

Dignità, salute e sicurezza

Violazioni del diritto alla salute nei Centri di Permanenza per il Rimpatrio e possibili rimedi nell'attesa (quasi trentennale) di una disciplina

di Cecilia Zezza

dottoressa in giurisprudenza, Università di Roma Tre

Sommario: 1. Introduzione / 2. Diritto all'assistenza sanitaria / 3. Dignità e salute mentale / 4. La sentenza 96/2025 della Corte costituzionale e la sentenza 7839/2025 del Consiglio di Stato / 5. Possibili rimedi transitori / 6. Particolarità delle strutture situate in Albania / 7. Osservazioni conclusive

1. Introduzione

Nei luoghi di detenzione salute, dignità e sicurezza si intersecano. Questi tre concetti non sono facili da delineare concretamente, possono estendersi o contrarsi e si prestano a interpretazioni anche molto diverse. A cominciare dal concetto di salute, che negli anni si è affermato progressivamente come complessivo benessere psicofisico dell'individuo, e che nei luoghi di detenzione sembra invece a volte rilevare solo nella sua accezione minima di assenza di malattia.¹ Essendo la salute un diritto fondamentale dell'individuo, indissolubilmente legato alla sua dignità umana,² non parrebbe ammissibile una sua diversa caratterizzazione in ragione dello *status* di persona sottoposta a restrizioni della libertà personale. C'è un nucleo inviolabile del diritto alla salute che, in quanto diritto fondamentale, «deve essere riconosciuto anche agli stranieri, qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso e il soggiorno nello Stato, pur potendo il legislatore prevedere diverse modalità di esercizio dello stesso».³

L'equilibrio tra valori costituzionalmente tutelati «proprio perché dinamico e non prefissato in anticipo, deve essere valutato (...) secondo criteri di proporzionalità e di ragionevolezza, tali da non consentire un sacrificio del loro nucleo essenziale».⁴ È opportuno sottolineare come nei Centri di Permanenza per il Rimpatrio i diritti fondamentali delle persone trattenute non si bilancino con altri diritti o valori fondamentali ma con esigenze di sicurezza pubblica e di politica migratoria. In un clima sempre più securitario, dove ogni anno intervengono nuovi decreti⁵ a limitare ulteriormente le libertà individuali in favore della tutela dell'ordine pubblico, è di cruciale importanza recuperare la natura accessoria della sicurezza rispetto agli altri diritti fondamentali riconosciuti dall'ordinamento.⁶

L'eccessiva indeterminatezza dei concetti di dignità e sicurezza porta spesso ad incertezze nella loro concreta applicazione.⁷ Esempio lampante ne è l'art. 14 del decreto legislativo 286/1998, norma chiave della disciplina dei Centri di Permanenza per il Rimpatrio. L'art 14 co. 2 T.U.I. regola le modalità con cui deve realizzarsi il trattenimento a fini espulsivi e prevede che: «Lo straniero è trattenuto nel centro, presso cui sono assicurati adeguati standard igienico-sanitari e abitativi, con modalità tali da assicurare la necessaria informazione relativa al suo status, l'assistenza e il pieno rispetto della sua dignità, secondo quanto disposto dall'articolo 21, comma 8, del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394». Il riferimento al pieno rispetto della dignità dello straniero trattenuto non viene però tradotto in diritti effettivamente riconoscibili e giustiziabili, fatto da cui discendono inevitabilmente una serie di situazioni reali di dubbia conformità, se non

¹A. Massaro, *La tutela della salute nei luoghi di detenzione. Un'indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR*, Roma TrE-Press, 2017, 25.

² Fascicolo 31 *Human Rights fact Sheet*, dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani: «*The right to health is a fundamental part of our human rights and of our understanding of a life in dignity*».

³ Cfr. Corte cost. sent. n. 252/2001.

⁴ Cfr. Corte cost. sent. n. 85/2013.

⁵ L'ultimo pacchetto "sicurezza" è stato adottato il 5 febbraio 2026.

⁶ M. Ruotolo, *Diritto alla sicurezza e sicurezza dei diritti*, in *Democraziae sicurezza.it*, 2013, e id., *Diritti dei detenuti e Costituzione*, Torino, 2002.

⁷ A. Massaro, *op.cit.*, 46.

aperto contrasto, al dettato costituzionale. È necessario ed urgente un intervento del legislatore che precisi le modalità con cui il trattenimento deve realizzarsi, per garantire pienamente i diritti delle persone detenute nei CPR. Sul punto si è pronunciata la Corte costituzionale con la sentenza 96 del 2025, di cui si parlerà più avanti.

L'equilibrio tra esigenze contrapposte, anche nel delineare il perimetro del diritto alla salute di cui godono le persone trattenute nei CPR, dev'essere sempre ricercato tramite la guida del principio di proporzionalità. La nozione più ampia di salute come completo benessere psicofisico potrebbe non essere la più adatta a garantire la giustiziabilità del diritto alla salute nei luoghi di detenzione, e andrebbe più utilmente concretizzata innanzitutto nel diritto a non subire lesioni della propria integrità personale, e successivamente nel diritto alle prestazioni sanitarie, a un ambiente salubre e degno.⁸ La tutela è dunque strutturata su due livelli, uno passivo di pretesa astensione da comportamenti lesivi, e uno attivo di pretesa fruizione del servizio sanitario.

2. Diritto all'assistenza sanitaria

Per quanto riguarda la tutela del diritto alla salute degli stranieri in generale, il Testo Unico Immigrazione ha riconosciuto il diritto all'assistenza sanitaria agli stranieri, ai quali sono state estese le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione. È stato tuttavia introdotto un regime differenziato per gli stranieri "irregolari". Chi è in possesso di un valido titolo di soggiorno è iscritto al Servizio sanitario nazionale e gode infatti della stessa tutela dei cittadini. Gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale, perché non tenutivi rimanendo per un periodo breve sul territorio italiano, o perché irregolarmente presenti, hanno diritto a «le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia o infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva».⁹ Per delineare con certezza le prestazioni garantite si guarda alla circolare del Ministro della Sanità 5/2000 che afferma che il Ministero della Sanità individua le cure essenziali e che l'accertamento dell'urgenza e dell'essenzialità della prestazione è responsabilità del medico. Queste prestazioni sono erogate gratuitamente se la persona non dispone di risorse economiche sufficienti.¹⁰ L'art 43 del decreto del Presidente della Repubblica 394/1999 afferma che: «le regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative previste dall'art. 35, comma 3, del testo unico, possano essere erogate nell'ambito delle strutture della medicina del territorio o nei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica» e prevede la possibilità di autodichiarare il proprio stato di indigenza. L'art. 35 del Testo Unico stabilisce anche che «l'accesso alle strutture sanitarie da parte del cittadino non in regola con le norme del soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità» e l'art. 6 che non c'è bisogno di esibire un titolo di soggiorno per accedere alle prestazioni sanitarie urgenti ed essenziali.

Nel contesto particolare dei CPR l'assistenza sanitaria è fornita, non dal Servizio sanitario nazionale, ma dal singolo ente gestore, che fornisce un'assistenza sanitaria di primo livello. Per tutte le altre necessità i trattenuti sono accompagnati alla ASL competente. I livelli di tutela sono quindi molto diversi a seconda del centro, dato che dipendono dagli enti gestori, il che crea un trattamento ingiustificatamente diverso tra stranieri detenuti in un CPR piuttosto che in un altro, in un CPR invece che in carcere (i quali hanno accesso al SSN), o tra stranieri detenuti e liberi. Gli standard minimi sono individuati dalla Direttiva del Ministro dell'Interno, del 19 maggio 2022, la cosiddetta direttiva Lamorgese, e dal nuovo Decreto del Ministero dell'Interno recante il nuovo schema di capitolato di gara di appalto. Nessuna fonte primaria regola le modalità di esercizio e godimento del diritto alla salute dei trattenuti, confermando la collocazione dei Centri di Permanenza per il Rimpatrio in una situazione di "extraterritorialità sanitaria".¹¹ La privatizzazione, accompagnata dalla mancanza di linee guida di livello primario (oltre che un'insufficienza delle linee guida previste

⁸ A. Massaro, *op.cit.*, 98.

⁹ Art. 35 d.lgs. 286/1998.

¹⁰ Art. 35 d.lgs. 286/1998.

¹¹ L. Alfani, in *La tutela della salute nei luoghi di detenzione. Un'indagine di diritto penale intorno a carcere, REMS e CPR*, Roma TrE-Press, 2017, 453.

da fonti subordinate) in grado di orientare l'azione dei soggetti privati pone seri problemi per l'effettività del diritto alla salute.

Il vecchio Regolamento Unico CIE¹² prevedeva che l'ingresso al Centro fosse preceduto da una visita medica di attestazione di idoneità al trattenimento, svolta dal medico del Servizio sanitario nazionale. Il personale medico del Centro poteva chiedere alla ASL una rivalutazione in caso successivamente emergessero elementi di incompatibilità, rivalutazione obbligatoria ogni volta che lo straniero veniva trasferito. Il Regolamento forniva uno schema di redazione dei Protocollo d'intesa tra Prefettura e ASL e ne ribadiva l'importanza. Tutte queste misure sono però rimaste in gran parte disattese, e si sono diffuse pratiche in aperto contrasto con le disposizioni regolamentari, come ad esempio lo svolgimento della valutazione di idoneità alla vita ristretta da parte del medico convenzionato.

La direttiva Lamorgese, intervenuta nel 2022, ha previsto che l'ingresso nel CPR avvenga «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 possono ricevere le cure adeguate in comunità ristretta. La certificazione medica deve comunque attestare la compatibilità delle condizioni di salute o di vulnerabilità ex art.17, comma 1, del d.lgs. n.142/2015 dello straniero con la vita in comunità ristrette». «Nel caso in cui lo straniero abbia fatto accesso al Centro senza aver effettuato tale visita medica da parte di un medico della ASL o dell'azienda ospedaliera, la stessa dovrà essere ripetuta, entro 24h, da parte del medico della ASL con cui la Prefettura sede del CPR ha stipulato apposito protocollo». Infine, ha previsto che per lo straniero trasferito da un altro CPR non è necessaria una nuova valutazione e che non è necessario che la visita venga svolta da personale sanitario appartenente al distretto del CPR in cui si fa ingresso.

Così stabilendo, la direttiva ha optato per la ricezione e il riconoscimento delle prassi difformi,¹³ legittimando una attestazione di idoneità solo «di norma» effettuata dalla ASL competente, e che non tiene conto delle specificità della singola struttura per le specifiche esigenze del trattenuto.¹⁴ Il personale sanitario convenzionato con l'ente gestore svolge uno *screening* successivo all'ingresso, valutando complessivamente il suo stato di salute, accertando eventuali vulnerabilità e/o condizioni di inidoneità alla permanenza nel Centro. Questa scelta pregiudica innegabilmente l'imparzialità della valutazione medica, essendo il medico assunto direttamente dall'ente gestore, che ha un evidente interesse economico a far entrare nel Centro più persone possibili.

Infine, la Direttiva prevede che «in presenza di elementi che possano determinare l'incompatibilità con la vita in comunità ristretta non emersi nel corso della certificazione di idoneità, il medico responsabile del Centro chiede che venga disposta nuova valutazione da parte della ASL».

Merito della Direttiva Lamorgese è la previsione della consegna della certificazione di idoneità all'ufficio di polizia, affinché sia scrutinata dall'autorità giudiziaria ai fini della convalida o della proroga del trattenimento, potendo questa valutarne la conformità ai requisiti di legge, anche alla luce della documentazione addotta dalla difesa.

A venire in rilievo è poi lo schema di capitolato d'appalto dei servizi di accoglienza, pubblicato dal Ministero dell'Interno con D.M. 4 marzo 2024. Nonostante le svariate raccomandazioni in tal senso del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, lo schema non prevede nulla in merito alla predisposizione di dispositivi anti-suicidari e protocolli per la prevenzione del rischio di autolesionismo. Allo stesso modo, il decreto tace sull'obbligo di formazione specifica degli

¹² Decreto del Ministero dell'Interno 12700/2014.

¹³ Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, *Rapporto sulle visite effettuate nei Centri di Permanenza per i Rimpatri (2019-2020)*, 12 aprile 2021.

¹⁴ F. Borlizzi (a cura di), *La nuova direttiva Lamorgese sui "modi" del trattenimento nei Cpr*, in *CILD*, 2022.

operatori sanitari e sulle modalità della presa in carico da parte del Servizio sanitario nazionale delle persone vulnerabili.¹⁵

3. Dignità e salute mentale

Questa la disciplina, ma la pratica è ben distante dal garantire il «pieno rispetto della dignità» delle persone trattenute. Secondo il Garante nazionale, «nei Cpr sussiste ormai da tempo una cronica carenza in termini di effettiva tutela sanitaria: tale problematica attiene alla qualità dei servizi sanitari assicurati all'interno dei Cpr dagli Enti gestori, ma anche al ruolo subalterno assunto dal Servizio sanitario nazionale».¹⁶

La situazione attuale è caratterizzata da molti aspetti critici, come la superficialità delle visite di idoneità, la violazione della privacy dei trattenuti generata dallo svolgimento della visita medica alla presenza delle forze dell'ordine o la somministrazione generalizzata di farmaci psicotropi diluiti. Manca un formato unico e standardizzato di cartella clinica e non è stato previsto alcun intervento per uniformare le modalità con cui i presidi medici interni ai CPR si debbano rapportare con le ASL competenti.

Salute e dignità si intersecano indissolubilmente nel discorso sul benessere psicologico, oltre che fisico, delle persone trattenute. L'assenza totale di attività ricreative, di opportunità di riempire il tempo, di occasioni di socializzazione, l'aspetto innegabilmente carcerario che caratterizza le strutture adibite al trattenimento, l'insufficienza del tempo trascorribile all'aria aperta, sono tutti fattori che incidono fortemente sulla salute mentale. Inoltre, la precarietà delle condizioni di vita precedenti all'ingresso al Centro dei migranti «irregolari», lo svantaggio sociale ed economico, la difficoltà ad integrarsi nella comunità locale, lo sfruttamento e il lavoro in nero come unica possibilità di sopravvivenza, oltre che gli innumerevoli traumi legati al viaggio affrontato o alla situazione nel paese di origine sono altre sicure fonti di disagio psichico. La vulnerabilità degli stranieri irregolari è il risultato delle condizioni di partenza e di viaggio, a cui si somma la marginalizzazione che si trovano a vivere nel paese di arrivo.¹⁷ È anche per questa vulnerabilità, difficilmente conciliabile con la detenzione, che è fondamentale assicurarsi che la visita che certifica l'idoneità al trattenimento sia svolta da personale competente, adeguatamente formato e il cui operato non sia in alcun modo guidato da logiche contrattuali o di profitto. Le fragilità devono quindi essere ben conosciute e riconoscibili dai medici incaricati di accertare l'idoneità alla permanenza nei CPR, di modo da evitare che in queste strutture facciano ingresso soggetti che, per le proprie condizioni psichiche, traumi, o dipendenze, dovrebbero invece essere affidate a istituti di cura.

Il disagio psichico delle persone trattenute non è legato solo alla loro vita precedente all'ingresso e anzi è spesso conseguenza diretta delle condizioni di trattenimento. Come ha efficacemente sottolineato il European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) nel suo rapporto del 2024¹⁸, il numero elevato di eventi critici, danneggiamenti, atti di autolesionismo e di violenza è attribuibile anche alle misure ingiustificatamente restrittive adottate per vaghi motivi di sicurezza, alla mancanza di valutazioni individuali di rischio, e al fatto che le persone detenute siano «warehoused» o «immagazzinate», senza accesso ad alcuna attività ricreativa o formativa. La deumanizzazione degli individui «ospitati» nei CPR, che è il risultato e, allo stesso tempo, la causa delle condizioni di trattenimento indegne, si riflette pesantemente sul loro benessere psicologico. L'autolesionismo, gli scioperi della fame e i tentativi di suicidio sono all'ordine del giorno, come emerge dai registri degli eventi critici tenuti dagli enti gestori, oltre che da numerosi rapporti del Garante nazionale, e sono derivanti, ad esempio, dallo stress legato alla vita detentiva e alla carenza di informazioni sui motivi della detenzione,

¹⁵ G. Santoro, A. Ciervo, *CPR e Costituzione: manca una legge sui modi del trattenimento*, in *Questione giustizia*, 2024.

¹⁶ Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, *Rapporto sulle visite effettuate nei Centri di Permanenza per i Rimpatri (2019-2020)*, 2021.

¹⁷ G. Baglio, R. Di Palma, E. Eugeni, A. Fortino, *Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute?*, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 3/2017.

¹⁸ European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, *Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out from 2 to 12 April 2024*.

dall'isolamento e l'assenza di contatti con l'esterno, dalla mancanza di socializzazione.¹⁹ L'abbandono in cui versano le strutture si riflette nell'abbandono delle persone che vi risiedono. Isolate e inascoltate, l'unico "strumento" di protesta è spesso il proprio corpo, in un «continuum di violenza (...) in cui alla violenza auto-inflitta sul proprio corpo risponde la violenza delle forze dell'ordine e del personale del CPR, inclusa spesso la violenza dell'azione inadeguata del personale sanitario».²⁰ Questi "eventi critici" sono considerati ordinari dai gestori dei centri e spesso archiviati come semplicemente performativi²¹, volti ad assicurarsi l'uscita dal CPR, e non invece espressione di una vera vulnerabilità psichica. Verrebbe da chiedersi come sia possibile pensare che il comportamento di chi si cuce la bocca con il fil di ferro o tenta il suicidio pur di essere rimesso in libertà sia compatibile con la permanenza nel centro. «Trattenere implica custodire»²² e quindi necessariamente farsi carico della tutela dell'integrità fisica delle persone sottoposte al trattenimento, anche quando a danneggiarsi sono esse stesse.

Emblematico il caso di Aymen Mekni, cittadino della Tunisia, morto nel CPR di Caltanissetta-Pian del Lago nel 2020, poco dopo una visita ispettiva a seguito della quale il Garante nazionale delle persone private della libertà personale aveva denunciato le «deprecabili condizioni igienico-sanitarie», «la mancanza di personale infermieristico» e la situazione di «degrado e insalubrità degli ambienti» e aveva scritto al Prefetto di Caltanissetta che la struttura necessitava urgentemente di una ristrutturazione. Il Centro è stato effettivamente chiuso ad aprile 2020 ma la morte di Aymen Mekni, per un malore notturno, si era già verificata a gennaio. Il Garante ha quindi raccomandato la stipula di «Convenzioni tra Prefetture e Aziende sanitarie territoriali per garantire il necessario raccordo dei presidi sanitari dei CPR con il sistema di sanità pubblica».²³ Una morte tragica ed evitabile migliorando innanzitutto l'efficacia dell'assistenza sanitaria all'interno dei Centri, istituendo un controllo dell'autorità giudiziaria sulle modalità esecutive del trattenimento (o perlomeno attribuendo vincolatività alle raccomandazioni del Garante), ma anche e forse soprattutto migliorando le condizioni di detenzione, riportandole entro standard nazionali ed europei di rispetto della dignità umana.

La normalizzazione del disagio psichico dei trattenuti chiama in causa anche le pratiche di somministrazione "a tappeto" di psicofarmaci e rischia derivate manicomiali.²⁴ Sul tema è stata pubblicata un'inchiesta di Altreconomia²⁵, che fornisce dati allarmanti.²⁶ La quantità spropositata con cui vengono acquistati questi farmaci pone due ordini di problemi. O l'uso di ansiolitici, antidepressivi e antipsicotici è effettivamente corrispondente alle necessità delle persone trattenute, e quindi ci si dovrebbe chiedere se queste sono davvero in condizioni psichiche compatibili con il trattenimento, o invece il loro uso va oltre lo stretto necessario e vengono quindi somministrati farmaci senza prescrizione a persone che non ne hanno bisogno, a scopi sedativi. Senza prescrizione, la somministrazione sarebbe subordinata al consenso informato dell'interessato. Consenso che, secondo le persone trattenute e gli operatori del centro, non è mai stato prestato.²⁷ Perdipiù, data la mancanza di una previsione in merito alle modalità di somministrazione dei farmaci e distribuzione

¹⁹ V. Davi, *La salute mentale dei migranti all'interno dei CPR*, in *State of Mind*, 2023.

²⁰ N. Cocco, C. Di Luciano, C.L. Landri, G. Papotti, *La tutela della salute nei CPR: un diritto trattenuto*, in *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, 3/2024.

²¹ N. Cocco, L. Paladini, dichiarazioni rese nell'intervista di R. Maggioni, *Nel Cpr di Milano l'autolesionismo è la regola* in *Il Manifesto*, 2024.

²² Nota del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale sul decreto-legge 19 settembre 2023, n. 124, 3.

²³ Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, *Rapporto sulle visite effettuate nei Centri di Permanenza per i Rimpatri (2019-2020)*, 2021.

²⁴ N. Cocco, C. Di Luciano, C.L. Landri, G. Papotti, *La tutela della salute nei CPR: un diritto trattenuto*, in *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, 3/2024.

²⁵ L. Rondi, L. Figoni, *Rinchiusi e sedati: l'abuso quotidiano di psicofarmaci nei Cpr italiani*, in *Altreconomia*, 258/2023.

²⁶ Ad esempio, per il CPR di Milano la spesa in psicofarmaci tra ottobre 2021 e febbraio 2022 è superiore al 60% del totale, con 196 scatole acquistate a fronte di solamente otto visite psichiatriche effettuate nello stesso periodo.

²⁷ L. Rondi, L. Figoni, *Rinchiusi e sedati: l'abuso quotidiano di psicofarmaci nei Cpr italiani*, in *Altreconomia*, 258/2023.

dei relativi costi nel capitolato d'appalto, le prassi variano molto da Centro a Centro, a seconda che si siano o no stipulati accordi con le ASL.

Per assicurare condizioni di detenzione degne, che non degenerino in trattamenti inumani e degradanti, sarebbe fondamentale il controllo delle prefetture sulla corretta esecuzione dei capitolati d'appalto. Un'inchiesta realizzata nel 2024 da Altreconomia evidenzia le numerose incongruenze tra capitolati e ispezioni delle prefetture, e la realtà dei fatti.²⁸

Secondo l'inchiesta, dal 2019 al 2024 le prefetture hanno svolto solo 33 ispezioni in nove CPR. L'insufficienza dei controlli lascia liberi i privati incaricati della gestione dei centri di violare contratti stipulati con la pubblica amministrazione, venendo meno alle promesse e di fatto compiendo reati. Sono numerose le società indagate o condannate negli ultimi anni per frode in pubbliche forniture e turbativa d'asta,²⁹ il che dimostra in maniera lampante la necessità di controlli più rigidi. La mancata erogazione di servizi in un luogo in cui si limita la libertà personale spesso anche di soggetti vulnerabili, con bisogni specifici di assistenza, è una diretta violazione dei loro diritti fondamentali. Offrire un servizio non coerente con l'offerta tecnica, già basata sul criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa e quindi di per sé tendente al ribasso, lede la dignità delle persone trattenute, oltre che rappresentare un inadempimento contrattuale. La pubblica amministrazione non può e non deve accettare violazioni così lampanti dell'offerta tecnica e del capitolato, non solo per i gravi danni economici che ne discendono, ma soprattutto perché ledono i diritti fondamentali degli stranieri detenuti.

Vincere una gara d'appalto milionaria grazie alla promessa di attività ludico-ricreative, corsi di lingua, o accordi con le confessioni religiose che non si realizzano mai concretamente, permette di trarre enorme profitto direttamente a scapito delle vite e della dignità delle persone trattenute. L'obiettivo di minimizzare i costi, quando si parla di diritti fondamentali, non può essere condiviso se degenera in trattamenti inumani e degradanti. Se le prefetture, responsabili legali delle strutture, non ottemperano ai propri obblighi di vigilanza sulla corretta esecuzione degli appalti, diventa inevitabilmente molto facile per gli enti gestori ridurre quantità e qualità dei servizi per il proprio profitto, a discapito dei migranti che, oltre che trattenuti, dovrebbero essere "custoditi"³⁰ e tutelati.

La drammaticità della situazione attuale, in tema di diritto alla salute e dignità delle persone trattenute, è lampante ed evidentemente riscontrabile dalla lettura dei numerosi report realizzati negli ultimi anni, che restituiscono un quadro costellato di atti anticonservativi, abuso di psicofarmaci e decessi. La normalizzazione della violenza direttamente generata dai CPR evita la domanda che dovremmo necessariamente porci: in un luogo in cui davvero le condizioni di detenzione "assicurano il pieno rispetto della dignità dello straniero", come vorrebbe il Testo Unico, le persone verserebbero in condizioni di salute, fisica e psicologica, tanto critiche? È chiara, dunque, la necessità di intervenire tramite legge per chiarire le modalità con cui l'assistenza sanitaria deve essere fornita dai privati vincitori delle gare d'appalto.

4. La sentenza 96/2025 della Corte costituzionale e la sentenza 7839/2025 del Consiglio di Stato

Nel 2025 sono intervenute due pronunce fondamentali, che hanno contribuito a fare luce sulle principali criticità che presenta l'attuale disciplina del trattenimento, e a mostrare possibili vie di miglioramento.

²⁸ L. Rondi, L. Figoni, *Le prefetture non controllano i Cpr. Inchiesta su appalti e gestione*, in *Altreconomia*, 270/2024. Esempio emblematico è quello del CPR di Macomer, gestito da Ekene, che nell'offerta tecnica proponeva spettacoli, bricolage e pittura. A seguito dell'ispezione che la prefettura ha svolto a gennaio 2024 si menziona lo svolgimento di esami universitari con Uni Sassari. L'Università, però, ha affermato di non aver avuto alcun contatto con la struttura e con l'ente gestore.

²⁹ *Ex multis*, si veda CILD, *L'affare CPR. Il profitto sulla pelle delle persone migranti*, 2023 e ASGI, *La mancata erogazione dei servizi nel Cpr di Milano e il potere di controllo della Prefettura*, 2023.

³⁰ «Trattenere implica custodire», Nota del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale sul decreto-legge 19 settembre 2023, n. 124, 3.

A luglio del 2025 la Corte costituzionale si è pronunciata sulla questione di costituzionalità sollevata dal Giudice di Pace di Roma, in merito alla legittimità dell'art. 14, comma 2, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, in riferimento agli artt. 13 e 117 della Costituzione, «nelle parti in cui non disciplina puntualmente i “modi” e i procedimenti per la restrizione della libertà personale all'interno dei centri di permanenza per i rimpatri (CPR); non prevede i diritti e le forme di tutela dei trattenuti; non indica l'autorità giudiziaria competente al controllo dei “modi” di restrizione della libertà personale dei cittadini stranieri in stato di “detenzione amministrativa”, all'interno dei CPR, e alla tutela giurisdizionale dei loro diritti; non disciplina il ruolo e i poteri di tale autorità giudiziaria; rinvia, pressoché integralmente, a una fonte subordinata, quale l'art. 21, comma 8, del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394»; e in riferimento agli artt. 2, 3, 10, 24, 25, 32 e 111 Cost. «nelle parti in cui omette di dettare la disciplina dei «modi» del trattenimento amministrativo e omette di individuare l'autorità giudiziaria competente al controllo della legalità di tali «modi» di restrizione della libertà personale, rinviando pressoché integralmente alle fonti subordinate».³¹

Il comma 2 dell'art. 14 T.U.I., come già evidenziato, si limita a stabilire che all'interno dei CPR «sono assicurati adeguati standard igienico-sanitari e abitativi», e le modalità del trattenimento sono «tali da assicurare (...) il pieno rispetto della sua dignità, secondo quanto disposto dall'articolo 21, comma 8, del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394». L'art. 21, comma 8, del d.P.R. n. 394 del 1999 qui richiamato stabilisce che «[l]e disposizioni occorrenti per la regolare convivenza all'interno del centro, comprese le misure strettamente indispensabili per garantire l'incolumità delle persone, nonché quelle occorrenti per disciplinare le modalità di erogazione dei servizi predisposti per le esigenze fondamentali di cura, assistenza, promozione umana e sociale e le modalità di svolgimento delle visite, sono adottate dal prefetto, sentito il questore, in attuazione delle disposizioni recate nel decreto di costituzione del centro e delle direttive impartite dal Ministro dell'interno per assicurare la rispondenza delle modalità di trattenimento alle finalità di cui all'articolo 14, comma 2, del testo unico».

La Corte ha ritenuto sussistente la violazione della riserva assoluta di legge di cui all'art. 13 co. 2 Cost., poiché l'attuale normativa appare «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».³² La Consulta ha però dichiarato le questioni inammissibili, affermando che il giudizio di legittimità costituzionale non permette di rimediare alla mancanza di una legge che disciplini puntualmente i “modi” del trattenimento, essendo necessario invece un intervento del legislatore a questo scopo. «Ricade, perciò, necessariamente sul legislatore – in quanto incide sulla libertà personale – l'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 (quanto, indicativamente, alle caratteristiche degli edifici e dei locali di soggiorno e pernottamento, alla cura dell'igiene personale, all'alimentazione, alla permanenza all'aperto, all'erogazione del servizio sanitario, alle possibilità di colloquio con difensore e parenti, alle attività di socializzazione)».³³

L'attuale disciplina è stata dichiarata in violazione anche dell'art. 3, co. 1, Cost., che sancisce il principio di uguaglianza formale, dal momento che i modi del trattenimento, rimessi ad atti dei prefetti, saranno inevitabilmente regolati diversamente sul territorio nazionale. Ciò genera standard di trattamento difforni e l'ingiustificata discriminazione di alcune delle persone trattenute rispetto ad altre, anche nella fruizione dei servizi sanitari e, in generale, nel godimento del diritto alla salute.

Nonostante l'urgenza con cui si sarebbe dovuto procedere all'adozione di una disciplina di legge, più volte sottolineata dal Giudice costituzionale in ragione dell'importanza della libertà personale, ad oggi il legislatore è rimasto inerte. Questa perdurante assenza di una disciplina di legge ha inevitabili ripercussioni sul principio di eguaglianza, sul diritto di difesa e sulla tutela del diritto alla salute delle persone trattenute. Come procedere, dunque, davanti a una incostituzionalità “accertata ma non

³¹ Cfr. Corte cost. sent. n. 96/2025.

³² *Ibidem*.

³³ Cfr. Corte cost. sent. n. 96/2025.

dichiarata”, ad una disciplina incostituzionale che non è stata annullata per evitare di generare lacune?

Il Consiglio di Stato, qualche mese dopo, si è pronunciato in maniera più incisiva annullando parzialmente il decreto del Ministro dell'interno del 4 marzo 2024 recante lo schema di capitolato d'appalto per la gestione e il funzionamento dei Centri di Permanenza per il Rimpatrio, nella parte in cui non garantisce livelli minimi di tutela del diritto alla salute e di prevenzione del rischio suicidario per le persone trattenute. Il ricorso contro il Decreto era stato proposto al Tar Lazio da Asgi e Cittadinanzattiva Aps, che ne lamentavano l'incostituzionalità per violazione degli artt. 13 e 32 Cost., perché lo schema di capitolato non avrebbe garantito gli standard minimi di assistenza sanitaria, in particolare con riferimento alle persone in condizione di vulnerabilità, nel peculiare contesto della detenzione amministrativa. Il Tar aveva rigettato il ricorso, facendo appello soprattutto alla discrezionalità riservata alle scelte dell'Amministrazione in questa materia. I ricorrenti hanno quindi proposto appello, censurando l'inadeguatezza del capitolato, poiché non dettava un sistema di regole uniforme per garantire l'accesso all'assistenza sanitaria e ritenendo sussistente un difetto di istruttoria, avendo il Ministero omissso di coinvolgere le altre istituzioni competenti in materia di detenzione e salute.

Il decreto, per quanto espressione di un potere altamente discrezionale da esercitare in assenza di normativa primaria, può essere sindacato, secondo il Consiglio di Stato, nei limiti dell'irragionevolezza, dell'inadeguatezza e del difetto di proporzionalità.

Innanzitutto, la legittimità del Decreto dev'essere verificata alla luce della Direttiva del Ministro dell'Interno del 19 maggio 2022, di cui si è detto sopra. In particolare, il Consiglio ha ritenuto violate le previsioni della che impongono una nuova valutazione da parte della ASL, in caso emergano elementi che possano determinare l'incompatibilità con la vita in comunità ristretta, il diritto di ricevere copia della propria scheda sanitaria, l'inserimento delle relazioni del servizio socio-sanitario nei fascicoli trasmessi all'Autorità giudiziaria e alla Commissione territoriale per la valutazione della protezione internazionale, e la tenuta di un registro in cui siano annotati gli atti di autolesionismo e suicidari.

Passaggio fondamentale della sentenza è poi quello relativo al difetto di istruttoria. Il Consiglio di Stato ribadisce l'obbligo per l'Amministrazione procedente di avere una «conoscenza profonda della realtà nella quale va a incidere l'azione amministrativa», e a questo fine era necessario, in sede di istruttoria procedimentale, un confronto con il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale e il Ministero della salute quali «soggetti istituzionalmente deputati alla tutela della salute e, in generale, alla tutela dei soggetti in condizione di detenzione». È stata sottolineata la necessità della collaborazione di tutti i soggetti istituzionali, soprattutto alla luce della lacuna normativa rilevata dalla Corte costituzionale. Per questo, «le Amministrazioni competenti sono chiamate ad un attento esame della situazione fattuale nei Centri, affinché la riformulazione delle disposizioni impugnate del capitolato possa tener conto di ogni elemento rilevante, nella prospettiva di garantire livelli di assistenza socio-sanitaria in linea con le previsioni costituzionali e sovranazionali».

5. Possibili rimedi transitori

Davanti alla persistente inerzia del legislatore, sono emerse alcune “buone pratiche” che hanno permesso di limitare i trattenimenti illegittimi.

Le udienze di convalida e proroga possono diventare utili strumenti di tutela del diritto alla salute delle persone trattenute quando i giudici, incaricati di verificare la sussistenza o la persistenza dei presupposti di legittimità del trattenimento, spingono il loro sindacato fino a ricomprendere le certificazioni di idoneità al trattenimento e gli eventuali referti medici allegati dalla difesa da cui emergano condizioni di particolare vulnerabilità. Lo scrutinio del giudice dovrebbe essere particolarmente rigoroso quando a certificare la compatibilità della situazione psico-fisica della persona trattenuto con la vita in comunità ristretta è il medico contrattato dall'ente gestore.

I giudici della convalida o della proroga potrebbero anche, più in generale, non convalidare o prorogare il trattenimento di nessuno straniero, in ragione della pronuncia della Corte costituzionale

del luglio 2025. Ciò è stato fatto, ad esempio, dalla Corte di appello di Brescia, che così ha argomentato la mancata convalida: «Se pure la relativa normativa non è stata dichiarata incostituzionale - per non creare un vuoto normativo - tuttavia è innegabile che la pronuncia della Corte costituzionale abbia sostanzialmente accertato profili di incostituzionalità della normativa vigente relativa al trattenimento».³⁴ Viene richiamata anche la sentenza del Consiglio di Stato con cui è stato parzialmente annullato il Decreto che approvava lo schema di capitolato d'appalto. Nella sentenza, il Consiglio di Stato aveva evidenziato «che nei CPR persistono situazioni di criticità, soprattutto sotto il profilo della salute dei trattenuti e della assistenza sanitaria».³⁵ La Corte d'appello ha assunto un ruolo fondamentale e concreto nella tutela del diritto alla salute, valutando la sussistenza dei presupposti della convalida anche alla luce della pronuncia della Corte costituzionale, considerando l'assenza stessa di una disciplina di legge sui modi del trattenimento come elemento che non consente la convalida della misura limitativa della libertà personale.

Già prima della presentazione della questione di legittimità costituzionale e nelle more della decisione, si era diffusa una Campagna di presa di coscienza rivolta al personale sanitario comunque coinvolto nella detenzione amministrativa, volta non solo a consapevolizzare sui rischi alla salute che i CPR comportano, ma anche ad invitare i medici, competenti alla valutazione dell'idoneità dello straniero alla vita in comunità ristretta, a non rilasciare più tale certificazione.³⁶ Tale appello si basa sulla evidente patogenicità connaturata a queste strutture, e sul loro raffronto con il Codice di deontologia medico italiano: «si chiede a medici del SSN di attestare in pochi minuti lo stato di salute di persone di cui non conoscono la vita né il percorso migratorio, per l'invio in luoghi che non conoscono, in cui la salute è gestita da enti privati e che molteplici fonti attendibili hanno ormai certificato essere patogeni e rischiosi per la salute delle persone che vi vengono detenute». Il Codice di Deontologia Medica impone al medico di proteggere il soggetto considerato vulnerabile, in particolare quando «ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita».³⁷ Viene richiamata anche una nota dell'OMS del 2022,³⁸ che ha considerato i CPR un «fattore di rischio per la salute mentale, nonché per la possibile diffusione di malattie infettive e per i bassi standard di qualità di presa in carico anche delle malattie croniche non infettive». Si chiede quindi ai medici di valutare questi elementi e di ponderare seriamente se certificare l'idoneità delle persone migranti al trattenimento. Finché le condizioni non cambiano, nessuno dovrebbe essere giudicato idoneo.

Davanti a questa presa di coscienza, la risposta istituzionale è stata la perquisizione svolta il 12 febbraio 2026 nel reparto di Malattie infettive dell'ospedale di Ravenna, espressione della recente svolta securitaria in tema di immigrazione, ma anche della linea generale del Governo di criminalizzazione del dissenso. Sei medici sono attualmente indagati per aver certificato la non idoneità al trattenimento di alcune persone migranti ritenute vulnerabili, a causa di patologie infettive o psichiatriche. L'ipotesi di reato è falso ideologico continuato in concorso: gli indagati avrebbero consapevolmente firmato certificati incompleti o addirittura arbitrari per attestare la non idoneità al rimpatrio, e ostacolarlo. Secondo la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni «la patogenicità dei CPR è un dato scientifico, non un'opinione» e «il medico che certifica l'inidoneità agisce per prevenire un danno alla salute». Si è diffuso quindi un altro appello dal titolo «La cura non è un reato», che afferma: «Sindacare una valutazione clinica di inidoneità al trasferimento in un Centro di Permanenza per il Rimpatrio (...) attraverso strumenti repressivi significa trasformare un atto medico in un atto burocratico di polizia. Ribadiamo che la decisione clinica non può essere subordinata a esigenze di ordine pubblico o di gestione migratoria». Alla gogna mediatica scatenata in seguito alla perquisizione, il presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri ha risposto ribadendo che «doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera».

³⁴ Cfr. App. di Brescia, decreto 27.11.2025.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ ASGI, *Inidoneità alla vita nel CPR: appello ai medici. Necessaria la presa di coscienza*, 2024.

³⁷ Art. 32, Codice di deontologia medico italiano.

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

In mancanza di normativa nazionale, un altro utile strumento si è rivelato essere, in situazioni di violazione del diritto alla salute e di condizioni di trattenimento indegne, il ricorso alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo. Sebbene nella CEDU non ci sia un riferimento espresso al diritto alla salute, si è fatto ampio ricorso all'art. 3, che proibisce la tortura e i trattamenti inumani o degradanti.³⁹ La Corte ha infatti riscontrato violazioni del suddetto articolo in situazioni di sovraffollamento, degrado degli ambienti e condizioni igieniche insoddisfacenti.⁴⁰ Tramite la descrizione delle condizioni materiali in cui versano le strutture oggetto dei singoli ricorsi, o a causa di difficoltà nell'accesso all'assistenza sanitaria i giudici di Strasburgo rilevano la sussistenza di trattamenti degradanti. Più volte la Corte ha condannato l'Italia per violazioni dell'art. 3 nei CPR o negli *hotspot*,⁴¹ in alcuni casi anche solo per il trattenimento di per sé, considerato inumano e degradante in relazione alle particolari condizioni di vulnerabilità del ricorrente, per il rischio che l'ingresso nel Centro le aggravi.

6. Particolarità delle strutture situate in Albania

Il Protocollo tra il Governo della Repubblica italiana e il Consiglio dei ministri della Repubblica di Albania per il rafforzamento della collaborazione in materia migratoria, ratificato con legge 14/2024 e avente durata di 5 anni, prevede l'apertura di centri per la detenzione amministrativa dei migranti imbarcati su mezzi delle autorità italiane fuori dal mare territoriale degli Stati membri dell'Unione, anche in seguito ad operazioni di soccorso. Attraverso questo accordo, l'Italia può processare, sotto la propria giurisdizione ma in territorio albanese, le domande di protezione internazionale presentate dai suddetti migranti, e procedere al loro rimpatrio.

La normativa primaria stabilisce che saranno condotte in Albania solo le persone che, a seguito di uno *screening* eseguito sulle imbarcazioni italiane in seguito al salvataggio, non presentino vulnerabilità e provengano da un Paese designato come sicuro, posto che, se queste vulnerabilità dovessero essere riscontrate all'arrivo, la persona dovrà essere riportata in Italia. Lo *screening* è regolato dalle procedure operative standard di esecuzione del Protocollo.⁴² Queste prevedono che «il personale operante a bordo delle unità intervenute sull'evento migratorio, sempre nella massima sicurezza, effettua il trasbordo sulla menzionata nave hub delle sole persone non rientranti nelle cause di esclusione».⁴³ A bordo del mezzo di soccorso viene fatto un primo *screening* delle vulnerabilità evidenti, a seguito del quale minori, anziani, donne e persone con disabilità vengono sbarcate a Lampedusa. Le attività di *pre-screening*, informazione legale e pre-identificazione delle persone rimaste viene svolta in mezzo al mare, a bordo della nave hub situata fuori dalle acque territoriali italiane, in una situazione che sicuramente non garantisce sicurezza e serenità alle persone appena soccorse.⁴⁴

Una volta arrivati nel centro di Shenjin, i migranti sono sottoposti ad uno *screening* più accurato, volto ad accertare l'assenza di vulnerabilità ai fini della convalida del trattenimento nel centro di Gjader. Realizzare il trasferimento in Albania a seguito di una valutazione medico-sanitaria superficiale, come quella che avviene a bordo della nave hub, pone un rischio molto grave per la salute psico-fisica delle persone che, appena soccorse in mare, si vedono obbligate a proseguire la navigazione. Ciò è ancora più grave se si considera che il 10% delle persone giudicate idonee durante il *pre-screening* è stato poi ritenuto vulnerabile, il che ne comporta una detenzione illegittima durante tutto il tempo necessario al loro ritrasferimento in Italia.⁴⁵

³⁹ N. Cocco, C. Di Luciano, C.L. Landri, G. Papotti, *La tutela della salute nei CPR: un diritto trattenuto*, in *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, 3/2024.

⁴⁰ *Ex multis*: Corte EDU, sentt. Tabesh c. Grecia, 26 febbraio 2010, e M.S.S. c. Grecia e Belgio, 21 gennaio 2011.

⁴¹ *Ex multis*: Corte EDU, sentt. J.A. e altri c. Italia, 30 marzo 2023, e A.S. c. Italia, 19 ottobre 2023.

⁴² Ministero dell'interno, *Standard Operating Procedures (SOP) che strutturano le attività condotte in mare nell'ambito dei trasferimenti in Albania dei cittadini stranieri provenienti da paesi terzi*, 2024.

⁴³ Punto 4, *Procedure Operative Standard (SOP) Italia-Albania*, Ministero dell'Interno.

⁴⁴ Tavolo Asilo e Immigrazione, *Oltre la frontiera. L'accordo Italia-Albania e la sospensione dei diritti*, 2025.

⁴⁵ Dato di febbraio 2025, Tavolo Asilo e Immigrazione, *Oltre la frontiera. L'accordo Italia-Albania e la sospensione dei diritti*: «A ottobre, su 16 persone, 5 - di cui 3 minori e 2 con vulnerabilità mediche sono state riportate in Italia al seguito dello *screening*. A novembre, su 9 persone una è stata riportata in Italia per

In tema di diritto alla salute emerge, già dalla terza operazione di trasferimento svolta a gennaio 2025, una pratica inappropriata. Il pre-*screening* a bordo della nave *hub* è stato infatti affidato a personale medico militare, invece che agli interpreti e operatori medici dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, normalmente competenti, a causa del mancato rinnovo della convenzione.⁴⁶ Anche al di fuori di questa ipotesi limite, il diritto alla salute non può dirsi pienamente garantito dalla superficialità con cui vengono svolti i primi *screening* in mare, che hanno infatti comportato la detenzione illegittima di svariate persone vulnerabili per i quattro giorni necessari ad arrivare in Albania e gli ulteriori quattro di navigazione da Shenjin all'Italia. Condizioni cliniche o di salute mentale eventualmente presenti potrebbero peggiorare se non adeguatamente riconosciute ed è più probabile sottostimarle se lo *screening* avviene in un ambiente inadeguato. Questa distinzione tra vulnerabili e non, inoltre, sembra ignorare l'effetto potenzialmente ritraumatizzante del costringere persone appena soccorse in mare ad ulteriori giorni di navigazione a bordo di navi militarizzate, e la vulnerabilità che inevitabilmente discende da un viaggio come quello appena compiuto.⁴⁷

7. Osservazioni conclusive

Nell'attesa di una disciplina primaria puntuale che garantisca finalmente il rispetto della riserva di legge in merito ai "modi" in cui può essere limitata la libertà personale nei CPR, la tutela del diritto alla salute si è rivelata un punto di partenza cruciale per limitare i trattenimenti disposti in violazione dei diritti fondamentali della persona. Le sentenze della Corte costituzionale e del Consiglio di Stato hanno fornito una base per l'intervento dei singoli giudici e del personale sanitario, i quali stanno ampliando il proprio sindacato sulla legittimità e sull'opportunità medica del trattenimento, di modo da assicurare la massima tutela possibile delle persone trattenute.

Tutti i rimedi transitori qui descritti e ipotizzati, per quanto utili a far cessare il singolo trattenimento illegittimo, non risolvono il più ampio problema. È necessario garantire l'effettivo accesso alle cure, una vera certificazione di idoneità all'ingresso, che tenga conto di tutte le circostanze del caso, migliorare il raccordo tra i presidi sanitari interni e il Servizio sanitario nazionale, assicurare una adeguata presa in carico delle persone affette da disagio psichico, ridurre la natura intrinsecamente patogena dei Centri di permanenza per il rimpatrio, garantendo il loro pieno rispetto degli standard igienico-abitativi e della dignità dello straniero. Per farlo è imprescindibile riempire di significato le enunciazioni di principio contenute nella disciplina attuale e dare concreta attuazione alla riserva di legge in materia di "modi" del trattenimento.

vulnerabilità mediche. (...) A gennaio, su 49 persone, 6 sono state riportate in Italia dopo lo *screening*, 5 per minore età e 1 con vulnerabilità mediche».

⁴⁶ Tavolo Asilo e Immigrazione, *Oltre la frontiera. L'accordo Italia-Albania e la sospensione dei diritti*, 2025.

⁴⁷ Infatti, nelle tre missioni svolte fino a febbraio 2025, tutti i migranti erano transitati per la Libia.