportate da protocolli vincolanti e da formazione specialistica diffusa. Senza un approccio sistemico al trauma, l'emersione delle vulnerabilità risulta spesso tardiva o incompleta, compromettendo l'accesso tempestivo ai percorsi di riabilitazione.

Il ricorso ai Piani Salute AMIF come principale leva di implementazione rischia inoltre di "progettualizzare" il diritto alla riabilitazione: se da un lato tali strumenti hanno favorito una prima sensibilizzazione dei servizi, dall'altro la loro natura temporanea colloca la presa in carico in una dimensione sperimentale, e non pienamente integrata nei livelli essenziali di assistenza.

In contrasto con gli standard internazionali di riferimento e le indicazioni del *Commento Generale No. 3* del Comitato ONU contro la Tortura, il sistema italiano mostra una persistente asimmetria tra gli obblighi assunti e la loro concreta attuazione. La partecipazione della vittima nella scelta del fornitore dei servizi, pur indicata come essenziale dalla normativa internazionale, non è garantita. L'approccio olistico ed integrato che dovrebbe caratterizzare l'intervento riabilitativo è ancora lontano dall'essere pienamente realizzato. Inoltre, manca un sistema di valutazione sull'effettiva realizzazione dei programmi e dei servizi di riabilitazione, basato su indicatori e parametri di riferimento appropriati.

Infine, va evidenziato come ancora non sia stata emanata una legge nazionale capace di garantire pienamente il diritto alla riabilitazione, fornendo strumenti, mezzi e programmi strutturati. L'attuale quadro si limita a una serie di atti amministrativi o, nella migliore delle ipotesi, a semplici prassi operative. Senza superare le disomogeneità territoriali e la dipendenza da strumenti progettuali, il diritto alla riabilitazione rimane una tutela variabile e ineguale, determinata più dalle capacità dei singoli territori che da un'effettiva garanzia uniforme da parte dello Stato.

RACCOMANDAZIONI

Raccomandazione generale

Di fronte alla evidente violazione degli obblighi imposti dall'art. 14 della Convenzione, è necessario e inderogabile provvedere nel minor tempo possibile al recepimento da parte di tutte le regioni delle Linee Guida del Ministero della Salute e alla conseguente predisposizione dei programmi attuativi delle stesse.

Considerato che tali Linee Guida rivestono un mero carattere di atto amministrativo di indirizzo, risulterebbe opportuno un intervento legislativo finalizzato a elevare a norma primaria l'attuale inadeguato livello di regolamentazione degli interventi. La legge auspicata dovrebbe definire le modalità di attuazione dei criteri previsti dal citato Commento Generale No. 3 (2012) e assicurare la copertura finanziaria necessaria per assicurare la concreta ed uniforme implementazione di un programma nazionale di assistenza alle vittime di tortura, in coordinamento con tutti i sistemi sanitari regionali.

Raccomandazioni specifiche

Individuazione precoce

- Implementare presso tutti i luoghi di sbarco e gli Hotspot degli interventi di Psychological First Aid (PFA), al fine di fornire un supporto psicologico e informativo immediato e favorire l'individuazione precoce e il *referral* delle persone con bisogni specifici.
- Formare il personale dell'accoglienza, dei servizi sanitari – in particolare la medicina di base e i servizi di salute mentale – e dei servizi sociali sull'identificazione precoce degli indicatori di vulnerabilità.
- Promuovere incontri di psico - educazione presso tutti i centri di prima accoglienza, per promuovere, tra le persone accolte e gli operatori, una maggiore consapevolezza sulle possibili conseguenze dei vissuti traumatici, informando sulle sintomatologie più ricorrenti e sui servizi di cura e di supporto esistenti nei diversi territori.

Accoglienza

- Investire in termini quantitativi, ma soprattutto qualitativi, sulla prima accoglienza, innanzitutto attraverso la reintroduzione in tutti i centri dei servizi di assistenza psicologica e legale eliminati dal DL 20/2023, convertito in Legge 50/2023, detto "Decreto Cutro".
- Abbandonare definitivamente il modello di accoglienza CAS basato in prevalenza su centri collettivi di grandi e medie dimensioni con erogazione di soli servizi essenziali a favore dell'approccio che caratterizza il modello SAI, basato su strutture di piccole dimensioni (in genere non centri collettivi ma case di civile abitazione inserite nel tessuto sociale territoriale) e dotato di adeguati servizi di informazione e consulenza legale ed assistenza sociale, .
- Affidare la gestione dell'accoglienza ad enti specializzati, dotati di personale con una comprovata formazione valorizzando l'offerta tecnica piuttosto che il ribasso economico che induce molti enti gestori ad assicurarsi le convenzioni attraverso riduzioni anche drastiche dei costi di gestione

- Introdurre sistemi di monitoraggio indipendenti, anche ricorrendo ad enti terzi e ad Università, della qualità ed efficacia della gestione dei servizi di accoglienza
- Aumentare la competenza dei centri CAS nell'individuazione, nell'accoglienza e nella cura delle situazioni di vulnerabilità garantendo attraverso precise disposizioni regolamentari che tutte le situazioni vulnerabili siano tempestivamente trasferite nel sistema SAI che va dunque fortemente potenziato e che nelle more di detto trasferimento, sia che si tratti di richiedenti protezione internazionale che di titolari di una forma di protezione le persone accolte non vengano private delle misure di accoglienza e lasciate in strada, come frequentemente accade
- Ampliare il numero di posti SAI dedicati ai richiedenti asilo e rifugiati con bisogni specifici, tra cui la vulnerabilità psichica. E' tuttavia importante monitorare che ciò non trasformi tali strutture in luoghi stigmatizzanti e separati rispetto al sistema generale dei servizi sociali e sanitari territoriali. É importante inoltre dedicare parte dei posti disponibili alle donne sopravvissute a violenza sessuale e di genere, con operatori specializzati e adeguatamente formati.

Mediazione linguistico – culturale

- Potenziare e rendere effettivi i servizi di mediazione culturale presenti nei centri di accoglienza e nei principali servizi di salute, in particolare gli sportelli territoriali, i servizi di medicina di base e i servizi di salute mentale.
- Investire nella formazione dei mediatori culturali e nei percorsi di aggiornamento in particolar modo sull'approccio sistemico, le tematiche della tutela della salute nel contesto migratorio e della salute mentale

Metodo di intervento per la riabilitazione

- Mettere a sistema, attraverso l'istituzione delle equipe multidisciplinari previste dalle Linee Guida un modello di presa in carico integrata, insieme clinica e psico-sociale, che includa tutti i livelli – dall'informazione alla prevenzione, ai percorsi di terapia e riabilitazione, al monitoraggio e alla supervisione – e sia basato sulla collaborazione sistematica tra pubblico e privato sociale.
- Garantire che l'assistenza psicologica e l'attività di informazione e consulenza legale siano servizi strutturali disponibili in tutti i segmenti del sistema di accoglienza.
- Garantire l'adozione di un modello di riabilitazione integrato multilivello tra servizi territoriali di medicina di base e servizi specialistici dando attuazione alle indicazioni contenute nelle Linee Guida.
- Assicurare la formazione dei professionisti della salute mentale che operano nei servizi pubblici su metodologie di trattamento psicoterapeutico, psicofarmacologico e riabilitativo dei sopravvissuti a tortura e a trattamenti inumani e degradanti, che siano efficaci, specifici e culturalmente sensibili.
- Assicurare la formazione di medici legali e operatori sulla certificazione medico-legale degli esiti di tortura secondo il Protocollo di Istanbul, in modo da garantirne un numero adeguato e una presenza capillare in ogni territorio nonché la formazione continua sulle specificità culturali e diagnostiche dei disturbi correlati al trauma nella popolazione di migranti e rifugiati, con il fine di favorire una corretta e precoce individuazione ed evitare diagnosi inappropriate.
- Prevedere, al fine di superare il carattere temporaneo ed emergenziale di soluzioni transitorie e integrare i nuovi strumenti che la complessità del fenomeno richiede, meccanismi di finanziamento di lungo periodo utili a garantire una formazione in ambiti diversi e con livelli

progressivi di specializzazione e un'effettiva realizzazione delle indicazioni contenute all'interno delle Linee Guida.

Trasparenza

- Rendere trasparenti i dati afferenti il sistema pubblico di accoglienza nel suo complesso prevedendo la pubblicazione di un rapporto annuale che permetta di fotografare l'effettivo stato del sistema italiano
- Prevedere la pubblicazione periodica con cadenza annuale di un rapporto nazionale sul sistema degli interventi pubblici realizzati a favore delle vittime di tortura e in generale delle situazioni vulnerabili di cui all'art. 17 del d.lgs 142/2015

ALLEGATO 1

Quadro sinottico degli interventi del GNPL su emersione e presa in carico di vulnerabilità e vittime di tortura (2019–2025)

Documento (GNPL)	Evidenza rilevante per vulnerabilità/tortura	Doc. / pag. / link
Hotspot Taranto (2023)	Scheda sanitaria di accesso “estremamente generica”; assenza di campi per segni di tortura/maltrattamenti e per valutazione clinica salute mentale.	Rapporto sulla visita ai CPR di Bari e Brindisi e all’Hotspot di Taranto (31 gennaio–3 febbraio 2023), p. 20 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/7d0819819ccff5d81fbe541b4ab46f10.pdf
CPR Milano (2023)	Visita d’ingresso “di carattere generico”; non prevede valutazione salute mentale né segni di traumi/ferite.	Rapporto sulla visita al CPR di Milano (febbraio 2023), p. 7 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/8043b943f60a2fa054e121a579495634.pdf
Visite CPR 2019–2020	Assenza di annotazioni su segni di possibili violenze/maltrattamenti; cooperazione Prefettura–ASL rimasta “ovunque inattuata”.	Rapporto sulle visite effettuate nei CPR (2019–2020), p. 20 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/b7b0081e622c62151026ac0c1d88b62c.pdf
CPR Torino (2021)	“Scarsa attenzione” all’emersione di precedenti maltrattamenti; cicatrici annotate senza raccolta dichiarazioni/compatibilità con percosse.	Rapporto sulla visita al CPR di Torino (2021), p. 11 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/e276136e864d9a7d1df4042e39e5e32a.pdf
CPR Roma (2024)	Richiamo a piani OMS: formazione + screening sistematico all’ingresso e durante trattenimento; rafforzare comunicazione medico/psico-sociale e con servizi esterni.	Relazione sul CPR di Roma Ponte Galeria (2024), p. 2 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/d70476fc637eec0cb294b61973b76757.pdf
CPR Trapani (2024)	“Indifferibile” definire strategie/modalità di intervento per tutela vulnerabilità; necessità di screening periodico e segnalazione incompatibilità salute-trattenimento.	Rapporto sulla visita al CPR di Trapani (2024), p. 9 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/b9c953eab58b78f7e034822e1270b182.pdf
Raccomandazioni generali (2025)	Constatazione di assenza di protocolli di presa in carico categorie vulnerabili e prevenzione autolesionismo/rischio suicidario; richiamo CPT.	Invio e raccomandazioni generali GNPL (27 agosto 2025), p. 7 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/20250827_Invio_e_raccomandazioni_generali_Gnpl.pdf
CPR Palazzo San Gervasio (2025)	«non sono stati definiti protocolli di trattamento delle vulnerabilità e del rischio suicidario» e a fronte di atti di autolesionismo,	Rapporto sulla visita al CPR di Palazzo San Gervasio (12 dicembre 2024), p. 10 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl

	l'intervento riferito consiste nell'aumento dei colloqui con psicologo e assistente sociale	/resources/cms/documents/20250827_Rapporto_Gnpl_Cpr_Palazzo_San_Gervasio.pdf
CPR Trapani (2025)	Assenza di piani per prevenzione rischio autolesivo/suicidario finalizzati a individuazione indicatori di vulnerabilità e presa in carico.	Rapporto sulla visita al CPR di Trapani (24 ottobre 2025), p. 6 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/20251024_Rapporto_GNPL.pdf
Parere su art. 3 Regolamento CPR	SSN competente "in via esclusiva" per accertamento presupposti sanitari di applicazione/prosecuzione del trattenimento.	Parere su art. 3 Regolamento CPR (1 febbraio 2023), p. 3 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/04bbc8c727a1472f36299ff909c55688.pdf
Rapporto rimpatri forzati	Nullaosta sanitario come "attestazione di idoneità" senza indicazioni su patologie/trattamenti; rischio di TID come conseguenza dell'espulsione.	Rapporto tematico GNPL sull'attività di monitoraggio dei rimpatri forzati (1 luglio 2021–15 settembre 2022), p. 23 https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/9f78e6bf0276f12bb6adb6ea72049f7d.pdf

(i) Screening e documentazione. I rilievi GNPL sull'Hotspot Taranto e sul CPR di Milano mostrano che, in assenza di strumenti standardizzati e di setting adeguati, l'identificazione di traumi, segni di tortura o sofferenza psichica resta fuori dal perimetro effettivo delle visite di ingresso. Questa criticità è coerente con l'assenza, nel capitolato, di requisiti verificabili su "chi" debba effettuare lo *screening trauma-informed*, "con quali strumenti" e "con quale mediazione", e con dotazioni che nei grandi centri rendono i colloqui individuali residuali.

(ii) Rischio autolesivo e suicidario: protocolli vs adempimenti. Dopo i decessi in CPR (Torino 2021; Roma/Trapani 2024), il GNPL richiama l'esigenza di piani strutturati (formazione, screening sistematico, flussi informativi interni/esterni). Le visite 2025 mostrano che la mancanza di protocolli e piani può persistere anche a distanza di raccomandazioni, con ricadute dirette sulla tutela delle vulnerabilità e sulla prevenzione di trattamenti inumani o degradanti.

(iii) Mediazione linguistico-culturale come prerequisito. In un rapporto 2023, il GNPL segnala incertezza sulle lingue effettivamente coperte e la presenza di un mediatore "jolly". Questo riscontro rafforza l'assunto del presente rapporto: senza mediazione adeguata (continuità, riservatezza, formazione), i servizi sanitari e sociali non riescono a trasformare l'osservazione in emersione, né l'emersione in *referral*.

(iv) Integrazione nel SSN e indipendenza. Il parere GNPL sull'art. 3 del Regolamento CPR chiarisce che l'accertamento dei presupposti sanitari del trattenimento è competenza esclusiva del SSN; il rapporto 2019–2020 evidenzia però che, nella pratica, la cooperazione Prefettura–ASL può restare inattuata. Questo scarto è centrale anche nella lettura del capitolato: una sanità "complementare" con tetti di spesa e senza canali espliciti di valutazione indipendente non garantisce, da sola, tutela effettiva delle vulnerabilità.

(v) Collegamento diretto con lo Schema di Capitolato. Nel parere tecnico sul DM 4 marzo 2024, il GNPL segnala una "carente attenzione" al contesto di privazione della libertà e richiama l'assenza di requisiti di specializzazione/formazione su medicina delle migrazioni, individuazione vulnerabilità, prevenzione autolesionismo e rischio suicidario (pp. 2–3).

In sintesi, le evidenze GNPL non raccontano "episodi" isolati, ma descrivono una criticità ripetitiva: la mancanza di dispositivi procedurali (SOP, protocolli, formazione, tracciabilità clinicamente orientata e raccordo SSN) rende strutturalmente fragile la capacità dei CPR, dei CTRA e degli hotspot di identificare e proteggere persone vulnerabili, incluse vittime di tortura e trattamenti inumani o degradanti. Nello *Schema di Capitolato* rimangono solo degli "obblighi astratti" che non si traducono in requisiti operativi vincolanti e verificabili.

ALLEGATO 2

Analisi dello *Schema di Capitolato* del Ministero dell'Interno per l'affidamento dei servizi di gestione dei centri accoglienza

Il Capitolato stabilisce i servizi previsti e le dotazioni minime di personale, differenziate per tipologia di struttura e fascia di capienza. Per valutare la reale esigibilità dei servizi, abbiamo trasformato tali dotazioni in un indicatore semplice e controllabile: i minuti teorici disponibili, al giorno, per ciascuna persona presente, assumendo la struttura a pieno regime. La lettura pro-capite è stata applicata agli "estremi dimensionali" (fascia di capienza minima e massima, per ciascuna tipologia)¹ previsti dall'Allegato A allo *Schema di Capitolato*. Tale quantificazione rappresenta un tetto massimo teorico, perché include inevitabilmente attività indirette (registrazione, coordinamento, riunioni, gestione emergenze, accompagnamenti, gestione del conflitto, etc.) e non garantisce né *privacy* né continuità della relazione della persona con uno stesso operatore. La disponibilità reale di tempo per colloqui protetti, approfonditi e ripetuti (necessari per l'emersione di traumi complessi) è quindi certamente inferiore.

1. (a) nei CAS mancano servizi specialistici cruciali (supporto psicologico, legale, etc.);
2. (b) all'aumentare della capienza il tempo pro-capite per i servizi chiave precipita fino a pochi minuti o addirittura secondi al giorno;
3. (c) nei centri 10-ter/Hotspot/CTRA¹, lo snodo "ingresso" – dove dovrebbe partire l'identificazione delle vulnerabilità – è strutturalmente sottodimensionato e nei centri ex art. 11, c. 2bis (CAP) vi è una sostanziale assenza di servizi;
4. (d) nei CPR, pur con una mediazione quantitativamente più elevata, il tempo pro-capite pro-die per psicologo, operatore sociale e informazione legale è incompatibile con un lavoro *trauma-informed*.
5. Guardando all'"architettura" dei servizi minimi strategici per l'emersione e il *referral*, lo schema mostra una distribuzione disomogenea per: (i) assistenza sociale; (ii) mediazione linguistico-culturale; (iii) informazione e orientamento legale; (iv) supporto psicologico; (v) presidio sanitario e accesso effettivo al SSN.
6. L'informazione e l'orientamento legale sono previsti solo nei centri ex art. 10-ter e nei CPR; l'assistenza sociale è esclusa nelle strutture provvisorie CAP, dove non è previsto servizio psicologico; così come nei CAS dove, inoltre, l'infermieristica, assente nei centri piccoli, compare solo nella fascia di capienza maggiore. Sul versante sanitario, si prevedono altresì prestazioni "aggiuntive" entro un limite economico annuo (500€ per posto, con plafond non modulato sul turnover), incidendo negativamente sulle prestazioni necessarie quando la vulnerabilità emerge in modo non lineare.
7. Nei CAS, anche nel caso più favorevole (strutture piccole), i tempi teorici per persona sono già limitati, con costi associati difficilmente sostenibili. Non a caso si riscontrano nel tempo fenomeni come gare ripetute e assegnazioni dirette: sovente il terzo settore si è ritirato dalle gare per i Cas "in rete" e si impongono nel mercato dell'accoglienza gestori *for profit*. Prevalentemente a garantire accoglienza in unità abitative nei Cas sono soggetti (come quelli legati alla Chiesa) che possono contare su risorse proprie per fornire servizi necessari ad un'accoglienza dignitosa. Nelle unità abitative a 10 posti l'operatore sociale dispone in media di 13,71 minuti/persona/giorno, il medico 12 e la mediazione 6,86. Valori che scendono rispettivamente a 5,49, 4,80 e 4,11, con una capienza di 50 posti. Inoltre, alcuni profili sanitari nei CAS piccoli risultano qualificati come "pronta disponibilità": questa qualificazione può ridurre ulteriormente il tempo clinico effettivo e la capacità di svolgere anamnesi approfondite. Per le vittime di tortura, che frequentemente non riescono o non vogliono rivelare subito l'esperienza subita, l'assenza di un presidio psicologico minimo e di un setting protetto rende probabile una sotto-rilevazione strutturale.

8. Nei centri collettivi l'effetto-scala è ancora più netto: si passa da 10 posti (12 minuti/giorno per operatore sociale e medico; 5,14 per mediazione) a 900 posti con un minuto e mezzo circa per l'operatore sociale, meno di 30 secondi per il medico e poco più di un minuto per la mediazione, al pari dell'infermiere. A questi livelli, l'intervento individuale diventa strutturalmente residuale: la "presa in carico" si riduce a urgenze e adempimenti, con alta probabilità che le vulnerabilità non immediatamente evidenti restino invisibili fino a un episodio critico, che peraltro può non essere interpretato correttamente in assenza di competenze specifiche.
9. Nei centri "10-ter" piccoli (25 posti) i tempi teorici sono già estremamente contenuti: operatore sociale 2,06 minuti/persona/giorno; psicologo 4,80; medico 8,57; infermiere 8,57; mediazione 6,86; informazione normativa/orientamento 5,49. In centri grandi omologhi (600 posti) tali valori scendono rispettivamente a circa 26 secondi per l'operatore sociale, poco più di un minuto per psicologo, medico, infermiere e mediatore, e neanche 38 secondi per l'informazione legale. Questo dato è centrale, perché i 10-ter/hotspot sono uno dei principali punti di primo contatto e smistamento: se lo screening e l'orientamento avvengono con tempi pro-capite pro-die nell'ordine di pochi secondi, la probabilità di identificare torture/traumi e attivare *referral* appropriati diventa sistemicamente irrilevante.
10. Nelle strutture CAP i tempi pro-capite pro-die per medico e infermiere passano da 8,57 minuti (25 posti) a 1,14 (600 posti); la mediazione da 6,86 a 1,29: nel circuito "più straordinario" l'architettura minima non presenta presidi psico-sociali che rendono possibile identificare vulnerabilità complesse. Questo circuito è emblematico di quanto avviene a livello di sistema: la vulnerabilità viene evocata come principio, ma non viene resa praticabile, né contrattualmente esigibile la sua rilevazione e la presa in carico della persona, con la conseguente incapacità di tutelare vittime di tortura e TDI e il concreto rischio di ri-traumatizzazione.
11. Nei CPR piccoli (25 posti) l'operatore sociale vale 6,17 minuti/persona/giorno e lo psicologo 8,23; il medico 7,2; l'infermiere 57,6; l'informazione normativa 3,43. La mediazione linguistico-culturale, letta in ore-persona (senza considerare il presidio notturno), raggiunge 76,8 minuti/persona/giorno. Nei CPR grandi (300 posti) i tempi crollano: operatore sociale 1,71; psicologo 2,06; medico 2,60; infermiere 4,80; informazione normativa 0,69; mediazione 22,4 minuti/persona/giorno. Anche se la mediazione resta quantitativamente più alta rispetto ad altre tipologie, i minuti per figure decisive per traumi complessi, prevenzione rischio autolesivo e attivazione di percorsi esterni, scendono a livelli incompatibili con una valutazione individualizzata.
12. I dati pro-capite pro-die non servono ad appurare un livello "ottimale" di servizi, ma a verificare se il minimo contrattuale sia almeno compatibile con gli standard operativi necessari a identificare e proteggere persone vulnerabili. Il "tempo pro-capite" non è un indicatore di qualità in sé; è però un indicatore necessario di fattibilità. La stessa nozione di "costante osservazione" richiamata nel capitolato è difficilmente compatibile con soglie nell'ordine di 1 minuto al giorno. Per le vittime di tortura e TID, l'identificazione raramente avviene al primo contatto: la *disclosure* è spesso tardiva, frammentaria o mediata da sintomi aspecifici (insonnia, somatizzazioni, crisi d'ansia, aggressività reattiva, ritiro sociale). Un modello efficace richiede colloqui ripetuti, continuità, fiducia, privacy, capacità di lavorare con mediatori formati e – se necessario – valutazioni medico-legali e psicodiagnostiche coerenti con il Protocollo di Istanbul.

ALLEGATO 3

Analisi tecnico relativo al calcolo pro-capite pro-die

Calcoli⁴¹ pro-capite pro-die: derivazioni dalle tabelle di personale del capitolato (Allegato A) e confronto tra capienze

1. Tabelle su servizi strategici (minimi contrattuali → minuti pro-capite): estremi di capienza

Le tabelle che seguono sintetizzano, per ciascuna tipologia, gli estremi di capienza presenti nell'Allegato A e riportati nel testo, e i corrispondenti minuti/persona/giorno per i servizi più direttamente connessi a emersione e presa in carico di vulnerabilità (inclusa tortura). Le tabelle intendono rendere immediato il confronto tra scenario "più favorevole" (struttura piccola) e scenario "più critico" (struttura massima). I valori sono calcolati sempre sulla capienza massima della fascia (pieno regime). Anche assumendo lo scenario più favorevole (strutture piccole, minore affollamento e maggiore prossimità), la dotazione minima dei servizi non garantisce comunque un dispositivo effettivo di identificazione, *referral* e presa in carico delle vulnerabilità complesse – in particolare delle vittime di tortura e di trattamenti inumani o degradanti (TID). Nello scenario opposto (strutture grandi), il tempo teorico per persona collassa a valori che rendono materialmente impraticabile qualsiasi lavoro individualizzato e ripetuto.

Tabella A.0 – Estremi di capienza per tipologia: minuti/persona/giorno (servizi chiave)

Tipologia (estremo)	Capienza usata (max)	Operatore sociale	Mediazione	Informazione normativa/orientamento	Psicologo	Medico	Infermiere
CAS - Unità abitative (0-10) – più piccola	10	13.71	6.86	—	—	12.00	—
CAS - Unità abitative (41-50) – più grande	50	5.49	4.11	—	—	4.80	—
CAS - Centri collettivi (0-10) – più piccola	10	12.00	5.14	—	—	12.00	—
CAS - Centri collettivi (751-900) – più grande	900	1.52	1.10	—	—	0.48	1.09

⁴¹ Metodo di calcolo. La trasformazione è: minuti/persona/settimana = (ore settimanali × 60) ÷ capienza massima. Minuti/persona/giorno = minuti/persona/settimana ÷ 7. Per la mediazione H24 nei CPR è stata utilizzata l'ora-persona poiché l'Allegato A definisce "unità" come arco temporale di turnazione in cui le risorse lavorano in compresenza; se sono previste più unità nello stesso arco temporale, le ore si sommano (Allegato A - Tabelle personale, p. 6, nota "UNITA"). Per ogni fascia è stata utilizzata la capienza massima (es. fascia 26–50 → 50), intendendo il centro come funzionante a pieno regime. Assumere la capienza massima evita di sovrastimare i minuti/persona, ma non corregge l'ulteriore scarto tra tempo teorico e tempo effettivo dovuto a attività indirette e urgenze.

CAP - Art.11 c.2-bis (0-25) – più piccola	25	—	6.86	—	—	8.57	8.57
CAP - Art.11 c.2-bis (451-600) – più grande	600	—	1.29	—	—	1.14	1.14
CTRA / Hotspot / 10-ter (0-25) – più piccola	25	2.06	6.86	5.49	4.80	8.57	8.57
CTRA / Hotspot / 10-ter (301-600) – più grande	600	0.43	1.29	0.63	1.14	1.14	1.14
CPR (art.14) (0-25) – più piccola	25	6.17	115.20	3.43	8.23	7.20	57.60
CPR (art.14) (151-300) – più grande	300	1.71	32.00	0.69	2.06	2.60	4.80

Nota: “—” indica che il servizio non è previsto nell’Allegato A per quella tipologia/fascia.

Tabella A.0.1 – CAS - Unità abitative: dettaglio estremi (piccola 0-10, grande 41-50)

Figura/Servizio	Ore/sett (piccola)	Min/pers/giorno (piccola)	Ore/sett (grande)	Min/pers/giorno (grande)
direttore	4	3.43	10	1.71
mediazione linguistica	8	6.86	24	4.11
medico	14	12.00	28	4.80
operatore sociale	16	13.71	32	5.49
operatori diurni** (6/22)	56	48.00	98	16.80
operatori notturni (22/06)	56	48.00	56	9.60

Tabella A.0.2 – CAS - Centri collettivi: dettaglio estremi (piccola 0-10, grande 751-900)

Figura/Servizio	Ore/sett (piccola)	Min/pers/giorno (piccola)	Ore/sett (grande)	Min/pers/giorno (grande)
amministrativo	—	—	44	0.42
direttore	4	3.43	39	0.37
infermiere	—	—	114	1.09

mediazione linguistica	6	5.14	116	1.10
medico	14	12.00	50	0.48
operatore sociale	14	12.00	160	1.52
operatori diurni** (6/22)	56	48.00	840	8.00
operatori notturni (22/06)	56	48.00	224	2.13

Tabella A.0.3 – CTRA/Hotspot/10-ter: dettaglio estremi (piccola 0-25, grande 301-600)

Figura/Servizio	Ore/sett (piccola)	Min/pers/giorno (piccola)	Ore/sett (grande)	Min/pers/giorno (grande)
amministrativo	6	2.06	30	0.43
direttore	16	5.49	40	0.57
infermiere	25	8.57	80	1.14
informazione normativa e orientamento al territorio	16	5.49	44	0.63
magazziniere econo	4	1.37	21	0.30
mediazione linguistica	20	6.86	90	1.29
medico	25	8.57	80	1.14
operatore sociale	6	2.06	30	0.43
operatori diurni** (6/22)	112	38.40	672	9.60
operatori notturni (22/06)	56	19.20	280	4.00
psicologo	14	4.80	80	1.14

Tabella A.0.4 – Art.11 c.2-bis: dettaglio estremi (piccola 0-25, grande 451-600)

Figura/Servizio	Ore/sett (piccola)	Min/pers/giorno (piccola)	Ore/sett (grande)	Min/pers/giorno (grande)
direttore	16	5.49	40	0.57
infermiere	25	8.57	80	1.14
mediazione linguistica	20	6.86	90	1.29
medico	25	8.57	80	1.14

operatori diurni** (6/22)	112	38.40	672	9.60
operatori notturni (22/06)	56	19.20	280	4.00

Tabella A.0.5 – CPR (art.14): dettaglio estremi (piccola 0-25, grande 151-300)

Figura/Servizio	Ore/sett (piccola)	Min/pers/giorno (piccola)	Ore/sett (grande)	Min/pers/giorno (grande)
OPERATORE SOCIALE	18	6.17	60	1.71
amministrativo	4	1.37	16	0.46
direttore	18	6.17	34	0.97
infermiere	168	57.60	168	4.80
informazione normativa	10	3.43	24	0.69
mediazione linguistica op. diurno (6/22)	224	76.80	784	22.40
mediazione linguistica op. notturno (22/6)	112	38.40	336	9.60
medico	21	7.20	91	2.60
operatori diurni** (6/22)	224	76.80	1120	32.00
operatori notturni (22/06)	56	19.20	504	14.40
psicologo	24	8.23	72	2.06
mediazione linguistica (totale diurno+notturno) – calcolata	336	115.20	1120	32.00

2. Tabelle su servizi strategici (minimi contrattuali → minuti pro-capite) – selezione fasce intermedie

La seguente tabella presenta il calcolo per le fasce intermedie (“medie”) di capienza più utilizzate, per confrontare lo scenario più favorevole (struttura piccola) con un assetto tipico di strutture medio-grandi. Anche qui il calcolo assume la capienza massima della fascia (pieno regime). Per i CPR la mediazione riportata in sintesi è la somma diurna+notturna (H24).

Tabella A.1 – Fasce “medie” selezionate: minuti/persona/giorno (servizi chiave)

Tipologia (fascia)	Capienza usata (max)	Operatore sociale	Mediazione	Informazione normativa/orientamento	Psicologo	Medico	Infermiere
CAS - Centri collettivi (41-50)	50	4.46	2.40	—	—	4.80	—
CAS - Centri	75	3.20	1.94	—	—	1.60	1.37

collettivi (51–75)							
CAS - Centri collettivi (76–100)	100	2.74	1.71	—	—	1.37	1.54
CAS - Centri collettivi (101–150)	150	2.29	1.49	—	—	1.14	1.37
CAS - Centri collettivi (151–300)	300	1.83	1.26	—	—	0.74	1.20
CAP - Art.11 c.2-bis (301–450)	450	—	1.43	—	—	1.35	1.35
CTRA / Hotspot / 10-ter (301–600)	600	0.43	1.29	0.63	1.14	1.14	1.14
CPR (art.14) (101–150)	150	2.40	22.40	1.03	2.74	2.80	9.60

Tabella A.1.1 – CAS - Centri collettivi: fascia “media” (ore/sett → minuti/persona/giorno)

Fascia (capienza max)	Operatore sociale	Medico	Infermiere	Mediazione
41–50 (50)	26h → 4.46	28h → 4.80	—	14h → 2.40
51–75 (75)	28h → 3.20	14h → 1.60	12h → 1.37	17h → 1.94
76–100 (100)	32h → 2.74	16h → 1.37	18h → 1.54	20h → 1.71
101–150 (150)	40h → 2.29	20h → 1.14	24h → 1.37	26h → 1.49
151–300 (300)	64h → 1.83	26h → 0.74	42h → 1.20	44h → 1.26

Tabella A.1.2 – Art.11 c.2-bis: fascia “media” (301–450; capienza 450)

Servizio	Ore/sett	Min/persona/giorno
medico	71	1.35
infermiere	71	1.35
mediazione linguistico culturale	75	1.43

Tabella A.1.3 – CTRA / Hotspot / 10-ter: fascia 301–600 (capienza 600)

Servizio	Ore/sett	Min/persona/giorno
operatore sociale	30	0.43
medico	80	1.14
infermiere	80	1.14
psicologo	80	1.14
mediazione linguistico culturale	90	1.29
informazione normativa e orientamento al territorio	44	0.63

Tabella A.1.4 – CPR (art.14): fascia “media” (101–150; capienza 150)

Servizio	Ore/sett	Min/persona/giorno
operatore sociale	42	2.40
medico	49	2.80
infermiere	168	9.60
psicologo	48	2.74
mediazione op. diurno (6/22)	224	12.80
mediazione op. notturno (22/6)	168	9.60
mediazione totale (diurno+notturno)	392	22.40
informazione normativa	18	1.03

3. Confronto tra strutture piccole e medio-grandi: caduta del tempo pro-capite pro-die

Il confronto tra lo scenario small (strutture al minimo di capienza) e la fascia “media” sopra riportata mostra una riduzione molto marcata del tempo teorico disponibile per i servizi più rilevanti per l'emersione di vulnerabilità e in particolare di traumi/tortura.

Tipologia/servizio	piccola (capienza)	Media (capienza)	Variazione (media vs piccola)
CAS collettivi – Operatore sociale	12.00 min (10)	4.46 min (50)	-62.9%
CAS collettivi – Operatore sociale	12.00 min (10)	1.83 min (300)	-84.8%
CAS collettivi – Medico	12.00 min (10)	4.80 min (50)	-60.0%
CAS collettivi – Medico	12.00 min (10)	0.74 min (300)	-93.8%
CAS collettivi – Mediazione	5.14 min (10)	2.40 min (50)	-53.3%
CAS collettivi – Mediazione	5.14 min (10)	1.26 min (300)	-75.6%
Art.11 c.2-bis – Medico	8.57 min (25)	1.35 min (450)	-84.2%
Art.11 c.2-bis – Infermiere	8.57 min (25)	1.35 min (450)	-84.2%

Art.11 c.2-bis – Mediazione	6.86 min (25)	1.43 min (450)	-79.2%
10-ter – Operatore sociale	2.06 min (25)	0.43 min (600)	-79.2%
10-ter – Medico	8.57 min (25)	1.14 min (600)	-86.7%
10-ter – Infermiere	8.57 min (25)	1.14 min (600)	-86.7%
10-ter – Psicologo	4.80 min (25)	1.14 min (600)	-76.2%
10-ter – Mediazione	6.86 min (25)	1.29 min (600)	-81.2%
10-ter – Info normativa	5.49 min (25)	0.63 min (600)	-88.5%
CPR – Operatore sociale	6.17 min (25)	2.40 min (150)	-61.1%
CPR – Medico	7.20 min (25)	2.80 min (150)	-61.1%
CPR – Infermiere	57.60 min (25)	9.60 min (150)	-83.3%
CPR – Psicologo	8.23 min (25)	2.74 min (150)	-66.7%
CPR – Mediazione totale H24	115.20 min (25)	22.40 min (150)	-80.6%
CPR – Info normativa	3.43 min (25)	1.03 min (150)	-70.0%

In termini di ordini di grandezza: passando da strutture piccole a “medio-grandi”, la mediazione linguistica si riduce di circa il 53–76% nei CAS collettivi (a seconda che si consideri 50 o 300 posti), di circa l’79% nelle strutture ex art.11 c.2-bis (25→450) e di circa l’81% nei centri 10-ter (25→600). Nel CPR la mediazione H24 scende di circa l’81% (25→150). Analogamente, il tempo del medico diminuisce di circa il 60–94% nei CAS collettivi (10→50/300), di circa l’84% nelle strutture ex art.11 c.2-bis (25→450) e di circa l’87% nel 10-ter (25→600); nel CPR scende di circa il 61% (25→150).

La ReSST - Rete Italiana per il Supporto alle Persone Sopravvissute a Tortura è nata nel 2024 e riunisce enti pubblici e privati e ONG che offrono in Italia programmi o servizi specializzati per assistere chi ha subito tortura e altre gravi forme di violenza.

La ReSST si pone come obiettivi informare e sensibilizzare sulla tortura e le sue conseguenze, migliorare la disponibilità e la qualità dei servizi per la riabilitazione delle persone sopravvissute a tortura, e promuovere attività di ricerca scientifica, formazione e aggiornamento professionale.

Fanno parte della ReSST: Associazione La Kasbah, Caritas Rome, CIAC - Centro Immigrazione Asilo e Cooperazione internazionale, Medici Contro la Tortura, Medici Senza Frontiere, MEDU - Medici per i Diritti Umani, NAGA, SaMiFo ASLRoma 1 e Azienda USL Toscana Centro. Oltre agli enti associati, impegnati in servizi diretti per i sopravvissuti alla tortura, fanno parte della Rete, in qualità di osservatori, anche A Buon Diritto, Amnesty International Italia, Antigone e SIMM – Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.

www.controlatortura.it | info@controlatortura.it