



TAVOLO ASILO E IMMIGRAZIONE

CPR D'ITALIA: ISTITUZIONI TOTALI

*Secondo rapporto di monitoraggio sui CPR di Bari, Brindisi,
Caltanissetta, Gradisca d'Isonzo, Macomer, Milano,
Palazzo San Gervasio, Roma, Torino, Trapani.*

Gennaio 2026

“

Si je meurs jaimerais qu'on renvoie mon corps en Afrique,
ma mère serait ravie
les militaire Italien ne connaît rien sauf l'argent,
mon Afrique me manque beaucoup et ma mère aussi.
Il ne faut que pleurer à cause de moi,
paix à mon âme que je repose en paix

*Ousmane Sylla - testo originale scritto sul muro della sua
cella nel CPR di Roma, prima di mettere fine alla sua
giovane vita la mattina del 4 febbraio 2024*

Questo report è stato realizzato dalle organizzazioni aderenti al Tavolo Asilo e Immigrazione (TAI), una rete della società civile impegnata nella tutela dei diritti delle persone migranti, rifugiate e richiedenti asilo.

A Buon Diritto, ACLI, Action Aid, Agenzia Scalabriniana per la Cooperazione allo Sviluppo, Amnesty International Italia, ARCI, ASGI, Avvocato di Strada Onlus, Caritas Italiana, Casa dei Diritti Sociali, Centro Astalli, CGIL, CIES, CIR, CNCA, Commissione Migranti e GPIC Missionari Comboniani Italia, Comunità di Sant'Egidio, Comunità Papa Giovanni XXIII, CoNNGI, Emergency, Ero Straniero, Europasilo, FCEI, Fondazione Migrantes, Forum per cambiare l'ordine delle cose, International Rescue Committee Italia, INTERSOS, Legambiente, Medici del Mondo Italia, Medici per i Diritti Umani, Movimento Italiani senza Cittadinanza, Medici Senza Frontiere Italia, Oxfam Italia, Re.Co.Sol, Red Nova, Refugees Welcome Italia, Save the Children, Senza Confine, SIMM, UIL, UNIRE

Il Rapporto è stato ultimato il 21 gennaio 2026.

Le foto a pg 6, 56, 90, 102, 104, 106 sono di Salvatore Lucente.

INDICE

Abbreviazioni	4
Mappa dei CPR visitati nel monitoraggio 2025	5

1 Il monitoraggio continuo e il viaggio di Marco Cavallo

1.1 Obiettivi del report.....	7
1.2 Il viaggio di Marco Cavallo.....	11

2 Nuovi rilievi, vecchi problemi

2.1 Difficoltà e disparità di accesso.....	15
2.2 Trattenuti / detenuti / rimpatri.....	20
2.3 Gestione / costi / efficacia / personale.....	30
2.4 Condizioni di vita.....	38
2.5 Informativa legale e assistenza legale.....	49
2.6 Tempo “libero”.....	53

3 Salute

3.1 Diritto alla salute.....	57
3.2 Accesso alle cure.....	63
3.3 Tutela salute mentale.....	67
3.4 Eventi critici.....	72

4 Trattenimento e Nuovo Patto su Migrazione e Asilo

4.1 Deterrenza ed esternalizzazione.....	77
4.2 Le tendenze europee: Patto e Regolamento rimpatri.....	78
4.3 La detenzione come infrastruttura delle politiche europee.....	88

5 Conclusioni.....

91

Riferimenti	98
--------------------------	----

Appendici	102
------------------------	-----

Abbreviazioni

ASL – Azienda Sanitaria Locale
CAS – Centri di Accoglienza Straordinaria
CCNL – Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
CEDU – Corte Europea dei Diritti dell’Uomo
CPR – Centro di Permanenza per il Rimpatrio
CPT – Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei Trattamenti Inumani o Degradanti
CSM – Centro di Salute Mentale
CTRA – Centro di Trattenimento per Richiedenti Asilo
DVR – Documento di Valutazione dei Rischi
FRA – European Union Agency for Fundamental Rights
GNPL – Garante Nazionale dei Diritti delle Persone Private della Libertà Personale
MEF – Ministero dell’Economia e delle Finanze
PA – Pubblica Amministrazione
PEC – Posta Elettronica Certificata
PTSD – Sindrome da stress post-traumatico
SerD – Servizio per le Dipendenze
SSN – Servizio Sanitario Nazionale
TAI – Tavolo Asilo e Immigrazione
TAR – Tribunale Amministrativo Regionale

MAPPA DEI CPR VISITATI NEL MONITORAGGIO 2025





1. Il monitoraggio continuo e il viaggio di Marco Cavallo



1.1 Obiettivi del report

Nel primo Rapporto di monitoraggio sui Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR) pubblicato nel 2024, il Tavolo Asilo e Immigrazione (TAI)¹ ha ricostruito con rigore la natura illegittima, inefficace e profondamente disumana della detenzione amministrativa e dei CPR. Le evidenze raccolte lo scorso anno, in continuità con oltre vent'anni di inchieste, denunce e monitoraggi indipendenti (incluso il recente rapporto del Comitato europeo per la prevenzione della tortura e dei trattamenti inumani o degradanti a fine 2024),² hanno confermato che i **CPR non rappresentano una distorsione accidentale del sistema, né il frutto di singole cattive gestioni, ma un'aberrazione strutturale**: un costoso dispositivo di privazione della libertà che viola sistematicamente i diritti fondamentali, fallisce rispetto agli obiettivi dichiarati di rimpatrio sperperando risorse pubbliche e produce sofferenza, degrado e morte. Nelle pagine del rapporto 2024, il TAI ha assunto un impegno pubblico e politico chiaro: non fermare il monitoraggio, non arretrare, non normalizzare l'orrore, finché i CPR non saranno definitivamente chiusi.³ A distanza di un anno, la correttezza di quell'obiettivo non solo non è stata smentita dai fatti, ma è drammaticamente confermata e aggravata.

Le politiche migratorie perseguite nel frattempo hanno continuato a investire sulla detenzione amministrativa come uno degli strumenti ordinari di "governo" delle migrazioni, rafforzandone l'estensione (ad esempio, con la prevista realizzazione di un nuovo CPR a Trento), riaprendo strutture già teatro di rivolte, incendi e gravi violazioni, e comprimendo ulteriormente gli spazi di controllo democratico.

Il monitoraggio del 2025 nasce dunque come la prosecuzione necessaria di un percorso già tracciato, nella consapevolezza che è in gioco non soltanto la condizione delle persone trattenute oggi nei CPR, ma la tenuta stessa dello Stato di diritto. Continuare a entrare in questi luoghi, documentare, raccogliere dati, ascoltare le persone recluse, denunciare pubblicamente le violazioni, significa rifiutare l'idea che esistano vite sacrificabili e libertà negoziabili. Significa affermare che la detenzione amministrativa, per come è concepita e praticata, non è riformabile né migliorabile, ma va semplicemente abolita. È con questo obiettivo che il TAI ha deciso di proseguire nel 2025 il monitoraggio dei CPR attivi sul territorio nazionale, ampliandone l'estensione e rafforzandone gli strumenti. Nel corso dell'ultimo anno, il percorso di monitoraggio continuo si è esteso anche oltre confine ai centri di Gjader

1. Il Tavolo Asilo e Immigrazione è una coalizione di associazioni della società civile composto da 41 organizzazioni: A Buon Diritto, ACLI, ActionAid, Agenzia Scalabriniana per la Cooperazione allo Sviluppo, Amnesty International Italia, ARCI, ASGI, Avvocato di Strada Onlus, Caritas Italiana, Casa dei Diritti Sociali, Centro Astalli, CGIL, CIES, CIR, CNCA, Commissione Migranti e GPIC Missionari Comboniani Italia, Comunità di Sant'Egidio, Comunità Papa Giovanni XXIII, CoNNGI, Emergency, Ero Straniero, Europasilo, FCEI, Fondazione Migrantes, Forum per Cambiare l'Ordine delle Cose, International Rescue Committee Italia, Intersos, Legambiente, Medici del Mondo Italia, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere, Movimento Italiani Senza Cittadinanza, Oxfam Italia, Re.Co.Sol, Red Nova, Refugees Welcome Italia, Save the Children, Senza Confini, SIMM Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, UIL, Unire. Invitati permanenti: UNHCR.

2. Comitato Europeo per la prevenzione della tortura e delle punizioni e trattamenti inumani o degradanti, Relazione al Governo italiano sulla visita in Italia effettuata dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT) dal 2 al 12 aprile 2024, Strasburgo, 13 dicembre 2024.

3. Il Rapporto 2024 TAI "CPR d'Italia: porre fine all'aberrazione" è disponibile sui siti delle organizzazioni del TAI - as es. al link <https://refugees-welcome.it/cpr-porre-fine-aberrazione/>

e Shengjin in Albania, nell'ambito delle attività del TAI volte a documentare gli effetti delle politiche di esternalizzazione della detenzione e del controllo delle frontiere. Il presente Rapporto si concentra sui CPR presenti in Italia, mentre le iniziative sul territorio albanese sono oggetto di specifici e distinti rapporti TAI,⁴ seppure coordinati per metodologia e obiettivi.

Nel corso del 2025 le delegazioni del TAI hanno effettuato visite in dieci CPR sul territorio nazionale, rispetto agli otto monitorati nell'anno precedente: Bari-Palese, Brindisi-Restinco, Caltanissetta-Pian del Lago, Gradisca d'Isonzo (GO), Macomer (NU), Milano-Via Corelli, Palazzo San Gervasio (PZ), Roma-Ponte Galeria, Torino-Corso Brunelleschi, Trapani-Milo⁵. Tutti i CPR, tranne Torino e Milano, si trovano in aree isolate, non collegate, nascosti agli occhi dell'opinione pubblica.

L'ampliamento del perimetro di osservazione si è reso necessario a seguito della riapertura di due strutture emblematiche della crisi strutturale del sistema di detenzione amministrativa: il CPR di Torino, riattivato dopo una chiusura di circa due anni dovuta alle rivolte e ai gravi danneggiamenti che ne avevano compromesso quasi integralmente la capacità ricettiva, e il CPR di Trapani, riaperto nell'ottobre 2024 dopo l'incendio del gennaio dello stesso anno.

La riattivazione di questi centri non segna discontinuità rispetto alle criticità già emerse, ma conferma un approccio emergenziale e repressivo fondato su cicliche chiusure e riaperture, senza che vengano mai affrontate le cause strutturali delle violazioni e del degrado.

Le visite sono state realizzate, anche per il 2025, attraverso una collaborazione strutturata tra la società civile organizzata riunita nel TAI e rappresentanti istituzionali (consiglieri regionali, parlamentari ed europarlamentari del Gruppo di Contatto⁶) che, in base alle prerogative riconosciute dall'ordinamento (art. 67 della legge n. 354/1975, in combinato disposto con l'art. 19, comma 3, del decreto-legge n. 13/2017), hanno facoltà di accesso ai CPR senza necessità di autorizzazione preventiva, potendo avvalersi dell'accompagnamento di persone che li assistono per ragioni del loro ufficio.

Tale collaborazione costituisce uno strumento essenziale di garanzia democratica in un contesto segnato da opacità amministrativa e resistenze istituzionali volte a limitare il controllo pubblico su luoghi di privazione della libertà personale. Il percorso di monitoraggio del 2025 è stato però segnato da episodi particolarmente gravi di ostacolo all'esercizio del controllo democratico. In due casi, presso i CPR di Macomer e di Bari,

4. Il Rapporto TAI: "Ferite di confine. La nuova fase del modello Albania" è disponibile sui diversi siti delle organizzazioni del TAI - ad es. <https://www.amnesty.it/rapporto-tai-ferite-di-confine-la-nuova-fase-del-modello-albania/>

5. Le visite si sono svolte secondo il seguente calendario: Gradisca d'Isonzo (6 settembre), Torino (12 settembre), Macomer (15 settembre e 29 dicembre), Milano (19 settembre), Roma (27 settembre), Trapani (29 settembre), Palazzo San Gervasio (6 ottobre), Brindisi (8 ottobre) e Bari (10 ottobre e 19 dicembre), Caltanissetta (3 novembre).

6. Il Gruppo di Contatto del Parlamento italiano e dell'Europarlamento è costituito da circa 25 tra deputati e deputate, senatori e senatrici ed europarlamentari di gruppi di opposizione⁶. e.

le Prefetture competenti hanno negato l'ingresso agli accompagnatori e alle accompagnatrici del TAI al seguito dei parlamentari, come meglio articolato di seguito (Capitolo 2).

Un rifiuto che ha tentato di ridurre l'accesso a una presenza meramente simbolica, separando artificialmente la prerogativa istituzionale dal contributo della società civile organizzata con competenze tecniche che rendono il monitoraggio efficace ed effettivo.

Le delegazioni del TAI sono infatti composte generalmente da quattro a sei persone, con una deliberata caratterizzazione tecnica e professionale. Accanto ai rappresentanti istituzionali, partecipano alle visite operatori e operatrici con competenze specifiche in ambito sanitario, compresa la salute mentale, diritto dell'immigrazione, mediazione linguistico-culturale ed esperti in materia migratoria.

Questa composizione non è accessoria, ma costituisce una condizione sostanziale dell'esercizio del controllo democratico, poiché consente di affiancare alla prerogativa politica di accesso un'analisi qualificata e multidisciplinare delle condizioni di trattenimento, colmando un vuoto strutturale di competenze che i rappresentanti eletti non possono avere stabilmente in organico.

Il tentativo di ostacolare o svuotare tale assetto incontrati dalle delegazioni nel monitoraggio del 2025 non si sono manifestati come iniziative estemporanee,

ma hanno trovato una formalizzazione esplicita in un atto di indirizzo amministrativo,

attraverso la circolare del Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione del 18 aprile 2025 che ha provato a restringere in modo arbitrario e giuridicamente infondato la nozione di "accompagnatori" dei parlamentari, limitandola ai soli soggetti formalmente incardinati nei loro uffici, e a limitare il perimetro di visita, negandone la valenza ispettiva. Una lettura che risulta lesiva delle prerogative parlamentari e funzionale a indebolire il controllo effettivo sui CPR (Capitolo 2).

Il monitoraggio 2025 si è basato su strumenti comuni e condivisi, articolati in schede di rilevazione uniformi, finalizzate a raccogliere dati in modo organico, comparabile e sistematico nei dieci CPR visitati. La metodologia e gli strumenti sono stati affinati attraverso momenti di formazione e confronto collettivo tra le organizzazioni del TAI, tenutisi tra giugno e ottobre 2025.

Inoltre, quest'anno le visite del TAI ai CPR si sono intrecciate in modo significativo con il viaggio di Marco Cavallo, promosso dal Forum per la Salute Mentale in collaborazione con numerose realtà attive sui territori, dando vita a un percorso che ha unito il lavoro di osservazione e rilevamento tecnico delle condizioni nei CPR a una mobilitazione pubblica e simbolica all'esterno di questi luoghi.

Mentre le delegazioni del TAI svolgevano le attività di monitoraggio all'interno dei centri, Marco Cavallo attraversava i territori e sostava davanti ai CPR, accompagnato da operatori e operatrici, associazioni, cittadine e cittadini, dando forma a momenti di presidio, manifestazione e testimonianza collettiva. Anche in ragione di questa collaborazione, il focus del monitoraggio 2025 e del presente Rapporto include **un approfondimento sul tema della salute fisica e mentale delle persone trattenute (Capitolo 3)**, assunta come chiave di lettura trasversale per comprendere la violenza strutturale prodotta dai CPR.

Il viaggio di Marco Cavallo, simbolo storico della liberazione dai manicomi e della critica alle istituzioni totali, ha ricoperto un valore politico preciso. Portare Marco Cavallo davanti ai CPR ha significato affermare che la detenzione amministrativa riproduce logiche di esclusione, segregazione e annientamento della persona analoghe a quelle che hanno caratterizzato le istituzioni manicomiali prima della loro abolizione. Il dialogo con il percorso promosso dal Forum per la Salute Mentale ha permesso pertanto di ribadire che i CPR non sono semplicemente luoghi in cui si concentrano fragilità preesistenti, ma dispositivi patogeni, **istituzioni totali** che aggravano e spesso generano il disagio, producono sofferenza fisica e psichica e compromettono in modo strutturale il benessere delle persone trattenute.

Pur assumendo il tema della salute come asse centrale di analisi, il monitoraggio si è svolto in piena continuità con l'impostazione adottata nel 2024, esaminando anche le difficoltà e le disparità di accesso ai CPR, le modalità di gestione, i costi e l'inefficacia del sistema, la composizione e il trattamento delle persone trattenute, le condizioni materiali di vita, l'informativa e l'assistenza legale, nonché l'assenza di spazi, attività e tempi di vita dignitosi all'interno delle strutture (**Capitolo 2**). Il Rapporto dedica inoltre un capitolo specifico al trattenimento amministrativo nel contesto europeo e internazionale, con un focus sulle principali novità legislative presenti all'interno del nuovo Patto Europeo sull'immigrazione e l'asilo, tra cui la proposta del Regolamento Rimpatri, la nuova Direttiva Accoglienza, la nozione di Paese terzo sicuro e l'estensione delle procedure accelerate di frontiera (**Capitolo 4**).

Nel 2025, il monitoraggio del TAI si è rafforzato nel segno di una convergenza politica e civile che rifiuta l'isolamento, la rimozione e il silenzio.

Il monitoraggio TAI continua perché l'aberrazione continua. E continuerà fino a quando l'aberrazione non sarà rimossa.

1.2 Il viaggio di Marco Cavallo

Testimonianza di Carla Ferrari Aggradi, coordinatrice del viaggio di Marco Cavallo e componente del Forum Salute Mentale.



Come è nato questo viaggio?

Il Forum Salute Mentale, nella primavera 2024, ha dato inizio ad una campagna che abbiamo denominato #180 Bene Comune, ovvero “l’arte di restare umani”.

Ci siamo detti: **la 180 non è stata la legge “solo” della chiusura dei manicomi, è stata ed è una legge portatrice di una visione del mondo in cui non ci sono sbarre, non ci sono muri, non ci sono divisioni tra le persone, un mondo in cui si deve lottare per ridurre ed eliminare le disuguaglianze, una visione del mondo di collaborazione, di condivisione, di uguaglianza, di pace.**

Perché la gente possa star bene, perché possa essere curata bene, perché possa godere dei propri diritti.

E quindi ci siamo lanciati in un’avventura che ha trovato grande consenso fra le associazioni, fra le persone. E, piano piano, con Peppe [ndr: Dell’Acqua] con Francesca [ndr: de Carolis] mettendo insieme un po’ di pensieri ed un po’ di esperienze, dai manicomi alle carceri, ai migranti **ci è apparso evidente che avremmo dovuto occuparci di CPR, dei Centri di Permanenza per il Rimpatrio, che quelli sono i muri da abbattere, oggi.**

I CPR rappresentano l’aberrazione, in particolare dopo la sentenza della Corte Costituzionale del luglio 2025 che afferma che la detenzione nei CPR è *de facto* incostituzionale, perché manca una normativa che preveda le modalità del trattenimento e tuteli i diritti delle persone rinchiusi.

Abbiamo abbattuto i muri dei Manicomi abbiamo abbattuto i muri degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: **Marco Cavallo che conosce bene quei luoghi e conosce la disperazione e la sofferenza che racchiudono ha deciso di partire.**

Qualcuno, qualche associazione, all’inizio, ha ipotizzato che si potesse pensare alla chiusura o ad una mediazione che prevedesse il miglioramento delle strutture e del loro funzionamento.

No, noi che abbiamo lavorato nei manicomi sappiamo bene che non si migliorano, perché quando i muri si alzano, dentro, nascono mostri. Nascono mostri dove non si può entrare, dove, per dirla in modo politicamente corretto, non esiste un controllo democratico. **Quindi i CPR non sono emendabili, vanno chiusi.**

Su questa parola d’ordine, Marco Cavallo ci ha portato di CPR in CPR: sono 10 compresi quelli delle isole; purtroppo, quelli delle isole non siamo riusciti a raggiungerli, tutto troppo costoso e complicato: Marco Cavallo, dalle compagnie dei traghetti, viene considerato “opera d’arte” (giustamente) e quindi va impacchettato e protetto a dovere. Ma speriamo di poterlo fare.

Il nostro viaggio ha avuto come prima tappa Gradisca D’isonzo, poi Milano, poi Roma, poi Palazzo San Gervasio (Potenza), poi Brindisi e si è concluso il 10 ottobre, giornata Mondiale della Salute Mentale, a Bari.



In ogni sede si è costituito un gruppo di lavoro con il contributo di tantissime associazioni, tante realtà si sono trovate a collaborare come mai avevano fatto prima e ovunque sia stato possibile abbiamo intrecciato questo percorso con le visite di monitoraggio nei CPR organizzate dal TAI (Tavolo Asilo e Immigrazione).

I gruppi di lavoro locali si sono impegnati a fare iniziative di ogni tipo: teatro, musica, nelle città e davanti alle mura dei CPR. **Lì, davanti ai muri ed ai cancelli, il nostro desiderio era che le nostre voci potessero arrivare a chi è internato.**

Avremmo voluto recapitare ai detenuti una lettera di vicinanza ma non siamo riusciti a trovare una via d'ingresso, niente!

È stata urlata comunque, chissà se le persone trattenute avranno potuto sentirci! Marco Cavallo è stato accompagnato, oltre che dalle associazioni, dalle 100 bandiere degli scarti fatte dal Collettivo “amici di Marco Cavallo” di Trieste, dalla forza simbolica evidente; è stato accompagnato da parlamentari, consigliere/i regionali e professionisti sanitari che sono entrate/i in concomitanza al presidio davanti ai CPR.

Questo è stato un punto di forte discussione fra i gruppi partecipanti terminata con una presa di posizione chiara: **il viaggio è un viaggio politico**, non è la festa, non è la gita fuori porta con il bellissimo Cavallo Azzurro, non è far sventolare le bandiere per la Città o per contarci: “siamo tanti, pochi”.

Quelli che saremo, saremo....lì **davanti ai CPR per dare voce a chi voce non l'ha**, per farci sentire da chi è assordato dall'indifferenza e per entrare, lì dove si decide. Perché si possa costituire un ponte fra “gli scarti”, chi si ritrova nelle piazze e chi ci rappresenta in Parlamento, nei Consigli Regionali, nei Consigli Comunali, perché loro devono trasferire questo messaggio nelle istituzioni: tocca a loro questa parte.

Noi non possiamo!

Faccio un passo indietro: il Forum Salute Mentale si occupa di salute mentale, pertanto si preoccupa della strumentalizzazione che si fa della Psichiatria e che la “Psichiatria Istituzionale” permette che si faccia. Tutti sappiamo che la Psichiatria è “la parte artigianale” della Medicina, la parte che usa conoscenze scientifiche ma si fa forte nella relazione umana. **Nei CPR i farmaci sono spesso somministrati senza adeguata prescrizione e valutazione della condizione della persona, solo per tacitare legittime richieste di ascolto.**

Troppo pochi sanitari non collegati all'Ente Gestore ma al servizio sanitario pubblico possono entrare nelle strutture e ancora meno possono fare un intervento dignitoso e nello stesso tempo troppo spesso viene usata la violenza fisica con la compresenza di forze dell'ordine. Sosteniamo che gli psicofarmaci non devono essere usati per controllare il comportamento fino all'annientamento della “capacità di intendere e di volere” e denunciando come intollerabile che la Psichiatria Istituzionale di nuovo si presti a coprire queste pratiche disumane e disumanizzanti, e non rivendichi, invece, la sua funzione di cura.

“

Per tutto ciò vogliamo abbattere questi muri, non ci riusciremo subito, non importa, è già importante che tante associazioni, tante persone si siano trovate intorno a Marco Cavallo ed alle sue bandiere.

Facciamo due passi indietro: questo viaggio ci coinvolge personalmente, noi non siamo solo dei tecnici della salute mentale, degli improvvisati organizzatori di eventi, siamo persone che si sentono coinvolte in un momento difficilissimo della storia e della storia del nostro paese, momento che non credevamo di poter vivere.

Abbiamo voluto questo viaggio per dare voce a persone che non hanno voce che non hanno nome, non siamo riusciti a sapere i nomi delle persone che volevamo raggiungere, non sappiamo nemmeno quante sono, come se fossero scomparse! È angosciante per loro ma anche per noi!

Non siamo andati davanti al CPR perché siamo buoni ma perché vediamo il rischio di perdere in qualsiasi momento la nostra umanità.

Nella vita di tutti i giorni lo si vede come orizzonte molto lontano, ma l'erosione dei diritti è costante: è costante l'erosione al diritto alla salute, alla casa, all'istruzione.

Ma non solo in Italia, purtroppo questo accade a livello mondiale.

Negli stessi giorni Marco Cavallo ha viaggiato insieme alla Sumud Flottiglia.

Siamo stati compagni di viaggio. È insopportabile che il popolo palestinese venga annientato e che sia in atto un genocidio.

Ed è altrettanto insopportabile che il nostro mar Mediterraneo sia diventato la tomba di donne e uomini che cercano una vita migliore, è insopportabile che questa gente che riesce ad approdare in Italia, in Europa dopo sofferenze indicibili venga reclusa senza nessuna colpa in luoghi sconosciuti chiusi dalle sbarre e dove ci si deve dimenticare di loro. **La detenzione amministrativa è un crimine di pace.**

Tutti siamo coinvolti, non facciamo la carità a nessuno, se non ne siamo consapevoli corriamo il rischio di perderci e, di conseguenza, chiuderci a vita privata, come a molti, a troppi di noi succede. Questo ci ha detto Marco Cavallo!

Nel rapporto ci sono **le voci dei trattenuti** raccolte da LasciateCIEntrare con Yasmine Accardo e SOS CPR, ripetute davanti al CPR di Roma il 27 settembre 2025 e riportate nel testo di Francesca de Carolis “Marco Cavallo libera tutti”.⁷

7. Francesca de Carolis, Marco Cavallo libera tutti, Le strade bianche di stampa alternativa, Pitigliano (GR), 2025.



2. Nuovi rilievi, vecchi problemi

2.1 Difficoltà / disparità di accesso

Si conferma quanto già rilevato lo scorso anno circa la variabilità di prassi e di reazioni da parte degli Enti Gestori, delle Prefetture e dei funzionari implicati nella gestione dei Centri, a fronte dell'accesso da parte di delegazioni composte da rappresentanti politici accompagnati da esperti della società civile in materia migratoria, sanitaria, legale e mediazione linguistico-culturale, regolarmente incaricati come collaboratori.

Nettamente caratterizzante del presente monitoraggio è stata la diversa risposta delle prefetture rispetto all'accesso dei suddetti accompagnatori, meglio analizzata di seguito. Anche quest'anno, inoltre, le delegazioni hanno riscontrato gravi difficoltà nell'accesso alla documentazione, spesso fornita in modo incompleto, frammentario o non fornita affatto dagli enti gestori, confermando una persistente mancanza di trasparenza. Non sono mancate differenziazioni in termini di possibilità di visitare i luoghi ed effettuare colloqui con i trattenuti. Si ricorda che, per legge, la *“visita”* dei CPR senza autorizzazione preventiva è consentita ai membri del Parlamento, nazionale ed europeo, ai consiglieri regionali, nonché a *“coloro che accompagnano”*, *“per ragioni del loro ufficio”* (art. 67 L. 354/75)⁸

Nei CPR di Gradisca d'Isonzo, Torino, Milano, Roma, Palazzo San Gervasio, Trapani, Caltanissetta tali disposizioni hanno trovato applicazione, seppure talvolta con qualche ritardo e moderata opposizione superata nei fatti;⁹ per contro nei tre CPR di Bari, Brindisi e Macomer gli esperti TAI hanno riscontrato veri e propri dinieghi all'accesso, seppure con modalità diverse, come di seguito precisato.

(1) CPR di Brindisi - In data 7 ottobre 2025, la Prefettura ha in prima battuta negato, in maniera generalizzata, l'accesso al CPR agli accompagnatori dell'On. Claudio Stefanazzi previsto per il giorno successivo con nota scritta e motivata (prot. 68661/2025), ampiamente basata sulla (illegittima) direttiva del Ministero dell'Interno del 18 aprile 2025 (BOX 1). Sul punto, nella nota a firma del Prefetto, si precisa che, interessato il Dipartimento Libertà Civili e l'Immigrazione del Ministero dell'interno, *“in conformità a specifica direttiva emanata lo scorso 18 aprile, deve trattarsi di soggetti che seguono la personalità in quanto funzionalmente incardinati nel loro ufficio, ruolo che può essere accertato mediante esibizione di documentazione attestante tale qualità. Nel caso in esame, le persone indicate in veste di accompagnatori, in ragione del ruolo svolto, non possono essere equiparate a tale categoria”*.

8. *“Gli istituti penitenziari possono essere visitati senza autorizzazione da: (...) b) (...) i membri del Parlamento (...); (...) d) i consiglieri regionali (...) l-ter) i membri del Parlamento europeo; (...) L'autorizzazione non occorre nemmeno per coloro che accompagnano le persone di cui al comma precedente per ragioni del loro ufficio”* (art. 67 L. 354/1975, disciplina dell'ordinamento penitenziario); *“Nei centri di cui al presente comma [CPR] si applicano le disposizioni di cui all'articolo 67 della legge 26 luglio 1975, n. 354”* (art. 19, comma 3, D.L. 13/2017). Analoghe previsioni si trovano nell'art. 7, comma 1, lett. a), Direttiva Ministeriale del 19 maggio 2022, recante i Criteri per l'organizzazione dei centri di permanenza per i rimpatri previsti dall'art. 14 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286.

9. La gestione dei rapporti istituzionali tra i rappresentanti politici e i prefetti competenti per territorio di collocazione dei CPR sono stati lasciati ai singoli parlamentari, che in alcuni casi (es. Milano, Roma, Brindisi), hanno previamente comunicato al Prefetto l'effettuazione imminente della visita, in altri casi non si è ritenuta necessaria la comunicazione. Solo in alcuni casi l'ingresso degli esperti è stato leggermente ritardato (Gradisca d'Isonzo, Roma, in quest'ultimo caso dopo aver interloquito con un dirigente prefettizio). In alcuni casi (Gradisca d'Isonzo, Torino) sono stati consultati e/o acquisiti i contratti di collaborazione, in altri casi (Milano, Palazzo San Gervasio, Caltanissetta) non è stato ritenuto necessario né visionarli né lasciarli (a Milano hanno fatto lasciare all'ingresso i documenti di identità).

La nota specifica altresì: “come peraltro evidenziato dal Ministero dell’Interno, le motivazioni declinate a sostegno della richiesta, essendo incentrata sul monitoraggio del centro, travalicano l’intento di mera visita, rilevando una finalità ispettiva che non può essere riconosciuta nel caso de quo. Il ruolo del monitoraggio e vigilanza sulla gestione del centro da parte dell’ente gestore è infatti riservato, ai sensi dell’art. 9 del citato DM [DM 19 maggio 2022], al Prefetto competente per territorio o ai Garanti,

in base alle attribuzioni conferite al loro incarico o ai Comitati indicati al comma 2, dell’art. 7 del DM 19 maggio 2022”. Da contestuali interlocuzioni con il Prefetto, tuttavia, nella data prevista dell’8 ottobre 2025, in palese contraddizione con il diniego comunicato il giorno precedente e con le motivazioni espresse nella nota richiamata, la Prefettura ha consentito l’ingresso del parlamentare accompagnato da un medico e da un mediatore, sebbene privi dell’inquadramento richiesto dalla

BOX 1 - La nota del Ministero dell’Interno del 18 aprile 2025 su accesso ai CPR

In data 18 aprile 2025, il capo del Dipartimento Libertà Civili e Immigrazione del Ministero dell’Interno ha emanato una circolare con la quale vengono forniti chiarimenti in merito alle autorizzazioni all’accesso nei CPR dei membri del Parlamento e delle persone che li accompagnano.

Secondo la circolare, coloro che accompagnano i parlamentari, e che pertanto non hanno parimenti bisogno di autorizzazione all’accesso, possono essere solamente “soggetti che seguono la personalità in quanto funzionalmente incardinati nel loro ufficio, che può essere accertato mediante esibizione di documentazione attestante tale qualità”. Questa formulazione è stata più volte utilizzata, verbalmente e per iscritto, da Prefetture, Polizia e Ministero dell’Interno, in Italia e in Albania, senza tuttavia che si ravvisi una base giuridica del requisito indicato.

La nota specifica inoltre che la finalità dell’accesso da parte dei parlamentari “deve limitarsi a una visita essendo riservato un ruolo ispettivo ai soli Garanti in base alle attribuzioni conferite dal loro incarico”. Anche per tale perimetrazione restrittiva dei poteri ispettivi dei parlamentari manca alcun riferimento normativo. Si può, in realtà, ritenere che tali limitazioni siano illegittime e infondate, essendo prive di base giuridica, ed abbiano l’unica finalità di ostacolare e/o impedire gli accessi ai CPR da parte di soggetti in grado di fornire ai rappresentanti politici le competenze necessarie per l’effettuazione di visite dei CPR efficaci ed effettive (si pensi alla lettura di documentazione medica o delle informazioni legali).

direttiva del 18 aprile 2025, richiamata nella nota.

La delegazione così ridotta ha pertanto effettuato la visita, in data 8 ottobre 2025, senza limitazione opposta sul perimetro dei dati rilevabili dal parlamentare e dagli esperti che l'hanno accompagnato, potendo tuttavia raccogliere dati limitati dal numero e dalla funzione degli esperti accompagnatori.

(2) CPR di Bari – In entrambi i tentativi di accesso al CPR il 10 ottobre 2025 e il 19 dicembre 2025, è stato negato l'ingresso degli esperti che accompagnavano i parlamentari nella visita. La motivazione scritta del diniego è stata trasmessa solo successivamente alla seconda visita, in risposta a una comunicazione via PEC dell'europarlamentare Cecilia Strada, titolare della seconda visita. Nella prima visita, gli esperti del TAI sono stati fatti accomodare nell'atrio della struttura, separato dai moduli e dagli uffici direzionali. È stata contestualmente condotta una interlocuzione con la Prefettura, le motivazioni da questa addotte, solo in forma orale, per il diniego di accesso si sono concentrate sull'assenza di comunicazione preventiva dell'accesso e dei nomi degli accompagnatori. I due parlamentari entrati, Sen. Sandra Zampa e On. Claudio Lacarra, hanno avuto colloqui con la direzione e il personale sanitario, ma non hanno potuto svolgere una visita approfondita dei locali e intrattenere colloqui privati con i detenuti. In occasione della seconda visita del 19 dicembre, in particolare,

L'interlocuzione con la Prefettura è stata particolarmente intensa e supportata da comunicazioni via PEC inviate dall'europarlamentare On. Cecilia Strada alla Prefettura; la Prefettura, nel corso della visita, si è astenuta dal riscontrare l'espressa richiesta di mettere per iscritto le motivazioni del diniego di visita per gli accompagnatori. Le motivazioni addotte, solo verbalmente, durante la visita poggiavano su: i) mancato preavviso di almeno due giorni dalla visita, ii) data contestuale dei contratti di collaborazione, iii) necessità di effettuare accertamenti sugli accompagnatori; nel formulare tali rilievi, è stata ripetutamente citata la nota del 18 aprile 205 del Ministero dell'Interno.

Successivamente, con nota del 13 gennaio 2026 inviata via PEC all'On. Strada, la Prefettura motiva il diniego di accesso in quanto i soggetti non sono "assistenti", cioè "formalmente investiti di incarichi di effettivo supporti alle prerogative istituzionali" e ritiene, sulla base della citata Circolare del Ministero dell'Interno del 18 aprile 2025, non ammissibili deroghe alle "tassative condizioni previste per singole categorie di soggetti" dalla normativa applicabile. La nota ulteriormente richiama la circolare protocollo 47424 del 31 ottobre 2025 nella quale viene ribadita la necessità di "prestare attenzione agli accompagnatori ... deve trattarsi di soggetti che seguono la personalità in quanto funzionalmente incardinati nel loro ufficio, ruolo che può essere accertato mediante

esibizione di documentazione attestante tale qualità, con ciò intendendo che il rapporto di collaborazione deve avere un carattere di stabilità rispetto alla natura dell'incarico ricoperto dalla autorità, e che non può essere a ciò equiparabile un accordo del tutto temporaneo (in taluni casi sottoscritto all'ingresso del centro), manifestamente elusivo del dettato normativo. In tal modo infatti viene di fatto consentito l'ingresso a soggetti portatori di interessi diversi, per i quali è invece prevista l'autorizzazione".

La nota specifica altresì il perimetro del potere di accesso e visita nell'ambito delle prerogative parlamentari, il quale sarebbe **"finalizzato a raccogliere più dettagliati elementi di conoscenza delle caratteristiche dei luoghi mediante esperienza diretta e non anche all'esercizio di un concreto potere ispettivo che è invece istituzionalmente attribuito ad altre autorità"**.

Si tratta di comportamenti ostruzionistici posti in essere dalla pubblica amministrazione, lesivi delle prerogative parlamentari, e aventi come effetto l'impedimento dell'esercizio delle funzioni ispettive conferite ai rappresentanti eletti, rispetto ai quali si valuta ogni azione a tutela.

(3) CPR di Macomer - Analogamente a Bari, in occasione della prima visita del 15 settembre 2025, è stato opposto il diniego di accesso agli esperti accompagnatori, seppure dotati di contratto di collaborazione con i due parlamentari On. Francesca Ghirra e On. Silvio Bachisio Lai.

Non è stata fornita motivazione scritta in merito al diniego, seppur richiesta. L'accesso nel Centro è dunque avvenuto soltanto da parte dei due parlamentari citati e di due consiglieri regionali, Giuseppe Canu e Carla Frundoni. Tale scelta prefettizia ha confermato quella dello scorso anno, oltre che di altre visite da parte di alcuni dei rappresentanti eletti coinvolti.

È stata quindi effettuata una seconda visita in data 29 dicembre 2025 da parte dell'europarlamentare On. Orlando, accompagnato da un'operatrice legale (ASGI), da una operatrice sanitaria (Emergency), da una mediatrice (Emergency), dall'assistente del parlamentare. Anche in questa seconda occasione è stato interdetto l'accesso alla struttura alle citate esperte munite di regolari contratti di collaborazione, nonostante le preventive comunicazioni alla Prefettura di Nuoro (in data 25 dicembre 2025). Il Capo di Gabinetto del Prefetto ha prima verbalmente negato l'accesso e dopo reiterate richieste di formalizzazione del diniego e numerose ore di attesa in piedi all'ingresso del Centro, ha messo per iscritto le motivazioni del diniego. Il provvedimento di diniego di accesso, firmato dal Capo di Gabinetto Vice-prefetto e inviato in pari data via PEC all'Europarlamentare, richiama i chiarimenti interpretativi forniti dal Dipartimento ministeriale con specifico riferimento all'accesso da parte degli accompagnatori delle autorità indicate dall'art. 67 della L. 354/1975, (applicabile ai sensi dell'art. 19, comma 2, del D.L. 13/2017), quali

l'incardinamento funzionale nell'ufficio del parlamentare comprovato da documentazione che dimostri un rapporto di collaborazione stabile e il perimetro limitato della "visita", essendo riservato il ruolo ispettivo ai Garanti e altre funzioni indicate nella

Direttiva. La nota precisa che i contratti di prestazione d'opera prodotti sono inidonei a integrare il richiesto incardinamento funzionale e riferiti a visite ispettive nei CPR, inconferenti con il quadro normativo vigente come illustrato dalle indicazioni ministeriali, e conclude che l'accesso delle accompagnatrici esperte potrebbe essere effettuata previa autorizzazione (ex art. 7, comma 7, lett. h della direttiva del 2022) richiesta con l'anticipo dovuto (almeno 7 giorni lavorativi prima dell'accesso). L'europarlamentare ha quindi proseguito la visita accompagnato dall'assistente del Parlamento europeo, privandosi del necessario apporto tecnico delle professioniste incaricate.

Quanto alle altre differenziazioni di accesso alla logistica dei CPR e ai dati pertinenti al monitoraggio, in alcuni casi le delegazioni hanno avuto pienamente accesso ai centri, in altri parzialmente; in alcuni casi è stata fatta visionare e fornita in copia o inviata successivamente la documentazione relativa ai trattenuti o ai diversi profili richiesta in sede di visita, parzialmente o totalmente, in altri casi tale collaborazione da parte degli Enti Gestori è mancata. Laddove possibile, nel rapporto le informazioni mancanti sono state reperite attraverso fonti esterne

(in particolare la piattaforma "Trattenuti", progetto co-gestito da ActionAid Italia e dal Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Bari), ovvero quando ciò non è stato possibile, si trova indicato.

Merita una menzione particolare il **CPR di Trapani**: sebbene la delegazione sia stata fatta accedere per intero e senza particolari resistenze, al contrario di quanto successo in occasioni di recenti accessi passati, tuttavia è stata negata l'estrazione di qualunque documento cartaceo e il delegato del Prefetto ha riferito la necessità di fare richieste scritte di accesso agli atti (richieste che in passato sono rimaste inevase e hanno portato a un recente pronunciamento del giudice amministrativo del TAR proprio sul CPR di Trapani). Anche per le verifiche strutturali, l'atteggiamento è stato di chiusura, dapprima rispetto allo stesso accesso alle sezioni in cui sono presenti i trattenuti, poi consentendo l'accesso a una sezione selezionata dal gestore e in un'altra dalla delegazione. Il personale dell'Ente Gestore è stato molto presente alla visita, senza che la delegazione abbia potuto parlare riservatamente con i trattenuti, né durante la visita della struttura, né durante i colloqui privati effettuati con alcuni trattenuti dalla componente sanitaria dello staff. È stato infine risposto negativamente alla richiesta di mettere per iscritto i dinieghi di estrazione dei documenti di gestione. Perché lo Stato ha timore di mostrare i CPR, le condizioni in cui vivono i trattenuti e cosa succede nei CPR?

2.2 Trattenuti / detenuti / rimpatri

Dalle rilevazioni effettuate e dai dati acquisiti tra settembre e dicembre 2025, **erano presenti nei CPR visitati dal TAI 546 trattenuti, corrispondenti a meno dello 0,2% delle persone in posizione di irregolarità stimate sul territorio nazionale.**¹⁰

Le nazionalità di provenienza confermano una netta prevalenza di cittadini di Paesi del Nord Africa, in particolare Tunisia, Marocco, Algeria ed Egitto, accanto a presenze consistenti dall'Africa subsahariana Nigeria, Gambia, Senegal

e da alcuni Paesi asiatici, tra cui Bangladesh, Pakistan e India. La popolazione trattenuta risulta caratterizzata da una forte omogeneità sotto il profilo di genere. Come è noto, l'intero sistema dei CPR è concepito e organizzato quasi esclusivamente per uomini: l'unica struttura attualmente dotata di una sezione femminile è il CPR di Roma, con una capienza di cinque posti. La presenza di donne trattenute è dunque residuale e concentrata in un unico centro. Per quanto riguarda la provenienza delle persone trattenute, laddove i dati sono stati resi

“

Mi chiamo Ayman,

qui ci stanno massacrando, **picchiano tutti senza motivo**, ti giuro. Senti, senti cosa fanno.

Hanno spaccato la testa a uno solo perché gridava che aveva dolore ai denti! Sono tantissimi. Stanno entrando nel blocco. Cercano il telefono con cui abbiamo fatto vedere come si comportano quando uno tenta il suicidio.

Un ragazzo è rimasto a terra pieno di sangue per più di mezz'ora senza assistenza. Se non ci stavamo noi che lo tiravamo giù dalla corda....sarebbe morto...

Cercano il mio telefono. Stanno entrando.

Aiuto! Aiuto! Aiuto!

Ayman è stato rimpatriato per direttissima dopo aver pubblicato un video denuncia delle condizioni dei Cpr. Un rimpatrio avvenuto in una nave veloce, senza che fosse nemmeno avvisato il consolato. Tratto da “Marco Cavallo libera tutti”.

¹⁰.Prendendo come riferimento l'ultima rilevazione disponibile pubblicata dalla Fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità - ISMU ETS si stima 321.000 persone irregolari presenti in Italia al 1 gennaio 2024.

disponibili, emerge con chiarezza il peso significativo dei rintracci sul territorio e dei trasferimenti dal circuito penale (anche se le traduzioni dal carcere riguardano solo 14% delle persone recluse negli ultimi 10 anni e il 21% circa nel 2024, secondo i dati del portale "Trattenuti"), accanto a passaggi da altri CPR. Tuttavia, il quadro risulta fortemente frammentato e incompleto: in numerosi centri le informazioni su provenienza, numero di transitati e durata della permanenza non vengono fornite o sono comunicate solo parzialmente, evidenziando una persistente opacità amministrativa che ostacola qualsiasi valutazione complessiva e trasparente del funzionamento del sistema. Ancora circa la presenza di richiedenti asilo all'interno dei CPR, anche nel 2025, in diversi centri sono stati segnalati numeri significativi di persone che hanno presentato domanda di protezione internazionale o che risultano comunque coinvolte in procedure d'asilo, spesso senza un'informazione chiara sul proprio status giuridico. Nel CPR di **Roma** un trattenuto si dichiara minore, mentre quattro minori sono stati segnalati nel CPR di **Macomer** (visita del 29 dicembre 2025).

Dai dati riportati nella **Tabella 1** che segue (parziali e incompleti, per la mancata collaborazione riscontrata in alcuni casi e/o la raccolta limitata nel tempo ristretto della visita), si possono aggiungere alcune notazioni tendenziali: la nazionalità prevalente dei trattenuti è variabile da centro a

centro, ma spiccano in questo senso la **Tunisia** (CPR di Caltanissetta e Torino) e la **Nigeria** (CPR di Roma e Gradisca d'Isonzo); per i centri per cui la provenienza dal carcere è nota (CPR di Bari, Caltanissetta, Palazzo San Gervasio, Torino) l'incidenza è del 20% sul totale dei trattenuti.

“

Anche quest'anno, inoltre, le delegazioni hanno riscontrato gravi difficoltà nell'accesso alla documentazione, spesso fornita in modo incompleto, frammentario o non fornita affatto dagli enti gestori, confermando una persistente mancanza di trasparenza.

Tabella 1: Dati sui trattenuti nei CPR dagli accessi del 2025

CPR	Capienza	Trattenuti	Nazionalità	Situazione prima del trattenimento	N. Richiedenti asilo
BARI	Capienza massima: 126 Capienza effettiva: N/A* (2024: 71)	Totale: 82 Uomini: 82 Donne: 0 Minori: 0	Albania Algeria Bosnia-Erzegovina Cina Cuba Ecuador Egitto El Salvador Gabon Gambia Georgia Ghana Guinea Marocco Nigeria Perù Senegal Sierra Leone Tunisia	Sbarco: N/A Carcere: 20 Rintraccio: 62 Da altro CPR: N/A Da CPR Gjader: 47 nel 2024	Totale: 25
BRINDISI	Capienza massima: 48Capienza effettiva: 48 (2024: N/A)	Totale: 40 Uomini: 40 Donne: 0 Minori: 0	Brasile Colombia Egitto India Marocco Nigeria Senegal Tunisia	Sbarco: N/A Carcere: N/A Rintraccio: N/A Da altro CPR: N/A	Totale: ~4
CALTANISSETTA	Capienza massima: 92 Capienza effettiva: 92 (2024: 74)	Totale: 81 Uomini: 81 Donne: 0 Minori: 0	Albania: 1 Algeria: 2 Bangladesh: 6 Chad: 1 Costa d'Avorio: 1 Egitto: 4 Gambia: 9 Georgia: 1 India: 1 Marocco: 16 Nigeria: 3 Pakistan: 2 Senegal: 2 Siria: 1 Sri Lanka: 1 Tunisia: 30	Sbarco: N/A Carcere: 18 Rintraccio: 50 Da altro CPR: 9 Altro: 4	Totale: 14
GRADISCA D'ISONZO	Capienza massima: 150 Capienza effettiva: 85 (2024: N/A, ma 10 stanze in ristrutturazione)	Totale: 72 Uomini: 72 Donne: 0 Minori: 0	Albania: 4 Algeria: 2 Egitto: 2 Gambia: 8 Marocco: 9 Nigeria: 23 Senegal: 1 Tunisia: 11 Altri: 12	Sbarco: N/A Carcere: N/A Rintraccio: N/A Da altro CPR: N/A	N/A
MACOMER	Capienza massima: 50 Capienza effettiva: N/A* *dato non fornito dall'ente gestore	Totale: N/A* Uomini: N/A Donne: N/A Minori: 4 *dato non fornito dall'ente gestore	N/A* *dato non fornito dall'ente gestore	Sbarco: N/A* Carcere: N/A Rintraccio: N/A Da altro CPR: N/A *dati non fornito dall'ente gestore	N/A* *dato non fornito dall'ente gestore
MILANO	Capienza massima: 140 Capienza effettiva: 72* (2024: 48) *Lavori di ampliamento in corso; prevista capienza effettiva entro marzo 2026: 96	Totale: 67 Uomini: 67 Donne: 0 Minori: 0	Algeria: 5 Afghanistan: 1 Bangladesh: 6 Brasile: 1 Camerun: 1 Cile: 2 Egitto: 9 Gambia: 6 Guinea: 1 India: 1 Iraq: 1 Marocco: 10 Nigeria: 1 Pakistan: 5 Perù: 4 Repubblica Dominicana: 1 Senegal: 3 Sudan: 1 Tunisia: 8	Sbarco: 372* Carcere: 74* Rintraccio: N/A Da altro CPR: N/A Verso CPR Albania: 7* *dati dal 1/01/2025 al 29/9/2025	Totale: 15

Tabella 1: Dati sui trattenuti nei CPR dagli accessi del 2025

CPR	Capienza	Trattenuti	Nazionalità	Situazione prima del trattenimento	N. Richiedenti asilo
PALAZZO S. GERVASIO	Capienza massima: 128 Capienza effettiva: 104 (2024: 96) *Lavori di ampliamento in corso	Totale: 84 Uomini: 84 Donne: 0 Minori: 0	Algeria Colombia Cuba Egitto Gambia Marocco Moldavia Nigeria Perù Romania Tunisia	Sbarco: N/A Carcere: 3 Rintraccio: >50% Da altro CPR: 1	Totale: 1
ROMA	Capienza massima: 210 (di cui 5 per donne) Capienza effettiva: 69* (2024: 101) (di cui 5 per donne) *un settore chiuso dopo eventi di gennaio 2025, dichiarati lavori di ampliamento in corso	Totale: 58 Uomini: 54 Donne: 4 Minori: 1* *autodichiarato alla delegazione	Algeria: 3 Bangladesh: 3 Bosnia-Erzegovina: 1 Egitto: 2 Gambia: 2 Georgia: 4 Ghana: 6 India: 2 Marocco: 8 Nigeria: 12 Pakistan: 2 Perù: 2 Repubblica di Macedonia del Nord: 1 Repubblica Popolare Cinese: 5 Romania: 1 Senegal: 1 Tunisia: 2 Ungheria: 1	Sbarco: N/A Carcere: N/A Rintraccio: N/A Da altro CPR: N/A	Totale: 25
TORINO	Capienza massima: 180 Capienza effettiva: 90* *2 aree inagibili, lavori di ristrutturazione in corso; prevista capienza effettiva: 120	Totale: 62 Uomini: 62 Donne: 0 Minori: 0	Albania: 1 Algeria: 2 Bangladesh: 2 Congo: 1 Cuba: 1 Egitto: 4 Gambia: 6 Iran: 1 Kosovo: 1 Marocco: 12 Nigeria: 7 Pakistan: 3 Perù: 2 Senegal: 4 Tunisia: 12 Altro: 3	Sbarco: N/A Carcere: 20 Rintraccio: N/A Da altro CPR: N/A	Totale: 14
TRAPANI	Capienza massima: 114* Capienza effettiva: 112	Totale: N/A Uomini: N/A Donne: N/A Minori: N/A *dati non forniti dall'ente gestore	N/A *dati non forniti dall'ente gestore	Sbarco: N/A Carcere: N/A Rintraccio: N/A Da altro CPR: N/A *dati non forniti dall'ente gestore	Totale: N/A

Fonte: elaborazione dai dati raccolti durante le visite di settembre-dicembre 2025.

Passando alla capienza ufficiale, effettiva e alle presenze nei CPR italiani nel periodo settembre - dicembre 2025, i dati riportati nella **Tabella 2** che segue mettono in discussione, in modo inequivocabile, la narrazione che giustifica l'ampliamento del sistema di trattenimento come risposta necessaria a esigenze di "efficienza" e "gestione dei flussi". A fronte di una **capienza teorica complessiva pari a 1.238 posti, la capienza effettivamente disponibile si arresta a 672 posti**, circa la metà di quanto formalmente previsto. Ciò significa che oltre il 45% dei posti risulta di fatto inutilizzabile, non per mancanza di risorse, ma per l'inagibilità di intere aree, dovuta a degrado, carenze manutentive e danni conseguenti a rivolte e proteste delle persone trattenute che vivono in condizioni degradate.

Ancora più significativo è il **dato relativo alle presenze effettive, pari a 546 persone, ben al di sotto non solo della capienza teorica, ma anche di quella effettiva**. Il sistema opera quindi stabilmente al di sotto delle proprie possibilità operative, evidenziando un doppio livello di inefficienza: da un lato, l'incapacità di mantenere agibili le strutture esistenti; dall'altro, l'impossibilità di utilizzare pienamente i posti che gli stessi enti gestori dichiarano di poter garantire. In questo quadro, l'insistenza su nuovi investimenti per la realizzazione o l'ampliamento dei CPR (da ultimo, l'annuncio della programmata apertura di un CPR a Trento), appare non solo ingiustificata, ma contraddittoria rispetto ai dati disponibili.

Si sottolinea infine che le rivolte e i danneggiamenti che incidono sulla capienza effettiva non possono essere ridotti a meri problemi di ordine pubblico. Essi costituiscono piuttosto un indicatore diretto delle condizioni di trattenimento, spesso caratterizzate da degrado materiale, tensioni prolungate, carenza di servizi e dall'incertezza legata alla durata della detenzione amministrativa. Il risultato è un circolo vizioso in cui le condizioni di vita producono proteste, le proteste rendono inagibili le strutture e l'inagibilità viene poi utilizzata per giustificare ulteriori investimenti in un modello che continua a dimostrarsi instabile e inefficiente.

Dal confronto tra i dati nella Tabella 2, emerge che la capienza ufficiale, la capienza effettiva, e le presenze di trattenuti sono rimasti sostanzialmente stabili tra il 2024 e il 2025. A rafforzare ulteriormente questa lettura, il confronto diacronico con i dati 2022-2024 raccolti dal portale Trattenuti (**Tabella 3**) mostra che **la sottoutilizzazione dei CPR non è un fenomeno contingente, ma una tendenza strutturale** che si consolida dal 2022 (anno di insediamento dell'attuale Governo). A fronte di una capienza ufficiale sostanzialmente invariata, la capienza effettiva si riduce progressivamente e il sistema opera con livelli di utilizzo sempre più bassi: nel 2024 meno della metà dei posti teoricamente disponibili risulta effettivamente utilizzabile, mentre cresce in modo marcato la quota di posti inutilizzati anche se formalmente agibili.

Tabella 2: Confronto tra capienza ufficiale, effettiva e presenze al 31 dicembre 2024 e alla data delle visite (settembre - dicembre 2025)

CPR	Situazione a settembre-dicembre 2025					Situazione al 31 dicembre 2024				
	Capienza teorica	Capienza effettiva		Presenze		Capienza teorica	Capienza effettiva		Presenze	
		Uomini	Donne	Uomini	Donne		Uomini	Donne	Uomini	Donne
Bari	126	N/A	N/A	82	-	126	90	-	83	-
Brindisi	48	48	-	40	-	48	48	-	45	-
Caltanissetta	92	92	-	81	-	92	56	-	43	-
Gradisca	150	85	-	72	-	150	90	-	80	-
Macomer	50	N/A	-	N/A	-	50	50	-	37	-
Milano	140	72	-	67	-	120	48	-	46	-
Palazzo San Gervasio	128	104	-	84	-	128	88	-	78	-
Roma	210	69	5	54	4	250	96	5	52	3
Torino	180	90	-	62	-	-	-	-	-	-
Trapani	114	112	-	N/A	-	-	-	-	-	-
Totale	458	677		546		718	655		523	

Fonte: dati raccolti nelle visite di settembre - dicembre 2025 e per il 2024 dalla Piattaforma Trattenuti.

Tabella 3: Capienza ufficiale, effettiva e posti inutilizzati nei CPR italiani 2022-2024

Anno	Capienza ufficiale	Capienza effettiva	Posti in CPR disponibili sul totale	Presenze	Posti inutilizzati	Posti inutilizzati anche se disponibili
2022	1.359	803	59,10%	586	217	27%
2023	1.359	680	50%	636	44	6,50%
2024	1.378	655	47,50%	523	132	20,20%

Fonte: elaborazioni ActionAid su dati della piattaforma Trattenuti.

Questo andamento conferma che le criticità rilevate nel periodo settembre–dicembre 2025 non rappresentano un'eccezione, ma l'esito prevedibile di **un modello che, anziché migliorare in termini di funzionalità ed efficienza, come asserito nelle comunicazioni istituzionali, mostra nel tempo una capacità sempre più limitata di utilizzare le strutture esistenti.**

Dalla piattaforma Trattenuti si possono trarre maggiori informazioni sui numeri complessivi, sulle categorie di trattenuti e sulla provenienza. Nel 2024 sono state **5.891** le persone in ingresso nei CPR italiani, **di cui 1.251 (il 21,2%) provenienti dal carcere e 2.565 (il 43,5%) richiedenti asilo; di questi ultimi, 388 (il 15%) ha fatto ingresso nei CPR italiani pur senza aver ricevuto un ordine di allontanamento**, in quanto richiedenti asilo. Se si allarga lo sguardo, sia storicamente che alle introduzioni recenti e in particolare ai Centri di Trattenimento per Richiedenti Asilo (CTRA) sottoposti a procedure di frontiera di Modica (RG), Porto Empedocle (AG) e Gjader (Albania), i dati della Piattaforma Trattenuti evidenziano che **nel periodo 2014-2024 oltre 56 mila persone sono state trattenute in un centro di detenzione per stranieri** (CPR e CTRA). Degli oltre 56 mila trattenuti, circa il 14% proviene direttamente dal carcere e il 21% era composto da richiedenti asilo. Inoltre, **l'incidenza dei richiedenti asilo è in costante crescita** e se si considerano CPR e CTRA ha raggiunto il 45% nel 2024, il 21% dei quali trattenuti esclusivamente in quanto richiedenti asilo.

I cittadini tunisini rappresentano il 44,8% delle persone in ingresso in un centro di detenzione amministrativa di cui la nazionalità è nota. Le altre nazionalità maggiormente rappresentate sono marocchina (11,7%), nigeriana (9,3%) e egiziana (8,9%). Nessuna delle altre nazionalità in ingresso raggiunge il 5%.

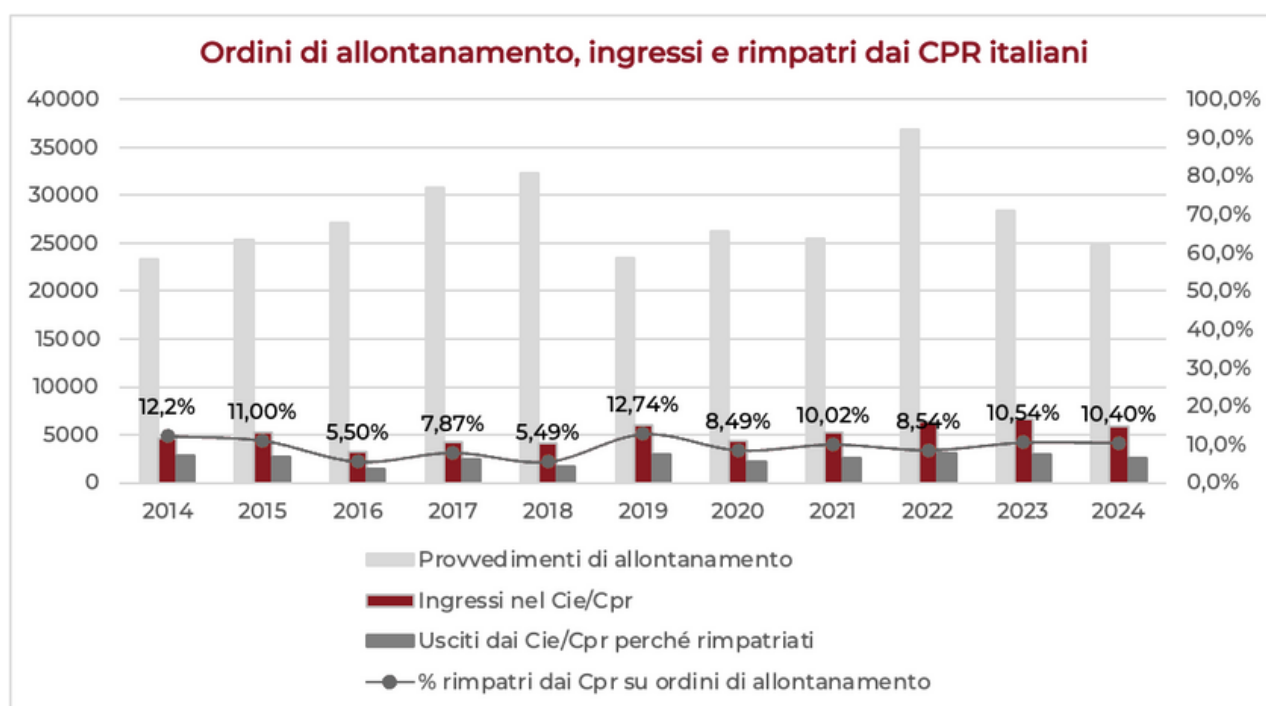
Infine, l'utilizzo della detenzione amministrativa quale strumento della politica d'asilo ha trovato un riflesso diretto nella **crescita significativa della percentuale di uscite per mancata convalida o proroga del provvedimento di trattenimento** da parte dell'autorità giudiziaria, che passa dal 9% del 2021 al 29% del 2024. Da sottolineare inoltre che, tra 2023 e 2024, l'89% dei provvedimenti di trattenimento dei 208 richiedenti asilo che hanno fatto ingresso nei nuovi centri di trattenimento per richiedenti asilo sottoposti a procedure di frontiera in Sicilia e off-shore, non è stato convalidato. Ciò sembra confermare che il trattenimento amministrativo realizzato nei CPR viene praticato in molte occasioni in aperta violazione dei diritti fondamentali delle persone, e l'unico correttivo rimane la sede giurisdizionale.

Il numero assoluto di donne in ingresso in un centro di detenzione è diminuito significativamente a partire dal 2020, a seguito della chiusura delle sezioni femminili esistenti nei centri di Torino e Roma; dal 2021 è stata riaperta la sezione femminile di Roma, con cinque posti. La principale nazionalità nel periodo 2016-2024 è rappresentata dalle cittadine di nazionalità nigeriana (24,2%), seguite da cinesi (13%) e tunisine (8,7%).

Passando a trattare l'efficacia e l'utilità dei CPR, la giustificazione principale per l'esistenza dei CPR è che **essi servano a rendere più efficace la politica di rimpatrio**. I dati mostrano che il ricorso alla detenzione non incide sul numero di rimpatri effettuati, aumentando solo i costi economici ed umani della politica di rimpatrio. Nel periodo tra 2014 e 2024, a fronte di un costante aumento della capacità del sistema detentivo (inclusi i CTRA in Sicilia e i centri in Albania) e dei termini massimi di detenzione, l'incidenza dei rimpatri effettuati è in costante diminuzione ed ha toccato il minimo storico nel 2024, quando **solo il 41,8% delle persone in ingresso in un centro di detenzione è stato rimpatriato**.

Se si considera invece **l'incidenza dei rimpatri effettuati a partire da un centro di detenzione sul totale dei provvedimenti di allontanamento adottati, solo in rarissime occasioni la percentuale ha superato il 10%** attestandosi, per il periodo 2011-2024, su una media del 9,9%. Nel 2024 il dato registrato è del 10,4%, in calo rispetto all'anno precedente (10,5%).¹¹ Si conferma così un investimento sempre maggiore in una politica inumana e iniqua: una misura discriminatoria fondata sulla segregazione e sul trattenimento di persone private della libertà personale per una mera irregolarità amministrativa, in assenza di qualunque reato.

Grafico 1: L'efficacia (?) dei CPR nella politica dei rimpatri



Fonte: elaborazioni ActionAid su dati della piattaforma Trattenuti

¹¹. Sulla mancanza di trasparenza e sull'opacità dei dati sui rimpatri si veda anche Luca Rondi, "I numeri sui rimpatri diffusi pubblicamente dal ministro Piantedosi sono gonfiati. Ecco perché", *Altroeconomia*, 16 gennaio 2026.

Secondo la giurisprudenza, la detenzione amministrativa è compatibile con il dettato costituzionale solo se finalizzata all'esecuzione del rimpatrio. Eppure, se il rimpatrio avviene solo nel 10% dei casi dai CPR, è evidente che, qualora questo fosse stato davvero l'obiettivo, la detenzione amministrativa avrebbe dovuto essere superata poco dopo la sua introduzione. Al contrario, il sistema detentivo sembra aver contribuito in modo significativo, e con particolare efficacia, alla criminalizzazione delle persone migranti.

Nonostante l'evidenza e la pregnanza dei dati, il quadro sta conoscendo un progressivo e preoccupante peggioramento, come emerge dall'orientamento di nuove proposte normative in corso di definizione.

Lo Schema di decreto-legge recante disposizioni urgenti per il potenziamento operativo e organizzativo del Ministero dell'Interno e delle Forze di polizia si inserisce in una traiettoria che promette trattenimenti più agevoli e un contestuale indebolimento delle garanzie procedurali, rendendo più difficoltoso l'accesso ai ricorsi e arrivando a precludere, in alcuni casi, il ricorso al gratuito patrocinio.

Parallelamente, il provvedimento prefigura un ulteriore irrigidimento nella gestione delle proteste e un potenziamento dei CPR fondato su un ampio ricorso a deroghe alla normativa vigente. In tale contesto, la progressiva compressione dei diritti e delle possibilità di controllo democratico (si veda il Disegno di legge in materia di sicurezza pubblica,

di immigrazione e protezione internazionale, nonché delle forze di polizia e del Ministero dell'Interno, che si aggiunge al D.L. 159/2025, conv. L. 198/2025), rischia di consolidare un modello detentivo sempre più opaco e sottratto a garanzie effettive.

Tale prospettiva si ritrova già declinata nella recentissima **Direttiva in materia di Trattenimento presso i CPR di soggetti socialmente pericolosi** (rif. 144100/166(2) del 20 gennaio 2026), a firma del Ministro dell'Interno, che conferma, da un lato, l'impianto ideologico che presiede l'istituzione totale CPR e aggrava, dall'altro, l'impianto discrezionale (arbitrario) sottostante la gestione dei CPR censurato dalla Corte costituzionale nella sentenza 96/2025, ivi inclusa la motivazione per cui le persone vengono trattenute.

Il Ministro, richiamando genericamente "recenti fatti di cronaca e paventando l'escalation di violenza che sfocia in efferati delitti", sollecita prefetti e questori a rimpatriare stranieri irregolari che si siano evidenziati per comportamenti pericolosi e nelle more trattenerli nei CPR; **non è chiaro da chi debba provenire la valutazione di pericolosità** e quali siano gli strumenti di garanzia previsti in caso di abusi. Insinua l'idea che prefetture e questure non stiano facendo abbastanza per fermare il crimine dilagante nel Paese ad opera di stranieri irregolari, con il rischio per l'ordine e la sicurezza del Paese. Invoca quindi il massimo sforzo nell'uso delle risorse, umane e strumentali, per l'accompagnamento di detti soggetti pericolosi, oltre che per garantire la piena capacità dei CPR,

con segnalazione di eventuali necessità al Ministero. Invita i Prefetti a definire protocolli con le ASL per l'effettuazione di visite mediche (nelle 24 ore) ove l'ingresso al CPR avvenga senza certificato di idoneità (come già previsto dalla Direttiva Lamorgese del 2022), legittimando così indirettamente una tale pratica (già) illegittima. Richiama la necessità per i centri di avere accordi con i locali SerD per evitare che l'idoneità alla vita ristretta di comunità sia esclusa automaticamente sulla base del mero accertamento della "tossicodipendenza".

Si tratta **dell'ennesimo uso (abuso) di misure amministrative che ledono diritti costituzionalmente garantiti**, quali libertà personale e salute, e vanno ad aggravare ulteriormente un dispositivo di controllo sociale illegittimo e disumano.

La sottoutilizzazione dei CPR non è un fenomeno contingente, ma una tendenza strutturale che si consolida dal 2022. A fronte di una capienza ufficiale sostanzialmente invariata, la capienza effettiva si riduce progressivamente e il sistema opera con livelli di utilizzo sempre più bassi: nel 2024 meno della metà dei posti teoricamente disponibili risulta effettivamente utilizzabile, mentre cresce in modo marcato la quota di posti inutilizzati anche se formalmente agibili.

”

2.3 Gestione / costi / efficacia / personale

La **Tabella 4** aggiornata al 7 gennaio 2026 è la fotografia di un **oligopolio** di fatto costruito negli anni, con gestori che si ripetono quasi ovunque (si veda Tabella 4 sotto). Officine Sociali è presente a Macomer, Palazzo San Gervasio e Trapani; Ekene a Gradisca d'Isonzo, Milano e Roma; il Consorzio HERA (con la coop. Oasi) controlla Brindisi; Albatros 1973 gestisce Caltanissetta; La Mano di Francesco Bari; Sanitalia Torino. Dietro questa concentrazione si può leggere una storia senza soluzione di continuità, nonostante le criticità rilevate nel tempo.¹² Officine Sociali, oggi titolare di tre CPR, gestisce ancora il CPR di Palazzo San Gervasio nonostante penali, ore di personale mancanti e un'indagine per la morte di un trattenuto, aggiudicandosi peraltro, a giugno 2025, un nuovo appalto milionario proprio sul medesimo centro.¹³

Il Consorzio HERA (dal 2019 al CPR di Brindisi con diversi soggetti associati) e Albatros 1973 (che ha già gestito il CPR di Caltanissetta in passato, dopo l'iniziale gestione della Croce Rossa, così come quello di Roma) rappresentano la continuità "storica" del sistema.

Officine Sociali e Consorzio HERA, insieme a Medihospes, sono stati invitati dal Viminale per la procedura negoziata per i centri in Albania,¹⁴ a conferma di una rosa ristretta di operatori considerati "di riferimento". Ekene è l'altra grande colonna dell'attuale sistema detentivo: gestisce tre CPR in tre regioni diverse. Diverse inchieste (si vedano Buchi Neri di CILD e le indagini giornalistiche di Altreconomia¹⁵) mostrano come le gare siano spesso vinte con offerte "migliorative" costruite su protocolli e attività che poi non si realizzano, in un quadro di controlli prefettizi fragili.¹⁷ Anche la "new entry" Sanitalia a Torino si inserisce in questo schema: vince una gara con un solo altro concorrente¹⁸ e, fin dalle prime settimane, i registri degli eventi critici raccontano proteste e autolesionismo,¹⁹ mentre l'accesso ai documenti viene negato anche alla stampa.²⁰ Parallelamente, il caso **Forlenza/Martinina**²¹ a Milano (con la prima condanna penale per un gestore di CPR)²² segnala la concreta necessità di un monitoraggio costante da parte della società civile. Tutto ciò si colloca dentro uno schema di capitolato nazionale di gestione che il Consiglio di Stato ha giudicato illegittimo,²³ perché non garantisce standard minimi, in particolare sul piano sanitario e psichiatrico e perché

12. Luca Rondi, "Nel Cpr di Palazzo San Gervasio si continua a soffrire. Nonostante gli esposti in Procura", *Altreconomia*, 14 febbraio 2025, internet ed.

13. Luca Rondi, "Officine sociali resta al Cpr di Palazzo San Gervasio nonostante le lacune nella gestione", *Altreconomia*, 15 luglio 2025, internet ed.

14. Luca Rondi, "Medihospes, Consorzio Hera. Officine sociali: chi gestirà i centri per migranti in Albania", *Altreconomia*, 5 Aprile 2024, internet ed.

15. Coalizione Italiana Libertà e Diritti Civili (CILD), *Buchi neri. La detenzione senza reato nei CPR*, luglio 2021

16. Si faccia riferimento ai diversi articoli nell'archivio di *Altreconomia*, accessibile a questo [link](#).

17. Luca Rondi e Lorenzo Figoni, "Le prefetture non controllano i Cpr. Inchiesta su appalti e gestione", *Altreconomia*, 1 Maggio 2024, internet ed.; Luca Rondi e Lorenzo Figoni, "Ekene si aggiudica la gestione del Cpr di via Corelli a Milano", *Altreconomia*, 26 Agosto 2024, internet ed.

18. Luca Rondi, "Riapre il Cpr di Torino. Ecco tutte le promesse del nuovo ente gestore Sanitalia", *Altreconomia*, 20 Marzo 2025.

19. Luca Rondi, "Cronaca del primo mese di apertura del Cpr di Torino. Tra atti di autolesionismo e proteste", *Altreconomia*, 27 Maggio 2025.

20. Luca Rondi, "La prefettura di Torino nega i dati sul Cpr e discute l'attività giornalistica indipendente", *Altreconomia*, 14 Luglio 2025.

21. Luca Rondi, "Forlenza patteggia per la "gestione" del Cpr di Milano. I suoi nuovi affari, intanto, sono altrove", *Altreconomia*, 24 Dicembre 2025.

22. Melting Pot, "CPR di Milano, prima condanna per un gestore", 24 dicembre 2025.

23. Luca Rondi, "Il Consiglio di Stato boccia il capitolato dei Cpr. Che cosa succede ora", *Altreconomia*, 24 Ottobre 2025; Gennaro Santoro, "Il Consiglio di Stato annulla parzialmente lo schema capitolato CPR per carenze relative alla tutela della salute e della prevenzione del rischio suicidario", *Questione Giustizia*, novembre 2025.

Tabella 4: Confronto enti gestori dei CPR e modalità di affidamento dell'appalto, aprile 2024 - gennaio 2026

CPR	Bari	Brindisi	Caltanissetta	Gradisca d'Isonzo	Macomer	Milano	Palazzo San Gervasio	Roma	Torino	Trapani
Situazione ad aprile 2024*										
Gestore	La mano di Francesco	Consorzio HERA e AGH Resort Ldt	Albatros 1979	Ekene Coop Sociale Onlus	Ekene Coop Sociale Onlus	LaMartinina Srl	Officine Sociali	ORS Italia srl	-	-
Affidamento	Subentro	Proroga	Subentro	Proroga	Proroga	Commissariamento	Procedura aperta	Proroga	-	-
Situazione ad ottobre 2024**										
Gestore	La mano di Francesco	Consorzio HERA e AGH Resort Ldt	Albatros	Ekene Coop Sociale Onlus	Officine Sociali	Ekene Coop Sociale Onlus	Officine Sociali	ORS Italia srl	-	-
Affidamento	Invariato	Nuova proroga	N/A	Nuova proroga	Procedura aperta	Procedura aperta	Proroga	Invariato	-	-
Situazione a gennaio 2026***										
Gestore	La mano di Francesco	Consorzio HERA e Oasi Onlus	Albatros 1979	Ekene Coop Sociale Onlus	Officine Sociali	Ekene Coop Sociale Onlus	Officine Sociali	Ekene Coop Sociale Onlus	Sanitalia Service coop.	Officine Sociali
Affidamento	Procedura aperta	Procedura aperta	Proroga	Procedura aperta	Procedura aperta	Procedura aperta	Procedura aperta (conferma gestore)	Procedura aperta	Procedura aperta	Proroga

Fonti: *elaborazione dati dai rapporti di accesso del 15 aprile 2024 e dal report Trattenuti, dati 2023; **elaborazione dati report Trattenuti, dati ottobre 2024; *** aggiornamento ActionAid, al 7 gennaio 2026, dei dati piattaforma Trattenuti.

adottato senza il coinvolgimento del Ministero della Salute e del Garante Nazionale delle Persone Private della Libertà Personale. In parallelo, l'analisi dei registri degli "eventi critici" restituisce un ritmo altissimo di atti di autolesionismo, tentativi di suicidio, incendi e rivolte²⁴ (si rimanda al Capitolo 3 per approfondimento). I vari monitoraggi svolti e le inchieste condotte hanno quindi finalmente reso visibile un sistema iniquo e

strutturalmente violento sin dal suo insediamento, nel quale alcuni gestori, esclusi da una prefettura per irregolarità o reati contro la pubblica amministrazione, continuano a partecipare e vincere altrove. **In assenza di una vera revisione politica e del superamento della detenzione amministrativa, si riproduce continuamente un sistema di CPR retto da pochissimi gestori, che accumulano appalti e potere**

24. Luca Rondi e Lorenzo Figoni, "La sofferenza nei Cpr raccontata dai registri degli eventi critici", Altreconomia, 1 Dicembre 2024.

contrattuale su uno degli strumenti più oscuri e violenti delle politiche migratorie.

Quello dei CPR è quindi un modello di gestione privatizzato: la competenza sull'ordine pubblico e sulla privazione della libertà resta formalmente allo Stato, ma l'intera vita quotidiana nei centri (assistenza, sanità, servizi di base) è appaltata a soggetti privati, selezionati tramite gare "al ribasso". Questo **privilegia il contenimento della spesa rispetto alla tutela dei diritti e produce una progressiva de-responsabilizzazione della pubblica amministrazione**, che scarica sui gestori le responsabilità e le conseguenze di violazioni sistematiche, in assenza di un'efficace attività di controllo da parte della PA. Tali violazioni vengono, dunque, affrontate esclusivamente tramite la via giudiziaria, concentrando l'attenzione sulla responsabilità dei singoli e nei fatti contribuendo a nascondere la violenza del sistema e la dimensione politico-amministrativa, strutturale, della cattiva gestione, mentre a livello centrale si inaspriscono le leggi e si stanziavano fondi per la costruzione di nuovi CPR. È in questo contesto, più che nelle singole vicende dei centri, che si coglie il cuore del problema: un sistema di detenzione amministrativa che, anziché essere messo in discussione dalle evidenze prodotte dal monitoraggio civico, si è progressivamente chiuso su se stesso, consegnando a pochi gestori uno strapotere di fatto sulle condizioni di vita e sui diritti di migliaia di persone ogni anno, e allo Stato una "sperimentazione" di privatizzazione della detenzione che continua da più di 25 anni.

Il sistema dei CPR è retto da pochissimi gestori, che accumulano appalti e potere contrattuale su uno degli strumenti più oscuri e violenti delle politiche migratorie. Quello dei CPR è quindi un modello di gestione privatizzato: la competenza sull'ordine pubblico e sulla privazione della libertà resta formalmente allo Stato, ma l'intera vita quotidiana nei centri è appaltata a soggetti privati, selezionati tramite gare al ribasso.

”

Nella **Tabella 5** di sotto viene presentata **un'analisi dei costi pro-capite/pro-die** che costituisce la misura del pagamento da parte della Prefettura all'ente gestore.

Tabella 5: Il costo dei CPR su suolo italiano, 2018-2024

	N. centri esistenti	Importo pro-capite pro-die medio	Costi maturati da ente appaltante per gestione centro	Costi manutenzione ordinaria	Costi manutenzione straordinaria	Totale
2018	7	30,97€	11.828.290,35€	1.639.968,40€	1.268.856,73€	14.737.115,48€
2019	8	29,37€	12.419.576,79€	1.729.074,42€	1.609.540,14€	15.758.191,35€
2020	10	29,38€	8.859.502,86€	1.037.198,66€	4.105.035,35€	14.001.736,87€
2021	10	34,40€	6.031.536,67€	1.100.083,63€	2.300.641,65€	9.432.261,95€
2022	10	36,51€	8.612.790,39€	1.282.048,51€	9.644.250,16€	19.539.089,06€
2023	10	37,44€	11.539.231,10€	1.047.808,20€	4.886.583,99€	17.473.623,29€
2024	10	45,28€	11.097.209,61€	1.251.300,15€	7.259.247,63€	19.607.757,40€
Totale		34,89€	70.388.137,77€	9.087.481,97€	31.074.155,65€	110.549.775,40€

Fonte: elaborazioni ActionAid su dati della piattaforma Trattenuti.

Dall'analisi dell'aumento progressivo del prezzo giornaliero per detenuto che emerge dalle **Tabelle 5 e 6** e dallo schema di capitolato vigente,²⁵ si può già prevedere un ulteriore aumento dei costi del sistema detentivo. Allo stesso modo, occorre rilevare come le stime relative ai costi di gestione e manutenzione ordinaria e straordinaria siano a tutti gli effetti delle stime sì attendibili (si ricorda che i dati sono ottenuti dalla Pubblica Amministrazione mediante richieste di accesso civico generalizzato nell'ambito del progetto Trattenuti), ma certamente non esaustive delle spese sostenute dalla Pubblica Amministrazione.

Un esempio che rende in maniera del tutto evidente la stima "al ribasso" è dato dai **costi di vitto e alloggio** per il personale delle forze dell'ordine posto a presidio dell'ordine pubblico nei CPR più remoti: nel 2024, ad esempio, a Macomer costa di più garantire vitto e alloggio al personale interforze che gestire e mantenere la struttura: € 1.089.120,62 sono i costi di gestione e manutenzione, oltre 2 milioni quelli per le forze dell'ordine.

Un'ultima menzione in materia di costi merita il fondo istituito dal decreto-legge 124 del 2023 presso il Ministero della Difesa, utilizzato da ultimo per gli allestimenti in Albania e che avrebbe dovuto essere utilizzato per costruire un CPR in ogni regione.

25. Si faccia riferimento al primo rapporto di monitoraggio: Tavolo Asilo e Immigrazione, CPR d'Italia: Porre Fine all'Aberrazione, dicembre 2024, Tabella 3 p.11.

Tabella 6: Variazioni nell'importo pro-capite/pro-die per CPR, 2028-2024

CPR	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bari	29,95€	29,95€	29,95€	38,21€	38,21€	38,21€	42,62€
Brindisi	35,57€	35,57€	35,57€	32,27€	39,51€	39,51€	39,51€
Caltanissetta	23,81€	23,81€	23,71€	23,71€	23,71€	42,03€	42,03€
Gradisca di Isonzo		25,37€	37,31€	37,31€	37,31€	37,31€	37,31€
Macomer			27,44€	40,06€	42,12€	42,12€	42,12€
Milano			27,40€	39,21€	40,18€	40,18€	82,22€
Palazzo San Gervasio	26,99€	26,99€	26,99€	30,47	36,83€	36,83€	49,96€
Roma	33,64€	33,64€	33,64€	33,64	39,26€	39,26€	39,26€
Torino*	37,86€	30,65€	30,65€	30,65	37,98€	37,98€	
Trapani	29,00€	29,00€	21,13€	30,02€	30,00€	30,00€	32,50€

Fonte: elaborazioni ActionAid su dati della piattaforma "Trattenuti"

** Non si rileva il valore del procapite prodie del CPR di Torino poiché chiuso nel 2024.

Legenda

Schema di capitolato DM 21 novembre 2008
Schema di capitolato DM 7 marzo 2017
Schema di capitolato DM 20 novembre 2018
Schema di capitolato DM 24 febbraio 2021
Schema di capitolato DM 04 marzo 2024

Tabella 7: Vitto e alloggio per il personale delle Forze dell'Ordine a presidio dei CPR più remoti

Costo	CPR di Macomer	CPR di Palazzo San Gervasio
Totale	2.147.950,74€	1.395.776,52€
Al giorno	5.884,80€	3.725,42€

Fonte: elaborazioni ActionAid su dati forniti dalle Prefetture di Nuoro e Potenza

Impiegato anche per la costruzione di un CTRA a Trapani (presso "Contrada Porcospino", ad oggi in via di allestimento) e per la ristrutturazione dei CPR di Torino e Milano, il fondo è pressoché terminato, ma il Governo ha mantenuto la possibilità di ampliare la capacità del sistema detentivo nonostante "il piano straordinario" per la realizzazione di CPR in ogni regione non abbia mai visto la luce. Grazie a un decreto del Mef di dicembre 2024, infatti, il fondo istituito presso il Ministero dell'Interno per l'Albania²⁶ potrà essere utilizzato anche in Italia.

Per quanto riguarda **il personale**, nei CPR visitati la documentazione ottenuta dalle delegazioni risulta lacunosa.

Preme evidenziare che a **Gradisca, Torino, Milano, Trapani e Caltanissetta** le delegazioni non hanno ottenuto il capitolato d'appalto, ma sono state invitate a farne richiesta alla Prefettura competente per territorio, così come per l'organigramma a Gradisca e Trapani e per il regolamento interno a Milano. Per il CCNL di riferimento, seppur richiesto in tutti i CPR, le delegazioni hanno segnalato difficoltà: nessun riscontro a Palazzo San Gervasio, Caltanissetta, Milano, Gradisca e Trapani; a Torino, Roma e Brindisi il CCNL richiamato è quello delle cooperative sociali, che sembra essere, in generale, quello maggiormente applicato.

Si riscontrano **contraddizioni sul numero e sull'inquadramento effettivo del personale**.

Quanto dichiarato al momento delle visite risulta poco trasparente e discordante. Dalle informazioni emerge un numero elevato di contratti part-time e a tempo determinato, nonché, nella maggior parte dei CPR visitati, una significativa presenza di personale a prestazione autonoma e con partita iva. A **Palazzo San Gervasio**, ad esempio, nel corso della visita è stata riferita l'urgenza di procedere all'assunzione di figure professionali; sono stati altresì evidenziati ritardi nell'accredito delle retribuzioni, seppure per circostanze pregresse. In quasi tutti i CPR, in particolare a Milano, le dichiarazioni di contratti full-time non hanno trovato pieno riscontro nel cartaceo della turnistica visionato, dal quale risultano ore lavorate come part-time. A **Caltanissetta**, il servizio di mediazione risulta garantito per lo più a chiamata e in base alle esigenze. A **Gradisca** il personale sanitario sembra avere ore di riposo non adeguate. Poca chiarezza anche per quanto riguarda l'orientamento legale, a causa di una ridotta disponibilità di personale specializzato in materia di immigrazione e trattenimento amministrativo, con rilevanti disfunzioni anche sulla nomina dei legali e impatto sulla garanzia della tutela individuale dei diritti, come meglio precisato nella sezione dedicata. In generale, nei CPR emerge una costante richiesta di fungibilità e sostituibilità tra i ruoli e le mansioni del personale, che assume un culmine negativo nelle frequenti e inevitabili situazioni emergenziali.

26. Fondo di gestione del "modello Albania" (89.112.787 € nel 2024 e 118.565.373 € per ciascuno degli anni 2025-2026): da strumento esclusivo del Protocollo diventa fondo per politiche migratorie in senso ampio, in grado di finanziare il rafforzamento dei CPR e CAS (centri di accoglienza straordinaria), la manutenzione e costruzione di centri di trattenimento, e la cooperazione migratoria internazionale.

Dai dati qualitativi disponibili (frammentari e non esaustivi) sul percorso professionale e formativo e sugli elementi motivazionali per lavorare nei CPR, si è riscontrato un certo grado di disomogeneità tra i vari CPR. La delegazione di Brindisi ha interagito con lavoratori e lavoratrici che possiedono esperienze pregresse nell'ambito delle migrazioni, nello specifico nei servizi rivolti alla prima accoglienza e progetti di accoglienza, ma nella maggior parte dei casi il personale è risultato lavorare nei CPR per passaggi di gestione e di riorganizzazione, o anche come prima esperienza (così a Milano, Torino e Palazzo San Gervasio). L'andamento generale suggerisce che non sia richiesta una elevata formazione, ma venga contemplata la possibilità di coltivarla attraverso l'esperienza operativa.

Tra le motivazioni rilevate, emerge l'idea di poter contribuire a un miglioramento delle condizioni delle persone trattenute: così a Brindisi, dove il personale ha sottolineato di aver promosso e richiesto nuove valutazioni per persone trattenute con patologie o disturbi incompatibili con la detenzione amministrativa, a fronte di certificazioni che invece indicavano la compatibilità, portando in seguito alla dichiarazione di incompatibilità. In alcuni casi lavorare in un CPR rappresenta una (mera) possibilità lavorativa, come emerso ad esempio a Roma, o un'alternativa per riuscire a conciliare il lavoro con la vita privata

oppure un lavoro percepito come "ordinario", a causa di una limitata informazione e trasparenza del sistema CPR come nel caso di Milano e di Torino. L'ingresso al lavoro avviene generalmente tramite reti informali o passaparola. La bassa familiarità iniziale del sistema che si somma alle criticità descritte sembra avere, tra le conseguenze, un alto tasso di abbandoni e di turnover.



Le singole criticità rilevate nei diversi CPR vanno lette non come disfunzioni isolate, ma come elementi di un sistema che produce sistematicamente sofferenza e compromissione della salute, rendendo la detenzione amministrativa incompatibile con il rispetto della dignità umana.

Box 2 - Benessere organizzativo: possibile nel sistema CPR?

La valutazione dei rischi sulla salute e sulla possibilità di garantire il benessere del personale nei CPR non può non essere oggetto di riflessione, seppure gli elementi raccolti nel monitoraggio siano ancora insufficienti a consentire una valutazione approfondita.

In un sistema che trattiene ingiustamente - in condizioni, procedure e obiettivi inaccettabili e poco chiari, caratterizzato da sovrapposizioni di ruoli, gestione di eventi critici, precarietà contrattuale, formazione carente e alti livelli di stress - il tema del benessere organizzativo appare necessario e drammatico, al tempo stesso, in quanto difficilmente perseguibile. Uno strumento di fondamentale importanza è il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) e in particolare la valutazione obbligatoria dello stress lavoro correlato, ai sensi del d.lgs. 81/2008, in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. L'analisi approfondita degli elementi critici e delle misure preventive e protettive da mettere in atto - obbligo che ricade sul datore di lavoro e che prevede, nei casi di inadempienza, sanzioni amministrative e penali - risente della cornice critica nella quale si svolge la prestazione lavorativa quale quella nei CPR, e richiede specifiche applicative, che non è stato possibile raccogliere in maniera sistematica. I rischi psicosociali che accompagnano il sistema CPR e che rappresentano le conseguenze di un contesto sociale lavorativo non adeguato, in base alle testimonianze raccolte sembrano avere un significativo impatto sulla salute e sul benessere organizzativo. Risulta dunque ancora più urgente favorire riflessioni più ampie sui luoghi in cui si annidano simili condizioni strutturali di fragilità, nei quali la perdita di diritti e dignità non attiene solo alle persone trattenute, ma ha ricadute generalizzate che non risparmiano neppure i lavoratori e le lavoratrici. Una progressiva alienazione che trasforma chiunque vi acceda in un numero. Proprio come succedeva, un tempo, nei manicomi.

2.4 Condizioni di vita

Condizioni materiali di trattenimento: la compressione della dignità come fattore di “quotidianità”

Come già osservato nel rapporto 2024, le condizioni materiali e l'organizzazione degli spazi nei CPR non sono un semplice “contesto logistico”, ma incidono direttamente sulla dignità della permanenza, sul benessere psico-fisico e sulla possibilità concreta di esercitare diritti (cura, difesa, relazioni, protezione). La compressione della dignità non si manifesta attraverso singoli episodi eccezionali, ma si sedimenta nella ripetizione costante di condizioni materiali inadeguate, che incidono su ogni aspetto dell'esistenza delle persone trattenute: dal dormire al lavarsi, dal mangiare al comunicare con l'esterno, fino alla possibilità stessa di prendersi cura della propria salute.

Le strutture continuano a presentare ambienti fatiscenti, spazi sovraffollati o privi di reale funzione, parti comuni ridotte a corridoi spogli e opprimenti, cortili interamente cementificati che non offrono alcuna possibilità di ristoro fisico o psicologico. A ciò si affianca una gestione dei servizi essenziali che non risponde a criteri di adeguatezza e continuità. I servizi igienici, pur in alcuni casi leggermente migliorati rispetto agli anni precedenti, restano spesso caratterizzati da carenze strutturali, mancanza di privacy, problemi di accesso all'acqua calda o condizioni igieniche che rendono difficile, se non umiliante, la cura del corpo.

Queste criticità non sono neutre: incidono direttamente sulla salute, amplificando problemi dermatologici, dolori articolari, infezioni e, soprattutto, un diffuso senso di degrado e perdita di controllo sul proprio corpo.

Analogamente, la qualità e le modalità di somministrazione del vitto rappresentano un ulteriore fattore di quotidiana mortificazione. In diversi CPR il cibo è descritto come scarso, poco vario o inadeguato, talvolta distribuito con ritardi o consumato in spazi impropri, come le stanze o i cortili, in assenza di una mensa realmente fruibile. Mangiare diventa così un atto privo di dignità, slegato da qualsiasi dimensione di socialità o normalità, che contribuisce al deterioramento del benessere fisico e psicologico delle persone trattenute.

A completare questo quadro si collocano le limitazioni nella comunicazione con l'esterno, la carenza di spazi di silenzio, di attività significative, di luoghi in cui potersi isolare o semplicemente riposare.

La vita nei CPR si configura come una condizione di esposizione continua, di rumore, di promiscuità forzata, che produce stress costante, insonnia, ansia e sintomi depressivi. In questo contesto, parlare di tutela della salute esclusivamente in termini di accesso alle cure sanitarie risulta riduttivo: le condizioni materiali di trattenimento sono esse stesse un fattore di rischio per la salute, fisica e mentale, e rendono strutturalmente impossibile il mantenimento di un livello minimo di benessere (in tal senso, si veda anche il Capitolo 3).

Quanto riscontrato dalle delegazioni in tutti i CPR visitati conferma quanto già autorevolmente evidenziato dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura e dei trattamenti inumani e degradanti (CPT) che, nel rapporto inviato al Governo italiano a seguito delle visite effettuate nell'aprile 2024,²⁷ già sottolineava che **“Le condizioni di detenzione osservate in tutti i CPR visitati al momento della visita del 2024 potrebbero essere considerate simili a quelle esistenti all'interno delle unità di detenzione soggette al regime speciale dell'articolo 41-bis del Regolamento penitenziario italiano. Esempi di tali elementi includono tripli schermi metallici alle finestre, strutture esterne simili a gabbie e televisori incassati in scatole di metallo”**. Nelle sue raccomandazioni Il CPT pertanto “raccomanda alle autorità italiane di avviare una seria riflessione sul concetto di CPR. Dovrebbero rimuovere tutti gli elementi carcerari (come le grate metalliche alle finestre, le reti metalliche nelle strutture per l'esercizio all'aperto) e adottare misure per fornire spazi chiudibili a chiave, insieme allo sviluppo di un regime alternativo di attività.

Nel confronto tra 2024 e 2025, ciò che emerge con maggiore forza non è solo la persistenza delle criticità, ma la loro stabilizzazione. Le condizioni inaccettabili diventano la norma, il degrado diventa quotidianità, e la dignità delle persone trattenute viene

progressivamente erosa attraverso pratiche ordinarie, apparentemente amministrative, ma profondamente lesive dei diritti fondamentali. È all'interno di questa cornice che vanno lette le singole criticità rilevate nei diversi CPR: non come disfunzioni isolate, ma come elementi di un sistema che produce sistematicamente sofferenza e compromissione della salute, rendendo la detenzione amministrativa incompatibile con il rispetto della dignità umana. Di seguito viene riportata una disamina più approfondita delle maggiori criticità riscontrate dalle delegazioni.

Condizioni delle strutture e accesso agli spazi

Un primo nodo riguarda la qualità delle aree, comprese le stanze/celle, e delle condizioni generali di manutenzione. I dati del 2025 fanno emergere una tendenza comune: dotazioni minimali, materiali poveri, difficoltà strutturali nel garantire biancheria adeguata e condizioni abitative dignitose. Le carenze non appaiono episodiche, ma riconducibili a un'impostazione complessiva che considera gli spazi abitativi come meri luoghi di contenimento, piuttosto che come ambienti di vita, seppur temporanea. A **Milano**, ad esempio, la delegazione segnala un miglioramento rispetto alle ispezioni precedenti in termini di pulizia e ordine nei moduli visitati, pur con il dubbio che siano state effettuate pulizie straordinarie in vista della visita semi-annunciata. Tuttavia, restano criticità strutturali rilevanti:

27. Comitato Europe per la prevenzione della tortura e delle punizioni e trattamenti inumani o degradanti, Relazione al Governo italiano sulla visita in Italia effettuata dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT) dal 2 al 12 aprile 2024, Strasburgo, 13 dicembre 2024.

etti e gestione della biancheria risultano totalmente inadeguati (lenzuola usa e getta in tessuto non tessuto spesso "a brandelli" a causa dell'uso e non sostituiti regolarmente); si registrano infiltrazioni d'acqua dal soffitto in caso di pioggia in moduli appena ristrutturati; è assente qualsiasi sistema di ventilazione o raffrescamento e il personale del centro non è in grado di far funzionare correttamente il riscaldamento, con segnalazioni da parte dei trattenuti di locali non riscaldati e di freddo notturno. Viene inoltre evidenziata una netta discrepanza tra lo stato degli ambienti utilizzati dall'ente gestore, ben puliti e mantenuti e gli spazi abitati dai trattenuti, spogli, disadorni, con muri scrostati e con pochissimo mobilio in condizioni pessime. Questa differenza contribuisce a rafforzare la percezione di una separazione simbolica e materiale tra chi amministra il centro e chi vi è trattenuto.

A **Caltanissetta**, le stanze, da sei a otto posti, sono descritte come in "estrema trascuratezza", prive di zanzariere e con strutture in cemento deteriorate; i trattenuti lamentano la presenza di cimici nelle camere e di insetti nei bagni. La delegazione segnala inoltre una discrepanza significativa tra quanto dichiarato nel regolamento interno in merito alla fornitura di biancheria e lenzuola e quanto effettivamente riscontrato durante la visita, in cui non vi era traccia di lenzuola. Questa distanza tra norme formali e prassi concrete incide direttamente sulla qualità della vita quotidiana e sulla credibilità delle garanzie dichiarate.

A **Roma**, i settori maschili sono organizzati in blocchi di stanze da otto letti in ferro, con uno spazio comune antistante dotato di tavolo per consumare i pasti. Nel settore femminile, emergono criticità specifiche legate al controllo climatico: non vi è la possibilità di regolare l'aria condizionata e la temperatura risulta spesso molto bassa. Le grate dell'aria condizionata sono state parzialmente coperte con plastica, non sono direzionabili e i letti sottostanti non possono essere spostati poiché cementati al pavimento. Inoltre, non vi è alcun controllo individuale sull'illuminazione: la luce viene spenta dall'esterno per tutti i blocchi contemporaneamente. I materassi sono in gran parte in gommapiuma gialla, sebbene siano stati introdotti alcuni materassi nuovi in gommapiuma bianca con cuciture. Anche in questo caso, la rigidità strutturale degli spazi limita ogni possibilità di adattamento alle esigenze individuali.

A **Trapani**, le celle sono prive di arredi e dotate di letti in cemento. Le parti comuni alle stanze consistono in uno spazio esterno interno ai singoli settori, delimitato da grate di ferro. L'unico strumento di ricreazione è una televisione murata in ogni gabbia. L'area esterna di ciascuna sezione è completamente vuota, priva di qualsiasi elemento che consenta un uso effettivamente ricreativo dello spazio. La configurazione complessiva restituisce un ambiente estremamente spoglio, in cui la permanenza è ridotta all'essenziale biologico.

A **Torino**, pur in una struttura che risulta essere stata più volte oggetto di interventi di ristrutturazione e manutenzione, l'ambiente viene descritto come disordinato e con rifiuti a terra. I sacchi di plastica vengono utilizzati in modo improprio per sopperire a elementi mancanti, ad esempio come tende improvvisate per aumentare la privacy o come fili per stendere i panni. Ogni cella dispone di sei letti. Non vi sono spazi comuni all'interno delle celle, ma un cortile centrale comune a ciascun modulo. All'interno delle diverse aree sono presenti stanze comuni con tavoli fissi e un lavandino, utilizzate per i pasti e, in alcuni casi, come spazi di permanenza prolungata. Questi adattamenti informali segnalano come l'organizzazione degli spazi non risponda ai bisogni reali delle persone trattenute.

Le condizioni abitative a **Palazzo San Gervasio** risultano particolarmente compromesse. Le celle appaiono fatiscenti, in alcuni casi bruciate, con evidenti danni strutturali e tutte le finestre interne rotte, determinando un ambiente complessivamente malsano e degradato. Le celle appaiono fatiscenti, in alcuni casi bruciate, con evidenti danni strutturali e tutte le finestre interne rotte, determinando un ambiente complessivamente malsano e degradato. Le persone trattenute sono esposte sia al freddo sia al caldo, in assenza di adeguati sistemi di protezione climatica; condizioni analoghe si riscontrano anche negli uffici, realizzati in prefabbricati precari.

Le stanze sono organizzate in moduli privi di porte, con spazi comuni che comprendono sia l'area notte sia i servizi igienici. Agli estremi si trovano stanze da quattro posti con letti in cemento e materassi molto sottili rivestiti in plastica; al centro sono collocati bagni alla turca e docce. La separazione degli spazi avviene tramite dislivelli e scale interne, senza reali barriere. Gli ambienti risultano ingombri da bottiglie di plastica e presentano segni evidenti di incuria diffusa, che incidono direttamente sulla salubrità e sulla dignità della permanenza.

A **Brindisi**, gli ambienti visitati risultano in condizioni non decorose. In particolare, i pavimenti appaiono logori, con caratteristiche strutturali che favoriscono l'accumulo di sporco e rendono difficile una pulizia efficace. Sebbene il contesto venga descritto come meno degradato rispetto ad altri CPR, la qualità materiale degli spazi resta insufficiente a garantire condizioni abitative adeguate.

Un secondo elemento riguarda l'accesso effettivo agli spazi. Fatta eccezione per Palazzo San Gervasio, in tutti gli altri CPR visitati i trattenuti non risultano formalmente confinati nelle sole celle, ma possono accedere quantomeno ad aree comuni antistanti alle stanze.

Tuttavia, in diversi CPR la distinzione tra "celle", "parti comuni" e "aree ricreative" è labile o svuotata di contenuto: ciò che viene definito "spazio comune" coincide spesso con corridoi, aree di passaggio o locali spogli, privi di dotazioni e non pensati per una socialità minima.

A **Caltanissetta**, ad esempio, le “parti comuni” sono descritte come lunghi corridoi con un televisore in fondo; molte persone portano lì il materasso per guardare la TV e la presenza di un solo apparecchio diventa fonte di attriti, segnalando come l'organizzazione del tempo e della convivenza sia lasciata a dinamiche conflittuali in assenza di alternative reali. A **Milano**, l'area “ricreativa” consiste nella sala mensa, dove è presente una televisione di piccole dimensioni, appesa molto in alto nell'angolo tra parete e soffitto e collocata all'interno di una struttura di protezione, con un plexiglass sporco che offusca la visione. L'audio non è udibile e un cartello avverte il personale di non consegnare il telecomando alle persone trattenute; in un modulo, la televisione risulta del tutto non funzionante.

Il tema della **totale mancanza di privacy** è ricorrente nei CPR. A Milano, i trattenuti sono di fatto costretti a barattare la possibilità di muoversi liberamente all'interno del proprio modulo con una totale assenza di riservatezza. Le porte interne non vengono mai chiuse, consentendo l'accesso continuo sia alla stanza comune sia al cortile esterno. Alcuni apprezzano questa libertà di movimento, altri la descrivono come una fonte costante di rumore e stress, sottolineando come “a differenza del carcere, qui non c'è mai un momento in cui la cella si chiude e si può riposare”. Uno spazio comune con uscita di emergenza è stato occupato da alcuni trattenuti che vi hanno portato il proprio materasso, sistemato a terra, per cercare maggiore privacy e tranquillità rispetto alla cella.

A **Torino**, alcune aree destinate ai pasti si trasformano in dormitori di fortuna, talvolta per scelta, al fine di ottenere maggiore riservatezza, talvolta per necessità, in quanto alcune persone risultano isolate dagli altri trattenuti. Questo mostra un meccanismo ricorrente: quando gli spazi non consentono né privacy né una socialità “protetta”, i trattenuti si spostano e si riorganizzano autonomamente, anche dormendo fuori dalla propria stanza, per attenuare conflitti o sottrarsi a condizioni percepite come insopportabili.

Un terzo profilo riguarda la **fruibilità degli spazi esterni** quali aree ricreative: la loro esistenza formale non coincide con un accesso regolare e non arbitrario. A Torino risultano presenti spazi per l'attività all'aperto (campi sportivi), ma sono descritti come sottoutilizzati; più in generale, si osserva che molti trattenuti “non hanno modo di impegnare in alcun modo il loro tempo”, con apatia o insofferenza che possono sfociare in aggressività.

“

In fondo a un corridoio, davanti alla porta di ferro di sicurezza, **un trattenuto aveva depositato una coperta e stava pregando, cercando di trovare un angolo di silenzio.**

Testimonianza dalla scheda di monitoraggio 2025 del CPR di Milano

A **Palazzo San Gervasio**, l'accesso alle aree esterne si traduce nella possibilità di utilizzare un "modulo più ampio" per giocare a pallone, che resta tuttavia una cella semplicemente più grande, dalla quale è impossibile vedere l'esterno: lo spazio ricreativo rimane quindi interno a una logica di chiusura, più che di reale apertura.

A **Roma**, emerge una contraddizione analoga: è presente un campo da calcio, ma risulta inutilizzabile per "questioni di sicurezza", in quanto richiederebbe un numero elevato di agenti; inoltre, una "zona ricreativa" viene dichiarata ma non è stata né visitata né vista.

A **Milano**, l'area "ricreativa" consiste nel cortile accessibile dalla sala mensa, un rettangolo di cemento con prolungamenti delle pareti anti-scavalco in plexiglass; durante la visita (fine settembre), la temperatura in questi ambienti risultava molto elevata, rendendo difficoltosa la permanenza.

Le condizioni strutturali non sono neutrali rispetto alle dinamiche discrezionali di potere e di controllo: dove gli spazi sono scarsi, chiusi e privi di luoghi "terzi" (socialità, attività, riservatezza), ogni bisogno tende a essere mediato dall'organizzazione interna e dal personale. La delegazione di **Torino** lo esprime in modo emblematico, osservando che ogni esigenza diventa oggetto di richiesta e contrattazione con il personale del centro, dal sapone alle sigarette fino al telefono; analogamente, per esercitare il diritto di svolgere attività all'aperto o sportiva, i trattenuti riferiscono di dover insistere o protestare.

Qualità dei servizi igienici e della cura della persona

L'analisi comparata delle condizioni dei servizi igienici nei CPR monitorati nel 2025 evidenzia come le stesse criticità si riproducano con notevole regolarità, configurando non una sommatoria di carenze episodiche, ma un modello sistemico di gestione del trattenimento.

In più CPR i servizi igienici versano in condizioni strutturali gravemente compromesse, con segni evidenti di incuria e mancata manutenzione ordinaria.

Il caso più estremo è quello di **Caltanissetta**, dove bagni e docce risultano in condizioni definite "pessime": muffe diffuse, intonaco e pittura che si staccano dalle pareti, rubinetteria e soffioni di fortuna, con detriti che rimangono addirittura tra i capelli dei trattenuti durante l'uso delle docce. In questo centro, inoltre, numerosi bagni e lavabi risultano non funzionanti o funzionanti solo parzialmente, riducendo drasticamente l'effettiva fruibilità di servizi già numericamente scarsi.

Anche a **Palazzo San Gervasio** il degrado è marcato: i servizi igienici, collocati direttamente all'interno delle celle, presentano condizioni di forte sporcizia e disordine, con accumulo di rifiuti (in particolare bottiglie di plastica) e pulizie effettuate con strumenti inadeguati, utilizzati promiscuamente per pavimenti e sanitari. In entrambi i casi, il deterioramento non appare contingente, ma strutturale e persistente.

Nel CPR di **Milano**, pur in presenza di un lieve miglioramento rispetto a precedenti monitoraggi, permangono criticità significative: muri scrostati, umidità, perdite d'acqua continue e pavimenti costantemente bagnati, a conferma di una manutenzione insufficiente anche in un centro di grandi dimensioni e con risorse teoricamente più consistenti.

Una seconda criticità trasversale riguarda l'accesso all'acqua, sia in termini di quantità sia di qualità.

A Palazzo San Gervasio, i trattenuti riferiscono la presenza di acqua solo tiepida e non sempre sufficiente. Nel CPR di Caltanissetta, i trattenuti lamentano una cronica carenza di acqua calda, dovuta a un sistema di approvvigionamento inadeguato (2000 litri complessivi) e a guasti frequenti: durante la visita era in corso un intervento di manutenzione d'urgenza per garantire una fornitura minima.

Nel CPR di Milano, la problematica assume una forma diversa ma altrettanto significativa: l'acqua disponibile nei lavandini e nelle docce è esclusivamente calda, senza possibilità di regolazione, rendendo l'uso dei servizi disagiata. Anche qui si registrano perdite continue e malfunzionamenti, come nel modulo B, dove l'acqua scorre senza sosta nei locali docce e bagni.

Il tema dell'assenza di privacy si riscontra anche all'interno dei bagni. Nel CPR di **Torino**, bagni e docce non sono dotati di porte o chiusure, rendendo impossibile qualsiasi forma di riservatezza.

Analogamente, nel CPR di Milano, nei moduli B e C le docce e i gabinetti sono separati unicamente da tende in PVC che non si chiudono completamente, lasciando ampie aperture centrali e consentendo la visione dall'esterno.

Solo nel modulo E si riscontra una parziale separazione in muratura, che tuttavia garantisce una privacy minima e consente comunque il controllo visivo dall'alto. Nel CPR di **Roma**, la situazione appare ancora più improvvisata: alcune docce sono schermate con sacchi di plastica utilizzati come tende, mentre altre risultano non funzionanti.

In più CPR l'accesso ai beni essenziali per l'igiene personale non è garantito in modo automatico e continuativo. Nel CPR di **Torino**, il sapone viene distribuito in quantità minime e spesso diluito; i trattenuti riferiscono di dover negoziare o protestare per ottenere il sapone, inserendo anche l'igiene personale in una dinamica di dipendenza costante dal personale.

Anche a Roma emerge una gestione non strutturata della fornitura di beni igienici, con assenza di indicazioni chiare sulla distribuzione di carta igienica e prodotti per la pulizia personale.

Le condizioni materiali dei servizi igienici incidono direttamente sulla sicurezza delle persone trattenute. Nel CPR di Milano, la presenza costante di acqua sul pavimento rende gli ambienti scivolosi; diversi trattenuti hanno riferito cadute. A Caltanissetta, muffe, umidità persistente e superfici ammalorate configurano un ambiente insalubre, con potenziali ricadute su patologie respiratorie e dermatologiche.

L'insieme di questi fattori (carenze strutturali, acqua insufficiente o mal gestita, scarsa pulizia) contribuisce a creare un rischio sanitario diffuso, particolarmente grave in un contesto di trattenimento amministrativo che può protrarsi per mesi. Le criticità riscontrate nei servizi igienici si intrecciano direttamente con altre dimensioni materiali che incidono sulla salute delle persone trattenute. L'igiene personale non dipende unicamente dalla disponibilità di bagni e docce, ma è strettamente connessa anche alla possibilità di disporre di indumenti puliti e adeguati. Nei CPR monitorati, la gestione del vestiario e della lavanderia non raggiunge standard minimi sufficienti, e si fonda su modalità eterogenee e talvolta informali. Ciò incide sulla capacità delle persone trattenute di **mantenere condizioni minime di decoro e adeguatezza degli indumenti nel tempo**, con ricadute che non sono solo materiali, ma anche sanitarie. Per quanto riguarda la fornitura di vestiti, in diversi CPR l'ente gestore dichiara l'esistenza di un kit di ingresso. A Milano, viene riferita la consegna di un kit iniziale con cambio e la disponibilità di una cassetta numerata per il deposito degli effetti personali; i trattenuti confermano di aver ricevuto un solo cambio di vestiti nell'arco di dieci giorni di trattenimento, suggerendo una frequenza di ricambio limitata nella pratica. A **Torino**, il kit all'ingresso viene fornito, ma non sempre ciascun trattenuto riesce a conservare gli indumenti a lui destinati, poiché altri

se ne appropriano, in un contesto descritto come di sostanziale autogestione. Anche a **Trapani e a Brindisi**, l'ente gestore dichiara la fornitura di vestiti nuovi all'ingresso e su richiesta, con la presenza di due kit distinti (estivo e invernale), mentre i trattenuti riferiscono che la distribuzione avviene solo al momento dell'ingresso. Nel CPR di Palazzo San Gervasio durante la visita è stato osservato che, nonostante le basse temperature, diversi trattenuti indossavano abiti estivi e sandali, con persone visibilmente infreddolite, segnalando una dotazione non adeguata alle condizioni climatiche. La disponibilità limitata di indumenti rende il ricorso alla lavanderia un elemento essenziale per il mantenimento di condizioni igieniche adeguate; tuttavia, fatta eccezione di alcuni casi,²⁸ il servizio di lavanderia presenta criticità marcate in diversi CPR. A **Torino**, non è descritto un servizio strutturato di lavanderia: sono presenti fili per stendere e indumenti appesi ad asciugare, ma tali fili risultano in realtà essere sacchi di plastica arrotolati e utilizzati a questo scopo; le lenzuola fornite sono usa e getta, mentre solo alcuni trattenuti utilizzano lenzuola non monouso ricevute dalle famiglie. Al CPR di Caltanissetta, i panni vengono lavati direttamente dai trattenuti in bacinelle e asciugati all'esterno quando possibile. Gli operatori affermano l'esistenza di un servizio di lavanderia "a richiesta", collocato fuori dal CPR ma all'interno dell'area del centro, che restituirebbe il bucato lavato ma non asciugato; tuttavia, nessuna delle persone trattenute incontrate ha confermato di aver mai usufruito di tale servizio.

28. A Roma, il servizio di lavanderia include cinque lavatrici di dimensioni standard, di cui due dedicate esclusivamente al lavaggio delle coperte e della biancheria del centro, oltre a un'asciugatrice; il servizio viene erogato dagli operatori, che raccolgono le buste con il bucato dei trattenuti. A Milano sembra esistere un locale lavanderia nel quale, su richiesta dei trattenuti, vengono lavati i vestiti personali. A Palazzo San Gervasio, la lavanderia è indicata come attiva una volta alla settimana, il sabato.

Qualità dei pasti e modalità di somministrazione

Il quadro che emerge dai CPR monitorati restituisce un sistema in cui il vitto assume una dimensione priva di una reale attenzione alla qualità, alla regolarità del servizio e alle modalità di consumo. La fornitura del cibo, nella quasi totalità dei centri, è affidata a servizi di catering esterni e si caratterizza per una qualità percepita come scarsa, una limitata varietà dei pasti e modalità di consumo che avvengono frequentemente in spazi inadeguati o non destinati alla refezione. L'assenza o la marginalizzazione degli spazi mensa, unita alla frequente consumazione dei pasti nelle stanze o in ambienti inadeguati, contribuisce a una quotidianità segnata dalla perdita di dignità e dalla progressiva erosione di pratiche minime di cura e rispetto della persona.

Nel CPR di **Milano**, i pasti vengono forniti tre volte al giorno, ma i trattenuti riferiscono che sia la qualità sia la quantità risultano insufficienti. Il cibo arriva già confezionato; nel registro degli eventi critici sono riportati episodi legati a irregolarità nella consegna, tra cui pasti non termosigillati e indicazioni di scadenza corrette manualmente. Anche l'accesso all'acqua potabile risulta limitato, poiché le bottigliette vengono conservate in spazi non direttamente accessibili ai trattenuti. Sebbene ogni modulo disponga formalmente di un'area mensa, le condizioni di usura degli ambienti e l'organizzazione degli spazi fanno sì che i pasti vengano spesso consumati nelle stanze o nei cortili.

Una situazione analoga emerge nel CPR di **Roma**, dove il vitto è fornito da catering esterno e viene segnalata una distribuzione non sempre regolare, con pasti talvolta serviti freddi o in ritardo. Alcuni trattenuti hanno riferito la presenza di insetti nel cibo. Le sale mensa risultano formalmente presenti, ma il loro utilizzo è limitato e disomogeneo tra i diversi settori, anche a seguito di precedenti episodi di tensione e rivolte. Di fatto, la consumazione dei pasti avviene prevalentemente negli spazi antistanti le stanze o all'interno dei moduli abitativi.

Nel CPR di **Torino**, i trattenuti descrivono pasti di scarsa qualità, basati su cibo precotto servito in vaschette di plastica, con porzioni ritenute insufficienti e una dieta ripetitiva. L'area mensa, pur esistente, non svolge una funzione reale di spazio di consumo dei pasti: viene utilizzata per altre funzioni, mentre i pasti vengono abitualmente consumati nelle stanze.

Nel CPR di Caltanissetta, la qualità del vitto è descritta come poco varia e quantitativamente insufficiente, con scarsa attenzione alle esigenze dietetiche individuali. L'area mensa, pur prevista, risulta di fatto sottoutilizzata: l'organizzazione dei turni e i tempi ridotti di accesso rendono poco praticabile la consumazione dei pasti in questo spazio, al punto che diversi trattenuti riferiscono di non averla mai utilizzata. Di conseguenza, i pasti vengono consumati prevalentemente nelle stanze o nei cortili.

Nel CPR di Palazzo San Gervasio, la mancanza di spazi dedicati alla refezione obbliga i trattenuti a consumare i pasti all'interno delle celle. Il vitto è descritto come monotono,

basato quasi esclusivamente su piatti di pasta, e privo di varietà. Le modalità di consumo risultano particolarmente degradanti: in assenza di tavoli o spazi comuni, le persone mangiano sedute sui letti o su gradini improvvisati. Anche nel CPR di Trapani, l'assenza di un'area mensa comporta che i pasti vengano consumati direttamente negli spazi di vita, senza una distinzione funzionale tra luoghi destinati al riposo e momenti della refezione.

Fa parziale eccezione il CPR di **Brindisi**, dove è presente un'area mensa utilizzata regolarmente e i pasti risultano consumati negli spazi comuni. Tuttavia, anche in questo caso, la fornitura del vitto è esternalizzata e non emergono elementi che indichino una particolare attenzione alla qualità o alla varietà dell'alimentazione.

Comunicazione con l'esterno

La comunicazione con familiari, legali, reti sociali e associative rappresenta non solo un diritto fondamentale della persona trattenuta, ma anche una garanzia indiretta di tutela: consente di mantenere legami affettivi, di accedere a informazioni e assistenza, di segnalare condizioni di disagio o violazioni, e di esercitare in modo effettivo il diritto di difesa. Già nel rapporto 2024 si era evidenziato come la compressione o l'ostacolo alle comunicazioni costituissero uno degli aspetti più problematici della vita nei CPR, contribuendo a rendere il trattenimento una forma di isolamento sociale e relazionale non prevista né giustificata dal quadro normativo di riferimento.

Il monitoraggio 2025 ha consentito di approfondire ulteriormente questo profilo e di individuare un **modello ricorrente**: nei diversi CPR, pur con modalità differenti, la comunicazione con l'esterno risulta **sistematicamente limitata, mediata dall'ente gestore o riorganizzata in forme che ne riducono l'autonomia, la continuità e l'effettività**. In altri termini, ciò che dovrebbe configurarsi come un diritto esercitabile in modo diretto tende a trasformarsi in una concessione regolata dall'organizzazione interna del centro. Telefoni ritirati o sostituiti, utilizzo vincolato a orari, dispositivi con funzioni rudimentali e non sempre accessibili: tutti elementi che concorrono a trasformare la comunicazione in uno strumento controllato, più che in una garanzia di tutela.

Una prima criticità trasversale riguarda la **disponibilità dei telefoni personali**. Nella maggior parte dei CPR il telefono viene requisito all'ingresso, in altri è formalmente consentito ma soggetto a restrizioni tali da svuotarne la funzione. I telefoni messi a disposizione dagli enti gestori sono di vecchia generazione e non permettono di navigare su Internet o fare videochiamate.

Ad esempio, a **Roma**, all'ingresso il telefono personale viene ritirato e alle persone trattenute viene consegnato un dispositivo abilitato esclusivamente alle chiamate. Se la persona è in possesso di una propria SIM, questa viene trasferita sul telefono fornito; in caso contrario, la persona rimane di fatto senza possibilità di comunicare poiché non risultano telefoni dell'ente gestore disponibili liberamente per chi non dispone di SIM, né soluzioni alternative strutturate.

Questo sistema comporta una dipendenza totale dall'infrastruttura del centro e dal possesso di risorse individuali, introducendo una discriminazione di fatto tra chi ha una SIM e chi non ce l'ha, e riducendo drasticamente l'autonomia comunicativa delle persone trattenute. Una logica simile, seppur declinata diversamente, emerge anche in altri contesti. A Trapani, i trattenuti non possono tenere con sé il telefono personale e l'accesso alle comunicazioni avviene attraverso dispositivi messi a disposizione dalla struttura. Le testimonianze raccolte durante i colloqui con i trattenuti segnalano difficoltà e limitazioni nelle comunicazioni.

A **Brindisi e Caltanissetta**, i telefoni personali non sono consentiti e l'uso dei dispositivi messi a disposizione dall'ente è regolato dalla struttura. A Caltanissetta, i trattenuti lamentano l'impossibilità di effettuare videochiamate con le famiglie poiché il numero messo a disposizione dal centro per le chiamate viene identificato come spam dal telefono ricevente e quindi la chiamata viene bloccata.

A **Torino**, l'ente gestore mette a disposizione un telefono cellulare ogni cinque o sei trattenuti. Tuttavia, negli orari consentiti è difficile che tutti riescano ad effettuare le chiamate a familiari e rappresentanti legali. In aggiunta, le chiamate sono consentite solo in determinate fasce orarie spesso incompatibili con il fuso orario del paese di origine.

A **Palazzo San Gervasio**, all'arrivo nel CPR i trattenuti hanno a disposizione una scheda pagata dall'ente gestore.

Successivamente ogni telefonata ha un costo medio di 5 euro per una durata inferiore a cinque minuti. Anche in questo caso, il telefono messo a disposizione non ha accesso ad internet e non consente di effettuare videochiamate. Un trattenuto riportava disperato di non poter vedere sua figlia di cinque anni che non riesce a capire dove si trovi il padre. Un secondo trattenuto aveva una mano gonfia a causa di un litigio scoppiato per utilizzare il telefono.

Un ulteriore elemento problematico emerge a **Gradisca d'Isonzo**, dove si segnala che, nella fase iniziale del trattenimento, l'accesso alla comunicazione può essere precluso fino alla convalida del trattenimento. In questo periodo particolarmente delicato i telefoni pubblici messi a disposizione risultano non sempre funzionanti/accessibili.

Nel solo CPR di **Milano**, il telefono personale è formalmente consentito, ma l'accesso risulta comunque condizionato. I trattenuti infatti possono tenere i propri telefoni cellulari se li possiedono con sé al momento dell'ingresso. Se non ne possiedono uno, possono chiedere al centro di acquistarne uno, ma non possono acquistare una scheda SIM senza permesso di soggiorno valido. Di conseguenza dipendono dagli altri detenuti per connettersi a internet e comunicare con l'esterno.

“

Mi chiamo Adil

Oggi protestiamo, siamo da 10 ore in protesta. Spacchiamo tutto. Questo posto è disumano.

Non abbiamo cibo perché quello che ci portano è scaduto. Se chiedi un medico se ne fregano finché o cadi per terra morto o accendi il fuoco. Qui la diaria è di 2 euro e 50 e se hai sete e vuoi acqua in più rispetto a quella che ti danno (2 litri al giorno) devi pagare 4 euro! Se vuoi un succo costa 6 euro! Io ho un figlio di 11 anni che sta a Roma, **gli voglio bene.**

Adil è stato processato per devastazione e saccheggio e poi riportato al CPR in attesa dei tempi processuali.
Tratto da: “Marco Cavallo libera tutti”.

2.5 Informativa legale e assistenza legale

Poiché le persone arrivano nei CPR, in genere, senza sapere perché sono state fermate, identificate, trattenute e condotte in un luogo che può essere anche molto distante da quello del prelevamento, assume importanza cruciale che siano almeno rese edotte, una volta sul posto, circa le motivazioni del loro internamento, quali sono le regole che dovranno rispettare durante la loro permanenza forzata nel centro, quali sono i loro diritti e come possano farli valere. Il diritto dell'UE risulta chiaro in tal senso: la Direttiva 115/08/CE all'art. 16 par. 5 stabilisce infatti che “I cittadini di paesi terzi trattenuti sono sistematicamente informati delle norme vigenti nel centro e dei loro diritti e obblighi. Tali informazioni riguardano anche il loro diritto, ai sensi della legislazione nazionale, di mettersi in contatto con gli organismi e le organizzazioni di cui al paragrafo 4.1” (gli enti internazionali, nazionali e non governativi che possono accedere ai centri di trattenimento). A livello di disposizioni interne, la Direttiva del 19 maggio 2022 (art. 2) identifica una serie di obblighi informativi e oneri di tutela che ricadono sugli Enti Gestori e si riflettono anche nei contratti di appalto, quindi per essi giuridicamente vincolanti. A fronte di tali obblighi, tuttavia, dalle evidenze raccolte emerge una situazione di diffuso e grave inadempimento, con prassi a macchia di leopardo quanto alle iniziative adottate, tutte comunque gravemente insufficienti.

In genere, nei Centri visitati sono stati reperiti Regolamenti interni, di ampiezza e lunghezza variabile, alcuni con articolati essenziali e ridotti (Palazzo San Gervasio 2 pagine, in più lingue veicolari e in arabo, Brindisi 3 pagine), altri con articolati più lunghi (Brindisi 5 pagine, Milano 7 pagine) o lunghissimi (Torino 29 pagine), tutti con previsioni che si rifanno agli obblighi di informativa e di tutela legale richiamati. È sul piano della garanzia di quei diritti richiamati, tuttavia, che si sono riscontrate gravi carenze sistemiche.

Per lo più, **Carta dei diritti e dei doveri, Regolamento interno e opuscolo informativo non sono consegnati ai trattenuti**. La loro consegna, seppur dichiarata da qualche Ente Gestore, non è risultata comprovata: a Caltanissetta le dichiarazioni in questo senso sono state smentite dai trattenuti; a Trapani si è motivata la mancata consegna con il rischio che i fogli di carta possano essere bruciati e costituire un pericolo per la salute delle persone detenute.

In alcuni centri la carta dei diritti è appesa alle pareti prossime agli uffici direzionali o negli spazi comuni o nei corridoi che conducono ai vari servizi (Gradisca d'Isonzo plurilingue, Milano plurilingue, Roma plurilingue, Brindisi). La maggior parte degli Enti Gestori fa soltanto visionare la documentazione ed essendo i mediatori assenti, o presenti in maniera ridotta per numero e lingue, non si comprende come sia garantito il diritto di informativa e adempiuto il corrispondente obbligo dei gestori. Alcuni trattenuti hanno dichiarato che l'informativa orale si svolge velocemente e che sono stati invitati a firmare qualcosa che non hanno compreso (Trapani, Palazzo San Gervasio).

In un caso, il personale ha segnalato l'esiguità delle ore per l'attività di orientamento (**Brindisi**).

La doglianza circa le difficoltà di scelta e nomina di un legale di fiducia è diffusa. In molti centri non viene consegnato o reso altrimenti disponibile l'elenco dei difensori che prestano il gratuito patrocinio (**Torino, Macomer**), e comunque anche quando dichiarato dai gestori non è riscontrato in pratica. In alcuni colloqui, i trattenuti hanno riferito di ricevere un foglio già compilato per la nomina (**Gradisca d'Isonzo, Palazzo San Gervasio**). In tutti i centri, in ogni caso, si è riscontrata scarsa trasparenza circa le nomine degli avvocati e in un caso si è espressamente evidenziata la necessità di approfondimenti (Brindisi). Pochi sono i centri in cui è risultata la presenza di sale colloqui con i legali che garantiscano la privacy (Torino, Milano, Caltanissetta). Non costante e molto limitata, per numero e lingue, la presenza dei mediatori. In alcuni centri i gestori hanno dichiarato che la mediazione linguistica è attivabile a richiesta e su necessità (Torino, Milano); anche in questo caso, prevalgono le evidenze circa l'assenza di trasparenza e chiarezza sulla loro effettiva presenza e utilizzabilità. È costante nelle occasioni di colloquio che i trattenuti lamentino di non sapere perché si trovano nei vari CPR, denotando una chiara inosservanza degli obblighi di informativa e di tutela. Sono state rilevate situazioni di acuta vulnerabilità non trattata, che hanno portato anche a segnalazioni specifiche alla Prefettura e alle strutture territoriali sanitarie (es. Torino, Brindisi), comportando in taluni casi la liberazione dei trattenuti.

Durante gli accessi, diversi trattenuti hanno chiesto aiuto per poter parlare con un avvocato.

La situazione riscontrata dalle delegazioni in pressoché tutti i CPR per ciò che riguarda l'accesso effettivo ad un avvocato e la mediazione linguistica rendono lo stato generale dei CPR italiani del tutto inadeguato rispetto agli obblighi del diritto UE ed in particolare della citata Direttiva 115/08/CE che dispone che " Il cittadino di un paese terzo interessato ha la facoltà di farsi consigliare e rappresentare da un legale e, ove necessario, di avvalersi di un'assistenza linguistica" (art. 13 par. 3) . Si conferma pertanto l'importanza di quanto già osservato dal Comitato Europeo per la prevenzione della tortura nel citato rapporto sullo stato dei CPR italiani laddove raccomanda alle autorità italiane di "adottare misure adeguate per consentire agli avvocati (d'ufficio) di consultare il fascicolo e incontrare i propri clienti prima dell'udienza giudiziaria, con l'ausilio di un interprete se necessario" (80).

“

Mi chiamavo Wissem Ben Abdelatif.

Guardate da questo oblò, si vedono le luci, ma noi a terra non siamo mai arrivati. Ci tengono qui. Ho bisogno di un avvocato datemi un avvocato. Devo chiedere protezione ... guardate che posto è questo! Ci hanno portato in carcere, ma noi non abbiamo fatto niente. Guardate dove siamo! Stiamo protestando perché non è giusto, **vogliamo la nostra libertà. Vogliamo un avvocato.**

Wissem è morto il 28 novembre 2021 legato mani e piedi in un letto di contenzione del reparto psichiatrico dell'ospedale San Camillo di Roma. Era stato legato per 100 ore. Nel Cpr aveva ricevuto la diagnosi che ha rappresentato il suo timbro di morte: sindrome schizoaffettiva. Wissem era arrivato sano in Italia. È morto senza mai essere stato libero, dopo un mese e 26 giorni di presenza in Italia tra navi quarantena, Cpr e reparti psichiatrici. Il processo è in corso. Tratto da: "Marco Cavallo libera tutti".

Box 3 - Obblighi di informativa e di garanzia dell'assistenza legale

L'Ente Gestore deve informare lo straniero circa la possibilità di richiedere protezione, garantire il diritto di reclamo; inoltre, al momento dell'ingresso, deve informarlo "dei suoi diritti e doveri all'interno del Centro, dei beni forniti e dei servizi erogati, delle modalità di trattenimento e delle regole di convivenza all'interno del Centro, anche mediante consegna" di materiali tra cui quali l'opuscolo informativo e il Regolamento interno del centro.

L'Ente Gestore deve inoltre informare, prima dell'udienza di convalida, lo straniero della possibilità di nominare un avvocato di fiducia e rende immediatamente consultabile su richiesta l'elenco degli avvocati che prestano gratuito patrocinio, fornito dal Consiglio dell'Ordine degli Avvocati, su richiesta della Prefettura, periodicamente aggiornato. L'informativa deve essere svolta da un operatore legale con la partecipazione di un mediatore linguistico-culturale, che resta disponibile anche per i colloqui.

Le informazioni soggette agli obblighi di informativa devono essere messe a disposizione in una lingua comprensibile al trattenuto. Il materiale informativo in ogni caso deve essere tradotto in inglese, francese, spagnolo, russo, cinese e arabo. Durante il periodo di permanenza lo straniero ha diritto a nominare un avvocato di fiducia e consultare l'elenco degli avvocati che prestano gratuito patrocinio, sopra citato (All. 1a della Direttiva del 19/05/2022, Carta dei diritti e dei doveri dello straniero trattenuto).

BOX 4 - Criticità relativa alle mediazione interculturale CPR di Caltanissetta

Secondo quanto riferito dai trattenuti:

- al momento dell'accesso al CPR non viene fornito alcun tipo di informativa riguardo il regolamento interno, tantomeno in lingua comprensibile.
- Nessun mediatore linguistico-interculturale interviene nella comunicazione tra gli operatori del Centro e i trattenuti.
- Nessun mediatore linguistico-interculturale interviene nella comunicazione tra gli appartenenti alle forze dell'ordine presenti nel Centro e i trattenuti.
- Non vi è la possibilità di comunicare con il proprio legale attraverso un mediatore linguistico-interculturale.

Durante il colloquio con gli operatori del Centro ci è stato riferito che l'Ente Gestore avrebbe contrattualizzato un unico mediatore linguistico-interculturale per le lingue francese, inglese, tedesco e arabo. Per le più comuni lingue sub-sahariane (Bambarà, Mandinga), sempre secondo gli operatori del Centro, esisterebbe la possibilità di attivare un mediatore a chiamata (in regime di prestazione occasionale) che però, almeno nell'ultimo anno, non è mai stata utilizzata.

2.6 Tempo “libero”

Il monitoraggio precedente aveva già evidenziato come il tempo trascorso all'interno dei CPR fosse connotato da una sostanziale assenza di attività strutturate, ricreative o sociali, con una riduzione del cosiddetto “tempo libero” a una dimensione puramente residuale e passiva.

I dati raccolti nel ciclo di monitoraggio 2025 confermano questo quadro, mostrando ancora una volta la normalizzazione della totale assenza di tempo “significativo”.

Come già trattato nel paragrafo iv. Condizioni di Vita, in tutti i CPR monitorati le cosiddette aree ricreative interne non corrispondono a spazi pensati per attività, socialità o benessere, ma coincidono di fatto con le sale mensa (neppure sempre accessibili) o con corridoi comuni, dove è presente (quando funziona) un unico televisore, spesso senza audio e senza la possibilità di poter scegliere il canale. In nessun centro la visione della TV può essere considerata un'attività ricreativa nel senso proprio del termine: si tratta piuttosto di un riempitivo passivo, che non interrompe ma accompagna la ripetizione vuota delle giornate.

Anche gli spazi esterni, formalmente classificati come “aree ricreative”, risultano inadeguati e privi di qualsiasi funzione riabilitativa o socializzante.

I cortili sono costituiti ovunque da rettangoli di cemento, circondati da muri alti e barriere anti-scavalco, privi di ombra, arredi, attrezzature sportive o spazi differenziati.

L'unica attività motoria segnalata consiste, in alcuni casi, nella presenza di un pallone con cui giocare

sporadicamente, senza alcuna organizzazione, frequenza o supporto da parte dell'ente gestore.

Le attività ricreative, sociali e religiose fornite dai centri risultano scarse o del tutto assenti.

In più CPR, sia i trattenuti sia il personale confermano esplicitamente che non vengono proposte attività di alcun genere. A **Milano**, il personale dichiara apertamente che non esistono attività organizzate, mentre i trattenuti raccontano di giocare saltuariamente a pallone nel cortile interno; a **Palazzo San Gervasio**, la possibilità di giocare a pallone non risulta garantita in modo automatico, ma subordinata a una richiesta preventiva al personale e durante la visita di monitoraggio, l'attività è stata vietata; a **Caltanissetta e Brindisi** non risultano iniziative strutturate né interne né in collaborazione con soggetti esterni.

In un solo centro, **Gradisca di Isonzo**, è segnalata la presenza di una palestra effettivamente funzionante, ma con accessi estremamente limitati nel tempo per gruppi di 2-3 persone, tale da ridurre l'attività fisica a pochi minuti settimanali per ciascuna persona, senza che ciò possa essere considerato un intervento significativo sul benessere psicofisico (ogni sezione può accedervi solo due volte a settimana, e il tempo effettivo disponibile per ciascuna persona è di appena 20-30 minuti settimanali). Particolarmente rilevante è l'assenza quasi totale di reti territoriali coinvolte in attività ricreative o sociali. Le delegazioni mostrano come le collaborazioni con il terzo settore, laddove esistenti, si concentrino

prevalentemente su informazione legale o supporto sanitario, mentre le attività ricreative, fatta eccezione per Torino e Roma, risultano quasi del tutto escluse dalle convenzioni o dai programmi di accesso. A Torino sono state segnalate convenzioni con enti del terzo settore per tornei di calcio, e a Roma l'ente gestore riferisce di attività ricreative, sociali e religiose, ma i trattenuti con cui la delegazione ha parlato, sollecitati in modo specifico sul punto, non hanno riferito di avere accesso effettivo a tali attività o alla presenza regolare di figure religiose. Sempre a Roma, la Comunità di Sant'Egidio ha confermato lo svolgersi di alcune attività, tra cui la scuola di italiano.

Le testimonianze raccolte nel 2025 restituiscono con forza l'impatto di questa condizione. Tutti i trattenuti incontrati indicano la scarsità/ assenza di attività come uno degli elementi più duri e destabilizzanti del CPR.

Emblematico il caso di Palazzo San Gervasio, in cui alcuni trattenuti avrebbero smesso anche di chiedere di uscire per svolgere attività minime, come giocare a pallone, segnalando una condizione di apatia e disinvestimento totale dal tempo libero.

Le giornate si ripetono identiche, senza scansioni, obiettivi o possibilità di occupare il tempo in modo significativo. Il corpo resta inattivo, se non per il camminare circolare nei cortili; la mente resta costantemente esposta all'ansia legata all'incertezza sulla durata del trattenimento e al suo esito.

In un contesto in cui il ricorso agli psicofarmaci è elevato e il disagio mentale diffuso, anche la mancanza di qualsiasi possibilità di movimento, espressione, relazione o spiritualità contribuisce in modo diretto al peggioramento delle condizioni di salute.

“

**In questo senso,
il “tempo libero” nei CPR
non è tempo di libertà ma
tempo vuoto, imposto, che
agisce come fattore di
sofferenza psichica e di
logoramento progressivo.**

“

Mi chiamo Mohammad.

Io sono in Italia da più di 15 anni, non so più nemmeno come è il mio paese. Ho fatto il mediatore e partecipato tante volte alle manifestazioni per i nostri diritti e in piazza in tante città.

A un certo punto ho avuto difficoltà, ho perso il permesso e dopo qualche mese sono finito qui. Tutto cancellato, tutte le mie parole nel cesso. **La parola diritti che ho gridato tante volte è morta, finita per sempre.** Questa è una gabbia per scimmie.

Se hai bisogno del medico, non viene e dobbiamo urlare tutti insieme e spesso non basta perché dobbiamo accendere il fuoco così qualcuno viene. Qui ci sono due che non parlano nemmeno, non so se perché sono muti, ma insieme hanno qualcosa che non va, eppure vedi... stanno qui. Come fanno a stare qui?

Si vede che hanno tanti problemi. **Io non ce la faccio più, non prendo i farmaci per dormire che danno a tutti, ma non ce la faccio più.**

Sono arrabbiato ora. Sono stato 7 anni in carcere ok, ma il carcere era meglio che stare qui. Ora ammazzo qualcuno anche qui così torno in carcere. Meglio! Sono qui da 10 mesi! Sai quante cose si possono fare in 10 mesi... Qui non facciamo niente. Niente. Il cibo fa schifo ed è scaduto. Ogni giorno qualcuno si taglia, perché non ce la fa più. Ci stanno giorni dove ci sta tanto sangue e uno qui va a vedere e sente l'odore del sangue.

Anche lui, non sta bene, non è normale.

Non si può vivere qui. Non si può.

Mohammad vorrebbe tornare in Tunisia, mentre era in Italia ha perso il padre e non ha nemmeno potuto essere presente al suo funerale perché era in Cpr.

Mohammad vuole tornare a casa dalla madre.

Tratto da: "Marco Cavallo libera tutti".



ARHAD
JAHAN

3. Salute

31.08.2022

CP
GRIA

3.1 Diritto alla salute

La salute, definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come "una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale e non esclusivamente l'assenza di malattia o infermità",²⁹ in Italia è **un diritto garantito dalla Costituzione**, così come la conseguente scelta di sottoporsi a eventuali trattamenti sanitari.³⁰

Nei CPR, tale diritto è garantito solo formalmente dalla presenza di personale sanitario privato, assunto o con contratti di collaborazione, e gestito direttamente dall'ente gestore del centro, in assenza di linee guida chiare e condivise e di controllo da parte degli enti pubblici preposti, a differenza anche degli istituti penitenziari, dove l'assistenza sanitaria è gestita dal Sistema Sanitario Nazionale. Peraltro, con una recente sentenza, il Consiglio di Stato ha giudicato inadeguato il capitolato d'appalto rispetto alla tutela del diritto alla salute delle persone trattenute, annullandone una parte e imponendo al Ministero dell'Interno di apporre modifiche significative (BOX 5). Prefetture e Aziende Sanitarie Locali (ASL) stipulano, inoltre, protocolli d'intesa che regolano il **rilascio delle valutazioni di idoneità al trattenimento** e l'accesso delle persone trattenute ai servizi socio-sanitari locali in caso di necessità:

durante il recente monitoraggio, solo a Gradisca d'Isonzo, Milano, Palazzo San Gervasio e Brindisi è stata mostrata copia dei protocolli in corso. Per quanto riguarda le valutazioni d'idoneità al trattenimento, previste dalla Direttiva Lamorgese,³¹ sono state visionate delle copie in tutti i CPR visitati (ad esclusione di Macomer), ma non è stato possibile verificarne la presenza per tutte le persone trattenute. Per quello che le delegazioni hanno potuto verificare, le certificazioni 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.

29. Preambolo alla costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come adottato dalla Conferenza Internazionale della Sanità, New York, 19-22 giugno 1946; sottoscritto il 22 luglio 1946 dai rappresentanti di 61 stati (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) ed entrato in vigore il 7 aprile 1948.

30. Articolo 32 della Costituzione italiana: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge".

31. Direttiva del Ministero dell'Interno: "Criteri per l'organizzazione e la gestione dei centri di permanenza per i rimpatri previsti dall'art.14 del d.lgs. n.286/1998 e successive modificazioni" (19 maggio 2022, cd. «Direttiva Lamorgese»), art. 3: "Lo straniero accede al Centro previa visita medica effettuata di norma dal medico della ASL o dell'azienda ospedaliera, disposta su richiesta del Questore – anche in ore notturne – volta ad accertare l'assenza di patologie evidenti che rendano incompatibile l'ingresso e la permanenza del medesimo nella struttura, quali malattie infettive contagiose e pericolose per la comunità, disturbi psichiatrici, patologie acute o cronico degenerative - rilevate attraverso indagine anamnestica o sintomatologica, nonché mediante la documentazione sanitaria disponibile - che non possano ricevere le cure adeguate in comunità ristrette. 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".

Box 5 - La sentenza del Consiglio di Stato sul capitolato dei CPR

Con **la sentenza n. 7839 del 7 ottobre 2025**,³² il Consiglio di Stato ha accolto l'appello presentato dalle associazioni ASGI e Cittadinanzattiva contro il Ministero dell'Interno, dopo il rigetto da parte del TAR Lazio, dichiarando l'illegittimità del Decreto Ministeriale del 4 marzo 2024, contenente lo schema di capitolato d'appalto per la gestione dei Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR) nella parte in cui non garantisce livelli minimi di tutela del diritto alla salute e di prevenzione del rischio suicidario per le persone trattenute. Questa pronuncia segna un traguardo cruciale per la salvaguardia dei diritti fondamentali, con un focus specifico sulla salute, di chi è soggetto a detenzione amministrativa.

Salute e detenzione amministrativa: un sistema da riformare

A differenza del sistema carcerario, gestito direttamente dal Ministero della Giustizia, i CPR in Italia affidano la gestione dei servizi essenziali (vitto, cure mediche, comunicazioni) a **enti privati** tramite bandi di gara. Il Ministero dell'Interno definisce le regole d'ingaggio attraverso il capitolato d'appalto, che è stato ora giudicato carente.

La sentenza ha recepito le critiche sollevate nel ricorso e confermate dai report del Garante nazionale delle persone private della libertà personale, rilevando come il capitolato non rispetti gli standard della **Direttiva Lamorgese** del maggio 2022. Nello specifico, i giudici hanno stabilito che le tutele sanitarie e i protocolli per la prevenzione del rischio suicidario adottati nelle carceri debbano costituire il parametro minimo di riferimento anche per i CPR. Tale necessità appare ancor più stringente se si considera che le persone trattenute non hanno commesso alcun reato: per questo motivo, il livello di assistenza psicologica e medica loro garantito non può in alcun modo essere inferiore a quello previsto per la popolazione detenuta in ambito penitenziario. Di conseguenza, l'acclarata inadeguatezza dello schema di capitolato determina l'illegittimità di tutti i bandi di gara su di esso basati, poiché privi di strumenti idonei a proteggere concretamente il diritto alla salute dei trattenuti.

Un richiamo al legislatore e alle istituzioni

Il Consiglio di Stato si è mosso in linea con la precedente **sentenza n. 96 del 3 luglio 2025 della Corte Costituzionale**,³³ che aveva già segnalato un "vuoto normativo" preoccupante: manca infatti una legge ordinaria che regoli con precisione le condizioni di vita nei CPR.

I giudici hanno inviato un monito chiaro al Ministero: in attesa di un intervento legislativo non più rimandabile, l'Amministrazione deve riformulare le norme del capitolato analizzando con estremo rigore la realtà dei fatti all'interno dei centri, così da assicurare standard socio-sanitari conformi alla Costituzione e agli obblighi internazionali.

32. Sentenza disponibile al link <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2025/10/Accoglimento-appello-capitolato-cpr.pdf>; si veda anche un commento puntuale disponibile al link <https://www.questionegiustizia.it/articolo/cds-cpr>.

33. <https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/96>

L'ingresso in CPR è legato quindi a una certificazione di compatibilità con la vita in comunità, più che di una reale compatibilità con la condizione della detenzione

amministrativa: ciò che si certifica è solo che il paziente, esente da malattie trasmissibili, non rappresenti un pericolo per la comunità ristretta, ma in alcun modo ci si esprime su come possa essere la vita in questa comunità ristretta a non rappresentare un pericolo per le condizioni di salute del soggetto ritenuto "idoneo". A dimostrazione dell'inadeguatezza di queste valutazioni, come è stato possibile testimoniare durante le ispezioni, spesso vengono trattenute anche persone con patologie incompatibili con le condizioni di vita in CPR, certamente non insorte durante il trattenimento (vedi oltre). Quanto riscontrato dalle delegazioni conferma quanto già messo in rilievo con estrema preoccupazione nel citato Rapporto del Comitato Europeo per la prevenzione della tortura (CPT) che a fine 2024 in relazione alle certificazioni mediche di idoneità al trattenimento osservava come "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".

Si ribadisce, anche in questa sede, la necessità di presa di coscienza da parte delle ASL e dei singoli medici rispetto alle certificazioni di idoneità al trattenimento amministrativo, in condizioni di completo degrado, di persone che, peraltro, vengono trattenute non in ragione della commissione di reati; la Società Italiana della Medicina delle Migrazioni ne ha fatto una campagna per una presa di coscienza da parte dei medici, che ha coinvolto anche il relativo Ordine professionale.³⁴

Una volta entrate in CPR, tutte le persone dovrebbero ricevere un'ulteriore visita medica approfondita da parte del personale sanitario presente,³⁵ con possibilità di richiedere una revisione dell'idoneità al trattenimento

34. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni ha lanciato sia un "Appello per una campagna di presa di coscienza dei medici sulla certificazione di idoneità delle persone migranti alla vita nei CPR" che un appello agli Ordini dei Medici su CPR e diritto alla salute, accolto dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) e sostenuto dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP): "Numerose evidenze descrivono i CPR come contesti di degrado igienico-sanitario, sofferenza fisica e mentale e abbandono sociale, con ripetuti atti di violenza auto- ed etero-inflitta sui corpi delle persone recluse. Le stesse evidenze, a distanza di 25 anni dalla loro istituzione, confermano che questi luoghi, ovunque e a prescindere dai differenti gestori, sono sistematicamente e profondamente patogeni e mettono a rischio la salute e la vita delle persone che vi vengono detenute".

35. Direttiva del Ministero dell'Interno: "Criteri per l'organizzazione e la gestione dei centri di permanenza per i rimpatri previsti dall'art.14 del d.lgs. n.286/1998 e successive modificazioni" (19 maggio 2022, cd. «Direttiva Lamorgese»), art. 3.3: "Successivamente all'ingresso nel Centro, lo straniero è sottoposto allo screening medico da parte del medico responsabile della struttura sanitaria presente nel Centro, per la valutazione complessiva del suo stato di salute, nonché per l'accertamento di eventuali condizioni di vulnerabilità ai sensi dell'articolo 17, comma 1, D. Lgs. n. 142/2015 e/o di eventuali condizioni di inidoneità alla permanenza nel Centro tenuto conto delle caratteristiche strutturali dello stesso, o dell'eventuale necessità di predisporre visite specialistiche o percorsi diagnostici e terapeutici presso le competenti strutture sanitarie pubbliche, anche sulla base della scheda redatta dalla struttura sanitaria dell'istituto di pena di provenienza. Nel contesto della visita medica, particolare attenzione deve essere posta alla ricerca attiva di segni o sintomi di specifiche condizioni morbose, segni di traumi o di esiti di torture, secondo la Linea guida "I controlli alla frontiera – La frontiera dei controlli" sviluppata dall'Istituto Nazionale Salute Migrazioni e Povertà – INMP, dall'Istituto Superiore di Sanità – ISS e dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni – SIMM, ed approvata dalla Conferenza Stato-Regioni del 10 maggio 2018. Durante la permanenza nel Centro, quando le condizioni dello straniero lo richiedano ovvero quando ritenuto necessario, lo straniero è sottoposto a visita medica".

sia durante la prima visita che in fase successiva:³⁶ le Linee guida *I controlli alla frontiera – La frontiera dei controlli*, su cui si dovrebbe basare la prima visita, sono risultate spesso sconosciute dal personale sanitario, e nel CPR di Trapani è stato dichiarato di non effettuare nessuna visita in ingresso. A Roma, è stata riferita l'esecuzione di test di gravidanza in entrata per tutte le donne (le donne in gravidanza non possono essere trattenute), e di porre attenzione agli eventuali segni di violenza di genere (anche se non è chiaro con quali modalità). Sempre a Roma, sono state dichiarate circa 4-5 revisioni dell'idoneità al trattenimento a settimana, sia per errori formali nei documenti iniziali che per problematiche psichiatriche, e circa il 30% delle persone trattenute vengono rilasciate per motivi medici. A Brindisi, sono stati riferiti alcuni casi per cui, anche di fronte a certificazioni esterne che indicavano compatibilità sanitaria con la permanenza, il personale interno ha sollevato dubbi clinici e richiesto ulteriori valutazioni, portando in seguito alla dichiarazione di non compatibilità di alcuni soggetti. Durante le ispezioni, si sono potute riscontrare diverse incongruenze e mancanze nella gestione sanitaria delle persone trattenute, se ne riportano alcune significative, a solo titolo esemplificativo:

- 1.** Un trattenuto ha segnalato la positività al virus dell'epatite C e di essere stato rilasciato dallo stesso CPR l'anno precedente proprio per il riscontro della positività all'HCV. La persona è stata sottoposta a esami di laboratorio solo una settimana dopo il suo ingresso in CPR. Confermata la positività anticorpale, per un principio precauzionale – essendo in attesa di un test di conferma, che non risultava prescritto – la persona sarebbe da ritenere non idonea a una vita in una comunità ristretta, oltre alla necessità di essere presa in carico in un centro specialistico, ma si trovava ancora trattenuta al momento dell'ispezione.
- 2.** Un trattenuto con rettorragia e pregressa emicolectomia attendeva da 5 giorni visita medica: nelle more è stato trattato con farmaci per sanguinamento emorroidario senza che fosse presente verifica di tale condizione.
- 3.** Un trattenuto affetto da diabete mellito insulino-dipendente ha riferito saltuari episodi presincopali - risolti assumendo delle bustine di zucchero - e frequenti capogiri con sensazione di "testa vuota", compatibili con episodi di ipoglicemia. Dall'ispezione della cartella clinica risultavano eseguiti, negli ultimi 20 giorni, ben 3 accessi in Pronto Soccorso per "iperglicemia", mentre mancava alcun riferimento a eventuali condizioni di ipoglicemia.

36. Ivi, art. 3.4: "In presenza di elementi che possano determinare l'incompatibilità con la vita in comunità ristretta non emersi nel corso della certificazione di idoneità, il medico responsabile del Centro chiede che venga disposta nuova valutazione da parte della ASL o dell'azienda ospedaliera. Nelle more, ove ritenuto opportuno, il medico può disporre che lo straniero venga alloggiato in una stanza di osservazione, posta nei pressi del presidio sanitario di cui al successivo comma 5, al fine di salvaguardare la salute del singolo e della collettività, tenendo traccia in apposito registro cronologico."

L'uomo riferiva inoltre di consumare lo stesso vitto degli altri trattenuti, nonostante in cartella clinica la dieta prescritta sia quella "per diabetici". Appare evidente, sia sulla scorta della documentazione (3 accessi in Pronto Soccorso negli ultimi 20 giorni, cioè più di uno a settimana!) che di quanto riferito dall'uomo, che la condizione di diabete insulino-dipendente fosse gestita in maniera del tutto insufficiente, con elevati rischi di peggiorare la prognosi del trattenuto. Una gestione tanto superficiale della patologia del trattenuto lo espone - come già lo ha esposto - all'insorgenza di gravissime condizioni cliniche (sia in senso iperglicemico che ipoglicemico), le quali rappresentano delle vere e proprie urgenze mediche che necessitano di immediata terapia e conseguente ospedalizzazione. Tale trattamento, in regime detentivo, è di fatto impossibile da realizzarsi.

Ricordiamo che i trattenuti, qualora presentino un improvviso malore, devono attendere che si effettuino una serie di passaggi obbligati per rispetto della garanzia gestionale, che inevitabilmente ne rallentano il soccorso: in primis deve esserci qualcuno che si accorga dello stato di malessere e quindi allertare il personale sanitario presente che, a sua volta, deve allertare il servizio 118, che deve arrivare sul posto, passare i controlli, con ulteriore rallentamento dei tempi, e infine giungere dal paziente, per poi, una volta stabilizzato, ripercorrere a ritroso tutto il lungo iter per uscire e dirigersi finalmente sino in ospedale. L'ottenimento delle cure necessarie sarebbe quindi procrastinato dalle necessità circostanziali, esponendo così il trattenuto ad un aumentato rischio di esito infausto.

Nei CPR di **Gradisca d'Isonzo, Torino, Milano, Roma, Palazzo San Gervasio** e Brindisi è stato possibile visionare alcune cartelle cliniche, ma non è stato possibile verificarne la presenza per tutte le persone trattenute. Inoltre, spesso le cartelle cliniche visionate sono risultate piuttosto sintetiche o incomplete in termini di dati. A Trapani, non è stato consentito di visionare le cartelle neanche in presenza di delega scritta delle persone interessate. A Gradisca d'Isonzo, la cartella era composta da una semplice raccolta di referti firmati dal medico per presa visione, mentre non si è potuto visionare il diario clinico con data e dettagli delle eventuali visite mediche.

A **Milano**, in un referto di visita in ingresso (scritta a mano), nella sezione relativa alla "terapia farmacologica prescritta a seguito della visita d'ingresso" è barrata la casella "nessuna", ma poi risulta aggiunto "tranne: Tavor e Valium".

A **Torino**, in una cartella è presente un sospetto di patologia tubercolare, con richiesta di radiografia del torace ma in assenza della effettiva esecuzione. In un passaggio in Pronto Soccorso, il referto cita tubercolosi non trattata. Sulla cartella clinica a mano è presente la scritta, aggiunta a latere, di Quantiferon negativo, ma tale referto non è presente. Anche l'utilizzo di cartelle cartacee o elettroniche è variabile: in alcuni casi sono presenti entrambe le forme, in altri casi solo quelle cartacee. Diversi trattenuti hanno infine dichiarato che le visite mediche sono sbrigative e poco approfondite: un trattenuto riferisce scarsa umanità ("perché sei qui e non al tuo Paese?").

Tabella 8 - Riscontri ed evidenze sanitarie per singolo CPR

CPR	Dichiarazione di idoneità	Visita medica d'ingresso	Cartella sanitaria	Registro eventi critici	Bolla dei farmaci
Brindisi	Visionata	Non visionata	Visionata	Non visionato	Visionata
Bari*	N/A	N/A	N/A	N/A	Non visionata
Caltanissetta	Visionata	Non visionata	N/A	Visionato	Visionata
Gradisca d'Isonzo	Non visionata	Visionata	Visionata	N/A	N/A
Macomer*	Visionata	Non visionata	Non visionata	Visionato	Visionata
Milano	Visionata	Visionata	Visionata	Visionato	Visionata
Palazzo San Gervasio	Visionata	Visionata	Visionata	Visionato	Visionata
Roma	Visionata	Visionata	Visionata	Visionato	Visionata
Torino	Visionata	Visionata	Visionata	Visionato	Non visionata
Trapani	Visionata	Non visionata	N/A	Visionato	Visionata

Fonte: dati raccolti durante i monitoraggi settembre-dicembre 2025. La dicitura "N/A" indica che le informazioni non sono state richieste/raccolte.

*Informazioni riferite dai parlamentari a causa del diniego di accesso nel CPR alla delegazione del TAI.

La tabella restituisce il quadro complessivo dei riscontri dalle visite svolte con riferimento alle dichiarazioni di idoneità, alle visite in ingresso, alle cartelle sanitarie, al registro degli eventi critici e alla bolla dei farmaci, ove disponibili e presenti.

“

Mi chiamo Hamed.

Sono qui ormai da 11 mesi.

Sai cosa mi ha fatto questo posto? Si dice che un lupo ben trattato può diventare domestico; **qui da animale domestico mi hanno trasformato in un lupo.**

Io non so come possano pensare che io possa restare qui. Ci sono i bagni alla turca, io non riesco a fare i miei bisogni, devo farmi accompagnare perché altrimenti cado. Dicono che sono idoneo a stare qui, ma ho un problema di respiro da tanti anni e ho questa cosa che non riesco a fare i miei bisogni. È sempre più difficile. Non ce la faccio più.

Questo non è un posto normale. Questa è Guantanamo.

Hamed ha una certa età, vuole solo passare in pace la vecchiaia, è già da 25 anni in Italia.

Tratto da: “Marco Cavallo libera tutti”.

3.2 Accesso alle cure

In base al capitolato d'appalto del Ministero e ai vari protocolli d'intesa tra Enti gestori e ASL, nei CPR vengono garantiti diversi livelli di assistenza sanitaria (es. presenza di psichiatri del servizio pubblico), con la possibilità di accedere a **visite specialistiche esterne** in base alle necessità. Come già specificato, la gestione sanitaria dei centri è affidata agli Enti Gestori e si basa su un protocollo con le ASL che regola anche l'accesso al pronto soccorso e in generale alle strutture ambulatoriali e ospedaliere locali. Tutti i casi sanitari che non sono gestibili dal presidio sanitario all'interno del centro vengono riferiti alle strutture pubbliche; in diversi CPR il personale ha lamentato difficoltà nel fissare gli appuntamenti all'esterno per tempi di attesa troppo lunghi, scarsa disponibilità di posti, e difficoltà logistiche legate alla necessità di scorta. Peraltro, per la limitazione di strutture in cui poter prendere appuntamento, i tempi di attesa si allungano spesso anche oltre il tempo di permanenza in detenzione.

A **Torino**, la maggior parte delle visite esterne sono risultate eseguite tramite Pronto Soccorso. A **Palazzo San Gervasio**, la delegazione ha incontrato due ragazzi con le dita della mano gonfie, un trattenuto con problemi ai denti, un altro con la caviglia gonfia (riferita in seguito ad una caduta dentro la cella) che lamentava dolore e senza fasciatura; giorni prima la caviglia era stata fasciata con una busta di plastica perché mancavano garze o simili.

Alle richieste di chiarimento rispetto ad una mancata presa in carico per tutti questi casi la risposta è stata sempre la stessa: le lunghe liste di attesa della sanità pubblica. A Brindisi, durante i colloqui e la visita delle aree sanitarie, è emerso un quadro complessivamente critico sotto il profilo della tempestività e della continuità delle cure.

Le risposte sanitarie risultano spesso di tipo “spot”, orientate cioè alla gestione immediata della singola urgenza, senza un adeguato follow-up clinico o pianificazione terapeutica a medio termine.

Numerosi trattenuti nei vari CPR hanno lamentato lunghi tempi di attesa e una percezione diffusa di scarsa proattività da parte del servizio sanitario interno; sono state infine riportate difficoltà di accesso alle cure odontoiatriche e psicologiche.

In base al capitolato, il personale sanitario è composto da medici, infermieri, psicologi. Viene garantita la presenza di un infermiere 24/7, mentre medici e psicologi sono presenti secondo turni, in base anche alle presenze all'interno dei centri. Il personale sanitario è solitamente assunto con partita IVA, senza nessuna competenza specifica rispetto a medicina delle migrazioni o etnopsicologia, mentre solo alcuni hanno esperienza di lavoro in carcere, in accoglienza o in altri CPR. In tutti i CPR visitati è stato incontrato solo il personale infermieristico e gli psicologi in alcuni casi, come a Bari, i parlamentari hanno potuto incontrare il medico, e a Caltanissetta è stato possibile incontrare la coordinatrice sanitaria.

Per quanto riguarda la mediazione interculturale, si veda a titolo esemplificativo quanto testimoniato a Caltanissetta (si veda BOX 4). Per il tipo di lavoro che viene svolto, i medici e il personale sanitario svolgono fondamentalmente un ruolo di controllo sociale, funzione tipicamente attribuita al personale delle istituzioni totali.

Come già evidenziato nel Capitolo 2, si ritiene importante ribadire

le condizioni mortificanti di trattenimento nei CPR, che

contribuiscono in maniera rilevante al malessere sia fisico che mentale delle persone trattenute. Il malessere sanitario osservato non può essere letto come un fenomeno accessorio o individuale, ma come l'effetto diretto di un contesto strutturalmente inadeguato, caratterizzato da isolamento, carenze infrastrutturali e limitazioni sistematiche della dignità personale.

Tutti i centri, tranne Torino e Milano, sono situati in aree periferiche, lontane dai centri urbani e dai servizi essenziali, come quelli sanitari, sociali

e legali, si trovano in zone isolate e lontano dalla vista e dalla conoscenza delle persone che abitano i territori. All'interno dei centri, l'organizzazione degli spazi, la vetustà delle strutture e la frequente inagibilità di aree danneggiate aggravano ulteriormente le condizioni di vita quotidiana, con ricadute dirette sulla salute.

Le criticità già descritte nei paragrafi relativi alle condizioni di vita (Capitolo 2, Paragrafo iv) (si pensi, ad esempio, a

inadeguatezza degli ambienti, carenze igienico-sanitarie, insufficienza dei servizi essenziali, difficoltà di accesso a biancheria pulita e abbigliamento adeguato alle condizioni climatiche, riscaldamento o raffrescamento degli ambienti non controllabile) assumono un rilievo sanitario in quanto fattori che favoriscono l'insorgenza o il peggioramento di disturbi fisici, dermatologici, respiratori e gastrointestinali, oltre a generare un diffuso stress cronico.

Un elemento di particolare gravità riguarda il rispetto delle esigenze alimentari specifiche di trattenuti con necessità particolari: a Caltanissetta è stato segnalato che il vitto fornito a una persona affetta da diabete non risultava conforme alla dieta prescritta, esponendola a rischi evitabili per la salute, indicando una carenza evidente nell'integrazione tra assistenza sanitaria e gestione quotidiana del trattenimento.

Anche **l'organizzazione dell'assistenza sanitaria e psicologica risente delle pessime condizioni di trattenimento.**

I colloqui medici e psicologici sono infatti spesso effettuati in assenza di adeguata riservatezza, e in presenza delle forze dell'ordine: a Milano, i colloqui psicologici avvengono in una stanza apposita, ma con porta socchiusa e forze dell'ordine fuori dalla porta. A **Trapani**, supporto psicologico e assistenza sociale vengono erogati a porte aperte e spesso con la polizia all'interno della stanza.

A **Torino**, è stato riferito che a causa della presenza della scorta, molti colloqui psicologici non si riescono a portare a termine per mancanza di tempo.

La quasi totale assenza di attività ricreative, sportive o di stimolazione (si veda Capitolo 2, Paragrafo vi), unita alle forti limitazioni nelle comunicazioni con l'esterno (Capitolo 2, Paragrafo iv), contribuiscono a un quadro di apatia, demotivazione e sofferenza psichica con un impatto diretto sulla salute mentale delle persone trattenute.

Un ultimo aspetto da tenere in considerazione è **la presenza nei CPR di giovani adulti, appena maggiorenni.** L'età dei giovani adulti deve essere considerata un chiaro indicatore di vulnerabilità nel contesto dei CPR. L'età giovane impone standard più elevati di tutela e protezione, sia all'interno che al di fuori dei CPR, secondo i principi sanciti dal diritto internazionale e dalle convenzioni sui diritti umani, che richiedono una particolare protezione per le persone in condizione di vulnerabilità. Se una persona giovane entra in un CPR, lo Stato ha una responsabilità maggiore nell'assicurare che l'ambiente non produca danni irreparabili alla sua salute, fisica e mentale.

Va infine sottolineato che le persone rilasciate per problematiche sanitarie, così come tutte le persone trattenute e successivamente rilasciate nei territori di appartenenza (la maggior parte dei trattenuti, considerando la bassa percentuale di rimpatri eseguiti), molto **spesso necessiterebbero di presa in carico da parte dei servizi locali**.

Ciò risulta fondamentale per evitare il perpetuarsi di un circolo vizioso di marginalità, microcriminalità, irregolarità che conduce alla detenzione e al trattenimento e che, al contempo, alimenta e legittima la deriva securitaria su cui si fonda la propaganda della detenzione amministrativa.

Il rimpatrio, invece, molto spesso comporta la totale assenza di percorsi di cura pubblici e gratuiti, in particolare per le patologie croniche, esponendo le persone a rischi sanitari e a una marcata stigmatizzazione, soprattutto se in presenza di problematiche psicologiche o psichiatriche.

Mi chiamo Hassan.

A un certo punto mi sono davvero arrabbiato. **Chiamavo il medico ogni giorno e non mi curava mai.**

Io qui mi sono fratturato le gambe e mi hanno ingessato: un mese una gamba, un mese l'altra.

Normalmente non potrei stare qui... e invece in questo Cpr non mi hanno fatto uscire, mi hanno lasciato qui e non riesco nemmeno a camminare bene. Quindi sì ho protestato e ho bruciato un materasso. Sai che hanno fatto? **Mi hanno portato in**

isolamento con un altro con il mio stesso problema. Abbiamo protestato anche lì e sono entrati con scudi e manganelli in tanti... non so quanti... dieci forse. A lui hanno fatto due punture (sedazione forzata). Due! Ha dormito per quattro giorni. E dopo anche a me hanno fatto una puntura dietro la testa. Per diversi giorni non riuscivo a svegliarmi. Adesso ho mal di denti da marzo, mi fa malissimo. Mi accompagnano dal dentista che non ci sta mai! Io ho un dolore impossibile, impossibile! **Qui poi ti riempiono di psicofarmaci:** scrivono che ti danno 3 pillole, ma a me me ne danno 9.

E io non so nemmeno che cosa è.

”

Hassan sogna soltanto di poter finalmente sposare la sua compagna e riprendere in mano la sua vita. Tratto da "Marco Cavallo libera tutti".

3.3 Tutela della salute mentale

Diversi studi hanno confermato che il trattenimento in detenzione amministrativa provoca danni gravi e a lungo termine alla salute mentale delle persone trattenute

(aumentata incidenza di sintomi ansiosi, depressivi, e di sindrome da stress post-traumatico [Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD] nelle persone sottoposte a detenzione amministrativa rispetto alla popolazione generale, sia durante che dopo il trattenimento, con la gravità dei sintomi direttamente correlata al protrarsi della detenzione).³⁷

Anche l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale per la Sanità ha recentemente evidenziato le conseguenze a lungo termine sulla salute, soprattutto mentale, delle persone trattenute, raccomandando di prendere sempre in considerazione alternative alla detenzione e di ricorrere alla detenzione amministrativa come ultima risorsa.³⁸ Questo è confermato anche dalle testimonianze di medici e psicologi che, in diverse occasioni, comprese le visite per il presente Rapporto, hanno potuto valutare le condizioni psicofisiche dei trattenuti all'interno dei CPR in tutta Italia. A ciò va aggiunto il surplus di sofferenza che tale detenzione causa in persone già

fortemente provate da percorsi di vita e migratori fortemente traumatici, con rischi elevati di ritraumatizzazione, e la difficoltà di presa in carico, soprattutto psicologica, di persone che sono trattenute in strutture simili a sezioni di massima sicurezza, in ³¹condizioni umilianti, non in ragione della commissione di reati, senza sapere per quanto verranno trattenute e quale sarà il loro destino, spesso trasferite tra vari CPR e quindi anche lontane dai propri affetti.

I vari elementi raccolti durante le visite pongono i trattenuti a serio rischio di sviluppare segni e sintomi di disturbi post-traumatici complessi, con possibili evoluzioni anche gravi per la salute fisica e mentale.

A coronamento di quanto esposto finora, e considerando l'utilizzo puramente strumentale e simbolico (in funzione propagandistica) della detenzione amministrativa, si riporta che in tutti i centri visitati è stato confermato sia dal personale sanitario che dalle persone trattenute l'utilizzo improprio di psicofarmaci, peraltro in assenza di adeguata competenza del personale sanitario coinvolto. L'avvio, la modifica o l'eventuale interruzione della terapia dovrebbero essere prescritte da psichiatri delle ASL, ma abbiamo potuto verificare la somministrazione spontanea da parte del personale infermieristico, in assenza di prescrizione medica e senza registrazione in cartella.

37. Baggio S et al. The Mental Health Burden of Immigration Detention: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis, *Criminology*, vol 2/2020, pp. 219-233; Verhulst I et al. Prevalence of psychiatric disorders among refugees and migrants in immigration detention: systematic review with meta-analysis. *BJPsych Open* 2021, Vol. 7, Issue 6 (15 November 2021); Von Werthern M et al. The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018 Dec 6;18:382. doi: 10.1186/s12888-018-1945-y

38. World Health Organization, *Addressing the health challenges in immigration detention, and alternatives to detention: a country implementation guide*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2022.

A **Gradisca d'Isonzo, Torino, Milano e Palazzo San Gervasio** gli psichiatri delle ASL entrano regolarmente in struttura, mentre negli altri centri ci sono convenzioni specifiche con i Centri di Salute Mentale (CSM) per accedere agli ambulatori o ai servizi di emergenza. A **Roma**, vengono riferite circa 12/15 visite mediche al mese volte ad accertare problematiche di salute mentale, e circa sei visite a settimana presso il CSM di riferimento.

A **Torino** è stato riferito che non sempre le segnalazioni inviate allo psichiatra vengono prese in carico. Nei vari centri, sono state riferite percentuali diverse, comunque elevate, di persone trattenute a cui vengono somministrati psicofarmaci (es. 80% a Roma, 50% a Bari e Macomer, 40% a Gradisca d'Isonzo, 35% a Milano, 25% a Brindisi), e dalle bolle che si sono potute visionare i farmaci più frequentemente acquistati sono ansiolitici (tra cui clonazepam, alprazolam, diazepam e lorazepam), antipsicotici (quetiapina, olanzapina), neurolettici (acido valproico, pregabalin, gabapentin), antidepressivi (trazodone), oltre a farmaci di uso più comune (antidolorifici, antipiretici, antibiotici, farmaci gastrointestinali e trattamenti per la stitichezza).

A **Gradisca d'Isonzo**, è stato riferito che lo psicofarmaco più utilizzato è il Valium (diazepam), soprattutto "al bisogno".

A **Torino**, molti trattenuti hanno dichiarato di fare uso/ricevere psicofarmaci: alcuni rifiutano la somministrazione ma riferiscono che all'ingresso viene proposto a tutti, che la maggior parte dei trattenuti ne fa uso, e di essere sedati in particolare con Rivotril (clonazepam). Inoltre, in almeno un CPR (Gradisca d'Isonzo) è stata notata una gestione inappropriata dei farmaci, che dovrebbero essere disposti in armadi chiusi e all'interno delle proprie confezioni, mentre nell'infermeria era visibile un tavolo con sopra molte confezioni di farmaci, bicchierini da assunzione, blister sfusi ecc.

A **Caltanissetta**, a fronte di una presenza massiva di psicofarmaci all'interno del centro (sedativi, antipsicotici, ansiolitici e ipnoinducenti), nel centro non sono presenti psichiatri e gli interventi di specialisti esterni risultano sporadici (tre invii al CSM in due mesi). È stato visitato un trattenuto che, in un solo mese, era stato trasferito due volte al Pronto Soccorso in stato soporoso. La terapia farmacologica riportata in cartella indicava la somministrazione contemporanea di antiepilettici, antipsicotici e ipnoinducenti, e la diagnosi ipotizzata di una rara sindrome neurologica non era supportata da alcun esame specialistico. Le condizioni di salute descritte risultavano del tutto incompatibili con la detenzione, e avrebbero invece necessitato di presa in carico specialistica.

Una considerazione drammatica rispetto **all'uso improprio di psicofarmaci nei CPR, in particolare quello massiccio di ansiolitici**, è quante persone trattenute abbiano bisogno di un sostegno farmacologico per affrontare una situazione così drammatica e senza prospettive: lo spettro del rimpatrio, la privazione della libertà, l'umiliazione di vivere in gabbia in un contesto degradato e degradante, la negazione della dignità. Il ricorso alla somministrazione di psicofarmaci nei CPR non può essere considerato la soluzione per tenere tranquilli i trattenuti. Non si tratta di "curare" ma di anestetizzare, di spegnere il disagio che nasce da condizioni disumane e privazioni insensate. Ciò che occorre non è sedare la persona bensì dare senso a questa assurdità, ovvero mettere in discussione l'esistenza stessa di luoghi che producono sofferenza e alienazione. Solo così si restituisce dignità alle persone.

Durante i colloqui effettuati con le persone trattenute è **stato rilevato in molti casi uno stato di sedazione anomala**, eloquio impastato, andamento barcollante, tendenza al sopore, rallentamento cognitivo, molte persone presentavano inoltre segni di autolesionismo.

I tentativi di suicidio e gli atti autolesivi vengono spesso sminuiti o sottovalutati dal personale dei centri, riducendoli a semplici atti dimostrativi:

da evidenziare ad esempio che nei "Criteri per l'invio a consulenza specialistica psichiatrica e SerD" individuati dalla ASP di Potenza per il CPR di Palazzo San Gervasio, al punto 3 sono indicate: "Condizioni d'umore ascrivibili a depressione grave con eventuali gesti autolesivi di carattere anticonservativo e non dimostrativo per il raggiungimento di benefici legati alla loro condizione di trattenimento". Va invece evidenziato che per alcune persone, i tentativi suicidari o forme di autolesionismo possono rappresentare una delle poche modalità percepite per segnalare il proprio disagio o per tentare di modificare, anche temporaneamente, le condizioni di trattenimento. In questo senso, più che meri "atti dimostrativi", tali episodi andrebbero interpretati come manifestazioni estreme di una sofferenza che non trova altri canali di espressione e come tentativi di recuperare un minimo di controllo in un contesto percepito come totalmente privo di agency.

A **Gradisca d'Isonzo** sono state riferite frequenti medicazioni soprattutto per atti autolesivi. A Bari, è stato riferito che il 50% degli accessi al CSM riguarda stati di agitazione psicomotoria. A **Brindisi**, sono stati riportati casi di insonnia, stati d'ansia, dipendenza da ansiolitici, ed è stato incontrato almeno un trattenuto che presentava numerosi segni di autolesionismo recenti, a fronte di un accesso riferito del tutto insufficiente ai servizi di supporto psicologico o psichiatrico, con conseguente consumo elevato di benzodiazepine, anche utilizzate impropriamente per indurre il sonno.

A **Roma**, in base a quanto osservato, è risultato evidente che un intero blocco del centro sia dedicato alle persone più fragili e con problemi psicologici evidenti. A **Caltanissetta**, uno dei dati più drammatici riguarda gli episodi di ingestione volontaria di corpi estranei: nel solo mese di settembre, sono risultati trentacinque invii al Pronto Soccorso, di cui diciannove motivati proprio da questa pratica, riconosciuta come espressione estrema di disagio psicologico e protesta. In un altro CPR, un trattenuto aveva recentemente tentato il suicidio, e presentava segni autoinflitti chiaramente infetti e anche segni di percosse in varie parti³⁷ del corpo; risultavano inoltre sette passaggi in Pronto Soccorso negli ultimi 15 giorni. Durante la visita in infermeria, è arrivato in seguito ad una lipotimia, che è stata duramente commentata, sminuita e dileggiata: "Questo le prova tutte! Ci prova sempre lui, in tutti i modi!".

Ancora in un altro centro, un trattenuto giovanissimo in un mese di trattenimento aveva effettuato visite quasi giornaliere (in alcuni casi, anche plurigiornaliere) presso l'ambulatorio del CPR, cinque accessi in Pronto Soccorso per eventi autolesivi e altrettante visite psichiatriche. Ci si chiede come tutte queste situazioni possano essere considerate compatibili con la vita in un CPR. Per quanto riguarda i **servizi di gestione delle dipendenze**, solitamente gli accordi con le ASL prevedono anche un Servizio per le Dipendenze (SerD) di riferimento, che si limita alla fornitura di farmaci sostitutivi al CPR, consegnati direttamente da personale ASL al personale sanitario del centro e custoditi in cassaforte.

Si sollevano anche in questo caso forti dubbi sulla opportunità di trattare in detenzione amministrativa persone con dipendenze patologiche, che necessiterebbero di presa in carico dedicata e di interventi soprattutto non farmacologici, mentre³¹ per quanto fin qui esposto, in CPR non possono che peggiorare. A **Gradisca d'Isonzo** è stato dichiarato un trattenuto in terapia sostitutiva; a un altro detenuto che aveva dichiarato consumo occasionale di stupefacenti era stata invece impostata una terapia al bisogno in caso di sintomi da astinenza (benzodiazepina + antinfiammatorio non steroideo + miorilassante). A **Bari**, sono stati riferiti alcuni trattenuti in terapia sostitutiva: per la maggior parte persone seguite in precedenza dai SerD interni a strutture carcerarie. A **Roma e Torino**, è stata dichiarata la distribuzione programmata di metadone per alcuni giorni in uscita dal centro.

Le condizioni di ristrettezza e privazione che caratterizzano la vita all'interno di un CPR hanno effetti devastanti sulla salute psicologica delle persone trattenute.

La mancanza di libertà, l'isolamento sociale, l'incertezza sul futuro, la mancanza di un significato, la percezione di un senso di ingiustizia, determinano un quadro di sofferenza che non può essere ridotto a semplice disagio temporaneo, ma che spesso degenera in forme di vera e propria patologia.

Dalle visite effettuate sono state raccolte numerose testimonianze di episodi di autolesionismo, tentativi di suicidio e diffuse forme depressive.

L'assenza di reattività o di protesta, se dagli operatori viene percepita come il risultato di un buon lavoro di contenimento, dall'altro è ascrivibile a un senso di rassegnazione e a una depressione per deficit interpersonali. Questi comportamenti rappresentano una risposta estrema a una condizione percepita come insostenibile, in cui la persona non trova alternative se non il danneggiamento del proprio corpo come unico linguaggio di protesta, mettendo in atto agiti di rabbia auto-coercitiva.

Malgrado queste premesse, all'interno del CPR la malattia psicologica non viene adeguatamente considerata:

l'idoneità alla permanenza viene valutata quasi esclusivamente su parametri fisici, ignorando lo stato di salute mentale. Tale omissione è grave, poiché trascura la realtà di una sofferenza che, se non riconosciuta, rischia di aggravarsi fino a produrre danni irreversibili.

Inoltre, al servizio di psicologia accedono solo coloro che ne fanno richiesta. Il fatto che una persona trattenuta non chieda esplicitamente un supporto psicologico non significa che non stia vivendo una sofferenza. Nei CPR il dolore si esprime spesso in silenzio, nell'apatia, in forme che non vengono riconosciute come richieste di aiuto, ma lo sono a tutti gli effetti. Negare questo significa trasformare la mancanza di domanda in pretesto per non vedere il problema. Infine, dal punto di vista psicopatologico, il contesto coercitivo può costituire un fattore di rischio primario per lo sviluppo di nuovi disturbi psichici e, al contempo, un fattore riattivante di esperienze traumatiche pregresse.

In soggetti esposti a eventi traumatici (torture, violenze) la condizione di trattenimento può generare una traumatizzazione secondaria, caratterizzata da riemersioni di ricordi intrusivi, flashback o fenomeni di ottundimento. In considerazione di tutto questo, riteniamo che le valutazioni di idoneità alla permanenza nei CPR debbano includere criteri psichiatrici e psicologici (come previsto dalla Direttiva Lamorgese), che debba essere fatto uno screening che coinvolga tutti i trattenuti e che tenga in considerazione la loro storia pregressa, e che vengano incrementati percorsi di sostegno psicologico e psichiatrico continuativo, soprattutto al di fuori dei CPR, al fine di tutelare la salute delle persone e prevenire condotte autolesive e aggravamenti clinici.

In conclusione, dal punto di vista medico-scientifico, risulta evidente che i CPR rappresentano una istituzione patogena che lede la dignità della persona e della collettività, un sistema disumanizzante in cui la salute, fisica e mentale, è tutelata solo formalmente, mentre si erode ogni diritto delle persone trattenute, a partire da quello alla salute, un luogo usato solo per nascondere e contenere le persone fastidiose e indesiderate.

”

La presenza di psichiatri del servizio pubblico all'interno di alcuni CPR (Gradisca d'Isonzo, Torino, Milano, Palazzo San Gervasio), invece di tutelare la salute delle persone trattenute, diventa funzionale al rafforzamento dell'istituzione e si inserisce in un sistema di contenimento e cronicizzazione della marginalità perfettamente rappresentato dalla detenzione amministrativa, utile solo per scopi elettorali. Si ritiene opportuno ribadire anche in questa sede il ruolo centrale dei medici e del personale sanitario che si presta nel certificare le persone idonee al trattenimento e nel collaborare con questo sistema brutale: entrambe azioni che sollevano forti dubbi etici e deontologici.³⁹

3.4 Eventi critici

L'Ente Gestore del CPR è tenuto a compilare un registro degli eventi critici, *“ove annotare nell'immediatezza ogni evento che abbia creato turbativa all'interno del centro ed eventuali episodi che abbiano causato lesioni ad ospiti o operatori e atti di autolesionismo e suicidari, nonché un registro dei colloqui degli stranieri per ciascun servizio di informazione legale, assistenza sociale e psicologica”* (Direttiva del Ministro dell'Interno 19 maggio 2022, Art. 4, comma 2, lett. p). Dalle rilevazioni del monitoraggio, la presenza e compilazione del registro è risultata molto eterogenea, così come la modalità di registrazione degli eventi critici. A Gradisca d'Isonzo, Bari e Brindisi il registro non è stato visionato.

In nessun caso è stato possibile ottenere copia cartacea del registro, tranne a Torino dove è stato possibile acquisire copia parziale (dal 28/05/2025 al 11/09/2025, giorno precedente alla visita).

A **Palazzo San Gervasio**, il registro visionato era composto da fogli A4 spillati in assenza di ordine cronologico (e quindi facilmente manomettibile).

L'epidemiologia degli eventi ricalcava quella di un penitenziario: astinenza da farmaci psicoattivi e sostanze d'abuso, atti di autolesionismo, ingestione volontaria di corpi estranei potenzialmente pericolosi, traumi, crisi ipertensive, dispnea, crisi iperglicemiche ecc.

A **Trapani**, il registro visionato è apparso particolarmente corposo. L'attuale Ente Gestore ha dichiarato di compilarlo fin dal proprio insediamento; dal registro è emerso un numero significativo di chiamate al 118 e di interventi delle ambulanze, spesso seguiti da trasferimenti in pronto soccorso e successivi “allontanamenti volontari”; da informazioni raccolte dai legali di persone recluse, sembra emergere che non siano stati riportati alcuni eventi certamente da considerare critici avvenuti nella struttura nelle settimane precedenti la visita.

A **Roma**, il registro visionato era scritto a mano su un quaderno: primo evento del registro il 20 febbraio mentre l'ultimo evento era registrato al 18 agosto (ingestione volontaria di corpo estraneo) (la visita è stata effettuata il 27 settembre, più di un mese dopo dall'ultima data); in sette mesi sono presenti circa 150 registrazioni di cui almeno 30 casi di autolesionismo.

39. Cocco N. et al. Doctors should not declare anyone fit to be held in immigration detention centres (BMJ 2024;384 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g531>), 01 March 2024.

A **Caltanissetta** la delegazione ha potuto visionare copia del registro a partire dal primo settembre 2025 sino al primo novembre 2025; la rilevazione in loco ha evidenziato che tale registro è stilato su foglio elettronico Excel (quindi modificabile in qualsiasi momento) e che viene stampato esclusivamente su richiesta; da quanto consegnato, nel periodo indicato risultano essere accaduti 49 eventi critici, comprendenti atti di autolesionismo, proteste, liti, fughe e un episodio di rivolta. La tipologia, frequenza e intensità degli eventi mostrano un clima altamente instabile, caratterizzato da tensione costante, disagio psicologico diffuso e percezione di impotenza. Il fatto che il registro degli eventi sia mantenuto su un file elettronico modificabile e stampato solo al bisogno pone problemi di affidabilità e trasparenza.

A **Milano**, il registro visionato era cartaceo, ossia un quaderno compilato a mano, lo stesso dall'inizio della nuova gestione (dicembre 2024). Da giugno a settembre sono riportati solo otto eventi critici. C'è confusione sul significato di evento critico e viene riferito di segnalare solo gli eventi "importanti", ma non è chiaro se vengano segnati tutti oppure se quelli più prettamente sanitari siano segnati solo nella cartella informatizzata multidisciplinare. Uno sciopero della fame non viene segnalato come evento critico, ma viene segnato in cartella clinica solo a partire dal quarto/decimo giorno dal pasto rifiutato, quindi non comparirebbe un eventuale sciopero a staffetta.

Sembra quindi esserci una grande sottostima degli eventi critici, perché molti vengono considerati "ordinari" in un CPR (per esempio, autolesionismo) e non sufficientemente "importanti". Infine, il registro appare compilato in maniera sommaria, senza tutte le specifiche necessarie. Sono segnati quasi sempre data, matricola, persone coinvolte, e soltanto con qualche parola di descrizione dell'evento e delle azioni intraprese. Non viene segnalato l'esito, né se siano state informate le autorità. Viene riferita la prospettiva di avere un registro di diverso tipo, forse informatizzato.

Anche a **Torino**, il registro visionato era cartaceo, un quaderno scritto a mano. Dal 28 maggio all'11 settembre è riportato mediamente un evento critico al giorno: proteste, atti autolesivi, ingestione volontaria di corpi estranei, litigi tra "ospiti", e anche «manifestazioni esterne di "antagonisti"» (sic!). Fino al 30 agosto non c'è indicazione delle persone coinvolte, dal 31 agosto vengono indicati i numeri identificativi. Secondo quanto riportato sul registro, diversi eventi critici sono risolti con invio in Pronto Soccorso dei trattenuti coinvolti, interventi delle forze dell'ordine e arresti.

“

Silenzi rumorosi

Chiedo all'ente gestore come mai ci sia questo strano silenzio tra i settori del CPR mentre ci muoviamo dal settore F al settore D.

Orgogliosamente i gestori rispondono che questa calma è frutto di un attento lavoro di relazione con i detenuti.

Alla mia domanda se siano sedati con psicofarmaci, la risposta è che stanno tentando di “svezzarli” dall'abuso di ipno-induttori, neurolettici e antidepressivi.

Eppure, **tutti gli “ospiti” nei vari settori appaiono rallentati** (bradilalici, bradipsichici) **fortemente depressi, rassegnati al limbo in cui sono costretti a vivere**, privi di quella rabbia e quella determinazione ad ottenere giustizia che abbiamo sempre incontrato negli sguardi e nelle parole di coloro che iniquamente sono trattenuti in quelle gabbie.

Vengo accompagnata, [...] insieme agli psicologi della delegazione, nella stanza dei colloqui psicologici [...]. Anche l'esperto del CPR ribadisce il tentativo da parte dei sanitari di ridurre l'abuso di psicofarmaci tra i detenuti, al fine di **ridurre gli episodi di autolesionismo, di agitazione psicomotoria e i tentativi di suicidio**, molto frequenti fino al mese di luglio 2025.

Con mia grande sorpresa, anche il personale del centro etichetta i tentativi suicidari e gli atti di autolesionismo come atti dimostrativi al fine di uscire dai settori e attrarre l'attenzione.

Estratto dalla relazione tecnica della dott.ssa Giuppa Cassarà, già co-autrice delle Linee guida del Ministero della Salute per la presa in carico delle vittime di tortura, che ha contribuito ai lavori della delegazione in qualità di esperta indipendente in occasione della visita al CPR di Trapani del 29 settembre 2025.

“

Mi chiamo Marie.

Sono stata badante per tutta la vita in questo paese. Sono georgiana.

Non mi hanno mai fatto un contratto, nemmeno uno.

È stato molto difficile per me. Ho abbandonato mia figlia.

Ho solo le sue foto che mi manda mia madre, ma io non ho potuto vederla crescere. Sono stata qui a crescere i figli degli altri, a pulire il culo delle madri degli altri. Almeno sono riuscita a mandare soldi per farla studiare, per farle avere un posto sempre caldo in cui stare.

Ma mai, mai nessun documento. Una volta mi hanno anche buttata fuori di casa, perché il padrone voleva fare sesso con me, mi disturbava sempre, e io non volevo. Mi diceva “guarda che ti butto fuori, resterai come una cagna in strada e lì vedi cosa ti faranno”.

E così mi ha picchiato tanto, tanto, ma io sono scappata via con le mie cose, appena sono riuscita. Non ho trovato nessun aiuto fuori, è stato molto difficile. Poi una ragazza della mia comunità ha deciso di aiutarmi e almeno ho avuto un letto e ho ripreso a lavorare.

Ma non voglio raccontare di più. Guarda dove sono adesso.

Mi hanno rinchiuso perché loro non mi hanno dato un documento.**Mi hanno picchiata e mi hanno rinchiusa.**

Mi hanno umiliata e mi hanno rinchiusa ed io come faccio a mandare i soldi a mia figlia ora?

Marie ha 55 anni, lo sguardo perso.

In Italia è arrivata quando aveva 25 anni. Tratto da: “Marco Cavallo libera tutti”



4. Trattenimento e Nuovo Patto su Migrazione e Asilo: dalla residualità alla normalizzazione

4.1 Un quadro internazionale segnato da deterrenza ed esternalizzazione

Negli ultimi anni la detenzione amministrativa ha conosciuto una trasformazione profonda, **passando da misura formalmente eccezionale a componente strutturale delle politiche migratorie**.

Questo mutamento si è realizzato attraverso una progressiva riorganizzazione delle procedure di ingresso, asilo e rimpatrio, che ha reso la restrizione della libertà personale una condizione essenziale al funzionamento dei sistemi di controllo e gestione dei movimenti migratori. A livello internazionale, tale evoluzione si inserisce in strategie orientate alla deterrenza, all'esternalizzazione delle responsabilità e alla riduzione dell'accesso effettivo alla protezione internazionale.

Negli **Stati Uniti**, le politiche migratorie degli ultimi anni hanno consolidato un uso esteso e strutturale della detenzione amministrativa, in particolare al confine meridionale. Anche dopo la fine delle misure emergenziali adottate durante la pandemia, nuovi provvedimenti hanno ristretto l'accesso all'asilo, rafforzando procedure accelerate, presunzioni di inammissibilità, pratiche di trattenimento e rimpatrio rapido. In questo quadro, la detenzione continua a essere utilizzata in modo sistematico, configurandosi come uno strumento ordinario di deterrenza e di gestione dei movimenti e quindi utile a rafforzare un sistema punitivo, in termini di sicurezza pubblica e sociale.

L'esperienza australiana costituisce un precedente ormai consolidato. In **Australia**, il ricorso alla detenzione offshore e all'esame delle domande di asilo in Paesi terzi, in particolare sull'isola di Nauru, ha reso il confinamento amministrativo un pilastro delle politiche migratorie. Pur in presenza di alcuni limiti legali alla detenzione amministrativa sul territorio australiano, il governo ha mantenuto e rinegoziato gli accordi con Nauru, confermando l'esternalizzazione come strumento per collocare il trattenimento al di fuori del perimetro delle garanzie interne.

Nel **Regno Unito**, il progetto di trasferimento delle persone richiedenti asilo in Rwanda ha rappresentato uno degli esempi più emblematici di questa traiettoria. Pur essendo stato dichiarato illegittimo dalla Corte Suprema del Regno Unito, lo schema ha reso evidente l'obiettivo politico perseguito: sottrarre l'esame delle domande di asilo al territorio nazionale e costruire un sistema deterrente fondato sul trasferimento fisico delle persone.

Anche dopo il fallimento giudiziario di questo modello, il Regno Unito ha continuato a rafforzare un approccio securitario, ampliando i poteri amministrativi in materia di controllo, detenzione e allontanamento, confermando una progressiva riduzione delle garanzie procedurali.

Un'ulteriore declinazione di questa traiettoria è rintracciabile nella cooperazione tra **Spagna e Mauritania**, rafforzata negli ultimi anni nell'ambito delle politiche di esternalizzazione dei controlli migratori. Attraverso accordi bilaterali e sostegno operativo alle autorità mauritane, il trattenimento amministrativo viene di fatto spostato al di fuori del territorio europeo, assumendo la funzione di strumento preventivo di deterrenza e gestione dei movimenti. Pur operando formalmente in un ordinamento terzo, queste pratiche risultano funzionalmente integrate nelle politiche europee, contribuendo a ridurre l'accesso alla protezione internazionale e a normalizzare forme di privazione della libertà in contesti caratterizzati da standard di tutela più deboli.

Il **Protocollo Italia-Albania** si inserisce in una logica analoga, pur presentando caratteristiche giuridiche differenti rispetto ai modelli precedenti. A differenza di questi ultimi, il dispositivo prevede il mantenimento della giurisdizione italiana sulle persone trasferite. Tuttavia, anche in questo caso, l'obiettivo è quello di collocare le procedure di frontiera e di rimpatrio al di fuori del territorio nazionale, in spazi giuridicamente e materialmente separati, producendo una forma di confinamento che, pur formalmente interna all'ordinamento, risulta sostanzialmente esternalizzata.

Questi modelli internazionali costituiscono il contesto di riferimento entro cui leggere l'evoluzione del diritto dell'Unione europea. È pertanto necessario collocare tali dispositivi all'interno di un disegno più ampio di ristrutturazione della frontiera europea: una frontiera che non è più soltanto una linea di demarcazione territoriale, ma un sistema complesso di esclusione, trattenimento e selezione, articolato attraverso procedure, infrastrutture e regimi giuridici differenziati. In questo quadro, la detenzione amministrativa tende a configurarsi non più come misura residuale, ma come elemento strutturale dell'architettura contemporanea delle politiche migratorie.

4.2 Le tendenze europee: Patto europeo su migrazione e asilo e Regolamento rimpatri come traiettorie convergenti

Nel diritto dell'Unione europea, la detenzione amministrativa continua a essere formalmente qualificata come misura eccezionale, subordinata ai principi di necessità, proporzionalità e valutazione individuale.

Tuttavia, le riforme più recenti in materia di asilo e rimpatri **delineano una traiettoria coerente che tende a normalizzare la restrizione della libertà personale**, senza mai affermarla esplicitamente come obiettivo politico o giuridico.

Questa trasformazione prende forma, innanzitutto, con la scelta normativa del regolamento: è il primo caso nella storia UE in cui, in materia di migrazione, si stabilisce un pacchetto generale di riforme che passa attraverso atti normativi obbligatori e direttamente applicabili dai Paesi membri. Attraverso i regolamenti presentati, si avviano due percorsi normativi distinti ma convergenti. Da un lato, **il Nuovo Patto su migrazione e asilo riorganizza in modo sistemico le procedure di ingresso e di esame delle domande di protezione internazionale; dall'altro, la proposta di nuovo Regolamento rimpatri, formalmente scorporata dal Patto, rafforza in modo diretto il ruolo della detenzione amministrativa, quando possibile esternalizzata, nella fase dell'allontanamento.**

Nel loro insieme, queste riforme costruiscono un'architettura procedurale che presuppone il controllo continuo delle persone, una limitazione strutturale della libertà di movimento e una profonda modifica dei sistemi di accoglienza che assume progressivamente la connotazione di un sistema di controllo, confinamento e infine detenzione effettiva.

4.2.1 Il Nuovo Patto su migrazione e asilo: dall'eccezione alla restrizione strutturale della libertà personale

Il Nuovo Patto su migrazione e asilo riforma in modo sistemico il diritto europeo in materia, attraverso un insieme di normative interconnesse che incidono sulle modalità di ingresso, accertamento, esame delle domande e accoglienza. La riforma si declina in nove regolamenti e una sola direttiva.⁴⁰ Pur mantenendo formalmente intatto il principio secondo cui la detenzione amministrativa deve costituire una misura eccezionale, subordinata ai criteri di necessità, proporzionalità e valutazione individuale, **il Patto costruisce un'architettura procedurale che rende la restrizione della libertà personale un esito strutturale del funzionamento del sistema.** In questo quadro, viene meno il diritto di accesso temporaneo al territorio e l'accoglienza resta un esito eventuale di un processo che un tempo presupponeva ingresso, riconoscimento e presa in carico. Questa trasformazione avviene attraverso l'uso estensivo e, in molte circostanze, obbligatorio, di procedure che presuppongono il controllo continuo delle persone e la loro permanenza forzata in luoghi determinati per periodi prolungati. In questo senso, la libertà di movimento non viene formalmente negata, ma compressa attraverso obblighi procedurali che producono effetti sostanzialmente equivalenti alla privazione della libertà personale.

40. Il pacchetto di provvedimenti è composto dai seguenti regolamenti: 2024/1356 Screening, 2024/1358 Eurodac, 2024/1351 RAMM (nuovo «Dublino»), 2024/1347 Qualifiche, 2024/1348 Procedure, 2024/1349 Rimpatrio frontaliero, 2024/1352 Accertamenti alla frontiera, 2024/1359 Crisi, 2024/1350 Reinsediamento e ammissione umanitaria; e dalla direttiva 2024/1346 Accoglienza.

Il Regolamento screening: controllo preliminare e disponibilità forzata

Il Regolamento screening (Reg. 2024/1356) introduce una fase obbligatoria applicabile alle persone intercettate in ingresso irregolare (anche se si presentano spontaneamente alle autorità di PS per chiedere protezione internazionale), fermate alle frontiere esterne e a tutte le persone sbarcate a seguito di operazioni di ricerca e soccorso. Questa fase comprende identificazione, controlli di sicurezza, valutazioni sanitarie e una prima valutazione delle vulnerabilità.

Il Regolamento non prevede espressamente la detenzione durante questa fase, ma stabilisce che la persona debba restare a disposizione delle autorità competenti per tutta la durata degli accertamenti.

Le modalità attraverso cui tale obbligo deve essere garantito non sono definite in maniera sufficientemente precisa, lasciando agli Stati membri un ampio margine di discrezionalità.

Ne consegue che l'effettività dello screening può essere assicurata attraverso misure altamente restrittive della libertà personale, in assenza di criteri stringenti di necessità e proporzionalità e senza la previsione di un obbligo chiaro e prioritario di ricorso a misure alternative meno coercitive.

È positivo che il Regolamento screening preveda espressamente, oltre a una verifica generale sullo stato di salute della persona straniera, ha anche "l'obiettivo di individuare se un cittadino di paese terzo possa essere

un apolide vulnerabile o una vittima di tortura o di altri trattamenti inumani o degradanti" (art. 12 par.3) e che "e vi sono indicazioni di vulnerabilità o di esigenze di accoglienza o procedurali particolari, il cittadino di paese terzo interessato riceve un sostegno tempestivo e adeguato, in strutture adeguate, a beneficio della sua salute fisica e mentale" (art. 13 par.4).

Tuttavia la norma non precisa in alcun modo quali siano e come debbano essere organizzate tali strutture adeguate. Inoltre appare evidente l'estrema difficoltà nell'individuazione di una vittima di tortura laddove, come accade nella maggioranza dei casi, la sottoposizione a tortura non lascia segni e ferite fisiche o traumi psichici immediatamente riconoscibili. Per come ne è prevista la realizzazione appare dunque assai elevato il rischio che una situazione vulnerabile, ed in particolare una vittima di tortura non venga in alcun modo individuata e la persona sia incanalata in una procedura accelerata che è del tutto inidonea a tali situazioni, e venga anche sottoposta a detenzione. Obblighi di permanenza in un luogo determinato, limitazioni all'uscita o controlli continui possono produrre effetti sostanzialmente equivalenti alla detenzione, senza essere formalmente qualificati come tali e senza l'attivazione delle garanzie previste. Tale indeterminazione normativa nella regolazione di un diritto fondamentale come la libertà personale è assai preoccupante ma non inedita bensì si inserisce in un lungo percorso fatto di "sperimentazioni" spesso attuate contra legem già evidenziate nella Relazione al Parlamento nel 2023 da parte del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale dove si evidenzia come

“il lungo repertorio e la varietà di situazioni di privazione della libertà de facto osservate in questi anni in tale area denotano una preoccupante inclinazione dei pubblici poteri a tollerare la sacrificabilità dei diritti fondamentali delle persone migranti in funzione delle sempre più stringenti esigenze di controllo e svelano i tratti di un fenomeno, oramai, normalizzato e integrato negli strumenti di gestione dei flussi migratori”⁴¹.

Suscita particolare preoccupazione infine il fatto che gli accertamenti della fase di screening rappresenti una procedura che non è soggetta ad alcuna possibilità di revisione e di contestazione degli esiti da parte del cittadino straniero.

Nonostante rappresenti un momento fondamentale nella determinazione della condizione del cittadino straniero non sono previsti rimedi per contrastarne gli effetti, né è chiaramente previsto il diritto di accedere alla tutela legale nel corso della procedura.

La finzione di non ingresso come fondamento operativo delle procedure di frontiera

In questa fase si innesta inoltre la cosiddetta finzione di non ingresso prevista nel Regolamento Procedure, che consente di trattare la persona come non formalmente entrata nel territorio dello Stato membro pur essendovi fisicamente presente. Tale dispositivo non crea uno status giuridico autonomo, ma produce un effetto operativo rilevante: consente di limitare l'accesso al territorio in senso

sostanziale e di mantenere la persona all'interno del circuito delle procedure di frontiera. In pratica, perché **la finzione di non ingresso sia effettiva, è necessario assicurare la disponibilità continua della persona alle autorità competenti** attraverso misure di confinamento e controllo che, pur non sempre qualificate come detenzione, possono incidere in modo significativo sulla libertà personale.

Il Regolamento Procedure: uso esteso delle procedure di frontiera e restrizione strutturale della libertà

Il Regolamento procedure rappresenta uno degli snodi centrali del Nuovo Patto su Migrazione e Asilo: è qui che le procedure speciali perdono il loro carattere eccezionale e diventano una modalità ordinaria di esame delle domande di protezione internazionale. Attraverso l'estensione dell'obbligatorietà delle procedure accelerate e di frontiera e la possibilità di applicarle in modo discrezionale, il Regolamento incide direttamente sulle condizioni materiali in cui l'esame della domanda si svolge, producendo effetti significativi sulla libertà personale delle persone coinvolte.

Le procedure accelerate e di frontiera si applicano obbligatoriamente a una serie di categorie di richiedenti asilo. I

In particolare, esse si applicano alle persone che presentano domanda direttamente ad una frontiera esterna dell'UE, a seguito di sbarco nel territorio di uno Stato membro a seguito di un'operazione di ricerca e soccorso; e, al tempo stesso,

41. Garante per i diritti delle persone private della libertà personale, Relazione al Parlamento 2023, pag. 76

provengono da Paesi di origine per i quali il tasso medio di riconoscimento della protezione internazionale a livello dell'Unione Europea sia pari o inferiore al 20%; nonché alle persone che si ritiene abbiano intenzionalmente indotto in errore le autorità o che rappresentino un pericolo per l'ordine pubblico o la sicurezza nazionale.

Le procedure accelerate di frontiera possono altresì applicarsi facoltativamente, lasciando agli stati un larghissimo margine di discrezionalità,

in molte ulteriori circostanze quali la provenienza da un paese terzo considerato sicuro, o se il richiedente ha presentato dichiarazioni palesemente incoerenti o contraddittorie, palesemente false o improbabili, ha presentato una domanda reiterata considerata inammissibile e anche quando è entrato illegalmente nel territorio di uno Stato membro o vi ha prolungato illegalmente il soggiorno e, senza un valido motivo, non si è presentato alle autorità competenti o non ha fatto domanda di protezione internazionale quanto prima possibile rispetto alle circostanze del suo ingresso.

Ciascuna di queste categorie presenta profili di criticità che, nel loro insieme,

contribuiscono a una generalizzazione delle procedure speciali e a una progressiva marginalizzazione della procedura ordinaria sul territorio.

Un ruolo centrale e particolarmente problematico è svolto dal criterio del tasso medio di riconoscimento pari o inferiore al 20%, che non costituisce un dato neutro, ma riflette le politiche di asilo, le prassi amministrative e gli orientamenti decisionali degli Stati membri.

Tali percentuali possono variare nel tempo in funzione di scelte politiche e amministrative e non sono necessariamente indicative del rischio individuale di persecuzione. Il loro utilizzo come presupposto automatico per l'applicazione delle procedure di frontiera introduce una selezione preventiva fondata sulla nazionalità, trasformandola in un elemento strutturalmente discriminante e svuotando di contenuto il principio della valutazione individuale della domanda di protezione internazionale. A questo impianto selettivo si aggiunge il rilievo attribuito alle dichiarazioni ritenute false, incomplete o contraddittorie, che possono giustificare la qualificazione della domanda come manifestamente infondata o strumentale e determinare l'applicazione delle procedure accelerate e di frontiera. Come già evidenziato nel precedente Rapporto CPR, tali valutazioni avvengono spesso in contesti caratterizzati da tempi estremamente ristretti, accesso limitato all'assistenza legale e linguistica e condizioni di particolare vulnerabilità. In tali circostanze, difficoltà comunicative, traumi, incongruenze marginali o lacune narrative possono essere interpretati come indizi di mendacio intenzionale, rafforzando presunzioni di abuso che incidono direttamente sulla procedura applicabile. In Italia, l'applicazione obbligatoria di tali procedure, rischia di coinvolgere un numero molto elevato di richiedenti, rendendole di fatto quelle più utilizzate.

Inoltre, la possibilità di applicare procedure di frontiera alle persone sbarcate a seguito di operazioni di ricerca e soccorso trasforma una modalità di accesso al territorio spesso legata a situazioni di emergenza, vulnerabilità e rischio per la vita in un fattore di penalizzazione procedurale, incidendo negativamente sull'effettività delle garanzie e sui tempi disponibili per l'esame della domanda.

Sebbene il Regolamento procedure non disciplini direttamente la detenzione amministrativa, l'obbligatorietà e la possibile estensione delle procedure speciali producono effetti diretti sulla libertà personale delle persone coinvolte. Le procedure di frontiera presuppongono infatti che la persona resti costantemente a disposizione delle autorità competenti e sia sottoposta, per tutta la durata dell'esame della domanda, a misure di confinamento in luoghi determinati. Obblighi di permanenza in un luogo specifico, limitazioni all'uscita o controlli continui possono produrre effetti sostanzialmente equivalenti alla detenzione, pur senza essere formalmente qualificati come tali. In questo quadro, la possibilità che in determinate circostanze si possa prorogare la durata massima della procedura di frontiera fino a 18 settimane contribuisce ulteriormente a consolidare il ruolo della detenzione amministrativa, o di misure ad essa equivalenti, come strumento ordinario di gestione delle domande di protezione internazionale.

L'estensione temporale delle procedure, combinata con le condizioni materiali di confinamento e con le limitazioni all'accesso effettivo all'assistenza legale e linguistica, accresce in modo significativo il rischio di violazioni dei diritti procedurali e del principio di non respingimento.

La restrizione della libertà personale, pur restando formalmente qualificata come misura eccezionale, diventa così un esito prevedibile dell'applicazione delle procedure di frontiera.

La normativa sull'accoglienza: ambiguità tra limitazioni alla libertà di circolazione e trattenimento amministrativo

La Direttiva Accoglienza (Direttiva UE 2024/1346) , unico testo dell'intero pacchetto di riforma a non assumere la forma giuridica del Regolamento, nella sua nuova formulazione, **prevede che, in specifiche situazioni, i richiedenti asilo possano essere confinati in un determinato luogo o assegnati a una specifica area geografica dalla quale possano uscire solo previa autorizzazione delle autorità competenti.**

Tali disposizioni si collocano all'interno di un sistema di restrizioni progressive che distingue formalmente tra limitazioni della libertà di circolazione e privazione della libertà personale. Tuttavia, il confine tra queste due categorie risulta particolarmente sottile e difficilmente verificabile nella pratica e, soprattutto alla luce delle modalità concrete con cui tali misure vengono applicate dagli Stati membri, può tradursi in effetti sostanzialmente equivalenti alla detenzione.

Qualora le limitazioni alla libertà di circolazione siano ritenute insufficienti, la **Direttiva consente il ricorso al trattenimento in presenza di specifici motivi, che presentano ulteriori profili di criticità**. La possibilità di trattenere una persona per verificare identità o cittadinanza non dovrebbe estendersi all'intera procedura di frontiera, soprattutto considerando che tali elementi risultano già accertati nella fase di screening; la previsione del trattenimento per determinare gli elementi su cui si basa la domanda di protezione internazionale che non potrebbero essere ottenuti senza privazione della libertà è formulata in termini estremamente vaghi e suscettibili di abuso; analogamente, la possibilità di trattenere una persona per il mancato rispetto degli obblighi relativi alla residenza amplia in modo significativo il rischio di detenzione, in particolare nei casi di trasferimenti tra Stati membri. Suscita in particolare forte preoccupazione la previsione in base alla quale risulta possibile applicare al richiedente protezione internazionale una misura di trattenimento per decidere, nel contesto di una procedura di frontiera, sul diritto del richiedente di entrare nel territorio (Direttiva, art.10 par. 4 lettera d).

L'applicazione letterale di tale disposizione sembrerebbe giustificare la possibilità di disporre un trattenimento generalizzato a tutti i richiedenti protezione internazionale sottoposti a una procedura di frontiera, ma ciò si porrebbe in evidente contrasto con il principio generale in base al quale il trattenimento può essere applicato solo in circostanze eccezionali, previa valutazione caso per caso e comunque sulla base dei principi di necessità e proporzionalità.

Appare assai elevato il rischio che, anche a causa delle problematiche interpretative legate alla scarsa determinatezza della norma, si verifichi un'applicazione arbitraria e generalizzata del trattenimento. Ulteriori profili problematici riguardano la possibilità di trattenimento in strutture penitenziarie, seppur in sezioni separate, con evidenti rischi di criminalizzazione dei richiedenti asilo; il mancato divieto espresso di trattenere persone con vulnerabilità fisiche o mentali, lasciando agli Stati membri un eccessivo margine di discrezionalità; l'indebolimento del principio secondo cui i minori non accompagnati non dovrebbero mai essere soggetti a trattenimento; la possibilità di trattenere nuclei familiari, limitandosi a garantire l'intimità e la separazione dagli altri trattenuti. Nel loro insieme, queste disposizioni mostrano come la normativa europea sull'accoglienza ribadisca formalmente il carattere eccezionale della detenzione, ma al contempo introduca una distinzione ambigua tra limitazione della libertà di circolazione e privazione della libertà personale che, nella pratica, risulta difficilmente attuabile. Tale ambiguità assume un rilievo ancora maggiore se letta in combinazione con la fase successiva del rimpatrio. Le persone la cui domanda venga respinta nell'ambito delle procedure di frontiera - che hanno una durata ordinaria di 12 settimane, fino a un massimo di 18 - possono essere immediatamente instradate verso la procedura di rimpatrio, senza una reale interruzione delle misure restrittive già applicate. In questo modo, la sequenza procedurale asilo-rimpatrio tende a produrre un esito prevedibile di prolungata restrizione della libertà personale.

La riforma del concetto di Paese terzo sicuro: estensione del rischio di detenzione

La modifica del concetto di Paese terzo sicuro contenuta nella proposta di modifica del Reg. procedure, presentata dalla Commissione EU a marzo 2025⁴² e di cui si prevede una rapida approvazione nei primi mesi del 2026, incide direttamente sull'applicazione del Regolamento Procedure, di cui costituisce di fatto un'integrazione funzionale.

La riforma amplia in modo significativo le ipotesi di inammissibilità delle domande di protezione internazionale, con effetti rilevanti sull'accesso all'esame nel merito e sulla libertà personale delle persone interessate.

La dichiarazione di inammissibilità esclude l'esame nel merito della domanda di asilo e apre direttamente la fase di trasferimento verso un Paese terzo designato come sicuro, in cui la persona interessata può chiedere protezione.

Un elemento particolarmente critico è il superamento del carattere obbligatorio del criterio della connessione tra il richiedente e il

Paese terzo, che consente di dichiarare inammissibile una domanda anche in assenza di un legame personale significativo, ampliando la discrezionalità degli Stati membri e riducendo le garanzie sostanziali.

La dichiarazione di inammissibilità può quindi determinare l'applicazione di misure restrittive della libertà personale finalizzate ad assicurare l'effettività del trasferimento.

In questo modo, l'estensione del ricorso al concetto di Paese terzo sicuro contribuisce ad ampliare il bacino di persone esposte a forme di confinamento o di detenzione amministrativa, anche in assenza di una valutazione individuale approfondita del bisogno di protezione.

4.2.1 La proposta di Regolamento Rimpatri: l'espansione strutturale della detenzione amministrativa

La proposta di Regolamento che istituisce un sistema comune di rimpatrio, **presentata dalla Commissione europea a metà del 2025**,⁴³ segna un ulteriore e significativo rafforzamento del ruolo della detenzione amministrativa nella gestione delle migrazioni irregolari, superando l'impostazione della Direttiva 2008/115/CE. È opportuno ricordare che il testo proposto dalla Commissione al momento della pubblicazione del presente rapporto è ancora in fase di discussione; la recente adozione della posizione del Consiglio dell'Unione europea⁴⁴ costituisce la base per l'avvio dei negoziati con il Parlamento europeo, nei quali potranno essere introdotte modifiche anche sostanziali. Ciò nonostante, l'orientamento complessivo che emerge già in questa fase appare indicativo di una traiettoria politica chiaramente definita.

Pur ribadendo formalmente il principio del ricorso alla detenzione come extrema ratio, la proposta amplia in modo sostanziale presupposti, durata e funzione

42. Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) n. 2024/1348 per quanto riguarda l'applicazione del concetto di "Paese terzo sicuro", Bruxelles 20.05.2025 COM (2025)

43. Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio che istituisce un sistema comune per il rimpatrio dei cittadini di paesi terzi il cui soggiorno nell'Unione è irregolare e abroga la direttiva 2008/115/CE" (Strasburgo, 11.3.2025 COM(2025) 101). https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:9565bdd7-ff1a-11ef-9503-01aa75ed71a1.0009.02/DOC_1&format=PDF

44. Council of European Union, Council clinches deal on EU law about returns of illegally staying third-country nationals, 8 december 2025

sistemica del trattenimento, **contribuendo a una normalizzazione della privazione della libertà nella fase dell'allontanamento.**

In particolare, il Regolamento estende in maniera significativa i motivi di detenzione, facendo leva su una definizione estremamente ampia e presuntiva del rischio di fuga, ulteriormente rafforzata dall'introduzione di obblighi di cooperazione particolarmente stringenti a carico delle persone destinatarie di una decisione di rimpatrio.

La mancata o presunta insufficiente cooperazione, nozione formulata in termini vaghi e ampiamente discrezionali, può determinare non solo l'adozione, ma anche il prolungamento della detenzione amministrativa; in tal modo, il trattenimento tende a trasformarsi in uno strumento ordinario di gestione delle difficoltà operative dei rimpatri, piuttosto che in una misura eccezionale legata a circostanze individuali concrete. La posizione del Consiglio rafforza ulteriormente questo approccio, legittimando l'uso della detenzione anche come risposta a comportamenti valutati come non collaborativi e prevedendo conseguenze punitive aggiuntive, incluse sanzioni penali.

Un ulteriore profilo di criticità riguarda l'estensione della durata massima della detenzione fino a 24 mesi, con la possibilità di ulteriori prolungamenti nei casi in cui la persona sia ritenuta un rischio per la sicurezza.

Tale previsione incide profondamente sul principio di proporzionalità e aumenta il rischio di una detenzione di lunga durata non finalizzata a un rimpatrio effettivamente realizzabile. In questo quadro, la distinzione tra misure alternative e detenzione tende ad attenuarsi, anche a causa della formulazione indeterminata dei criteri per l'applicazione delle alternative, che risultano spesso subordinate alla medesima valutazione del rischio di fuga.

Il Regolamento rafforza inoltre la continuità tra fase di asilo e fase di rimpatrio, in particolare per le persone la cui domanda venga respinta nell'ambito delle procedure di frontiera. Il passaggio quasi automatico dalla procedura di asilo a quella di rimpatrio, senza una reale interruzione delle misure restrittive già applicate, contribuisce a costruire un percorso procedurale a esito prevedibile di prolungata restrizione della libertà personale.

Particolarmente problematiche sono infine le disposizioni relative ai **return hubs** e, più in generale, all'esternalizzazione delle procedure di rimpatrio verso Paesi terzi sulla base di accordi o arrangements che, secondo la posizione del Consiglio, possono includere anche intese flessibili e non necessariamente vincolanti. Sebbene tali accordi siano formalmente subordinati al rispetto dei diritti fondamentali e del principio di non-refoulement, la proposta solleva interrogativi rilevanti in termini di effettività delle garanzie, accesso alla tutela giurisdizionale e responsabilità degli Stati membri.

Il Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa in un recente rapporto di analisi delle proposte di riforma del sistema dei rimpatri evidenziava infatti come "mentre le persone che non hanno il diritto di rimanere, ma che rimangono sul territorio degli Stati membri, sono coperte da alcune tutele dei diritti umani, ad esempio ai sensi della Carta europea dei diritti sociali o del diritto derivato dell'UE, tali tutele non si applicano a livello extraterritoriale".⁴⁵ In particolare il trasferimento in un Paese terzo con conseguente detenzione in tale Paese di uno straniero per il quale non esiste alcuna ragionevole prospettiva di eseguire il rimpatrio verso il Paese di origine causerebbe una privazione continuativa della libertà in contrasto con l'art. 6 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE. Proprio in relazione al rispetto dei diritti fondamentali nel suo citato parere l'Agenzia Europea per i Diritti Fondamentali (FRA) ha sottolineato in un recente documento di raccomandazioni⁴⁶ che "ai sensi della CEDU, se gli Stati membri hanno giurisdizione sui rimpatriati ospitati nel Paese di ritorno hub – da solo o congiuntamente al Paese terzo che ospita l'hub – e in esso si verificano violazioni dei diritti umani, allora hanno anche l'obbligo positivo di adottare misure preventive, come chiarito dalla Corte europea dei diritti dell'uomo nella sua giurisprudenza.

Ai sensi dell'articolo 52, paragrafo 3, della Carta, il significato e la portata dei diritti sanciti dalla Carta, che corrispondono ai diritti garantiti dalla CEDU, devono essere gli stessi di quelli stabiliti dalla CEDU. È il caso, ad esempio, del diritto alla vita di cui all'articolo 3 della Carta e il divieto di tortura e altre forme di maltrattamento di cui all'articolo 4 della Carta. Tali diritti sanciti dalla Carta richiedono anche misure preventive"(par. 68).

Il rischio concreto è che questi meccanismi producano forme di detenzione extraterritoriale o di confinamento prolungato al di fuori del perimetro delle garanzie dell'ordinamento dell'Unione, rendendo più opaca la catena delle responsabilità e più difficile il controllo democratico e giurisdizionale. Nel loro insieme, tali elementi confermano come la proposta di Regolamento Rimpatri, nella sua formulazione attuale e alla luce dell'orientamento espresso dal Consiglio, contribuisca a consolidare la detenzione amministrativa come infrastruttura ordinaria delle politiche migratorie europee.

”

45. Michael O'Flaherty, "Externalised asylum and migration policies and human rights law", Council of Europe, 4 September 2025, <https://rm.coe.int/report-on-externalisation-of-migration-by-michael-o-flaherty-council-o/488028300a>

46. FRA (European Union Agency for Fundamental Rights), "Planned return hub in third countries. UE fundamental rights issues", Position Paper, Vienna, 1/2025, <https://fra.europa.eu/en/publication/2025/return-hubs>.

4.3 La detenzione amministrativa come infrastruttura delle politiche migratorie

L'analisi del Nuovo Patto su Migrazione e Asilo e della proposta di nuovo Regolamento Rimpatri mostra come la detenzione amministrativa stia progressivamente perdendo il carattere di misura eccezionale nel diritto e nelle politiche migratorie europee. I principi di necessità, proporzionalità e valutazione individuale restano formalmente intatti, ma risultano svuotati nella pratica da un'architettura procedurale che rende la restrizione della libertà personale un esito strutturale e prevedibile dei percorsi di ingresso, asilo e allontanamento.

La centralità della detenzione emerge non tanto da singole disposizioni, quanto dall'effetto cumulativo e interconnesso dei diversi strumenti: procedure di frontiera, meccanismi di screening, riforma dell'accoglienza e rafforzamento dei rimpatri concorrono a costruire una **filiera continua di controllo, nella quale la privazione della libertà tende a funzionare come dispositivo di gestione ordinaria delle persone migranti.**

Dal punto di vista giuridico, tale evoluzione determina un abbassamento significativo degli standard di tutela. La detenzione amministrativa, pur formalmente distinta dalla sanzione penale, assume una durata, un'intensità e una funzione sempre più assimilabili a forme di confinamento punitivo, con un indebolimento delle garanzie sostanziali e procedurali e una

crescente difficoltà di accesso a rimedi effettivi di tutela. La normalizzazione della detenzione rischia così di produrre una zona grigia di sospensione dei diritti, in cui la temporaneità e l'eccezionalità diventano categorie meramente formali.

Sul piano politico, la trasformazione della detenzione in infrastruttura delle politiche migratorie contribuisce a spostare il dibattito dalla tutela dei diritti alla gestione efficiente dei movimenti, normalizzando la privazione della libertà e rendendola una componente tecnica del governo delle migrazioni. In questo senso, il Patto e la proposta di un nuovo Regolamento rimpatri non introducono una rottura, ma consolidano una traiettoria già in atto, rafforzando un modello di frontiera che opera attraverso selezione, trattenimento ed esclusione e che pone interrogativi profondi sulla compatibilità tra le politiche migratorie europee e i principi fondamentali dello Stato di diritto, nonché i diritti fondamentali previsti nelle fonti nazionali, europee e internazionali.

In questo senso, il Patto e la proposta di nuovo Regolamento rimpatri possono essere letti come dispositivi capaci di innescare ciò che il sociologo Johan Galtung⁴⁷ ha definito **violenza strutturale: una forma di violenza non immediatamente visibile, inscritta nelle strutture politiche, giuridiche ed economiche, che opera in modo indiretto e sistemico.**

47. La violenza strutturale fa riferimento a qualsiasi scenario in cui una struttura sociale perpetua l'iniquità, causando sofferenze evitabili. Studiando la violenza strutturale si esaminano i modi in cui le strutture sociali (sistemi economici, politici, sociali e legali) possono avere un impatto negativo e sproporzionato su particolari gruppi e comunità. La locuzione spiega, infatti, il potere negativo delle istituzioni sociali e dei sistemi di organizzazione sociale tra le comunità emarginate.

Non si manifesta attraverso atti espliciti di coercizione, ma attraverso assetti normativi e istituzionali che impediscono il pieno soddisfacimento dei bisogni fondamentali e la possibilità, per le persone, di realizzare il proprio potenziale.

Applicata al governo delle migrazioni, questa forma di violenza si traduce in un sistema che produce sistematicamente condizioni di ingiustizia senza un responsabile immediatamente identificabile.

La restrizione della libertà, la sospensione delle garanzie e la compressione dei diritti non appaiono come il risultato di scelte politiche puntuali, ma come effetti “naturalisti” di procedure, standard e meccanismi tecnici. Il potere, in questo quadro, si esercita smaterializzandosi, attraverso catene di delega istituzionale che rendono sempre più difficile risalire alle linee di comando e individuare il mandante politico delle violazioni.

Ne deriva uno spartiacque normativo sottile ma sostanziale nella vita delle persone in movimento, tra ciò che sarebbe giuridicamente e umanamente possibile e le condizioni reali in cui esse vengono confinate. Un sistema di governance che opera con il massimo dell'efficacia nel minimo della visibilità, normalizzando l'eccezione e trasformando la privazione dei diritti in una componente ordinaria e opaca delle politiche migratorie europee.

Mi chiamo Jennifer.

Guarda le mie braccia, non ho paura di niente.

Guarda sono tutte bruciate.

Mi hanno incendiato la casa nel mio paese.

Ho perso la pelle.

Sono bruciata.

Poi mi hanno presa, mi hanno portata qui.

Ed ora volete riportarmi nel mio paese???

Io devo stare qui.

Devo stare qui.

Non potete portarmi

indietro. Non potete....

”

Jennifer è vittima di tratta, ha rischiato un rapido rimpatrio senza senso.

Ora è in casa protetta. Negli anni tante sono state le donne imprigionate nei CPR, vittime di tratta e sfruttamento sessuale.

Tratto da: “Marco Cavallo libera tutti”



5. Conclusioni

Ogni istituzione si impadronisce di parte del tempo e degli interessi di coloro che da essa dipendono, offrendo in cambio un particolare tipo di mondo: il che significa che tende a circuire i suoi componenti in una sorta di azione inglobante.

Nella nostra società occidentale ci sono tipi diversi di istituzioni, alcune delle quali agiscono con un potere inglobante, seppur discontinuo, più penetrante di altre.

Questo carattere inglobante o totale è simbolizzato nell'impedimento allo scambio sociale e all'uscita verso il mondo esterno, spesso concretamente fondato nelle stesse strutture fisiche dell'istituzione: porte chiuse, alte mura, filo spinato, rocce, corsi d'acqua, foreste o brughiera.⁴⁸

”

1. Quanto emerso dal lungo lavoro multidisciplinare che ha portato alla realizzazione del presente rapporto ha confermato che **i CPR italiani hanno a tutti gli effetti la natura di istituzioni totali** come definite nella letteratura scientifica a partire dal pionieristico lavoro di Goffman. La condizione di degrado materiale registrata in tutti i centri, la totale spersonalizzazione dei reclusi, la abituale violenza fisica e psicologica esercitata su di loro, e la condizione di persone solo “immagazzinate” nelle strutture, come acutamente ha messo in luce il Comitato Europeo per la prevenzione della tortura nel suo rapporto sui CPR italiani, delineano un quadro generale estremamente grave che non è riconducibile a specifiche situazioni di mala gestione di determinati CPR, ma dipende da fattori di natura strutturale non modificabili; come avviene in tutte le istituzioni totali le finalità ufficialmente dichiarate poste alla base della realizzazione delle istituzioni stesse (nel caso dei manicomi la cura della malattia mentale, nel caso dei CPR l'allontanamento coattivo degli stranieri espulsi) servono a coprire altre e del tutto diverse finalità di natura prevalentemente politica.

48. Erving Goffman. ASYLUMS. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza. Edizioni di Comunità, Torino 2001, pag. 15

Come acutamente evidenziato da Mauro Palma, già garante dei diritti delle persone private della libertà personale: "Il rischio è che la privazione della libertà dei migranti irregolari tenda a legittimarsi più come misura rassicurante della collettività che non come tassello efficace per una strategia che, come più volte condivisibilmente affermato anche in tempi recenti, riesca a ridurre le situazioni di irregolarità di presenza nel territorio nazionale e i rischi conseguenti anche sul piano delle possibili connessioni criminali".⁴⁹

Lungi dall'essere una misura estrema, un'ultima ratio, la detenzione assume sempre più, nel discorso pubblico come nella prassi, un ruolo centrale di "controllo dell'immigrazione" che tuttavia non ha affatto. In assenza di regole giuste che possano essere rispettate nella pratica, si attribuisce alla detenzione, al contenimento coatto delle persone, una funzione che nulla ha a che vedere con le sue finalità. A ben guardare molto spesso altresì le persone vengono rinchiusi nei CPR perché perdono la regolarità del loro soggiorno per decisione politica di chi legifera e di chi governa, non certo a causa del loro comportamento e, in quanto irregolari, diventano capri espiatori e allo stesso simboli di politiche repressive e discriminatorie. La pervasività delle istituzioni totali, oltre all'isolamento e all'opacità che le caratterizza, è resa evidente dal fatto che la loro realizzazione e funzionamento si regge su un robusto impianto ideologico che ne teorizza,

con ragioni solo apparentemente valide, l'assoluta necessità della loro esistenza al fine di gestire problematiche sociali complesse e soprattutto difendere la collettività da seri pericoli.

Il caso più studiato è indubbiamente quello dell'istituzione manicomiale che è stata sempre presentata come un'istituzione medico-scientifica del tutto indispensabile sia al fine di curare la malattia mentale, sia al fine di tutelare i cittadini "normali" dai rischi imprevedibili ma concreti di essere aggrediti o persino uccisi dai cosiddetti pazzi.

Prima della riforma Basaglia, resa possibile con l'approvazione della L. 180/1978, sostenere che i manicomi potessero essere chiusi appariva come una tesi così irrazionale e priva di ogni base scientifica, da non essere presa neppure in considerazione. Come lo stesso Basaglia scrisse "La cosa importante che abbiamo dimostrato che l'impossibile diventa possibile. Dieci, quindici, vent'anni fa era impensabile che un manicomio potesse essere distrutto. Magari i manicomi torneranno a essere chiusi e più chiusi di prima, io non lo so, ma a ogni modo noi abbiamo dimostrato che si può assistere la persona folle in un altro modo, e la testimonianza è fondamentale. Non credo che il fatto che un'azione riesca a generalizzarsi voglia dire che si è vinto. Il punto importante è un altro, è che ora si sa cosa si può fare (Rio de Janeiro, 28 giugno 1979)"⁵⁰

49. Garante delle persone private della libertà personale. Relazione al Parlamento 2022 del garante delle persone private della libertà personale
50. Franco Basaglia, Conferenze brasiliane, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000

L'impianto ideologico che sostiene i centri di detenzione amministrativa non è, da trent'anni, meno forte di quello che reggeva i manicomi; anche in questo caso **l'esistenza dei CPR viene presentata come una funzione necessaria per realizzare un obiettivo che non può essere messo in discussione, ovvero l'allontanamento forzato degli stranieri irregolari, pena il diffondersi del caos nell'intera società.**

Da ciò che essa realmente è, ovvero una costruzione politico-simbolico che non ha alcuna rilevanza reale nella gestione delle migrazioni, la detenzione amministrativa degli espulsi diviene, nella costruzione ideologica che la sostiene, addirittura una funzione istituzionale fondamentale per la tutela dell'intero ordine sociale. Tuttavia i dati reali smentiscono la propaganda: in linea con il dato dello scorso anno, i trattenuti rilevati nelle visite sono 546, corrispondenti a meno dello 0,2% delle persone straniere in posizione di irregolarità sul territorio nazionale, vittime sacrificali di un sistema violento, repressivo e razzista.

La rivoluzione basagliana non ha mai negato l'esistenza della malattia mentale e la connessa necessità che la società organizzi sistemi sanitari di cura della stessa, ma ha contestato duramente che il sistema manicomiale fosse realmente orientato alla cura del malato e alla tutela della collettività dimostrando come fosse invece finalizzato a rendere possibile un sistema di violenza che si auto-riproduceva incessantemente e che come tale non era riformabile ma andava chiuso per essere sostituito da un sistema nuovo basato su un paradigma del tutto diverso.

In modo analogo il presente rapporto, in linea con le analisi e le ricerche oramai ventennali sul sistema della detenzione amministrativa non negano certo che una normativa possa prevedere in casi specifici e circoscritti e dentro un sistema di garanzie, i casi e le modalità di allontanamento dal territorio di cittadini di paesi terzi, ma che l'attuale modello italiano di reclusione amministrativa dei cittadini stranieri per l'attuazione dell'espulsione non è in alcun modo riformabile.

Nel Rapporto emerge in modo vistoso come nel 2024 **meno della metà dei posti teoricamente disponibili sono effettivamente utilizzabili**, mentre cresce in modo marcato (20%) la quota di posti inutilizzati anche se formalmente agibili. In linea con altri studi, il Rapporto ha altresì permesso di evidenziare che nel periodo tra 2014 e 2024, a fronte di un costante aumento della capacità del sistema detentivo (con l'apertura di nuovi CPR, CTRA e i centri in Albania) e dei termini massimi di detenzione, **l'incidenza dei rimpatri effettuati è in costante diminuzione ed ha toccato il minimo storico nel 2024**, quando solo il 41,8% delle persone transitate nei centri di detenzione è stato rimpatriato. Se si considera invece l'incidenza dei rimpatri effettuati attraverso i centri di detenzione sul totale dei provvedimenti di allontanamento adottati, solo in rarissime occasioni la percentuale ha superato il 10% attestandosi, per il periodo 2011-2024, su una media del 9,9%. Nel 2024 il dato registrato è del 10,4%, in calo rispetto all'anno precedente (10,5%).

Sarebbe un grave errore ritenere che questi costanti tassi di inefficienza rappresentino un tema secondario o che comunque non sveli la natura e la finalità dell'istituzione totale in esame; l'inefficienza rispetto alle finalità propagandate e le condizioni di strutturale violenza sulle persone trattenute sono aspetti tra loro strettamente connessi; in una società democratica la compressione delle libertà fondamentali può infatti essere ammessa, previo stretto controllo giurisdizionale, solo se tali misure sono, almeno in parte, efficaci a conseguire le finalità dichiarate le quali devono comunque tutelare primari interessi pubblici generali. Come ha evidenziato lo stesso Palma nel citato rapporto al Parlamento il trattenimento si configura come "una sottrazione di tempo vitale non giustificata di fatto dalla finalità che il primo comma dell'articolo 5 della Convenzione europea per i diritti umani assume come previsione per la privazione della libertà e che la stessa Direttiva europea sui rimpatri del 2008 (la direttiva CE/115/2008) ritiene non accettabile perché non caratterizzata da una credibile possibilità di attuare il rimpatrio".

Sulla base di tali analisi e valutazioni, **il Tavolo Asilo e Immigrazione ritiene che si debba andare nella direzione di una completa chiusura dei CPR e pertanto del superamento della fallimentare normativa europea e interna sulla cosiddetta detenzione amministrativa.**

La direzione attualmente intrapresa con la proposta di Regolamento UE sui rimpatri presentata a marzo 2025 dalla Commissione Europea ed attualmente in discussione (gennaio 26) al Parlamento Europeo va abbandonata e va adottato un approccio completamente nuovo che elimini o riduca drasticamente il ricorso a forme di trattenimento per l'esecuzione dell'allontanamento dei cittadini di Paesi terzi. In particolare, come già evidenziato nel capitolo 4 del presente rapporto, la proposta di realizzazione di centri di detenzione in paesi terzi extra UE, sia se gestiti sotto la giurisdizione di un Paese UE (come nel caso dell'Italia con l'Albania) sia se affidati interamente a paesi terzi, va abbandonata perché estremamente pericolosa sotto il profilo dei seri rischi di violazioni dei diritti fondamentali delle persone che vi verrebbero trattenute.

2. La necessità di procedere quanto prima a una riforma della normativa vigente che preveda la chiusura dei CPR non significa che, nelle more di tale ampia riforma, l'attuale configurazione dei CPR italiani possa rimanere inalterata; **risulta infatti inderogabile ed urgente realizzare immediati interventi al fine di rendere le strutture attuali almeno conformi agli standard minimi previsti dal diritto dell'Unione e dall'ordinamento costituzionale italiano.**

In particolare è necessario intervenire subito sui seguenti tre aspetti:

2.1. Nel diritto UE i centri di trattenimento non possono avere alcuna connotazione di tipo punitivo né il trattenimento si può configurare come una sanzione penale trattandosi di un semplice divieto di allontanamento dalla struttura che deve consentire alla persona trattenuta un livello di vita dignitosa, il pieno accesso alla tutela legale e la possibilità, che può essere solo parzialmente limitata, di comunicare con l'esterno. L'intera gestione dei CPR italiani risulta non conforme a questa impostazione: le carenze riscontrate risultano gravi sotto tutti gli aspetti: dalle difficoltà riscontrabili in relazione all'assistenza legale, alle carenze attinenti all'assistenza sanitaria, dalle illegittime limitazioni alla comunicazione telefonica con l'esterno alla sostanziale impossibilità di entrare in contatto con enti non governativi diversi dall'ente gestore della struttura.

Soprattutto tutti i CPR sono caratterizzati da un profondo degrado delle condizioni di vita interne e ciò, come evidenziato dal Comitato Europeo per la prevenzione della Tortura rende il trattenimento del tutto assimilabile a una detenzione penale (senza tuttavia le garanzie della stessa) in regime di carcere duro. L'intera modalità di organizzazione dei CPR va dunque ripensata al fine di riportare dette strutture nell'alveo della loro funzione normativamente prevista dal diritto dell'Unione Europea.

2.2. Come richiamato al capitolo 3, con sentenza 96/2025, la Corte Costituzionale ha ritenuto che in relazione al trattenimento nei CPR "il legislatore è venuto meno all'obbligo positivo di disciplinare con legge i «modi» di limitazione della libertà personale, eludendo la funzione di garanzia che la riserva assoluta di legge svolge in relazione alla libertà personale nell'art. 13, secondo comma, Cost." I modi del trattenimento sono infatti attualmente impropriamente disciplinati da fonti regolamentari non aventi forza di legge e spesso solo da semplici disposizioni amministrative e persino da prassi; gli effetti di tale grave situazione che lascia le persone trattenute in una condizione di incertezza giuridica e scarsa tutela sono stati riscontrati sul campo nel corso delle visite di monitoraggio. La scarsa normativa vigente, secondo la Corte, è dunque "del tutto inidonea a definire, in modo sufficientemente preciso, quali siano i diritti delle

persone trattenute nel periodo, che potrebbe anche essere non breve, in cui sono private della libertà personale” concludendo che il legislatore ha un “ineludibile dovere di introdurre una disciplina compiuta che detti, in astratto e in generale per tutti i soggetti trattenuti, contenuti e modalità delimitativi della discrezionalità dell’amministrazione, in maniera che il trattenimento degli stranieri assicuri il rispetto dei diritti fondamentali e della dignità della persona senza discriminazioni”. La norma primaria che il Parlamento deve adottare il prima possibile dovrà essere rigorosa e rimediare alle gravi lacune attuali non solo sotto il profilo formale ma anche e soprattutto sotto il profilo sostanziale normando aspetti relevantissimi del trattenimento nei CPR finora rimasti nell’arbitrarietà dell’amministrazione quali, a titolo solo esemplificativo, il diritto a non subire restrizioni alla libertà di utilizzo degli spazi all’interno dei centri, il diritto a comunicare con l’esterno, le modalità di esercizio del diritto di difesa, le procedure per garantire l’effettivo rispetto del principio giuridico di cui alla Direttiva 115/2008/CE in base al quale quando risulta che non esiste più alcuna prospettiva ragionevole di allontanamento per motivi di ordine giuridico o per altri motivi il trattenimento non è più giustificato e la persona interessata va immediatamente rilasciata.

2.3. Come noto con sentenza n. 7839 del 7 ottobre 2025, già richiamata al cap. 3 il Consiglio di Stato ha dichiarato l’illegittimità del Decreto Ministeriale del 4 marzo 2024, contenente lo schema di capitolato d'appalto per la gestione dei Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR) nella parte in cui non garantisce livelli minimi di tutela del diritto alla salute e di prevenzione del rischio suicidario per le persone trattenute. Nello specifico, i giudici hanno stabilito che le tutele sanitarie e i protocolli per la prevenzione del rischio suicidario adottati nelle carceri debbano costituire il parametro minimo di riferimento anche per i CPR che dovrebbero garantire standard di assistenza psicologica e medica più favorevoli rispetto all’ordinamento carcerario anche in considerazione del fatto che il trattenimento amministrativo esula completamente dalla sfera penale. L’obbligo per l’Amministrazione Centrale di rivedere radicalmente l’attuale illegittimo schema di capitolato dei bandi di gara deve costituire occasione per una profonda revisione del sistema dell’assistenza sanitaria nei CPR, prevedendo un coinvolgimento pieno delle Aziende Sanitarie Locali, in particolare nella fase della valutazione sull’idoneità al trattenimento e nella somministrazione di psicofarmaci, limitando il ricorso alle forme di sanità privata gestite discrezionalmente dagli enti gestori.

Quanto rilevato attraverso il secondo monitoraggio del Tavolo Asilo e Immigrazione, per il quale si ringraziano tutte le persone e le organizzazioni che hanno concorso alla sua realizzazione e alla sua redazione a livello centrale e a livello territoriale, rafforza dunque l'obiettivo prioritario di questo lavoro collettivo, condotto insieme al Gruppo di Contatto del Parlamento e dell'Europarlamento su Immigrazione e Diritto d'Asilo, che è quello **di aprire una nuova stagione nella quale il ricorso alla detenzione amministrativa degli stranieri in attesa di rimpatrio venga escluso definitivamente dalle previsioni legislative.**

Il rimpatrio a seguito di una irregolarità amministrativa deve essere riportato all'interno di un quadro di regole non basato su esclusione e discriminazione, ma sul principio di uguaglianza e sul rispetto della dignità delle persone nell'interesse superiore dello Stato e non, come avviene sempre più, in nome di interessi particolari di mera propaganda politica.

“

Il vero pericolo
non è che il
mondo diventi
disumano,
ma che l'uomo
si abitui a
viverci dentro.

Hannah Arendt

Riferimenti

ActionAid e Università di Bari, Trattenuti-Una radiografia del sistema detentivo per stranieri, Roma/Bari, luglio 2023.

Amnesty International, Libertà e dignità: le osservazioni di Amnesty International sulla detenzione amministrativa di persone migranti e richiedenti asilo in Italia, luglio 2024.

Associazione per gli studi giuridici sull'immigrazione (ASGI), Report sulla visita al Centro di Permanenza per il Rimpatrio (CPR) di Palazzo San Gervasio, maggio 2022.

Baggio S et al. The Mental Health Burden of Immigration Detention: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis, Criminology, vol 2/2020.

Behrouz Boochani, Nessun amico se non le montagne. Prigioniero nell'isola di Manus, 2019.

Clinica Legale Migrazioni e Diritti dell'Università degli studi di Palermo, ASGI, Detenzione amministrativa, trasparenza e appalti. report sui (dis)servizi del CPR di Trapani, giugno 2024.

Coalizione Italiana Libertà e Diritti Civili (CILD) (a cura di Marika Ikonomu; Alessandro Leone; Simone Manda; Federica Borlizzi; Eleonora Costa; Oiza Q. Obasuy), L'affare CPR Il profitto sulla pelle delle persone Migranti, Roma, giugno 2023.

Coalizione Italiana Libertà e Diritti Civili (CILD), Buchi neri. La detenzione senza reato nei CPR, luglio 2021.

Cocco N. et al., Doctors should not declare anyone fit to be held in immigration detention centres, 01 March 2024.

Comitato Europe per la prevenzione della tortura e delle punizioni e trattamenti inumani o degradanti, Relazione al Governo italiano sulla visita in Italia effettuata dal Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT) dal 2 al 12 aprile 2024, Strasburgo, 13 dicembre 2024.

Commissione De Mistura, Rapporto della Commissione per le verifiche e le strategie dei Centri di accoglienza e Permanenza Temporanea, febbraio 2007.

"CPR di Palazzo San Gervasio: ecco l'inferno descritto nella relazione del Tavolo Asilo", Basilicata 24.it, 28 Agosto 2024.

Ecorys (in collaborazione con G. Cornelisse, G. Campesi), The European Commission's New Pact on Migration and Asylum - Horizontal substitute impact assessment, EPRS | European Parliamentary Research Service, Brussels, 2021.

Francesca de Carolis, Marco Cavallo libera tutti, Le strade bianche di stampa alternativa, Pitigliano (GR), 2025.

Fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità (ISMU), 30°Rapporto sulle migrazioni 2024, febbraio 2025.

Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale (GNPL), Relazione al Parlamento sui CPR, 2017.

Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale (GNPL), Rapporto sulle visite tematiche effettuate nei centri di permanenza per il rimpatrio (CPR) in Italia febbraio – marzo 2018.

Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale (GNPL), Rapporto sulle visite effettuate nei centri di permanenza per i rimpatri (CPR) 2019-2020.

Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale (GNPL), Nel 2021 meno del 50% delle persone transitate nei Cpr è stato effettivamente rimpatriato. Per gli altri una privazione della libertà ingiustificata, Comunicato del 30 novembre 2021.

Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale (GNPL), Relazione al Parlamento 2023, Roma.

Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale (GNPL), Lettera Rapporto visita al Centro di permanenza per il rimpatrio (Cpr) di Roma-Ponte Galeria, 16 gennaio 2024.

Erving Goffman, ASYLUMS. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza, Edizioni di Comunità, Torino, 2001.

Lorenzo Figoni, Luca Rondi, "Gorgo CPR, tra vite perdute, psicofarmaci e appalti milionari", Altreconomia, 2024.

Luca Rondi e Lorenzo Figoni, "La sofferenza nei Cpr raccontata dai registri degli eventi critici", Altreconomia, 1 Dicembre 2024.

Luca Rondi, "Cronaca del primo mese di apertura del Cpr di Torino. Tra atti di autolesionismo e proteste", Altreconomia, 27 Maggio 2025.

Luca Rondi, "Medihospes, Consorzio Hera, Officine sociali: chi gestirà i centri per migranti in Albania", Altreconomia, 5 Aprile 2024.

Luca Rondi, "Officine sociali resta al Cpr di Palazzo San Gervasio nonostante le lacune nella gestione", Altreconomia, 15 luglio 2025.

Luca Rondi, "I numeri sui rimpatri diffusi pubblicamente dal ministro Piantedosi sono gonfiati. Ecco perché", *Altresconomia*, 16 gennaio 2026.

Luca Rondi, "Riapre il Cpr di Torino. Ecco tutte le promesse del nuovo ente gestore Sanitalia", *Altresconomia*, 20 Marzo 2025.

Luca Rondi, "La prefettura di Torino nega i dati sul Cpr e discute l'attività giornalistica indipendente", *Altresconomia*, 14 Luglio 2025.

Luca Rondi, "Forlenza patteggia per la "gestione" del Cpr di Milano. I suoi nuovi affari, intanto, sono altrove", *Altresconomia*, 24 Dicembre 2025.

Luca Rondi, "Il Consiglio di Stato boccia il capitolato dei Cpr. Che cosa succede ora", *Altresconomia*, 24 Ottobre 2025.

Luca Rondi, Lorenzo Figoni, "Ekene si aggiudica la gestione del Cpr di via Corelli a Milano", *Altresconomia*, 26 Agosto 2024.

Luca Rondi, Lorenzo Figoni, "Le prefetture non controllano i Cpr. Inchiesta su appalti e gestione" *Altresconomia*, 1° Maggio 2024.

Luca Rondi, Lorenzo Figoni, "Rinchiusi e sedati: l'abuso quotidiano di psicofarmaci nei CPR italiani", *Altresconomia*, aprile 2023.

Marika Ikonomu, Alessandro Leone, Simone Mandam, Sulla loro pelle, video inchiesta sui CPR, Premio Morrione 2022 sul giornalismo investigativo.

Medici Senza Frontiere, Rapporto sui centri di temporanea permanenza ed assistenza, 2004.

Melting Pot, "CPR di Milano, prima condanna per un gestore", 24 dicembre 2025.

O'Flaherty Michael, "Externalised asylum and migration policies and human rights law", Council of Europe, 4 September 2025.

RiVolti ai Balcani (a cura di), "Chiusi Dentro. I campi di confinamento nell'Europa del XXI secolo", *Altresconomia*, 2024.

Gennaro Santoro, "Il Consiglio di Stato annulla parzialmente lo schema capitolato CPR per carenze relative alla tutela della salute e della prevenzione del rischio suicidario", *Questione Giustizia*, novembre 2025.

Schiavone G., "Liberarsi dei propri obblighi giuridici; le nuove proposte dell'Unione Europea per l'esternalizzazione del diritto d'asilo e dei rimpatri", Fondazione Migrantes (M. Molfetta, C. Marchetti, a cura di), *Il diritto d'asilo. Report 2025. Richiedenti asilo: le speranze recluse*, Todi (PG): Editrice Tau, 2025.

Senato della Repubblica, XVII Legislatura, Commissione Straordinaria Per La Tutela E La Promozione Dei Diritti Umani, Rapporto sui centri di permanenza per il rimpatrio in Italia, (aggiornato a dicembre 2017).

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), Appello per una campagna di presa di coscienza dei medici sulla certificazione di idoneità delle persone migranti alla vita nei CPR, 2023.

Tavolo Asilo e Immigrazione, CPR d'Italia: Porre Fine all'Aberrazione, dicembre 2024.

Verhülsdonk I et al. Prevalence of psychiatric disorders among refugees and migrants in immigration detention: systematic review with meta-analysis. BJPsych Open 2021, Vol. 7, Issue 6 (15 November 2021).

Von Werthern M et al., "The impact of immigration detention on mental health: a systematic review", BMC Psychiatry, 6 December 2018.

World Health Organization, Addressing the health challenges in immigration detention, and alternatives to detention: a country implementation guide, Copenhagen - WHO Regional Office for Europe, 2022.



Appendici

Appendice 1: Delegazioni Monitoraggio CPR 2025

CPR di Gradisca d'Isonzo – 6 settembre 2025	
Enrico Bullian – Consigliere Regionale, Patto per l'Autonomia Diego Moretti – Consigliere Regionale, Partito Democratico Debora Serracchiani – Parlamentare, Partito Democratico Rachele Scarpa – Parlamentare, Partito Democratico	ACLI ASGI Associazione il Mondo nella Città Onlus Medici Contro la Tortura Medici Per i Diritti Umani Medici Senza Frontiere
CPR di Torino – 12 settembre 2025	
Marco Grimaldi – Parlamentare, Partito Democratico Antonio Iaria – Parlamentare, Movimento 5 Stelle	ACLI ASGI CGIL Medici Senza Frontiere
CPR di Macomer – 15 settembre 2025	
Silvio Lai – Parlamentare, Partito Democratico Giuseppe Canu – Consigliere Regionale, Partito Democratico Carla Fundoni – Consigliera Regionale, Partito Democratico Francesca Chirra – Parlamentare, Alleanza Verdi e Sinistra	ARCI ASGI Emergency
CPR di Milano – 19 settembre 2025	
Pierfrancesco Majorino – Consigliere Regionale, Partito Democratico Matteo Mauri – Parlamentare, Partito Democratico Onorio Rosati – Consigliere Regionale, Alleanza Verdi e Sinistra Cecilia Strada – Europarlamentare, S&D	ACLI ARCI Emergency Refugees Welcome Italia
CPR di Roma – 27 settembre 2025	
Cecilia D'Elia – Parlamentare, Partito Democratico Matteo Orfini – Parlamentare, Partito Democratico	CNCA Medici Per i Diritti Umani Medici Senza Frontiere Refugees Welcome Italia
CPR di Trapani – 29 settembre 2025	
Giovanna Iacono – Parlamentare, Partito Democratico Leoluca Orlando – Europarlamentare Verdi/ALE	ARCI CLEDU Emergency Medici Senza Frontiere Medica indipendente
CPR di Palazzo San Gervasio – 6 ottobre 2025	
Arnaldo Lomuti – Parlamentare, Movimento 5 Stelle Franco Mari – Parlamentare, Alleanza Verdi e Sinistra	CGIL ARCI
CPR di Brindisi – 8 ottobre 2025	
Claudio Stefanazzi – Parlamentare, Partito Democratico	Recosol/Coopisa
CPR di Bari – 10 ottobre 2025	
Marco Lacarra – Parlamentare, Partito Democratico Sandra Zampa – Parlamentare, Partito Democratico	ARCI ASGI Medici Senza Frontiere Psichiatria Democratica
CPR di Caltanissetta – 3 novembre 2025	
Giovanna Iacono – Parlamentare, Partito Democratico Carmina Ida – Parlamentare, Movimento 5 Stelle	ACLI ARCI Medici Senza Frontiere
CPR di Bari – 19 dicembre 2025	
Cecilia Strada – Europarlamentare, S&D	ASGI Intersos Medici Senza Frontiere Psichiatria Democratica
CPR di Macomer – 29 dicembre 2025	
Leoluca Orlando – Europarlamentare Verdi/ALE	ASGI Emergency

RGEST
RIA

CPR di
GRADISCA D'ISONZO

T DI
NISSETTA

VED
ALOU

CIE RIAN DEL
LAGO
CALTANISSETTA

1.5.2009

MOHAMMAD
MUZAFAR

05.02.2024

CPR di
FONTECALERIA

USMANE
SYLLA

2002

Appendice 2:

Lista delle persone decedute nei CPR

Amin Saber,
Abdeleh Saler,
Mohammed Ben Said,
Rabah Arfaoui Ben Hedi,
Nasreddin Arfaoui Ben Hedi,
Jamel Brahami Ben Taahr,
Ramzi Ben Salem Mouldi,
Lotfi Ben Mohamed Salah
Nasim El Herzally Ben Moustafa,
Said Zigoui,
Mehdy Alik (o Alih o Aliy),
Mohamed Aloui,
Christiana Amankwa,
Senza nome,
Nikolov Alexandar,
Monam Ajouli,
Huri Mohamed,
Elmanai Fathi Benali Ben Rihaen
(alias Hassan Nejl),
Yussuf Abubakr,
Soudani Saleh (Souidani Salah),
Mabruka Mimouni/Nabruka
Mimuni,
Senza nome,
Senza nome,
Mohammad Muzaffar Ali detto
Sher Khan,

Carlos Santos da Costa, Abdou
Said,
Ac Nande,
Abdelmajid (Majid) El Kodra,
Moustapha Anaki,
Reda Mohammed
Senza nome,
Harry,
Hossain Faisal,
Aymen (Aymed) Mekni,
Vakhtang Enukidze,
Orgest Turia,
Moussa Mamadou Balde,
Senza nome,
Wisse Ben Abdel Latif,
Anani Ezzeddine,
Nonos Egbonu,
Roton Mohamad,
Arhad Jahangir,
Uhnmwangho Osaro,
Senza nome,
Ousmane Sylla

Tratto da: "Marco Cavallo libera tutti".



