

NAZIONI UNITE

PROTOCOLLO DI ISTANBUL

Manuale per un'efficace indagine
e documentazione di tortura
o altro trattamento o pena crudele,
disumano o degradante

*Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Aprile 2008*

*Traduzione dall'originale inglese e francese a cura della
Sezione Rapporti Internazionali dell'Ufficio Studi
(Alessandra Bernardon, Alessandra Viviano,
Giacomina Perna e Andrea Beccarini).*

*Stampato in proprio
Editing e stampa a cura del Centro Riproduzione del
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.*

Roma, aprile 2008

Manuale per un'efficace indagine e Documentazione di Tortura o
altro Trattamento o Pena Crudele, Disumano o Degradante

PROTOCOLLO DI ISTANBUL

Sottoposto all'Alto Commissario
per i Diritti Umani delle Nazioni Unite

9 agosto 1999

ORGANIZZAZIONI PARTECIPANTI

Action for Torture Survivors (HRFT), Geneva
Amnesty International, London
Association for the Prevention of Torture, Geneva
Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin
British Medical Association(B MA), London
Center for Research and Application of Philosophy and Human Rights,
Hacettepe University, Ankara
Center for the Study of Society and Medicine, Columbia University,
New York
The Center for Victims of Torture (CVT), Minneapolis
Centre Georges Devereux, University of Paris VIII, Paris
Committee against Torture, Geneva
Danish Medical Association, Copenhagen
Department of Forensic Medicine and Toxicology, University of Colombo,
Colombo
Ethics Department, Dokuz Eylül Medical Faculty, Izmir
Gaza Community Mental Health Programme, Gaza
German Medical Association, Berlin
Human Rights Foundation of Turkey (HRFT), Ankara
Human Rights Watch, New York
Indian Medical Association and the IRCT, New Delhi
Indochinese Psychiatric Clinic, Boston
Institute for Global Studies, University of Minnesota, Minneapolis
Instituto Latinoamericano de Salud Mental, Santiago, Chile
International Committee of the Red Cross, Geneva
International Federation of Health and Human Rights Organizations,
Amsterdam
International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT),
Copenhagen
Johannes Wier Foundation, Amsterdam
Lawyers Committee for Human Rights, New York
The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, London
Physicians for Human Rights Israel, Tel Aviv
Physicians for Human Rights Palestine, Gaza
Physicians for Human Rights USA, Boston

Program for the Prevention of Torture, Inter-American Institute of Human
Rights, San José
Society of Forensic Medicine Specialists, Istanbul
Survivors International, San Francisco
The Trauma Centre for Survivors of Violence and Torture, Cape Town
Turkish Medical Association, Ankara
Special Rapporteur on Torture, Geneva
World Medical Association, Ferney-Voltaire

INDICE

	<i>Pagina</i>
Autori di contributi ed altri partecipanti	10
Introduzione	14
<i>Capitolo</i>	<i>Paragrafi</i>
I. STANDARD GIURIDICI INTERNAZIONALI	1-46 17
A. Diritto Umanitario Internazionale	2-6 17
B. Le Nazioni Unite	7-23 19
1. Obblighi giuridici di prevenire la tortura	10 21
2. Organismi e meccanismi delle Nazioni Unite	11-23 23
C. Le organizzazioni Regionali	24-45 31
1. Commissione interamericana dei diritti umani e Corte interamericana dei diritti umani	25-31 31
2. La Corte Europea dei Diritti Umani	32-37 34
3. Il Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e di altre Pene o Trattamenti Inumani o Degradanti	38-42 37
4. La Commissione africana dei diritti umani e dei popoli e la Corte africana dei diritti dell'uomo e dei popoli	43-45 39
D. La Corte Penale Internazionale	46 41
II. CODICI ETICI APPLICABILI	47-72 42
A. Etica della Professione giuridica	48-49 42
B. Etica delle cure mediche	50-55 43
1. Dichiarazioni delle Nazioni Unite applicabili ai professionisti della salute	51-52 44
2. Dichiarazioni degli organismi professionali internazionali	53-54 46
3. Codici nazionali di etica medica	55 48
C. Principi comuni a tutti i codici etici delle cure mediche	56-64 48
1. Il dovere di assistenza	57-61 49
2. Il libero consenso informato	62-63 51
3. Il segreto professionale	64 53

D. Professionisti della salute e dualità degli obblighi	65-72	55
1. Principi direttivi per i medici vincolati da duplici obblighi	66	55
2. Dilemmi derivanti dalla dualità degli obblighi	67-72	56
III. INDAGINI LEGALI SULLA TORTURA	73-117	60
A. Finalità dell'indagine sulla tortura	76	61
B. Principi direttivi per indagare efficacemente sulla tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti	77-83	61
C. Procedure di indagine sulla tortura	84-105	66
1. Individuazione dell'organo investigativo competente	84-86	66
2. Colloqui con la presunta vittima e gli altri testimoni	87-100	68
3. Ricerca e conservazione della prova materiale	101-102	77
4. Prova medica	103-104	79
5. Fotografie	105	80
D. Commissione di inchiesta	106-118	81
1. Definizione del campo di applicazione dell'inchiesta	106	81
2. Il potere della commissione	107	82
3. Criteri di selezione dei membri	108-109	82
4. Il personale della commissione	110	83
5. Protezione dei testimoni	111	84
6. Procedure	112	84
7. Notizia d'inchiesta	113	85
8. Raccolta di prove	114	85
9. Diritti delle parti	115	86
10. Valutazione delle prove	116	86
11. Rapporto della commissione	117-118	87
IV. CONSIDERAZIONI GENERALI PER I COLLOQUI	119-159	89
A. Scopo dell'inchiesta, dell'esame e della documentazione	120	89
B. Garanzie procedurali nei confronti dei detenuti	122-125	90
C. Visite ufficiali a luoghi di detenzione	126-133	93
D. Tecniche per porre domande	134	97
E. Documentazione del contesto	135-140	98

1. Storia psico-sociale e situazione precedente all'arresto	135	98
2. Riassunto della detenzione e degli abusi	136	99
3. Circostanze dell'arresto	137	99
4. Luogo e condizioni di detenzione	138	100
5. Metodi di tortura e di maltrattamenti	139-140	100
F. Valutazione del contesto	141-142	102
G. Rassegna dei metodi di tortura	143-144	103
H. Rischio di ripetizione del trauma per la persona esaminata	145-148	106
I. Uso di interpreti	149-152	108
J. Questioni relative al sesso	153-154	110
K. Indicazioni per il rinvio ad altri servizi	155	111
L. Interpretazione dei risultati e conclusioni	156-159	112
V. PROVE FISICHE DI TORTURA	160-232	114
A. Struttura del colloquio	162-166	115
B. Storia Medica	167-171	117
1. Sintomi acuti	169	118
2. Sintomi cronici	170	119
3. Riassunto di un colloquio	171	119
C. La visita medica fisica	172-185	120
1. Pelle	175	121
2. Volto	176-181	122
3. Torace e addome	182	125
4. Sistema muscolo-scheletrico	183	125
5. Sistema genito-urinario	184	126
6. Sistemi nervosi centrale e periferico	185	127
D. Esame e valutazione relativi a specifiche forme di tortura	186-231	127
1. Percosse ed altre forme di trauma da corpo contundente	188-201	128
2. Percosse sui piedi	202-204	135
3. Sospensione	205-207	139
4. Altre torture posizionali	209-210	142
5. Tortura con scariche elettriche	211	142

6. Tortura dentale	212	144
7. Asfissia	213	145
8. Tortura sessuale, compreso lo stupro	214-231	145
E. Test diagnostici specialistici	232	156
VI. PROVE PSICOLOGICHE DELLA TORTURA	233-314	157
A. Considerazioni generali	233-238	157
1. Il ruolo centrale della valutazione psicologica	233-236	157
2. Il contesto della valutazione psicologica	237-238	160
B. Conseguenze psicologiche della tortura	239-258	161
1. Avvertenza	239	161
2. Reazioni psicologiche comuni	240-248	162
3. Classificazione dei sintomi	249-258	167
C. Valutazione psicologica/psichiatrica	259-314	174
1. Considerazioni etiche e cliniche	259-261	174
2. Svolgimento del colloquio	262-273	175
3. Elementi della valutazione psicologica / psichiatrica	274-290	182
4. Valutazione neuropsicologica	291-308	190
5. I bambini e la tortura	309-314	200

ALLEGATI

I. Principi relativi ai mezzi di inchiesta efficaci e alla documentazione sulla tortura ed altri trattamenti o pene inumani o degradanti	204
II. Test diagnostici	208
III. Schemi anatomici per la documentazione della tortura e di altri maltrattamenti	216
IV. Direttive per la valutazione medica della tortura ed altri maltrattamenti	224

AUTORI DI CONTRIBUTI ED ALTRI PARTECIPANTI

Project coordinators

Dr. Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston

Dr. Önder Özkaliç, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul

Ms. Caroline Schlar, Action for Torture Survivors (HRFT), Geneva

Editorial committee

Dr. Kathleen Alden, Indochinese Psychiatric Clinic, Boston, and
Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, Lebanon, New
Hampshire

Dr. Türkan Baykal, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir

Dr. Vincent Iacopino, Physicians for Human Rights USA, Boston

Dr. Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago

Dr. Önder Özkaliç, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul

Dr. Michael Peel, The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture,
London

Dr. Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Columbia
University, New York

Mr. James Welsh, Amnesty International, London

Rapporteurs

Dr. Kathleen Alden, Indochinese Psychiatric Clinic, Boston, and
Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, Lebanon, New
Hampshire

Ms. Barbara Frey, Institute for Global Studies, University of Minnesota,
Minneapolis

Dr. Robert Kirschner, Physicians for Human Rights USA, Chicago

Dr. İbrahim Korur Fincancı, Society of Forensic Medicine Specialists,
Istanbul

Dr. Hernan Reyes, Center for the Study of Society and Medicine, Columbia
University, New York

Ms. Ann Sommerville, British Medical Association, London

Dr. Numfondo Walaza, The Trauma Centre for Survivors of Violence and
Torture, Cape Town

Contributing authors

Dr. Suat Alptekin, Forensic Medicine Department, Istanbul

Dr. Zuhale Amato, Ethics Department, Doküz Eylül Medical Faculty, Izmir

Dr. Alp Ayan, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir
Dr. Semih Aytaçlar, Sonomed, Istanbul
Dr. Metin Bakkalci, Human Rights Foundation of Turkey, Ankara
Dr. Ümit Biçer, Society of Forensic Medicine Specialists, Istanbul
Dr. Yefim Can, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul
Dr. John Chisholm, British Medical Association, London
Dr. Lis Danielsen, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Copenhagen
Dr. Hanan Diab, Physicians for Human Rights Palestine, Gaza
Mr. Jean-Michel Diez, Association for the Prevention of Torture, Geneva
Dr. Yusuf Do»ar, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul
Dr. Morten Ekstrom, International Rehabilitation Council for Torture Victims, Copenhagen
Professor Ravindra Fernando, Department of Forensic Medicine and Toxicology, University of Colombo, Colombo
Dr. John Fitzpatrick, Cook County Hospital, Chicago
Ms. Camile Giffard, University of Essex, England
Dr. Jill Glick, University of Chicago Children's Hospital, Chicago
Dr. Emel Gökmen, Department of Neurology, Istanbul University, Istanbul
Dr. Norbert Gurriss, Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin
Dr. Hakan Gürvit, Department of Neurology, Istanbul University, Istanbul
Dr. Karin Helweg-Larsen, Danish Medical Association, Copenhagen
Dr. Gill Hinshelwood, The Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, London
Dr. Uwe Jacobs, Survivors International, San Francisco
Dr. Jim Jaranson, The Center for Victims of Torture, Minneapolis
Ms. Cecilia Jimenez, Association for the Prevention of Torture, Geneva
Ms. Karen Johansen Meeker, University of Minnesota Law School, Minneapolis
Dr. Emre Kapkin, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir
Dr. Cem Kaptano»lu, Department of Psychiatry, Osmangazi University Medical Faculty, Eskifehir
Professor Ioanna Kuçuradi, Center for Research and Application of Philosophy and Human Rights, Hacettepe University, Ankara
Mr. Basem Lafi, Gaza Community Mental Health Program, Gaza
Dr. Elizabeth Lira, Instituto Latinoamericano de Salud Mental, Santiago
Dr. Veli Lök, Human Rights Foundation of Turkey, Izmir
Dr. Michèle Lorand, Cook County Hospital, Chicago
Dr. Ruchama Marton, Physicians for Human Rights-Israel, Tel Aviv

Ms. Elisa Massimino, Lawyers Committee for Human Rights, New York
Ms. Carol Mottet, Legal consultant, Bern
Dr. Fikri Öztop, Department of Pathology, Ege University Medical Faculty, Izmir
Mr. Alan Parra, Office of the Special Rapporteur on Torture, Geneva
Dr. Beatrice Patsalides, Survivors International, San Francisco
Dr. Jean Pierre Restellini, Human Rights Awareness Unit, Directorate of Human Rights, Council of Europe, Strasbourg
Mr. Nigel Rodley, Special Rapporteur on Torture, Geneva
Dr. Füsün Sayek, Turkish Medical Association, Ankara
Dr. Françoise Sironi, Centre Georges Devereux, University of Paris VIII, Paris
Dr. Bent Sorensen, International Rehabilitation Council for Torture Victims, and Committee against Torture, Geneva
Dr. Nezir Suyugül, Forensic Medicine Department, Istanbul
Ms. Asmah Tareen, University of Minnesota Law School, Minneapolis
Dr. Henrik Klem Thomsen, Department of Pathology, Bispebjerg Hospital, Copenhagen
Dr. Morris Tidball-Binz, Program for the Prevention of Torture, Inter-American Institute of Human Rights, San José, Costa Rica
Dr. Nuray Türksoy, Human Rights Foundation of Turkey, Istanbul
Ms. Hülya Üçpınar, Human Rights Office, Izmir Bar Association, Izmir
Dr. Adriaan van Es, Johannes Wier Foundation, Amsterdam
Mr. Ralf Wiedemann, University of Minnesota Law School, Minneapolis
Dr. Mark Williams, The Center for Victims of Torture, Minneapolis

Participants

Mr. Alessio Bruni, Committee against Torture, Geneva
Dr. Eyad El Sarraj, Gaza Community Mental Health Programme, Gaza
Dr. Rosa Garcia-Peltoniemi, The Center for Victims of Torture, Minneapolis
Dr. Ole Hartling, Danish Medical Association, Copenhagen
Dr. Hans Petter Hougen, Danish Medical Association, Copenhagen
Dr. Delon Human, World Medical Association, Ferney-Voltaire
Dr. Dario Lagos, Equipo Argentino de Trabajo e Investigación Psicosocial, Buenos Aires
Dr. Frank Ulrich Montgomery, German Medical Association, Berlin
Mr. Daniel Prémont, United Nations Voluntary Fund for Victims of Torture, Geneva
Dr. Jagdish C. Sobti, Indian Medical Association, New Delhi

Mr. Trevor Stevens, European Committee for the Prevention of Torture,
Strasbourg

Mr. Turgut Tarhanli, International Relations and Human Rights
Department, Bo»azici University, Istanbul

Mr. Wilder Taylor, Human Rights Watch, New York

Dr. Joergen Thomsen, International Rehabilitation Council for Torture
Victims, Copenhagen

Questo progetto è stato finanziato con il generoso supporto del Fondo Volontario delle Nazioni Unite per le Vittime della Tortura, della Divisione per i Diritti Umani e le Politiche Umanitarie del Dipartimento degli Affari Esteri, Svizzera, dell'Ufficio per le Istituzioni democratiche e i Diritti Umani dell'Organizzazione per la Sicurezza e la Cooperazione in Europa, della Croce Rossa svedese, della Fondazione dei Diritti Umani in Turchia e dei Medici per i Diritti Umani. Ulteriore supporto è stato offerto dal Centro per le Vittime della Tortura, dall'Associazione Medica Turca, dal Consiglio Internazionale per la riabilitazione delle Vittime della Tortura, da Amnesty International Svizzera e dall'Associazione Cristiana per l'Abolizione della Tortura, Svizzera.

INTRODUZIONE

La tortura è definita in questo Manuale con le parole della Convenzione contro la Tortura delle Nazioni Unite, 1984:

“Tortura indica qualunque atto che per mezzo di gravi dolori o sofferenze, o fisiche o mentali, sia intenzionalmente inflitto ad una persona per scopi quali ottenere da questa o da terzi informazioni o una confessione, punirla per un atto che essa o una terza persona ha commesso o si sospetta che abbia commesso, o intimidire o costringere essa o una terza persona, per una ragione qualsiasi basata su una discriminazione di qualunque tipo, quando tale dolore o sofferenza è inflitta da o su istigazione di o con il consenso o il tacito consenso di un pubblico ufficiale o di altra persona che agisce nell’ambito delle sue funzioni ufficiali. Non indica il dolore o la sofferenza derivante solo da sanzioni legittime, insito in esse o ad esse conseguente.”¹

La tortura suscita preoccupazione profonda nella comunità mondiale. Scopo di essa è distruggere deliberatamente non solo il benessere fisico o emotivo degli individui ma anche, in alcuni casi, la dignità e la volontà di intere comunità. Essa riguarda tutti i membri della famiglia umana poiché mette in discussione il significato stesso della nostra esistenza e la nostra speranza di un futuro migliore. ²

Sebbene il diritto umanitario internazionale sui diritti umani proibisca coerentemente la tortura in qualunque circostanza (vedi capitolo 1), la tortura ed i maltrattamenti sono praticati in più della metà dei Paesi del mondo.^{3,4} La straordinaria disparità tra la

¹ Il Consiglio di Amministrazione del Fondo Volontario delle Nazioni Unite per le Vittime della Tortura ha recentemente deciso che, ai fini del presente lavoro, userà la Dichiarazione per la Tutela di Tutte le Persone dall’essere sottoposte a Tortura o altro Trattamento o pena crudele, disumano o degradante.

² V. Iacopino, “Treatment of survivors of political torture: commentary”, *The Journal of Ambulatory Care Management*, 21 (2) 1998:5-13

³ Amnesty International, *Amnesty International Report 1999* (London, AIP, 1999).

proibizione assoluta della tortura e la prevalenza di essa nel mondo di oggi dimostra la necessità che gli Stati individuino ed implementino misure efficaci per proteggere le persone dalla tortura e dai maltrattamenti. Il presente manuale è stato sviluppato per permettere agli Stati di affrontare una delle preoccupazioni principali nella protezione delle persone dalla tortura – una documentazione efficace. Tale documentazione porta alla luce le prove della tortura e dei maltrattamenti affinché gli autori possano essere ritenuti responsabili delle loro azioni e possano essere perseguiti gli interessi della giustizia. I metodi di documentazione contenuti in questo manuale sono applicabili anche ad altri contesti, comprese le indagini e il monitoraggio sui diritti umani, le valutazioni per l’asilo politico, la difesa di individui che “confessano” crimini durante la tortura e la valutazione dei bisogni per la cura delle vittime della tortura, fra l’altro. Nel caso di operatori sanitari che sono costretti alla negligenza, al travisamento e alla falsificazione della prova di tortura, il presente manuale fornisce anche un punto di riferimento internazionale per gli operatori sanitari e i giudici allo stesso modo.

Negli ultimi vent’anni, molto si è appreso sulla tortura e le conseguenze di essa, ma non erano disponibili linee-guida internazionali per la documentazione prima della redazione del presente manuale. Il *Manuale per Indagini e Documentazioni efficaci sulla Tortura ed altri Trattamenti o Pene crudeli, inumani o degradanti* (il Protocollo di Istanbul) è inteso per servire da linee guida internazionali per la valutazione di persone che formulano accuse di presunte torture e maltrattamenti, per indagini su casi di presunte torture e per presentare rapporti sui relativi esiti alla magistratura o ad altri organi investigativi. Il presente manuale comprende i principi per una documentazione ed un’indagine efficace sulla tortura ed altri trattamenti o pene crudeli disumani o degradanti (vedi allegato I). Questi principi delineano gli standard minimi perché gli Stati garantiscano la documentazione efficace sulla

⁴ M. Bafolu, “Prevention of torture and care of survivors: an integrated approach”, *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 270 1993:606-611.

tortura.⁵ Le linee guida contenute nel presente manuale non sono proposte come un protocollo rigido. Esse rappresentano piuttosto gli standard minimi basati sui principi e dovrebbero essere usate tenendo conto delle risorse disponibili. Il manuale e i principi sono il risultato di tre anni di analisi, ricerca e redazione, intrapresi da più di 75 esperti in diritto, sanità e diritti umani, rappresentanti di 40 organizzazioni o istituti da 15 paesi. La concettualizzazione e la preparazione del presente manuale è stato uno sforzo collaborativi di scienziati forensi, medici, psicologi, supervisori di diritti umani e avvocati che operano in Cile, Costa Rica, Danimarca, Francia, Finlandia, Germania, India, Israele, paesi Bassi, Sudafrica, Sri Lanka, Svizzera Turchia, Regno Unito, Stati Uniti d’America, territori occupati Palestinesi.

⁵ I Principi sull’Indagine e la Documentazione Efficace di tortura ed altri trattamenti o pene crudeli disumani e degradanti sono stati allegati alla Risoluzione dell’Assemblea Generale 55/89 (4 dicembre 2000) ed alla risoluzione 2000/43 (20 aprile 2000) della Commissione dei Diritti Umani, entrambe adottate senza voto.

STANDARD GIURIDICI INTERNAZIONALI

1. Il diritto ad essere liberi dalla tortura è fermamente stabilito dal diritto internazionale. La Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, la Convenzione Internazionale sui Diritti Politici e Civili e la Convenzione contro la Tortura ed altri Trattamenti o Pene Crudeli Disumani e Degradanti proibiscono tutte esplicitamente la tortura. Similmente, diversi strumenti regionali stabiliscono il diritto ad essere liberi dalla tortura. La Convenzione Americana sui Diritti Umani, la Carta Africana sui diritti Umani e dei Popoli e la Convenzione per la Tutela dei Diritti Umani e delle Libertà Fondamentali contengono tutte specifiche proibizioni della tortura.

A. Diritto Umanitario Internazionale

2. I trattati internazionali che regolano i conflitti armati stabiliscono il diritto internazionale umanitario o il diritto della guerra. La proibizione della tortura ai sensi del diritto internazionale umanitario è solo una piccola parte – pure importante – della più ampia tutela che tali trattati offrono per tutte le vittime della guerra. Le quattro Convenzioni di Ginevra del 1949 sono state ratificate da 188 Stati. Esse stabiliscono le regole per la conduzione dei conflitti internazionali armati e, specialmente, per il trattamento di persone che non prendono parte alle ostilità – o che ad esse non prendono più parte – compresi i feriti, i prigionieri ed i civili. Tutte le quattro convenzioni proibiscono di infliggere la tortura ed altre forme di maltrattamento. Due Protocolli del 1977, aggiuntivi alle Convenzioni di Ginevra, ampliano la tutela e la portata di tali Convenzioni. Il I Protocollo riguarda i conflitti internazionali. Il II Protocollo (ratificato ad oggi da 145 Stati) riguarda i conflitti non internazionali.

3. Più importante ai fini degli scopi del presente manuale, tuttavia, è quello che è noto come “Articolo Comune 3”, che si trova in tutte le quattro convenzioni. L’Articolo Comune 3 si applica ai conflitti armati “di carattere non internazionale”, non essendo data nessun’altra ulteriore definizione. Esso definisce gli obblighi fondamentali che devono essere rispettati in tutti i conflitti armati e non solo nelle guerre internazionali tra Stati. È universalmente riconosciuto che esso intende che qualunque sia la natura di una guerra o di un conflitto, alcune regole basilari non possono essere abrogate. La proibizione della tortura è una di queste e rappresenta un elemento comune al diritto internazionale umanitario ed ai diritti umani.

4. L’Articolo Comune 3 stabilisce:

... i seguenti atti sono e restano proibiti in ogni momento ed in ogni luogo ... violenza contro la vita e la persona, in particolare omicidio di ogni tipo, mutilazioni, trattamento crudele e tortura; ... offese alla dignità personale in particolare trattamenti umilianti e degradanti ...

5. Come ha affermato Nigel Rodley, Relatore Speciale sulla Tortura:

La proibizione della tortura o di altri maltrattamenti difficilmente potrebbe essere formulata in termini più assoluti. Nelle parole del commento ufficiale al testo da parte del Comitato Internazionale della Croce Rossa (ICRC), non vi sono più scappatoie possibili; non vi possono essere scuse, né circostanze attenuanti.⁶

6. Un ulteriore collegamento tra il diritto umanitario internazionale e i diritti umani si trova nel preambolo del Protocollo II, il quale regola i conflitti armati non internazionali (quali le guerre civili

⁶ N. Rodley, *The Treatment of Prisoners under International Law*, 2nd Ed. (Oxford, Clarendon Press, 1999: 58)

radicate), e che stabilisce che “ ... gli strumenti internazionali relativi ai diritti umani offrono una tutela di base alla persona umana”.⁷

B. Le Nazioni Unite

7. Per assicurare un’adeguata protezione per tutte le persone contro la tortura o i trattamenti crudeli, disumani o degradanti, le Nazioni Unite hanno cercato per molti anni di sviluppare standard universalmente applicabili. Le convenzioni, dichiarazioni e risoluzioni adottate dagli Stati Membri delle Nazioni Unite affermano chiaramente che non vi può essere eccezione alla proibizione della tortura e stabiliscono altri importanti obblighi per assicurare la protezione contro tali abusi. Tra gli strumenti più importanti vi sono la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (UDHR),⁸ la Convenzione Internazionale sui Diritti Civili e politici (ICCPR),⁹ le Regole Minime Standard per il Trattamento dei detenuti (SMRTP),¹⁰ la Dichiarazione delle Nazioni Unite per la protezione di tutte le persone sottoposte a tortura o altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti (Dichiarazione sulla protezione contro la

⁷ Secondo paragrafo del preambolo del Protocollo II (1977) aggiuntivo alle convenzioni di Ginevra del 1949.

⁸ Risoluzione dell’Assemblea Generale 217 A (III) documento Nazioni Unite A/810 al 71 (1948) articolo 5.

⁹ Risoluzione dell’Assemblea Generale 2200 A (XXI), 21 Nazioni Unite GAOR Supp. (No. 16) al 52, documento delle Nazioni Unite A/6316 (1966), 999 Serie dei Trattati delle Nazioni Unite 171, entrata in vigore il 23 marzo 1976, articolo 7.

¹⁰ Adottate il 30 agosto 1955 dal Primo Congresso delle nazioni Unite sulla Prevenzione del Crimine ed il Trattamento dei Delinquenti, documento delle Nazioni Unite A/CONF/611, allegato I, risoluzione del Consiglio Economico e Sociale 663 C, Supplemento ad 11 (No. 1) 24 United Nations ESCOR, documento delle Nazioni Unite E/3048, emendato dalla risoluzione del Consiglio Economico e Sociale 2076, Supplemento a 35 (No. 1) 62 United Nations ESCOR Supplemento (No. 1) al 35, documento E/5988 (1977), articolo 31.

tortura),¹¹ il Codice di condotta per l'applicazione della legge (CCLE),¹² i Principi dell'etica medica relativi al ruolo del personale sanitario, in particolare dei medici, sulla protezione dei prigionieri e i detenuti contro la tortura e le altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti (Principi sull'etica medica),¹³ Convenzione contro la tortura e le altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti (Convenzione contro la tortura),¹⁴ Testo unico per la protezione di tutte le persone da ogni forma di detenzione o privazione della libertà (Testo Unico sulla detenzione),¹⁵ e le Regole Minime per il trattamento dei detenuti (BPTP).¹⁶

8. La Convenzione delle Nazioni Unite contro la Tortura non comprende la pena o la sofferenza derivante esclusivamente da sanzioni legittime, accidentale o connessa ad esse.¹⁷

¹¹ Risoluzione dell'Assemblea Generale 3452 (XXX), allegato, supplemento 30 United Nations GAOR (No. 34) al 91, documento delle Nazioni Unite A/10034 (1975), articoli 2 e 4.

¹² Risoluzione dell'Assemblea Generale 34/169, allegato, Supplemento 34 United Nations GAOR (No. 46) al 186, documento delle Nazioni Unite A/34/46 (1979), articolo 5.

¹³ Risoluzione dell'Assemblea Generale 37/194, allegato, Supplemento 37 United Nations GAOR (No. 51) al 211, documento delle Nazioni Unite A/37/51 (1982), principi 2- 5.

¹⁴ Risoluzione dell'Assemblea Generale 36/46, allegato, Supplemento 39 United Nations GAOR (No. 51) al 197, documento delle Nazioni Unite A/39/51 (1984), entrato in vigore il 26 giugno 1987, articolo 2.

¹⁵ Risoluzione dell'Assemblea Generale 47/173, allegato, Supplemento 43 United Nations GAOR (No. 49) al 298, documento delle Nazioni Unite A/43/49 (1988), principio 6.

¹⁶ Risoluzione dell'Assemblea Generale 45/111, allegato, Supplemento 45 United Nations GAOR (No. 49/A) al 200, documento delle Nazioni Unite A/45/49 (1990), Principio 1.

¹⁷ Per una interpretazione di ciò che costituisce "sanzione legittima" vedi il Rapporto del Relatore Speciale sulla tortura alla 53esima sessione della Commissione dei diritti umani (E/CN.4/1997/7, paragrafi 3-11), nel quale il Relatore Speciale ha espresso l'idea che l'amministrazione delle pene quali la lapidazione, le percosse e le amputazioni non può essere considerata legittima semplicemente perché la pena è stata autorizzata in maniera legittima dal punto di vista processuale. L'interpretazione proposta dal Relatore Speciale, che è conforme con la posizione

9. Altri organismi e meccanismi delle Nazioni Unite che si occupano di diritti umani hanno intrapreso azioni per sviluppare standard per la prevenzione della tortura e standard che implicano l'obbligo degli Stati di indagare sulle denunce di tortura. Tali organismi e meccanismi comprendono il Comitato contro la Tortura, il Comitato per i diritti umani, la Commissione sui diritti umani, il Relatore Speciale sulla Tortura, il Relatore Speciale sulla violenza contro le donne e il Relatore Speciale nazionale nominato dalla Commissione sui diritti umani.

1. *Obblighi giuridici per prevenire la tortura*

10. Gli strumenti internazionali summenzionati stabiliscono alcuni obblighi che gli Stati devono rispettare per assicurare protezione contro la tortura. Questi includono:

a) adottare efficaci misure legislative, amministrative, giudiziarie e di ogni altra natura per prevenire gli atti di tortura. Nessuna eccezione, compresa la guerra, può essere invocata come giustificazione per la tortura (art. 2 della Convenzione contro la tortura e l'art. 3 della Dichiarazione sulla tutela contro la tortura);

b) non espellere, respingere (*restituzione forzata al Paese di provenienza*) o estradare una persona verso una nazione quando ci sono fondati motivi per presupporre che questa persona potrebbe essere torturata (art. 3 della Convenzione contro la tortura);

c) criminalizzare gli atti di tortura, compresa la complicità o la partecipazione in tali atti (art. 4 della Convenzione contro la tortura, principio 7 dell'Insieme dei principi sulla detenzione, art. 7 della Dichiarazione sulla

del Comitato per i Diritti Umani o altri meccanismi delle Nazioni Unite, era approvata nella Risoluzione 1998/38 della Commissione dei Diritti Umani, che "rammenta ai Governi che le punizioni corporali possono equivalere a trattamenti crudeli, inumani o degradanti o anche a tortura".

Tutela contro la tortura e paragrafi 31-33 delle Regole Minime per il trattamento di detenuti);

d) impegnarsi a rendere la tortura un reato passibile di estradizione e assistere gli altri Stati Parte relativamente alle procedure penali introdotte sulla tortura (artt. 8 e 9 della Convenzione contro la tortura);

e) limitare l'utilizzo dell'isolamento; assicurare che i detenuti siano posti in luoghi ufficialmente riconosciuti come luoghi di detenzione; assicurare che i nomi delle persone responsabili della loro detenzione siano tenuti in registri consultabili disponibile e accessibili a tutti gli interessati, compresi familiari e amici; registrare il tempo e il luogo di tutti gli interrogatori, unitamente ai nomi di tutti coloro che sono presenti; e garantire ai detenuti l'accesso ai medici, avvocati e familiari (art. 11 della Convenzione contro la tortura; principi 11-13, 15-19 e 23 dell'Insieme dei principi sulla detenzione; paragrafi 7, 22 e 37 delle Regole Minime per il trattamento dei detenuti);

f) assicurare che l'istruzione e l'informazione relative al divieto di tortura siano inserite nella formazione del personale di polizia (civile e militare), personale medico, pubblici ufficiali e altre persone, come opportuno (art. 10 della convenzione contro la tortura, art. 5 della Dichiarazione sulla tutela contro la tortura, paragrafo 54 delle Regole Minime sul trattamento dei detenuti);

g) fare in modo che le dichiarazioni che si accerti siano scaturite dalla tortura non siano invocate come prove nei procedimenti, eccetto contro la persona accusata di tortura, come prova che la dichiarazione è stata fatta (art. 15 della Convenzione contro la tortura, art. 12 della Dichiarazione sulla tutela contro la tortura);

h) fare in modo che le competenti autorità intraprendano un'indagine immediata e imparziale, nel

caso in cui ci siano ragionevoli motivi per credere che sia stata perpetrata la tortura (art. 12 della Convenzione contro la tortura, principi 33 e 34 dell'Insieme dei principi sulla detenzione, art. 9 della Dichiarazione sulla tutela contro la tortura);

i) fare in modo che le vittime di tortura abbiano il diritto di accesso alla giustizia e ad un adeguato risarcimento (artt. 13 e 14 della Convenzione contro la tortura, paragrafi 35 e 36 delle Regole Minime per il trattamento dei detenuti);

j) fare in modo che i presunti autori del reato siano sottoposti ai procedimenti penali se l'indagine accerta che è stato commesso un atto di tortura. Se è considerata fondata un'accusa di altra forma di pena o trattamento crudele inumano o degradante, i presunti autori saranno sottoposti ad un provvedimento penale, disciplinare o di altro tipo (art. 7 della Convenzione contro la tortura, art. 10 della Dichiarazione sulla tutela contro la tortura).

2. *Organismi e meccanismi delle Nazioni Unite*

(a) *Comitato contro la tortura*

11. Il Comitato contro la tortura monitora l'applicazione della Convenzione contro la tortura e le altre pene o trattamenti crudeli inumani o degradanti. Il Comitato è composto da 10 esperti nominati in base alla loro *"alta levatura morale e riconosciuta competenza nel campo dei diritti umani"*. In base all'art. 19 della Convenzione contro la tortura, gli Stati parte sottopongono al Comitato, per il tramite del Segretariato Generale, dei rapporti relativi alle misure che hanno adottato per dare seguito a quanto disposto dalla Convenzione. Il Comitato esamina in che modo i principi della Convenzione vengono inseriti all'interno dell'ordinamento nazionale e ne monitora l'applicazione pratica. Ciascun rapporto viene

preso in considerazione dal Comitato, il quale può formulare osservazioni generali e raccomandazioni e includere queste informazioni nel suo rapporto annuale agli Stati parte e all'Assemblea Generale. Questa procedura avviene nel corso di incontri pubblici.

12. In base all'art. 20 della Convenzione contro la tortura, se il Comitato riceve informazioni attendibili che sembrano contenere indicazioni fondate sulla perpetrazione sistematica di tortura sul territorio di uno Stato parte, il Comitato deve invitare quello Stato parte a cooperare nell'esame delle informazioni e, a tal fine, a sottoporre osservazioni relative a tali informazioni. Il Comitato può, se decide di autorizzare ciò, designare uno o più dei suoi membri per effettuare un'indagine riservata e riferire con urgenza al Comitato. In accordo con lo Stato parte, detta indagine potrebbe comprendere una visita del territorio. Dopo l'esame degli accertamenti del suo o dei suoi membri, il Comitato trasmette questi accertamenti allo Stato parte interessato unitamente ad ogni altro commento o suggerimento che sia adeguato alla situazione. Tutti gli atti del Comitato in base all'art. 20 sono confidenziali, e, ad ogni stadio di tali atti, la cooperazione dello Stato parte è richiesta. In seguito al completamento di tali atti, il Comitato può, dopo essersi consultato con lo Stato parte interessato, decidere di inserire una sintesi del rapporto circa i risultati degli atti nella sua relazione annuale agli altri Stati parte e all'Assemblea Generale¹⁸.

13. In base all'art. 22 della Convenzione contro la Tortura, uno Stato parte può in qualunque momento riconoscere la competenza del Comitato a ricevere e prendere in

¹⁸ E', tuttavia, doveroso sottolineare che l'applicazione dell'articolo 20 può essere limitata a causa di una riserva posta da uno Stato parte, nel qual caso non è applicabile l'articolo 20.

considerazione reclami individuali da o a nome di singoli individui, nell'ambito della propria competenza, che dichiarano di essere vittime di una violazione da parte di uno Stato parte delle disposizioni della Convenzione contro la Tortura. Inoltre, il Comitato prende in considerazione in maniera confidenziale tali comunicazioni e inoltra le proprie considerazioni allo Stato parte e al soggetto interessato. Solo 39 dei 112 Stati parte che hanno ratificato la Convenzione hanno riconosciuto l'applicabilità dell'art. 22.

14. Nella sue relazioni annuali all'Assemblea Generale, il Comitato insiste regolarmente sulla necessità che gli Stati parte si conformino agli articoli 12 e 13 della Convenzione contro la Tortura ed assicurino che vengano avviate indagini immediate e imparziali su tutti i reclami di tortura. Per esempio, il Comitato ha stabilito che esso considera irragionevolmente lungo il periodo di 15 mesi per indagini su accuse di torture e non conformi alle disposizioni dell'articolo 12¹⁹. Allo stesso tempo il Comitato ha sottolineato che l'articolo 13 non richiede un formale ricorso, ma che è sufficiente che una persona sostenga di essere stata sottoposta a tortura perché lo Stato parte interessato abbia l'obbligo di procedere ad una inchiesta immediata e imparziale²⁰.

b) *Comitato dei diritti umani*

15. Il Comitato dei diritti umani è stato istituito sulla base dell'articolo 28 del Patto internazionale sui diritti civili e politici, con l'incarico di monitorare l'attuazione del Patto da

¹⁹ Vedi Comunicazione 8/1991, paragrafo 185, inserito nella Relazione all'Assemblea Generale del Comitato contro la Tortura (A/49/44) del 12 giugno 1994.

²⁰ Vedi Comunicazione 6/1990, paragrafo 10.4, Rapporto del comitato contro la tortura all'Assemblea Generale (A/50/44) del 26 luglio 1995.

parte degli Stati firmatari. Esso è composto da 18 esperti indipendenti noti per l'alta moralità e per la loro competenza nel campo dei diritti umani.

16. Gli Stati parte devono presentare ogni 5 anni delle relazioni che descrivono le misure adottate al fine di dare effetto ai diritti enunciati nel Patto e i progressi registrati nell'applicazione di tali diritti. Il Comitato dei diritti umani esamina ciascun rapporto consultandosi con i rappresentanti dello Stato parte interessato, successivamente esprime le sue conclusioni sintetizzando le principali preoccupazioni e formulando nei confronti dello Stato parte suggerimenti e raccomandazioni che ritiene appropriati. Esso redige, inoltre, dei commenti generali interpretando alcuni particolari articoli del Patto allo scopo di facilitare l'instaurazione dei rapporti e l'applicazione delle disposizioni del Patto da parte degli Stati. Esso si è adoperato, ad esempio, per chiarire l'articolo 7 del Patto, il quale stabilisce che nessuno deve essere sottoposto a tortura o altre pene e trattamenti crudeli, inumani o degradanti. Nei suoi commenti generali, relativi a tale articolo ha ritenuto che il divieto di tortura o la sua configurazione quale reato non costituisce un'applicazione sufficiente delle disposizioni dell'articolo 7 ²¹. Gli Stati, ha sottolineato, devono garantire una tutela efficace attraverso un meccanismo di controllo appropriato – e le denunce di maltrattamento debbono essere oggetto di indagini accurate da parte delle autorità competenti.

17. Il 10 aprile 1992, il Comitato ha adottato nuovi commenti generali all'art. 7, i quali precisano ulteriormente la sua precedente interpretazione. In particolare, il Comitato ha sottolineato che le denunce devono dar luogo a indagini immediate e imparziali da parte delle autorità competenti, in

²¹ Nazioni Unite, documento A/37/40 (1982).

modo da garantire l'effettività della riparazione. Nel caso in cui uno Stato ha ratificato il primo Protocollo facoltativo relativo al Patto internazionale sui diritti civili e politici, ciascun individuo sotto la giurisdizione di tale Stato può sottoporre al Comitato una comunicazione contenente la denuncia di violazione dei propri diritti secondo quanto previsto dal Patto. Se la denuncia è giudicata ricevibile, il Comitato pubblica una decisione sul merito, che sarà resa pubblica nel suo rapporto annuale.

c) *Commissione dei diritti umani*

18. La Commissione dei diritti umani è l'organo principale delle Nazioni Unite in materia di diritti umani. Essa è composta da 53 Stati Membri eletti per un mandato di tre anni dal Consiglio economico e sociale. Riunita ogni anno per sei settimane a Ginevra, la Commissione può disporre studi e analisi di fattibilità, può redigere convenzioni e dichiarazioni che saranno sottoposte all'attenzione degli organi dirigenti delle Nazioni Unite, e discutere su specifiche violazioni dei diritti umani nel corso di sedute pubbliche o private. Il 6 giugno 1967, il Consiglio economico e sociale ha autorizzato, con la risoluzione n. 1235 (XLII), la Commissione ad esaminare i reclami relativi a gravi violazioni dei diritti umani ed a studiare approfonditamente le situazioni caratterizzate da violazioni ripetute a tali diritti²². Forte di tali poteri, la Commissione ha adottato, inoltre, delle risoluzioni esprimendo la propria preoccupazione di fronte a violazioni dei diritti umani e ha designato dei relatori speciali incaricati di relazionare su violazioni dei diritti umani in specifici ambiti. La Commissione ha adottato anche delle risoluzioni relative alla tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti. Nella sua

²² Ibid., E/4393 (1967).

risoluzione 1998/38, in particolare essa ha sottolineato che tutti i reclami di tortura e altri maltrattamenti dovrebbero essere oggetto di indagini immediate e imparziali da parte delle autorità nazionali competenti.

d) Relatore speciale sulla tortura

19. Nel 1985, la Commissione ha deciso, con la risoluzione 1985/33, di designare un Relatore speciale sulla tortura. Quest'ultimo ha il compito di ricercare e raccogliere informazioni attendibili sulle questioni relative alla tortura e di reagire nel più breve tempo possibile a tali informazioni. La commissione ha regolarmente rinnovato il mandato del Relatore speciale con successive risoluzioni.

20. Il potere di supervisione del relatore speciale si estende a tutti gli Stati Membri dell'ONU e a tutti gli Stati con lo status di osservatori, che abbiano ratificato o meno la Convenzione contro la tortura. Il relatore speciale stabilisce i contatti con i governi, li sollecita a fornire informazioni sulle misure legislative e amministrative adottate al fine di impedire la tortura, li invita a porre rimedio alle conseguenze di eventuali atti di tortura e chiede loro di rispondere ad ogni comunicazione relativa a tali atti. Egli riceve anche richieste di intervento urgente che egli pone all'attenzione dei governi interessati al fine di garantire il rispetto del diritto individuale all'integrità fisica e mentale. Inoltre, il Relatore speciale riceve i rappresentanti dei governi che desiderano incontrarlo e, in base al suo mandato, egli effettua delle visite in loco in alcune parti del mondo. Egli sottopone alla Commissione dei diritti umani e all'Assemblea Generale dei rapporti che descrivono le misure e le iniziative che egli ha adottato in base al suo mandato e che sottolineano la necessità di indagare senza indugio su ogni denuncia di tortura. Nel suo rapporto datato 12 gennaio 1995, Nigel

Rodley, allora Relatore speciale sulla tortura, ha formulato tutta una serie di raccomandazioni, segnalando in particolare al punto g del paragrafo 926:

Ogni volta che un detenuto o un parente o un avvocato registra una denuncia di tortura, deve essere avviata una indagine. [...] Dovrebbe essere istituita un'autorità nazionale indipendente, quale una commissione nazionale o un garante abilitato a condurre un'inchiesta o ad avviare un'azione legale allo scopo di ricevere tali denunce e di indagare in tal senso. Le denunce di tortura dovrebbero essere trattate immediatamente ed essere oggetto di un'inchiesta condotta da un'autorità indipendente che non intrattenga alcuna relazione con quella che conduce l'inchiesta contro la presunta vittima.²³

21. Il Relatore speciale ha reiterato questa raccomandazione nel suo rapporto datato 9 gennaio 1996.²⁴ Rappresentando la sua preoccupazione relativamente agli atti di tortura, egli ha ricordato, al paragrafo 136, che gli Stati sono tenuti ad indagare su ogni denuncia di tortura sia attraverso strumenti generali del diritto internazionale sia attraverso la Convenzione contro la tortura.

e) Relatrice speciale incaricata della problematica della violenza contro le donne

22. La figura della Relatrice speciale per la violenza sulle donne è stata istituita nel 1994 con la risoluzione 1994/45 della Commissione dei diritti umani e il suo mandato è stato rinnovato con la risoluzione 1997/44. La Relatrice speciale ha stabilito alcune procedure per sollecitare, secondo lo spirito umanitario, chiarimenti e informazioni da parte dei governi relativamente alle denunce di violenza riguardanti le donne, e allo scopo di indagare a tal proposito. Queste

²³ Ibid., E/CN.4//1995/34

²⁴ Ibid., E/CN.4//1996/35

comunicazioni possono riguardare una o più persone ben identificate o essere riferite a casi più generali legati a situazioni nelle quali atti di violenza nei confronti delle donne sono perpetrati o tollerati. Per le necessità legate al proprio mandato, la Relatrice speciale fa riferimento alla definizione di violenza di natura sessuale così come essa è descritta nella Dichiarazione sull'eliminazione della violenza contro le donne adottata dall'Assemblea Generale nella sua risoluzione 48/104 del 20 dicembre 1993. La relatrice speciale è autorizzata a lanciare appelli d'urgenza quando viene a conoscenza di violenze nei confronti delle donne che comportano o possono comportare un attentato o un rischio di attentato al diritto alla vita o all'integrità fisica di una persona. In tali circostanze, la Relatrice speciale invita immediatamente le autorità nazionali competenti, non solo a fornire informazioni dettagliate sul caso, ma anche a condurre un'indagine indipendente e imparziale, nonché ad adottare misure immediate al fine di impedire ogni ulteriore violazione dei diritti fondamentali delle persone interessate.

23. La Relatrice speciale redige un resoconto annuale alla Commissione per i diritti umani delle comunicazioni indirizzate ai governi e delle risposte ricevute. Sulla base delle informazioni fornite dai governi e da altre fonti attendibili, emette raccomandazioni ai governi interessati allo scopo di trovare le soluzioni adatte ad eliminare definitivamente la violenza contro le donne. La Relatrice può anche indirizzare delle comunicazioni di follow up ai governi qualora non riceva delle risposte alle proprie comunicazioni o quando ritenga insufficienti le informazioni fornite. Qualora persista una particolare situazione di violenza contro le donne in un qualsiasi Paese e se le informazioni ricevute dalla Relatrice speciale indicano che non è stata adottata alcuna misura atta a garantire i diritti fondamentali delle donne dal governo interessato, la

Relatrice speciale può prevedere di chiedere a tale governo l'autorizzazione a recarsi in quel Paese al fine di procedere ad un'inchiesta in loco.

C. – Le organizzazioni regionali

24. Diversi organismi regionali hanno contribuito allo sviluppo di norme destinate ad impedire la tortura. E' il caso, ad esempio, della Commissione interamericana dei diritti umani, della Corte interamericana dei diritti umani, della Corte europea dei diritti umani, del Comitato europeo per la prevenzione della tortura e della Commissione africana dei diritti umani.

1. *Commissione interamericana dei diritti umani e Corte interamericana dei diritti umani*

25. Il 22 novembre 1969, l'Organizzazione degli Stati Americani ha adottato la Convenzione americana dei diritti umani, la quale è entrata in vigore il 18 luglio 1978.²⁵ All'articolo 5 si afferma il diritto di ciascun individuo al rispetto della sua integrità fisica, mentale e morale e proscrive la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti. Esso dispone, altresì, che ogni individuo privato della sua libertà sarà trattato nel rispetto della dignità propria della persona umana.

26. L'articolo 33 della Convenzione prevede l'istituzione di una Commissione interamericana dei diritti umani e di una Corte interamericana dei diritti umani. Come stabilito dal suo regolamento, la Commissione ha come funzione principale

²⁵ Organizzazione degli Stati Americani, *Serie dei Trattati*, n° 36, e Nazioni Unite, *Raccolta dei Trattati*, vol. 1144, p. 123. il testo è stato ristampato in "Basic Documents Pertaining to Human Rights in the Interamerican System", OEA/Ser.L/V/II.82, documento 6, revisione 1, pag. 25 (1992).

la promozione dell'applicazione e della difesa dei diritti umani e di servire da organo consultivo in tale ambito presso l'Organizzazione degli Stati americani.²⁶ A tale titolo, la Commissione ha supervisionato la redazione della Convenzione interamericana contro la tortura (*Inter-American Convention to Prevent and Punish Torture*), specie per quanto riguarda l'interpretazione della tortura data dall'articolo 5.²⁷ Adottata il 9 dicembre 1985, la Convenzione è entrata in vigore il 28 febbraio 1987.²⁸ All'articolo 2 definisce la tortura nei seguenti termini:

[...] ogni atto di tortura perpetrato intenzionalmente per il quale è inflitta una sofferenza fisica o mentale ad un soggetto in conseguenza di un'indagine giudiziaria, ai fini di intimidazione, come punizione personale, come misura preventiva, come pena o per altro motivo. Sarà ugualmente assimilato a tortura l'uso di mezzi miranti a segnare la personalità della vittima o a diminuire le sue capacità fisiche o mentali, anche se detti metodi non causano dolore fisico o sofferenza mentale.

27. Secondo la previsione di cui all'articolo 1, gli Stati parte della Convenzione si impegnano a impedire e a punire la tortura secondo le disposizioni della Convenzione. Gli Stati parte della Convenzione sono tenuti a condurre un'indagine approfondita su ogni denuncia di tortura in un territorio appartenente alla loro giurisdizione.
28. L'articolo 8 dispone che gli Stati parte garantiranno a tutte le persone che affermano di essere state vittime di tortura in un territorio appartenente alla loro giurisdizione il diritto ad un

²⁶ Ibid., "Regolamento della Commissione interamericana dei diritti umani", OEA/Ser.L/V/II.92, documento 31, revisione del 3 maggio 1996, articolo 1 (1).

²⁷ Vedi caso 10.832, rapporto n° 35/96, *Rapporto 1997 della Commissione interamericana dei diritti umani*, OSE/Ser.L/V/II.95, documento 7 par. 75.

²⁸ Organizzazione degli Stati Americani, Serie dei trattati, n° 67.

esame imparziale della propria denuncia. In più, in caso di accusa o qualora ci siano ragioni fondate per credere che sia stato commesso un atto di tortura in un territorio appartenente alla loro giurisdizione, gli Stati parte devono garantire che le autorità competenti intraprendano senza indugio le indagini e, qualora necessario, i seguiti giudiziari appropriati.

29. In un rapporto del 1998 relativo ad un paese membro dell'Organizzazione degli Stati Americani, la Commissione ha sottolineato che uno degli ostacoli alla repressione della tortura risiede nella mancanza di indipendenza nelle indagini relative alle denunce di tortura, poiché tali indagini devono essere condotte da autorità federali che probabilmente hanno conoscenze nelle parti accusate di atti di tortura.²⁹ La Commissione si è basata sull'articolo 8 per sottolineare l'importanza di un "esame imparziale" di ogni caso.³⁰
30. La Corte interamericana dei diritti umani ha, dal canto suo, stabilito la necessità di indagare su ogni presunta violazione della Convenzione americana dei diritti umani. Nella sentenza del 29 luglio 1988 relativa alla causa Velasques Rodriguez, la Corte ha dichiarato che:

Lo Stato ha l'obbligo di indagare su ogni situazione che comporti una violazione dei diritti protetti dalla Convenzione. Se l'apparato dello Stato agisce in modo tale che una di queste violazioni resta impunita e che il pieno esercizio dei diritti della vittima non viene ripristinato nel più breve tempo, lo Stato avrà mancato al suo dovere di garantire il libero e pieno esercizio di questi diritti alle persone che appartengono alla sua giurisdizione. (par. 176)

²⁹ Commissione interamericana dei diritti umani, *Rapporto sulla situazione dei diritti umani in Messico 1998*, par. 323.

³⁰ *Ibid.*, par. 324

31. L'articolo 5 della Convenzione stabilisce il diritto ad essere tutelato dalla tortura. Benché la causa riguardasse in particolare un caso di sparizione, uno dei diritti invocati dalla Corte come garantiti dalla Convenzione americana dei diritti umani è il diritto ad essere tutelato dalla tortura e altri maltrattamenti.

2. La Corte europea dei diritti umani

32. Il 4 novembre 1950, il Consiglio d'Europa ha adottato la Convenzione per la salvaguardia dei diritti umani e delle libertà fondamentali (*Convention Européenne des droits de l'homme*), che è entrata in vigore il 3 settembre 1953.³¹ L'articolo 3 di tale Convenzione stabilisce che "nessuno può essere sottoposto a pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti". La Convenzione europea istituiva dei meccanismi di controllo – la Corte europea e la Commissione europea dei diritti umani. Dopo la riforma entrata in vigore il 1 novembre 1998, questi organismi sono stati sostituiti da una nuova corte permanente. Il diritto di richiesta individuale è ormai esteso e tutte le vittime possono riferire direttamente alla Corte.³² Quest'ultima ha già avuto l'occasione di esprimersi sulla necessità di indagine su ogni denuncia di tortura al fine di garantire il rispetto dei diritti stabiliti all'art. 3 della Convenzione.
33. La prima sentenza su tale questione è stata emessa il 18 dicembre 1996 nella causa *Aksoy c Turchia* (100/1995/606/694). La Corte allora aveva considerato che:

³¹ Nazioni Unite, *Raccolta dei trattati*, vol. 213, pag. 222.

³² Vedi Protocollo addizionale n°3, n°5 e n° 8, entrati in vigore il 21.09.1970, il 20.12.1971 e il 01.01.1990, Serie dei trattati europei, rispettivamente n° 45, 46 e 118

quando un individuo è posto sotto sorveglianza della polizia in buono stato di salute, ma si constata che è ferito al momento della sua liberazione, è compito dello Stato fornire una spiegazione plausibile per l'origine delle ferite, ed in mancanza di tale spiegazione, l'articolo 3 della Convenzione (art. 3) trova chiara applicazione.³³

34. La Corte affermava successivamente che le ferite inflitte al denunciante derivavano da atti di tortura e che l'articolo 3 era stato violato.³⁴ Inoltre, la Corte interpretava l'art. 13 della Convenzione, che stabiliva il diritto di ricorso davanti ad un'autorità nazionale, imponendo agli Stati "senza pregiudizio di ogni altro ricorso disponibile secondo il diritto interno, un obbligo di condurre un'indagine approfondita ed effettiva sui casi di tortura".³⁵
35. Secondo l'interpretazione della Corte, in effetti, la nozione di "ricorso effettivo" evocata all'art. 13 comporta, per definizione, la direzione di un'indagine approfondita per ogni "denuncia difendibile" di tortura. Pur riconoscendo che la Convenzione europea dei diritti umani "non contiene alcuna espressa disposizione quale quella stabilita all'art. 12 della Convenzione contro la tortura o altre pene o trattamenti crudeli inumani o degradanti", la Corte ha, però, ritenuto che "tale esigenza deriva implicitamente dalla nozione di "ricorso effettivo" ai sensi dell'art. 13".³⁶ Partendo da ciò, la Corte ha dunque giudicato che lo Stato aveva violato l'art. 13 esimendosi dall'indagare sulla denuncia di tortura formulata dal denunciante.³⁷

³³ Vedi Corte Europea dei Diritti umani, *Raccolta delle sentenze e decisioni* 1999-VI, par. 61.

³⁴ *Ibid.*, par. 64.

³⁵ *Ibid.*, par. 98.

³⁶ *Ibid.*, par. 98.

³⁷ *Ibid.*, par. 100.

36. Nella sentenza del 28 ottobre 1998 relativa alla causa Assenov e altri c. Bulgaria (90/1997/874/1086), la Corte si è spinta ancora più oltre riconoscendo l'obbligo per lo Stato di indagare su ogni denuncia di tortura ai termini non solo dell'art. 13, ma anche dell'art. 3. La causa riguardava un giovane di etnia ROM arrestato dalla polizia che presentava dei sintomi evidenti di percosse, senza che si fosse potuto stabilire se tali percosse fossero state inferte dalla polizia o dal padre del giovane. La Corte ha però ritenuto che le ecchimosi constatate dal medico erano in ogni caso sufficientemente gravi per rientrare nel campo di applicazione dell'art. 3.³⁸ Contrariamente al parere della Commissione, che riteneva che vi era stata violazione dell'art. 3, la Corte non si è fermata qui, ma ha ritenuto che gli elementi in suo possesso comportavano "una ragionevole supposizione" relativamente al fatto che le ferite erano state causate dalla polizia.³⁹ Pertanto, la Corte ha dichiarato che:

in tali condizioni, qualora un individuo affermi in maniera sostenibile di aver subito, da parte della polizia o di altri organismi statali simili, gravi sevizie illegali e contrarie all'art. 3, tale disposizione, combinata con il dovere generale imposto allo Stato dall'art. 1 della Convenzione di "riconoscere ad ogni persona sotto la (sua) giurisdizione, i diritti e le libertà definiti (nella) Convenzione", comporta, di conseguenza, che vi sia un'indagine ufficiale effettiva. Tale indagine (...) deve poter condurre all'identificazione e alla punizione dei responsabili. (...) l'interdizione legale generale della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti sarebbe inefficace in pratica (...) e sarebbe possibile in alcuni casi ad impiegati dello Stato, godendo di una quasi-impunità, di abusare dei diritti di coloro che sono posti sotto il loro controllo.⁴⁰

³⁸ Ibid., *Raccolta delle sentenze e delle decisioni* 1998-VIII, par. 95.

³⁹ Ibid., par. 101.

⁴⁰ Ibid., par. 102.

37. Per la prima volta, la Corte ha stabilito una violazione dell'art. 3, non sulla base di un maltrattamento *per se*, ma perché le autorità competenti avevano omesso di condurre un'indagine ufficiale a seguito di una denuncia per maltrattamento. Inoltre, la Corte ha reiterato la posizione espressa nella causa *Aksoy c. Turchia* concludendo che vi era stata ugualmente violazione dell'art. 13. Essa in effetti ha ritenuto che:

Qualora un individuo formuli una denuncia difendibile di sevizie contrarie all'art. 3, la nozione di ricorso effettivo implica, oltre ad un'indagine approfondita ed effettiva quale quella richiesta dall'art. 3 (...) un accesso effettivo del denunciante alla procedura d'inchiesta e il versamento di un'indennità, se opportuno. ⁴¹

3. *Il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti.*

38. Nel 1987, il Consiglio d'Europa ha adottato la Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti, che è entrata in vigore il 1 febbraio 1989.⁴² Alla data del 1 marzo 1999, la totalità dei 40 Stati membri del Consiglio d'Europa avevano ratificato la Convenzione. Questa Convenzione, che aggiunge al meccanismo giudiziario della Convenzione europea dei diritti umani un meccanismo di prevenzione, non ha vocazione normativa. Essa ha istituito il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle altre pene o trattamenti inumani o degradanti, composto da un rappresentante per ogni Stato membro. I membri eletti all'interno del Comitato devono essere noti per la loro alta

⁴¹ *Ibid.*, par. 117.

⁴² *Serie dei trattati europei*, n° 126.

moralità, imparzialità e indipendenza, ed essere pronti a compiere delle missioni in loco.

39. Il Comitato effettua delle visite presso gli Stati membri del Consiglio d'Europa, in parte su base regolare e in parte in base alle circostanze. Le delegazioni del Comitato comprendono, oltre ai membri del Comitato, esperti medici, giuristi e altri specialisti, nonché interpreti e membri del segretariato. Esse visitano le persone private della libertà personale da parte delle autorità del Paese interessato.⁴³ Le loro competenze sono molto vaste: possono visitare qualsiasi luogo in cui vengono trattenute persone private della libertà, anche senza preavviso; possono ripetere quando vogliono le loro visite nei medesimi luoghi; intrattenersi in privato con le persone private della libertà personale; visitare ogni persona scelta da loro in tali luoghi; e visitare senza restrizione alcuna tutti i locali – e non solo le unità detentive. Inoltre, esse possono avere accesso a tutti i documenti e dossier relativi alle persone visitate. Il lavoro del Comitato è interamente fondato sulla riservatezza e sulla cooperazione.
40. Al termine di ogni visita, il Comitato redige un rapporto sintetizzando le osservazioni dei membri della delegazione, emettendo delle raccomandazioni concrete e sottolineando tutte le questioni che meritano di essere approfondite. Lo Stato interessato risponde al rapporto per iscritto, stabilendo così con il Comitato un dialogo che prosegue fino alla visita successiva. I rapporti del Comitato come le risposte degli Stati membri e parti alla Convenzione sono riservati, ma lo Stato interessato (non il Comitato) può decidere di pubblicare gli uni o gli altri. Ad oggi, quasi tutti gli Stati che

⁴³ Sono ritenute persone private della libertà tutte le persone private della libertà personale da una pubblica autorità, come ad esempio le persone arrestate o comunque detenute, i detenuti in attesa di giudizio, i detenuti condannati e le persone trattenute contro la loro volontà presso gli ospedali psichiatrici.

hanno ricevuto delle delegazioni hanno reso pubblici sia i rapporti che le proprie risposte.

41. Nel corso degli ultimi 10 anni, il Comitato ha progressivamente elaborato un insieme di criteri per il trattamento delle persone detenute che hanno valore di norme generali. Tali norme non riguardano solo le condizioni materiali di detenzione, ma anche aspetti di procedure. Il Comitato ha, ad esempio, stabilito tre diritti che desidera veder applicati a tutte le persone arrestate dalla polizia:

- a. il diritto di informare immediatamente una terza parte (un membro della famiglia) del suo arresto;
- b. il diritto di disporre immediatamente dei servizi di un avvocato;
- c. il diritto di disporre dei servizi di un medico, anche di sua scelta.

42. Inoltre, il Comitato non ha smesso di insistere sul fatto che il miglior mezzo per prevenire i maltrattamenti da parte degli agenti della forza pubblica consiste in un esame approfondito da parte delle autorità competenti di tutte le denunce per maltrattamenti portate a loro conoscenza e, nel caso, nell'applicazione di sanzioni appropriate in quanto tali misure hanno un notevole effetto dissuasivo.

4. *La Commissione africana dei diritti umani e dei popoli e la Corte africana dei diritti dell'uomo e dei popoli*

43. A differenza dell'Europa e degli Stati americani, l'Africa non è dotata di una convenzione sulla tortura – che è trattata allo stesso livello di altre violazioni dei diritti umani. La questione della tortura è trattata in particolare dalla Carta africana dei diritti umani e dei popoli, adottata il 27 giugno

1981 dall'Organizzazione per l'unità africana ed entrata in vigore il 21 ottobre 1986.⁴⁴ L'art. 5 di essa stabilisce che:

Ogni individuo ha diritto al rispetto della dignità propria dell'essere umano ed al riconoscimento della sua personalità giuridica. Ogni forma di sfruttamento e di avvilitamento dell'uomo, specialmente la schiavitù, la tratta degli esseri umani, la tortura fisica o morale, e le pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti sono proibiti.

44. Così come previsto all'art. 30 della Carta africana, nel giugno 1987 è stata istituita la Commissione africana dei diritti umani e dei popoli con mandato di "promuovere i diritti umani e dei popoli e assicurare la loro tutela in Africa". Nel corso delle sue sessioni periodiche, la Commissione ha adottato numerose risoluzioni di portata nazionale su questioni riguardanti i diritti umani in Africa, alcune relative, tra le altre violazioni, alla tortura. In alcune di tali risoluzioni, la Commissione ha espresso la sua preoccupazione relativamente al degrado della situazione dei diritti umani, compresa la pratica della tortura.
45. La Commissione ha istituito nuovi meccanismi, come il Relatore speciale per le carceri, il Relatore speciale sulle esecuzioni arbitrarie e sommarie e il Relatore speciale per le donne, il cui mandato comporta formulare rapporti nel corso delle sedute pubbliche della Commissione. Nell'ambito di questi meccanismi, le vittime e le organizzazioni non governative hanno la possibilità di inviare informazioni direttamente ai rispettivi relatori. Parallelamente, esse possono sottoporre alla Commissione le denunce relative ad atti di tortura così come sono definiti all'art. 5 della Carta africana. Quando viene depositata una denuncia presso la

⁴⁴ Organizzazione per l'unità africana, documento CAB/LEG/67/3, revisione 5 (ILM, 21,58 (1982))

Commissione, la vittima o l'organizzazione non governativa cui essa si rivolge può inviare la stessa informazione ai relatori speciali al fine della sua introduzione nei rapporti pubblici che questi presentano alla Commissione. Allo scopo di dotarsi di un istituto per decidere sulle denunce di violazione dei diritti garantiti dalla Carta africana, l'Organizzazione per l'unità africana ha adottato, nel giugno 1998, un protocollo che prevedeva l'istituzione della Corte africana dei diritti umani e dei popoli.

D. – La Corte penale internazionale

46. Lo Statuto di Roma della Corte penale internazionale, adottato il 17 luglio 1998, ha istituito una corte penale internazionale permanente al fine di giudicare gli individui colpevoli del reato di genocidio, di crimini contro l'umanità e di crimini di guerra (A/CONF.183/9). La sua giurisdizione si estende agli atti di tortura, sia quando sono perpetrati in maniera sistematica nell'ambito del crimine di genocidio o dei crimini contro l'umanità sia quando costituiscono crimini di guerra, secondo quanto stabilito nelle Convenzioni di Ginevra del 1949. Lo Statuto di Roma definisce la tortura come l'azione di infliggere intenzionalmente pene o sofferenze acute, sia fisiche che mentali, ad una persona sotto il controllo o la custodia dell'accusato. Al 25 settembre 2000*, lo Statuto della Corte penale internazionale era stato siglato da 113 paesi e ratificato da 21 Stati. La Corte avrà la sua sede a L'Aia (Paesi Bassi). La sua competenza si limita ai casi in cui gli Stati non possono e non vogliono perseguire individui colpevoli dei reati descritti nello Statuto di Roma della Corte penale internazionale.

* I dati riportati nella versione francese sono più recenti (settembre 2000) rispetto alla versione inglese (aprile 1999) (N.d.T.)

CAPITOLO II

CODICI ETICI APPLICABILI

47. Tutte le professioni fanno riferimento nel loro lavoro a codici etici che enunciano i valori e gli obblighi comuni ai membri di esse e stabiliscono i principi morali ai quali questi sono invitati ad obbedire. Le norme etiche sono essenzialmente istituite in due modi: da strumenti internazionali elaborati da organismi come le Nazioni Unite, e da codici formulati dalle professioni stesse, tramite le loro associazioni sia nazionali che internazionali. Tutto questo insieme di regole mette l'accento sugli obblighi dei professionisti nei confronti dei loro clienti o pazienti, della collettività e dei propri colleghi, avendo come scopo il preservare l'onore della professione. Questi obblighi riflettono e completano i diritti garantiti a tutti gli individui dagli strumenti internazionali.

A. – Etica della professione giuridica

48. In quanto arbitri supremi della giustizia, i giudici ricoprono un ruolo particolare nella protezione dei diritti del cittadino. Le norme del diritto internazionale impongono loro il dovere morale di vigilare sul rispetto dei diritti degli individui. Così, il principio 6 dei Principi fondamentali relativi all'indipendenza della magistratura dispone che "in virtù del principio dell'indipendenza della magistratura, i magistrati hanno il diritto e il dovere di controllare affinché i dibattimenti giudiziari si svolgano equamente ed affinché i diritti delle parti siano rispettati".⁴⁵ Allo stesso modo, i

⁴⁵ Adottati nel corso del settimo Congresso delle Nazioni Unite per la prevenzione della criminalità e il trattamento dei delinquenti, tenutosi a Milano dal 26 agosto al 6

magistrati delle procure hanno l'obbligo di perseguire ogni reato di tortura commesso da funzionari dello Stato. L'art. 15 dei Principi direttivi applicabili al ruolo dei magistrati delle procure dispone che "i procuratori si impegnano doverosamente a perseguire i casi di reati commessi da ufficiali dello Stato, in particolare gli atti di corruzione, gli abusi di potere, le violazioni gravi dei diritti umani e altri reati riconosciuti dal diritto internazionale e, qualora la normativa o la prassi nazionale li autorizzi, ad aprire un'inchiesta su tali infrazioni".⁴⁶

49. La normativa internazionale prevede anche l'obbligo per gli avvocati di promuovere e garantire, nell'esercizio delle loro funzioni, i diritti umani e le libertà fondamentali. Il principio 14 dei Principi base relativi al ruolo dell'avvocato difensore stabilisce che "nel tutelare i diritti dei loro clienti e nel promuovere la causa della giustizia, gli avvocati debbono cercare di far rispettare i diritti umani e le libertà fondamentali riconosciute dal diritto nazionale ed internazionale e agiscono in ogni momento liberamente e diligentemente, secondo la legge e le norme riconosciute e la deontologia della professione di avvocato".⁴⁷

B. - Etica delle cure mediche

50. Esistono legami evidenti tra i concetti dei diritti umani e il principio stabilito dell'etica delle cure mediche. Così come per le altre professioni, gli obblighi morali dei professionisti della salute sono definiti, da una parte, da strumenti delle Nazioni Unite, e, dall'altra, da codici ed altri insiemi di

settembre 1985, e integrato dalle risoluzioni 40/32 e 40/146 dell'Assemblea Generale, rispettivamente il 29 novembre e il 13 dicembre 1985.

⁴⁶ Adottati nel corso dell'ottavo Congresso delle Nazioni Unite per la prevenzione della criminalità e del trattamento dei delinquenti, tenutosi a L'Havana dal 27 agosto al 7 settembre 1990.

⁴⁷ Vedi nota 46.

regole elaborate da associazioni professionali nazionali o internazionali, come l'Associazione medica mondiale, l'Associazione mondiale di psichiatria o il Consiglio internazionale degli infermieri.⁴⁸ Per quanto essi siano vari nella loro formulazione, tutti questi codici etici si articolano intorno all'obbligo fondamentale di agire in ogni circostanza nell'interesse dei pazienti, qualsiasi siano gli obblighi contrattuali ed altre costrizioni o pressioni esterne. In alcuni paesi, i principi etici medici – come ad esempio il segreto professionale – sono incorporati nella legislazione nazionale. Anche se ciò non accade, tutti i professionisti della salute sono moralmente vincolati dalle norme stabilite dalle loro associazioni e altri organi di rappresentanza. In caso di infrazioni a tali principi senza valida giustificazione, essi sono riconosciuti colpevoli di cattiva condotta professionale.

1. Dichiarazioni delle Nazioni Unite applicabili ai professionisti della salute

51. I professionisti della salute, come tutte le persone chiamate a lavorare all'interno del sistema penitenziario, devono osservare le Regole minime per il trattamento dei detenuti, le quali esigono che i servizi medico-sanitari, compresi quelli psichiatrici, siano messi a disposizione di tutti i detenuti senza eccezione alcuna e che tutti i detenuti malati o che seguono un trattamento benefico di una visita medica quotidiana.⁴⁹ Queste esigenze aumentano gli obblighi morali dei medici, di seguito descritti, di agire nell'interesse dei pazienti loro affidati. Tuttavia, le Nazioni Unite hanno specificatamente trattato gli obblighi morali dei medici e altri professionisti della salute nei Principi di etica medica

⁴⁸ Esistono anche diversi gruppi regionali, come l'Associazione medica del Commonwealth e la conferenza internazionale delle associazioni mediche islamiche, che pubblicano nei confronti dei loro membri importanti dichiarazioni sull'etica medica e i diritti umani.

⁴⁹ Regole Minime per il trattamento dei detenuti e Procedure per l'applicazione delle Regole minime, adottate dalle Nazioni Unite nel 1955.

applicabile al ruolo del personale sanitario, in particolare dei medici, nella tutela dei prigionieri e detenuti contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti.⁵⁰ Questi stabiliscono chiaramente che i professionisti della salute hanno il dovere morale di tutelare la salute fisica e mentale dei detenuti. Essi proibiscono specificatamente ai suddetti professionisti di fare un qualunque uso delle loro conoscenze e competenze mediche che vada contro le dichiarazioni internazionali relative ai diritti individuali.⁵¹ In particolare, essi riconoscono come una violazione grave dell'etica delle cure mediche il fatto di partecipare, attivamente o passivamente, ad atti di tortura o di giustificarli in qualunque modo.

52. La "partecipazione alla tortura" include il fatto di valutare la capacità di resistenza di un individuo a sopportare maltrattamenti; di assistere, supervisionare o infliggere maltrattamenti; di rianimare un individuo affinché possa essere sottoposto ad ulteriori maltrattamenti o di amministrare delle cure immediatamente prima, durante o dopo atti di tortura su richiesta di persone suscettibili d'essere responsabili di tali atti; di comunicare a torturatori le informazioni professionali o le indicazioni sullo stato di salute delle vittime; di trascurare deliberatamente le prove di tortura o di falsificare documenti quali rapporti autoptici o certificati di morte.⁵² I Principi di etica medica integrano, inoltre, una delle regole fondamentali dell'etica delle cure

⁵⁰ Adottati dall'Assemblea generale nel 1982.

⁵¹ In particolare, la Dichiarazione universale dei diritti umani, i Patti internazionali relativi ai diritti umani e la Dichiarazione sulla tutela di tutte le persone contro la tortura e le altre pene o trattamenti crudeli, inumani e degradanti.

⁵² Tuttavia i professionisti della salute devono anche guardare allo spirito del loro dovere al segreto professionale nei confronti dei pazienti e l'obbligo che gli impone di ottenere il loro consenso consapevole prima di divulgare informazioni, in particolare quando ciò rischia di mettere in pericolo gli interessati (vedi capitolo II, sec. C. 3).

mediche sottolineando che la sola relazione etica tra un detenuto ed un professionista sanitario è quella che mira a valutare, a tutelare e a migliorare la salute del detenuto. Ne deriva che ogni valutazione dello stato di salute di un detenuto mirante a permettere una punizione o una tortura è per definizione contraria all'etica.

2. *Dichiarazioni degli organismi professionali internazionali*

53. Numerose dichiarazioni di organismi professionali internazionali si articolano intorno a principi legati alla tutela dei diritti umani e testimoniano l'esistenza di un consenso medico internazionale su tali questioni. Le dichiarazioni dell'Associazione medica mondiale riguardano diversi aspetti degli obblighi morali ai quali sono tenuti tutti i medici. Anche la Dichiarazione di Tokyo⁵³ riafferma il divieto di ogni forma di partecipazione medica o della presenza medica nell'ambito di tortura o altri maltrattamenti. Questa posizione è supportata dai Principi etici medici adottati dalle Nazioni Unite, che si riferiscono esplicitamente alla Dichiarazione di Tokyo. E' chiaramente proibito ai medici fornire informazioni o un qualunque strumento o sostanza in grado di favorire maltrattamenti. La stessa regola è estesa alla psichiatria dalla Dichiarazione delle Hawaii⁵⁴ dell'Associazione mondiale di psichiatria, che proibisce di fare uso di competenze psichiatriche in violazione dei diritti fondamentali di qualunque individuo o gruppo. La Conferenza internazionale delle associazioni mediche islamiche ha difeso la stessa posizione nella sua Dichiarazione di Koweit⁵⁵, che proibisce ai medici di permettere che qualcuno faccia uso delle proprie conoscenze professionali per causare dei danni fisici o mentali ad un

⁵³ Adottata nel 1975.

⁵⁴ Adottata nel 1977.

⁵⁵ Adottata nel 1981 (1401 secondo il calendario mussulmano)

essere umano, qualunque siano i motivi militari o politici di tali trattamenti. Simili disposizioni valgono anche per il personale infermieristico, nella Dichiarazione sul ruolo degli infermieri incaricati di prestare assistenza a detenuti e prigionieri.⁵⁶

54. I professionisti della salute hanno anche il dovere di sostenere i loro colleghi che si battono contro le violazioni dei diritti umani. Ogni mancanza contro tale dovere potrebbe costituire una infrazione alle regole summenzionate e rischierebbe non solo di favorire le violazioni dei diritti dei pazienti, ma anche di gettare discredito sui professionisti della salute. Ora, il fatto di pregiudicare la reputazione della professione è assimilata ad una grave violazione professionale. Nella sua risoluzione sui diritti umani,⁵⁷ l'Associazione medica mondiale esorta tutte le associazioni mediche nazionali a esaminare la situazione dei diritti umani nei loro rispettivi Paesi e a controllare affinché i medici non falsino le prove di violazione anche quando temono delle rappresaglie. Essa le invita a pubblicare delle direttive chiare, in particolare nei confronti dei medici che lavorano nell'ambito del sistema penitenziario, a denunciare le presunte violazioni dei diritti umani e ad istituire un meccanismo di indagine efficace in caso di violazione dell'etica da parte dei medici. Nella sua Dichiarazione di Amburgo⁵⁸, l'Associazione medica mondiale riafferma il dovere individuale e collettivo dei medici e delle associazioni che li rappresentano di combattere la tortura e di resistere alle pressioni miranti a convincere i medici ad agire in violazione dei principi etici della professione. Essa esorta i medici a battersi individualmente contro i maltrattamenti e le organizzazioni

⁵⁶ Adottata nel 1975 dal Consiglio internazionale degli infermieri.

⁵⁷ Adottata nel 1990.

⁵⁸ Adottato nel 1997.

mediche nazionali ed internazionali a sostenere i medici che resistono a tali pressioni.

3. Codici nazionali di etica medica

55. I codici nazionali riflettono gli stessi valori essenziali degli strumenti sopra descritti, essendo l'etica medica espressione di valori comuni ad ogni professione. Praticamente in tutte le culture, infatti, la medicina si ispira agli stessi principi di base: evitare la sofferenza, curare i malati, proteggere gli individui deboli, soccorrere senza discriminazione tutti i pazienti, con l'unico criterio dell'urgenza dei bisogni. E questi valori si ritrovano anche nei codici relativi alla professione infermieristica. Un aspetto problematico dei principi etici risiede nel fatto che essi non stabiliscono regole fisse per ogni situazione, ma richiedono un certo grado di interpretazione. Quando si trovano di fronte a dilemmi morali, i professionisti della salute devono conformarsi allo spirito dei principi etici fondamentali che dettano loro i valori comuni della professione, ma devono anche applicarli in modo conforme al loro dovere di evitare la sofferenza ai loro pazienti.

C. – Principi comuni a tutti i codici etici delle cure mediche

56. Il principio dell'indipendenza professionale ricorda ai professionisti della salute di non perdere mai di vista lo scopo ultimo della medicina che consiste nell'attenuare la sofferenza e lo sconforto e ad evitare di danneggiare il paziente, qualsiasi possano essere le pressioni esercitate. Molti altri obblighi morali sono così fondamentali che li si ritrova in tutti i codici e dichiarazioni etiche; i più importanti consistono nell'assistere coloro che ne hanno bisogno, nell'evitare di nuocere al paziente e nel rispettare i suoi

diritti. Questi compiti si applicano a tutti i professionisti della salute.

1. *Il dovere di assistenza*

57. Il dovere di assistenza è espresso in diversi modi nei codici e dichiarazioni nazionali e internazionali. Il Codice internazionale di etica medica⁵⁹ dell'Associazione medica mondiale, ad esempio, definisce l'obbligo morale dei medici di amministrare le cure d'urgenza come un compito umanitario. L'obbligo di rispondere ai bisogni e alle sofferenze trova un eco praticamente in tutte le culture.
58. Una gran parte dell'etica medica moderna ha origine dai principi stabiliti in tempi remoti, i quali ordinano ai medici di assistere i pazienti anche se ciò comporta dei rischi per se stessi. Anche il Carata Samhita, un codice hindu del primo secolo dell'era cristiana, chiede ai medici di consacrarsi "corpo e anima" ai loro pazienti e vieta loro di trascurare questi ultimi, al fine di garantire la loro sicurezza e benessere. Antichi codici islamici impongono obblighi simili che si ritrovano nella dichiarazione di Koweit già citata, che invita i medici a dedicarsi prioritariamente ai più bisognosi, sia "vicini che lontani, virtuosi o peccatori, amici o nemici".
59. I valori medici occidentali sono fortemente influenzati dal Giuramento di Ippocrate e da altre professioni di fede simili, come la preghiera di Maimonide. Pronunciando il giuramento di Ippocrate, il medico si impegna solennemente a dar prova di solidarietà con i propri colleghi, ad assistere i pazienti, ad evitarne la sofferenza ed a rispettare il segreto professionale. Questi quattro obblighi sono ripresi in diverse forme in tutti i codici moderni di etica delle cure mediche. Il

⁵⁹ Adottata nel 1949.

Giuramento di Ginevra⁶⁰ dell'Associazione medica mondiale non è altro che una riaffermazione contemporanea dei valori ippocratici. Esso obbliga i medici a fare della salute dei loro pazienti la loro preoccupazione principale ed a consacrarsi al servizio dell'umanità con dignità e rettitudine.

60. Il dovere di assistenza è inserito, sotto differenti aspetti, all'interno di numerose dichiarazioni dell'Associazione medica mondiale, che indicano chiaramente che i medici sono tenuti in ogni circostanza ad agire nel miglior interesse dei pazienti, anche quando si tratta di detenuti e di presunti criminali. Tale dovere è spesso espresso attraverso il concetto di indipendenza professionale, che ordina ai medici di conformarsi sempre alle migliori prassi mediche, qualunque siano le pressioni alle quali sono sottoposti. Il Codice Internazionale di etica medica sottolinea l'obbligo per il medico di fornire le sue cure in totale indipendenza tecnica e morale, con compassione e rispetto per la dignità umana. Esso insiste anche sul dovere di non agire se non nell'interesse del paziente, al quale il medico deve totale lealtà. La Dichiarazione di Tokyo e la Dichiarazione sull'indipendenza del medico e la libertà professionale⁶¹ stabiliscono entrambe senza la minima ambiguità che i medici devono rivendicare la libertà di agire nel miglior interesse dei pazienti, al di là di ogni altra considerazione, comprese eventuali istruzioni impartite dal datore di lavoro, dalle autorità penitenziarie o dalle forze di sicurezza. La seconda di queste dichiarazioni esige dai medici che essi facciano in modo di beneficiare dell'indipendenza professionale necessaria per servire i bisogni dei pazienti e tutelare i loro interessi contro ogni persona o istituzione che pretendesse di negare o limitare il loro accesso a feriti o malati. Principi simili sono enunciati anche nei confronti del

⁶⁰ Adottata nel 1948.

⁶¹ Adottata dall'Associazione medica mondiale nel 1986.

personale infermieristico all'interno del Codice del Consiglio internazionale degli infermieri.

61. L'Associazione medica mondiale ha altresì espresso il dovere di assistenza dal punto di vista del riconoscimento dei diritti del paziente. La Dichiarazione di Lisbona sui diritti dei pazienti⁶² stabilisce che ogni individuo, senza eccezione alcuna, ha il diritto di beneficiare di cure mediche appropriate e riafferma l'obbligo dei medici di agire sempre nell'interesse del paziente. Essa riconosce ai pazienti anche il diritto all'autonomia e alla giustizia, e sottolinea l'obbligo per i professionisti della salute di far rispettare questi diritti. Così, quando la normativa, l'azione del governo o di ogni altra amministrazione o istituzione nega ai pazienti la fruizione di tali diritti, i medici devono ricercare i mezzi per garantirli o restaurarli. Secondo questa stessa dichiarazione, il diritto a beneficiare di cure appropriate non dovrebbe essere influenzato da considerazioni quali l'etnia di appartenenza, le convinzioni politiche, la nazionalità, il sesso, il credo religioso o i meriti individuali – anche se i pazienti fossero accusati o riconosciuti colpevoli di reati. L'unico criterio riconosciuto come accettabile per stabilire delle priorità tra i pazienti risiede nell'urgenza relativa ai loro bisogni.

2. *Il libero consenso informato*

62. Se le dichiarazioni che fanno riferimento al dovere di assistenza insistono tutte sull'obbligo di agire nell'interesse della persona visitata o curata, ciò presuppone che i professionisti della salute sappiano in cosa consiste l'interesse del paziente. Un principio assolutamente fondamentale dell'etica medica moderna stabilisce che il

⁶²Adottata nel 1981 e aggiornata dall'assemblea generale dell'Associazione nel corso della sua 47° sessione nel 1995.

paziente stesso è il miglior giudice del suo interesse. Ne deriva che i professionisti della salute devono far passare le aspettative espresse da un paziente adulto competente prima del punto di vista di una qualsiasi terza persona, per quanto qualificata possa essere. Nel caso di un paziente incosciente o incapace di esprimere per una qualsiasi ragione un libero consenso, compete ai professionisti della salute giudicare circa il miglior modo per tutelare gli interessi della persona in questione. In altri termini, si delega agli infermieri e ai medici il ruolo di avvocati per conto dei loro pazienti, dovere chiaramente enunciato in testi quali la Dichiarazione di Lisbona, dell'Associazione medica mondiale e la Dichiarazione del Consiglio Internazionale degli infermieri sul ruolo dell'infermiere nella tutela dei diritti umani.⁶³

63. La Dichiarazione di Lisbona stabilisce l'obbligo per i medici di ottenere preventivamente ad ogni intervento il libero consenso dei pazienti capaci di intendere e di volere. Ciò significa che gli interessati debbono avere consapevolezza delle conseguenze sia del consenso che del rifiuto. Di conseguenza, prima di esaminare un paziente, i professionisti della salute devono spiegargli chiaramente lo scopo dell'esame e dell'eventuale trattamento. Un consenso ottenuto dietro costrizione o sulla base di false informazioni date al paziente è privo di valore, e un medico che agisce in un tale contesto rischia di infrangere l'etica medica. Più gravi sono le conseguenze potenziali di una procedura di cura per il paziente, maggiore è l'obbligo morale di ottenere un consenso pronunciato in piena libertà. Se l'esame ed il trattamento previsto presentano evidenti benefici terapeutici per l'interessato, il consenso implicito costituito dalla sua cooperazione alla procedura può essere ritenuto sufficiente. Ma quando si tratta di procedere ad un esame che non ha

⁶³ Adottata nel 1983.

come finalità principale quella di intraprendere un trattamento, è essenziale assicurarsi che il paziente ne abbia compreso perfettamente il significato, che egli approvi in piena consapevolezza la procedura e che quest'ultima non rischi di provocargli un pregiudizio superiore al beneficio eventualmente ottenuto. Come si è già sottolineato, ogni visita che tende a stabilire se un individuo è in grado di sopportare un castigo, la tortura o qualunque altra forma di pressione nell'ambito di un interrogatorio è proibito dall'etica e contrario allo scopo della medicina. La sola valutazione corretta dal punto di vista etico dello stato di salute di un detenuto è quella che ha l'obiettivo di preservare o migliorare il suo stato di salute – e non di favorire eventuali maltrattamenti. Ogni esame medico previsto per le necessità di una procedura di indagine deve essere oggetto di un consenso preventivo dell'interessato, espresso in piena consapevolezza. È pertanto imperativo spiegare al paziente la maniera in cui le informazioni di salute raccolte saranno utilizzate e conservate, e chi avrà accesso al fascicolo. Se questi punti ed altre informazioni determinanti per la decisione dell'interessato non sono stati esposti chiaramente in anticipo, il suo eventuale consenso sarà ritenuto non valido, così come le informazioni raccolte.

3. *Il segreto professionale*

64. Tutti i codici etici, da Ippocrate ai giorni nostri, fanno riferimento al segreto professionale quale principio fondamentale. Così accade, tra l'altro, nelle dichiarazioni dell'Associazione medica mondiale, come la Dichiarazione di Lisbona. In alcuni paesi, questa esigenza è considerata talmente importante da essere stata inserita nella normativa nazionale. Il dovere di mantenere il segreto non è tuttavia assoluto e può essere eccezionalmente sollevato per ragioni morali, quando il silenzio rischia di causare seri pregiudizi a

terzi o avrebbe come conseguenza un grave compromesso per la giustizia. In generale, però, il dovere di riservatezza che protegge le informazioni sanitarie che permettono o potrebbero permettere l'identificazione del paziente può essere infranto solo con il consenso pieno di quest'ultimo.⁶⁴ Le informazioni non identificabili, al contrario, possono essere liberamente utilizzate e dovrebbero essere utilizzate preferibilmente in tutti i casi in cui l'identità del paziente è secondaria, come, ad esempio, per la raccolta dei dati relativi alla tortura ed altri maltrattamenti. Possono presentarsi dei dilemmi quando i professionisti della salute sono sottoposti a pressioni o all'obbligo legale di comunicare le informazioni rischiando di arrecare un danno per il paziente in questione. In tali casi, tuttavia, gli obblighi morali fondamentali consistenti nel rispettare l'autonomia dei pazienti, nel difendere i loro interessi, nell'assisterli e preservarli dalla sofferenza hanno la precedenza su tutte le altre considerazioni, così i medici devono segnalare chiaramente al tribunale o ad ogni altra autorità che richiede tali informazioni che essi sono legati dal segreto professionale. I professionisti della salute che adottano un tale comportamento hanno diritto al fermo sostegno da parte delle loro associazioni professionali e dei loro colleghi. Nel caso di situazioni nell'ambito di conflitti armati, il diritto internazionale umanitario garantisce una specifica tutela al segreto medico-paziente, vietando ogni pressione mirante ad ottenere indicazioni su persone malate o ferite.⁶⁵

⁶⁴ Ad eccezione delle informazioni che si esigono per le necessità di salute pubblica, come l'identità di portatori di malattie infettive, tossicodipendenti, individui con turbe mentali, ...

⁶⁵ Articolo 16 del Protocollo I (1977) e articolo 10 del Protocollo II aggiuntivi alle Convenzioni di Ginevra del 1949.

D. – Professionisti della salute e dualità degli obblighi

65. I professionisti della salute hanno il duplice obbligo da una parte di servire innanzitutto gli interessi dei loro pazienti, e, dall'altra, di vigilare per conto della società nel suo complesso sul rispetto della giustizia e dei diritti umani. I dilemmi derivanti da tale dualità sono particolarmente acuti per coloro tra essi che lavorano per la polizia, l'esercito o le altre forze di sicurezza, o all'interno del sistema penitenziario. Gli interessi dei loro datori di lavoro e dei loro colleghi non medici possono, in effetti, essere in contrasto con quelli dei pazienti dei quali sono incaricati. Tuttavia, tutti i professionisti della salute hanno in comune il dovere fondamentale di vigilare sul benessere delle persone che sono chiamati a visitare o a curare. Essi non dovrebbero essere costretti da obblighi contrattuali o da altri impegni a compromettere la loro indipendenza professionale, che chiede loro di valutare in tutta onestà i bisogni dei loro pazienti e di agire di conseguenza.

1. *Principi direttivi per i medici vincolati da duplici obblighi.*

66. I medici che intervengono per conto di terzi hanno l'obbligo di informarne chiaramente i loro pazienti.⁶⁶ Essi devono illustrare i loro titoli e attribuzioni e spiegare lo scopo degli esami e trattamenti previsti. I medici restano in ogni circostanza vincolati dal dovere di assistenza nei confronti dei loro pazienti, anche se lavorano e sono pagati da una terza parte. Essi devono di conseguenza rifiutare ogni procedura che possa danneggiare i pazienti o porli in una posizione di vulnerabilità fisica o psicologica. Essi devono assicurarsi che i loro obblighi contrattuali preservino la loro indipendenza professionale, vigilare affinché ogni persona

⁶⁶ Articolo 16 del Protocollo I (1977) e art. 10 del Protocollo II (1977) aggiuntivi alle Convenzioni di Ginevra del 1949.

privata della libertà possa beneficiare degli esami e trattamenti di cui ha bisogno, e proteggere i diritti dei minori o dei soggetti vulnerabili detenuti per qualsiasi motivo. Tenuti anche al segreto professionale, essi devono vigilare affinché nessuna informazione venga comunicata senza il consenso dei pazienti interessati e proteggere di conseguenza le loro cartelle cliniche. Qualora essi rilevino, nell'ambito delle loro funzioni, azioni o comportamenti immorali, abusivi, scorretti o potenzialmente dannosi per la salute dei pazienti, essi hanno l'obbligo morale di denunciarli e di adottare le dovute misure il più rapidamente possibile, in quanto ogni lungaggine compromette la ricevibilità di un eventuale ulteriore ricorso. In tali casi essi devono far rapporto alle autorità competenti o ad organismi internazionali abilitati ad indagare, senza tuttavia esporre i pazienti, le loro famiglie né essi stessi a rischi di ritorsioni. I professionisti della salute che, sulla base di elementi ragionevolmente attendibili, adottano una tale misura hanno il diritto di aspettarsi un fermo sostegno delle loro associazioni professionali e dei loro colleghi.

2. *Dilemmi derivanti dalla dualità degli obblighi*

67. Si possono presentare alcuni dilemmi qualora l'etica e il dettato normativo siano in contraddizione. In alcune circostanze, gli obblighi morali dei professionisti della salute possono portarli a infrangere una particolare legge, come l'obbligo giuridico di rivelare delle informazioni mediche confidenziali. Nell'insieme, i codici etici nazionali e internazionali sono concordi sul fatto che imperativi diversi da quelli morali – compresi quelli normativi – non devono obbligare i professionisti della salute ad agire in contraddizione con la loro deontologia e la loro coscienza. In tali casi, questi ultimi devono rifiutare di rispettare la legge o ogni altro regolamento, piuttosto che compromettere i

principi morali fondamentali che regolano la loro professione o esporre i loro pazienti a gravi rischi.

68. Avviene anche che due obblighi morali si trovano in contrasto. Gli strumenti internazionali ed i codici etici impongono di fare un resoconto ad un organo competente per ogni atto di tortura o altro maltrattamento. In alcuni Paesi questo dovere è confermato dalla normativa nazionale. In alcuni casi, tuttavia, gli interessati rifiutano di essere esaminati a tali fini o che si divulgino le informazioni raccolte nel corso dei loro esami, in generale, per timore di rappresaglie nei loro confronti o nei confronti della loro famiglia. I professionisti della salute sono allora incastrati tra due responsabilità: nei confronti dei loro pazienti e nei confronti della società nel suo insieme, nell'interesse della quale è necessario che giustizia sia fatta e che i torturatori siano puniti. Di fronte a tali dilemmi, l'obbligo di non causare danni ai pazienti deve prevalere. I professionisti della salute devono, pertanto, cercare delle soluzioni che permettano di servire la giustizia senza tuttavia violare il segreto professionale, sollecitando, se necessario, il parere di organismi degni di fiducia (secondo i casi, essi potrebbero rivolgersi alle loro associazioni mediche nazionali o ad organizzazioni non governative). Tuttavia, sarebbe opportuno convincere il paziente a consentire la divulgazione di informazioni che lo riguardano, con alcune riserve.
69. Gli obblighi morali di un medico possono variare in funzione della relazione con il paziente e dell'attitudine di quest'ultimo a decidere liberamente circa l'eventuale divulgazione di informazioni che lo riguardano. Così, quando medico e paziente sono impegnati in una relazione strettamente terapeutica, come un trattamento ospedaliero, il medico ha l'obbligo morale di rispettare l'esigenza del

segreto professionale che normalmente prevale in un tale contesto. Rendere conto dei sintomi palesi di tortura è dunque appropriato, nella misura in cui la vittima non vi si oppone. In altri termini, i medici devono segnalare questo tipo di osservazioni cliniche se il paziente lo chiede o se accetta con cognizione di causa la loro divulgazione. Essi hanno anche il dovere di aiutare il paziente a recedere dalla propria decisione.

70. I medici legali hanno una relazione diversa con le persone che esaminano, e generalmente sono tenuti a rendere conto sistematicamente delle loro osservazioni. Nei loro confronti, il potere e la scelta del paziente sono più limitati, e non è sempre possibile parlare liberamente. E' pertanto fondamentale che prima dell'inizio di ogni singolo esame, i medici legali spieghino il loro ruolo al paziente, insistendo sul fatto che, a differenza di un contesto terapeutico, il segreto professionale non è parte integrante delle loro funzioni. Può avvenire che le leggi impediscano al paziente di rifiutare la visita, pur rimanendo al paziente la possibilità di decidere se desidera divulgare o meno l'origine di una qualunque ferita. I medici legali non devono falsificare i loro rapporti, ma dar prova di una totale imparzialità, anche descrivendo nei suddetti rapporti ogni segno di maltrattamento eventualmente osservato.⁶⁷

71. I medici penitenziari hanno il compito primario di assicurare trattamenti terapeutici, ma compete loro anche di visitare i detenuti che arrivano in carcere dopo il loro passaggio dalle forze di polizia. Nell'ambito di queste funzioni, può avvenire che essi verifichino chiari segni di violenza

⁶⁷ Vedi V. Iacopino e altri, "Complicità del medico nella falsa descrizione e omissione di prove di tortura negli esami medici successivi alla detenzione in Turchia", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 276 1996, pagg. 396-402.

inaccettabile, che i detenuti stessi possono non essere in grado di denunciare. In tali casi, i medici devono tener conto degli interessi dei pazienti e del segreto professionale che li lega a questi ultimi, ma l'obbligo morale di denunciare i palesi maltrattamenti è ugualmente molto forte, trovandosi spesso i detenuti stessi nell'incapacità di farlo in maniera efficace. Quando gli interessati acconsentono a che i fatti vengano divulgati, non vi sono dilemmi e l'obbligo morale prevale. In caso contrario, i medici devono valutare attentamente i rischi che minacciano il paziente in questione rispetto ai benefici per l'insieme dei detenuti e della società relativi al fatto di impedire la ripetizione di comportamenti illeciti.

72. I professionisti della salute devono essere anche consapevoli che la denuncia di tali comportamenti alle autorità sotto la cui giurisdizione i fatti denunciati si sarebbero prodotti può comportare dei rischi per il paziente e per altre persone, compresi coloro che divulgano le informazioni. I medici non devono esporre apertamente gli individui a rischi di rappresaglia. Pertanto, essi non devono astenersi da alcuna azione, ma dare prova di massima discrezione e fare in modo di comunicare le informazioni in questione ad un organo esterno alla struttura direttamente coinvolta o, al limite, di fare rapporto anonimamente. Ovviamente, se quest'ultima soluzione è adottata, i professionisti della salute devono attendersi eventuali pressioni per convincerli a togliere l'anonimato o a vedere i loro dossier. Qualora non sia in vista alcuna soluzione semplice, i professionisti della salute dovrebbero obbedire al principio fondamentale che impone loro di evitare, in deroga ad ogni altra considerazione, di provocare danni ai loro pazienti e, se la cosa è possibile, sollecitare consulenze mediche nazionali o internazionali.

INDAGINI LEGALI SULLA TORTURA

73. Gli stati sono tenuti dal diritto internazionale ad indagare senza perdere tempo e in modo imparziale su ogni denuncia di tortura. Quando gli elementi raccolti lo giustificano, uno Stato sul territorio del quale si trova una persona sospettata di aver commesso o partecipato ad atti di tortura deve estradare quest'ultima verso uno Stato abilitato a giudicarla o trasmettere il caso alle proprie autorità competenti per intentare un'azione legale sulla base del diritto penale nazionale o locale. Competenza, imparzialità, indipendenza, prontezza e minuzia, costituiscono le esigenze fondamentali di ogni indagine relativa a tali circostanze. Questi elementi possono essere adattati a qualsiasi sistema legale e dovrebbero guidare tutte le inchieste relative a denunce di tortura.
74. Quando una procedura d'inchiesta si rivela inadeguata a causa di mancanza di mezzi o di qualificazioni, per faziosità o errore, o per qualsiasi altro motivo, compromettendo il rispetto delle esigenze fondamentali sopra indicate, lo Stato proseguirà l'inchiesta attraverso una commissione indipendente o altra procedura simile. I membri di una tale commissione saranno scelti tra persone note per la loro imparzialità, competenza e indipendenza. In particolare esse dovranno essere indipendenti da ogni altra istituzione, agenzia o persona coinvolta nell'inchiesta.
75. La sezione A. seguente spiega in grandi linee la finalità di un'indagine relativa a denunce di tortura. La sezione B. si occupa dei grandi principi sui quali deve essere basata un'inchiesta efficace sulla tortura e altre pene o trattamenti

crudeli, inumani o degradanti. La sezione C. illustra le diverse fasi del percorso da seguire per condurre una simile inchiesta – identificazione dell’organo competente, colloqui con le presunte vittime e altri testimoni, raccolta delle prove. La sezione D. fornisce le direttive per l’istituzione di una commissione d’inchiesta indipendente, direttive che si basano sulle esperienze di diversi paesi che hanno istituito simili commissioni al fine di indagare sulle denunce di violazioni dei diritti umani, comprese esecuzioni extra giudiziarie, atti di tortura e rapimenti.

A. – Finalità dell’indagine sulla tortura

76. Lo scopo generale dell’indagine consiste nello stabilire i fatti relativi alle denunce di tortura, al fine di identificare gli eventuali responsabili e di permettere la loro condanna, o per servirsene nell’ambito di altre procedure destinate ad ottenere riparazione per le vittime. Le questioni qui rappresentate possono rivelarsi pertinenti anche per altre forme di indagine sulla tortura. Allo scopo di attendere a tale compito, le persone incaricate dell’indagine devono almeno: cercare di ottenere la testimonianza delle presunte vittime di tortura, raccogliere e proteggere le prove, comprese quelle mediche, relativamente agli atti di tortura in previsione di eventuali azioni giudiziarie contro i responsabili; identificare i potenziali testimoni e ottenere da loro dichiarazioni relative ai fatti denunciati; e determinare come, quando e dove si sono prodotti i fatti, nonché le circostanze che hanno comportato la tortura.

B. – Principi direttivi per indagare efficacemente sulla tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti.

77. I principi di cui sopra sono largamente riconosciuti tra gli individui e le organizzazioni che posseggono un’esperienza

circa le inchieste relative alla tortura. Ogni inchiesta efficace sulla tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti (di seguito, tortura e altri maltrattamenti) deve almeno prevedere i seguenti obiettivi:

- a) chiarire i fatti e stabilire le responsabilità individuali e dello Stato nei confronti delle vittime e delle loro famiglie;
- b) identificare le misure da adottare per evitare che tali fatti si ripetano;
- c) facilitare i seguiti giudiziari o, secondo i casi, le sanzioni disciplinari nei confronti delle parti riconosciute responsabili nell'ambito dell'inchiesta, e stabilire la necessità della riparazione da parte dello Stato, anche sotto forma di indennità e di trattamenti sanitari e di riabilitazione.

78. Gli Stati devono fare in modo che le denunce ed i rapporti relativi ad atti di tortura e altri maltrattamenti siano oggetto di indagini veloci ed efficaci. Anche in assenza di una denuncia formale, converrebbe avviare un'inchiesta se altri elementi indicano che sono stati commessi atti di tortura o altri maltrattamenti. I titolari dell'inchiesta, che devono essere indipendenti dai presunti responsabili e dall'istituzione da cui dipendono questi ultimi, devono essere competenti e imparziali. Essi devono avere accesso ai rapporti redatti dai medici e altri esperti imparziali o essere abilitati a sollecitare le loro competenze. I metodi applicati a tali indagini devono conformarsi alle norme professionali più esigenti, e le conclusioni devono essere rese pubbliche.

79. L'organismo incaricato dell'indagine deve essere investito del potere e dell'obbligo di ottenere ogni informazione

necessaria.⁶⁸ Le persone che conducono l'inchiesta devono disporre di tutte le risorse finanziarie e tecniche necessarie al buon esito del loro compito, ed essere abilitati a convocare e a testimoniare ogni individuo investito di una funzione ufficiale sospettato di essere implicato negli atti di tortura o altri maltrattamenti. Dovendosi estendere questo potere agli eventuali testimoni, essi devono essere abilitati anche a convocare questi ultimi, compresi i funzionari interessati, e ad esigere la produzione delle prove. Le vittime presunte di tortura o altri maltrattamenti, i testimoni, le persone incaricate delle inchieste e le loro famiglie devono essere protette contro ogni tipo di violenza, minaccia e altre forme di intimidazione alle quali essi potrebbero essere esposti a causa dell'indagine. Le persone sospettate di essere implicate in atti di tortura o altri maltrattamenti dovrebbero essere spostati da ogni posizione che possa permettere loro di esercitare, direttamente o indirettamente, un qualunque controllo o influenza sui denunciati, sui testimoni o i loro familiari, o sulle persone incaricate dell'indagine.

80. Le presunte vittime di tortura o altri maltrattamenti e i loro rappresentanti legali devono essere informati di, e aver accesso a tutte le testimonianze nonché ad ogni informazione relativa all'indagine. Essi devono essere abilitati anche ad allegare le proprie testimonianze al fascicolo.
81. Nel caso in cui la procedura d'indagine stabilita si dimostri inadeguata a causa di una mancanza di mezzi o di qualificazione, per foziosità o per errore, o per qualsiasi altro motivo, lo Stato proseguirà l'inchiesta attraverso una commissione indipendente o altra procedura simile. I membri di una tale commissione saranno scelti tra persone

⁶⁸ In alcuni casi, l'etica professionale impone di tutelare le informazioni confidenziali. Questo dovere deve essere rispettato.

note per la loro imparzialità, competenza e indipendenza. In particolare essi dovranno essere indipendenti da ogni altra istituzione, agenzia o persona coinvolta nell'inchiesta. La commissione deve essere investita del potere di ottenere tutte le informazioni necessarie e condurre l'indagine in conformità ai principi sopra enunciati.⁶⁹ Essa presenterà, in un tempo ragionevole, un rapporto scritto precisando il campo di applicazione dell'indagine, le procedure e i metodi impiegati per valutare le informazioni, nonché le conclusioni e raccomandazioni della commissione, formulate sulla base dei fatti contestati e del diritto applicabile. Questo rapporto deve anche descrivere dettagliatamente i fatti messi in evidenza dall'indagine nonché le prove, e fornire una lista dei testimoni, ad eccezione di quelli dei quali deve essere tenuta segreta l'identità per garantirne la sicurezza. Lo Stato interessato deve, in un tempo ragionevole, rispondere al rapporto dell'indagine e, se del caso, indicare le misure da adottare di conseguenza.

82. Gli esperti medici associati ad indagini relative ad atti di tortura e altri maltrattamenti devono comportarsi sempre in conformità ai principi deontologici più esigenti. In particolare, essi devono ottenere il pieno consenso dell'interessato prima di ogni esame. Ciò si deve svolgere nel rispetto delle norme stabilite, il che comporta, in particolare, che l'esame avvenga in privato sotto il controllo dell'esperto medico e in assenza di agenti di sicurezza o altri funzionari statali. L'esperto medico redigerà nel più breve tempo possibile un rapporto scritto dettagliato sull'esame, includendo i seguenti elementi:

- a) Circostanze del colloquio – nome del soggetto e nomi e titoli delle persone presenti all'esame; luogo,

⁶⁹ Vedi nota 68.

data e ora; natura e indirizzo della struttura (compresa, se opportuno, la stanza) dove si svolge l'esame (ad esempio, centro di detenzione, clinica, abitazione, ecc.); ogni elemento particolare delle circostanze che hanno regolato l'esame (ad esempio eventuali restrizioni imposte all'inizio o durante l'esame, presenza di rappresentanti delle forze dell'ordine durante l'esame, atteggiamento delle persone che accompagnano il detenuto, dichiarazioni di minaccia contro l'esaminatore, ecc.); ed ogni altro fattore pertinente;

- b) Contesto – resoconto dettagliato delle indicazioni fornite dal soggetto nel corso del colloquio, compresi la forma degli atti di tortura o altri maltrattamenti denunciati, il momento in cui tali atti sono stati inflitti e ogni informazione dei sintomi fisici e psicologici;
- c) Osservazioni fisiche e psicologiche – resoconto dettagliato delle osservazioni fisiche e psicologiche effettuate nel corso dell'esame medico, compresi i test diagnostici utilizzati e, se possibile, fotografie a colori di tutte le lesioni;
- d) Opinione professionale – interpretazione della possibile relazione tra le osservazioni fisiche e psicologiche ed eventuali torture o altri maltrattamenti; informazioni sui trattamenti medici e psicologici o degli esami complementari eventualmente raccomandati;
- e) Firma – il rapporto deve nominare chiaramente gli autori degli esami e deve essere firmato.

83. Il rapporto dovrebbe essere confidenziale e comunicato all'interessato o al rappresentante legale che questi ha

designato. Le opinioni dell'interessato e del suo rappresentante sul processo d'esame dovrebbero essere sollecitate e registrate nel rapporto. Il rapporto dovrebbe essere fornito in forma scritta all'autorità incaricata dell'inchiesta sulla denuncia di tortura o maltrattamenti. Compete allo Stato interessato controllare che il rapporto sia distribuito alle parti interessate. Il rapporto non dovrà essere comunicato ad altre persone, a meno che l'interessato dia il suo consenso o vi sia l'autorizzazione dell'autorità giudiziaria competente. (per maggiori dettagli relativi ai rapporti scritti sulle denunce di tortura, si rimanda al capitolo IV. I capitoli V e VI descrivono rispettivamente le procedure relative alle valutazioni fisiche e psicologiche)

C. Procedure di indagine sulla tortura

1. *Individuazione dell'organo investigativo competente*
84. Nei casi in cui si sospetta il coinvolgimento di funzionari nell'atto di tortura, inclusi possibili ordini di utilizzo della tortura da parte di ministri, assistenti ministeriali, funzionari che agiscono per conto dei ministri, funzionari superiori nei ministeri di Stato, capi militari o la tolleranza della tortura da parte di tali individui, un'indagine obiettiva ed imparziale può non essere possibile a meno che non sia istituita una speciale commissione d'inchiesta. Una commissione di inchiesta può anche essere necessaria nel momento in cui la competenza o l'imparzialità degli investigatori è messa in discussione.
85. Si riportano di seguito alcuni fattori che possono sostenere l'opinione che lo Stato sia coinvolto nella tortura o che vi siano circostanze particolari che richiedono la creazione di un organo di inchiesta imparziale ad hoc:

- (a) la vittima è stata vista in buona salute nel momento in cui si trovava in stato di fermo o in stato di detenzione;
- (b) il *modus operandi* è caratteristico di metodi di tortura incoraggiata dallo Stato;
- (c) rappresentanti dello Stato o persone associate con lo Stato hanno tentato di ostacolare o ritardare l'inchiesta;
- (d) il pubblico interesse sarebbe meglio servito da un'inchiesta indipendente;
- (e) l'inchiesta condotta da agenzie investigative ufficiali è in questione a causa di mancanza di competenza o di imparzialità o per altri motivi, inclusi l'importanza della questione, dubbi relativi all'onestà dell'indagine, denunce da parte della vittima.

86. Dovrebbero essere tenuti in considerazione vari fattori, quando uno Stato decide di istituire una commissione indipendente d'inchiesta. Innanzitutto, alle persone sotto inchiesta dovrebbe essere garantita la tutela giuridica minima prevista dal diritto internazionale in ogni fase dell'indagine. In secondo luogo, gli investigatori dovrebbero avere il sostegno di personale tecnico ed amministrativo adeguato, e l'accesso a consulenti legali obiettivi ed imparziali per assicurare che l'indagine produca prove ammissibili per i procedimenti penali. In terzo luogo, gli investigatori dovrebbero beneficiare di tutte le risorse e competenze di cui dispone lo Stato. Infine, gli investigatori dovrebbero avere la possibilità di ricorrere all'aiuto della comunità internazionale di esperti in diritto e medicina.

2. Colloqui con la presunta vittima e gli altri testimoni.

87. A causa della natura dei casi di tortura e dei traumi che essa comporta, in particolare un devastante sentimento di impotenza, è fondamentale dare prova di delicatezza nei confronti delle presunte vittime e degli eventuali testimoni. Lo Stato deve proteggere le presunte vittime, i testimoni e le loro famiglie contro ogni violenza, minaccia e altre forme di intimidazione alle quali potrebbero essere esposti a causa dell'inchiesta. E gli investigatori devono chiaramente informare i testimoni circa le conseguenze della loro partecipazione all'inchiesta e di ogni sviluppo della questione che li riguarda.

a) Libero consenso e altre tutele in favore delle presunte vittime.

88. Fin dall'inizio, la presunta vittima dovrebbe essere informata, nei limiti del possibile, circa la natura del procedimento, delle ragioni per le quali la sua testimonianza è sollecitata, e dell'uso che potrà esserne eventualmente fatto. Gli investigatori dovrebbero spiegare all'interessato quali elementi dell'inchiesta saranno resi pubblici e quali saranno tenuti riservati. La presunta vittima ha il diritto di rifiutare di cooperare a tutta o a parte dell'indagine. Dovrà essere compiuto ogni sforzo per venire incontro alle sue attese e disponibilità. La presunta vittima dovrebbe essere regolarmente informata circa lo stato di avanzamento dell'inchiesta. Essa dovrebbe essere tenuta al corrente di tutte le testimonianze raccolte nell'ambito della causa, circa l'eventuale arresto del presunto responsabile, nonché di tutti i servizi di assistenza a sua disposizione. Gli investigatori dovrebbero cooperare con le associazioni e i gruppi locali e nazionali impegnati nella lotta contro la tortura al fine di favorire gli scambi di informazioni e di esperienze in tale ambito.

b) *Scelta dell'investigatore*

89. Le autorità incaricate dell'inchiesta devono designare una persona che assumerà la responsabilità principale del colloquio con la presunta vittima. Se quest'ultima può aver bisogno di discutere del proprio caso con esperti di diritto o di medicina, l'equipe incaricata dell'inchiesta deve fare del suo meglio per evitare inutili ripetizioni della sua testimonianza. Nello scegliere l'investigatore responsabile, si terrà conto delle preferenze espresse dalla vittima relativamente al sesso dell'investigatore, alle sue origini culturali o alla sua attitudine a comunicare nella lingua dell'interessato. L'investigatore responsabile dovrebbe avere una formazione o un'esperienza di indagini connesse alla tortura e di lavoro con le vittime di traumi, compresa la tortura. Se l'investigatore designato non possiede formazione o esperienza in tali ambiti, egli dovrà informarsi il più approfonditamente possibile sulla tortura e le sue conseguenze fisiche e psicologiche prima di iniziare il colloquio con la vittima. Per fare ciò, egli potrà fare ricorso a diverse fonti, tra le quali il presente manuale, diverse pubblicazioni specializzate, corsi di formazione e conferenze professionali. L'investigatore dovrà anche avere la possibilità di accedere alla consulenza e all'assistenza di esperti internazionali per tutta la durata del procedimento.

c) *Contesto dell'inchiesta*

90. Gli investigatori dovrebbero studiare attentamente il contesto nel quale si inserisce il loro lavoro, adottare tutte le precauzioni d'uso e sovrintendere al rispetto delle garanzie applicabili. Se sono chiamati a interrogare delle persone detenute o che si trovano in ogni altra situazione che possa esporli ad eventuali rappresaglie, essi faranno in modo di

non metterle in pericolo. Nel caso in cui il fatto di parlare ad un investigatore rischia di mettere in pericolo qualcuno, potrebbero essere più opportuni dei colloqui di gruppo invece del colloquio individuale. Quando i colloqui si svolgono in privato, l'investigatore sceglierà un luogo in cui il testimone possa sentirsi a suo agio per parlare liberamente.

91. Le inchieste si inseriscono in contesti politici variabili, il che comporta notevoli differenze nel modo in cui conviene operare. Il quadro giuridico nel quale si inserisce l'inchiesta è ugualmente importante. Per esempio, se l'indagine è destinata a portare al processo del presunto colpevole, l'investigatore dovrà raccogliere elementi di prova molto più solidi rispetto a quelle miranti ad ottenere una richiesta di asilo politico in un paese terzo. In breve, l'investigatore deve adattare il proprio modo di procedere in funzione della situazione particolare e dello scopo della valutazione. Di seguito sono elencati alcuni esempi di contesti che possono influire sul *modus operandi*:

- i. la vittima presunta è detenuta nel proprio paese d'origine;
- ii. la vittima presunta è detenuta in un altro paese;
- iii. la vittima presunta è in libertà nel paese d'origine, ma in un ambiente ostile e oppressivo;
- iv. la vittima presunta è in libertà nel paese d'origine in un ambiente sicuro e pacifico;
- v. la vittima presunta si trova in un paese straniero, che può essere amico o ostile;
- vi. la vittima presunta si trova in un campo di rifugiati;

- vii. la vittima presunta deve comparire davanti ad un tribunale chiamato a giudicare sui crimini di guerra o davanti ad una commissione per stabilire i fatti.
92. Il contesto politico può essere ostile nei confronti della vittima e dell'investigatore quando si tratta, per esempio, di interrogare presone detenute dal proprio governo o da un governo straniero in attesa della loro espulsione. Quando si tratta di interrogare dei richiedenti asilo in un paese terzo al fine di stabilire la prova delle torture, delle considerazioni politiche possono comportare una reticenza delle autorità a riconoscere la fondatezza delle denunce. La possibilità di mettere in pericolo un detenuto è molto reale e deve essere presa in considerazione in ogni inchiesta. Anche quando le presunte vittime di tortura non sembrano minacciate nell'immediato, gli investigatori devono essere molto prudenti nei loro contatti con le vittime stesse. La lingua utilizzata dall'investigatore e il suo atteggiamento in generale hanno una considerevole influenza sulla capacità di comunicare della presunta vittima e sulla sua fiducia. L'investigatore dovrebbe anche scegliere un luogo possibilmente sicuro e confortevole – senza dimenticare di prevedere servizi igienici e punti di ristoro – e disporre di tempo sufficiente per il colloquio. Non bisogna aspettarsi di raccogliere una testimonianza completa già dal primo colloquio. Le questioni relative alla sfera privata possono essere sconvolgenti per la presunta vittima. L'investigatore dovrà dimostrare delicatezza nel tono, nella formulazione delle domande ed informare i testimoni del loro diritto ad interrompere il colloquio in ogni momento per fare una pausa, nonché di rifiutarsi di rispondere.
93. La presunta vittima, i testimoni e i membri dell'equipe d'inchiesta dovrebbero, nei limiti del possibile, poter

ricorrere ai servizi di psicologi e di giuristi specializzati nel lavoro con le vittime della tortura. Il fatto di evocare la tortura subita può dare alla vittima l'impressione di rivivere l'esperienza o comportare diversi altri traumi e sintomi post traumatici (vedi cap. VI, sez. H). Il fatto di ascoltare racconti di atti di tortura può provocare agli investigatori sintomi di trauma indotto, per cui essi devono essere ugualmente incoraggiati a discutere insieme delle loro reazioni, nel rispetto dei loro obblighi professionali alla riservatezza. Nei limiti del possibile, queste discussioni dovrebbero aver luogo in presenza di un facilitatore esperto. Tuttavia, esistono per l'investigatore due rischi particolari che devono essere presi molto seriamente: da una parte perdere la propria obiettività nei confronti del racconto, identificandosi con la presunta vittima; dall'altra, minimizzare l'esperienza vissuta dal testimone come conseguenza di un'abitudine ai racconti di tortura.

d) *Sicurezza dei testimoni*

94. Lo Stato deve proteggere le presunte vittime, i testimoni e le loro famiglie contro ogni violenza, minaccia e altre forme di intimidazioni alle quali potrebbero trovarsi esposti a causa dell'inchiesta. Le persone sospettate di essere implicate in atti di tortura o altri maltrattamenti dovrebbero essere allontanati da ogni posizione che permetta loro di esercitare, direttamente o indirettamente, un controllo o una qualsiasi influenza sui denunciati, sui testimoni o le loro famiglie, o sulle persone incaricate dell'inchiesta. Gli investigatori devono tener conto delle possibili conseguenze dell'inchiesta sulla sicurezza della presunta vittima di tortura e sugli altri testimoni.
95. Uno dei mezzi per offrire sicurezza alle persone interrogate, comprese le persone detenute in paesi in situazioni di

conflitto, consiste nel prendere nota dell'identità delle persone visitate, in modo da potersi assicurare che esse non abbiano subito pregiudizio in occasione di ulteriore visita. Gli investigatori devono essere autorizzati ad intrattenersi liberamente e in privato con tutte le persone che essi desiderano ascoltare, ed a ripetere le loro visite alle stesse persone (da qui la necessità di prendere nota della loro identità) se ce ne fosse bisogno. Poiché non tutti i paesi accettano queste condizioni, anche gli investigatori potranno trovare difficoltà ad ottenere queste autorizzazioni. Nel caso in cui i testimoni si esponano a rischi a causa della loro testimonianza, l'investigatore dovrebbe sforzarsi di raccogliere delle prove attraverso altri mezzi.

96. I detenuti sono più esposti delle persone libere, e le loro reazioni possono variare secondo le circostanze. A volte, essi si mettono essi stessi in pericolo parlando in maniera sconsiderata, perché si ritengono protetti dalla sola presenza di un investigatore "esterno" – ma ciò non può sempre essere vero. Altre volte, gli investigatori si scontrano con un vero e proprio "muro di silenzio", essendo i detenuti troppo terrorizzati per fare delle confidenze chiunque, anche se gli si propone un colloquio privato. In quest'ultimo caso, può essere necessario cominciare con colloqui di gruppo, al fine di poter spiegare chiaramente il campo d'applicazione e lo scopo dell'inchiesta, e poi proporre in un secondo momento colloqui privati per chi desidera testimoniare. In caso di timore grave di rappresaglie, giustificati o meno, può essere necessario interrogare tutti i detenuti di un dato luogo, al fine di evitare di attirare l'attenzione su tale o tal'altra persona. Quando un'inchiesta comporta seguiti giudiziari o altre forme di divulgazione pubblica dei fatti, l'investigatore dovrebbe raccomandare l'applicazione delle misure atte a garantire la sicurezza della presunta vittima. Tali misure potranno consistere, ad esempio, nel ritirare dai dossier

pubblici il nome della vittima nonché ogni altra informazione che permetta di identificarla, o di offrirgli la possibilità di testimoniare attraverso la videoconferenza impedendo l'identificazione della persona interrogata. Tali misure dovranno essere compatibili con i diritti dell'accusato.

e) *Uso di interpreti*

97. Nell'ambito di un'indagine relativa ad accuse di tortura, non è facile lavorare con un interprete, anche se questi è un professionista. Se non si hanno a disposizione interpreti che padroneggiano i diversi dialetti e lingue usati, occorre a volte decidere di rivolgersi a parenti o familiari delle vittime presunte. Ma questa soluzione non è affatto soddisfacente. Per la vittima presunta, può essere imbarazzante dover evocare la sua esperienza tramite conoscenti. L'ideale sarebbe che l'interprete facesse parte del team dell'indagine e che avesse familiarità con la questione della tortura (vedi capitolo IV, sez. I, e cap. VI, sez. C.2.).

f) *Informazioni da raccogliere presso la vittima presunta*

98. L'investigatore dovrebbe sforzarsi di raccogliere la maggiore quantità possibile delle informazioni seguenti attraverso la testimonianza della vittima presunta (vedi capitolo IV, sez. E):
- i. Circostanze che hanno condotto alla tortura, compresi l'arresto, il rapimento e l'internamento;
 - ii. Date ed orari approssimativi degli atti di tortura, compresi i casi più recenti. Può rivelarsi difficile stabilire con precisione questi elementi, a causa, in

particolare, della molteplicità dei luoghi e degli autori presunti. Si dovranno a volte raccogliere racconti separati per i diversi luoghi. Bisogna attendersi inesattezze, se non addirittura confusioni nella cronologia – il concetto del tempo è spesso difficile da gestire per le persone che sono state torturate. I controlli incrociati fra i diversi racconti relativi ai diversi luoghi potranno aiutare a farsi un'idea d'insieme più precisa. Spesso, le vittime ignorano dove sono state condotte, poiché avevano gli occhi bendati o erano semi-incoscienti. Riunendo testimonianze convergenti si potrà stabilire un "quadro" dei luoghi, dei metodi e perfino dei responsabili della tortura;

- iii. Descrizione dettagliata delle persone che hanno partecipato all'arresto, all'internamento ed alla tortura (il testimone conosceva l'una o l'altra di queste?) – abiti, cicatrici, voglie, tatuaggi, taglia e peso (il testimone potrà fornire queste ultime indicazioni riferendosi alla propria conformazione fisica), particolarità anatomiche, lingua e accento, comportamenti particolari (ebbrezza), ecc.;
- iv. Frasi pronunciate e domande poste al testimone – ciò potrà aiutare a collocare luoghi di detenzione segreti o sconosciuti;
- v. Descrizione della routine del luogo di detenzione e della natura dei maltrattamenti;
- vi. Descrizione degli atti di tortura, compresi i metodi usati. Poiché l'evocazione di tali fatti è spesso molto dura, gli inquirenti non devono aspettarsi una risposta esauriente fin dal primo colloquio. È importante raccogliere informazioni precise, ma le

domande legate e sevizie ed umiliazioni intime sono generalmente molto traumatiche;

- vii. Violenze di natura sessuale. Per la maggior parte delle persone, violenza sessuale è sinonimo di stupro o di sodomia. Gli investigatori devono essere consapevoli che le ingiurie a connotazione sessuale, la denudazione, i palpeggiamenti, i comportamenti lubrifici o umilianti, così come le scosse elettriche sui genitali, non sono generalmente assimilati a violenze sessuali. Ora, tutti questi atti violano l'intimità dell'individuo e devono pertanto essere considerati come tali. Molto spesso, le vittime di violenze sessuali mantengono il silenzio, se non addirittura negano di aver subito tali atti. In molti casi, è solo dopo due o tre visite che esse acconsentono a evocare queste forme, a condizione che l'inquirente dia prova di empatia e di sensibilità per la cultura e la personalità della vittima;
- viii. Lesioni fisiche subite in conseguenza della tortura;
- ix. Descrizioni delle armi ed altri strumenti usati;
- x. Identità dei testimoni degli atti di tortura. L'inquirente farà in modo di tutelare la sicurezza dei testimoni, eventualmente annotando la loro identità in forma codificata o conservando il loro nome separato dal processo verbale.

g) *Dichiarazione della vittima che dichiara di aver subito tortura*

- 99. L'inquirente dovrebbe registrare una dichiarazione dettagliata della vittima presunta e farla trascrivere. Questa dichiarazione dovrebbe basarsi sulle risposte fornite a

domande non tendenziose. Per domande non tendenziose bisogna intendere domande esenti da suggerimenti o da affermazioni e che permettono alla persona interrogata di fornire la testimonianza più completa e più attendibile possibile. Ad esempio, si chiederà al testimone “Cosa le è accaduto, e dove?” piuttosto che “Lei è stato torturato in carcere?”, poiché quest’ultima domanda suggerisce allo stesso tempo la natura dei fatti ed il luogo dove essi si sono svolti. Allo stesso modo, si eviterà di formulare domande a scelta, poiché ciò potrebbe portare il testimone a dare risposte inesatte per difetto. L’inquirente deve lasciare la possibilità alla persona interrogata di fare la sua presentazione dei fatti, aiutandola con domande destinate a precisare determinati punti. Dovrebbe incoraggiare l’interessato a fare appello a tutti i suoi sensi per descrivere ciò che gli è accaduto, chiedendogli cosa ha visto, ascoltato, sentito, e provato. È particolarmente importante nei casi in cui la vittima presunta portava una benda sugli occhi o si trovava nell’oscurità al momento dei fatti.

h) *Dichiarazione dell’autore presunto*

100. Per quanto possibile, gli inquirenti dovrebbero interrogare gli autori presunti degli atti di tortura. Essi forniranno loro tutte le tutele legali garantite dal diritto internazionale e nazionale.

3. *Ricerca e conservazione della prova materiale*

101. L’inquirente dovrebbe raccogliere quante più prove materiali possibile per appoggiare un’accusa o una presunzione di tortura. Uno degli aspetti più importanti di un’inchiesta approfondita ed imparziale sulla tortura sta nella raccolta ed analisi delle prove materiali. Gli inquirenti dovrebbero documentare accuratamente le modalità di prelevamento e

di conservazione delle prove materiali della tortura al fine del loro futuro utilizzo nell'ambito della procedura, compresi eventuali procedimenti giudiziari. La maggior parte degli atti di tortura sono commessi in luoghi in cui le vittime sono sottoposte ad una forma di detenzione. È generalmente molto difficile, se non addirittura impossibile, accedervi liberamente, tanto meno conservarvi eventuali prove materiali. Gli inquirenti dovrebbero essere abilitati dallo Stato ad ottenere il libero accesso ad ogni luogo di detenzione ed a porre sotto sorveglianza i luoghi in cui si ritiene che si siano verificati gli atti della presunta tortura. Tutte le persone che hanno competenza per indagare dovrebbero congiungere i loro sforzi per esaminare tutti i luoghi in questione. Esse dovrebbero avere accesso senza restrizioni a tutti i luoghi in cui si ritiene siano stati commessi gli atti di presunta tortura, sia che si tratti di edifici, di automezzi, di uffici, di celle di detenzione o di qualunque altro luogo.

102. L'accesso ad ogni edificio o altro luogo oggetto di indagine dovrebbe essere riservato agli inquirenti ed ai loro collaboratori al fine di evitare la scomparsa o la distruzione di prove materiali. Queste ultime devono essere raccolte, maneggiate, impacchettate ed etichettate con la più grande cura e messe in sicurezza in maniera tale da prevenire ogni rischio di alterazione, di scomparsa, volontaria o involontaria. Si raccoglieranno, rileveranno e tratteranno con la stessa cura eventuali campioni di fluidi corporei (sangue o sperma, ad esempio), impronte digitali, capelli, fibre e fili se gli atti di tortura presunti sono abbastanza recenti perché tali elementi di prova siano utilizzabili. Ogni oggetto suscettibile di essere stato usato per infliggere la tortura, che sia concepito o meno a tale fine, sarà altresì raccolto e debitamente conservato. Si effettuerà un disegno in scala dei luoghi in cui si ritiene che gli atti di tortura siano stati

compiuti, facendovi figurare tutti i dettagli pertinenti – piani, stanze, porte di accesso, finestre, mobilio, terreno circostante, ecc. – e si faranno fotografie a colori di questi stessi elementi. Si registrerà l'identità di tutte le persone presenti sui luoghi, ed anche le loro coordinate complete (indirizzo, numero di telefono ed ogni altra informazione utile). Se possibile e nella misura in cui gli eventi presunti sono abbastanza recenti da giustificarlo, si faranno testare da un laboratorio alcuni campioni di abiti della vittima presunta, al fine di scoprirvi eventuali tracce di fluidi corporei ed altre prove materiali. Si interrogheranno tutte le persone presenti sui luoghi oggetto dell'indagine al fine di stabilire se siano state testimoni degli atti della presunta tortura. Tutti i fascicoli, note manoscritte e altri documenti trovati sul posto saranno raccolti per costituire prove materiali e di analisi grafologica.

4. *Prova medica*

103. L'inquirente dovrebbe far effettuare un esame medico della vittima presunta. A tale proposito, il fattore tempo è particolarmente importante. Una visita medica dovrebbe essere effettuata qualunque sia il lasso di tempo trascorso dalla tortura, ma, se questa si ritiene che sia avvenuta nelle ultime sei settimane, dovrebbe essere effettuata prima possibile, prima che si attenuino le tracce più evidenti. L'esame dovrebbe comportare una valutazione degli eventuali bisogni del soggetto in materia di cure per ferite e malattie, di sostegno psicologico, di consiglio e di essere seguito (vedi capitolo V per una descrizione della procedura di esame). Anche una valutazione psicologica della vittima presunta è indispensabile. Essa può avere luogo nell'ambito dell'esame fisico o separatamente (vedi capitolo VI per una descrizione della valutazione psicologica).

104. Per stabilire l'esistenza di prove fisiche e psicologiche di atti di tortura, è importante considerare le sei domande seguenti:
- a. Le osservazioni fisiche e psicologiche sono coerenti con gli atti di tortura denunciati?
 - b. Quali sono le osservazioni cliniche costitutive del quadro clinico?
 - c. Le osservazioni psicologiche attese e le reazioni tipiche di uno stress acuto trovano il loro posto nell'ambiente culturale e sociale del soggetto?
 - d. Dato che i disturbi mentali associati ad un trauma evolvono col tempo, qual è la cronologia dei fatti? In quale stadio si trova il paziente in questa evoluzione?
 - e. Quali altri fattori traumatici colpiscono il soggetto (ad esempio, persecuzione, sradicamento forzato, esilio, perdita della famiglia e dello status sociale)? Qual è il loro impatto sulla vittima?
 - f. Il quadro clinico suggerisce una falsa denuncia di tortura?

5. *Fotografie*

105. L'inquirente dovrebbe fare o far fare delle foto delle lesioni delle persone che denunciano atti di tortura, dei luoghi (interno ed esterno) in cui si ritiene che questi siano stati compiuti, ed anche di ogni prova materiale eventualmente reperita su questi stessi luoghi. Un metro a nastro o altro elemento di riferimento sarà inserito nell'inquadratura al fine di indicare la scala della fotografia. Le fotografie devono essere prese al più presto, anche per mezzo di un apparecchio rudimentale, poiché certe tracce materiali si affievoliscono rapidamente o possono essere deliberatamente alterate o fatte sparire. Le fotografie a sviluppo istantaneo tendono a cancellarsi col tempo. Se vi si

è fatto ricorso in mancanza di meglio in un primo tempo, si raccomanda di usare non appena possibile apparecchi che permettono la conservazione delle immagini. Di preferenza, si utilizzeranno apparecchi a 35 mm dotati di un dispositivo di datazione automatica. Le modalità di conservazione delle pellicole, negativi e prove devono essere accuratamente documentate.

D. Commissione di inchiesta

1. Definizione del campo di applicazione dell'inchiesta

106. Gli Stati e le organizzazioni che creano commissioni di inchiesta devono definire il campo di applicazione dell'inchiesta dotando la suddetta commissione di un mandato ben preciso. Definire il mandato della commissione può aumentare enormemente il successo di essa conferendo legittimità agli atti, sostenendo i membri della commissione nel raggiungimento del consenso sulla finalità dell'inchiesta e fornendo una misura per mezzo della quale il rapporto finale della commissione può essere giudicato. Le raccomandazioni per definire il mandato sono le seguenti:
- a. Il mandato deve essere formulato in maniera neutra, in modo tale da non suggerire un esito predeterminato. Per essere neutrale, il mandato non deve limitare le competenze della commissione, anche là dove le indagini di essa potrebbero mettere in luce responsabilità dello Stato per la tortura;
 - b. Esso dovrebbe stabilire con precisione quali eventi e quali punti devono essere indagati ed affrontati dalla commissione nel suo rapporto finale;
 - c. Deve offrire flessibilità nel campo di applicazione dell'indagine, per fare in modo che un'inchiesta accurata da parte della commissione non sia ostacolata da un

mandato eccessivamente ampio o eccessivamente restrittivo. La flessibilità necessaria può essere raggiunta ad esempio, permettendo alla commissione di emendare il proprio mandato secondo le necessità. È importante, tuttavia, che la commissione tenga informato il pubblico in merito ad ogni modifica del proprio mandato.

2. *Il potere della commissione*

107. I “principi” enunciati espongono in maniera generale i poteri della commissione. Occorre in particolare che la commissione abbia quanto segue:
- a. L'autorità per ottenere tutte le informazioni necessarie all'inchiesta, compresa l'autorità per obbligare a testimoniare, pena una sanzione, per ordinare la produzione di documenti, compresi cartelle mediche e documenti dello Stato, e di proteggere i testimoni, le famiglie della vittima ed altre fonti;
 - b. L'autorità di pubblicare il rapporto;
 - c. L'autorità di svolgere visite sul posto, anche nei luoghi dove si sospetta che la tortura sia avvenuta;
 - d. L'autorità di raccogliere prove presso testimoni e organizzazioni situati al di fuori del paese.

3. *Criteri di selezione dei membri*

108. I membri della commissione devono essere scelti per la loro imparzialità, la loro competenza ed indipendenza riconosciute, come individui, nel modo seguente:
- a. Imparzialità. I membri della commissione non devono avere legami stretti con alcun individuo, ente statale, partito politico o altra organizzazione potenzialmente coinvolta nei fatti oggetto dell'inchiesta. Non devono

essere collegati troppo strettamente ad organizzazioni o gruppi di cui la vittima sia membro, poiché ciò può danneggiare la credibilità della commissione. Ciò, tuttavia, non deve essere una ragione per esclusioni generalizzate dalla commissione, ad esempio, di membri di grandi organizzazioni delle quali anche la vittima è membro o di persone associate ad organizzazioni che si dedicano al trattamento ed alla riabilitazione delle vittime della tortura;

- b. Competenza. I membri della commissione devono essere in grado di valutare e soppesare la prova e di esercitare un giudizio equilibrato. Se possibile, la commissione di inchiesta deve comprendere individui esperti di legge, medicina ed altri specializzati settori appropriati:
- c. Indipendenza. I membri della commissione devono avere una reputazione di onestà ed equità nella società in cui vivono.

109. L'obiettività dell'indagine ed i risultati della commissione possono, fra l'altro, dipendere dal fatto se essa è composta da tre o più membri piuttosto che da uno o due. Un singolo commissario in generale non deve svolgere indagini sulla tortura. Un commissario singolo, isolato, sarà generalmente limitato nell'ampiezza dell'indagine che può condurre da solo. Inoltre, un singolo commissario dovrà prendere decisioni importanti e controverse senza dibattito e sarà particolarmente vulnerabile alla pressione dello Stato e di altri fattori esterni.

4. *Il personale della commissione*

110. Le commissioni d'inchiesta devono avvalersi di consulenze di esperti imparziali. Laddove la commissione stia indagando su presunti maltrattamenti in cui lo Stato è

coinvolto, sarebbe opportuno nominare consulenti al di fuori del Ministero della Giustizia. Il consigliere capo della commissione deve essere libero dall'influenza politica, sia che si tratti di pubblico ministero o di avvocato indipendente. Spesso per l'indagine saranno necessari degli esperti. Devono essere a disposizione della commissione degli esperti in campi quali patologia, medicina legale, psichiatria, psicologia, ginecologia e pediatria. Per svolgere un'indagine completamente imparziale ed accurata, la commissione avrà quasi sempre bisogno dei suoi investigatori per seguire gli indizi e sviluppare le prove. La credibilità di un'inchiesta sarà aumentata significativamente nella misura in cui i commissari possono fidarsi dei loro investigatori.

5. *Protezione dei testimoni*

111. Lo Stato deve proteggere i querelanti, i testimoni, coloro che svolgono le indagini e le loro famiglie dalla violenza o da qualunque altra forma di intimidazione (vedi sezione C.2.d. sopra). Se la commissione ritiene che vi sia un ragionevole timore di persecuzione, molestie o danno a qualche testimone o potenziale testimone, essa può ritenere opportuno ascoltarlo a porte chiuse, mantenerne riservata l'identità, usare solo la prova che non rischierà di individuare i testimoni o adottare ogni altra misura adeguata.

6. *Procedure*

112. Dai principi generali di procedura penale deriva che le udienze devono svolgersi in pubblico, a meno che non siano necessarie udienze a porte chiuse per tutelare la sicurezza di testimoni. Le procedure a porte chiuse devono essere registrate e la registrazione sigillata e non pubblicata deve

essere tenuta in un luogo noto. Sporadicamente, può essere richiesta una segretezza totale per incoraggiare la testimonianza, e la commissione può voler ascoltare un testimone privatamente, informalmente o senza registrarne la testimonianza.

7. *Notizia d'inchiesta*

113. Deve essere data ampia notizia dell'istituzione della commissione e dell'argomento dell'inchiesta. La notizia deve essere accompagnata da un invito a presentare informazioni pertinenti e dichiarazioni scritte alla commissione ed istruzioni alle persone che desiderano testimoniare spontaneamente. L'informazione può essere diffusa per mezzo di quotidiani, riviste, radio, televisione, volantini ed affissioni.

8. *Raccolta di prove*

114. Le commissioni di inchiesta devono avere il potere di obbligare a testimoniare ed a produrre documenti, oltre all'autorità di obbligare a testimoniare i funzionari coinvolti in accuse di presunte torture. In pratica, tale autorità dovrebbe comprendere il potere di infliggere ammende o condanne se i funzionari del governo o altri individui rifiutano di conformarsi. Le commissioni di inchiesta devono invitare le persone a testimoniare o a presentare dichiarazioni scritte come primo passo nella raccolta di prove. Le dichiarazioni scritte possono divenire una fonte importante di prova se gli autori di esse hanno paura di testimoniare, non possono spostarsi per le audizioni o sono indisponibili per qualunque altro motivo. Le commissioni d'inchiesta devono prendere in considerazione altre procedure che possono fornire informazioni pertinenti.

9. *Diritti delle parti*

115. Coloro che sostengono di essere stati torturati ed i loro rappresentanti legali devono essere informati di ogni udienza ed avere accesso ad esse ed a tutte le informazioni relative alle indagini e devono avere il diritto di presentare ulteriori prove. Tale enfasi sul ruolo dei sopravvissuti come parte del procedimento riflette il ruolo particolarmente importante che i loro interessi svolgono nella conduzione delle indagini. L'ente investigativo deve poter emettere mandati per testimoniare, anche per i funzionari accusati di presunte torture, e poter richiedere la presentazione di prove. A tutti questi testimoni deve essere consentita un'assistenza legale se è probabile che siano danneggiati dall'inchiesta, ad esempio quando la loro testimonianza li potrebbe esporre ad accuse penali o di responsabilità civile. I testimoni non possono essere obbligati a testimoniare contro se stessi. La commissione deve avere l'opportunità di porre domande in modo efficace. Alle parti nell'indagine deve essere consentito di presentare risposte scritte alla commissione.

10. *Valutazione delle prove*

116. La commissione deve valutare tutte le informazioni e le prove che riceve per determinarne l'affidabilità e l'esattezza. La commissione deve valutare le testimonianze orali prendendo in considerazione il contegno e la credibilità complessiva del testimone. La commissione deve essere attenta alle questioni sociali, culturali e di rapporto fra i sessi che influiscono sul modo di comportarsi. L'avvaloramento della prova da diverse fonti aumenterà il valore probativo di tale prova e l'affidabilità della prova per sentito dire. L'affidabilità della prova per sentito dire deve essere considerata attentamente prima che la commissione la accetti

come fatto. Anche la testimonianza non verificata con un interrogatorio con contraddittorio deve essere considerata con cautela. Una testimonianza rilasciata a porte chiuse conservata in una registrazione chiusa o non registrata affatto spesso non è sottoposta ad un interrogatorio con contraddittorio, e pertanto, le può essere dato minor peso.

11. *Rapporto della commissione*

117. La commissione deve rendere pubblico un rapporto entro un periodo di tempo ragionevole. Inoltre, quando la commissione non è unanime, nelle sue conclusioni, i commissari in minoranza devono depositare un'opinione dissenziente. Il rapporto della commissione d'inchiesta deve anche contenere, almeno, le seguenti informazioni:
- a. Il campo di applicazione dell'inchiesta ed il mandato della commissione;
 - b. Le procedure ed i metodi di valutazione delle prove;
 - c. Un elenco completo di tutti i testimoni, indicante età e sesso, che hanno testimoniato, tranne che di coloro le cui identità non sono rivelate per motivi di tutela o che hanno testimoniato a porte chiuse, ed i reperti accolti come prove;
 - d. Il tempo ed il luogo di ogni seduta (questo può essere un allegato al rapporto);
 - e. Il contesto generale dell'inchiesta, quali le condizioni economiche politiche e sociali pertinenti;
 - f. Gli eventi specifici che sono accaduti e le prove sulle quali tali constatazioni si basano;
 - g. Il quadro normativo su cui si è basata la commissione;
 - h. Le conclusioni della commissione basate sulla legge applicabile e sulle conclusioni in merito ai fatti;

- i. Le raccomandazioni formulate sulla base delle conclusioni della commissione.
118. Lo Stato deve replicare pubblicamente al rapporto della commissione e, se opportuno, deve indicare quali passi intende compiere in reazione al rapporto.

Capitolo IV

CONSIDERAZIONI GENERALI PER I COLLOQUI

119. Quando si svolge un colloquio con una vittima presunta della tortura, vi sono alcune questioni e fattori pratici che devono essere presi in considerazione. Queste considerazioni si applicano a tutte le persone che svolgono colloqui, siano essi avvocati, medici, psicologi, psichiatri, osservatori per i diritti umani o membri di altre categorie professionali. Il presente capitolo assume questa “base comune” e tenta di inserirla in contesti che si possono incontrare quando si indaga sulla tortura e si hanno colloqui con vittime di tortura.

A. Scopo dell’inchiesta, dell’esame e della documentazione

120. Lo scopo generale dell’indagine è stabilire i fatti relativi a presunti episodi di tortura (vedi capitolo III sez. D). Valutazioni mediche possono essere utili prove in contesti giuridici quando si tratta di:

- a. Individuare gli autori della tortura e portarli in giudizio;
- b. Sostenere richieste di asilo politico;
- c. Stabilire le condizioni in cui possono essere state ottenute, da parte di funzionari statali, false confessioni;
- d. Stabilire prassi regionali di tortura. Le valutazioni mediche possono essere usate anche per individuare le necessità terapeutiche dei sopravvissuti e come testimonianza nelle indagini sui diritti umani.

121. Lo scopo della testimonianza scritta o orale del medico è fornire un’opinione specialistica sulla misura in cui i

riscontri medici corroborano le accuse di abusi da parte del paziente e comunicare con efficacia i riscontri e le interpretazioni del medico alla magistratura o ad altre autorità. Inoltre, la testimonianza medica spesso serve ad istruire la magistratura, altri funzionari del governo e la comunità locale ed internazionale sulle conseguenze fisiche e psicologiche della tortura. L'esaminatore deve essere pronto a fare quanto segue:

- a. Costatare possibili ferite ed abusi, anche in assenza di specifiche denunce da parte del soggetto, di operatori delle forze dell'ordine o di personale giudiziario;
- b. Documentare la prova fisica e psicologica di ferite o maltrattamenti;
- c. Mettere in relazione il grado di coerenza tra i riscontri della visita e le denunce specifiche di abuso da parte del paziente;
- d. Mettere in relazione il grado di coerenza tra i risultati della visita individuale e le conoscenze relative ai metodi di tortura usati in una particolare regione ed i loro effetti collaterali comuni;
- e. Presentare un'interpretazione professionale delle conclusioni della visita medico-legale e fornire un'opinione professionale riguardo eventuali cause di abuso in udienze per la concessione di asilo, in processi penali e in procedure civili;
- f. Usare le informazioni ottenute in modo adeguato per incrementare la documentazione di inchiesta sulla tortura.

B. Garanzie procedurali nei confronti dei detenuti

122. La valutazione medico legale dei detenuti deve essere svolta in risposta a richieste scritte ufficiali da parte di pubblici

ministeri o altre autorità competenti. Le richieste di visite mediche da parte di membri delle forze dell'ordine devono essere considerate non valide a meno che esse non vengano richieste da ordini scritti di un pubblico ministero. Tuttavia, gli stessi detenuti, i loro avvocati o i loro familiari hanno il diritto di richiedere una visita medica di valutazione per cercare le prove di tortura o maltrattamenti. Il detenuto deve essere portato alla visita medica da funzionari diversi da soldati o poliziotti poiché il maltrattamento o la tortura potrebbero essere avvenuti durante la custodia da parte di tali operatori e, perciò, ciò porrebbe una pressione coercitiva inaccettabile sul detenuto o sul medico per non documentare efficacemente la tortura o il maltrattamento. Gli operatori che controllano il trasporto del detenuto devono essere responsabili nei confronti del pubblico ministero e non di altri membri delle forze dell'ordine. L'avvocato del detenuto deve essere presente durante la richiesta di visita e nel trasporto successivo alla visita del detenuto. I detenuti hanno il diritto di ottenere una visita medica ulteriore o alternativa da parte di un medico qualificato durante e dopo il periodo di detenzione.

123. Ogni detenuto deve essere visitato in privato. Non devono mai essere presenti nella stanza della visita né poliziotti né altri membri delle forze dell'ordine. Tale salvaguardia di procedura può essere preclusa solo quando, secondo il medico che visita, vi è prova convincente che il detenuto metta a grave rischio la sicurezza del personale sanitario. In tali circostanze, è il personale di sicurezza della struttura sanitaria, e non la polizia né altri membri delle forze dell'ordine, che deve assistere alla visita. In questi casi, tale personale di sicurezza deve rimanere ancora fuori della portata di voce del paziente (cioè mantenere solo un contatto visivo). La visita medica dei detenuti si deve svolgere in un luogo che il medico ritiene più idoneo. In certi casi, può

essere meglio insistere su visite fatte in strutture mediche ufficiali, piuttosto che in locali degli istituti penitenziari. In altri casi, i detenuti possono preferire di essere visitati nella sicurezza relativa delle loro celle, se pensano che la struttura sanitaria possa essere sotto sorveglianza, ad esempio. Il luogo migliore sarà determinato da molti fattori, ma in tutti i casi, gli inquirenti devono fare in modo che i detenuti non siano costretti ad accettare un luogo in cui non si sentono a loro agio.

124. La presenza di poliziotti, soldati, sorveglianti o altri membri delle forze dell'ordine nella stanza per le visite, per qualunque ragione, deve essere annotata nel rapporto medico ufficiale del sanitario. La presenza di poliziotti, soldati, sorveglianti o altri membri delle forze dell'ordine durante la visita può costituire fondamento per respingere un rapporto medico negativo. Nel rapporto devono essere indicati l'identità e le qualifiche di altre persone presenti nella stanza delle visite durante la visita medica. Le valutazioni medico-legali dei detenuti devono comprendere l'uso di un formulario standard per il rapporto medico (vedi allegato IV per le linee guida che possono essere usate per sviluppare formulari per rapporti medici).
125. La valutazione completa originale deve essere trasmessa direttamente alla persona che richiede il rapporto, generalmente il pubblico ministero. Quando un detenuto o un avvocato che agisce per conto di questi richiede un rapporto medico, tale rapporto deve essere fornito. Copie di tutti i rapporti medici devono essere conservate dal medico esaminatore. Un'associazione medica nazionale o una commissione d'inchiesta può decidere di verificare i rapporti medici per assicurarsi che siano state rispettate opportune salvaguardie procedurali e che si sia aderito a standard documentali, in particolare da parte dei medici dipendenti

dallo Stato. Ad una tale organizzazione devono essere inviati i rapporti, purché siano state affrontate le questioni relative all'indipendenza ed alla riservatezza. In nessun caso devono essere inviate copie del rapporto ad operatori delle forze dell'ordine. È obbligatorio che un detenuto sia sottoposto a visita medica al momento dell'ingresso in istituto e ad una visita e valutazione al momento della liberazione.⁷⁰ Dovrebbe inoltre disporre dei servizi di un avvocato al momento della visita. Una presenza esterna durante la visita può essere impossibile nella maggior parte delle situazioni carcerarie. In tali casi, si deve prevedere che i medici penitenziari che lavorano con i detenuti rispettino l'etica medica, e che essi siano in grado di svolgere i loro doveri professionali indipendentemente da qualsiasi influenza di terzi. Se la visita medico legale conferma le accuse di tortura, il detenuto non deve essere riportato nel luogo di detenzione, ma piuttosto deve comparire davanti al procuratore o al giudice perché decidano sul suo caso.⁷¹

C. Visite ufficiali a luoghi di detenzione

126. Le visite dei detenuti non devono essere considerate con leggerezza. Esse possono essere notoriamente difficili da svolgere in modo obiettivo e professionale, in particolare in paesi dove la tortura è ancora correntemente praticata. Singole visite straordinarie, senza un follow-up per assicurare l'incolumità delle persone ascoltate dopo la visita, possono essere pericolose. In alcuni casi, una sola visita, senza nessuna ripetizione, può essere peggiore di nessuna visita. Investigatori bene intenzionati possono cadere nella trappola di visitare un carcere o una stazione di polizia

⁷⁰ Vedi le Regole Minime Standard delle Nazioni Unite per il Trattamento dei Detenuti (capitolo I.B)

⁷¹ Anonimo, "Health care for prisoners: implications of Kalk's refusal", *Lancet*, 1991 (337: 647-648)

senza sapere esattamente cosa stanno facendo. Possono ottenerne un quadro incompleto o falso della realtà. Possono inavvertitamente mettere in pericolo i detenuti che potrebbero non visitare più. Possono fornire un alibi agli autori delle torture, che possono usare il fatto che persone esterne hanno visitato il carcere e non hanno visto nulla di scorretto.

127. Le visite dovrebbero essere affidate ad investigatori che sanno svolgerle e assicurarne il follow-up in maniera professionale e che possiedono garanzie procedurali rodute per il loro lavoro. Il concetto secondo cui alcune prove sono meglio di nessuna prova non vale quando si lavora con detenuti che possono essere messi in pericolo fornendo una testimonianza. Le visite a centri di detenzione da parte di rappresentanti benintenzionati di organizzazioni ufficiali non governative possono essere difficili, e, ancor peggio, possono essere controproducenti. Nel caso in questione, si deve fare una distinzione tra una visita in buona fede necessaria per l'inchiesta, che non è da discutere, ed una visita non essenziale che va oltre quella, la quale, se viene compiuta da persone non specialiste può provocare più danno che benefici in un paese che pratica la tortura. Alle commissioni indipendenti costituite da giuristi e medici deve essere assicurato accesso periodico per visite a luoghi di detenzione e carceri.
128. I colloqui con le persone che sono ancora reclusi, ed eventualmente ancora nelle mani degli autori delle torture saranno ovviamente molto diverse dalle visite svolte nella riservatezza e nella sicurezza di una struttura medica esterna e sicura. L'importanza di ottenere la fiducia della persona in tali situazioni non sarà mai sottolineata abbastanza. Tuttavia, è persino più importante non tradire, pur se involontariamente, tale fiducia. Devono essere prese tutte le

precauzioni necessarie perché i detenuti non si mettano in pericolo. Ai detenuti che sono stati torturati si deve chiedere se la loro testimonianza può essere usata ed in quale modo. Essi possono avere troppa paura per permettere di usare il loro nome, ad esempio per timore di rappresaglie. Gli investigatori, i medici e gli interpreti devono essere vincolati a rispettare ciò che è stato promesso al detenuto.

129. Un serio dilemma può sorgere se, ad esempio, è evidente che un gran numero di detenuti è stato torturato in un dato luogo, ma tutti rifiutano di permettere agli investigatori di usare le loro storie per la paura di rappresaglie. Di fronte all'alternativa fra tradire la fiducia dei detenuti nello sforzo di fermare le torture, e rispettare la fiducia ed andarsene senza dire nulla, sarà necessario trovare una via d'uscita utile da tale dilemma. Quando ci si trova di fronte a numerosi detenuti con evidenti segni nei loro corpi di frustate, percosse, lacerazioni causate da bastonature, ecc. ma che rifiutano tutti di far citare i loro casi per timore di rappresaglie, è utile organizzare una "ispezione sanitaria" dell'intera sezione, in piena vista, nel cortile. In tal modo, il medico investigatore che compie la visita, camminando tra le file ed osservando direttamente i segni di tortura molto evidenti sulle schiene dei detenuti può fare un rapporto su ciò che ha visto e non dovrà dire che i detenuti denunciano torture. Questo primo passo acquista la fiducia dei detenuti per future visite di follow-up.

130. Chiaramente, altre forme più subdole di tortura, psicologica o sessuale, ad esempio, non possono essere affrontate allo stesso modo. In tali casi, può essere necessario per gli investigatori astenersi da commenti per una o più visite fino a che le circostanze consentono ai detenuti o li incoraggiano ad avere meno paura e ad autorizzare l'uso delle loro storie. Il medico e l'interprete devono fornire i propri nomi e

spiegare qual è il loro ruolo nella realizzazione della valutazione. La documentazione di prove mediche di tortura richiede una specifica conoscenza da parte di medici qualificati. La conoscenza della tortura e delle conseguenze fisiche e psicologiche di essa può essere ottenuta tramite pubblicazioni, corsi di formazione, conferenze professionali ed esperienza. Inoltre, la conoscenza delle pratiche regionali di tortura e maltrattamento è importante poiché questa informazione può avvalorare il racconto di torture o maltrattamenti di un singolo individuo. Occorre acquisire esperienza nel colloquio e nel visitare i soggetti per rilevare prove fisiche e psicologiche di tortura e per documentare tali risultati, sotto la supervisione di medici esperti.

131. Coloro che sono ancora detenuti possono a volte avere troppa fiducia in situazioni in cui invece il loro interlocutore non può garantire che non vi saranno rappresaglie, se non è stata negoziata e pienamente accettata dalle autorità una visita ulteriore, o se l'identità della persona non è stata registrata per assicurare il follow-up, ad esempio. Deve essere presa ogni precauzione per essere certi che i detenuti non pongano se stessi a rischio senza necessità, confidando ingenuamente che una persona dal di fuori possa proteggerli.
132. L'ideale sarebbe che, allorché si visitano persone ancora detenute, gli interpreti siano esterni e non assunti a livello locale, principalmente per evitare che essi o le loro famiglie siano posti sotto pressione da autorità curiose di sapere quali informazioni sono state date agli investigatori. La questione può essere più complessa quando i detenuti appartengono ad un gruppo etnico diverso da quello dei carcerieri. L'interprete locale dovrebbe appartenere allo stesso gruppo etnico dei detenuti, in modo tale da guadagnarne la fiducia, ma allo stesso tempo, in modo tale da avere la sfiducia delle

autorità e da esporsi al tentativo di queste di intimidirlo? Inoltre, l'interprete potrebbe essere riluttante a lavorare in un ambiente ostile, che lo pone potenzialmente a rischio. Oppure si dovrebbe prendere un interprete appartenente allo stesso gruppo etnico dei carcerieri, guadagnandone così la fiducia, ma perdendo quella del detenuto, mentre l'interprete continuerebbe ad essere comunque vulnerabile alle intimidazioni dell'autorità? Ovviamente – ed in teoria – la risposta non è nessuna delle due ipotesi suddette. Gli interpreti devono essere degli esterni, ed essere considerati da tutti tanto indipendenti quanto gli investigatori.

133. Una persona sentita alle 20 alla sera merita altrettanta attenzione che una sentita alle 8 del mattino. Gli investigatori devono fare in modo di avere abbastanza tempo e di non avere un sovraccarico di lavoro. Non è giusto che alla persona sentita alle 20 (che oltretutto ha dovuto attendere tutto il giorno per raccontare la sua storia) si faccia tagliare corto a causa del tempo. Allo stesso modo, l'ennesima storia di falanga (flagellazione delle piante dei piedi, *N.d.T.*) merita tanta attenzione quanto la prima. I detenuti che non vedono spesso estranei possono non avere mai avuto la possibilità di parlare delle torture subite. È un errore presumere che i detenuti parlino continuamente tra loro delle torture. I detenuti che non hanno nulla di nuovo da offrire agli investigatori meritano tanto tempo quanto gli altri detenuti.

D. Tecniche per porre domande

134. Devono essere rispettate diverse regole basilari (vedi Capitolo III, sez.C.2.g). Le informazioni sono senz'altro importanti, ma lo è ancor di più la persona interrogata, ed ascoltare è più importante che fare domande. Se fate solo domande, otterrete soltanto risposte. Per il detenuto, può

essere più importante parlare della sua famiglia che della tortura. Ciò deve essere considerato attentamente, e dovrebbe essere dedicato del tempo a discussioni su questioni personali. La tortura, in particolare la tortura sessuale, è un argomento molto intimo e può non emergere prima di una seconda visita o persino più tardi. Le persone non devono essere costrette a parlare di nessuna forma di tortura se ciò le fa sentire a disagio.

E. Documentazione del contesto

1. Storia psico-sociale e situazione precedente all'arresto

135. Se una presunta vittima di tortura non è più detenuta, l'esaminatore deve interessarsi della sua vita quotidiana, dei suoi rapporti con familiari ed amici, del suo lavoro o attività scolastica, delle occupazioni, degli interessi, dei progetti per il futuro e dell'eventuale abuso di alcol o di sostanze stupefacenti. Si devono anche acquisire informazioni sulla storia psicosociale della persona dopo la liberazione. Quando un individuo è ancora detenuto, è sufficiente una storia psicosociale più limitata riguardante il lavoro e gli studi. Indagate sui farmaci prescritti che il paziente assume; ciò è particolarmente importante poiché tali medicine possono essere negate a persone detenute, con significative conseguenze negative per la salute. Indagini sulle attività politiche, sui credi e sulle opinioni sono rilevanti nella misura in cui possono aiutare a spiegare perché una persona è stata detenuta o torturata, ma tali inchieste sono svolte meglio indirettamente, chiedendo alla persona quali accuse le sono mosse o perché pensa di essere stata incarcerata e torturata.

2. *Riassunto della detenzione e degli abusi*

136. Prima di ottenere un resoconto dettagliato degli eventi, ottenete un riassunto delle informazioni, con date, luoghi, durata della reclusione, frequenza e durata delle sessioni di tortura. Un riassunto aiuterà a fare un uso efficace del tempo a disposizione. In alcuni casi in cui i sopravvissuti sono stati torturati più volte, essi possono essere in grado di ricordare cosa è accaduto loro, ma spesso non riescono a ricordare esattamente dove e quando l'evento è accaduto. In tali circostanze, può essere opportuno ricostruire la storia per mezzo dei metodi di abuso piuttosto che come una serie di eventi durante una detenzione specifica. Allo stesso modo, nel raccogliere una storia può spesso essere utile avere quanti più documenti su "cosa è accaduto e quando". I luoghi di detenzione sono gestiti da diverse forze di sicurezza, polizia o forze armate, e cosa è accaduto in diversi luoghi può essere utile per un quadro completo del sistema di tortura. Ottenere una mappa di dove è accaduta la tortura può essere utile nel mettere insieme le storie di diverse persone. Ciò si dimostra spesso molto utile per l'intera indagine.

3. *Circostanze dell'arresto*

137. Esempi di domande: Che ora era? Dove era? Cosa stava facendo? Chi era presente? Descriva l'aspetto di coloro che l'hanno arrestata. Erano militari o civili, in uniforme o in abiti borghesi? Che tipo di armi portavano? Cosa fu detto? Ci sono stati testimoni? Era un arresto formale, una detenzione amministrativa o un rapimento? È stata usata violenza, sono state formulate minacce? C'è stata qualche interazione con i familiari? Annotate l'uso di mezzi di contenzione, di bende sugli occhi, i mezzi di trasporto, la destinazione ed i nomi dei funzionari, se noti.

4. *Luogo e condizioni di detenzione*

138. Determinate le condizioni di detenzione in merito alla descrizione ed alla possibilità di ottenere cibo e bevande, accesso ai gabinetti, l'illuminazione, la temperatura e l'aerazione. Inoltre, documentate ogni contatto con la famiglia, con avvocati o operatori sanitari, le condizioni di sovraffollamento o di isolamento, le dimensioni del luogo di detenzione e se vi sono altre persone che possono confermare la detenzione. Ponete le seguenti domande: cosa è accaduto inizialmente? Dove è stato condotto? C'è stata una procedura di identificazione (immatricolazione, impronte digitali, fotografie)? Le è stato chiesto di firmare qualcosa? Descriva le condizioni della cella o della stanza (annoti le dimensioni, altri presenti, luce, ventilazione, temperatura, presenza di insetti, roditori, corredo del letto, accesso al cibo, a bevande e ai gabinetti). Cosa ha sentito, visto o quali odori ha percepito? Ha avuto contatti con persone esterne o accesso ad un servizio medico? Quale era la disposizione fisica del luogo in cui è stato detenuto?

5. *Metodi di tortura e di maltrattamenti*

139. Quando si raccolgono informazioni sul contesto di torture e maltrattamenti, occorre essere cauti nel suggerire a quali forme di abuso una persona può essere stata sottoposta. Ciò può essere di aiuto nel separare potenziali abbellimenti dalle esperienze valide. Tuttavia, suscitare risposte negative a domande riguardanti varie forme di tortura può aiutare anche a stabilire la credibilità della persona. Le domande devono essere poste per suscitare un resoconto narrativo coerente. Considerate le domande seguenti. Dove ha avuto luogo l'abuso, quando e per quanto tempo? Era bendato/a? prima di discutere sulle forme dell'abuso, annotate chi era

presente (date nomi e qualifiche). Descriva la stanza o il luogo. Quali oggetti può osservare? Se possibile, descriva ogni strumento di tortura in dettaglio; per la tortura elettrica, la corrente, lo strumento, il numero e la forma degli elettrodi. Fate domande sugli abiti, se sono stati svestiti o se gli indumenti sono stati cambiati. Annotate le citazioni di ciò che fu detto durante l'interrogatorio, gli insulti all'identità del soggetto, ecc. Cosa dicevano tra loro i torturatori?

140. Per ogni forma di abuso annotate: posizione del corpo, legacci, natura del contatto, compresa la durata, la frequenza, la collocazione anatomica e la zona del corpo colpita. Vi è stata perdita di sangue, trauma cranico o perdita di conoscenza? La perdita di conoscenza fu dovuta a trauma cranico, asfissia o dolore? Si dovrebbero fare domande anche su come si sentiva la persona al termine della "sessione". Poteva camminare? Doveva essere aiutata o sostenuta nel tornare alla cella? È riuscito/a ad alzarsi il giorno successivo? Per quanto tempo sono rimasti gonfi i piedi? Tutto ciò conferisce una certa completezza alla descrizione, che invece non risulta da una semplice "lista di spunta" dei metodi. La storia deve comprendere la data della tortura posizionale, quante volte e per quanti giorni la tortura è durata, il periodo di ogni episodio (lo stile della sospensione (al rovescio/lineare, sotto spesse coperte o legato direttamente da una corda, ponendo pesi sulle gambe o tirato in basso) o posizione. In casi di tortura con sospensione, chiedete quale tipo di materiale è stato usato (corda, cavi e stoffa lasciano segni diversi, se ne lasciano, sulla pelle dopo la sospensione). L'esaminatore deve ricordare che le dichiarazioni sulla durata della sessione di tortura da parte della vittima sono soggettive e possono non essere corrette, poiché la perdita di orientamento spazio-temporale durante la tortura è un elemento che si riscontra generalmente. La persona è stata aggredita sessualmente in qualche modo? Fate ricordare ciò

che è stato detto durante la tortura. Ad esempio, durante la tortura con scariche elettriche ai genitali i torturatori spesso dicono alla vittima che egli/ella non potrà più avere una normale funzione sessuale o qualcosa di simile. Per una discussione dettagliata, della valutazione di una presunta tortura sessuale, compreso lo stupro, vedi il Capitolo V, sez.D.8.

F. Valutazione del contesto

141. I sopravvissuti alla tortura possono avere difficoltà a raccontare i dettagli specifici della tortura, per una serie di importanti motivi, fra cui:
- a. Fattori durante la tortura stessa, quali l'essere stati bendati, drogati, aver perso conoscenza, ecc.;
 - b. Timore di mettere a repentaglio se stessi o altri;
 - c. Mancanza di fiducia nel medico esaminante o nell'interprete;
 - d. L'impatto psicologico della tortura e dei traumi, quali un'elevata eccitazione emotiva e disturbi della memoria a causa di malattie mentali derivate dalla tortura, come la depressione e la sindrome da stress post-traumatico;
 - e. Danneggiamento neuropsichiatrico della memoria derivante da percosse alla testa, soffocamento, quasi annegamento o privazione di cibo;
 - f. Meccanismi di protezione, quali negazione ed evitamento;
 - g. Sanzioni prescritte culturalmente che fanno in modo che esperienze traumatiche siano rivelate solo in ambienti di elevata fiducia⁷².

⁷² R.F. Mollica e Y. Caspi-Yavin, "Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms", *Torture and Its Consequences, Current Treatment*

142. Le incoerenze nel racconto di una persona possono insorgere da ognuno di questi fattori. Se possibile, l'inquirente deve chiedere ulteriori chiarimenti. Quando ciò non è possibile, l'inquirente deve cercare altre prove che sostengano o che smentiscano la storia. Una rete di indizi coerenti a sostegno può confortare e chiarire il racconto di una persona. Sebbene l'individuo possa non essere in grado di fornire i dettagli desiderati dall'inquirente, quali le date, gli orari, la frequenza o le esatte identità degli autori della tortura, i temi generali degli eventi traumatici e della tortura emergeranno e resteranno nel tempo validi per la finalità dell'indagine.

G. Rassegna dei metodi di tortura

143. Dopo aver raccolto un resoconto dettagliato degli eventi, è opportuno passare in rassegna altri possibili metodi di tortura. È fondamentale imparare quali sono le pratiche regionali di tortura e modificare di conseguenza le linee guida locali. Fare domande sulle specifiche forme di tortura è utile quando:
- a. Sintomi psicologici oscurano le ricostruzioni;
 - b. I traumi sono stati associati a menomazione delle capacità sensoriali;
 - c. È possibile un danno biologico al cervello;
 - d. Quando vi sono fattori limitanti legati all'educazione ed alla cultura.
144. La distinzione tra metodi fisici e psicologici è artificiale. Ad esempio, la tortura sessuale generalmente provoca sintomi sia fisici che psicologici, anche se non vi è stata aggressione

Approaches, a cura di M. Başoğlu (Cambridge, Cambridge University Press, 1992: 38-55)

fisica. Il seguente elenco di metodi di tortura è proposto per mostrare alcune delle categorie dei possibili abusi. Non è concepito per essere usato dagli investigatori come lista di controllo o come modello per elencare i metodi di tortura in un rapporto. Un approccio ad elenco può essere controproducente, poiché l'intero quadro clinico prodotto dalla tortura è molto di più della semplice somma delle lesioni prodotte dai metodi riportati in una lista. Infatti, l'esperienza ha dimostrato che, quando si pongono di fronte ad un tale approccio a "pacchetto" alla tortura, gli autori di essa si concentrano su un metodo e chiedono se esso possa essere considerato una forma di tortura. I metodi di tortura da prendere in considerazione comprendono, ma non si limitano a:

- a. Trauma contundente, quali pugni, calci, schiaffi, frustate, percosse con cavi metallici o manganelli o gettare la vittima a terra;
- b. Tortura posizionale, usando sospensione, stiramento degli arti, restrizione prolungata dei movimenti, posizionamento forzato;
- c. Bruciature con sigarette, strumenti arroventati, liquidi ustionanti o sostanze caustiche;
- d. Scosse elettriche;
- e. Asfissia, con metodi asciutti o con acqua, annegamento, soffocamento, strozzamento o uso di sostanze chimiche;
- f. Ferite da schiacciamento, quali schiacciamento delle dita delle mani o uso di un rullo pesante per schiacciare le cosce o la schiena;
- g. Ferite da penetrazione, come ferite da coltello e da arma da fuoco, fili di metallo sotto le unghie;
- h. Esposizioni ad agenti chimici, sale, peperoncino, benzina, ecc. (in ferite o cavità corporali).

- i. Violenza sessuale – colpi ai genitali, molestie, uso di strumenti, stupro;
- j. Ferite da schiacciamento o rimozione traumatica di arti o dita;
- k. Amputazione chirurgica di dita o arti, rimozione chirurgica di organi;
- l. Tortura farmacologia usando dosi tossiche di sedativi, neurolettici, paralizzanti, ecc.;
- m. Condizioni di detenzione quali celle piccole o sovraffollate, isolamento cellulare, condizioni non igieniche, mancanza di accesso ai servizi igienici, cibo o acqua insufficiente o infetto, esposizione a temperature estreme, negazione del diritto alla riservatezza e nudità forzata;
- n. Privazione della normale stimolazione sensoriale, quali suono, luce, senso del tempo, isolamento, manipolazione della illuminazione della cella, abusi in relazione alle necessità fisiologiche, limitazione del sonno, del cibo, dell'acqua, dell'accesso ai servizi sanitari ed ai bagni, delle attività motorie, delle cure mediche, di contatti sociali, isolamento all'interno del carcere, perdita di contatto col mondo esterno (le vittime spesso sono tenute in isolamento per evitare che creino legami e che si riconoscano reciprocamente e per favorire legami nevrotici con il torturatore);
- o. umiliazioni quali abusi verbali, compimento di atti umilianti;
- p. minacce di morte, di danni ai familiari, di ulteriore tortura, di detenzione, simulazione di esecuzioni;
- q. minacce di attacchi da parte di animali, quali cani, gatti, ratti o scorpioni;

- r. tecniche psicologiche per distruggere la personalità della vittima, come ad esempio costringerla al tradimento, metterla di fronte alla propria impotenza, esporla a situazioni ambigue o a messaggi contraddittori;
- s. violazione di tabù;
- t. costrizioni comportamentali, quali costringere ad impegnarsi in pratiche contrarie alla religione del soggetto (ad es. costringere un Musulmano a mangiare carne di maiale), costringere a recare danni ad altri per mezzo di tortura o altri abusi, costrizione a distruggere proprietà, costrizione a tradire qualcuno, esponendone a rischio l'incolumità;
- u. costrizione ad assistere a tortura o atrocità inflitte ad altri.

H. Rischio di ripetizione del trauma per la persona esaminata

- 145. Tenendo conto del fatto che le lesioni di diversi tipi e gradi possono verificarsi secondo i metodi di tortura praticati, i dati acquisiti a seguito di ampie anamnesi e visita medica devono essere confrontati incrociandoli con adeguate analisi radiologiche e di laboratorio. È molto importante fornire informazioni e spiegazioni per ogni processo da applicare durante la visita medica ed assicurare una dettagliata conoscenza sui metodi di laboratorio (vedi capitolo VI, sez.B.2.(a)).
- 146. La presenza di postumi psicologici nei sopravvissuti alla tortura, in particolare le varie manifestazioni di disturbo da stress post-traumatico, possono fare in modo che il sopravvissuto alla tortura riviva la sua esperienza di tortura durante il colloquio, la visita medica o gli esami di laboratorio. Spiegare al sopravvissuto alla tortura cosa deve attendersi prima della visita è una componente importante

del processo. Coloro che sopravvivono alla tortura e rimangono nel loro paese possono sperimentare una grande paura e sospetto di essere arrestati di nuovo, e spesso sono costretti a darsi alla vita clandestina per sfuggire ad un nuovo arresto. Coloro che sono stati esiliati o sono rifugiati possono aver lasciato dietro di sé la loro lingua madre, la loro cultura, la famiglia, gli amici, il lavoro e tutto ciò che era loro familiare.

147. Le reazioni personali del sopravvissuto alla tortura nei confronti dell'interlocutore (e dell'interprete, nei casi in cui ne viene usato uno) possono avere un'influenza notevole sull'andamento del colloquio e, quindi, sull'esito dell'indagine. Allo stesso modo, anche le reazioni personali dell'inquirente nei riguardi della persona possono avere influenza sull'andamento del colloquio e l'esito dell'indagine. È importante esaminare gli ostacoli ad una comunicazione efficace ed alla comprensione che queste reazioni personali possono porre per un'indagine. L'inquirente deve mantenere una costante analisi del processo dei colloqui e delle indagini attraverso consultazioni e discussioni con colleghi che abbiano familiarità con il settore della valutazione psicologica e del trattamento dei sopravvissuti alla tortura. Questo tipo di supervisione tra pari può essere un mezzo efficace di monitoraggio dei colloqui e del procedimento dell'indagine per rilevare pregiudizi ed ostacoli ad una comunicazione efficace e per ottenere informazioni accurate (vedi capitolo VI, sez. C.2).
148. Nonostante tutte le precauzioni, gli esami fisici e psichici possono, per la loro stessa natura, ritraumatizzare il paziente e provocare o inasprire sintomi di stress post-traumatico suscitando effetti e ricordi dolorosi (vedi capitolo VI, sez.B.2.). Le domande sull'angoscia psicologica e,

specialmente, sulle questioni sessuali sono considerate tabù in molte società, ed il fatto di porre tali domande è considerato irriverente o un insulto. Se la tortura sessuale è stata parte delle violazioni avvenute, il soggetto può sentirsi irrimediabilmente stigmatizzato e corrotto nella sua integrità morale, religiosa, sociale o psicologica. L'espressione da parte dell'inquirente della rispettosa consapevolezza di queste condizioni, così come la chiarificazione della riservatezza e dei limiti di essa, sono, pertanto, di fondamentale importanza per un colloquio ben condotto. Una valutazione soggettiva deve essere fatta dal valutatore in questo senso: fino a che punto far pressione per ottenere dettagli è necessario per l'efficacia del rapporto da presentare in tribunale, specialmente se il soggetto dimostra evidenti segni di ansia nel corso del colloquio.

I. Uso di interpreti

149. Per molti scopi, è necessario avvalersi di un interprete per permettere all'inquirente di comprendere cosa viene detto. Sebbene i due interlocutori possano condividere un minimo di lingua comune, l'informazione che si ricerca è spesso troppo importante per rischiare gli errori che possono derivare da una comprensione incompleta l'uno dell'altro. Gli interpreti devono essere consapevoli che quanto ascoltano e interpretano nei colloqui è strettamente riservato. Sono gli interpreti che raccolgono tutte le informazioni, di prima mano e senza censure. Ai soggetti deve essere data assicurazione che né l'inquirente né l'interprete faranno cattivo uso delle informazioni, in alcun modo (vedi capitolo VI, sez.C.2.).

150. Quando l'interprete non è un professionista, vi è sempre il rischio che l'inquirente perda il controllo del colloquio. I soggetti possono farsi trascinare a parlare con la persona che

parla la loro lingua, ed il colloquio può deviare dalla questione in discussione. Vi è anche il rischio che un interprete con un pregiudizio possa guidare l'intervistato o distorcerne in qualche modo le risposte. Una perdita di informazioni, a volte importante, a volte meno, è inevitabile quando si lavora per mezzo dell'interpretariato. In casi estremi, può persino essere necessario per gli inquirenti astenersi dal prendere appunti durante i colloqui e condurre i colloqui stessi in numerose brevi sessioni, in modo tale da avere il tempo per trascrivere, tra una sessione e l'altra, i punti principali di ciò che è stato detto.

151. Gli inquirenti devono ricordare di parlare alla persona e di mantenere con essa il contatto visivo, anche se questa ha una tendenza naturale a parlare con l'interprete. È utile usare la seconda persona quando si parla attraverso l'interprete, ad esempio "cosa hai fatto poi?" piuttosto che la terza persona "chiedi cosa è accaduto poi". Troppo spesso gli inquirenti scrivono appunti mentre l'interprete traduce la domanda o mentre l'interlocutore sta rispondendo ad essa. Alcuni inquirenti sembrano non stare ascoltando, poiché il colloquio si svolge in una lingua che non comprendono. Ma ciò non dovrebbe accadere, poiché è essenziale che l'inquirente presti attenzione non solo alle parole pronunciate, ma anche al linguaggio del corpo, alla mimica facciale, al tono della voce ed ai gesti dell'interlocutore, se deve tracciare un quadro completo. Gli inquirenti devono acquisire familiarità con i termini lessicali legati alla tortura della lingua dell'interlocutore, per dimostrare che sanno di cosa si sta parlando. Reagire, piuttosto che mostrare un volto inespressivo, quando sente un termine relativo alla tortura quale *submarino* o *darmashakra* porterà vantaggio alla credibilità dell'inquirente.

152. Quando si visitano persone detenute, la cosa migliore è non portare mai un interprete locale se vi è una possibilità che questi sia considerato indegno di fiducia dalle persone sentite. Può anche essere ingiusto nei confronti degli interpreti locali, i quali possono essere “interrogati” dalle pubbliche autorità del luogo dopo una visita, o posti altrimenti sotto pressione. La cosa migliore è usare interpreti indipendenti, chiaramente provenienti da altrove. La cosa migliore più vicina al parlare correntemente la lingua locale è lavorare con un interprete preparato ed intelligente, che sia sensibile alla questione della tortura ed alla cultura locale. Di regole, i compagni di detenzione non devono essere usati come interpreti, a meno che non sia evidente che l'intervistato ha scelto qualcuno di cui si fida. Nel caso di persone che non sono detenute, si applicheranno molte di queste stesse regole, ma può essere più facile portare qualcuno dall'esterno (una persona del luogo), cosa non facile nelle visite in carcere.

J. Questioni relative al sesso

153. Idealmente, un team inquirente deve comprendere specialisti di entrambi i sessi, e permettere quindi alle persone che dicono di essere state torturate di scegliere il sesso dell'inquirente e, se necessario, dell'interprete. Ciò è particolarmente importante quando una donna è stata detenuta in una situazione in cui è noto che è avvenuto uno stupro, anche se, sino a quel momento, la donna non lo ha denunciato. Anche se non ha avuto luogo un'aggressione sessuale, la maggior parte delle torture ha aspetti sessuali (vedi capitolo V, sez.D.8). Spesso aggraverà la ritraumatizzazione il fatto di dover descrivere nuovamente cosa è accaduto ad una persona che fisicamente le ricorda i suoi torturatori, che inevitabilmente saranno stati tutti – o quasi – uomini. In alcune culture, è impossibile per un

inquirente uomo porre domande ad una vittima donna, e ciò deve essere rispettato. Tuttavia, nella maggior parte delle culture, se vi è solo un medico uomo disponibile, molte donne preferiranno parlare con lui piuttosto che con una donna che fa un mestiere diverso, al fine di ottenere l'informazione e la consulenza medica che desiderano. In tal caso, è essenziale che l'interprete, se usato, sia una donna. Alcune persone intervistate possono anche preferire che l'interprete venga dal di fuori della loro località di residenza, sia per il fatto che le viene rammentata la sua tortura, sia perché potrebbe percepire una minaccia alla riservatezza (vedi capitolo IV, sez. I.). Se non è necessario nessun interprete, allora un membro femminile del team inquirente deve essere presente come "accompagnatrice" almeno per tutta la visita medica e, se la paziente lo desidera, per tutta la durata del colloquio.

154. Quando la vittima è un uomo che ha subito anche abuso sessuale, la situazione è più complessa poiché anch'egli ha quasi certamente subito abuso principalmente da uomini. Alcuni uomini preferiranno, perciò, descrivere le loro esperienze a donne, poiché il loro timore degli altri uomini è così grande, mentre altri potrebbero non volere discutere tali questioni di fronte ad una donna.

K. Indicazioni per il rinvio ad altri servizi

155. Laddove possibile, le visite per documentare la tortura per ragioni medico-legali devono essere associate alla valutazione di altre necessità, come il rinvio ad altri specialisti medici, psicologi, psicoterapeuti o quanti possano offrire consulenza sociale e servizi di sostegno. Gli inquirenti dovrebbero conoscere i servizi locali di riabilitazione e sostegno. Il medico non deve esitare ad insistere su qualunque consulenza ed esame che ritenga necessario in

una valutazione medica. Mentre si documentano prove mediche della tortura e di maltrattamenti, i medici non sono assolti dai loro doveri etici. Coloro che sembrano aver bisogno di ulteriore cura medica o psicologica devono essere orientati verso servizi adeguati.

L. Interpretazione dei risultati e conclusioni

156. Le manifestazioni fisiche della tortura possono variare secondo l'intensità, la frequenza e la durata dell'abuso, la capacità del sopravvissuto alla tortura di proteggersi e le sue condizioni fisiche prima della tortura. Alcune forme di tortura possono non lasciare tracce fisiche, ma alcuni sintomi possono esservi associati a posteriori. Ad esempio, le percosse sul capo che hanno comportato perdita di conoscenza possono provocare epilessia post-traumatica o disfunzione organica del cervello. Inoltre, una dieta povera ed una scarsa igiene nella detenzione possono causare sindromi da carenza di vitamine.
157. Alcune forme di tortura sono strettamente associate a particolari postumi. Ad esempio, le percosse sul capo che hanno comportato perdita di conoscenza sono particolarmente importanti per la diagnosi clinica di disfunzioni organiche cerebrali. I traumi agli organi genitali sono spesso associati a conseguenti disfunzioni sessuali.
158. È importante comprendere che i torturatori possono tentare di nascondere i loro atti. Per evitare di lasciare prove fisiche di percosse, la tortura viene spesso praticata con ampi oggetti contundenti e le vittime della tortura sono spesso coperte da un tappeto o da scarpe, nel caso della falanga, per distribuire la forza dei singoli colpi. L'allungamento, le ferite da schiacciamento e l'asfissia sono anch'esse forme di tortura che hanno l'intento di produrre il massimo dolore e

sofferenza lasciando una minima prova. Per la stessa ragione, possono essere usati panni bagnati associati con le scariche elettriche.

159. Il rapporto deve elencare i titoli e l'esperienza degli inquirenti. Laddove possibile, deve essere fornito il nome del testimone o del paziente. Se ciò espone la persona ad un rischio significativo, si può usare un identificativo che consenta al team investigativo di associare la persona al fascicolo, ma che non permetta a nessun altro di identificare l'individuo. Il rapporto deve indicare chi era nella stanza al momento del colloquio, o in una parte di esso. Deve esporre in dettaglio la storia in oggetto e, se opportuno, i risultati, evitando ogni "sentito dire". Deve essere firmato, datato e deve comprendere ogni dichiarazione necessaria richiesta dalla autorità giudiziaria per la quale è scritto (vedi allegato IV).

CAPITOLO V

PROVE FISICHE DI TORTURA

160. Le dichiarazioni dei testimoni e dei sopravvissuti sono componenti necessarie per la documentazione della tortura. Quando esiste una prova fisica della tortura, essa costituisce un'importante conferma delle suddette dichiarazioni. Tuttavia, l'assenza di una prova siffatta non deve essere interpretata per sostenere che la tortura non sia avvenuta, poiché tali atti di violenza contro le persone frequentemente non lasciano segni o cicatrici permanenti.
161. Una visita medica a scopo legale deve essere svolta con obiettività ed imparzialità. La valutazione deve basarsi sulla perizia clinica e sull'esperienza professionale del medico. L'obbligo etico di "fare il bene" richiede un'accuratezza ed un'imparzialità intransigenti per creare e mantenere una credibilità professionale. Quando è possibile, i medici che svolgono valutazioni sui detenuti devono aver ricevuto una formazione specifica in documentazione forense di tortura ed altre forme di abuso fisico o psicologico. Devono essere a conoscenza delle condizioni di vita nelle carceri e dei metodi di tortura usati nella particolare regione in cui è stato recluso il paziente, ed anche degli effetti più comuni della tortura stessa. Il rapporto medico deve essere limitato ai fatti e le parole in esso contenute accuratamente scelte. Si deve evitare il gergo. Tutti i termini medici devono essere definiti in maniera tale da essere comprensibili per le persone che non appartengono all'ambiente sanitario. Il medico non deve presumere che il funzionario che ha richiesto la valutazione medico-legale abbia narrato tutti i fatti materiali. È responsabilità del medico scoprire e riferire su qualsiasi riscontro materiale che egli consideri pertinente, anche se tali

riscontri potrebbero essere irrilevanti o contrari alla parte che richiede la visita medica. Riscontri che siano coerenti con tortura o altre forme di maltrattamento non devono essere esclusi da un rapporto medico-legale in nessuna circostanza.

A. Struttura del colloquio

162. Questi commenti si applicano specialmente a colloqui condotti con persone che non sono più in carcere. Il colloquio e la visita devono svolgersi in un luogo quanto più sicuro e comodo possibile. Deve essere previsto tempo sufficiente per svolgere una visita ed un colloquio approfonditi. Un colloquio della durata da due a quattro ore può essere insufficiente per valutare gli elementi di prova fisica o psicologica di tortura. Inoltre, in qualsiasi momento di una visita, le variabili specifiche della situazione, quali le dinamiche del colloquio, i sentimenti di impotenza di fronte al fatto che la propria intimità viene violata, il timore di future persecuzioni, la vergogna per gli eventi ed il senso di colpa del sopravvissuto possono ricreare le circostanze di un'esperienza di tortura. Ciò può aumentare l'ansia del paziente e la sua resistenza a rilevare ulteriori informazioni. Potrebbe essere necessario prevedere un secondo, ed anche un terzo colloquio per completare la valutazione.
163. La fiducia è una componente essenziale per ottenere un resoconto accurato dell'abuso. Guadagnare la fiducia di qualcuno che ha sperimentato la tortura o altre forme di abuso richiede un ascolto attivo, una comunicazione meticolosa, cortesia ed empatia ed onestà autentiche. I medici devono avere la capacità di creare un clima di fiducia in cui può avvenire la rivelazione di fatti cruciali, sebbene molto dolorosi o molto disonorevoli. È importante essere consapevoli che questi fatti a volte sono segreti intimi che la persona può rivelare in quel momento per la prima volta.

Oltre ad offrire un ambiente confortevole, un tempo opportuno per il colloquio, ristoro e possibilità di andare alla toilette, i medici devono spiegare cosa si deve attendere il paziente dalla visita. Il medico deve porre attenzione al tono, alle frasi che usa ed alla successione delle domande (le domande sensibili devono essere poste solo dopo che si è instaurato un certo rapporto) e deve riconoscere al paziente la possibilità di prendere una pausa o di non rispondere a qualche domanda.

164. I medici e gli interpreti hanno il dovere di mantenere la riservatezza delle informazioni e di rivelare le informazioni solo col consenso del paziente (vedi capitolo III sez. C.). Ogni persona deve essere visitata individualmente nel rispetto della sua privacy. Egli/ella deve essere informato/a di qualunque limitazione alla riservatezza dell'accertamento che può essere imposta dallo stato o dalle autorità giudiziarie. Occorre che lo scopo del colloquio sia ben chiarito alla persona. I medici devono fare in modo che il consenso informato sia basato su un'adeguata rivelazione e comprensione dei benefici potenziali e sulle conseguenze negative di un accertamento medico, e devono accertarsi che il consenso sia dato volontariamente senza costrizione da parte di altri, in particolare da parte di forze dell'ordine o autorità giudiziarie. La persona ha il diritto di rifiutare la visita. In tali circostanze, il medico deve documentare la ragione del rifiuto della visita. Inoltre, se la persona è detenuta, il rapporto deve essere firmato dal suo avvocato e da un altro ufficiale sanitario.
165. I pazienti possono temere che l'informazione rivelata nel contesto di un accertamento non sia tenuta al sicuro dai tentativi di persecuzione del governo. Timore e sfiducia possono essere particolarmente forti in casi in cui hanno partecipato alla tortura medici o altri operatori sanitari. In

molte circostanze, il valutatore sarà un membro della cultura ed etnia di maggioranza, mentre il paziente, nella situazione del colloquio, è probabile che appartenga ad un gruppo o ad una cultura di minoranza. Questa dinamica di disuguaglianza può rafforzare lo squilibrio percepito e reale di potere e può aumentare il potenziale senso di paura, sfiducia e la sottomissione forzata nel paziente.

166. L'empatia ed il contatto umano possono essere la cosa più importante che la persona ancora detenuta riceve dall'inquirente. L'indagine stessa può non portare alcun beneficio specifico alla persona che viene sentita, poiché in molti casi la sua tortura sarà finita. La magra consolazione di sapere che l'informazione potrà essere utile in futuro sarà tuttavia estremamente rafforzata se l'inquirente mostrerà un'empatia adeguata. Sebbene ciò possa sembrare assolutamente evidente, troppo spesso gli inquirenti durante le visite sono così preoccupati di ottenere informazioni che mancano di empatizzare con il detenuto con cui hanno il colloquio.

B. Storia Medica

167. Ottenete una storia medica completa, comprese le informazioni su precedenti problemi medici, chirurgici o psichiatrici. Fate in modo di documentare ogni racconto di ferite precedenti al periodo di reclusione ed ogni possibile postumo. Evitate domande allusive. Strutturate le inchieste per sollecitare un resoconto libero e cronologico degli avvenimenti sperimentati durante la detenzione.
168. Specifiche informazioni storiche possono essere utili per correlare le prassi regionali di tortura alle accuse di presunti abusi. Esempi di informazioni utili comprendono le descrizioni di strumenti di tortura, delle posizioni del corpo,

dei metodi di costrizione, descrizioni di ferite e invalidità acute o croniche ed informazioni che individuino gli autori o i luoghi di detenzione. Se, da un lato, è essenziale ottenere accurate informazioni in merito all'esperienza di un sopravvissuto alla tortura, d'altro lato i metodi di intervista aperta richiedono che il paziente riveli le sue esperienze con parole sue, usando la libertà del ricordo. Una persona che è sopravvissuta alla tortura può avere problemi ad esprimere a parole le sue esperienze ed i suoi sintomi. In alcuni casi, può essere utile usare una lista di controllo o un questionario sui traumi ed i sintomi. Se l'intervistatore ritiene che possa essere utile usare una lista di controllo o un questionario sui traumi ed i sintomi, ne esistono di molti tipi; tuttavia, nessuno è specifico per le vittime di tortura. Tutte le accuse di un sopravvissuto alla tortura sono significative. Sebbene possa non esservi correlazione con i riscontri fisici, esse devono essere riferite. Sintomi e invalidità acuti e cronici associati a forme specifiche di abuso ed i successivi processi di guarigione devono essere anch'essi documentati.

1. *Sintomi acuti*

169. Al soggetto si deve chiedere di descrivere ogni lesione o disturbo che può essere derivato dai metodi specifici dell'abuso denunciato. Ad esempio: emorragie, contusioni, tumefazioni, ferite aperte, lacerazioni, fratture, slogature, stress delle articolazioni, emottisi, pneumotorace, perforazione del timpano, lesioni del sistema genito-urinario, bruciature (colore, vescica o necrosi secondo il grado dell'ustione), lesioni da scariche elettriche (dimensione e numero delle lesioni e caratteristiche della superficie), lesioni da tortura con mezzi chimici (colore, segni di necrosi), dolore, insensibilità, costipazione e vomito. Intensità, frequenza e durata di ogni sintomo devono essere annotate. Lo sviluppo di ogni conseguente lesione della pelle

deve essere descritto, indicando se abbia lasciato o meno cicatrici. Ponete domande a proposito della salute al momento della liberazione; era in grado di camminare? Era costretto a letto? Se sì, per quanto tempo lo è stato? Quanto tempo è stato necessario perché guarissero le ferite? Erano infette? Che cure ha ricevuto? Da parte di un medico o di un guaritore tradizionale? Non dimenticate che la capacità del detenuto di fare tali osservazioni può essere stata compromessa dalla tortura stessa o dai postumi di essa; se è così, ciò deve essere documentato.

2. *Sintomi cronici*

170. Chiedete al paziente di indicare i disturbi che egli ritiene siano associati alla tortura o ai maltrattamenti. Annotate la gravità, la frequenza e la durata di ogni sintomo ed ogni invalidità associata o necessità di cura medica o psicologica. Anche se i postumi di lesioni acute non si osservano mesi o anni dopo, alcuni riscontri fisici possono permanere, quali cicatrici da scariche elettriche o da bruciature, deformità dello scheletro, guarigione scorretta di fratture, lesioni dentali, perdita di capelli e miofibrosi. Disturbi comuni somatici possono comprendere mal di testa, dolore alla schiena, sintomi gastrointestinali, disfunzioni sessuali e dolori muscolari. Comuni sintomi psicologici comprendono depressione, ansia, insonnia, incubi notturni, "flash-back" e difficoltà di memoria (vedi capitolo VI, sez. B.2.).

3. *Riassunto di un colloquio*

171. Le vittime di torture possono presentare lesioni che sono sostanzialmente diverse da altre forme di trauma. Sebbene le lesioni acute possano essere caratteristiche delle presunte sevizie, la maggior parte delle ferite guarisce entro sei settimane dalla tortura, non lasciando cicatrici o, al massimo,

cicatrici non specifiche. Ciò accade spesso quando i torturatori usano tecniche che impediscono o limitano i segni riscontrabili delle ferite. In tali circostanze, la visita medica fisica può risultare entro la norma, ma ciò in nessun modo nega le accuse di tortura. Un resoconto dettagliato delle osservazioni del paziente delle lesioni acute e del successivo processo di guarigione spesso rappresenta una importante fonte di prova a supporto di specifiche accuse di tortura o maltrattamenti.

C. La visita medica fisica

172. Successivamente all'acquisizione delle informazioni del contesto e dopo che è stato ottenuto il consenso informato del paziente, deve essere svolta da un medico qualificato una visita medica completa. Laddove possibile, il paziente deve essere in grado di scegliere il sesso del medico e, se usato, dell'interprete. Se il medico non è dello stesso sesso del paziente, un/a accompagnatore/trice dello stesso sesso del paziente deve essere usato a meno che il paziente non abbia obiezioni al riguardo. Il paziente deve comprendere che ha la libertà ed il diritto di limitare la visita o di interromperla in qualsiasi momento (vedi capitolo IV, sez. J.).
173. In questa sezione, vi sono molti riferimenti a ricorsi a specialisti e ad ulteriori accertamenti. A meno che il paziente non sia detenuto, è importante che i medici abbiano accesso a servizi di cure fisiche e psicologiche, in modo tale da poter seguire ogni necessità individuata. In molte situazioni, certe tecniche con test diagnostici non saranno disponibili, e la loro mancanza non deve invalidare il rapporto (vedi allegato II per ulteriori dettagli di eventuali test diagnostici).

174. In casi di denuncia di torture recenti, e quando gli abiti indossati durante la tortura sono ancora indossati dal sopravvissuto alla tortura, questi devono essere ritirati per essere analizzati, senza lavarli, e si deve fornire un cambio di abiti puliti. Ogni volta che è possibile, la stanza dove avviene la visita deve essere sufficientemente illuminata e dotata di strumentazione medica sufficiente per la visita. Ogni carenza di questo genere deve essere annotata nel rapporto. L'esaminatore deve annotare tutti i riscontri pertinenti, negativi e positivi, usando diagrammi del corpo per registrare la collocazione e la natura di tutte le lesioni (vedi allegato III). Alcune forme di tortura quali le scariche elettriche o i traumi da copro contundente possono essere inizialmente non riscontrabili, ma possono essere rilevati in una visita complementare. Sebbene sia raramente possibile fotografare le lesioni di detenuti che siano ancora sotto la custodia dei loro torturatori, le fotografie dovrebbero essere una parte di routine nella visita. Se c'è a disposizione una macchina fotografica, è sempre meglio avere foto di scarsa qualità che non averne affatto. Esse dovrebbero essere sviluppate appena possibile da fotografi professionisti (vedi capitolo III, sez. C.5.).

1. *Pelle*

175. La visita deve comprendere l'intera superficie corporea per rilevare segni di malattie dermatiche generalizzate, tra cui segni di carenza di vitamine A, B e C, lesioni precedenti alla tortura e/o lesioni inflitte dalla tortura, quali abrasioni, contusioni, lacerazioni, segni di iniezioni, bruciature di sigarette o di oggetti arroventati, ferite da scariche elettriche, alopecia e rimozione di unghie. Le lesioni della tortura devono essere descritte per mezzo della loro collocazione, simmetria, forma, dimensione, colore e superficie (ad es. a scaglie, a croste, ulcerata) ed anche della loro demarcazione

e livello in relazione alla pelle circostante. La fotografia è essenziale ogni volta che è possibile. Infine, l'esaminatore deve dare un'opinione sull'origine delle lesioni: inflitte o auto-inflitte, accidentali o in conseguenza di una patologia.^{73,74}

2. Volto

176. I tessuti facciali devono essere palpati per rilevare eventuali segni di fratture, crepitazioni, rigonfiamenti o dolore. Le componenti motorie e sensoriali, compresi l'olfatto ed il gusto di tutti i nervi craniali devono essere esaminate. La TAC, piuttosto che le solite radiografie, è la modalità migliore per diagnosticare ed evidenziare fratture facciali, determinare l'allineamento e diagnosticare lesioni e complicazioni dei tessuti molli. Lesioni intracraniali e cervico-spinali sono spesso associate a traumi facciali.

(a) Occhi

177. Vi sono molte forme di traumi agli occhi, tra cui emorragie delle congiuntive, slogatura del cristallino, emorragia subialoide, emorragia retrobulbare, emorragia della retina e perdita del campo visivo. Date le gravi conseguenze dell'assenza di cure o di cure sbagliate, si deve ottenere una consulenza oftalmologica ogni volta che vi è il sospetto di un trauma o di una patologia agli occhi. LA TAC è la modalità migliore per diagnosticare fratture orbitali e lesioni ai tessuti molli dei contenuti bulbari e retrobulbari. Una risonanza magnetica nucleare per immagini può essere aggiunta per individuare lesioni ai tessuti molli. Gli ultrasuoni ad alta

⁷³ O.V. Rasmussen, "Medical aspects of torture", *Danish Medical Bulletin* (1990, 37 supp. 1:1-88).

⁷⁴ R. Bunting, "Clinical examinations in the police context", *Clinical Forensic Medicine*, W.D.S. McLay, ed. (London, Greenwich Medical Media, 1996: 59-73)

definizione sono un metodo alternativo per valutare traumi ai globi oculari.

(b) *Orecchie*

178. I traumi alle orecchie, specialmente la rottura della membrana timpanica, sono una conseguenza frequente di rudi percosse. Si devono esaminare i canali uditivi e le membrane timpaniche con un otoscopio, e le lesioni devono essere descritte. Una forma di tortura comune, nota in America Latina come "*telefono*", è un violento schiaffo inferto con il palmo della mano su un orecchio o su entrambe le orecchie, che aumenta rapidamente la pressione nel canale auricolare, rompendo così il timpano. È necessaria una visita sollecita per rilevare rotture della membrana timpanica con un diametro inferiore ai 2 millimetri, che possono guarire entro 10 giorni. Possono osservarsi fluidi nell'orecchio medio o esterno. Se l'otorrea è confermata dalle analisi di laboratorio, si deve fare una TAC o una risonanza magnetica per determinare il luogo della frattura. Occorre indagare sulla perdita dell'udito, usando semplici metodi di screening. Se necessario, tecnici audiometrici qualificati devono compiere test audiometrici. L'esame radiografico di fratture delle ossa temporali o della rottura della catena degli ossicini si definisce meglio per mezzo della tomografia computerizzata, poi della tomografia ipocicloide e, infine, della tomografia lineare.

(c) *Naso*

179. Si deve valutare l'allineamento del naso, la crepitazione e la deviazione del setto nasale. Per le fratture nasali semplici, dovrebbero essere sufficienti radiografie nasali standard. Per le fratture nasali complesse e quando è spostato il setto cartilagineo, si deve fare una TAC. Se è presente rinorrea, si

raccomanda una TAC o una risonanza magnetica ad immagini.

(d) *Mascella, oro-faringe e collo*

180. Le fratture o slogature mandibolari possono derivare da percosse. La sindrome della articolazione temporale-mandibolare è una conseguenza frequente di percosse sulla parte inferiore del viso e sulla mandibola. Il paziente deve essere visitato per rilevare prove di crepitazione dell'osso ioide o della cartilagine della laringe derivante da colpi inferti al collo. I riscontri relativi all'oro-faringe devono essere annotati in dettaglio, comprese le lesioni coerenti con bruciature da scariche elettriche o da altri traumi. Si deve annotare anche eventuale emorragia gengivale e stato delle gengive.

(e) *Cavità orale e denti*

181. La visita da parte di un dentista deve essere considerata una componente della visita medica periodica durante la detenzione. Tale visita è spesso trascurata, ma è una componente importante dell'esame fisico. La cura dentale può non essere somministrata intenzionalmente per favorire il peggioramento di carie, gengiviti o ascessi dentari. Si deve trascrivere una storia dentale completa, e, se esistono dei fascicoli sulla salute dentale, devono essere richiesti. L'avulsione dei denti, le fratture dei denti, otturazioni spostate e protesi rotte possono derivare da traumi diretti o da tortura con scariche elettriche. Devono essere registrate carie dentali e gengiviti. La scarsa qualità della dentizione può essere dovuta alle condizioni detentive o essere precedente alla reclusione. Si deve esaminare attentamente la cavità orale. Durante l'applicazione di scariche elettriche, possono essere state colpite la lingua, le gengive o le labbra.

Le lesioni possono essere state prodotte tramite l'introduzione forzata di oggetti o materiali nella bocca, ed anche mediante l'applicazione di scariche elettriche. Si suggeriscono radiografie e risonanza magnetica per determinare l'estensione dei traumi mandibolari, dentali e dei tessuti molli.

3. *Torace e addome*

182. L'esame del tronco, oltre a registrare lesioni della pelle, deve essere diretto verso la rilevazione di aree di dolore, di sensibilità o disagio che potrebbero essere il riflesso di lesioni sottostanti della muscolatura, delle costole, o di organi addominali. L'esaminatore deve prendere in considerazione la possibilità di ematomi intramuscolari, retro-peritoneali ed intra-addominali, ed anche di lacerazioni o rotture di un organo interno. Si devono usare ultrasuonografia, TAC e scintigrafia ossea, se disponibili, per confermare tali lesioni. L'esame di routine del sistema cardiovascolare, dei polmoni e dell'addome deve essere compiuto nella maniera usuale. È probabile che disturbi respiratori preesistenti si aggravino durante la detenzione e spesso si sviluppano nuovi disturbi respiratori.

4. *Sistema muscolo-scheletrico*

183. Denunce di dolori muscolo-scheletrici sono molto comuni nelle vittime di tortura.⁷⁵ Possono derivare da percosse ripetute, sospensioni, altre torture posizionali o dalle condizioni generali di detenzione.⁷⁶ Possono anche essere somatici (vedi capitolo VI, sez. B.2.). Anche se non sono

⁷⁵ O.V. Rasmussen, "Medical aspects of torture", *Danish Medical Bulletin* (1990, 37 supp. 1:1-88).

⁷⁶ D. Forrest, "Examination for the late physical effects of torture", *Journal of Clinical Forensic Medicine* (6 1999:4-13).

specifici, devono essere documentati e spesso reagiscono bene alla fisioterapia del simpatico.⁷⁷ L'esame fisico dello scheletro deve comprendere prove per la mobilità delle articolazioni, della spina dorsale e delle estremità. È importante annotare anche sensazioni di dolore associato al movimento, alla contrazione, alla pressione, così come evidenze di sindrome del compartimento, fratture con o senza deformità e slogature. Sospette slogature, fratture ed osteomieliti devono essere verificate con radiografie. Per le sospette osteomieliti si possono fare radiografie di routine, seguite da scintigrafia ossea in tre fasi. Lesioni ai tendini, ai legamenti ed ai muscoli si valutano meglio con la Risonanza magnetica ad immagini, ma si può fare anche un'artrografia. In fase acuta, questa può rilevare emorragie ed eventuali strappi muscolari. I muscoli di solito guariscono completamente senza lasciare cicatrici; perciò, analisi tardive per immagini saranno negative. In risonanza magnetica per immagini e in TAC, muscoli enervati e sindrome del compartimento cronica saranno raffigurati sotto forma di fibrosi muscolare. Contusioni ossee possono essere rilevate tramite risonanza magnetica o scintigrafia. Le contusioni ossee di solito guariscono senza lasciare tracce.

5. *Sistema genito-urinario*

184. L'esame dei genitali si deve compiere solo con il consenso del paziente, e, se necessario deve essere rimandato ad una visita successiva. Un accompagnatore deve essere presente se il sesso del medico che compie la visita è diverso da quello del paziente. Per ulteriori informazioni, vedi capitolo IV, sez. J. e la sezione D.8. per ulteriori informazioni riguardanti la visita di vittime di violenza sessuale. Per

⁷⁷ Vedi nota 75.

rilevare traumi genito-urinari si possono usare l'ultrasuonografia e la scintigrafia dinamica.

6. *Sistemi nervosi centrale e periferico*

185. La visita neurologica deve valutare i nervi cranici, gli organi sensoriali ed il sistema nervoso periferico, per verificare neuropatie sia motorie che sensoriali collegate a possibili traumi, carenze vitaminiche o malattie. Si devono anche valutare la capacità cognitiva e lo stato mentale (vedi capitolo VI, sez. C.). In pazienti che raccontano di avere subito tortura per sospensione, si porrà particolare attenzione a possibili sintomi di plessopatia brachiale (forza asimmetrica della mano, paralisi dei muscoli estensori, debolezza degli arti con riflessi sensoriali e tendinei variabili). Radiculopatie ed altre neuropatie, deficit dei nervi craniali, iperalgesia, parastesia, iperestesia, modifica nella postura, alterazioni della percezione della temperatura, della funzione motoria, dell'andatura e della coordinazione possono tutte derivare da traumi associati a tortura. In pazienti con storie di vertigini e vomito, si deve compiere una visita vestibolare, ed annotare evidenze di nistagmo. Una valutazione radiologica deve comprendere una risonanza magnetica per immagini o una TAC. La prima è preferibile rispetto alla seconda per la valutazione radiologica del cervello e delle fosse posteriori.

D. Esame e valutazione relativi a specifiche forme di tortura

186. Quanto segue non intende essere una discussione esaustiva di tutte le forme di tortura, ma vuole descrivere più nei dettagli gli aspetti medici delle forme di tortura più comuni. Per ogni lesione osservata, il medico deve indicare il grado di compatibilità con la forma di tortura denunciata dal paziente. Si usano solitamente i seguenti termini:

- a. Non compatibile: la lesione non può essere stata provocata dal trauma descritto;
 - b. Compatibile: la lesione potrebbe essere stata provocata dal trauma descritto, ma è non-specifica e vi sono molte altre possibili cause;
 - c. Altamente compatibile: la lesione potrebbe essere stata provocata dal trauma descritto, e vi sono poche altre possibili cause;
 - d. Tipico: questa lesione viene di solito riscontrata con quel tipo di trauma, ma vi sono altre possibili cause;
 - e. Specifico: questa lesione non potrebbe essere stata provocata in modo diverso da quello descritto.
187. Fondamentalmente, è la valutazione globale di tutte le lesioni che è importante nella valutazione della storia di tortura, e non la compatibilità di ogni lesione con una particolare forma di tortura (vedi capitolo IV, sez. G. per un elenco dei metodi di tortura).

1. *Percosse ed altre forme di trauma da corpo contundente*

(a) *Danni alla pelle*

188. Lesioni acute sono spesso caratteristiche della tortura, poiché mostrano un modello di ferita inflitta che differisce dalle ferite accidentali, ad esempio la loro forma, la ripetizione e la distribuzione sul corpo. Poiché la maggior parte delle lesioni guarisce in circa sei settimane dalla tortura, non lasciando cicatrici o lasciandone di non specifiche, una descrizione convincente delle lesioni acute e del loro sviluppo fino alla guarigione potrebbe essere il solo sostegno di una denuncia di presunta tortura. Modifiche permanenti nella pelle a causa di traumi da corpo contundente non sono frequenti né

specifiche e solitamente senza valore diagnostico. Una conseguenza di violenze da corpi contundenti, che è indizio di applicazione prolungata di strette legature, è un'area lineare che si estende circolarmente attorno al braccio o alla gamba, di solito al polso o alla caviglia. Quest'area contiene alcuni peli o follicoli di peli, e questa è probabilmente una forma di alopecia cicatriziale. Non esiste una diagnosi diversa sotto forma di una malattia della pelle spontanea, ed è difficile immaginare che un qualunque trauma di tale natura sia avvenuto nella vita quotidiana.

189. Fra le lesioni acute, le abrasioni che derivano da lesioni da raschiamento superficiale della pelle possono apparire come graffi, lesioni da ustione o escoriazioni più ampie. A volte, le abrasioni possono mostrare un modello che riflette i contorni dello strumento o superficie che ha inflitto la lesione. Abrasioni ripetute o profonde possono creare zone di ipo- o iper-pigmentazione, a seconda del tipo di pelle. Ciò accade all'interno dei polsi se le mani sono state legate strettamente insieme.
190. Le contusioni ed i lividi sono zone di emorragia nei tessuti molli dovute alla rottura di vasi sanguigni in seguito a trauma contundente. L'estensione e la gravità di una contusione non dipendono solo dalla quantità di forza applicata ma anche dalla struttura e dalla vascolarizzazione del tessuto contuso. Le contusioni avvengono soprattutto in zone con pelle sottile che ricopre le ossa o in aree grasse. Molte condizioni di patologia, fra cui le carenze di vitamine e di altre sostanze, possono essere associate a facilità di illividimento o di porpora. Contusioni ed abrasioni indicano che è stata applicata una forza contundente su una zona particolare. L'assenza di livido o di abrasione, tuttavia, non indica che non vi è stata nessuna forza contundente applicata in tale area. Le contusioni possono essere

ricondotte ad un modello, che rispecchia i contorni dello strumento che ha inflitto il colpo. Ad esempio, lividi a forma di sbarra possono verificarsi quando è stato usato uno strumento come un manganello o un bastone. La forma dell'oggetto può essere desunta dalla forma del livido. Man mano che la contusione si risolve, essa va incontro ad una serie di cambiamenti di colore. La maggior parte dei lividi inizialmente appare di colore blu scuro, porpora o cremisi. Mentre l'emoglobina del livido si scompone, il colore gradualmente muta in viola, verde, giallo scuro o giallo chiaro e poi scompare. È molto difficile, tuttavia, datare con accuratezza il momento in cui si sono verificate le contusioni. In certi tipi di pelle, ciò può portare ad una iperpigmentazione, che può durare parecchi anni. Le contusioni che si sviluppano nei tessuti più profondi sottocutanei possono non apparire fino a molti giorni dopo aver subito le percosse, quando il sangue travasato ha raggiunto la superficie. Nel caso di una denuncia, ma in assenza di contusioni, la vittima deve essere pertanto visitata nuovamente dopo alcuni giorni. Deve essere preso in considerazione il fatto che la posizione finale e la forma dei lividi non hanno relazione col trauma originale e che alcune lesioni possono essere sfumate al momento della nuova visita.⁷⁸

191. Le lacerazioni, uno strappo o uno schiacciamento della pelle e dei tessuti molli sottostanti per mezzo della pressione di un corpo contundente, si sviluppano facilmente sulle parti sporgenti del corpo, poiché la pelle è compressa tra l'oggetto contundente e la superficie dell'osso sotto il tessuto del sottoderma. Tuttavia, con forza sufficiente la pelle può essere così lesionata in qualsiasi parte del corpo. Le cicatrici

⁷⁸ S. Gürpınar e S. Korur Fincancı, Human rights violations and Responsibility of the Physician, *Handbook of Forensic Medicine for General Practitioners* (Ankara Turkish Medical Association, 1999)

asimmetriche, le cicatrici in posizioni insolite e una diffusione di cicatrici suggeriscono tutte lesioni inflitte deliberatamente.⁷⁹

192. Le cicatrici derivate da fustigazione presentano lacerazioni guarite. Queste cicatrici sono depigmentate e spesso ipertrofiche, circondate da strisce strette ed iperpigmentate. La sola diagnosi alternativa è fitodermatite, ma in questa predominano l'iperpigmentazione e cicatrici più corte. In compenso, modifiche lineari simmetriche, atrofiche, depigmentate dell'addome, delle ascelle e delle gambe, che a volte vengono indicate come conseguenze di tortura, rappresentano smagliature e non sono di norma collegate a tortura.⁸⁰
193. Le bruciature sono le forme di tortura che più di frequente lasciano modifiche permanenti della pelle. A volte, tali modifiche possono avere valore diagnostico. Le bruciature di sigarette lasciano spesso cicatrici lunghe da 5 a 10 millimetri, circolari o ovali e maculari con un centro iper- o ipopigmentato ed un contorno iperpigmentato, relativamente indistinto.⁸¹ Anche il bruciar via i tatuaggi con sigarette è stato riferito in relazione alla tortura. La forma caratteristica della cicatrice conseguente, insieme a ciò che resta del tatuaggio aiuteranno a formulare una diagnosi. Bruciare con oggetti incandescenti produce cicatrici marcatamente atrofiche che rispecchiano la forma dello strumento e che sono profondamente demarcate con aree marginali ipertrofiche o iperpigmentate corrispondenti alla zona di ustione iniziale. Ciò può osservarsi, ad esempio, dopo un'ustione con una barra di metallo riscaldata

⁷⁹ O.V. Rasmussen, "Medical aspects of torture", *Danish Medical Bulletin* (1990, 37 supp. 1:1-88).

⁸⁰ L. Danielsen, "Skin changes after torture", *Torture* (Supp. 1, 1992:27-28)

⁸¹ Vedi nota 81.

elettricamente o con un accendigas. È difficile fare una diagnosi alternativa se sono presenti molte cicatrici. Processi infiammatori che insorgono spontaneamente non presentano la caratteristica area marginale e solo raramente mostrano una perdita di tessuto pronunciata. L'ustione può provocare cicatrici ipertrofiche o cheloidi, come accade in conseguenza di una bruciatura prodotta da gomma rovente.

194. Quando viene bruciata la matrice dell'unghia, la ricrescita successiva produce unghie striate, sottili, deformi, a volte spezzate in segmenti longitudinali. Se un'unghia è stata strappata via, può essere stata prodotta una crescita eccessiva dalla piega prossimale, con conseguente formazione di pterigio. Modifiche dell'unghia causate dal *lichen planus* costituiscono l'unica diagnosi alternativa, ma queste sono solitamente accompagnate da diffuse lesioni della pelle. D'altro lato, le infezioni da funghi sono caratterizzate da unghie che si sgretolano, assottigliate e giallastre, diverse dai cambiamenti sopra menzionati.
195. Traumi da ferite da taglio sono prodotte quando la pelle è tagliata con un oggetto affilato, come un coltello, una baionetta o dei vetri rotti, e comprendono ferite da coltello, ferite da incisione o taglio, ferite da perforazione. L'apparenza acuta è di solito facile da distinguere dall'aspetto irregolare e strappato di lacerazioni e cicatrici che si riscontrano in una visita successiva e che possono essere caratteristiche. Modelli regolari di piccole cicatrici da incisioni possono essere dovute a guaritori tradizionali.⁸² Se sulle ferite aperte vengono applicati pepe o altre sostanze nocive, le cicatrici possono diventare ipertrofiche. Un modello asimmetrico e dimensioni diverse delle cicatrici sono significative nella diagnosi di tortura.

⁸² D. Forrest, "Examination for the late physical after effects of torture", *Journal of Clinical Forensic Medicine* (6 1999:4-13).

(b) *Fratture*

196. Le fratture producono una perdita dell'integrità ossea dovuta all'effetto di una forza meccanica contundente su vari piani di vettore. Una frattura diretta si ha sul luogo dell'impatto o nel luogo in cui è stata applicata la forza. La collocazione, il contorno ed altre caratteristiche riflettono la natura e la direzione della forza applicata. A volte è possibile distinguere una frattura inflitta da una lesione accidentale per mezzo dell'aspetto radiologico della frattura. La datazione radiografica di fratture relativamente recenti deve essere compiuta da un radiologo esperto di traumi. Si devono evitare giudizi speculativi nelle valutazioni della natura e dell'epoca di lesioni traumatiche da corpo contundente, poiché una lesione può variare secondo l'età, il sesso, le caratteristiche del tessuto, le condizioni e lo stato di salute del paziente e la gravità del trauma. Ad esempio, gli individui più giovani, con muscoli robusti e ben allenati, sono più resistenti alle percosse degli individui più anziani e fragili.

(c) *Trauma cranico*

197. I colpi alla testa è una delle forme più comuni di tortura. In casi di traumi ricorrenti al capo, anche se non di grave entità, possono provocare atrofia corticale e danni assionali diffusi. In casi di traumi provocati da cadute, si può osservare una lesione cerebrale da contraccolpo (collocazione opposta a quella del trauma). In casi di trauma diretto, le contusioni del cervello si possono osservare direttamente sotto la regione in cui il trauma è inflitto. Contusioni del cuoio capelluto sono spesso invisibili dall'esterno a meno che vi sia gonfiore. Le contusioni possono essere difficili da vedere in individui di pelle scura, ma saranno molli alla palpazione.

198. Se è stato sottoposto a percosse sul capo, una vittima di tortura può lamentare continui mal di testa. Questi sono sovente somatici o possono avere origine cervicale (vedi supra sez. C). La vittima può lamentare dolore al tatto in quella zona, e si può osservare diffusa o locale pienezza o aumentata compattezza per mezzo della palpazione del cuoio capelluto. Si possono osservare cicatrici nei casi in cui vi sono state lacerazioni del cuoio capelluto. Il mal di testa può essere il sintomo iniziale di un ematoma subdurale in espansione. Possono essere associati ad alterazioni acute dello status mentale, e si deve fare urgentemente una TAC. Un gonfiore dei tessuti molli o emorragie possono solitamente essere rilevati con tomografia computerizzata o risonanza magnetica per immagini. Può anche essere opportuno organizzare una valutazione psicologica o neuropsicologica (vedi capitolo VI, sez. C.4.).
199. Scuotere violentemente una persona come forma di tortura può produrre lesioni cerebrali senza lasciare alcun segno esterno, sebbene possano essere presenti lividi nella parte superiore del petto o sulle spalle dove è stata afferrata la vittima. Spinto agli estremi, lo scuotimento può produrre lesioni identiche a quelle osservate nella Sindrome dei Bambini Scossi (SBS): edema cerebrale, ematoma subdurale ed emorragie della retina. Più comunemente, le vittime lamentano ricorrenti mal di testa, disorientamento o cambiamenti dello stato mentale. Gli episodi di scuotimento sono solitamente brevi, solo pochi minuti o anche meno, ma possono essere ripetuti molte volte in un periodo di giorni o settimane.

(d) *Traumi del petto e addominali*

200. Le fratture di costole sono una conseguenza frequente di percosse sul petto. Se scomposte, esse possono associarsi a lacerazioni del polmone e ad eventuale pneumotorace. Le fratture dei pedicelli vertebrali possono essere conseguenza dell'uso diretto di forza contundente.
201. In caso di trauma addominale acuto, la visita fisica deve cercare eventuali tracce di lesioni agli organi addominali ed al tratto urinario. Tuttavia, la visita è spesso negativa. Evidenti ematurie sono la prova più significativa di contusioni renali. Un lavaggio peritoneale può rilevare un'emorragia addominale occulta. Il riscontro di liquidi liberi addominali per mezzo di tomografia computerizzata dopo un lavaggio peritoneale può tuttavia derivare sia dal lavaggio che da un'emorragia, quindi non permette di confermare una tale diagnosi. In una tomografia computerizzata, un'emorragia addominale acuta è di solito iso-intensa o rivela una densità acquosa, a differenza dell'emorragia acuta del sistema nervoso centrale, che è iperintensa. Lesioni agli organi possono essere presenti sotto forma di aria, fluidi extraluminari o zone in debole attenuazione, che possono rappresentare edema, contusione, emorragia o una lacerazione. L'edema peripancreatico è uno dei segni di pancreatite acuta traumatica e non-traumatica. Gli ultrasuoni sono particolarmente utili per rilevare ematomi subcapsulari della milza. Un collasso renale dovuto a sindrome da schiacciamento può essere acuto in seguito a percosse gravi. L'ipertensione renale può essere una tarda complicazione di lesioni renali.

2. *Percosse sui piedi*

202. *Falanga* è il termine più comune per l'applicazione ripetuta di traumi da corpo contundente ai piedi (o più raramente alle mani o ai fianchi), di solito praticata con un manganello,

un pezzo di tubo o arma simile. La complicazione più grave della *falanga* è la sindrome del compartimento, che può provocare necrosi muscolare, ostruzione vascolare o cancrena della porzione distale del piede o delle dita del piede. Le deformazioni permanenti dei piedi non sono comuni, ma possono verificarsi, così come le fratture del carpo, del metacarpo e delle falangi. Poiché le lesioni sono spesso limitate alle zone molli, la tomografia computerizzata o la risonanza magnetica per immagini sono i metodi migliori per la documentazione radiologica della lesione, ma occorre sottolineare che una visita fisica, nella fase acuta, potrebbe essere fondamentale. La *falanga* può produrre disabilità croniche. Camminare può essere doloroso e difficile. Le ossa tarsali possono essere immobili (spastiche) o avere una mobilità accresciuta. La pressione della pianta del piede e la dorsoflessione dell'alluce possono produrre dolore. Alla palpazione, l'intera lunghezza dell'aponeurosi plantare può essere molle e le attaccature distali dell'aponeurosi possono essere strappate, in parte alla base delle falangi prossimali, in parte alla pelle. L'aponeurosi non si stringerà normalmente, rendendo difficile la deambulazione e ne può conseguire fatica muscolare. L'estensione passiva dell'alluce può rivelare se l'aponeurosi è stata strappata. Se è intatta, si dovrebbe sentire alla palpazione l'inizio della tensione nell'aponeurosi quanto l'alluce è dorsoflesso a 20 gradi; la massima estensione normale è circa 70 gradi. Valori più elevati suggeriscono lesioni alle attaccature dell'aponeurosi.^{83,84,85,86} D'altra parte,

⁸³ G. Sklyv, "Physical sequelae of torture", *Torture and its consequences, current treatment approaches*, M. Balu ed. (Cambridge, Cambridge University Press, 1992: 38-55)

⁸⁴ D. Forrest, "Examination for the late physical effects of torture", *Journal of Clinical Forensic Medicine* (6 1999:4-13).

⁸⁵ K. Prip, L. Tived, N. Holten, *Physiotherapy for Torture Survivors: A Basic Introduction* (Copenhagen, IRCT, 1995).

la dorsoflessione limitata ed il dolore o l'iperestensione dell'alluce sono riscontri dell'*hallux rigidus*, che deriva dall'osteofita dorsale o nel primo capo metatarsale o alla base della falange prossimale o in entrambi.

203. Possono verificarsi numerose complicazioni e sindromi:
- a. Sindrome del compartimento chiuso. Questa è la complicazione più grave. Un edema in un compartimento chiuso ha per effetto ostruzione vascolare e necrosi muscolare, che può portare a fibrosi, contrattura o cancrena nel piede o nelle dita distali. Solitamente viene diagnosticato misurando la pressione nel compartimento;
 - b. Schiacciamento dei cuscinetti. I cuscinetti elastici sotto il calcagno e le falangi prossimali sono schiacciati durante la falanga, o direttamente o in conseguenza di edema associato al trauma. Inoltre, le strisce di tessuto connettivo che si estendono attraverso il tessuto adiposo che collegano le ossa alla pelle sono strappate. Il tessuto adiposo è privato dell'apporto di sangue e si atrofizza. L'effetto di attenuazione si perde ed i piedi non assorbono più gli stress prodotti dalla deambulazione;
 - c. Cicatrici rigide ed irregolari coinvolgono la pelle ed i tessuti sottocutanei del piede dopo la falanga. In un piede normale, i tessuti dermatici e sotto-dermatici sono connessi alle aponeurosi plantari attraverso aderenti strisce di tessuto connettivo. Ma queste strisce possono essere distrutte in tutto o in parte a causa di edema che rompe le strisce dopo la sottoposizione a falanga;
 - d. Rottura delle aponeurosi plantari e dei tendini del piede. Un edema successivo alla falanga può rompere tali

⁸⁶ F. Bojsen-Moller e K.E. Flagstad, "Plantar aponeurosis and plantar architecture of the ball of the foot", *Journal of Anatomy* (121 1976:599-611)

strutture. Quando scompare la funzione di sostegno necessaria per l'arco del piede, l'atto di camminare diventa più difficile ed i muscoli del piede, in particolare il quadratus plantaris longus, sono sottoposti a sforzi eccessivi;

- e. Fasciite plantare. Può costituire un'ulteriore complicazione di questa lesione. Nei casi di falanga, è spesso presente un'irritazione in tutte le aponeurosi, che provoca aponeurosite cronica. In studi sulla materia, in detenuti liberati dopo 15 anni di reclusione e che sostenevano di essere stati sottoposti a falanga appena arrestati, sono stati osservate scansioni positive delle ossa dei punti iperattivi nelle ossa calcaneari o metatarsali.⁸⁷

204. I metodi radiologici quali la risonanza magnetica per immagini, la scansione tomografica computerizzata e gli ultrasuoni possono spesso confermare casi di trauma avvenuto in conseguenza dell'applicazione della *falanga*. Riscontri radiologici positivi possono anche essere conseguenza di altre malattie o traumi. Si raccomandano le radiografie di routine come esame iniziale. La risonanza magnetica per immagini è l'esame radiologico migliore per rilevare lesioni del tessuto molle. La risonanza magnetica per immagini o la scintigrafia possono rilevare una lesione ossea sotto forma di contusione, che può non essere rilevata per mezzo di radiografie di routine o di tomografia computerizzata.⁸⁸

⁸⁷ V. Lök, M. Tunca, K. Kumanlioglu et al., "Bone scintigraphy as clue to previous torture", *Lancet* (337(8745) 1991:846-847). Vedi anche: M. Tunca e V. Lök, "Bone scintigraphy in screening of torture survivors", *Lancet* (352(9143) 1998:1859).

⁸⁸ Vedi **note 82 e 83** e V. Lök, et al., "Bone scintigraphy as an evidence of previous torture", Treatment and Rehabilitation Centre Report of HRFT (Ankara, 1994: 91-96).

3. *Sospensione*

205. La sospensione è una forma comune di tortura che può produrre intenso dolore, ma che lascia scarsa o nessuna prova visibile di lesione. Una persona ancora detenuta può essere riluttante ad ammettere di essere stata torturata, ma la rilevazione di deficit neurologici periferici, sintomo di plessopatia brachiale, prova virtualmente la diagnosi di tortura da sospensione. La sospensione può essere applicata in varie forme:
- a. Sospensione a croce. Applicata allargando le braccia e legandole ad una sbarra orizzontale.
 - b. Sospensione “da macelleria”. Applicata fissando le mani in alto, sia insieme, sia separate.
 - c. Sospensione “da macelleria” al rovescio. Applicata fissando i piedi in alto e la testa in basso.
 - d. Sospensione “palestinese”. Applicata sospendendo la vittima con gli avambracci legati insieme dietro la schiena, i gomiti piegati a 90 gradi e gli avambracci legati ad una sbarra orizzontale. Oppure il detenuto è sospeso per una legatura attorno ai gomiti o ai polsi con le braccia dietro la schiena;
 - e. Sospensione a “posatoio da pappagallo”. Applicata sospendendo la vittima per le ginocchia flesse da una sbarra passata sotto la regione poplitea, di solito mentre i polsi sono legati alle caviglie.
206. La sospensione può durare da 15-20 minuti fino a parecchie ore. La sospensione “palestinese” può produrre lesioni permanenti del plesso brachiale in breve tempo. La sospensione a “posatoio del pappagallo” può produrre strappi dei legamenti crociati delle ginocchia. Spesso le vittime saranno percosse durante la sospensione o abusate in

altro modo. In fase cronica, di solito il dolore e la mollezza attorno all'articolazione della spalla persistono, poiché il sollevamento del peso e la rotazione, specialmente interna, produrranno intenso dolore molti anni dopo. Le complicazioni nel periodo acuto in seguito alla sospensione comprendono debolezza alle braccia o alle mani, dolore e parestesie, intorpidimento, insensibilità al tatto, dolore superficiale e perdita di riflesso tendineo. Un dolore profondo intenso può mascherare una debolezza muscolare. Nella fase cronica, la debolezza può proseguire e progredire fino al deperimento del muscolo. Sono presenti intorpidimento e, più di frequente, parestesia. Alzare le braccia o sollevare pesi può provocare dolore, intorpidimento o debolezza. Oltre alla lesione neurologica, possono esservi strappi dei legamenti delle articolazioni della spalla, slogatura della scapola e lesione muscolare nella regione della spalla. Ad un'ispezione visiva della schiena, si può osservare una "scapola alata" (margine vertebrale della scapola prominente) con lesione del nervo lungo toracico o lussazione della scapola.

207. Le lesioni neurologiche nelle braccia sono di solito asimmetriche. La lesione al plesso brachiale si manifesta in disfunzione motoria, sensoriale e dei riflessi.
- a. Esame motorio. Una debolezza muscolare asimmetrica, più prominente distalmente, è il riscontro più comune. Il dolore acuto può rendere difficile da interpretare il test della forza del muscolo. Se la lesione è grave, si può osservare atrofia muscolare in fase cronica;
 - b. Esame sensoriale. La perdita completa di sensazione o parestesia lungo la sequenza sensoriale del nervo è comune. Si devono testare la percezione della posizione, la discriminazione dei due punti, la reazione alle punture, la percezione del calore. Se, almeno tre

settimane dopo le sevizie, sono presenti carenze o perdita o diminuzione di riflesso, si devono eseguire opportuni studi elettrofisiologici da parte di un neurologo esperto nell'uso e nell'interpretazione di queste metodologie;

- c. Esame dei riflessi. Possono essere presenti la perdita di riflesso, una diminuzione dei riflessi o una differenza tra le due estremità. Nella sospensione "palestinese", anche se entrambi i plessi brachiali sono soggetti a traumi, si può sviluppare una plessopatia asimmetrica dovuta alla maniera in cui la vittima è stata sospesa, a seconda di quale braccio è stato posto nella posizione superiore o del metodo di legatura. Sebbene la ricerca suggerisca che le plessopatie brachiali sono solitamente unilaterali, ciò è in disaccordo con la nostra esperienza, in cui è comune la lesione bilaterale.

208. Fra i tessuti della regione della spalla, il plesso brachiale è la struttura più sensibile alla lesione da trazione. La sospensione "palestinese" crea danno al plesso brachiale a causa della forzata estensione posteriore delle braccia. Come osservato nel tipo classico della sospensione "palestinese", quando il corpo è sospeso con le braccia in iperestensione posteriore, tipicamente il plesso inferiore e poi rispettivamente le fibre del plesso medio e superiore sono danneggiate, se la forza sul plesso è abbastanza intensa. Se la sospensione è del tipo "a crocifissione", ma non comprende l'iperestensione, è probabile che le fibre del plesso medio siano le prime ad essere danneggiate a causa dell'iperadduzione. Le lesioni del plesso brachiale possono essere suddivise in categorie come segue:

- a. Danno al plesso inferiore. Le carenze sono localizzate nell'avambraccio e nei muscoli delle mani. Carenze sensoriali si possono osservare sull'avambraccio ed al

quarto e quinto dito del lato mediale della mano in una distribuzione del nervo ulnare;

- b. Danno al plesso medio. Sono colpiti i muscoli estensori di avambraccio, gomito e dita. La pronazione dell'avambraccio e la flessione radiale della mano possono essere deboli. Carenza sensoriale si riscontra nell'avambraccio e sugli aspetti dorsali del primo, secondo e terzo dito della mano in una distribuzione del nervo radiale. Si possono perdere i riflessi del tricipite;
- c. Danno al plesso superiore. Sono particolarmente toccati i muscoli della spalla. Possono essere carenti l'adduzione della spalla, la rotazione assiale e la pronazione-supinazione dell'avambraccio. La carenza sensoriale è notata nella regione del deltoide e si può estendere al braccio ed alle parti esterne dell'avambraccio.

4. *Altre torture posizionali*

- 209. Vi sono molte forme di tortura posizionale, e tutte legano o costringono la vittima in posizioni contorte, iperestensione o altre posizioni innaturali, che provocano gravi dolori e possono produrre lesioni ai legamenti, ai tendini, ai nervi ed ai vasi sanguigni. Una caratteristica di tali torture è che esse lasciano pochi segni esterni – o non ne lasciano affatto – o riscontrabili con esami radiologici, nonostante gravi susseguenti disabilità croniche.
- 210. Tutte le torture posizionali si indirizzano verso i tendini, le articolazioni ed i muscoli. Vi sono vari metodi: “sospensione del pappagallo”, posizione “della banana” o il classico “nodo della banana” su una sedia o sul pavimento, la motocicletta, costringere a stare in piedi, costringere a stare su un solo piede, stare in piedi a lungo con le braccia e le mani distese in alto su un muro, costringere a stare

accovacciati e l'immobilità forzata in una gabbia. Secondo le caratteristiche di queste posizioni, si lamentano dolore in una zona del corpo, limitazione del movimento dell'articolazione, dolore alla schiena, dolore alle mani o nelle parti cervicali del corpo e gonfiore degli arti inferiori. Gli stessi principi dell'esame neurologico e muscolo-scheletrico si applicano a queste forme di tortura posizionale, così come si applicano alla sospensione. La risonanza magnetica per immagini è la modalità radiologica preferibile per valutare le lesioni associate a tutte le forme di tortura posizionale.

5. *Tortura con scariche elettriche*

211. La corrente elettrica si trasmette attraverso elettrodi posti su qualsiasi parte del corpo. Le zone più comuni sono le mani, i piedi, le dita delle mani e dei piedi, le orecchie, i capezzoli, la bocca, le labbra e la zona genitale. La fonte di energia può essere un generatore a manovella o a combustione, una presa di corrente a muro, una pistola elettrica, un pungolo per il bestiame o altri strumenti elettrici. La corrente elettrica segue la via più breve tra due elettrodi ed i sintomi che si verificano quando si applica la corrente elettrica hanno questa caratteristica. Ad esempio, se gli elettrodi sono piazzati su un dito del piede destro e sulla zona genitale, si avranno dolore, contrazione muscolare e crampi nei muscoli della coscia e del polpaccio destri. Si avvertirà un dolore atroce nella zona genitale. Poiché tutti i muscoli nel percorso della corrente elettrica sono contratti tetanicamente, quando la corrente è moderatamente elevata si possono osservare slogatura della spalla e radiculopatie lombare e cervicale. Tuttavia, il tipo, il tempo di applicazione, la corrente ed il voltaggio dell'energia usata non possono essere determinate con esattezza al momento della visita medica della vittima. I torturatori spesso usano acqua o gel per aumentare

l'efficacia della tortura, ampliare il punto d'entrata della corrente elettrica nel corpo ed impedire bruciature elettriche rintracciabili. I segni di bruciature elettriche sono costituiti solitamente da una lesione circolare del diametro da 1 a 3 millimetri di colore marrone rossastro, di solito senza infiammazione, che possono sfociare in una cicatrice iperpigmentata. Le superfici della pelle devono essere accuratamente esaminate poiché le lesioni non sono sempre facilmente riscontrabili. La decisione di effettuare biopsie sulle recenti lesioni per dimostrare la loro origine è controversa. Le bruciature elettriche possono produrre specifiche modifiche istologiche, ma queste non sono sempre presenti, e l'assenza di tali modifiche in nessun modo si oppone al fatto che le lesioni possano derivare da bruciature elettriche. Si deve decidere caso per caso se il dolore ed il disagio di una biopsia alla pelle possano essere giustificati dai possibili risultati di un tale esame (vedi allegato II.2.).

6. *Tortura dentale*

212. La tortura dentale può consistere nella rottura o nell'estrazione di denti o può essere eseguita mediante l'applicazione di corrente elettrica ai denti. Può avere come risultato la perdita o la rottura dei denti, gonfiore delle gengive, emorragia, dolore, gengiviti, stomatiti, frattura mandibolare o perdita delle otturazioni dei denti. La sindrome dell'articolazione temporo-mandibolare provoca dolore all'articolazione temporo-mandibolare, la limitazione dei movimenti della mascella e, in alcuni casi, sublussazione di tale articolazione dovuta a spasmi muscolari avvenuti in conseguenza della scarica elettrica o dei colpi sul volto.

7. *Asfissia*

213. La quasi asfissia per soffocamento è un metodo sempre più diffuso di tortura. Esso di solito non lascia segni ed il recupero è rapido. Questo metodo di tortura è stato tanto usato in America Latina che il suo nome in spagnolo, *submarino*, è entrato a far parte del vocabolario dei diritti umani. La respirazione normale può essere impedita attraverso vari metodi: coprendo la testa con un sacchetto di plastica, chiudendo la bocca ed il naso, premendo o legando il collo o costringendo a respirare polvere, cemento, peperoncini, ecc. È noto anche col nome di *submarino* "asciutto". Possono derivarne diverse complicazioni, quali petecchie della pelle, epistassi, emorragie dalle orecchie, congestione del volto, infezioni alla bocca e problemi respiratori acuti o cronici. L'immersione forzata del capo nell'acqua, spesso infettata da urina, feci, vomito, o altre impurità, può avere come conseguenza l'annegamento o il semi-annegamento. L'aspirazione dell'acqua all'interno dei polmoni può provocare pneumonia. Questa forma di tortura è chiamata "*submarino liquido*". Nell'impiccagione o in altre asfissie da legature, possono spesso riscontrarsi segni di abrasioni o contusioni sul collo. L'osso ioide e la cartilagine laringea possono essere fratturati per strangolamento parziale o in seguito a colpi sul collo.

8. *Tortura sessuale, compreso lo stupro*

214. La tortura sessuale comincia con la nudità forzata, che in molti paesi è un fattore costante nelle situazioni di tortura. Non si è mai tanto vulnerabili quanto nel momento in cui si è nudi ed indifesi. La nudità esaspera l'aspetto psicologico di ogni forma di tortura, poiché fa aleggiare la minaccia permanente dell'abuso, dello stupro o della sodomia. Inoltre, anche le minacce sessuali verbali, lo scherno ed altre

aggressioni verbali fanno parte della tortura sessuale, poiché inaspriscono l'umiliazione e gli aspetti degradanti di essa, tutte parti integranti della procedura. Il palpeggiamento delle donne è traumatico in tutti i casi e deve essere considerato sistematicamente tortura.

215. Vi sono alcune differenze tra la tortura sessuale degli uomini e quella delle donne, ma molti punti si applicano ad entrambe. Lo stupro è sempre associato al rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili, in particolare virus da immunodeficienza umana (HIV).⁸⁹ Attualmente la sola profilassi efficace contro l'HIV deve essere assunta entro alcune ore dal contagio, e non è generalmente disponibile nei paesi in cui la tortura è praticata di routine. Nella maggior parte dei casi, la tortura sessuale è associata ad altre forme di tortura, mentre in altri casi gli abusi sessuali sono praticati senza altre forme di sevizie. Le scosse elettriche e le percosse negli uomini sono in genere indirizzate ai genitali, con o senza l'aggiunta di tortura anale. Il trauma fisico che ne deriva è esasperato dall'insulto verbale. Spesso agli uomini vengono formulate minacce di perdita della virilità, con conseguente perdita del rispetto sociale. I detenuti possono essere posti, nudi, in celle insieme a familiari, ad amici o ad estranei, infrangendo tabù culturali. Ciò può essere reso ancora peggiore dall'assenza di riservatezza nell'uso delle toilettes. Inoltre, i detenuti possono essere costretti a compiere abusi sessuali l'uno sull'altro, e ciò, dal punto di vista emotivo, può essere particolarmente traumatizzante. Il timore di un possibile stupro, tra le donne, dato il profondo stigma culturale associato allo stupro, può aggravare il trauma. Da non trascurare inoltre sono i traumi del timore di un'eventuale gravidanza, che gli uomini,

⁸⁹ D. Lunde e J. Ortmann, "Sexual torture and the treatment of its consequences", *Torture and its consequences, current treatment approaches*, M. BaIo>>lu, ed. (Cambridge, Cambridge University Press, 1992:310-331)

ovviamente, non sperimentano, il timore di perdere la verginità ed il timore di non poter avere figli (anche se lo stupro può essere nascosto ad un eventuale marito ed al resto della società).

216. Se, nel caso di un abuso sessuale, la vittima non desidera che l'evento sia reso noto a causa delle pressioni socioculturali o per ragioni personali, il medico che svolge la visita medica, gli inquirenti ed i tribunali hanno l'obbligo di collaborare per mantenere la riservatezza della vittima. Creare un rapporto con le vittime della tortura che sono state aggredite sessualmente di recente richiede una speciale formazione psicologica ed un particolare sostegno psicologico. Ogni trattamento che possa aumentare il trauma psicologico deve essere evitato. Prima di iniziare la visita, si deve ottenere il permesso dall'individuo di compiere qualunque tipo di esame, e tale permesso deve essere confermato dalla vittima prima dell'esame delle parti più intime. L'individuo deve essere informato dell'importanza della visita e dei suoi eventuali risultati in modo chiaro e comprensibile.

(a) *Inventario dei sintomi*

217. Deve essere redatta una storia completa della presunta aggressione, come sopra descritto nel presente manuale (vedi sez. B.). Vi sono, tuttavia, alcune domande specifiche che sono relative solo alle denunce di abusi sessuali. Queste tendono a far emergere sintomi attuali derivanti da un'aggressione recente, ad esempio emorragie, perdite vaginali o anali e la collocazione di dolore, lividi o piaghe. Nel caso di aggressioni sessuali avvenute in un passato più lontano, le domande dovrebbero essere orientate sui sintomi attuali derivati dall'aggressione, quali frequente minzione, incontinenza o disuria, irregolarità delle mestruazioni, successiva storia di gravidanza, aborto o emorragie vaginali,

problemi nell'attività sessuale, compresi rapporti sessuali, dolori anali, emorragie, costipazione o incontinenza.

218. Idealmente, dovrebbero esservi adeguate strutture fisiche e tecniche per compiere una visita alle vittime di un'aggressione sessuale da parte di un team di esperti psichiatri, psicologi, ginecologi ed infermieri, tutti formati nel trattamento dei sopravvissuti alle torture sessuali. Scopo ulteriore della consulenza dopo un'aggressione sessuale è offrire sostegno, consiglio e, se opportuno, conforto, in particolare riguardo le malattie sessualmente trasmissibili e, nel caso di donne, la gravidanza. Poiché i torturatori spesso dicono alle vittime che le loro funzioni sessuali resteranno alterate per sempre, è opportuno evocare anche questo argomento, per evitare, per quanto possibile, che una tale minaccia si realizzi attraverso l'autosuggestione.

b) *Esame di un paziente vittima di sevizie recenti*

219. È raro che si rimetta in libertà una persona vittima di uno stupro nell'ambito di sedute di tortura finché sussistono tracce evidenti di tale abuso. E, quando è il caso, numerosi fattori possono ostacolare la valutazione medica. Le vittime di sevizie sessuali recenti sono spesso molto turbate e restie a ricorrere ad un aiuto medico o giuridico. In tali circostanze, il medico deve spiegare al paziente tutte le opzioni mediche e giuridiche che gli vengono offerte ed agire in conformità ai suoi desideri. Egli deve ottenere il suo consenso informato prima di qualsiasi visita, registrare tutti gli elementi di prova medica di sevizie sessuali e sforzarsi di fare prelievi al fine di analisi medico-legali. Per quanto possibile, l'esame deve essere effettuato da un medico che abbia familiarità con le conseguenze di sevizie sessuali. In mancanza di ciò, il medico dovrebbe consultare uno specialista o un documento

di base sulla medicina clinica legale.⁹⁰ Quando il medico appartiene all'altro sesso, la vittima dovrebbe avere la possibilità di esigere la presenza di una persona del suo sesso nella stanza. Se sono necessari i servizi di un interprete, costui (o costei) potrà eventualmente assumere anche il ruolo di accompagnatore. Tenuto conto del carattere particolarmente delicato di ogni colloquio o visita riguardante sevizie sessuali, un familiare della vittima non è da ritenersi in generale la persona ideale per svolgere tale compito (vedi capitolo IV, sez. I). Il paziente deve sentirsi a proprio agio e rilassato prima della visita. Il medico dovrà procedere ad un esame fisico approfondito e annotare scrupolosamente tutti i segni eventuali di sevizie, precisandone le dimensioni, la posizione ed il colore. Per quanto possibile, questi segni saranno fotografati e se ne preleveranno dei campioni per analizzarli.

220. La visita fisica non dovrebbe essere inizialmente diretta alla zona genitale. Si esaminerà con particolare attenzione la pelle, ricercando possibili lesioni cutanee che possano derivare da sevizie sessuali, come contusioni, lacerazioni, ecchimosi o petecchie conseguenti a succhiamento o morsi. Questa fase iniziale potrà contribuire a rilassare il paziente in vista della visita alla zona genitale. Inoltre, in assenza di lesioni significative nella zona genitale, le lesioni su altre parti del corpo sono a volte le tracce più evidenti delle sevizie sessuali. Anche quando la visita degli organi genitali femminili ha luogo immediatamente dopo uno stupro, si constatano danni probanti in meno del 50% dei casi, e tale percentuale precipita al 30% per le sodomie, sia che vengano inflitte a uomini sia che vengano perpetrate ai danni di donne. Beninteso, queste stesse percentuali aumentano

⁹⁰ Vedi J. Howitt e D. Rogers, "Adult sexual offenses and related matters", *Clinical Forensic Medicine*, a cura di W.D.S. McLay, Londra, Greenwich Medical Media, 1996193-218.

sensibilmente allorché ci si è serviti di oggetti di grandi dimensioni per penetrare la vagina o l'ano.

221. Se sul posto esiste un laboratorio di medicina legale, è opportuno mettersi in contatto con i responsabili di esso prima della visita, al fine di trovare un'intesa sui campioni da prelevare e sul modo di raccogliarli. Numerosi laboratori forniscono tutto il materiale necessario per tali prelievi. In assenza di un laboratorio di analisi, il medico potrà procedere a prelievi umidi che farà in seguito asciugare all'aria. Tali campioni potranno servire ulteriormente per test del DNA. Lo sperma rimane identificabile fino a cinque giorni con prelievi vaginali profondi e fino a tre giorni con prelievi rettali. Le precauzioni più rigorose devono essere adottate al fine di prevenire ogni accusa di contaminazione incrociata quando si prelevano campioni su più vittime o autori presunti di sevizie sessuali. Si deve porre la massima cura alla preservazione dei campioni ed alla documentazione della procedura di conservazione.

c) *Esame di un paziente vittima di sevizie che risalgono a più di una settimana prima*

222. Quando le sevizie denunciate risalgono a più di una settimana prima e non si riscontra alcuna traccia di contusione o lacerazione, l'esame pelvico non riveste più carattere di urgenza. Si può allora prendere del tempo per cercare la persona più qualificata per l'esame e le migliori condizioni per il paziente. Per quanto possibile, si consiglia tuttavia di fare delle foto delle eventuali lesioni residue.

223. Il medico prenderà nota del contesto e dei precedenti conformemente alla procedura sopra descritta, poi delle osservazioni e risultanze della visita. In presenza di donne che hanno avuto dei figli prima, e ancora di più, dopo uno

stupro, vi sono poche possibilità di rilevare segni patognomonic. Tuttavia, una donna medico esperta può trarre numerose informazioni dal modo in cui una paziente racconta la sua esperienza.⁹¹ Può trascorrere un certo tempo prima che una vittima acconsenta ad evocare gli aspetti della tortura che ella giudica i più imbarazzanti, e certe pazienti preferiscono rimandare ad una consultazione successiva gli elementi più intimi della visita.

d) *Follow-up*

224. Molte malattie, fra cui in primo luogo quelle sessualmente trasmissibili, possono essere trasmesse nel corso delle sevizie sessuali: blenorragia, clamidia, sifilide, HIV, epatiti B e C, herpes e condiloma acuminato, vulvovaginiti come trichomonas, moniliasi vaginite, Gardnerella vaginale ed enterobio vermicularis, così come alcune infezioni dell'apparato urinario.
225. Analisi di laboratorio e cure appropriate devono essere prescritte in tutti i casi di sevizie sessuali. Per la blenorragia e la clamidiosi, si devono prevedere possibili infezioni concomitanti dell'ano o dell'orofaringe. Le disfunzioni sessuali sono frequenti nelle vittime della tortura, soprattutto, ma non esclusivamente, nelle vittime di stupri e di altre sevizie sessuali. I sintomi principali, che possono avere un'origine fisica o psicologica, o combinata, sono i seguenti:
- i. Avversione nei confronti delle persone del sesso opposto o diminuzione della libido;
 - ii. Timore dei rapporti sessuali per paura di essere respinti da un partner informato delle sevizie subito

⁹¹ G. Hinselwood, *Gender-based persecution*, Toronto, United Nations Expert Group Meeting on Gender-based Persecution, 1997

o per timore di aver subito danni funzionali. I torturatori spesso minacciano le loro vittime di questi danni ed instillano in esse la paura dell'omosessualità negli uomini vittime di sodomia. Accade che gli uomini eterosessuali abbiano un'erezione, se non addirittura un orgasmo nel corso di rapporti anali non consenzienti. Occorre rassicurarli spiegando loro che si tratta di una reazione fisiologica;

- iii. Incapacità di fidarsi di un partner sessuale;
- iv. Turbe della stimolazione sessuale e dell'erezione;
- v. Dispareunia (rapporti sessuali dolorosi nella donna) o sterilità conseguente ad una malattia trasmessa per via sessuale, ad un trauma degli organi riproduttori o ad un aborto male eseguito dopo una gravidanza conseguente ad uno stupro.

e) *Esame genitale delle donne*

226. In numerose culture, è totalmente inaccettabile penetrare la vagina di una donna vergine con qualunque cosa, compreso uno speculum, un dito o un tampone di ovatta. Se l'esame esterno rivela segni evidenti di stupro, si può, in questi casi, risparmiare un esame interno. L'esame genitale potrà far apparire i seguenti sintomi:

- i. Piccole lacerazioni o strappi nella vulva. Queste lesioni possono essere acute; derivano da uno stiramento eccessivo dei tessuti. Normalmente, guariscono completamente, ma un'eventuale ripetizione può lasciare cicatrici;
- ii. Abrasioni provocate dal contatto con corpi ruvidi come unghie o anelli;

iii. Lacerazioni vaginali. Sono rare e possono a volte essere associate ad un'atrofia dei tessuti o ad un intervento chirurgico precedente. Non si possono distinguere dalle incisioni causate dall'inserimento di oggetti taglienti.

227. È raro scoprire tracce fisiche probanti quando l'esame genitale avviene più di una settimana dopo le sevizie sessuali denunciate. Ancora più tardi, quando la donna ha potuto nuovamente avere un'attività sessuale, consenziente o meno, o può aver partorito, l'origine di eventuali sintomi può rivelarsi praticamente impossibile da stabilire. Ecco perché l'elemento più determinante di una visita medica può consistere nella valutazione da parte del medico delle informazioni a sua disposizione (correlazione tra le sevizie denunciate e le lesioni acute constatate) e del comportamento della paziente, tenendo conto del contesto culturale.

f) *Esame genitale degli uomini*

228. Gli uomini che hanno subito atti di tortura nella zona genitale, compresi lo schiacciamento, la torsione o lo stiramento dello scroto e dei colpi nella stessa zona, lamentano generalmente, nella fase acuta, dolori e ipersensibilità. Si possono osservare iperemia, gonfiore accentuato ed ecchimosi. L'urina può contenere un alto numero di eritrociti e leucociti. Se si rileva una massa, si dovrebbe determinare se essa è dovuta ad un idrocele ad un ematocele o ad un'ernia inguinale. Nel caso di un'ernia inguinale, l'esaminatore non riesce a palpare il cordone spermatico al disotto della massa, mentre invece ciò è possibile negli altri due casi. Un idrocele deriva da un eccessivo accumulo di fluido nella tunica vaginale in seguito all'infiammazione del testicolo e degli annessi di questo o ad

una diminuzione del drenaggio conseguente ad un'ostruzione linfatica o venosa del cordone o nella zona retroperitoneale. Un ematocele consiste nell'accumulo di sangue nella tunica vaginale in seguito ad un trauma. A differenza dell'idrocele, esso non produce transilluminazione.

229. Un trauma allo scroto può anche provocare una torsione testicolare che, ostruendo il flusso sanguigno, comporta dolori violenti e rigonfiamenti del testicolo. Questo caso richiede un immediato intervento chirurgico. Se l'organo non viene ridotto rapidamente, ne conseguirà un'infiltrazione del testicolo. Quando tale lesione si produce durante la detenzione, in cui le cure mediche possono mancare, si potranno osservare dei postumi.

230. Gli individui che hanno subito sevizie al livello dello scroto soffrono a volte di infezioni croniche dell'apparato urinario, di disturbi dell'erezione o di atrofia dei testicoli. I sintomi di stress post-traumatico sono relativamente correnti. In fase cronica, è possibile distinguere tra una patologia scrotale conseguente alla tortura e quella che deriva da altri processi morbosi. Quando un esame urologico approfondito non ha messo in evidenza anomalie fisiche, i sintomi urinari, l'impotenza o altri problemi sessuali possono avere un'origine psicologica. Essendo spesso molto difficile osservare cicatrici sullo scroto e sul pene, l'assenza di queste non permette in alcun modo di concludere che non vi siano state sevizie. Al contrario, la presenza di segni visibili suggerisce un trauma importante.

g) *Esame della regione anale*

231. La sodomia forzata o l'inserimento di oggetti nell'ano può provocare nelle vittime dell'uno o dell'altro sesso dolori ed

emorragie che si prolungano a volte per molti giorni o settimane. Spesso, tali sevizie comportano anche la costipazione, che può essere aggravata, durante la detenzione, da un cattivo regime alimentare. Possono presentarsi anche sintomi gastrointestinali ed urinari. In fase acuta, ogni esame diverso da quello visivo potrà richiedere un'anestesia locale o generale e dovrebbe essere compiuto da uno specialista. In fase cronica, possono persistere diversi sintomi, che è opportuno passare in rassegna. La presenza di cicatrici anali insolite per dimensione o collocazione deve essere annotata con precisione. Le fessure anali possono persistere per diversi anni, ma in generale è impossibile distinguere quelle derivate da tortura da quelle provocate da altri meccanismi. Nel corso dell'esame dell'ano, si porrà attenzione ai punti seguenti:

- i. Fessure. Le fessure non presentano una caratteristica sufficientemente specifica, poiché possono prodursi in circostanze "normali" (costipazione, mancanza di igiene). Osservate in fase acuta (entro le 72 ore), tuttavia, esse possono essere considerate come sintomi probabili di penetrazione;
- ii. Lacerazioni rettali, con o senza emorragia;
- iii. Superficie della pelle anormalmente liscia a forma di ventaglio. La presenza di tali cicatrici al di fuori della linea mediana può essere l'indicazione di un trauma da penetrazione;
- iv. Escoriazioni in conseguenza di traumi da cicatrizzazione;
- v. Perdite purulente. In caso di accuse di denuncia di penetrazione, prelevare sistematicamente campioni al fine di rilevare blenorragia e clamidia, anche in assenza di perdite.

E. – Test diagnostici specialistici

232. I test diagnostici non rappresentano un elemento essenziale della valutazione clinica delle vittime presunte della tortura. La maggior parte delle volte, sono sufficienti un resoconto dei precedenti medici e un esame fisico. In certi casi, tuttavia, tali test possono costituire elementi utili di prova, ad esempio quando si intenta un'azione contro rappresentanti dell'autorità o al fine di ottenere risarcimenti. Un test positivo potrà allora decidere l'esito della causa. Se, d'altro canto, si effettuano test per motivi terapeutici, i risultati di essi dovrebbero essere inseriti nel rapporto clinico. Come per le osservazioni fisiche, l'assenza di un risultato probante nel corso di un test diagnostico non permette di concludere che la tortura non vi sia stata. Allo stesso modo, esistono numerose circostanze in cui i test diagnostici non si possono effettuare per ragioni tecniche, ma l'assenza di essi non potrebbe invalidare un rapporto redatto come si deve. Quando le capacità dei servizi di diagnosi sono limitate, i bisogni clinici dovrebbero sempre avere la precedenza sulle utilizzazioni a fini strettamente giuridici. (Vedi allegato II per maggiori dettagli).

CAPITOLO VI

PROVE PSICOLOGICHE DELLA TORTURA

A. – Considerazioni generali

1. *Il ruolo centrale della valutazione psicologica*
233. La tortura è generalmente riconosciuta come un'esperienza estrema, suscettibile di provocare un ampio ventaglio di sofferenze fisiche e psicologiche. La maggior parte dei medici e dei ricercatori ammette che essa ha, per la sua stessa natura, la capacità di provocare conseguenze mentali ed emotive, indipendentemente dalla condizione psicologica precedente della vittima. Tuttavia, l'impatto psicologico della tortura dipende dal sistema di pensiero e di valori dell'individuo, dal suo sviluppo personale e da fattori sociali, politici e culturali. Ecco perché non si potrebbe affermare che tutte le forme di tortura producono gli stessi effetti. Così, le conseguenze psicologiche di una esecuzione simulata non sono le stesse di quelle di una sevizia sessuale, e l'isolamento penitenziario non produce gli stessi effetti della tortura fisica. Similmente, gli effetti della detenzione e della tortura non sono necessariamente identici in un adulto ed in un minore. Tuttavia, si sono constatate alcune costanti nei sintomi e nelle reazioni psicologiche delle vittime della tortura.
234. I torturatori giustificano volentieri i loro atti con la necessità di ottenere informazioni. Questa tesi nasconde la natura stessa della tortura, che ha per oggetto e per effetto quelli di ridurre la vittima ad uno stato di sgomento e di impotenza estremi che possono condurre ad un deterioramento delle

funzioni cognitive, emotive e comportamentali.⁹² In altre parole, la tortura costituisce essenzialmente un'aggressione contro le strutture psicologiche e sociali fondamentali dell'individuo. Essa mira a spezzare non soltanto l'integrità fisica della vittima, ma anche la sua personalità. Il torturatore si sforza di distruggere i legami che collegano la vittima ad una famiglia e ad una comunità in quanto essere umano portatore di sogni, speranze ed aspirazioni per il futuro. Disumanizzando la sua vittima e spezzandone la volontà, egli perverte gravemente le relazioni future che si stabiliranno tra la vittima ed il suo ambiente. È così che la tortura può, per contraccolpo, minare il funzionamento e la coesione di intere comunità.

235. È opportuno notare che non tutte le vittime di torture sviluppano malattie mentali diagnosticabili. Tuttavia, la maggior parte di esse accusa profondi sconvolgimenti emotivi e psicologici. I principali disturbi psichiatrici osservati sono la sindrome da stress post-traumatico e la depressione maggiore. Benché questi disturbi siano presenti all'interno di qualunque comunità di persone, la prevalenza di essi è nettamente più elevata tra le popolazioni traumatizzate. L'impatto culturale, sociale e politico della tortura varia secondo gli individui ed influisce sulla loro capacità di evocare e descrivere i fatti. Diversi fattori svolgono un ruolo determinante per l'impatto psicologico e sociale della tortura, e devono essere presi in considerazione nel corso della valutazione di un individuo che appartiene ad una cultura diversa da quella dell'esaminatore. La ricerca interculturale mostra che i metodi fenomenologici e descrittivi costituiscono gli approcci più razionali per tentare

⁹² G. Fishcer e N. F. Gurriss "Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung", *Praxis der Psychotherapie – Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*, a cura di W. Senf e M. Broda, Stoccarda, Thieme 1996

di valutare i disturbi psicologici o psichiatrici. Certi comportamenti considerati come patologici in una data cultura possono essere ritenuti perfettamente normali in un'altra cultura.^{93,94,95} Dalla seconda guerra mondiale, grandi progressi sono stati registrati nella comprensione delle conseguenze psicologiche della violenza, grazie in particolare all'osservazione ed alla documentazione di diversi sintomi e gruppi di sintomi manifestati dalle vittime della tortura e di altri maltrattamenti.

236. In questi ultimi anni, la diagnosi di stato di stress post-traumatico è stata applicata ad una gamma sempre più ampia di individui esposti alle più diverse forme di violenza. Benché la validità di tale diagnosi nelle culture extra-occidentali non sia accertata, l'esperienza suggerisce l'esistenza di tassi elevati di disturbi di stress post-traumatico e di depressione tra le popolazioni di rifugiati di origini etniche e culturali molto diverse.^{96,97,98} Lo studio transculturale della depressione realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità fornisce

⁹³ A. Kleinman, "Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care", studio presentato al simposio regionale dell'Associazione mondiale di psichiatria sulla psichiatria e le discipline collegate nel 1986.

⁹⁴ H. T. Engelhardt, "The concepts of health and disease", *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, a cura di H. T. Engelhardt e S. F. Spicker, Dordrecht, D. Riedel Publishing, 1975: 125-141.

⁹⁵ J. Westermeyer, "Psychiatric diagnosis across cultural boundaries", *American Journal of Psychiatry*, 142(7) 1985:798-805

⁹⁶ R. F. Mollica, K. Donelan, S. Tor et al., "The effect of trauma and confinement on the functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand-Cambodia border camps", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 270 1993:581-586.

⁹⁷ J. D. Kinzie et al., "The prevalence of post-traumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees", *American Journal of Psychiatry*, 147(7) 1990:913-917.

⁹⁸ K. Allden et al. « Burmese political dissidents in Thailand : trauma and survival among young adults in exile », *American Journal of Public Health*, 86 1996:1561-1569.

informazioni utili.⁹⁹ Se certi sintomi possono ritrovarsi tra culture diverse, non sono necessariamente quelli che rivestono più importanza per l'individuo.

2. *Il contesto della valutazione psicologica*

237. Le valutazioni si inseriscono in contesti politici variabili, e ciò comporta differenze notevoli nella maniera in cui è opportuno procedere. Il medico o lo psicologo dovrà adattare le direttive seguenti alla particolare situazione ed allo scopo della valutazione (vedi capitolo III, sez. C.2.).
238. La decisione di porre o meno determinate domande dipenderà dalla misura in cui possono essere garantite la riservatezza e la sicurezza. Così, una visita svolta in un carcere da un medico esterno e la cui durata è limitata a 15 minuti seguirà per definizione un corso ben diverso da quello di una visita di un medico legale effettuata in un locale privato e che dura diverse ore. D'altro lato, si incontreranno inevitabilmente alcune difficoltà quando si tratterà di determinare se tale o tal altro sintomo psicologico o comportamentale è di natura patologica o adattativa. Quando il soggetto è esaminato in detenzione, o in qualunque altro contesto fortemente minaccioso o oppressivo, alcuni sintomi potranno essere di tipo adattativo. Ad esempio, manifestazioni di indifferenza, di distacco o di alienazione non appariranno strane in un individuo posto in isolamento. Allo stesso modo, ipervigilanza e comportamento di evitamento possono essere necessari per individui che vivono in società repressive.¹⁰⁰ Nonostante le costrizioni legate a contesti

⁹⁹ N. Sartorius, "Cross-cultural research on depression", *Psychopathology*, 19(2) 1987:6-11

¹⁰⁰ M. A. Simpson, "What went wrong?: diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa", *Beyond Trauma-Cultural*

particolari, ci si sforzerà comunque di seguire il più fedelmente possibile le direttive stabilite nel presente manuale. In circostanze difficili, è particolarmente importante che i governi e le autorità interessate si sentano strettamente legati a tali norme.

B. – Conseguenze psicologiche della tortura

1. Avvertenza

239. Prima di venire alla descrizione tecnica dei sintomi e delle classificazioni psichiatriche, è opportuno notare che queste ultime sono generalmente considerate come concetti medici occidentali e che la loro applicazione a popolazioni non occidentali presenta, implicitamente o esplicitamente, alcune difficoltà. Così, si potrà sostenere che le culture occidentali medicalizzano all'eccesso i processi psicologici. L'idea secondo la quale una sofferenza mentale è l'indice di un turbamento identificabile per mezzo di un insieme di sintomi caratteristici è giudicata irricevibile da molti membri di società non occidentali. Ciononostante, esistono sufficienti elementi che stabiliscono l'esistenza di modifiche biologiche legate allo stato di stress post-traumatico, che costituiscono altrettanti sintomi che rilevano da un trattamento dal punto di vista tanto biologico che psicologico.¹⁰¹ Per quanto possibile, il medico o lo psicologo incaricato di effettuare una valutazione dovrebbe sforzarsi di collegare le sofferenze mentali alle credenze ed alla cultura del soggetto. Ciò significa rispettare il contesto politico, culturale e religioso. Con riguardo alla gravità della tortura e delle conseguenze

and Societal Dynamics, a cura di R.J. Kleber, C.R. Figley, B.P.R. Gersons, New York, Plenum Press, 1995:188-210.

¹⁰¹ M. Friedman e J. Jaramson, "The application of the post-traumatic concept to refugees", *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, a cura di T. Marsella et al. (Washington D.C., American Psychological Association Press, 1994:207-227).

di essa, è d'altronde preferibile adottare un atteggiamento aperto basato sul dialogo e sull'ascolto del paziente, piuttosto che affrettarsi a diagnosticare e classificare. In modo ideale, il paziente dovrebbe avere la sensazione che le sue lamentele e le sue sofferenze sono riconosciute come reali e perfettamente normali, tenuto conto delle circostanze. Un atteggiamento empatico contribuirà ad attenuare il senso di alienazione che spesso provano le vittime della tortura.

2. *Reazioni psicologiche comuni*

a) *Ripetizione del trauma*

240. Le vittime della tortura possono essere soggette a immagini o ricordi ricorrenti che fanno loro rivivere l'esperienza nello stato di veglia o, sotto forma di incubo, durante il sonno. Il senso di angoscia associato a tutto ciò che può simbolizzare o richiamare il trauma si manifesta spesso attraverso la diffidenza e la paura nei confronti dei rappresentanti dell'autorità, medici e psicologi compresi. In paesi o situazioni in cui l'autorità è coinvolta in violazioni dei diritti umani, la diffidenza e la paura nei confronti dei rappresentanti dell'autorità non possono essere considerate patologiche.

b) *Comportamento di evitamento e torpore emotivo*

- i. Rifiuto di ogni pensiero, conversazione, attività, luogo o persona suscettibile di risvegliare un ricordo del trauma;
- ii. Profondo torpore emotivo;
- iii. Disinteresse nei confronti di se stesso e della società;
- iv. Incapacità di rammentare un aspetto importante del trauma.

c) *Ipervigilanza*

- i. Difficoltà ad addormentarsi o a rimanere addormentato;
- ii. Irritabilità, accessi di collera;
- iii. Difficoltà a concentrarsi;
- iv. Ipervigilanza, reazione di soprassalto esagerata;
- v. Ansia generalizzata;
- vi. Respiro corto, sudorazione, secchezza della bocca, vertigini, disturbi gastrointestinali.

d) *Sintomi di depressione*

241. Ecco alcuni dei sintomi di depressione più comuni: depressione dell'umore, anedonia (disinteresse o affievolimento del piacere in certe attività), modifica dell'appetito o perdita di peso, insonnia o ipersonnia, agitazione o rallentamento psicomotorio, stanchezza e mancanza di energia, senso di inutilità o di colpa, difficoltà di fissare l'attenzione, di concentrarsi o di mobilitare i ricordi, idee di morte, idee di suicidio, tentativi di suicidio.

e) *Senso di irreparabile*

242. Il soggetto è convinto di avere subito danni irreparabili ed un cambiamento irreversibile della sua personalità.¹⁰² Egli sente che il suo avvenire è irrimediabilmente compromesso,

¹⁰² N.R. Holtan, "How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care", *Caring for Victims of Torture*, a cura di J. M. Jaranson e M. K. Popkin, Washington, American Psychiatric Association, 1998: 107-113.

senza prospettive di carriera, di matrimonio, di paternità o maternità o altre caratteristiche di una vita normale.

f) *Dissociazione, spersonalizzazione e comportamenti atipici*

243. La dissociazione è una rottura dell'unità psichica caratterizzata dall'incapacità di ricondurre a sé certe azioni che si compiono o dalla sensazione di essere doppio, come se il soggetto si osservasse dall'esterno. La spersonalizzazione è l'impressione di non essere più se stessi, in quanto persona fisica e personalità psichica. La difficoltà di controllare le proprie pulsioni ha per conseguenza dei comportamenti che il soggetto può considerare come totalmente atipici rispetto alla sua personalità anteriore. Così, un individuo un tempo molto prudente potrà adottare comportamenti ad alto rischio.

g) *Sintomi somatici*

244. I sintomi somatici quali mal di testa ed altri dolori, corroborati o meno da osservazioni cliniche, sono comuni tra le vittime della tortura. Il dolore è a volte l'unico lamento espresso, e la collocazione nonché l'intensità di esso possono variare. I sintomi somatici possono essere una conseguenza diretta della tortura, o avere un'origine puramente psicologica. Tra i più tipici figurano i dolori dorsali e muscolo-ossei ed anche i mal di testa. Questi ultimi, spesso conseguenti a percosse sul capo, sono particolarmente frequenti nelle vittime della tortura e divengono cronici con facilità. Possono anche essere provocati o inaspriti dalla tensione e dallo stress.

h) *Disfunzioni sessuali*

245. Anche le disfunzioni sessuali sono molto diffuse, soprattutto nelle persone che hanno subito stupri o altre sevizie sessuali, ma non esclusivamente (vedi capitolo V, sez. D.8.).

i) *Psicosi*

246. Le differenze culturali e linguistiche possono essere all'origine di diagnosi sbagliate di disturbi psicotici. Prima di fare una tale diagnosi, è importante valutare i sintomi nel particolare contesto culturale del soggetto. I comportamenti psicotici possono essere di breve durata o di durata prolungata, ed i sintomi possono presentarsi durante la detenzione o la tortura, o in un momento successivo. Di seguito, alcuni dei sintomi più comunemente osservati:

- i. Idee deliranti;
- ii. Allucinazioni uditive, visive, tattili o olfattive;
- iii. Ideazioni e comportamenti strani;
- iv. Illusioni ed altre distorsioni della percezione che possono assumere la forma di pseudo-allucinazioni ed avvicinarsi a veri e propri comportamenti psicotici. Le distorsioni della percezione che si manifestano in fase di addormentamento o di risveglio sono comuni all'insieme degli individui e non costituiscono sintomi psicotici. Quanto alle vittime della tortura, succede loro di avere allucinazioni uditive (grida, sentirsi chiamare per nome) o visive (ombre) senza tuttavia presentare sintomi probanti di psicosi.
- v. Paranoia e delirio di persecuzione;
- vi. Negli individui che hanno precedenti di malattie mentali, si potrà osservare una ricorrenza di disturbi psicotici o di disturbi dell'umore, con manifestazioni psicotiche. Le persone che hanno precedenti di disturbi bipolari, di depressioni ricorrenti con

caratteristiche psicotiche, di schizofrenia e di disturbi schizo-affettivi, in particolare, potranno conoscere episodi di questi stessi disturbi.

j) *Abuso di sostanze tossiche*

247. Le persone che hanno subito la tortura divengono spesso dipendenti dall'alcol o da altre sostanze tossiche che le aiutano a respingere i ricordi traumatici, a riequilibrare i loro affetti ed a controllare la loro ansia.

k) *Alterazioni neuropsicologiche*

248. La tortura provoca a volte traumi fisici suscettibili di portare a lesioni cerebrali. Percosse sulla testa, soffocamento e malnutrizione prolungata possono avere conseguenze neurologiche e neuro-psicologiche a lungo termine che non sono rilevabili nell'ambito di una visita medica. Come tutte le lesioni cerebrali, tali danni sfuggono di fatto ai processi di radiodiagnostica e ad altre procedure mediche. Solo una valutazione neuro-psicologica può eventualmente far apparire sintomi specifici. In molti casi, questi stessi sintomi possono essere imputabili allo stato di stress post-traumatico ed alla depressione. Così, i disturbi dello stato di coscienza, dell'orientamento, della capacità di attenzione e di concentrazione, della memoria e delle funzioni esecutive possono avere origini tanto funzionali che organiche. Per distinguere tra le une e le altre, occorre dunque disporre di competenze specializzate nell'ambito della valutazione neuro-psicologica e contemporaneamente essere consapevoli delle dimensioni culturali che influiscono sulla validità delle norme e degli strumenti di valutazione neuro-psicologica (vedi sezione C.4 del presente Capitolo).

3. *Classificazione dei sintomi*

249. Se i sintomi e le osservazioni registrati tra le vittime della tortura variano notevolmente, in relazione all'esperienza personale del soggetto ed al suo particolare contesto culturale, sociale e politico, è tuttavia importante che i valutatori si familiarizzino con i disturbi più comunemente diagnosticati. Non è raro che parecchi disturbi si manifestino in concomitanza, a causa della correlazione marcata che unisce i disturbi mentali post-traumatici. In prima linea fra i sintomi associati alla tortura figurano diverse manifestazioni di ansia e depressione, quindi la sintomatologia sopra descritta è di frequente collegata a queste categorie di disturbi. I due principali sistemi di classificazione sono la Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi di salute collegati (CIM-10) – Disturbi mentali e del comportamento dell'Organizzazione mondiale della sanità ed il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV) dell'American Psychiatric Association^{103,104}. Il lettore vi troverà descrizioni complete delle varie categorie di sintomi. Ci atterremo qui alle diagnosi più correntemente associate a traumi: depressione maggiore, sindrome da stress post-traumatico e modifiche durevoli della personalità.

a) *Disturbi depressivi*

250. Praticamente tutte le persone che hanno subito la tortura soffrono di stati depressivi. Quando si tratta di valutare le conseguenze della tortura, si incontrano serie difficoltà considerando la sindrome da stress post-traumatico e la depressione maggiore come due entità patologiche ben distinte. I disturbi depressivi comprendono i disturbi di

¹⁰³ Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra, 1994.

¹⁰⁴ American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 4a edizione, Washington, 1994.

depressione maggiore ad episodio unico o ricorrenti (diversi episodi). Possono essere accompagnati o meno da sintomi psicotici, catatonici, melanconici o atipici. Secondo la classificazione del DSM-IV, una diagnosi di episodio depressivo grave può essere formulata solo se almeno cinque dei sintomi di seguito indicati sono osservati in uno stesso periodo di due settimane e se essi rappresentano un cambiamento in confronto allo stato anteriore del paziente (ed il sintomo 1 o 2 deve essere presente): 1) umore depressivo; 2) affievolimento marcato dell'interesse o del piacere in tutte o quasi tutte le attività; 3) perdita di peso o modifica dell'appetito; 4) insonnia o ipersonnia; 5) agitazione o rallentamento psicomotorio; 6) stanchezza e mancanza di energia; 7) senso di inutilità o senso di colpa; 8) difficoltà a fissare l'attenzione o a concentrarsi; 9) idee ricorrenti di morte o di suicidio. Per formulare tale diagnosi, occorre inoltre che i sintomi provochino uno sconforto significativo o che essi alterino la vita sociale o professionale, che non abbiano un'origine psicologica e che non si spieghino con un'altra diagnosi secondo la classificazione del DSM-IV.

b) *Sindrome da stress post-traumatico*

251. La diagnosi più frequentemente associata alle conseguenze psicologiche della tortura è lo stress post-traumatico. L'associazione tra la tortura e tale diagnosi è oggi molto presente alla mente degli operatori sanitari, delle istanze che si occupano di rifugiati ed altri migranti, ed anche della pubblica opinione informata. Ne deriva la sensazione semplicistica e sbagliata che lo stato di stress post-traumatico sia la conseguenza psicologica principale della tortura.
252. La definizione dello stress post-traumatico che dà la classificazione del DSM-IV si basa fortemente sulla presenza

di disturbi della memoria associati ad un trauma – riviviscenze invadenti, incubi, incapacità di rammentare aspetti importanti del trauma. Così, un individuo potrà essere incapace di rammentare con precisione certi dettagli delle sessioni di tortura, ma ricorderà gli aspetti più salienti della sua esperienza. Trattandosi, ad esempio, di sevizie sessuali, la vittima si ricorderà di essere stata stuprata a più riprese, senza potere fornire indicazioni precise quanto alle date, ai luoghi, ai locali o ai torturatori. In tali circostanze, l'incapacità di ricordare dettagli rafforza, invece di diminuirli, la credibilità del testimone, il quale, generalmente, non varierà le grandi linee della sua storia nel corso dei colloqui successivi. La diagnosi di stress post-traumatico data dalla CIM-10 è molto vicina a quella della classificazione del DSM-IV. Secondo quest'ultimo, i disturbi da stress post-traumatico possono essere acuti, cronici o differiti. Essi devono persistere per più di un mese e devono provocare uno sconforto significativo o una manifesta alterazione del funzionamento. Perché possa essere formulata una diagnosi di stress post-traumatico, il soggetto deve essere stato esposto ad un evento traumatizzante che ha messo in pericolo la vita della vittima o di altre persone e provocato dei sentimenti di paura intensa, di impotenza o di spavento. Il detto evento deve essere rivissuto in maniera persistente sotto una o più delle forme seguenti: il soggetto è in preda all'intrusione ricorrente di ricordi perturbanti o di sogni dolorosi legati all'evento, agisce o si sente come se l'esperienza si ripetesse, soffre di allucinazioni, di flash-back e di altre illusioni, prova una profonda angoscia psicologica di fronte a tutto ciò che può evocare l'evento ed ha reazioni fisiologiche in presenza di tutto ciò che può richiamare o simbolizzare gli aspetti della sua esperienza.

253. Il soggetto deve manifestare una tendenza persistente a fuggire gli stimoli associati al suo trauma o una mancanza di

reattività generale. Perché possa essere formulata una diagnosi di stress post-traumatico, egli/ella deve presentare almeno tre dei seguenti sintomi: 1) evita sistematicamente i pensieri, i sentimenti o le conversazioni suscettibili di risvegliare un ricordo del trauma; 2) evita inoltre le attività, i luoghi, le persone che gli rammentano la sua esperienza; 3) non riesce a rammentare un aspetto importante dell'evento; 4) si disinteressa di attività importanti; 5) si sente estraneo a se stesso o agli altri; 6) il suo affetto è ristretto; 7) non spera nulla dall'avvenire. Secondo la classificazione del DSM-IV, un altro modo di formulare una diagnosi di stress post-traumatico risiede nella persistenza di sintomi di ipervigilanza che non esistevano prima del trauma, motivo che sarà confermato dall'osservazione di almeno due dei segnali seguenti: difficoltà ad addormentarsi o a dormire; irritabilità; accessi di collera; difficoltà di concentrarsi; ipernervosismo, reazione di soprassalto esagerata.

254. I disturbi da stress post-traumatico possono essere cronici o fluttuare per periodi prolungati. In certe fasi, i sintomi di ipervigilanza e di irritabilità domineranno il quadro clinico. Il soggetto soffrirà allora generalmente di un aumento degli episodi di ricordi intrusivi, incubi ed altre manifestazioni ricorrenti. In altri momenti, potrà apparire relativamente asintomatico o ripiegato sul piano emotivo. Conviene tenere presente che l'assenza di coincidenza con i criteri della diagnosi non significa affatto che non vi è stata tortura. Secondo la CIM-10, lo stato di stress post-traumatico può, in certi casi, seguire un corso cronico per diversi anni, prima di evolvere eventualmente verso una modifica durevole della personalità.

c) *Modifica durevole della personalità*

255. In seguito ad uno stress estremo, dovuto ad una causa improvvisa o prolungata, possono svilupparsi disturbi della personalità negli individui un tempo esenti da tali disturbi. Fra le situazioni suscettibili di comportare tali sintomi, si possono citare le esperienze nei campi di concentramento, le catastrofi, la prigionia prolungata sotto la minaccia permanente di essere uccisi ed altre situazioni nelle quali la vita è minacciata, come il fatto di essere vittime di atti di terrorismo o di tortura. Secondo la CIM-10, la diagnosi di modifica durevole della personalità dovrebbe essere formulata solo in presenza di indicazioni che permettono di dedurre un cambiamento manifesto, significativo e persistente del modo di percezione, di relazione e di pensiero del soggetto nei confronti di coloro che gli sono attorno e di se stesso, associato a comportamenti rigidi e non adatti che non esistevano prima del trauma. La diagnosi esclude i cambiamenti che derivano da altri disturbi mentali o che costituirebbero un sintomo residuo di un disturbo mentale antecedente, così come i cambiamenti di personalità e di comportamento dovuti ad una malattia, una disfunzione o una lesione del cervello.
256. Sempre secondo la CIM-10, occorre, per formulare una tale diagnosi, che il cambiamento persista per almeno due anni dopo il trauma iniziale, e lo stress deve essere così estremo che “non è necessario che sia presa in considerazione la vulnerabilità individuale del soggetto per spiegare il suo profondo effetto sulla personalità”. Una modifica durevole della personalità è caratterizzata da un atteggiamento ostile o diffidente nei confronti del mondo esterno, da un ripiego sociale, da sentimenti di vuoto o di perdita di speranza, l'impressione cronica di avere “i nervi a fior di pelle”, come sotto l'effetto di una minaccia permanente, ed un sentimento di distacco.

d) *Abuso di sostanze tossiche*

257. I clinici hanno osservato che le persone che hanno subito la tortura diventano spesso dipendenti dall'alcol o da sostanze tossiche che le aiutano a respingere dei ricordi traumatizzanti, a riequilibrare il loro affetto ed a gestire le loro angosce. Sebbene la comorbidità dei disturbi da stress post-traumatico con altri disordini sia corrente, si è poco studiato il fenomeno della tossicodipendenza delle vittime della tortura. La letteratura relativa alle popolazioni che soffrono di disturbi da stress post-traumatico comprende dei gruppi che possono aver subito torture – come i rifugiati, i prigionieri di guerra ed i veterani di guerra – e fornisce quindi utili indicazioni in tale ambito. Essa rivela, fra l'altro, che la prevalenza di abuso di sostanze tossiche varia in funzione dell'appartenenza etnica e culturale. Gli ex prigionieri di guerra che soffrono di disturbi da stress post-traumatico appaiono più esposti all'abuso di sostanze tossiche, e gli ex-combattenti presentano tassi elevati di comorbidità della sindrome di stress post-traumatico e di abuso di queste stesse sostanze.^{105,106,107,108,109,110,111,112} In breve,

¹⁰⁵ P. J. Farias, "Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample", *Culture, Medicine and Psychiatry* (15 1991:167-192).

¹⁰⁶ A. Dadfar "The Afghans: bearing the scars of a forgotten war", *Amidst peril and pain*, A.Marsella et al. (Washington, D. C., American Psychological Association, 1994).

¹⁰⁷ G.W. Beebe, "Follow-up studies of World War II and Korean warprisoners, II: morbidity, disability, and maladjustments", *American Journal of Epidemiology* (101 1975:400-422).

¹⁰⁸ B. E. Engdahl et al., "The comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war", in review.

¹⁰⁹ T. M. Keane and J. Wolfe, "Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies", *Journal of Applied Social Psychology* (20(21, 1) 1990:1776-1788).

¹¹⁰ R. A. Kulka et al., *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study* (New York, Brunner/Mazel, 1990).

lo studio di altre popolazioni esposte alla sindrome di stress post-traumatico suggerisce nettamente che l'abuso di sostanze tossiche costituisce una diagnosi potenziale di comorbidità per le vittime di tortura.

e) *Altre diagnosi*

258. Come emerge chiaramente dal catalogo dei sintomi sopra descritti, altre diagnosi possono prevedersi oltre allo stress post-traumatico, ai disturbi depressivi gravi ed alla modifica permanente della personalità (vedi sopra). Eccone alcune:
- i. Ansia generalizzata – ansia eccessiva nei confronti di diversi eventi o attività, tensione motoria, accrescimento dell'attività neurovegetativa;
 - ii. Disturbo panico – accessi ricorrenti ed inattesi di paura intensa o di malessere, che comportano sintomi quali sudorazione, soffocamento, tremore, accelerazione del ritmo cardiaco, vertigine, nausea, brividi o vampate di calore;
 - iii. Stato di stress acuto – sintomi simili ai disturbi da stress post-traumatico, ma diagnosticati nel mese successivo al trauma;
 - iv. Disturbi somatoformi – sintomi fisici non spiegati da una patologia medica;
 - v. Disturbi affettivi bipolari – episodi maniacali o ipomaniacali accompagnati da un umore espansivo o irritabile, da idee di grandezza, da una diminuzione del bisogno di sonno, da una fuga dei pensieri, da

¹¹¹ K. Jordan et al., "Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls", *Archives of General Psychiatry* (48(3) 1991:207-215).

¹¹² A. Y. Shalev, A. Bleich, R. J. Ursano, "Post-traumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance", *Psychosomatics* (31(2) 1990:197-203).

agitazione psicomotoria e da altri fenomeni psicotici associati;

- vi. Disturbi dovuti ad una condizione medica generale che assume sovente la forma di una disfunzione cerebrale – fluttuazioni o mancanze dello stato di coscienza, dell'orientamento, delle capacità di attenzione concentrazione, della memoria e delle funzioni esecutive;
- vii. Fobie – fobia sociale ed agorafobia.

C. – Valutazione psicologica/psichiatrica

1. Considerazioni etiche e cliniche

- 259. Le valutazioni psicologiche possono fornire preziosi elementi di prova nell'ambito delle indagini sulle denunce di tortura, e questo per diverse ragioni: la tortura provoca spesso dei disturbi psicologici devastanti; i metodi di tortura sono spesso concepiti in maniera tale da non lasciare tracce fisiche; le tracce fisiche lasciate dalla tortura possono riassorbirsi o mancare di specificità.
- 260. Le valutazioni psicologiche sono utilissime anche nell'ambito delle indagini relative ai diritti umani, degli esami medico-legali e delle richieste di asilo politico, ed anche per determinare le condizioni in cui sono state ottenute confessioni; esse fanno progredire la conoscenza delle pratiche regionali nell'ambito della tortura ed aiutano a stabilire i bisogni terapeutici delle vittime. La finalità di una valutazione psicologica consiste nel determinare il grado di coerenza tra la testimonianza di una vittima presunta della tortura e le osservazioni psicologiche effettuate nell'ambito della valutazione. A tale scopo, il valutatore dovrebbe redigere un rapporto dettagliato sui precedenti del soggetto,

procedere ad un esame del suo stato mentale, valutare il suo funzionamento sociale e redigere una sintesi delle proprie impressioni cliniche (vedi Capitolo III, sezione C e Capitolo IV, sezione E). Dovrebbe anche impostare una diagnosi psichiatrica, se è opportuno. Tenuto conto della frequenza molto importante di sintomi psicologici nelle vittime della tortura, ogni indagine su denunce di tortura dovrebbe comprendere una valutazione psicologica.

261. La valutazione dello stato mentale e la formulazione di una diagnosi clinica dovrebbero sempre tenere conto del contesto culturale. Per condurre un colloquio e formulare un'impressione e delle conclusioni cliniche, il valutatore deve assolutamente avere familiarità con le sindromi specifiche della cultura del paziente e con le modalità idiomatiche di espressione dei sintomi. Se il valutatore ha una conoscenza solo limitata della cultura del paziente, è indispensabile l'ausilio di un interprete. Quest'ultimo non deve conoscere solo la lingua ma anche i costumi, le pratiche religiose ed altre credenze del paese di cui è originaria la vittima. Non è raro che un colloquio susciti reazioni di paura e di diffidenza nella vittima, per identificazione con gli interrogatori precedenti. Per limitare i rischi di ripetere il trauma, è importante che il sanitario manifesti una certa empatia con l'esperienza vissuta dal soggetto e con il suo ambiente culturale. La stretta "neutralità clinica" in uso in certe forme di psicoterapia non è adatta in un tale contesto. Piuttosto che avere un atteggiamento riservato, il medico deve sforzarsi di far sentire al paziente che non è un giudice, ma un alleato.

2. *Svolgimento del colloquio*

262. Il clinico dovrebbe spiegare in dettaglio lo svolgimento del colloquio (domande sui precedenti psicosociali, racconto

delle torture subite, stato psicologico attuale) in maniera tale da preparare il soggetto alle reazioni emotive a volte penose che quel colloquio potrà suscitare. Il paziente deve avere la libertà di fare delle pause, di interrompere in ogni momento il colloquio e di andarsene se lo stress diventa insopportabile, con la possibilità di avere un appuntamento ulteriore. Il medico deve dare prova di tatto e di empatia nella formulazione e nel tono delle domande che pone, pur rimanendo obiettivo nella sua valutazione clinica. Deve peraltro essere attento a possibili reazioni personali di fronte alle evocazioni della tortura, che rischiano di influenzare le sue percezioni ed il suo giudizio.

263. Il colloquio potrà ravvivare nel paziente il ricordo di interrogatori subiti durante la tortura. Ecco perché può accadere che sentimenti violenti e negativi si manifestino nei confronti del medico – collera, rabbia, repulsione, impotenza, confusione, panico o odio. Il medico deve prevedere la possibilità per il paziente di esprimere e spiegare tali sentimenti, e mostrare di comprendere la situazione difficile in cui si trova il paziente. D'altronde, egli non deve perdere di vista la possibilità che quest'ultimo sia sempre oggetto di persecuzioni o di altre forme di oppressione. In considerazione di questa possibilità, è a volte preferibile astenersi dal porre domande che tocchino attività illegali. Il medico non deve neppure perdere di vista i motivi che sono all'origine della valutazione psicologica, poiché sono questi che determinano il grado di riservatezza al quale egli è tenuto. Quando una valutazione della credibilità di una vittima presunta della tortura è richiesta nell'ambito di un procedimento giudiziario messo in atto dallo Stato o in nome di esso, l'interessato deve essere informato che ciò comporta che il segreto medico per tutte le informazioni contenute nel rapporto sarà tolto. Se, invece, la richiesta di

valutazione psicologica proviene dalla vittima presunta, il segreto medico sarà rispettato.

264. I sanitari che effettuano valutazioni fisiche o psicologiche devono essere consapevoli che l'evocazione di traumi gravi può indurre nel valutatore e nel paziente reazioni emotive di transfert e contro-transfert. Diffidenza, paura, vergogna, collera e senso di colpa sono reazioni tipiche nelle vittime della tortura, in particolare quando si chiede loro di riferire o rammentare i dettagli della loro esperienza. Si parla di transfert quando il paziente riporta sul sanitario dei sentimenti legati al suo trauma. Il contro-transfert, che consiste nella reazione emotiva del medico nei confronti del paziente, può ugualmente influenzare la valutazione psicologica. Transfert e contro-transfert sono interdipendenti ed interattivi.
265. L'impatto potenziale delle reazioni di transfert sul processo di valutazione diventa manifesto dal momento in cui appare che un colloquio o un esame che comporta l'evocazione di un'esperienza traumatizzante espone il paziente a ricordi, pensieri e sentimenti nefasti e non desiderati. Anche se la vittima di atti di tortura acconsente alla valutazione nella speranza di trarne vantaggio, questa rischia allora di riattivare il suo trauma.
266. Le reazioni di transfert possono assumere diverse forme. Le domande del valutatore possono essere percepite come una costrizione simile ad un interrogatorio. Il valutatore può essere sospettato di voyeurismo o di sadismo ed il paziente può porsi, a proposito di quello, domande quali: Perché mi spinge a rivelare tutti i dettagli più terribili della mia esperienza? Perché una persona normale sceglierebbe di ascoltare storie come la mia per guadagnarsi da vivere? Quale potrebbe essere la motivazione nascosta del

valutatore? La vittima può anche avere un pregiudizio sfavorevole nei confronti del valutatore per il semplice fatto che questi non è stato detenuto né torturato, e concludere che quegli è schierato col nemico.

267. Il valutatore è percepito come una persona che occupa una posizione di potere – e spesso è così – e, perciò, la vittima potrà giudicare rischioso confidargli certi dettagli della sua esperienza. Al contrario, certi soggetti – in particolare coloro che sono sempre detenuti – manifestano una fiducia eccessiva, mentre il valutatore non è in grado di garantire la loro sicurezza. In tali circostanze, il valutatore deve fare di tutto per evitare che un detenuto si metta da solo in pericolo. Le vittime della tortura possono dubitare della capacità del valutatore di impedire l'accesso delle autorità persecutrici alle informazioni fornite nell'ambito della valutazione. Paura e diffidenza possono essere particolarmente acute quando medici o altro personale sanitario hanno partecipato alla tortura.
268. Spesso, il valutatore appartiene ad un'etnia o ad altra comunità dominante, mentre il paziente fa parte di un gruppo di minoranza. Una tale circostanza è suscettibile di rafforzare in quest'ultimo il sentimento, giustificato o meno, dello squilibrio di potere e di accentuare i suoi sentimenti di paura, di diffidenza e di soggezione. In certi casi, in particolare quando il paziente è ancora detenuto, l'antagonismo socioculturale si applica più all'interprete che al valutatore. Ecco perché l'interprete dovrebbe, per quanto possibile, essere assunto al di fuori della comunità locale, in maniera tale che tutte le parti possano considerarlo come neutro. Beninteso, è fortemente sconsigliato ricorrere ai servizi di un membro della famiglia della vittima, a causa delle pressioni che potrebbero essere esercitate su di lui/lei

dalle autorità, curiose di sapere quali informazioni sono state divulgate nell'ambito del colloquio.

269. Quando il valutatore e la vittima sono dello stesso sesso, il colloquio rischia di essere più facilmente assimilato ad una situazione di tortura. Così, una donna che ha subito in carcere uno stupro o altre sevizie da parte di un uomo è più suscettibile di provare sentimenti di sgomento, di diffidenza e di paura di fronte ad un valutatore di sesso maschile. In compenso, gli uomini che hanno subito sevizie sessuali possono essere imbarazzati nell'evocare certi dettagli in presenza di una donna. Tuttavia, l'esperienza ha mostrato, trattandosi in particolare di vittime ancora detenute, che in tutte le società, ad eccezione delle più fondamentaliste, dove è escluso che un uomo interroghi una donna – per non parlare di visitarla – l'atteggiamento del valutatore che informa e consiglia la vittima è molto più importante del suo sesso. Di fatto, succede che donne vittime di stupri rifiutino di confidarsi con donne senza qualifica medica e che esigano di parlare con un medico, anche se di sesso maschile, in modo tale da potergli porre domande specifiche. Queste possono riguardare le possibili conseguenze dello stupro, in particolare la gravidanza, la capacità ulteriore di procreare o i futuri rapporti sessuali tra coniugi. Nell'ambito di valutazioni condotte a scopi giudiziari, l'attenzione concessa ai dettagli e la precisione delle domande possono essere percepite come segni di diffidenza o di dubbio da parte dell'esaminatore.
270. A causa delle pressioni psicologiche sopra citate, le vittime della tortura possono subire un nuovo trauma e possono essere oppresse da ricordi duri, e presentare o attivare, per reazione, difese molto forti che si traducono in un comportamento di ritrosia e di ripiego affettivo durante la visita o il colloquio. Un tale comportamento pone serie

difficoltà, poiché le vittime sono allora nell'incapacità di comunicare pienamente la loro esperienza e le loro sofferenze, il che è pregiudizievole sia per i pazienti che per il buon svolgimento dell'indagine.

271. Le reazioni di contro-transfert sono spesso inconscie e, allorché un valutatore non ha consapevolezza di un contro-transfert, ciò diventa problematico. Non è anormale provare sentimenti quando si ascoltano pazienti che evocano atti di tortura e, benché tale sentimenti possano interferire con il lavoro del sanitario, il rischio è inferiore se questi ne ha coscienza. Nell'insieme, medici e psicologi che si dedicano alla visita ed al trattamento delle vittime della tortura ammettono che la conoscenza e la comprensione delle reazioni tipiche di contro-transfert sono cruciali, poiché il contro-transfert può limitare in maniera sensibile l'attitudine a stabilire ed a valutare le conseguenze fisiche e psicologiche della tortura. Un efficace lavoro di indagine della tortura e di altri maltrattamenti richiede una coscienza chiara delle motivazioni personali che spingono a lavorare in questo ambito. È generalmente ammesso che i professionisti che conducono continuamente questo genere di indagine dovrebbero ricevere supporto professionale da colleghi ugualmente specializzati in questo settore. Di seguito, si riportano alcune delle reazioni di contro-transfert più correnti:

- i. Comportamento di esitamento, ripiego su sé stessi ed indifferenza difensiva per proteggersi contro informazioni che turbano. Una tale reazione può condurre a trascurare dettagli ed a sottovalutare la gravità di problemi fisici e psicologici della vittima;
- ii. Disincanto, impotenza, disperazione e sovraidentificazione. Ciò può portare a sintomi di

- depressione o di trauma indiretto, come incubi, ansia o angoscia;
- iii. Senso di onnipotenza e di grandiosità. Il soggetto ritiene di essere un salvatore, *il* grande specialista del trauma, l'ultima chance del paziente di recuperare la salute;
 - iv. Sensazione di non essere "all'altezza". Il soggetto dubita della sua capacità di rispondere alle attese della vittima o rimette in discussione le sue competenze per riferimenti irrealistici a norme mediche idealizzate;
 - v. Senso di colpa. Il soggetto si sente colpevole di non condividere la sofferenza della vittima o solidalmente responsabile del male che la società ha fatto ad essa; può derivarne un approccio eccessivamente sentimentale o idealizzato del paziente;
 - vi. Collera e rabbia nei confronti dei torturatori. Questi sentimenti rischiano di minare la capacità del soggetto di rimanere obiettivo e possono diventare cronici;
 - vii. Collera o repulsione nei confronti della vittima. Un tale sentimento può svilupparsi in reazione al fatto di essere esposto ad un grado non abituale di ansia, o perché, dubitando della veridicità della testimonianza, il soggetto ha l'impressione di essere utilizzato dalla vittima;
 - viii. Reazioni legate alle origini culturali. Quando il sanitario appartiene ad un gruppo etnico diverso da quello della vittima, può essere influenzato da pregiudizi, avere un atteggiamento accondiscendente ed a sottovalutare il paziente. Al contrario, un clinico che appartiene allo stesso gruppo etnico della vittima potrà sentirsi solidale con il paziente e perdere la sua obiettività.

272. La maggior parte dei sanitari considera tuttavia che il contro-transfert può anche costituire in molti casi una preziosa fonte di informazioni sullo stato psicologico della vittima. L'efficacia del sanitario rischia soprattutto di essere compromessa se egli reagisce al contro-transfert piuttosto che quando egli riflette su di esso. Ecco perché si raccomanda vivamente a tutti i clinici che si dedicano alla valutazione ed al trattamento di vittime della tortura di analizzare ogni reazione di contro-transfert e, per quanto possibile, di fare in modo di ricevere sostegno professionale da colleghi.
273. A volte, le circostanze esigono l'intervento di un interprete (vedi capitolo IV, sez. I.). Esistono allora due formule possibili, ognuna delle quali presenta vantaggi ed inconvenienti: il valutatore può attenersi ad una traduzione letterale, o adottare un approccio biculturale che consiste nel lavorare in équipe con l'interprete, che gli fornirà allora le chiavi per valutare i fattori culturali, religiosi e sociali che influiscono sulla percezione e l'espressione degli avvenimenti e dei sintomi. Nel primo caso di figura, il clinico si priverà eventualmente di elementi di comprensione importanti. Nel secondo caso, non si può escludere il rischio che l'interprete influenzi le risposte del paziente o che ne alteri il senso. Quale che sia l'approccio scelto, la personalità dell'interprete, le sue origini etniche e culturali, così come le sue simpatie politiche assumono grande importanza. La vittima deve poter fidarsi di lui per comprendere le sue frasi e trasmetterle fedelmente al sanitario. L'interprete non dovrebbe in nessuna circostanza essere un funzionario incaricato dell'applicazione della legge o altro impiegato dello Stato, e nemmeno un parente della vittima, per ragioni evidenti di riservatezza. Dovrebbe essere sempre indipendente.

3. *Elementi della valutazione psicologica / psichiatrica*

274. L'introduzione dovrebbe indicare la fonte di riferimento principale, le fonti secondarie (fascicoli medici, giuridici e psichiatrici, ad esempio) e descrivere i metodi di valutazione usati (colloqui, inventario dei sintomi, liste di controllo, test neuropsicologici).

a) *Racconto circostanziato degli eventi*

275. Il valutatore dovrebbe fare tutto il possibile per ottenere un racconto circostanziato degli atti di tortura, delle persecuzioni e di altre esperienze traumatiche subite dal paziente (vedi Capitolo IV, sezione E). Questa parte del colloquio è spesso dura per la vittima, quindi può rivelarsi necessario dividerla in più sessioni. Prima di entrare nei dettagli, si chiederà al paziente di fornire un riassunto degli eventi principali. Il valutatore deve essere cosciente delle poste giudiziarie in gioco, poiché queste determineranno la natura ed il volume delle informazioni necessarie.

b) *Stato psicologico attuale*

276. La valutazione dello stato attuale della vittima sul piano psicologico costituisce l'elemento chiave dell'analisi. Dato che l'80-90% dei prigionieri di guerra sottoposti a sevizie violente e delle vittime di stupro soffrono di disturbi da stress post-traumatico permanenti, è importante fare domande che si collegano specificamente alle tre grandi categorie di disturbi esposte nel DSM-IV – riviviscenza dell'evento traumatico, comportamento di evitamento o affievolimento della reattività (compresa l'amnesia), ipervigilanza^{113,114}. I sintomi affettivi, cognitivi e

¹¹³ B. O. Rothbaum et al., "A prospective examination of post-traumatic stress disorder rape victims", *Journal of Traumatic stress*, 5 1992:455-475.

comportamentali dovrebbero essere descritti in dettaglio. Si dovrebbe altresì indicare la frequenza di incubi, allucinazioni e reazioni di soprassalto, se possibile con esempi concreti. L'eventuale assenza di sintomi può spiegarsi con la natura episodica e spesso differita dei disturbi da stress post-traumatico o con la negazione dei sintomi, che la vittima considera come vergognosi.

c) *Situazione generale dopo la tortura*

277. Questo elemento della valutazione consiste nel raccogliere informazioni sulla situazione generale del paziente al momento del colloquio. Ci si interesserà in particolare delle attuali cause di stress, come la separazione dagli esseri amati o la perdita di essi, la fuga dal paese di origine e le condizioni di esistenza in esilio. Il valutatore dovrebbe anche sforzarsi di determinare la capacità del soggetto di essere produttivo, di guadagnarsi da vivere e di prendersi cura della sua famiglia, e informarsi dei servizi sociali a disposizione del paziente.

d) *Situazione generale prima della tortura*

278. Il rapporto dovrebbe contenere ragguagli sull'infanzia, l'adolescenza e la giovinezza della vittima, sul suo ambiente familiare, sul suo bagaglio educativo e professionale, sugli eventuali traumi passati – sevizie sessuali durante l'infanzia, traumi di guerra, violenza domestica – e sul suo ambiente culturale e religioso.
279. Questi diversi elementi permetteranno di farsi un'idea dello stato mentale e della situazione psicosociale del soggetto

¹¹⁴ P. B. Sutker, D. K. Winstead, Z. H. Galina, "Cognitive deficits and psychopathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict", *American Journal of Psychiatry*, 148 1991:62-72

prima della tortura ed aiuteranno così a determinare l'impatto di questa esperienza. Per valutare queste informazioni di base, conviene tuttavia tenere conto dei vari fattori che influiscono sulla durata e l'intensità delle reazioni traumatiche, e cioè: le circostanze della tortura, la percezione e l'interpretazione della tortura da parte della vittima, il contesto sociale prima, durante e dopo la tortura, il sostegno della comunità, i valori e gli atteggiamenti nei confronti delle esperienze traumatizzanti, il contesto politico e culturale, la gravità e la durata delle sevizie, le vulnerabilità genetiche e biologiche, l'età, il livello di sviluppo e la personalità della vittima, gli eventuali traumi antecedenti. Spesso, la mancanza di tempo e di altre costrizioni fanno sì che possa essere difficile raccogliere tutte queste informazioni. Ciononostante, è essenziale ottenere un massimo di informazioni sullo stato mentale e la situazione psicosociale del soggetto prima della tortura, al fine di essere in grado di discernere in che misura quest'ultima ha contribuito ai problemi psicologici attuali.

e) *Profilo medico*

280. Il profilo medico sintetizzerà lo stato di salute prima del trauma, lo stato di salute attuale, i sintomi fisici e somatici, le medicine assunte ed i loro effetti collaterali, le informazioni sessuali pertinenti, gli interventi chirurgici subiti ed altri dati utili (vedi Capitolo V, sez. B).

f) *Profilo psichiatrico*

281. Il valutatore si informerà sui precedenti mentali e psicologici, sulla natura degli eventuali problemi e dei seguiti terapeutici che sono stati dati ad essi, compreso l'internamento psichiatrico ed il consumo di sostanze psicotrope.

g) *Consumo di sostanze tossiche*

282. Il clinico interrogherà il paziente sul suo eventuale consumo di sostanze tossiche prima e dopo la tortura, sull'evoluzione di un tale consumo e sulle ragioni che lo giustificano (ad esempio, per lottare contro l'insonnia o per superare problemi psicologici / psichiatrici). Fra queste sostanze figurano non solo l'alcool, la cannabis o l'oppio, ma anche numerosi altri prodotti ad uso localizzato come il betel.

h) *Valutazione dello stato mentale*

283. La valutazione dello stato mentale comincia dalla presa di contatto del clinico con il soggetto. Il valutatore dovrebbe essere attento all'aspetto generale del paziente e prendere nota degli elementi quali segni di malnutrizione, la mancanza di pulizia, le modifiche dell'attività motoria durante il colloquio, l'attitudine a comunicare e le modalità di comunicazione (parola, sguardo, ecc.). Tutti gli aspetti dell'esame dello stato mentale dovrebbero essere inseriti nella relazione, fra i quali: aspetto generale, attività motoria, comunicazione verbale, stato d'animo, pensieri e modalità dal ragionamento, idee di suicidio o di omicidio, funzioni cognitive (orientamento, memoria a lungo, medio e breve termine).

i) *Valutazione della funzione sociale*

284. La tortura ed altre esperienze traumatizzanti possono influire direttamente ed indirettamente sulla capacità degli individui di funzionare. La tortura può anche comportare indirettamente un'infermità, se le sue conseguenze psicologiche compromettono la capacità del soggetto di prendersi cura di sé stesso, di guadagnarsi da vivere, di

sostenere la sua famiglia o di proseguire gli studi o un altro tipo di formazione. Il valutatore dovrebbe sforzarsi di stabilire il livello di funzionamento sociale del paziente informandosi delle sue attività quotidiane, del suo status sociale, dei suoi passatempi, della sua salute. Dovrebbe chiedere al soggetto di valutare il proprio stato di salute, segnalando l'eventuale presenza di sensazioni di stanchezza cronica, e di citare ogni cambiamento constatato nel suo funzionamento generale.

j) *Test psicologici, liste di controllo e questionari*

285. Esistono pochi dati sull'utilizzo di test psicologici (test proiettivi ed obiettivi della personalità) nell'ambito della valutazione delle vittime della tortura. Questi test mancano peraltro di validità interculturale, e ciò ne limita sensibilmente l'utilità in questo particolare contesto. Test neuropsicologici potranno tuttavia rivelarsi utili in caso di lesioni cerebrali derivate dalla tortura (vedi Cap. VI, sez. C.4). Le vittime della tortura possono avere difficoltà ad esprimere a parole la loro esperienza ed i loro sintomi. In certe circostanze, si potrà quindi ricorrere con profitto a liste di controllo o a questionari sulle esperienze traumatiche ed i sintomi. La valutazione avrà allora la scelta tra diversi strumenti, nessuno dei quali, tuttavia, si applica specificamente alle vittime della tortura.

k) *Impressione clinica*

286. Per formulare un'impressione clinica allo scopo di stabilire elementi di prova psicologica di atti di tortura, conviene porsi le domande seguenti:
- i. Le osservazioni psicologiche sono coerenti con le sevizie denunciate?

- ii. I sintomi osservati costituiscono reazioni prevedibili o tipiche di uno stress estremo nel contesto culturale e sociale del soggetto?
- iii. Tenuto conto del carattere fluttuante dei disturbi mentali di origine traumatica, a quando risale la tortura? A quale stadio di evoluzione dei sintomi si trova il paziente?
- iv. Quali sono i fattori di stress concomitanti (ad esempio, persecuzione persistente, migrazione forzata, esilio, perdita della famiglia e del ruolo sociale)? Qual è il loro impatto sul soggetto?
- v. Quali fattori medici intervengono nel quadro clinico (in particolare, le eventuali ferite alla testa inflitte durante la tortura o la detenzione)?
- vi. Il quadro clinico suggerisce una denuncia infondata di tortura?

287. Il valutatore dovrebbe pronunciarsi sulla coerenza delle osservazioni psicologiche e sulla misura in cui esse sostengono le denunce di sevizie, e descrivere lo stato emotivo del soggetto durante il colloquio. Dovrebbe redigere l'inventario dei suoi sintomi, e sintetizzare gli elementi di informazioni raccolti a proposito della tortura e della detenzione, ed anche sulla situazione del soggetto prima di questi avvenimenti. Dovrebbe registrare anche le informazioni riguardanti il momento in cui sono apparsi dei sintomi legati al trauma, la specificità di osservazioni psicologiche particolari ed il modo di funzionamento psicologico del soggetto. Altri fattori, quali la migrazione forzata, la reinstallazione, i problemi di integrazione culturale e linguistica, la disoccupazione, la perdita della casa, della famiglia e della condizione sociale, saranno anch'essi presi in considerazione. Certi problemi fisici, come

i traumi alla testa e le lesioni cerebrali dovranno forse essere oggetto di esami complementari. Il valutatore potrà anche raccomandare in certi casi degli esami neurologici e neuropsicologici.

288. Se il soggetto presenta sintomi coincidenti con una diagnosi definita nelle classificazioni DSM-IV o CIM-10, questo dovrà essere citato. Può accadere che siano applicabili più diagnosi. Ancora una volta, occorre insistere sul fatto che l'assenza di una diagnosi a sostegno delle denunce di tortura non permettere di determinare la falsità di tali denunce. Succede che vittime della tortura presentino sintomi che non corrispondono esattamente all'una o all'altra delle diagnosi descritte nelle classificazioni DSM-IV o CIM-10. In tutti i casi, i sintomi e le sevizie denunciate dal soggetto devono comunque essere inquadrati come un tutto. Il valutatore preciserà nella sua relazione il rapporto e la coerenza tra gli avvenimenti riferiti ed i sintomi osservati.
289. Diverse ragioni, personali o politiche, possono spingere un individuo a fare false denunce di tortura o ad esagerare la gravità di un incidente. Il valutatore dovrebbe sempre tenere presente questa possibilità, sforzandosi di determinare le potenziali ragioni che il soggetto ha per agire in questo modo. Tuttavia, non bisogna dimenticare che per essere capaci di raggirare uno specialista occorre una conoscenza dei sintomi associati ai traumi che poche persone posseggono. D'altronde, le incoerenze presenti in una testimonianza possono anche avere spiegazioni perfettamente naturali. Esse possono derivare, ad esempio, da alterazioni della memoria conseguenti a lesioni al cervello, da manifestazioni di confusione mentale o di dissociazione, di differenze culturali nella percezione del tempo, o ancora dal rifiuto parziale o totale di ricordi traumatici. Per stabilire solidi elementi di prova psicologica

in relazione con denunce di tortura, il clinico deve essere in grado di individuare le eventuali incoerenze della testimonianza. In caso di dubbio, dovrebbe organizzare colloqui supplementari e consultare eventualmente parenti o amici in grado di confermare determinati fatti. Se, nonostante un'indagine approfondita, egli conserva sospetti riguardo la veridicità delle informazioni fornite, dovrebbe far valutare il paziente da un collega e chiedere a quest'ultimo la sua opinione. Quando persiste un dubbio, questo dovrebbe essere citato nel rapporto, con l'opinione dei due sanitari.

1) *Raccomandazioni*

290. Le raccomandazioni formulate all'esito della valutazione psicologica dipenderanno dall'origine e dalla formulazione della richiesta di indagine, poiché le domande poste possono essere legate a procedimenti legali o giudiziari, a richieste di asilo o a problemi strettamente medici. Secondo il caso, il valutatore potrà così raccomandare analisi complementari (test neuropsicologici, ad esempio), cure mediche o psichiatriche, misure tese a garantire la sicurezza del soggetto, o l'accettazione della sua richiesta di asilo.

4. *Valutazione neuropsicologica*

291. La neuropsicologia clinica è una scienza applicata che si occupa delle manifestazioni comportamentali delle disfunzioni cerebrali. La valutazione neuropsicologica consiste più specificamente nel misurare e classificare i disturbi del comportamento legati a lesioni organiche del cervello. Da tempo è stata riconosciuta l'utilità di questa disciplina quando si tratta di distinguere fra problemi neurologici e psicologici, ed anche per determinare il trattamento da applicare ai pazienti che soffrono di sintomi

conseguenti a lesioni cerebrali. Le valutazioni neuropsicologiche delle vittime della tortura sono relativamente rare e, a tutt'oggi, non esiste nessuno studio neuropsicologico specificamente dedicato a queste persone. Le annotazioni seguenti si limitano di conseguenza ad evocare i principi generali sui quali i professionisti della sanità potranno basarsi per comprendere l'utilità e le indicazioni di una valutazione neuropsicologica di una presunta vittima di tortura. Prima di giungere all'utilità ed alle indicazioni di una tale valutazione, è tuttavia essenziale indicarne i limiti.

a) *Limiti della valutazione neuropsicologica*

292. Esistono diversi fattori che limitano in modo generale la valutazione delle vittime della tortura. Questi fattori, descritti in altre parti del presente manuale, si applicano tanto alla valutazione neuropsicologica quanto alle valutazioni medica e psicologica. La valutazione neuropsicologica può essere limitata da altri fattori ancora, fra i quali la mancanza di studi specifici, le differenze culturali e linguistiche ed il rischio di rinnovo del trauma nel paziente.
293. La letteratura dedicata alla valutazione neuropsichiatria delle vittime della tortura è molto scarsa, ed i soli documenti pertinenti trattano di diverse forme di traumi del capo e della valutazione neuropsicologica dei disturbi di stress post-traumatico in generale. Quindi le annotazioni seguenti – e le interpretazioni conseguenti delle valutazioni neuropsicologiche – si basano per necessità su principi generali che si applicano ad altre categorie di persone.
294. La valutazione neuropsicologica sviluppata e praticata nei paesi occidentali si basa ampiamente su un'ipotesi attuariale,

che consiste essenzialmente nel confrontare i risultati di una batteria di test standard con norme corrispondenti ad una popolazione tipo. Benché l'interpretazione normativa delle valutazioni neuropsicologiche possa essere completata con un approccio fondato sull'analisi quantitativa come quella sviluppata da Luria, in particolare quando la situazione clinica lo richiede, l'approccio attuariale resta predominante.^{115,116} Al momento, ci si appoggia maggiormente sui risultati dei test quando la disfunzione cerebrale è relativamente benigna, o quando le carenze neuropsicologiche sono imputate ad un disturbo psichiatrico.

295. Le differenze culturali e linguistiche possono limitare notevolmente l'utilità e l'applicabilità della valutazione neuropsicologica delle vittime di presunte torture. Così, quando non esiste la traduzione dei test nella lingua del soggetto e quando il sanitario non padroneggia perfettamente quella stessa lingua, la valutazione orale è impossibile. Possono essere effettuati allora soltanto dei test non orali, e ciò impedisce ogni confronto tra le facoltà verbali e non verbali, rendendo più difficile l'analisi della lateralizzazione (o della localizzazione) dei deficit. Ora, tale analisi è spesso molto utile per il fatto dell'organizzazione asimmetrica del cervello, il cui emisfero sinistro svolge un ruolo preponderante nella parola. Se, d'altronde, non si dispone di norme di riferimento specifiche del gruppo culturale e linguistico a cui appartiene il soggetto, la valutazione neuropsicologica non ha senso. La valutazione del QI è uno dei criteri principali che permettono la messa in prospettiva dei risultati dei test. Negli Stati Uniti, ad

¹¹⁵ A.R. Luria e L. V. Majovski, "Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology", *American Psychologist*, 32(11) 1977:959-968

¹¹⁶ R. J. Ivnik, "Overstatement of differences" *American Psychologist*, 33(8) 1978:766-767

esempio, questa stima è spesso derivata dai risultati di sottoinsieme di test orali che utilizzano le scale di Wechsler (in particolare la sotto-scala dell'informazione), perché, in presenza di una *défaillance* organica del cervello, le conoscenze fattuali acquisite sono meno minacciate di degrado di altri compiti e, di conseguenza, più rappresentative di altre misure della capacità di apprendimento anteriore. Le stime possono altresì basarsi sul bagaglio educativo e professionale e sui dati demografici – considerazioni che non possono evidentemente applicarsi a popolazioni per le quali non si dispone di norme di riferimento. In questi casi, si possono effettuare solo stime molto grossolane delle capacità intellettuali anteriori ai traumi. Ne consegue che l'interpretazione di una *défaillance* neuropsicologica di debole gravità potrà rivelarsi molto difficile.

296. Una valutazione neuropsicologica può ritraumatizzare la persona che ha subito la tortura. È opportuno prendere tutte le precauzioni possibili in tutte le fasi del procedimento di indagine al fine di evitare che ciò si verifichi (vedi capitolo IV, sezione H). Per fare un esempio di rischio specifico della valutazione neuropsicologica, sarebbe evidentemente molto rischioso sottoporre una tale persona alla procedura di Halstead-Retain – in particolare al test della valutazione tattile – e di porle una benda sugli occhi. Il sentimento di impotenza inerente ad una tale esperienza sarebbe effettivamente molto traumatizzante per ogni individuo che ha subito questa procedura durante la detenzione e la tortura, ed anche per una persona torturata senza essere stata bendata. In realtà, qualunque test neuropsicologico è potenzialmente traumatizzante per tali persone, qualunque sia lo strumento utilizzato. Il semplice fatto di essere osservato, invitato a compiere grandi sforzi per adempiere un compito spesso incomprensibile ed a svolgere un ruolo

piuttosto che a dialogare può rivelarsi molto stressante o rievocare ricordi della tortura.

b) *Indicazioni della valutazione neuropsicologica*

297. Nell'ambito della valutazione dei disturbi del comportamento nelle vittime presunte di tortura, esistono due indicazioni principali per la valutazione neuropsicologica: lesioni cerebrali e sindrome da stress post-traumatico con le diagnosi afferenti. Se le une e le altre coincidono sotto certi aspetti e presentano numerosi punti in comune, solo le lesioni cerebrali costituiscono tuttavia un'applicazione tipica e tradizionale della neuropsicologia clinica, poiché la sindrome da stress post-traumatico rappresenta a tale riguardo un campo di indagine relativamente recente, mal conosciuto e abbastanza problematico.
298. Le lesioni del cervello e i danni cerebrali che esse comportano possono derivare da vari tipi di traumi al capo e da disordini metabolici conseguenti alla persecuzione, alla detenzione e alla tortura: ferite di arma da fuoco, avvelenamento, malnutrizione dovuta alla mancanza di cibo o all'ingestione forzata di sostanze nocive, ipossia o anoressia conseguenti all'asfissia o al quasi-annebbiamento, e, soprattutto, colpi alla testa. I colpi alla testa sono una pratica corrente nelle situazioni di detenzione e di tortura. Uno studio condotto su un campione di vittime della tortura ha rivelato che i colpi alla testa venivano in seconda posizione nelle violenze corporali (45%) dietro le percosse al corpo (58%).¹¹⁷ Il potenziale dei danni cerebrali è molto elevato tra le vittime della tortura.

¹¹⁷ H.C. Traue, G. Schwarz-Langer, N.F. Gurriss " "Extremtraumatisierung durch Folter. Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer", *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 1 1997:41-62.

299. Le lesioni interne della testa che comportano danni durevoli di gravità da lieve a media rappresentano probabilmente la causa più frequentemente osservata di disturbi neuropsicologici. Se le ferite possono a volte lasciare cicatrici, le lesioni cerebrali sono generalmente non rilevabili per mezzo dei procedimenti diagnostici per immagini. Può accadere che alcuni operatori della salute mentale ignorino o sottovalutino danni cerebrali benigni o moderati poiché la loro attenzione è focalizzata sui sintomi di depressione o di stato di stress post-traumatico. Le vittime della tortura lamentano comunemente difficoltà a fissare l'attenzione ed a concentrarsi ed anche problemi di memoria a breve termine, e questi sono tutti sintomi che possono derivare tanto da disturbi cerebrali quanto da stress post-traumatico. Ora, poiché queste stesse persone soffrono spesso di stress post-traumatico, si trascura a volte di interrogarli su un'eventuale lesione alla testa.
300. Nella fase iniziale dell'esame, chi fa la diagnosi deve basarsi sulle informazioni disponibili riguardanti il trauma al capo e l'evoluzione dei sintomi. Come accade solitamente per i soggetti che soffrono di lesioni cerebrali, la testimonianza di terzi – in particolare di familiari – può rivelarsi preziosa. Infatti, i pazienti incontrano spesso grandi difficoltà a valutare ed a formulare i loro disturbi, poiché sono essi stessi "al centro" del problema. Un esame della cronicità dei sintomi può costituire un punto di partenza utile per tentare di stabilire se questi ultimi derivano da una disfunzione organica del cervello o dallo stress post-traumatico. Quando i problemi di attenzione, di concentrazione e di memoria fluttuano con il tempo ed in relazione con l'ansia e la depressione, vi sono buone possibilità che si sia in presenza

della sindrome da stress post-traumatico. Al contrario, quando i disturbi sembrano permanenti e di intensità costante, deve essere considerata seriamente l'ipotesi di una disfunzione organica, anche se non è chiaramente stabilita l'esistenza di un trauma al capo.

301. Quando sospetta una tale possibilità, il valutatore dovrebbe subito fare procedere ad un esame neurologico approfondito da parte di un medico. Secondo le sue osservazioni, questi potrà consultare a sua volta un neurologo o ordinare dei test diagnostici. Un check-up medico completo, una consultazione neurologica specifica ed una valutazione neuropsicologica sono alcune delle possibilità da considerare. Il ricorso alla valutazione neuropsicologica è generalmente indicato quando il disturbo neurologico è relativamente poco importante, quando i sintomi sono di natura essenzialmente cognitiva o quando si deve formulare una diagnosi alternativa tra disfunzione cerebrale e stress post-traumatico.

302. Essendo la scelta dei test e delle procedure neuropsicologiche soggetta alle limitazioni sopra citate, l'uso di batterie di test standard è escluso. Occorrerà pertanto adottare un approccio caso per caso, adattato alle caratteristiche del soggetto, e ciò esige da parte del valutatore una solida esperienza, vaste conoscenze ed una grande acutezza. Come indicato sopra, il ventaglio di metodi sarà spesso limitato ai test non orali e, in assenza di norme di riferimento per la popolazione alla quale il soggetto appartiene, la validità dei risultati psicometrici di qualunque serie di test standardizzata sarà quasi inevitabilmente intaccata. D'altronde, l'assenza di test orali costituisce di per sé una seria limitazione al valore della valutazione. Di fatto, numerosi ambiti della funzione cognitiva si esprimono attraverso la parola, ed il confronto sistematico tra diverse

procedure orali e non orali è spesso indispensabile per determinare la natura delle debolezze.

303. A ciò si aggiunga il fatto che il significato di certi test non orali varia sensibilmente da un gruppo all'altro, anche all'interno di culture relativamente vicine. Ad esempio, sono stati confrontati i risultati di una piccola batteria di test neuropsicologici tra 118 soggetti anglofoni ed altrettanti soggetti parlanti spagnolo, scelti a caso tra campioni di popolazione simili.¹¹⁸ Se i risultati dei test orali sono stati praticamente identici, i soggetti parlanti spagnolo hanno ottenuto risultati sensibilmente inferiori in quasi tutti i test non orali. Se ne può dedurre che la più grande circospezione è di rigore quando si applicano a soggetti non anglofoni dei test orali e non orali elaborati per soggetti anglofoni.

304. La scelta degli strumenti e delle procedure di valutazione neuropsicologica per le vittime presunte della tortura deve essere lasciata alla sagacia del clinico, che si determinerà in funzione dei bisogni e delle possibilità. L'uso di test neuropsicologici richiede un'esperienza e conoscenze approfondite delle relazioni tra il cervello ed il comportamento. Esistono liste complete delle procedure e test neuropsicologici che precisano le loro rispettive applicazioni.¹¹⁹

c) *Sindrome da stress post-traumatico*

305. È stato chiaramente sottolineato poc'anzi che le più grandi precauzioni sono di rigore nella valutazione

¹¹⁸ D. M. Jacobs et al., "Cross-cultural neuropsychological assessment : a comparison of randomly selected, demographically matched cohorts of English and Spanish-speaking older adults", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19(3) 1997:331-339.

¹¹⁹ O. Spreen e E. Strauss, *A Compendium of Neuropsychological Tests*, 2a ed., New York Oxford University Press, 1998.

neuropsicologica delle disfunzioni cerebrali di vittime presunte di tortura. Tali precauzioni si impongono ancora più imperativamente quando si tratta di valutare eventuali disturbi da stress post-traumatico. Anche se esistono norme di riferimento per la popolazione alla quale appartiene il soggetto, le difficoltà sono notevoli. Lo stress post-traumatico è un disturbo psichiatrico e non rientra nel campo di applicazione tradizionale della valutazione neuropsicologica. D'altronde, esso non si presta all'applicazione del modello classico dell'analisi di lesioni cerebrali che possono essere confermate da tecniche mediche. Recentemente, si è fatto ricorso ai modelli neuropsicologici più spesso che nel passato a causa dell'interesse accresciuto manifestato per i meccanismi biologici associati ai disturbi psichiatrici e dei progressi registrati nella comprensione di quegli stessi meccanismi. Ciononostante, la letteratura che tratta dello stress post-traumatico secondo una prospettiva neuropsicologica resta poco cospicua.¹²⁰

306. I campioni usati per lo studio delle misure neuropsicologiche nell'ambito dello stress post-traumatico sono molto variabili, e ciò spiega forse in parte la variabilità dei problemi cognitivi individuati. Alcuni autori hanno sottolineato che le osservazioni cliniche suggeriscono una coincidenza particolarmente stretta dei disturbi da stress post-traumatico con gli ambiti neurocognitivi dell'attenzione, della memoria e delle funzioni esecutive, e ciò è confermato da ciò che spesso lamentano le vittime della tortura. Infatti, queste parlano correntemente di difficoltà a concentrarsi e di incapacità di trattenere informazioni e di impegnarsi in attività pianificate e strutturate.

¹²⁰ J. A. Knight, "Neuropsychological assessment in post-traumatic stress disorder", *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, a cura di J.P. Wilson e T. M. Keane, New York, Guilford, 1997.

307. I metodi di valutazione neuropsicologica permettono in linea di principio di individuare delle carenze neurocognitive associate alla sindrome da stress post-traumatico, ma la specificità di tali carenze è più difficile da stabilire. Alcuni studi hanno confermato per confronto con esami generali l'esistenza di tali carenze in determinati soggetti, ma le osservazioni non hanno potuto essere confermate rispetto ad esami psichiatrici concomitanti.^{121,122} In altre parole, sembra che i test neuropsicologici possano far scaturire carenze neurocognitive associate allo stress post-traumatico, ma che essi non siano sufficienti per formulare la diagnosi di stress post-traumatico. Come per molti altri tipi di valutazione, l'interpretazione dei risultati dei test deve tener conto delle informazioni raccolte nell'ambito dei colloqui e di eventuali test di personalità. A questa condizione, i metodi di valutazione neuropsicologica potranno effettivamente contribuire alla diagnosi della sindrome da stress post-traumatico e di altri disturbi psichiatrici associati a carenze neurocognitive conosciute.
308. Nonostante notevoli limitazioni, la valutazione neuropsicologica può in conclusione rivelarsi utile per valutare individui sospettati di soffrire di lesioni cerebrali e per distinguere tra i sintomi di lesioni cerebrali e i disturbi da stress post-traumatico. Essa può servire inoltre a valutare sintomi particolari come i problemi di memoria che derivano dallo stress post traumatico e dai disturbi associati.

¹²¹ J. E. Dalton, S. L. Pederson, J. J. Ryan, "Effects of post-traumatic stress disorder on neuropsychological test performance", *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 11(3) 1989:121-124

¹²² T. Gil et al., "Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder", *Journal of Traumatic Stress*, 3(1) 1990:29-45

5. *I bambini e la tortura*

309. Nei bambini, la tortura può avere un impatto diretto o indiretto, a seconda che abbiano essi stessi subito la tortura o la detenzione, che i loro genitori o altri parenti ne siano stati vittime, o che siano stati i testimoni di atti di tortura e di altre forme di violenza. Uno studio approfondito dell'impatto psicologico della tortura sui bambini va al di là dell'ambito del presente manuale, che non pretende quindi di fornire indicazioni esaurienti per la loro eventuale valutazione. Tuttavia, si troveranno qui di seguito riassunti alcuni punti essenziali.
310. Innanzitutto, il sanitario chiamato a valutare un bambino che è probabilmente stato vittima o testimone di tortura deve assicurarsi che questi benefici di un sostegno adeguato e che si senta al sicuro durante il colloquio, eventualmente grazie alla presenza, al suo fianco, di un genitore o di un'altra persona di fiducia. Inoltre, il sanitario deve tenere presente che i bambini esprimono spesso i loro pensieri ed emozioni associati ad un trauma non verbalmente, ma piuttosto con il loro comportamento.¹²³ Il grado di verbalizzazione del pensiero e dell'affetto dipende dall'età, dallo stadio di sviluppo e da altri fattori familiari, individuali e culturali.
311. Per quanto possibile, ogni bambino vittima di violenze fisiche o sessuali deve essere visitato da una persona specializzata nei maltrattamenti infantili. Allo stesso modo, l'eventuale esame genitale, potenzialmente traumatizzante, dovrebbe essere effettuato da un sanitario che ha esperienza di bambini. In certi casi, si può rivelare necessario filmare l'esame affinché altri esperti possano dare la loro opinione senza dovere imporre un nuovo esame al bambino. Quando

¹²³ C. Schlar, "Evaluation and documentation of psychological evidence of torture", 1999, inedito.

sarà necessario un esame genitale o anale completo, sarà a volte preferibile ricorrere ad un'anestesia generale. Infine, il valutatore deve essere consapevole che l'esame stesso rischia di risvegliare per analogia il ricordo delle sevizie e di comportare un fenomeno di scompenso o un'altra reazione violenta.

a) *Note legate allo stadio di sviluppo*

312. Le reazioni di un bambino alla tortura dipendono dalla sua età, dal suo stadio di sviluppo e dalle sue capacità cognitive. Più piccolo è il bambino, più la sua esperienza e la sua comprensione degli eventi saranno influenzate dalle reazioni e dagli atteggiamenti delle persone a lui più vicine.¹²⁴ Nei bambini di età inferiore ai tre anni che hanno subito la tortura o che ne sono stati testimoni, le persone più vicine svolgono un ruolo cruciale di protezione e di conforto.¹²⁵ Le reazioni dei bambini molto piccoli ad esperienze traumatiche comprendono manifestazioni di ipernervosismo (agitazione, disturbi del sonno, irritabilità), di ipervigilanza e di evitamento. I bambini di età superiore ai tre anni segnano una tendenza al ripiego su di sé e rifiutano spesso di affrontare direttamente l'argomento. L'atteggiamento all'espressione verbale aumenta con l'età. Un'evoluzione sensibile si produce verso gli 8 – 9 anni, età in cui il bambino diventa capace di fornire una cronologia affidabile degli eventi. Tale evoluzione coincide con lo sviluppo delle capacità di concretizzazione spaziale e temporale.¹²⁶ Ma

¹²⁴ S. von Overbeck Ottino, « Familles victimes de violences collectives et en exil: Quelle urgence, quel modèle de soins? Le point de vue d'une pédopsychiatre », *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 14 1998 :35-39

¹²⁵ M. Grappe, « La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés », *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie. Face au traumatisme*, a cura di M. R. Moro e S. Lebovici, Paris, Presses Universitaires de France, 1995.

¹²⁶ J. Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1977

queste nuove capacità rimangono fragili e generalmente i bambini manifestano in maniera costante la capacità di un racconto coerente non prima dello stadio pienamente operativo (12 anni). L'adolescenza è una fase di grandi turbamenti, durante la quale gli effetti della tortura possono variare notevolmente da un individuo all'altro. In alcuni, una tale esperienza potrà portare modifiche importanti della personalità e tradursi in comportamenti antisociali.¹²⁷ In altri, l'impatto potrà essere simile a quello osservato in bambini più piccoli.

b) *Considerazioni cliniche*

313. Disturbi da stress post-traumatico possono manifestarsi nei bambini. Possono essere simili a quelli osservati negli adulti, ma il sanitario dovrà tuttavia basarsi più sull'osservazione del comportamento del bambino che sulla sua comunicazione verbale.^{128,129,130,131} Se, ad esempio, il bambino rivive il suo trauma, ciò potrà manifestarsi attraverso un gioco monotono e ripetitivo che illustra alcuni aspetti particolari degli eventi, attraverso ricordi visivi degli avvenimenti nell'ambito e al di fuori del gioco, attraverso domande o dichiarazioni ripetitive ed attraverso incubi ricorrenti. Enuresi notturna, perdita di controllo delle funzioni intestinali, ripiego sociale ed affettivo, cambiamento di atteggiamento nei confronti di se stessi e degli altri, perdita del concetto di avvenire, ipernervosismo, terrori notturni, paura di andare a letto, disturbi del sonno,

¹²⁷ Vedi nota 125.

¹²⁸ L. C. Terr, "Childhood traumas: an outline and overview", *American Journal of Psychiatry*, 148 1991:10-20

¹²⁹ National Center for Infants, Toddlers and Families, Zero to Three, 1994.

¹³⁰ F. Sironi, "On torture un enfant, ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique", *Enfances*, 4 1995:205-215

¹³¹ L. Bailly, *Les catastrophes et leurs conséquences psycho-traumatiques chez l'enfant*, Paris, ESF, 1996.

atteggiamento difensivo, manifestazioni di paura e di aggressività nei confronti dei compagni, degli adulti o degli animali, paura dell'oscurità, paura di andare al bagno da soli ed altre fobie sono altrettante reazioni possibili nei bambini esposti ad eventi traumatici. Accade anche che essi adottino comportamenti sessuali inadatti alla loro età, che manifestino reazioni somatiche, sintomi di ansia – paura eccessiva degli estranei, di essere separati dai parenti, panico, agitazione, accessi di collera o di pianto – e problemi di ordine alimentare.

c) *Ruolo della famiglia*

314. La famiglia svolge un importante ruolo dinamico nella sintomatologia persistente nei bambini, in particolare attraverso comportamenti disfunzionali e trasferimento dei ruoli destinati a preservare la coesione. Alcuni familiari, spesso bambini, si vedono assegnare il ruolo di pazienti e sviluppano disturbi gravi. A volte, si proteggono eccessivamente i bambini oppure si nascondono loro fatti importanti relativi al trauma. Altre volte, li si investe di ruoli di adulti e ci si attende da essi che si prendano cura dei propri genitori. Quando i bambini non sono vittime dirette della tortura, gli adulti hanno la tendenza a sottovalutare l'impatto di questa sulla loro psiche e sul loro sviluppo. Tuttavia, un bambino il cui parente sia stato perseguitato, stuprato o torturato o che sia stato testimone di eventi traumatici rischia di sviluppare sentimenti disfunzionali, come di sentirsi colpevole degli eventi o responsabile del peso dei suoi genitori. Ciò può comportare disturbi duraturi ed ostacolare lo sviluppo personale e l'evoluzione verso l'età adulta.

ALLEGATO I

Principi relativi ai mezzi di inchiesta efficaci e alla documentazione sulla tortura ed altri trattamenti o pene inumani o degradanti¹³²

Gli scopi di un'indagine efficace e della documentazione sulla tortura ed altri trattamenti crudeli, inumani o degradanti (di seguito definiti come tortura od altri maltrattamenti) sono i seguenti: chiarire i fatti e stabilire e riconoscere la responsabilità dello Stato e dei singoli individui nei confronti delle vittime e delle loro famiglie, individuare le misure necessarie ad impedire la reiterazione dei fatti, facilitare l'azione penale o, all'occorrenza, le sanzioni disciplinari per coloro indicati dalle indagini come i responsabili ed evidenziare la necessità di un rimedio giuridico da parte dello Stato, inclusi un giusto ed adeguato compenso finanziario e la fornitura dei mezzi per le cure mediche e la riabilitazione.

Gli Stati devono fare in modo che le denunce di tortura o di maltrattamenti siano immediatamente ed efficacemente poste sotto indagine. Anche in assenza di una denuncia esplicita dovrebbe essere avviata un'indagine se ci sono altre indicazioni relativamente a casi di tortura o maltrattamenti. Gli investigatori, che devono essere indipendenti dalle persone sospettate e dall'agenzia che servono, devono essere competenti ed imparziali. Essi devono essere autorizzati a conoscere i risultati delle inchieste condotte da medici imparziali o da altri esperti o a commissionare un'inchiesta. I metodi utilizzati per compiere tali indagini devono soddisfare gli standard professionali più alti, e le conclusioni devono essere rese pubbliche.

¹³² La Commissione sui Diritti Umani, nella risoluzione 2000/43, e l'Assemblea Generale, nella risoluzione 55/89, ha attirato l'attenzione dei Governi ai Principi e ha incoraggiato i Governi a riflettere sui principi come strumento utile nei tentativi di lotta alla tortura.

L'autorità investigativa deve avere il potere e l'obbligo di ottenere tutte le informazioni necessarie all'inchiesta¹³³. Le persone che conducono l'indagine devono avere a loro disposizione tutte le risorse tecnico-finanziarie per un'indagine efficace. Devono anche avere l'autorità di obbligare coloro che agiscono a titolo ufficiale, presumibilmente coinvolti nella tortura o nei maltrattamenti, a comparire ed a testimoniare. La stessa regola si applica a qualsiasi testimone. A tal fine, l'autorità investigativa ha il diritto di emanare ordini di comparizione ai testimoni, compresi i funzionari presumibilmente coinvolti, e di chiedere l'esibizione delle prove. Le vittime presunte di torture o maltrattamenti, i testimoni, coloro che conducono le indagini e le loro famiglie devono essere protetti dalla violenza, dalle minacce di violenza o da altre forme di intimidazione che possono scaturire dalle indagini. Le persone potenzialmente implicate nella tortura o nei maltrattamenti devono essere rimosse da ogni posizione di controllo o di potere, diretto o indiretto, sui denunziati, i testimoni e le loro famiglie, e su coloro che conducono le indagini.

Le vittime presunte di tortura o maltrattamenti e i loro rappresentanti legali devono essere informati ed avere accesso alle udienze ed alle informazioni relative all'indagine e devono avere il diritto di esibire altre prove.

Nei casi in cui le procedure di indagine stabilite siano inadeguate sia a causa di competenze tecniche insufficienti sia a causa di abusi sistematici, o per altre ragioni gravi, gli Stati assicurano che le indagini siano condotte da una commissione d'inchiesta indipendente o siano condotte secondo analoga procedura. I membri di tale commissione sono scelti per la loro imparzialità, competenza ed indipendenza personali riconosciute. In particolare, devono essere indipendenti da qualsiasi persona oggetto dell'inchiesta e da istituzioni o agenzie per cui esse lavorano. La

¹³³ In certe circostanze l'etica professionale può richiedere che le informazioni siano riservate. Tale esigenza dovrebbe essere rispettata.

commissione ha l'autorità di ottenere le informazioni necessarie all'inchiesta e la conduce come previsto ai sensi dei presenti Principi¹³⁴.

Una relazione scritta, fatta in tempo ragionevole, deve indicare l'ambito di applicazione dell'inchiesta, descrivere le procedure ed i metodi utilizzati per valutare le prove e contenere le conclusioni e le raccomandazioni basate sull'accertamento dei fatti e sulla legge applicabile. Una volta terminata, tale relazione è resa pubblica. Descrive in dettaglio eventi specifici ed elementi di prova sui quali si basano, e indica i nominativi dei testimoni che hanno testimoniato ad eccezione di quelli le cui identità sono state celate per la loro tutela. Lo Stato formula una risposta, in un ragionevole periodo di tempo, alla relazione dell'indagine, e, se necessario, indica le misure da adottare come risposta.

Gli esperti medici coinvolti nelle indagini sulla tortura o sui maltrattamenti devono conformarsi alle norme etiche ed in particolare devono ottenere un consenso informato, prima di procedere all'esame. L'esame deve essere conforme alle regole stabilite di prassi medica. In particolare, gli esami devono essere condotti in privato, sotto il controllo dell'esperto medico e senza la presenza di agenti di sicurezza ed altri funzionari.

L'esperto medico elabora immediatamente un'accurata relazione scritta. Tale relazione deve includere almeno i seguenti punti:

- (a) Il nome del soggetto esaminato ed il nome e l'affiliazione di coloro che sono presenti all'esame; ora e data esatte, ubicazione, natura e indirizzo dell'istituto (incluso, se necessario, la stanza) dove viene condotto l'esame (per esempio centro detentivo, clinica, casa) e le condizioni del soggetto al momento dell'esame (per es. gli ostacoli

¹³⁴ Vedi nota precedente

incontrati al suo arrivo o durante l'esame, la presenza di forze di sicurezza durante l'esame, il comportamento di coloro che accompagnano il detenuto, dichiarazioni di minaccia nei confronti dell'esaminatore) ed altri fattori rilevanti;

- (b) Un documento dettagliato dell'anamnesi del soggetto emersa durante il colloquio, inclusi gli atti di tortura o i maltrattamenti denunciati, il momento in cui si è verificata la tortura o il maltrattamento e la denuncia di sintomi psicologici e fisici.
- (c) Un resoconto di tutte le conclusioni di carattere fisico e psicologico tratte dall'esame clinico, inclusi adeguati test diagnostici e, se possibile, fotografie a colori delle lesioni;
- (d) Considerazioni riguardanti il possibile legame tra le conclusioni fisiche e psicologiche e la possibilità di tortura o maltrattamento. Dovrebbe essere formulata una raccomandazione dei necessari trattamenti medici e psicologici ed un ulteriore esame;
- (e) La relazione dovrebbe chiaramente individuare coloro che procedono all'esame e dovrebbe essere firmato.

La relazione dovrebbe essere riservata e comunicata al soggetto o a un rappresentante designato. Le opinioni del soggetto e del suo rappresentante sul processo di esame dovrebbero essere sollecitate e registrate nella relazione. Esse dovrebbero anche essere fornite per iscritto, se necessario, all'autorità responsabile di fare indagini su denunce di tortura o maltrattamenti. E' responsabilità dello Stato accertarsi che esse siano consegnate a questa autorità. La relazione non dovrebbe essere resa disponibile ad altre persone, tranne che con il consenso del soggetto o con l'autorizzazione di un organo giudiziario che ha il potere di eseguire tale trasferimento.

ALLEGATO II

Test diagnostici

I test diagnostici sono valutati ed evolvono continuamente. I test che seguono erano considerati validi al tempo della redazione del presente manuale. Tuttavia, nel momento in cui sono necessarie prove aggiuntive di supporto, gli investigatori dovrebbero tentare di aggiornare le loro conoscenze in questo settore, per esempio contattando i centri specializzati per le inchieste sulla tortura (vedi capitolo V, sezione E).

1. Immagini radiologiche

Nella fase acuta di una lesione, ossea o del tessuto molle, vari metodi di immagine possono fornire utili informazioni aggiuntive. Una volta che le lesioni fisiche della tortura sono guarite, tuttavia, gli eventuali postumi non sono generalmente più individuabili da tali metodi di immagine, anche quando il paziente continua a soffrire di dolori o di infermità conseguenti alle ferite. E' stato già fatto riferimento a vari studi radiologici nella sezione dedicata all'esame del paziente o in relazione a varie forme di tortura. Quanto segue è un riassunto dell'applicazione di questi metodi. Tuttavia, occorre sottolineare che la tecnologia più sofisticata e cara non è sempre universalmente disponibile, almeno per i soggetti in stato di detenzione.

Gli esami radiologici e di immagini diagnostiche includono radiografie convenzionali (raggi X), la scintigrafia radioisotopica, la tomografia computerizzata (CT), la risonanza magnetica nucleare (RMN) e l'ultrasonografia (USG). Ognuno di essi presenta vantaggi e svantaggi. I raggi X, la scintigrafia e la tomografia computerizzata utilizzano le radiazioni ionizzanti, che possono essere controindicate nei casi di gestanti e di bambini. La risonanza magnetica utilizza un campo magnetico che implica effetti biologici potenziali sui feti e sui bambini, effetti che sono tuttavia considerati trascurabili. Gli

ultrasuoni utilizzano le onde sonore che non presentano alcun rischio biologico conosciuto.

I raggi X sono molto diffusi. Escludendo il cranio, tutte le parti lesionate dovrebbero essere oggetto di radiografie convenzionali. Mentre la radiografia consente di individuare fratture facciali, la tomografia computerizzata è un esame più approfondito in quanto mostra più fratture, le eventuali dislocazioni dei frammenti ossei e le lesioni dei tessuti molli associate a tali fratture. Quando si sospettano danni al periostio o fratture minime, dovrebbe essere utilizzata la scintigrafia ossea oltre ai raggi X. Gli esami a raggi X sono a volte negativi anche in caso di frattura grave o di un principio di osteomielite. Alcune fratture guariscono, senza lasciare alcuna prova radiografica di lesioni precedenti, in particolare nei bambini. La radiografia convenzionale non è un esame ideale per la valutazione dei tessuti molli.

La scintigrafia è un esame ad alta sensibilità, ma poco specifico. E' un esame a basso costo ed efficace utilizzato per esaminare l'intero scheletro per malattie come osteomielite e traumi. Essa dà buoni risultati anche in caso di torsione testicolare, ma gli ultrasuoni sono comunque più idonei in questo caso particolare. La scintigrafia non è adatta alla valutazione delle lesioni dei tessuti molli. La scintigrafia può rivelare una frattura acuta entro 24 ore, ma generalmente ci vogliono due o tre giorni ed occasionalmente una settimana o più, in particolare per le persone più anziane. L'esame approfondito generalmente si ripete ogni due anni. Tuttavia, risulta positivo in caso di fratture e di osteomielite curata per anni. L'utilizzo della scintigrafia ossea per individuare fratture all'epifisi o alla metadiaphisi (estremità delle ossa lunghe) nei bambini è molto difficile, a causa del normale assorbimento delle sostanze radiofarmaceutiche all'epifisi. La scintigrafia è spesso in grado di individuare fratture alle costole che sfuggono ai normali raggi X.

(a) *Applicazione della scintigrafia ossea alla diagnosi della Falanga*

La scintigrafia può essere effettuata in due modi: con immagini ritardate di circa tre ore o con una procedura a tre fasi. Le tre fasi sono l'angiografia radionuclide (fase arteriale), immagini venose (fase venosa, che è tessuto molle) e fase ritardata (fase ossea). I pazienti esaminati subito dopo la *falanga* dovrebbero essere sottoposti a due esplorazioni diagnostiche ad una settimana d'intervallo l'una dall'altra. Una prima esplorazione diagnostica negativa ed una seconda esplorazione diagnostica positiva indicano un'esposizione alla *falanga* nei giorni precedenti la prima esplorazione diagnostica. Nei casi acuti, due immagini negative ad un intervallo di una settimana non significano necessariamente l'assenza della *falanga*, ma possono spiegarsi con il fatto che la gravità della *falanga applicata* era inferiore alla soglia di sensibilità della scintigrafia. Nella scintigrafia a tre fasi, un aumento iniziale della risposta alle fasi arteriali e venose può unicamente suggerire un'iperanemia compatibile con una lesione dei tessuti molli. I traumi delle ossa e del tessuto molle del piede possono anche essere individuati con la risonanza magnetica¹³⁵.

(b) *Ultrasuoni*

L'ultrasonografia è economica e senza rischio biologico. La qualità dell'esame dipende dalla capacità del tecnico. Se la tomografia computerizzata non è disponibile, si possono utilizzare gli ultrasuoni per valutare i traumi addominali acuti. La tendinopatia può essere anche valutata dagli ultrasuoni, ed essi sono molto utilizzati per le anomalie dei testicoli. Gli ultrasuoni possono anche essere utilizzati per l'esame della spalla nelle fasi acute e croniche che seguono la sospensione della tortura. Nel periodo acuto, l'edema, la raccolta del fluido sopra ed intorno alla giuntura della spalla, le lacerazioni e gli ematomi delle cuffie rotatorie possono essere osservati con gli ultrasuoni. Il riesame con gli ultrasuoni e il fatto che le prove nei periodi acuti e cronici

¹³⁵ Vedi note 82-84; fare anche riferimento a radiologia standard e a test di medicina nucleare per ulteriori informazioni.

scompaiono nel tempo rafforza la diagnosi. In tali casi, la risonanza magnetica, la scintigrafia ed altri esami radiologici dovrebbero essere fatti insieme, e la loro correlazione dovrebbe essere esaminata. Persino in mancanza di risultati positivi di altri esami, i soli risultati degli ultrasuoni sono sufficienti a dimostrare la tortura a sospensione.

(c) *Tomografia computerizzata*

La tomografia computerizzata è eccellente per le immagini del tessuto molle e delle ossa. Tuttavia, la risonanza magnetica è più efficace per i tessuti molli che per le ossa. La risonanza magnetica può individuare una frattura occulta prima che possa essere individuata sia da radiografie convenzionali che dalla scintigrafia. L'utilizzo di scanner aperti e la sedazione può alleviare l'ansia e la claustrofobia, che sono prevalenti tra coloro che sopravvivono alla tortura. La tomografia computerizzata è anche eccellente per la diagnosi e la valutazione delle fratture, in particolar modo per le ossa facciali e temporali. Altri vantaggi includono l'allineamento e la dislocazione dei frammenti ossei, in particolare le fratture della colonna, pelviche, di spalla e di acetabolo. Non può individuare la contusione ossea. La tomografia computerizzata con e senza infusione intravenosa di un mezzo di contrasto dovrebbe essere l'esame iniziale delle lesioni del sistema nervoso acute, sub-acute e croniche centrali. Se l'esame è negativo, dubbio o non spiega le lagnanze o i sintomi del soggetto, si procederà alla risonanza magnetica. La tomografia computerizzata mediante osservazione ossea ed esame pre- e post-contrasto, dovrebbe essere il primo esame se si sospetta una frattura temporale. L'osservazione ossea può rivelare fratture e rotture della catena degli ossicini. L'esame pre-contrasto può rivelare la presenza di fluidi e di colesteatomi. La risonanza magnetica potrebbe mostrare la lesione responsabile della fuoriuscita del fluido. Si raccomanda il contrasto a causa delle comuni anomalie vascolari che si verificano in tale area. Per la rinorrea, si somministrerà un agente di contrasto nel canale

vertebrale. Se si sospetta la rinorrea, dovrebbe essere eseguita una tomografia computerizzata del viso "tessuti molli" e osservazioni "ossee". Poi si dovrebbe procedere a una tomografia computerizzata dopo che un agente di contrasto è stato iniettato nel canale vertebrale.

(d) *Risonanza magnetica*

La risonanza magnetica è più sensibile della tomografia computerizzata nell'individuare anomalie del sistema nervoso centrale. Un'emorragia del sistema nervoso centrale si scompone nelle fasi immediata, iper acuta, acuta, sub acuta e cronica, ognuna delle quali ha una reazione specifica all'esame. L'immagine quindi consente di valutare il momento in cui si è verificata la lesione e di stabilire una correlazione con le lesioni denunciate. Un'emorragia del sistema nervoso centrale può riassorbirsi completamente, o lasciare depositi di emosiderina in quantità sufficiente per avere un'immagine positiva con la tomografia computerizzata dopo vari anni. Le emorragie dei tessuti molli, in particolare dei muscoli, si riassorbono in generale completamente. Tuttavia, si può verificare qualche volta un fenomeno di ossificazione eterotrofica, o *Myositis ossificans*, che si può individuare con la tomografia computerizzata.

2. Biopsia delle lesioni dovute a scariche elettriche

Le lesioni dovute a scariche elettriche presentano a volte modifiche microscopiche specifiche, la cui assenza in un campione di biopsia non consente tuttavia di giungere alla conclusione di una assenza di tortura da shock elettrico, e le autorità giudiziarie non dovrebbero essere autorizzate a fare tali supposizioni. Sfortunatamente, se un tribunale richiede a chi denuncia tale tortura di sottoporsi ad una biopsia allo scopo di confermare le proprie denunce, il rifiuto di conformarsi a tale procedura o un risultato negativo all'esame rischiano di avere un'influenza negativa sulla corte. D'altronde, l'esperienza clinica con diagnosi da biopsia delle

lesioni dovute alla tortura elettrica è limitata, e la diagnosi può solitamente essere fatta con una certa sicurezza a partire dalle informazioni raccolte nel corso dell'inchiesta e dall'esame fisico del paziente.

E' dunque preferibile limitare il ricorso alla biopsia ai bisogni della ricerca clinica. Inoltre, le persone invitate a dare il proprio consenso a tale esame dovrebbero essere chiaramente informate dell'incertezza dei risultati e poter considerare con conoscenza di causa i vantaggi potenziali ed i rischi, visto il loro stato mentale già perturbato.

a) *Analisi ragionata della biopsia*

Alcuni ricercatori hanno studiato in maniera approfondita gli effetti delle scariche elettriche sulla pelle dei maiali anestetizzati^{136,137,138,139,140,141}. Tale lavoro ha mostrato che ci sono modifiche istologiche specifiche delle lesioni elettriche, scoperta che potrebbe aprire interessanti prospettive sul piano clinico. Tuttavia,

¹³⁶ Thomsen et altri, "Primi cambi dell'epidermide con il calore e pelle di maiale con ferite da scariche elettriche: uno studio microscopico", *Forensic Science International* (17 1981:133-43).

¹³⁷ Thomsen e altri, "L'effetto dell'acido cloridrico, del sodio idrossido diretto corrente sull'epidermide del maiale: uno studio microscopico ed uno studio macroscopico di elettroni", *Acta path. microbiol. immunol. Scand* (sect. A 91 1983:307-16).

¹³⁸ H.K. Thomsen, "Cambi di epidermide indotti elettricamente: Uno studio morfologico delle pelle del maiale dopo il trasferimento di quantità basso-moderate di energia elettrica", dissertazione (Università di Copenaghen, F.A.D.L. 1984:1-78).

¹³⁹ T. Karlsmark et al., "Tracciare l'utilizzo della tortura: la calcificazione elettricamente indotta del collagene nella pelle del maiale", *Nature* (301 1983:75 - 78).

¹⁴⁰ T. Karlsmark et al., "Calcificazione di collagene elettricamente indotto nella pelle del maiale. Uno studio istopatologico e istochimico", *Forensic Science International* (39 1988:163-74).

¹⁴¹ T. Karlsmark, "Cambi dermali elettricamente indotti: uno studio morfologico della pelle del maiale dopo il trasferimento di basse/medie quantità di energia elettrica" dissertazione, Università di Copenaghen, *Danish Medical Bulletin* (37 1990:507-520).

una discussione più approfondita di tali lavori esula dal quadro del presente manuale. Per maggiori informazioni, invitiamo il lettore a consultare i lavori citati nelle note a piè pagina.

Esistono anche studi di istologia in relazione alla tortura elettrica sugli esseri umani^{142,143,144,145}. In un solo caso, in cui le lesioni sono state recise probabilmente sette giorni dopo la tortura, le alterazioni della pelle sono state imputate alla tortura elettrica (deposito di sali di calcio sulle fibre dermiche nel tessuto vitale vicino al tessuto necrotico). In altri casi, le lesioni asportate con il bisturi qualche giorno dopo la tortura denunciata hanno rivelato modifiche segmentali e depositi di sali di calcio su strutture cellulari, ma tali alterazioni, anche se molto compatibili con l'ipotesi elettrica, non hanno consentito di formulare la diagnosi, poiché i depositi di sali di calcio sulle fibre dermiche non sono stati osservati. Una biopsia effettuata un mese dopo una tortura elettrica denunciata ha mostrato una cicatrice conica da 1 a 2 mm, un aumento dei fibroblasti e la presenza di fibre collagene, situate parallelamente alla superficie, compatibili con l'ipotesi di tortura elettrica, ma senza valore diagnostico.

b) Metodo

Una volta ottenuto il consenso dal paziente, e prima della biopsia, la lesione deve essere fotografata utilizzando metodi legali accettati. Con anestesia locale, si farà una biopsia di 3-4 mm che sarà conservata in una soluzione di formalina o altra sostanza fissativa.

¹⁴² L. Danielsen e al., "Diagnosi delle lesioni elettriche sulla pelle: un esame ed una descrizione di un caso", *American Journal of Forensic Medical Pathology* (12 1991:222-226).

¹⁴³ F. Oztop e al., "Segni di tortura elettrica sulla pelle", *Centri di Trattamento e di Riabilitazione Report 1994* (Fondazione dei Diritti Umani Turchia, Pubblicazione HRFT, 11 1994:97-104).

¹⁴⁴ L. Danielsen, T. Karlsmark, H.K. Thomsen, "Diagnosi di lesioni della pelle a seguito di tortura elettrica" *Rom J. Leg. Med* (5 1997:15-20).

¹⁴⁵ H. Jacobsen "Deposito di metallo elettricamente indotto sulla pelle umana", *Forensic Science International* (90 1997:85-92).

La biopsia della pelle dovrebbe essere effettuata il prima possibile dopo l'evento, dato che le lesioni elettriche, generalmente limitate all'epidermide e al derma superficiale, possono scomparire rapidamente. Si possono fare biopsie su varie lesioni, ma bisogna tener conto della possibile preoccupazione del paziente¹⁴⁶. Il prelievo effettuato con la biopsia dovrebbe essere esaminato da un patologo con una solida esperienza in dermatopatologia.

c) Elementi diagnostici in caso di scariche elettriche

Le osservazioni diagnostiche in caso di scariche elettriche: nuclei vescicolari nell'epidermide, ghiandole sudoripare e le pareti dei vasi sanguigni (sola diagnosi alternativa: lesioni dovute a soluzioni basiche) e depositi di sali di calcio chiaramente localizzati su fibre collagene e elastici (la diagnosi alternativa, *calcinosis cutis*, è una malattia estremamente rara, osservata solo 75 volte su un totale di 220.000 biopsie consecutive ed i depositi sono generalmente diffusi)¹⁴⁷.

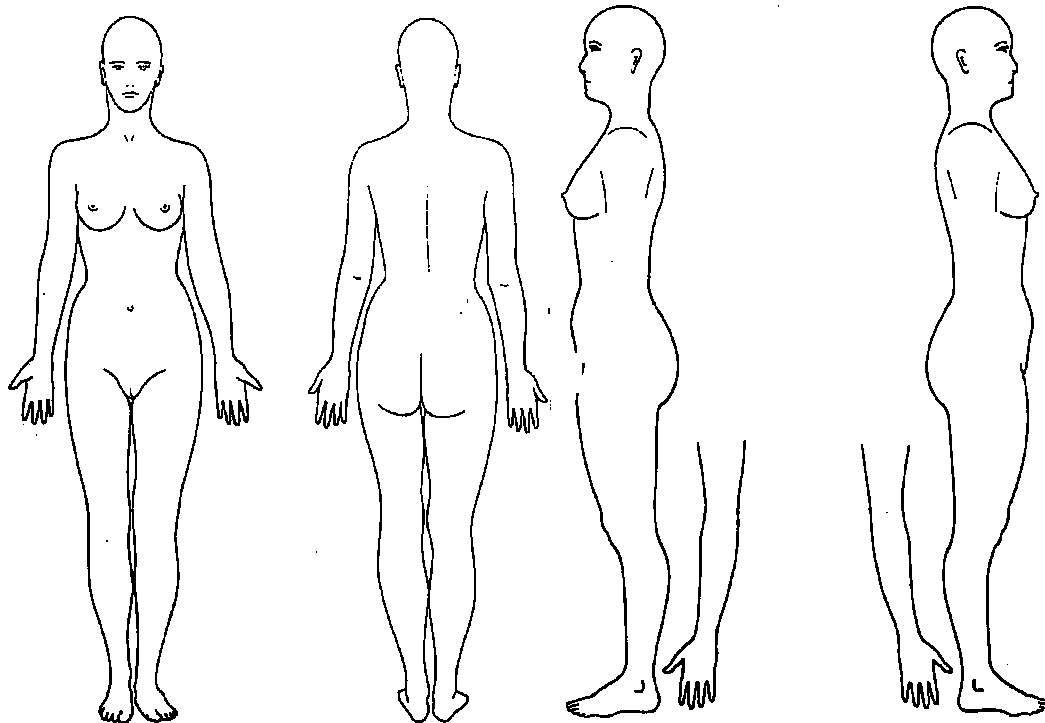
Altre osservazioni tipiche, ma che non hanno valore di diagnosi, in caso di scariche elettriche: lesioni sui segmenti conici, spesso di un'ampiezza da 1 a 2 mm; tracce di ferro o rame sull'epidermide (depositate dall'elettrodo); citoplasma omogeneo dell'epidermide, ghiandole sudoripare e dei vasi sanguigni. Si potranno anche osservare depositi di sali di calcio su strutture cellulari nelle lesioni segmentali, o ancora non fare osservazioni istologiche anormali.

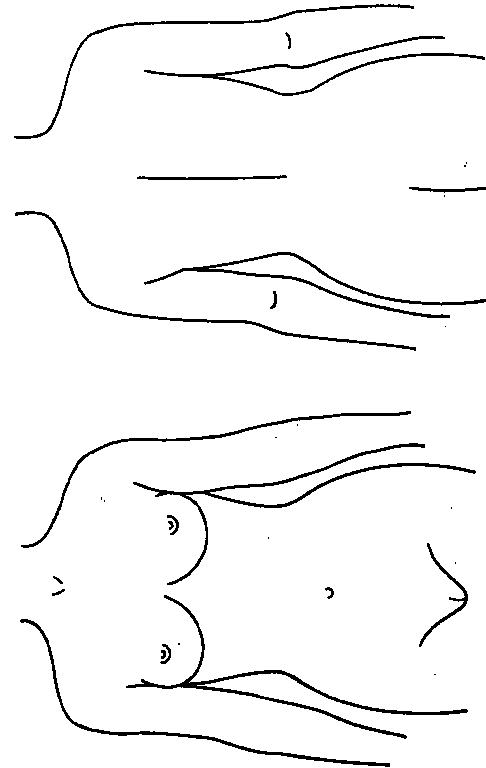
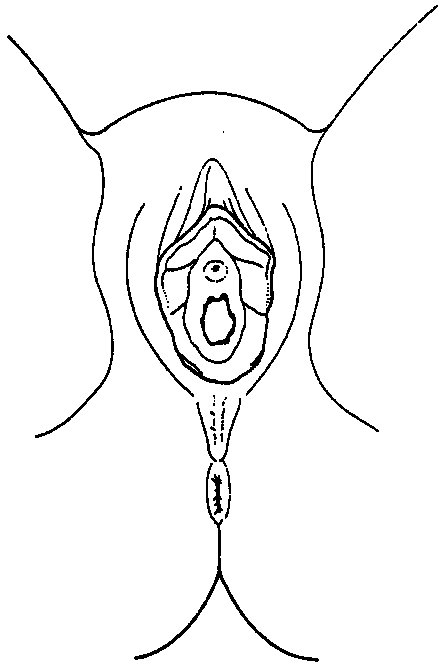
¹⁴⁶ S. Gurpinar, "Korur Fincanci u, Insan Haklari Ihallari ve Hekim Sorumlulu" (Violazioni dei Diritti Umani e Responsabilità del Medico), *Birinci Basamak Icin Adli Tip El Kitabı* (Manuale di Medicina Legale per i Medici Generici) (Ankara, Turkish Medical Association, 1999).

¹⁴⁷ Danielsen et altri (1991)

ALLEGATO III

**Schemi anatomici per la documentazione della tortura e di altri
maltrattamenti**

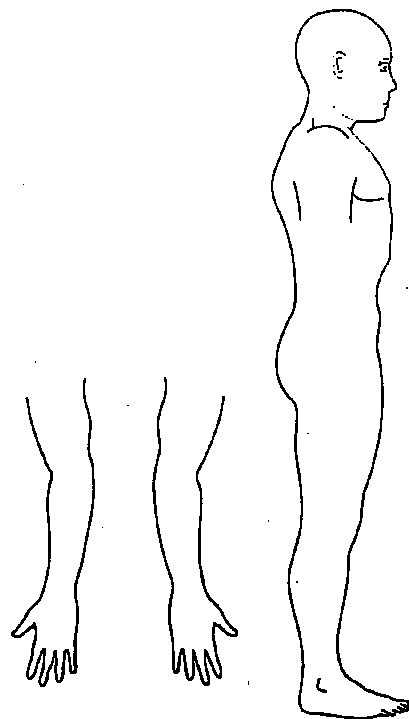
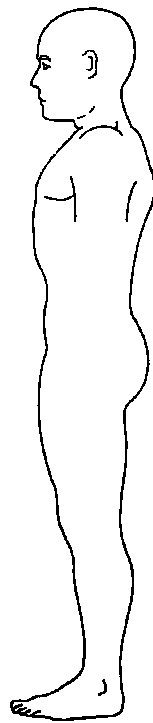
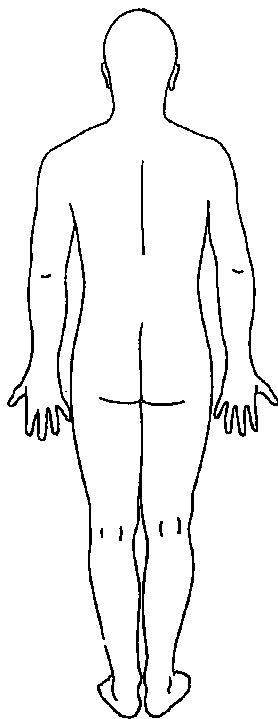
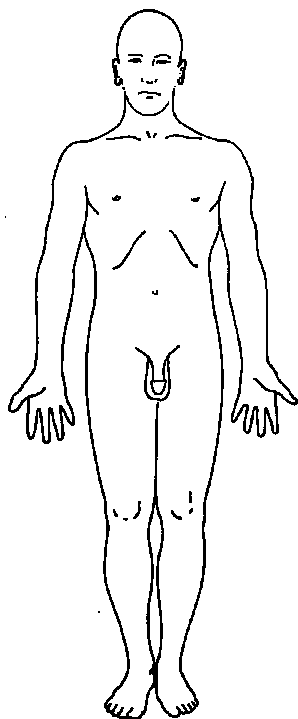




Nome _____ Caso n° _____ Data _____

CORPO INTERO – UOMO – VEDUTE ANTERIORE E POSTERIORE

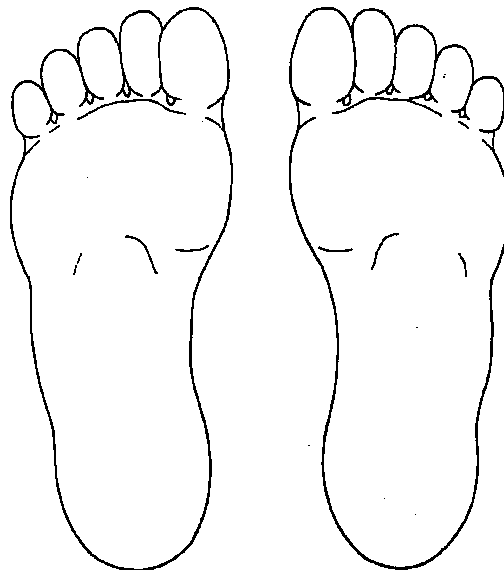
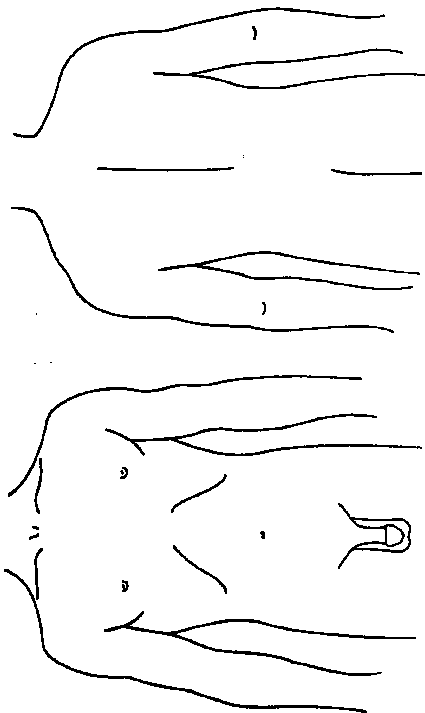
CORPO INTERO – UOMO – VEDUTA DI PROFILO



Nome _____ Caso n° _____ Data _____

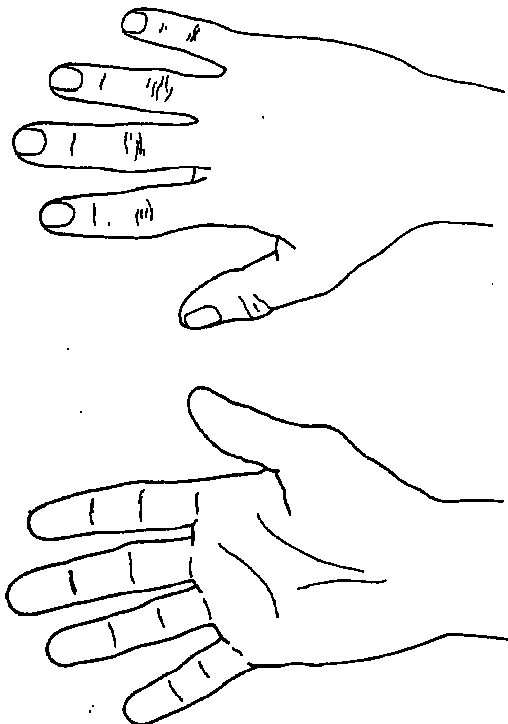
TORACE E ADDOME – UOMO – VEDUTE ANTERIORE E POSTERIORE

PIEDI – SUPERFICI PLANTARI DESTRA E SINISTRA

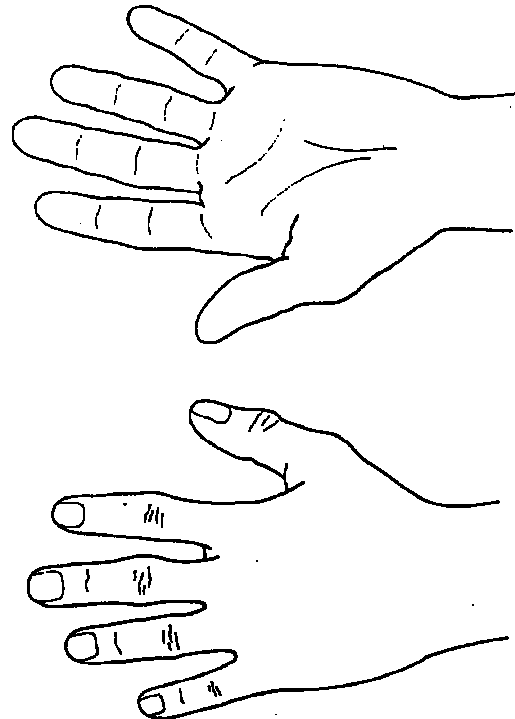


Nome _____ Caso n° _____ Data _____

MANO DESTRA - PALMO E DORSO

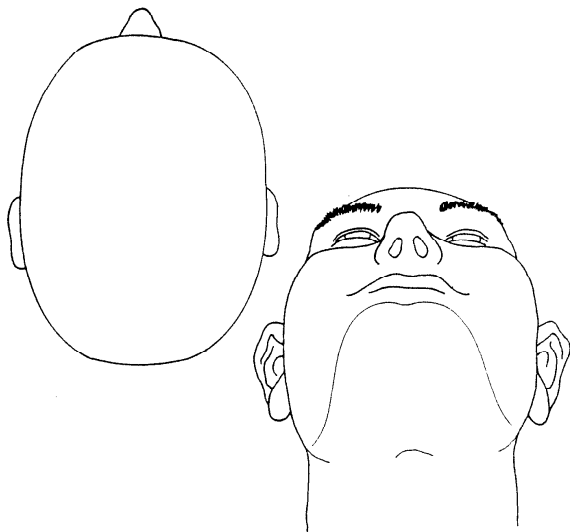


MANO SINISTRA - PALMO E DORSO

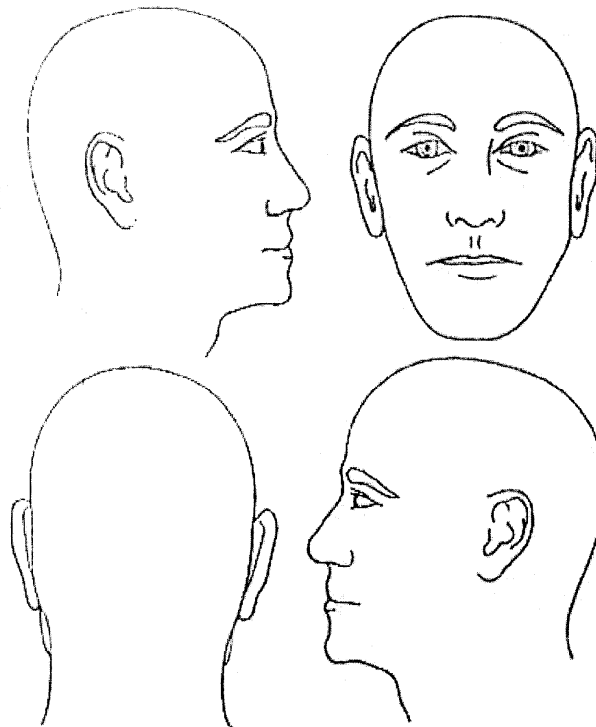


Nome _____ Caso n° _____ Data _____

TESTA – ANATOMIA SCHELETRICA E DELLA SUPERFICIE,
VEDUTA SUPERIORE – VEDUTA INFERIORE DEL COLLO

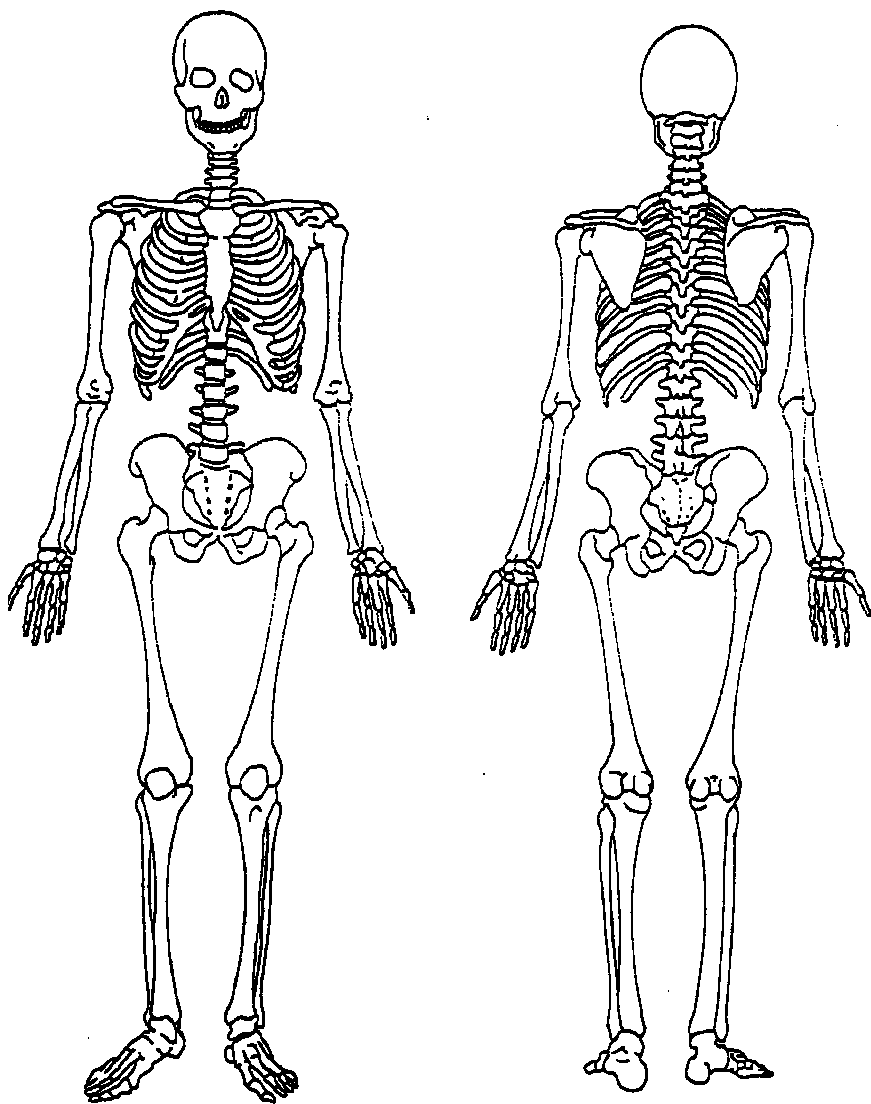


TESTA – ANATOMIA SCHELETRICA E DELLA SUPERFICIE,
VEDUTA LATERALE



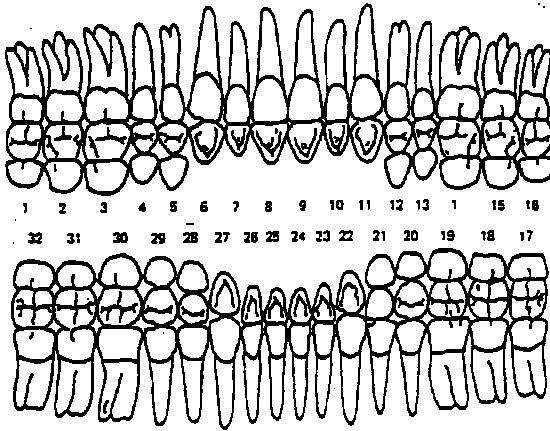
Nome _____ Caso n° _____ Data _____

SCHELETRO – VEDUTE ANTERIORE E POSTERIORE



Nome _____ Caso n° _____ Data _____

SEGNALARE LE RIPARAZIONI ESISTENTI E TUTTI I DENTI MANCANTI



Descrivere compiutamente tutte le applicazioni di protesi o di ponti fissi _____

Età presunta _____
 Sesso _____
 Razza _____

Cerchiare il termine adatto
 Applicazioni di protesi

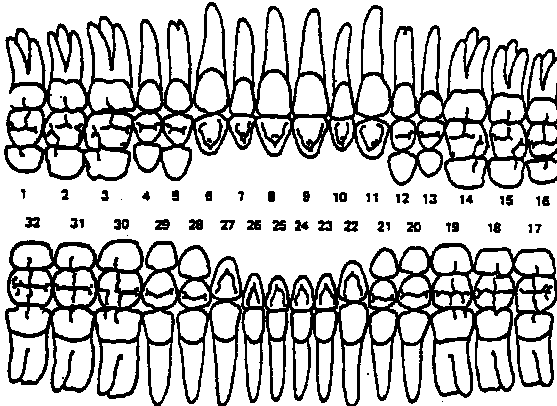
Mascella
 Dentatura completa
 Dentatura parziale
 Ponte fisso

Mandibola
 Dentatura completa
 Dentatura parziale
 Ponte fisso

Macchie sui denti
 Leggere
 Moderate
 Intense

SEGNALARE TUTTE LE CARIE IN QUESTA FIGURA

Segnare con una "X" tutti i denti mancanti



Cerchiare il termine adatto

Relazione
 Normale
 Prognato
 Sovraocclusione

Condizione parodontale
 Ottima
 Media
 Scarsa

Depositi di calcare
 Leggero
 Moderato
 Intenso

ALLEGATO IV

Direttive per la valutazione medica della tortura ed altri maltrattamenti

Le presenti direttive si basano sul Protocollo di Istanbul: *Manuale sull'Indagine Efficace e la Documentazione della Tortura ed altri Trattamenti o Pene Inumane o Degradanti*. Tali linee guida non sono considerate una prescrizione rigida, ma dovrebbero essere applicate tenendo in considerazione lo scopo della valutazione e le risorse disponibili. La valutazione degli elementi di prova fisica e psicologica della tortura e di altri maltrattamenti potrà essere effettuata da uno o più medici, in funzione delle loro rispettive qualifiche.

I. Informazioni generali

Data dell'esame:.....	Esame richiesto da (nome/funzione):
Numero del caso e della relazione:
.....	Durata della valutazione:ore
Nome del soggetto:minuti
.....	Data di nascita:.....
Cognome del soggetto:	Luogo di nascita:.....
.....	Sesso:maschio/femmina
Motivo dell'esame:.....	Carta d'identità N.
.....	Nome dell'interprete (si,no):
Nome del medico:
.....	Se no, perché?
Consenso informato:si / no

Persona che accompagna il soggetto (nome / funzione)

.....
.....

Persone che assistono alla visita (nome / funzione)

.....
.....

Il soggetto era sottoposto a costrizione durante l'esame? Sì / no

Se sì, spiegarne la natura e le ragioni

.....
.....

Rapporto medico trasmesso a (nome / funzione / N° documento di identità)

.....

Data e ora della trasmissione :

.....

Valutazione / indagine medica condotta senza restrizioni (per i soggetti in stato di detenzione) ? Sì / no

Se no, precisare la natura delle restrizioni

.....
.....

II. Qualifica del medico: (per testimonianza giudiziaria)

Studi medici e formazione clinica

Formazione psicologica/psichiatrica

Esperienza di indagine su tortura e maltrattamenti

Esperienza nel settore dei diritti umani relativi alle indagini

Pubblicazioni, conferenze e corsi di formazione

Curriculum vitae.

III. Dichiarazioni concernenti la veridicità delle testimonianze (per la testimonianza giudiziaria)

Per esempio: “ Conosco personalmente i seguenti fatti, eccetto quelli basati su informazioni esterne che ritengo veritiere e di cui sono intimamente convinto. Sono pronto a testimoniare sulle citate dichiarazioni basate sulla mia conoscenza personale e convinzione.”

IV. Profilo del soggetto

Informazioni generali (età, occupazione, istruzione, situazione familiare)

Anamnesi medica

Esami medici precedenti basati su denunce di tortura e maltrattamenti

Profilo psicologico prima della detenzione

V. Denunce di tortura e di altri maltrattamenti

1.Descrizione sommaria della detenzione e delle sevizie

2.Circostanze dell'arresto e della detenzione

3.Luoghi di detenzione iniziali e successivi (cronologia, trasporto e condizioni di detenzione)

4. Relazione sui maltrattamenti e sulla tortura (in ciascun luogo di detenzione)

5. Esame dei metodi di tortura.

VI. Sintomi ed infermità fisiche

Descrivere lo sviluppo dei sintomi e delle infermità acuti e cronici, la loro evoluzione e il processo di guarigione.

1.Sintomi ed infermità acuti

2.Sintomi ed infermità cronici.

VII. Esame fisico

1. Stato generale
2. Pelle
3. Viso e testa
4. Occhi, orecchie, naso e gola
5. Cavità orale e dentizione
6. Petto e addome (inclusi i segni vitali)
7. Sistema genito-urinario
8. Sistema muscolare-osseo
9. Sistema nervoso centrale e periferico.

VIII. Profilo/esame psicologico

1. Metodi di valutazione
2. Stato psicologico attuale
3. Profilo psicologico dopo la tortura
4. Profilo psicologico prima della tortura
5. Antecedenti psicologici/psichiatrici
6. Utilizzo e abuso delle sostanze tossiche
7. Esame dello stato mentale
8. Valutazione delle funzioni sociali
9. Test psicologici (vedi capitolo VI, sez. C.1, per indicazioni e limitazioni)
10. Test neuropsicologici (vedi capitolo VI, sez. C.4, per indicazioni e limitazioni).

IX. Fotografie

X. Risultati dei test diagnostici (vedi allegato II per indicazioni e limitazioni)

XI. Consultazioni

XII. Interpretazione delle osservazioni

1. Elementi di prova fisici

- A. Stabilire il grado di coerenza dei sintomi e delle infermità fisiche acuti e cronici con le denunce di abusi.
- B. Stabilire il grado di coerenza dei risultati dell'esame fisico con le denunce di abusi. (Nota: l'assenza di osservazioni fisiche non esclude la possibilità che vi sia stata effettivamente tortura o altri maltrattamenti).
- C. Stabilire il grado di coerenza dei risultati dell'esame fisico con la conoscenza dei metodi di tortura impiegati localmente e dei loro effetti usuali.

2. Elementi di prova psicologici

- A. Stabilire il grado di coerenza delle osservazioni psicologiche con le denunce di abusi.
- B. Indicare se i sintomi psicologici costituiscono reazioni prevedibili o caratteristiche di uno stress estremo nel contesto socioculturale del soggetto.
- C. Indicare la cronologia e l'evoluzione dei disturbi mentali connessi al trauma (situazione nel tempo in relazione agli avvenimenti, stadio di guarigione).
- D. Identificare gli eventuali fattori di stress concomitanti (persecuzione persistente, migrazione forzata, esilio, perdita della famiglia e del ruolo sociale, per esempio) e loro impatto potenziale.
- E. Menzionare i problemi fisici che potrebbero contribuire al quadro clinico, in particolare le possibili lesioni del cranio subite al momento della tortura o della detenzione.

XIII. Conclusioni e raccomandazioni

- 1. Formulare un'opinione sul grado di coerenza di tutti gli elementi di prova menzionati (osservazioni fisiche e psicologiche, informazioni raccolte, fotografie, risultati dei test diagnostici,

conoscenza dei metodi locali di tortura, rapporti di consultazioni, ecc...) con gli abusi denunciati.

2. Ribadire i sintomi e le infermità che continuano a riguardare il paziente in seguito agli abusi denunciati.

3. Segnalare gli esami complementari ed i trattamenti giudicati necessari.

XIV. Dichiarazione di veridicità (per la testimonianza giudiziaria)

Per esempio: “Dichiaro sotto pena di falsa testimonianza, secondo la legge del.....(paese), che quanto detto prima è vero e corretto e che tale affidavit è stato eseguito su.....(data) a.....(città),.....(stato o provincia).”

XV. Dichiarazione delle restrizioni sulla valutazione/indagine medica (per i soggetti in stato di detenzione)

Per esempio: “I sottoscritti medici certificano personalmente che a loro è stato consentito di lavorare liberamente ed indipendentemente e di parlare con il soggetto ed esaminarlo in privato, senza restrizioni o riserve, e senza forme di coercizione utilizzate dalle autorità penitenziarie”; o “I sottoscritti medici hanno dovuto condurre la loro valutazione con le seguenti restrizioni:.....”.

XVI. Firma del medico, data e luogo

XVII. Allegati

Copia del curriculum vitae del medico, gli schemi anatomici per l'identificazione degli atti di tortura e di altri maltrattamenti, fotografie, consulenze e risultati dei test diagnostici, tra le altre cose.

Per ulteriori informazioni, rivolgersi a: Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Diritti Umani, Palazzo delle Nazioni , CH-1211 Ginevra 10, Svizzera

Tel: (+41 – 22) 917 90 00

Fax: (+ 41 22) 917 02 12

E-mail: webadmin.hchr@unog.ch

Internet: www.unhchr.ch