

L'elasticità della tutela del diritto alla salute dello straniero irregolare*

Elenio Bolognese**

SOMMARIO: 1. Inquadramento normativo del diritto alla salute dello straniero irregolare. – 2. Questioni definitorie: *a) dalla nozione normativa di urgenza, essenzialità e continuità delle cure; segue: b) alla nozione giurisprudenziale di “nucleo irriducibile” del diritto da garantire ad ogni individuo.* – 3. La particolare “pulviscolarità” dello status di straniero irregolare: tra disuguaglianze *di diritto e di fatto*. – 4. Soluzioni *de iure condito* e prospettive *de iure condendo*. – 5. Brevi conclusioni.

ABSTRACT:

Com’è noto, l’art. 32 Cost. non soltanto afferma il carattere fondamentale del diritto alla salute, ma ne individua contemporaneamente i destinatari, cioè ogni individuo, sia in quanto tale che quale membro della collettività. Così, il Costituente ha voluto evitare di ridurre l’individuo esclusivamente al cittadino. Allo stesso modo, della salute – quale stato di completo benessere fisico, mentale e sociale – si sono occupate le Carte internazionali e sovranazionali. La disciplina normativa prevede che allo straniero irregolare siano assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative e che, per effettuarle, gli venga rilasciato un codice regionale “STP” (Straniero Temporaneamente Presente). Tuttavia, a differenza dello straniero regolare – obbligato a iscriversi al SSN (ex art. 34, c. 1, TUI) o tenuto all’iscrizione volontaria se sprovvisto di apposita assicurazione sanitaria (ex art. 34, cc. 3-4, TUI) – allo straniero irregolare (in linea di massima) non è consentito iscriversi al SSN, non potendo fruire di tutte le prestazioni riconosciute alle altre categorie di stranieri in virtù della sua condizione giuridica. La Corte costituzionale, in varie occasioni (ad es. sentt. nn. 252/2001, 269/2010, 299/2010, 61/2011), ha stabilito che è individuabile un nucleo irriducibile del diritto, protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, da garantire ad ogni individuo, pur potendo variare le modalità di esercizio dello stesso in virtù della discrezionalità legislativa. Se la giurisprudenza (costituzionale e di legittimità) ha superato l’ambito strettamente letterale di “urgenza” ed “essenzialità”, comunque l’attuale siste-

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Dottorando di ricerca in Diritto costituzionale nell’Università Mediterranea di Reggio Calabria, elenio.bolognese@unirc.it.

ma normativo presenta un'estrema pulviscolarità della condizione di straniero irregolare rispetto al diritto in oggetto, a seconda che sia minore (accompagnato o non), detenuto in istituti penitenziari, trattenuto nei CPR o libero. Ciò è ulteriormente interessante alla luce della l. n. 176/2024 riguardante l'assistenza sanitaria alle persone senza dimora. Il presente contributo, oltre a verificare l'eventuale irragionevolezza del sistema normativo, intende individuare, de iure condito, soluzioni già sperimentate a livello regionale e ipotizzare, de iure condendo, soluzioni che permettano una "ricomposizione" dello status di straniero irregolare rispetto al diritto alla salute.

As is well known, Article 32 of the Constitution not only affirms the fundamental nature of the right to health but simultaneously identifies its beneficiaries – namely every individual, both as such and as a member of the community. In this way, the Constituent Assembly sought to avoid reducing the individual exclusively to the status of citizen. Likewise, international and supranational charters have addressed health as a state of complete physical, mental, and social well-being. The legislative framework provides that an irregular foreigner is guaranteed urgent or otherwise essential outpatient and inpatient care, including continuing treatment, and that, to receive it, he/she is issued a regional “STP” code (Straniero Temporaneamente Presente: “Temporarily Present Foreigner”). However, unlike a regular foreigner – who must register with the National Health Service (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) under art. 34(1) of TUI, or, if lacking suitable health insurance, may register voluntarily under art. 34(3-4) – an irregular foreigner is generally not allowed to register with the SSN and therefore cannot access the full range of services granted to other categories of foreigners by virtue of his/her legal status. On several occasions (e.g., judgments Nos. 252/2001, 269/2010, 299/2010, 61/2011), the Constitutional Court has held that there exists an irreducible core of the right, protected by the Constitution as an inviolable sphere of human dignity, which must be guaranteed to every individual, even though the manner in which it is exercised may vary within the scope of legislative discretion. Although the case-law has moved beyond a strictly literal reading of “urgency” and “essentiality,” the current legislative system still displays extreme fragmentation in the position of irregular foreigners with respect to the right in question, depending on whether they are minors (accompanied or unaccompanied), detainees in penal institutions, persons held in pre-removal detention centres (CPRs), or free. This is all the more noteworthy in light of Law No. 176/2024 on health-care assistance for homeless persons. In addition to examining any potential unreasonableness of the legislative system, this contribution seeks, de iure condito, to identify solutions already tested at regional level and, de iure condendo, to propose measures that would permit a “recomposition” of the status of irregular foreigners in relation to the right to health.

1. Inquadramento normativo del diritto alla salute dello straniero irregolare

Com'è noto, il maggiore interventismo statale, resosi necessario anche per via delle esigenze della ricostruzione post-bellica, ha condotto all'affermazione dello Stato costituzionale sociale (*Welfare State*) in luogo dello Stato liberale di diritto: così, le neonate Carte costituzionali, sovranazionali e internazionali, l'incessante sviluppo della giurisprudenza delle relative Corti, l'espansione della spesa pubblica e la conseguente nascita dei moderni sistemi di welfare hanno inciso sull'evoluzione del concetto di "salute". Di quest'ultimo, è possibile individuare almeno due accezioni diverse:

totale assenza di stato di malattia o di infermità (accezione *negativa* o *minima*, legata ad una visione più individualista che comunitaria);

stato di completo benessere fisico, mentale e sociale (accezione *positiva* o *ampia*, connessa ad una visione più comunitaria che individualista)¹.

I sistemi sanitari di welfare originati all'alba dello Stato sociale, «tradicionalmente pensati come sistemi chiusi, destinati a soddisfare i bisogni di una comunità circoscritta che ne provvedeva anche al finanziamento»², hanno dovuto fare i conti non soltanto con le crisi economiche³, ma anche con un afflusso sempre più consistente e sistematico di non cittadini⁴. Tali situazioni hanno messo in discussione la tenuta di questi sistemi, che spesso hanno dovuto agire come una fisarmonica, aumentando/diminuendo la platea dei destinatari delle prestazioni gratuite⁵.

Il presente contributo intende affrontare il tema del diritto alla salute di una categoria specifica di non cittadini, ovvero i c.d. «irregolari». Per far ciò, innanzitutto è necessario accennare all'inquadramento normativo di tale diritto.

Com'è noto, l'art. 32 Cost. non soltanto afferma il carattere *fondamentale* del diritto alla salute – dal quale deriva la *gratuità* delle cure per gli indigenti – ma al contempo ne individua i destinatari, cioè ogni *individuo*, sia in quanto tale che quale membro della *collettività*⁶. Con quest'ultimo lemma, non presente altrove in Costituzione, il Costituente ha voluto evitare di ridurre l'individuo esclusivamente al cittadino – non adoperando il termine strettamente *giuridico* «popolo» – affermando in modo chiaro la *fondamentalità* (espressamente prevista solo all'art. 32)⁷ e l'*universalità* del diritto alla salute. In questo

¹ Sul punto, v. F. BIONDI DAL MONTE, *Salute*, in C. PANZERA, A. RAUTI (a cura di), *Dizionario dei diritti degli stranieri*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020, p. 654. Cfr. anche M. C. SPENA, *Effettività del diritto alla salute dello straniero tra tutela costituzionale e vincolo finanziario*, in *European Law Journal*, 2019, n. 2, p. 12; R. ALLOCÀ, *Il diritto alla salute degli stranieri: strumenti di tutela alla luce della normativa nazionale ed internazionale*, in *Journal of Advanced Health Care*, 2019, n. 2, p. 56.

² Così G. CERRINA FERONI, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione: un quadro generale*, in G. CERRINA FERONI (a cura di), *Sistemi sanitari e immigrazione: percorsi di analisi comparata*, Torino, Giappichelli, 2019, p. 2. V. anche A.M. TORRES-CANTERO, A.G. MIGUEL, C. GALLARDO, S. IPPOLITO, *Health care provision for illegal migrants: may health policy make a difference?*, in *European Journal of Public Health*, 2007, n. 5, p. 483; A. ROMANO, *Salute e immigrazione. Prospettive di osservazione della relazione tra accesso alle cure del non cittadino e organizzazione sanitaria*, in M. SESTA (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2014, p. 69. Similmente, G. J. BORJAS, *Immigration and Welfare Magnets*, in *Journal of Labor Economics*, 1999, n. 4, pp. 607 ss., che formula l'ipotesi del «Welfare magnet».

³ Per il legame tra crisi economiche e riduzione della spesa sociale v. F. COSTAMAGNA, *Riduzione delle risorse disponibili e abbassamento dei livelli di tutela dei diritti sociali: il rispetto del nucleo minimo quale limite all'adozione di misure regressive*, in *Diritti umani e diritto internazionale*, 2014, n. 2, pp. 371 ss.

⁴ Sul legame tra comprensione tardiva del fenomeno migratorio e assenza della dimensione «culturale» dei servizi di welfare offerti v. R. Perna, *Salute e migrazioni. Ricostruire il dibattito tra approcci e prospettive*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2016, n. 2, p. 379.

⁵ Sulla metafora della fisarmonica, relativa all'estensione (maggiore/minore) del diritto alla salute a seconda della qualità dei destinatari, v. A. RUGGERI, *I diritti dei non cittadini tra modello costituzionale e politiche nazionali*, in *Consulta OnLine*, 2015, n. 1, p. 147.

⁶ Cfr. C. SALAZAR, *Lo «statuto costituzionale dello straniero» e il diritto d'asilo*, in *Consulta OnLine*, 2021, n. 2, p. 339.

⁷ Cfr. V. ZAGREBELSKY, *Diritto fondamentale alla salute: principi e realtà*, in M. AFFRONTI, M. BONCIANI, E. FORCELLA, S. GERACI, M. MARCECA, M. L. RUSSO (a cura di), *Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute*, Bologna, Pendragon, 2016, p. 41. Il carattere fondamentale del diritto alla salute è stato affermato più volte dalla giur. cost.: fra tutte,

modo, è possibile rintracciare un'intima connessione tra la disposizione costituzionale in parola e l'art. 2 Cost⁸.

Orbene, l'art. 32 Cost. ricomprende diverse situazioni soggettive tra cui, per un verso è rintracciabile una c.d. *libertà negativa*, cioè un dovere d'astensione dei terzi nella misura in cui «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge» (c. 2: c.d. autodeterminazione terapeutica)⁹, per altro verso è individuabile un c.d. *diritto sociale*, cioè il diritto a ricevere le cure¹⁰ – gratuitamente nel caso di indigenza¹¹ – che postula ordinariamente un intervento dei poteri pubblici (c. 1)¹². Così, atteso il nesso inscindibile tra tutela della salute e piena realizzazione di libertà e uguaglianza¹³, l'art. 32 Cost. adopera «una sineddoche, tutelando la parte – la salute – per il tutto, la dignità umana»¹⁴.

sent. cost. n. 992/1988, § 2 *cons. in dir.*, «il bene della salute umana rappresenta, in forza dell'art. 32 Cost., quel diritto primario e fondamentale che (...) impone piena ed esaustiva tutela». Cfr. anche sentt. costt. nn. 88/1979, 132/1985, 561/1987, 455/1990.

⁸ Sul punto v. R. BALDUZZI, voce *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, VI, Milano, Giuffrè, 2006, pp. 5393 ss.; C. SALAZAR, *Lo "statuto costituzionale dello straniero"*, cit., p. 342; L. ALFANI, *Il diritto alla salute degli stranieri: un difficile equilibrio tra diritto alla cura, principio di non discriminazione ed esigenze di sicurezza*, in *RomaTre press*, 2017, p. 427; M. IMMORDINO, *La salute degli immigrati irregolari tra "certezza" del diritto e "incertezza" della sua effettività*, in *Nuove Autonomie*, 2013, nn. 2-3, p. 203; L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. L'esperienza italiana*, in *Rivista AIC*, 2018, n. 1, p. 24; G. MOSCHELLA, *La legislazione sull'immigrazione e le prospettive della tutela dei diritti fondamentali: l'ordinamento europeo e l'esperienza italiana*, in *Ordine internazionale e diritti umani*, 2019, pp. 475-476. Cfr. anche E. GROSSO, *Straniero (status costituzionale dello)*, in *Digesto delle Discipline Pubblicistiche*, Milano, UTET, 1999, pp. 166-167; A. PITINO, *Il diritto alla salute degli immigrati: tra leggi ordinarie e Costituzione*, in *Quaderni regionali*, 2009, n. 2., p. 493.

⁹ Sul punto v. D. MONEGO, *Il diritto alla salute dello straniero nell'ordinamento italiano*, in S. BALDIN, M. ZAGO (a cura di), *Europe of Migrations: Policies, Legal Issues and Experiences*, Trieste, EUT, 2017, p. 217; L. CHIEFFI, *La tutela della salute degli immigrati irregolari*, in R. PISILLO MAZZESCHI, P. PUSTORINO, A. VIVIANI (a cura di), *Diritti umani degli immigrati. Tutela della famiglia e dei minori*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2010, p. 184.

¹⁰ Sul punto v. A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, UTET, Milano, 2006, p. 663.

¹¹ Per approfondire v. A. GIORGIS, *Il (controverso) ruolo dei giudici ordinari nell'attuazione del diritto degli indigenti alle cure gratuite*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, corti e salute*, Padova, Cedam, 2007, pp. 145 ss.

¹² Sulla nozione di *diritti sociali* v., fra gli altri, A. SPADARO, *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un nuovo "modello sociale europeo": più sobrio, solidale e sostenibile)*, in *Rivista AIC*, 2011, n. 4, p. 4: «non vi è più alcun dubbio (...) che anche i tradizionali diritti *sociali a prestazioni positive* siano diritti *inviolabili fondamentali* esattamente come gli altri. Ciò significa che anche i diritti sociali: a) talora possono essere *immediatamente applicabili* e comunque sono sempre azionabili "giudiziariamente" (...); b) sono *inclusivi*, nel senso almeno in teoria che spettano a tutti gli esseri umani e non tollerano quindi discriminazioni fra cittadini e non cittadini (v., per esempio, Corte cost. nn.: 120/1967, 104/1969, 144/1970, 244/1974, 62/1994, 432/2005, 40/2011, 61/2011, ecc.). (...) un diritto teoricamente inviolabile che praticamente sia violabile a svantaggio di qualcuno – che dunque non sia inclusivo – non è più tale»; similmente, A. RUGGERI, *I diritti sociali al tempo delle migrazioni*, in *Osservatorio Costituzionale*, 2018, n. 2, p. 2. Cfr. anche M. IMMORDINO, *La salute degli immigrati irregolari*, cit., p. 198; A. ZITO, *Beni primari, diritti sociali degli immigrati e ruolo delle pubbliche amministrazioni*, in *Nuove Autonomie*, 2013, nn. 2-3, p. 223. Sulla duplice dimensione (collettiva/individuale) dei diritti sociali v. A. ALBANESE, *Non discriminazione, uguaglianza e ragionevolezza nella garanzia dei diritti sociali degli immigrati. L'approccio della Corte Edu e della Corte costituzionale*, in F. ASTONE, R. CAVALLO PERIN, A. ROMEO, M. SAVINO (a cura di), *Immigrazione e diritti fondamentali*, Torino, Univ. di Torino, 2017, pp. 146 ss.

¹³ Cfr. A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, cit., 656.

¹⁴ Così C. SALAZAR, *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali. Orientamenti e tecniche decisorie della Corte costituzionale a confronto*, Torino, Giappichelli, 2000, p. 103; similmente, A. PATRONI GRIFFI, *Stranieri non per la Costituzione*,

Per quanto concerne il c.d. *Bill of Rights* internazionale¹⁵ – che, com’è noto, prima vincolava il legislatore ordinario soltanto *ex art.* 10, c. 2, Cost., sebbene in relazione alle sole norme applicabili alla condizione giuridica dello straniero, e oggi anche *ex art.* 117, c. 1, Cost. – è necessario ricordare il Preambolo della *Costituzione dell’Organizzazione mondiale della sanità* (1946)¹⁶, l’art. 25, par. 1, della *Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo* (1948)¹⁷ e l’art. 12, par. 1, del *Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali* (1966)¹⁸. Per quanto concerne specificamente gli stranieri¹⁹, bisogna menzionare l’art. 5, lett. b) della *Convenzione sui lavoratori migranti* n. 97/1949²⁰. Risulta altresì rilevante la *Carta Sociale Europea* (CSE, 1961) – più che la *Convenzione europea per la salvaguardia dei Diritti dell’Uomo e delle Libertà Fondamentali* (CEDU, 1950), la quale, com’è noto, non si occupa espressamente di diritti sociali²¹ – pur avendo, a differenza di quest’ultima²², un ambito di applicazione *ratione personae* più ristretto, dal momento che ne restano esclusi i cittadini di altri Stati in condizioni di irregolarità²³. Tuttavia, ciò non ha impedito che il Comitato europeo dei diritti sociali, a partire dalla decisione *International Federation of Human Rights Leagues (FIDH) c. Francia* (2004), incidesse positivamente sull’ambito di applicazione della Carta: nel caso di specie è stato affermato che «la sua applicazione non potrà in ogni caso comportare la lesione di un *diritto immediatamente connesso* a un bene “essenziale” della persona, come la vita o l’integrità fisica, né pregiudicarne la dignità,

in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2009, p. 4.

¹⁵ Così, efficacemente, L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell’immigrazione*, cit., p. 2, che approfondisce il punto.

¹⁶ *Constitution of the World Health Organization* (WHO): «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity».

¹⁷ *Universal Declaration of Human Rights* (UDHR): «Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control».

¹⁸ *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (ICESCR): «The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health».

¹⁹ Menzione a parte, in quanto non ratificata dall’Italia, merita la *International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families* (ICPMW, 1990) che, all’art. 28, riconosce il diritto degli stranieri non regolarmente presenti sul territorio alle cure mediche urgenti: «Migrant workers and members of their families shall have the right to receive any medical care that is urgently required for the preservation of their life or the avoidance of irreparable harm to their health on the basis of equality of treatment with nationals of the State concerned. Such emergency medical care shall not be refused them by reason of any irregularity with regard to stay or employment».

²⁰ *Migration for Employment Convention*: «(b) ensuring that migrants for employment and members of their families enjoy adequate medical attention and good hygienic conditions at the time of departure, during the journey and on arrival in the territory of destination».

²¹ Ciononostante, v. F. BIONDI DAL MONTE, *Lo Stato sociale di fronte alle migrazioni. Diritti sociali, appartenenza e dignità della persona*, in *Rivista “Gruppo di Pisa”*, 2012, n. 3, p. 52: «In materia di tutela della salute, ad esempio, la Corte ha richiamato la protezione dell’art. 3 della Convenzione, per il quale nessuno può essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani o degradanti. (...) in forza di tale previsione, la Corte ha ritenuto contrari alla Convenzione alcuni provvedimenti di espulsione disposti nei confronti di immigrati privi di permesso di soggiorno e gravemente malati, che nel Paese di origine non avrebbero potuto beneficiare delle cure necessarie (...).».

²² La CEDU, infatti, *ex art.* 1, si applica a ogni persona sottoposta alla giurisdizione degli Stati parte.

²³ Cfr. C. PANZERA, *Stranieri e diritti nel sistema della Carta sociale europea*, in *DPCE*, 2016, n. 2, p. 486.

autentico valore fondativo del sistema europeo dei diritti umani²⁴, così riconoscendo «che la tutela della salute costituisce un «prerequisito» per la preservazione di tale valore, sicché qualunque legislazione o prassi nazionale che neghi agli stranieri, *ancorché irregolari*, le cure (s'intende: indispensabili e necessarie) è da considerare contraria alla Carta»²⁵. Con riferimento alle disposizioni euro-unitarie, invece, l'art. 168 TFUE stabilisce semplicemente che «nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana», né alcunché aggiunge l'art. 35 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea²⁶, in considerazione del fatto che, in materia sanitaria, all'UE spetta soltanto la competenza di sostegno, coordinamento o completamento dell'azione degli Stati membri *ex art. 6 TFUE*²⁷. Ciò detto, è comunque utile ricordare che la Direttiva 2008/115 stabilisce che debbano essere garantite le «prestazioni sanitarie d'urgenza e il trattamento essenziale delle malattie» agli stranieri irregolari in attesa di rimpatrio [art. 14, par. 1, lett. *b*)] e a coloro i quali siano in condizioni di trattennimento [art. 16, par. 3]²⁸.

Ebbene, tutte queste fonti sembrano aver preferito l'accezione *positiva/ampia* del concetto di salute, così come il nostro ordinamento che, dopo un vero e proprio percorso evolutivo²⁹ – alla luce di diversi interventi normativi³⁰ e della giurisprudenza costituzionale³¹ – ha rintracciato nell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (l. n. 833/1978) una delle più rilevanti concretizzazioni dell'art. 32 Cost.³².

²⁴ Così C. PANZERA, *op. cit.*, p. 491.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ «Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana».

²⁷ Cfr. A. ALBANESE, *La tutela della salute dei migranti nel diritto europeo*, in *Rivista AIC*, 2017, n. 4, p. 3.

²⁸ Sul punto, v. A. ALBANESE, *op. cit.*, p. 12; R. TARCHI, *I sistemi sanitari europei alla prova dell'immigrazione. Riflessioni a margine di un convegno fiorentino*, in *Rivista AIC*, 2018, n. 4, pp. 184 ss.

²⁹ Sulla preferenza per l'accezione *positiva* di salute nel nostro ordinamento, alla luce della *fondamentalità* del diritto in parola, v. B. SERRA, *Sanità, religione, immigrazione. Appunti per una realizzazione equa e sostenibile del diritto alla salute*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, 2016, n. 31, p. 2.

³⁰ Cfr. S. GERACI, *Immigrazione e salute: per una cittadinanza di diritti*, in Id. (a cura di), *Una rete per la salute degli immigrati*, 2007, n. 4, pp. 17 ss.; A. PATRONI GRIFFI, *Stranieri non per la Costituzione*, cit., p. 7; P. CARROZZA, *Diritti degli stranieri e politiche regionali e locali*, in C. PANZERA, A. RAUTI, C. SALAZAR, A. SPADARO (a cura di), *Metamorfosi della cittadinanza e diritti degli stranieri*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2016, pp. 69 ss.; C. PANZERA, *Immigrazione e diritti nello Stato regionale. Spunti di riflessione*, in F. ASTONE, R. CAVALLO PERIN, A. ROMEO, M. SAVINO (a cura di), *Immigrazione e diritti fondamentali*, cit., p. 275; A. MARCHESE, *Medicina di frontiera nel Mediterraneo multietnico, tra pluralismo etico, culturale e normativo*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, 2017, n. 27, p. 9; A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia (dalla legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale al d.l. "sicurezza" n. 113/2018)*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, pp. 636 ss.; G. TARLI BARBIERI, *Immigrazione e competenze*, in *Le Regioni*, 2019, nn. 5-6, pp. 1671-1673, discorre di quattro stagioni della legislazione in materia di immigrazione. Cfr. anche § 2 a), *infra*.

³¹ Sul punto, fra gli altri, v. A. RANDAZZO, *La salute degli stranieri irregolari: un diritto fondamentale "dimezzato"?*, in *Consulta OnLine*, 2012, pp. 23 ss. e cfr. § 2 b), *infra*.

³² Sul punto v. A. PITINO, *Autonomie e salute*, in A. MORELLI, L. TRUCCO (a cura di), *Diritti e autonomie territoriali*, Torino, Giappichelli, 2014, pp. 288 ss.; D. MONEGO, *Il diritto alla salute dello straniero nell'ordinamento italiano*, cit., pp. 218-219.

Sul riconoscimento ai non cittadini dei medesimi diritti dei cittadini italiani la dottrina e la giurisprudenza hanno compiuto un lungo percorso, sul quale non è possibile intrattenersi³³. Basti ricordare che alcune posizioni, soprattutto dottrinali, facevano leva su una lettura *originalista* della Costituzione, per la quale difficilmente i Costituenti pensassero ai non cittadini nella stesura dell'art. 32 – stante anche la collocazione di tale disposizione nella Parte I, rubricata “Diritti e doveri dei cittadini” – non foss’altro perché l’immigrazione ha assunto carattere stabile e dimensioni sostenute soltanto dalla fine del secolo scorso, di fatto capovolgendo il fenomeno inverso che aveva reso l’Italia terra di emigrazione³⁴. A fondamento di ciò si poneva l’idea di Costituzione quale “fatto politico” riguardante soltanto i cittadini³⁵ – mentre la condizione giuridica dello straniero troverebbe fondamento soltanto sull’art. 10 Cost. – con la conseguenza che, poiché l’art. 3, c. 1, Cost. sancisce l’uguaglianza dei cittadini davanti alla legge, non sarebbero illegittime norme che differenziassero cittadini e stranieri nel godimento di situazioni giuridiche soggettive.

Invero, è preferibile «contestualizzare le disposizioni costituzionali rispetto alle mutate circostanze storiche nelle quali trovano oggi applicazione»³⁶, in quanto tali disposizioni, quando formulate per principi – come sovente accade nelle Carte costituzionali che, evidentemente, non sono soltanto “atto” bensì “processo”³⁷ – possono essere soggette ad “aggiornamenti” alla luce della mutata coscienza sociale. Per questo, nell’ultimo decennio del secolo scorso, la dottrina ormai maggioritaria e la giurisprudenza costituzionale ritenevano assodata l’estensione ai non cittadini della maggior parte dei diritti della Parte I Cost. Ciò, evidentemente, a partire dalla considerazione che «il combinato disposto degli artt. 2, 3 e 10 Cost. determinerebbe l’estensione del principio di uguaglianza agli stranieri nella regolazione dei “diritti fondamentali” (...) o, con una formula forse più restrittiva, ai “diritti inviolabili”»³⁸. Così, «la Costituzione ha assegnato anche agli immigrati la piena titolarità

³³ Tra gli altri v. soprattutto E. GROSSO, *Straniero*, cit., pp. 161 ss. Per le diverse posizioni dottrinali cfr. anche C. ESPOSITO, *Eguaglianza e giustizia nell’art. 3 della Costituzione*, in ID., *La Costituzione italiana*, Padova, Cedam, 1954, pp. 17 ss., per il quale la posizione giuridica dello straniero è disciplinata dall’art. 10, c. 2, Cost. e, peraltro, se gli stranieri fossero uguali ai cittadini, la categoria giuridica dei cittadini non avrebbe più senso d’esistere; diversamente C. MORTATI, *Istituzioni di diritto pubblico*, II, Padova, Cedam, 1967, pp. 913 ss., su cui v. A. PACE, *Dai diritti del cittadino ai diritti fondamentali dell’uomo*, in *Rivista AIC*, 2010, n. 4, p. 6.

³⁴ Ad es. l’art. 35, c. 4, Cost. che, dopo aver riconosciuto la libertà di emigrazione, tutela il lavoro italiano all'estero: cfr. O. SPATARO, *I diritti degli immigrati nella giurisprudenza della Corte Costituzionale*, in *Nuove Autonomie*, 2013, nn. 2-3, p. 270.

³⁵ Cfr. A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali*, Padova, Cedam, 1990, pp. 144-145; ID., *Dai diritti del cittadino ai diritti fondamentali dell’uomo*, cit., pp. 658 ss. *Contra*, fra gli altri, A. RAUTI, *Diritto degli stranieri e modelli di cittadinanza*, in F. ASTONE, R. CAVALLO PERIN, A. ROMEO, M. SAVINO (a cura di), *Immigrazione e diritti fondamentali*, cit., pp. 203-204, nt. 16, che oppone tre obiezioni alla ricordata tesi.

³⁶ Così N. PALAZZO, G. ROMEO, *Il diritto alla salute dei migranti nei Paesi Bassi*, in *Rivista AIC*, 2017, n. 4, pp. 1-2.

³⁷ Così, A. SPATARO, *Dalla Costituzione come “atto” (puntuale nel tempo) alla Costituzione come “processo” (storico). Ovvero dalla continua “evoluzione” del parametro costituzionale attraverso i giudizi di costituzionalità*, in *Quaderni Costituzionali*, 1998, n. 3, pp. 343 ss.

³⁸ Così R. CHERCHI, *I diritti dello straniero e la democrazia*, in *Rivista “Gruppo di Pisa”*, 2016, n. 2, p. 3. Sul punto v. anche C. SALAZAR, *Lo “statuto costituzionale dello straniero”*, cit., pp. 339-340; L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell’im-*

dei diritti fondamentali³⁹. Peraltro, l'argomento “letteralistico”⁴⁰, legato alla *sedes materiae* dell'art. 32 Cost., teso a confinarlo ai soli titolari della cittadinanza⁴¹ (quale cittadinanza-appartenenza)⁴², sembra *miope* rispetto agli altri diritti ricompresi nel medesimo titolo: uno su tutti, il diritto all'istruzione, garantito a *tutti* a prescindere dallo *status* giuridico⁴³. Neanche la violazione delle norme sull'ingresso e il soggiorno nel territorio dello Stato farebbe venir meno tali considerazioni, dal momento che anche allo straniero irregolare spettano quantomeno i diritti inviolabili o fondamentali *ex art.* 2 Cost. In modo analogo, infatti, si esprime l'art. 2, c. 1, D. Lgs. n. 286/1998 (TUI), ai sensi del quale «allo straniero comunque presente alla frontiera o nel territorio dello Stato sono riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana previsti dalle norme di diritto interno, dalle convenzioni internazionali in vigore e dai principi di diritto internazionale generalmente riconosciuti»⁴⁴. Ebbene, per quanto concerne la disciplina normativa relativa al diritto della salute, dal TUI sono emerse due “macrocategorie” di stranieri: *a)* soggetti per cui è obbligatoria/facoltativa l'iscrizione al SSN; *b)* soggetti per cui è vietata l'iscrizione al SSN.

³⁹ *migrazione*, cit., p. 1; M. SAVINO, *Lo straniero nella giurisprudenza costituzionale: tra cittadinanza e territorialità*, in *Quaderni Costituzionali*, 2017, n. 1, p. 46.

⁴⁰ Così G. COLETTA, *L'accesso alle cure degli immigrati irregolari*, in *BioLaw Journal*, 2021, n. 4, p. 136. Cfr. anche M. LUCIANI, *Cittadini e stranieri come titolari dei diritti fondamentali. L'esperienza italiana*, in *Rivista critica del diritto privato*, 1992, n. 2, p. 214; E. GROSSO, *Straniero*, cit., pp. 156 ss.; A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia*, cit., pp. 633; A. RUGGERI, *I diritti fondamentali degli immigrati e dei migranti, tra la linearità del modello costituzionale e le oscillazioni dell'esperienza*, in *Consulta OnLine*, 2017, n. 2, p. 369; Id., *I diritti sociali al tempo delle migrazioni*, cit., p. 13. Sul punto, tra le altre, v. sent. cost. n. 198/2000, § 3 cons. in dir.: «lo straniero (anche irregolarmente soggiornante) gode di tutti i diritti fondamentali della persona umana».

⁴¹ Cfr. A. RAUTI, *Diritto degli stranieri e modelli di cittadinanza*, cit., pp. 201 ss.

⁴² Sul punto, per la differenza tra paradigma della cittadinanza e della territorialità v. M. SAVINO, *Lo straniero nella giurisprudenza costituzionale*, cit., pp. 41-43; F. E. GRISOSTOLO, *La tutela del diritto alla salute dello straniero in Italia e Francia*, in *Rivista AIC*, 2018, n. 2, p. 4.

⁴³ Sulla “conversione” da cittadinanza-appartenenza a cittadinanza-partecipazione v., tra gli altri, A. RUGGERI, *I diritti fondamentali degli immigrati e dei migranti*, cit., pp. 370 ss.; Id., *I diritti sociali al tempo delle migrazioni*, cit., p. 15; S. POLIMENI, *Un imprevedibile circuito virtuoso: disciplina sull'immigration regime ed esigenze di sviluppo locale (notarella a margine della l.r. calabrese n. 18/2009)*, in C. PANZERA, A. RAUTI, C. SALAZAR, A. SPADARO (a cura di), *Metamorfosi della cittadinanza e diritti degli stranieri*, cit., pp. 394 ss. Sulla cittadinanza, più in generale, v. A. RAUTI, *La decisione sulla cittadinanza. Tra rappresentanza politica e fini costituzionali*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2020.

⁴⁴ Al riguardo, si potrebbe pure obiettare che il diritto all'istruzione è garantito in quanto si tratti di minori, quindi di soggetti per i quali “prevale” lo status di minore d'età rispetto a quello di straniero, quand'anche irregolare. Tuttavia, è consentito al minore straniero non accompagnato – divenuto maggiorenne – concludere il percorso scolastico, usufruendo eventualmente del permesso di lavoro per studio e, successivamente, se necessario del prosieguo amministrativo. Sul diritto all'istruzione dei MSNA sia consentito rinviare a E. BOLOGNESE, *L'effettività del diritto all'istruzione dei minori stranieri non accompagnati*, in *dirittifondamentali.it*, 2024, n. 3, pp. 117-135.

⁴⁵ A tale disposizione è legato l'art. 3, c. 5, TUI: «Nell'ambito delle rispettive attribuzioni e dotazioni di bilancio, le regioni, le province, i comuni e gli altri enti locali adottano i provvedimenti concorrenti al perseguimento dell'obiettivo di rimuovere gli ostacoli che di fatto impediscono il pieno riconoscimento dei diritti e degli interessi riconosciuti agli stranieri nel territorio dello Stato, con particolare riguardo a quelli inerenti all'alloggio, alla lingua, all'integrazione sociale, nel rispetto dei diritti fondamentali della persona umana».

Rispetto ai non cittadini sub *a*), l'art. 34 TUI, c. 1 ha previsto l'obbligo di iscrizione al SSN per alcune categorie di stranieri regolarmente soggiornante⁴⁵, prevedendo così «parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal Servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale». Parimenti avviene per gli immigrati, sia regolarmente che irregolarmente soggiornanti, che siano detenuti, quale che sia il regime di detenzione: negli istituti penitenziari, in semilibertà o sottoposti ad altre forme di pena non detentiva⁴⁶. I cc. 3-4, invece, hanno previsto che i soggetti non rientranti nell'obbligo di iscrizione siano tenuti ad assicurarsi «contro il rischio di malattie, infortunio e maternità mediante stipula di apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale, ovvero mediante iscrizione al servizio sanitario nazionale valida anche per i familiari a carico», prevedendo la corresponsione di un contributo annuale di partecipazione alle spese per l'iscrizione al SSN; inoltre, possono effettuare volontariamente l'iscrizione al SSN gli stranieri soggiornanti con permesso di soggiorno per motivi di studio e quelli collocati alla pari⁴⁷.

Viceversa, rispetto ai non cittadini sub *b*), l'art. 35 TUI ha previsto che allo straniero irregolare siano assicurate le «cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva» – esemplificando nel resto della disposizione quali siano, anche se non tassativamente⁴⁸ – e che, ex art. 43,

⁴⁵ V. anche art. 42, d.P.R. n. 394/1999. Ex art. 34, c. 1: *a*) gli stranieri regolarmente soggiornanti che abbiano in corso regolari attività di lavoro subordinato o di lavoro autonomo o siano iscritti nelle liste di collocamento; *b*) gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo, per protezione sussidiaria, per casi speciali, per protezione speciale, per cure mediche ex art. 19, c. 2, lett. *d-bis*), per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza; *b-bis*) i minori stranieri non accompagnati, anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno. Peraltro, ai sensi del c. 2, «l'assistenza sanitaria spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti». Sul punto v. F. BIONDI DAL MONTE, *Salute*, cit., p. 659: «l'iscrizione al SSN consente la scelta del medico di base iscritto nei registri delle aziende sanitarie locali, con conseguente attribuzione di 4 crediti riconoscibili ai fini dell'accordo di integrazione».

⁴⁶ V. art. 1, c. 5, D. Lgs. n. 230/99: «Sono iscritti al Servizio sanitario nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia», e circ. Min. Salute n. 5/2000. Sul punto v. A. MARCHESE, *Medicina di frontiera nel Mediterraneo multietnico*, cit., p. 10.

⁴⁷ Per ulteriori categorie rientranti in questo obbligo v. l'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, sottoscritto in sede di Conferenza permanente tra il Governo, le Regioni e le Province autonome, *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome*. Cfr. R. ALLOCCA, *Il diritto alla salute degli stranieri*, cit., p. 57.

⁴⁸ Art. 35, c. 3, TUI: «Sono, in particolare, garantiti: a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane (...); b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176; c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni; d) gli interventi di profilassi internazionale; e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai. Sull'inclusione dell'IVG nel "nucleo irriducibile" v. F. MORGANTI, *Digitalizzazione dei servizi sanitari e superamento delle disparità su base territoriale: il caso dell'interruzione volontaria di gravidanza in telemedicina*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Torino, Giappichelli, 2025, p. 211.

c. 3, d.P.R. n. 394/1999, in combinato disposto con le disposizioni di cui alla circ. Min. Salute n. 5/2000⁴⁹, al dPCM 12 gennaio 2017⁵⁰ e all'Accordo raggiunto in Conferenza Stato-Regioni del 20 dicembre 2012⁵¹, per effettuarle gli venga rilasciato un codice regionale "STP" (Straniero Temporaneamente Presente). Tale codice identificativo è composto da sedici caratteri: oltre che dalla sigla STP, dal codice ISTAT della Regione e della struttura sanitaria pubblica che lo rilascia (ad es., qualsiasi ASL, Azienda Ospedaliera, Policlinico Universitario e IRCCS, a prescindere dal domicilio o luogo di dimora del richiedente) e da un numero progressivo attribuito al momento del rilascio⁵². Il "tesserino", rilasciato sulla base delle generalità del richiedente, *anche in via preventiva*⁵³ – è valido per un periodo di sei mesi ed è rinnovabile – possibilmente con il medesimo numero – fintantoché lo straniero sia irregolare. Qualora venga smarrito, sarà rilasciato un nuovo tesserino con il medesimo codice del precedente o, in alternativa, con un nuovo codice qualora sia impossibile risalire al precedente. Il codice, riconosciuto su tutto il territorio nazionale, identifica l'assistito per tutte le prestazioni *ex art. 35, c. 3, TUI*⁵⁴. Comunque, tali prestazioni – sulla cui *estensione* si vedrà *infra* – vengono erogate senza oneri qualora i richiedenti siano privi di risorse economiche sufficienti – «fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani» (c. 4) – e, comunque, l'accesso alle strutture sanitarie «non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano» (c. 5)⁵⁵.

⁴⁹ *Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria*. La circolare è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.camera.it/temiap/2019/04/09/OCD177-3983.pdf>.

⁵⁰ *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* n.17A02015, GU Serie Generale n. 65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15. Il decreto è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/s>.

⁵¹ Accordo, *ex art. 4, D. Lgs n. 281/1997*, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento: *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome*. Rep. Atti n. 255/CSR, n. 13A00918, GU Serie Generale n. 32 del 07-02-2013 - Suppl. Ordinario n. 9. L'accordo è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/02/07/13A00918/sg>.

⁵² In pratica dei sedici caratteri: tre costituiti dalla sigla STP, tre costituiti dal codice ISTAT relativo alla Regione, tre costituiti dal codice ISTAT relativo all'ente che attribuisce il codice e sette per il numero progressivo attribuito all'atto del rilascio. V. Accordo Stato-Regioni 20 dicembre 2012, par. 1.2.1.

⁵³ L'attribuzione a prescindere da una concreta esigenza terapeutica già manifestatasi risponde alla logica della facilitazione dell'accesso a programmi di prevenzione, come ha specificato il par. 1.2.1. dell'Accordo Stato-Regioni 20 dicembre 2012. Sul punto v. A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia*, cit., p. 645.

⁵⁴ Cfr. L. GILI, A. DRAGONE, P. BONETTI (a cura di), *Assistenza sanitaria per gli stranieri noncomunitari*, in *asgi.it*, 2013, pp. 29-30: «Le informazioni richieste allo straniero, e registrate presso il registro dell'ASL sono: nome, cognome, sesso, data di nascita, codice STP, recapito, nazionalità, data di rilascio. Tali informazioni non devono (...) a meno di un mandato del Giudice, essere inviate alla Prefettura ai fini della rendicontazione delle prestazioni. La struttura sanitaria deve comunque provvedere, anche in assenza di documenti d'identità, alla registrazione delle generalità fornite dall'assistito. Se l'immigrato chiede l'anonimato, il tesserino STP può essere rilasciato senza l'indicazione del nome e cognome».

⁵⁵ Sul punto v. F. BIONDI DAL MONTE, *Salute*, cit., p. 661. Sul tentativo di abrogare il divieto v. E. ROSSI, *L'abolizione del divieto per le strutture sanitarie di denunciare gli stranieri irregolari*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2009, pp. 1 ss.; S. PENASA, *Diritto alla salute, diritto di tutti? Riflessioni a prima lettura sulle possibili innovazioni legislative in materia di*

In questo modo, allo straniero irregolare non è consentito iscriversi al SSN⁵⁶, non potendo fruire di tutte le prestazioni riconosciute alle altre categorie di stranieri, tranne quelle cure ambulatoriali/ospedaliere urgenti o comunque essenziali, quand'anche continuative⁵⁷.

Tuttavia, è necessario ricordare che, a seguito della Riforma del Tit. V della Costituzione, per la prima volta appare la materia “immigrazione” nell’art. 117, così costringendo il TUI a confrontarsi con una ripartizione delle competenze diversa da quella precedente⁵⁸. Com’è noto, si suole distinguere tra *politiche dell’immigrazione*, consistenti nell’«insieme delle scelte relative alle condizioni di ingresso e soggiorno nel territorio nazionale (incidenti, dunque, sulla quantità e sulla qualità dei flussi in entrata)»⁵⁹, rispetto alle quali insisterebbe la competenza statale⁶⁰, e *politiche per gli immigrati*, relative al «complesso di azioni disposte in favore degli stranieri già presenti all’interno dei confini statali (e rivolte ad offrire loro accoglienza e integrazione sociale)»⁶¹, rispetto alle quali insisterebbe la competenza regionale⁶².

Ciò ha prodotto una legislazione regionale talvolta più inclusiva di quella statale per quanto concerne il diritto alla salute degli immigrati irregolari.

accesso alle cure degli stranieri irregolari, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2009, pp. 1 ss. Ancora sul divieto di segnalazione v. G. COLETTA, *L’accesso alle cure degli immigrati irregolari*, cit., p. 141.

⁵⁶ Allo stesso modo, allo straniero titolare di permesso di soggiorno per cure mediche non è consentita l’iscrizione al SSN. Tale tipologia di permesso di soggiorno particolare è regolata dall’art. 36 TUI, ai sensi del quale: «Lo straniero che intende ricevere cure mediche in Italia e l’eventuale accompagnatore possono ottenere uno specifico visto di ingresso ed il relativo permesso di soggiorno. A tale fine gli interessati devono presentare una dichiarazione della struttura sanitaria italiana prescelta che indichi il tipo di cura, la data di inizio della stessa e la durata presunta del trattamento terapeutico, devono attestare l’avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale, tenendo conto del costo presumibile delle prestazioni sanitarie richieste, secondo modalità stabilite dal regolamento di attuazione, nonché documentare la disponibilità in Italia di vitto e alloggio per l’accompagnatore e per il periodo di convalescenza dell’interessato. La domanda di rilascio del visto o di rilascio o rinnovo del permesso può anche essere presentata da un familiare o da chiunque altro vi abbia interesse» (c. 1). Sulla differenza tra permesso di soggiorno per cure mediche o gravi patologie ex art. 19 TUI e permesso di soggiorno per cure mediche ex art. 36 TUI v. F. BIONDI DAL MONTE, E. Rossi, *Il diritto alla salute come presupposto per l’ingresso dello straniero e come limite al suo allontanamento*, in *BioLaw Journal*, 2023, n. 4, pp. 53-58.

⁵⁷ Sulla differenza tra sistemi universalistici e categoriali v. R. PERNA, *Salute e migrazioni*, cit., pp. 379-380.

⁵⁸ Cfr. P. CARROZZA, *Diritti degli stranieri*, cit., pp. 64-65; C. PANZERA, *Immigrazione e diritti nello Stato regionale. Spunti di riflessione*, cit., pp. 144; G. TARLI BARBIERI, *Immigrazione e competenze*, cit., pp. 1673 ss.

⁵⁹ Così C. PANZERA, *op. cit.*, p. 145.

⁶⁰ Com’è noto, alla potestà legislativa esclusiva statale, ex art. 117, c. 2, Cost. sono attribuite le materie “diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all’Unione europea” (lett. a) e “immigrazione” (lett. b); in quella concorrente Stato-Regioni, ex art. 117, c. 3, Cost., ricade la tutela della salute; in quella negativo-residuale regionale, ex art. 117, c. 4, Cost., rientra l’assistenza sociale.

⁶¹ Sempre C. PANZERA, *ibidem*. L’A., inoltre, specifica la “tendenzialità” di questa distinzione.

⁶² Su tale distinzione v. anche A. PATRONI GRIFFI, *Stranieri non per la Costituzione*, cit., p. 8; M. IMMORDINO, *La salute degli immigrati irregolari*, cit., p. 206; D. LOPRIENO, *Regionalismo e immigrazione. Le risposte degli ordinamenti regionali italiani al fenomeno migratorio*, in *Consulta OnLine*, 2018, n. 1, p. 266.

2. Questioni definitorie: a) dalla nozione normativa di urgenza, essenzialità e continuità delle cure...

Per comprendere l'*ampiezza* del diritto alla salute degli immigrati irregolari, così come delineata *anche* dalla giurisprudenza costituzionale, è prodromico verificare cosa si intenda per «cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative» *ex art. 35 c. 3, TUI*. Sulle nozioni in parola si era espressa inizialmente la circ. n. 5/2000 del Min. Salute⁶³, in seguito trasposta nell'art. 63, c. 1, dPCM 12 gennaio 2017 – di aggiornamento dei LEA, direttamente attuativo dell'art. 117, c. 2, lett. *m*), concernente la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), nota “materia trasversale”⁶⁴ – il cui pregio è stato quello di attribuire valore normativo – vincolante anche al di fuori della PA e, soprattutto, per i giudici – a tali disposizioni⁶⁵.

L'*urgenza* delle cure si misura alla luce della *differibilità* delle stesse (fattore “temporale”): in altre parole sono urgenti quelle cure che non possono essere rimandate senza pericolo alla vita o danno alla salute del paziente e possono essere somministrate in via ambulatoriale, in regime di ricovero o di *day hospital*. Diversamente, l'*essenzialità* delle cure è commisurata al possibile decorso negativo di una patologia (fattore “potenziale”): detto altrimenti, sono essenziali quelle prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche riguardanti patologie non pericolose nell'immediatezza (a breve termine) ma che, nel tempo, potrebbero comportare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti) del paziente⁶⁶. La *continuità* – letta alla luce delle due nozioni precedenti – si apprezza avendo riguardo al completamento del ciclo terapeutico e riabilitativo del paziente, risolutivo dell'evento morboso.

I requisiti dell'*urgenza* e dell'*essenzialità* – che sembra vadano considerate l'una indipendentemente dall'altra⁶⁷ – devono essere attestati sulla documentazione clinica. Nella pratica, quando un immigrato irregolare ha bisogno di una visita medica non può rivolgersi al medico di medicina generale (MMG, c.d. medico di famiglia)⁶⁸, bensì deve rivolgersi al Centro Informazione e Salute Immigrati (ISI) presente in un'Azienda Sanitaria o struttura

⁶³ Pur trattandosi di una circolare, atto amministrativo interno alla PA, è stato il primo atto para-normativo in grado di dare indicazioni rispetto all'*ampiezza* delle cure in parola.

⁶⁴ Cfr. A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia*, cit., p. 643

⁶⁵ Sul punto v. A. PITINO, *ibidem*; G. COLETTA, *L'accesso alle cure degli immigrati irregolari*, cit., p. 142.

⁶⁶ Sulle cure essenziali v. P. OLIVANI, D. PANIZZUT (a cura di), *Attuale legislazione sanitaria italiana per comunitari e extra-comunitari irregolarmente presenti*, V rapporto, ottobre 2024, p. 6.

⁶⁷ Cfr. A. PITINO, *op. cit.*, p. 642 e, sulle nozioni di urgenza ed essenzialità, p. 640.

⁶⁸ Sul punto v. N. VETTORI, *Vulnerabilità, salute e persone migranti. Proattività e prossimità: ingredienti essenziali per l'e-quità nel Servizio Sanitario Nazionale*, in *BioLaw Journal*, 2023, n. 3, p. 117.

ospedaliera: così, il medico di questo centro prescriverà la terapia necessaria (esami, visite, farmaci, ecc.)⁶⁹.

Parte della dottrina, nel tentativo di ridimensionare l'ampiezza del diverso trattamento giuridico riservato a stranieri regolari e irregolari, ha sostenuto che, se, per i primi «l'assistenza sanitaria prevede il trattamento ordinario», per i secondi «dovrebbe prevedere forme di accertamento del carattere indispensabile del bisogno più penetranti, ma non – a priori – l'erogazione di un livello inferiore di prestazioni»⁷⁰.

segue: b) alla nozione giurisprudenziale di "nucleo irriducibile" del diritto da garantire ad ogni individuo.

La Corte costituzionale, con diverse sentenze – già diffusamente e autorevolmente commentate, delle quali si dirà brevemente – ha tentato di interpretare il dato normativo estensivamente. Innanzitutto, con la sent. n. 252/2001⁷¹, dopo aver riaffermato la natura del diritto alla salute quale «costituzionalmente condizionato» dalle esigenze di bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti⁷², facendo salva la garanzia di un «nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana»⁷³, ha riconosciuto la «titolarità» di tale «nucleo irriducibile» anche agli stranieri⁷⁴, regolari o irregolari, «pur potendo il legislatore prevedere diverse modalità di esercizio dello stesso». D'altronde, «conformemente a tale principio, il legislatore (...)»

⁶⁹ Cfr. *Breve guida all'esercizio del diritto alla salute in Italia*, a cura di Legance Avvocati Associati, con la collaborazione della Direzione Legal & Compliance di MSD Italia S.r.l. e dell'associazione no profit Antigone.

⁷⁰ Così, G. COCCO, *In direzione ostinata e contraria: spunti in tema di diritto alla salute e immigrazione*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria. Spunti e materiali per l'analisi comparata*, Bologna, Il Mulino, 2009, p. 102.

⁷¹ Cfr., fra gli altri, A. ALGOSTINO, *Espulsione dello straniero e tutela del diritto alla salute: spetta al giudice decidere caso per caso*, in *Giurisprudenza italiana*, 2002, n. 5, pp. 908 ss.; M. SALVAGNI, *Diritti alla salute e lavoratori stranieri «irregolari»*, in *Rivista giuridica del lavoro e della previdenza sociale*, 2002, n. 2, pp. 374 ss.

⁷² Emerge, ancora una volta, il chiaro riferimento non soltanto alle esigenze di sicurezza pubblica e controllo dei flussi migratori, ma anche ai cc.dd. diritti «finanziariamente condizionati». Eppure, con la sent. cost. n. 309/1999, la Corte cost. aveva specificato che «le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana» (§ 3, cons. in dir.). Sul punto cfr. G. MOSCHELLA, *La legislazione sull'immigrazione*, cit., p. 481. Sulla salute quale diritto «finanziariamente condizionato» *ex plurimis* v. sentt. costt. nn. 185/1998, 267/1998, 509/2000 e, tra gli altri, cfr. F. G. CUTTAIA, *Il condizionamento finanziario del diritto sociale alla salute: fondamento e prospettive evolutive*, in *Astrid Rassegna*, 2017, n. 9, pp. 1 ss.; R. ALLOCÀ, *Il diritto alla salute degli stranieri*, cit., p. 58. Sul diritto alla salute come condizionato da tre diversi limiti (economico-finanziario, tecnico-scientifico e organizzativo) v. E. CAVASINO, *Perché costruire il diritto alla salute come «diritto a prestazione» rende le forme normative dell'uguaglianza dipendenti dal limite economico-finanziario e ridimensiona l'effetto garantistico del «contenuto minimo essenziale»*, in *Rivista «Gruppo di Pisa»*, 2012, pp. 2 ss. Più in generale, cfr. A. RAUTI, *La «giustizia sociale» presa sul serio. Prime riflessioni*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2011, pp. 1 ss.

⁷³ § 2, cons. in dir.

⁷⁴ Cfr. M. SAVINO, *Lo straniero nella giurisprudenza costituzionale*, cit., pp. 60 ss., ha distinto quattro diverse situazioni possibili (personalissime, bisogni primari, altre prestazioni uniformi, livelli eccedenti l'essenziale): le prestazioni cc.dd. personalissime – «che si distinguono, appunto, per la essenzialità dei beni in gioco e per la irreparabilità del pregiudizio cui quei beni sarebbero esposti» – ricondotte al «nucleo irriducibile» del diritto alla salute.

ha dettato, per quel che concerne la tutela del diritto alla salute (...) alcune specifiche disposizioni, nelle quali i modi di esercizio dello stesso sono differenziati a seconda della posizione del soggetto rispetto agli obblighi relativi all'ingresso e al soggiorno»⁷⁵. Di conseguenza, agli stranieri irregolari «sono dunque erogati non solo gli interventi di assoluta urgenza e quelli indicati dall'art. 35, comma 3, secondo periodo, ma tutte le cure necessarie, siano esse ambulatoriali o ospedaliere, comunque essenziali, anche continuative, per malattia e infortunio»⁷⁶. Ciò, evidentemente, ha consentito di affermare la natura “non tassativa” delle terapie *ex art. 35, c. 3, TUI*⁷⁷. Peraltro, la valutazione sull'urgenza (indifferibilità) delle cure «deve essere effettuata caso per caso, secondo il prudente apprezzamento medico»⁷⁸, potendo eventualmente incidere in sede di ricorso avverso un provvedimento di espulsione⁷⁹.

Successivamente, la Corte è intervenuta in altre occasioni, che hanno coinvolto i legislatori regionali e la ripartizione di competenze: si tratta – tra le altre – delle sent. nn. 269/2010, 299/2010, 61/2011⁸⁰, che riguardavano leggi regionali che, adoperando le «formule, invero un po' ambigue, di “stranieri comunque presenti”, o ancora “stranieri comunque dimoranti sul territorio”»⁸¹, estendevano alcune prestazioni – tra cui quelle relative all'assistenza sanitaria – agli immigrati irregolari.

Con la sent. n. 269/2010, il Giudice delle leggi, dopo aver riaffermato il principio del “nucleo irriducibile”, alla luce di quanto previsto dal legislatore statale nel TUI, evidenzia che

⁷⁵ § 3, *cons. in dir.*

⁷⁶ § 4, *cons. in dir.*

⁷⁷ Sul punto, v. Cass. civ., Sez. I, n. 20561/2006: «Lo straniero presente, anche irregolarmente, nel territorio dello Stato italiano ha diritto di fruire di tutte le prestazioni sanitarie indifferibili ed urgenti, secondo i criteri indicati dall'art. 35, comma terzo, d.lgs. n. 286 del 1998, trattandosi di diritto fondamentale della persona che deve essere tutelato ai sensi dell'art. 2 dello stesso d.lgs. n. 286, di modo che non si può eseguire l'espulsione nei confronti di colui che, per l'immediata esecuzione del provvedimento, potrebbe subire un irreparabile pregiudizio al suo diritto costituzionale alla salute; tale garanzia comprende non solo le prestazioni rese dall'area del “pronto soccorso” e della medicina d'urgenza, ma si estende a tutte quelle prestazioni essenziali per la vita dello straniero che i presidi sanitari pubblici possono fornire, eventualmente non limitate ad un singolo intervento ma comprensive di tutti gli interventi ritenuti necessari dalla scienza medica per l'eliminazione della patologia». Cfr. G. BASCHERINI, A. CIERVO, *L'integrazione difficile: il diritto alla salute e all'istruzione degli stranieri nella crisi del welfare state*, in *Gli Stranieri*, 2011, n. 3, p. 4.

⁷⁸ § 5, *cons. in dir.*

⁷⁹ Sui limiti all'espulsione dello straniero per la tutela della sua salute v. F. BIONDI DAL MONTE, E. ROSSI, *Il diritto alla salute*, cit., pp. 63 ss.; F. BIONDI DAL MONTE, *Salute*, cit., pp. 661 ss.; C. CORSI, *Il diritto alla salute alla prova delle migrazioni*, in *Istituzioni del Federalismo*, 2019, n. 1, pp. 58 ss. Cfr., tra le altre, Cass. civ., Sez. I, sent. n. 1531/2008; Cass. civ., Sez. I, sent. n. 7615/2011; Cass. civ., Sez. VI, ord. n. 6000/2017; Cass. civ., Sez. I, sent. n. 8371/2019.

⁸⁰ L. reg. Toscana n. 29/2009, l. reg. Puglia n. 32/2009 e l. reg. Campania n. 6/2010.

⁸¹ Così F. BIONDI DAL MONTE, *Regioni, immigrazione e diritti fondamentali*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2010, p. 2. Per un'analisi approfondita delle questioni, v. pp. ss. dell'op. V. anche A. RANDAZZO, *La salute degli stranieri irregolari*, cit., pp. 7 ss.; L. RONCHETTI, *Ultimi atti del conflitto tra Stato e Regioni tra immigrazione e integrazione degli stranieri*, in *Rivista AIC*, 2010, pp. 1 ss.; Id., *I diritti fondamentali alla prova delle migrazioni (a proposito delle sentenze nn. 299 del 2010 e 61 del 2011)*, in *Rivista AIC*, 2011, n. 3, pp. 1 ss.; M. IMMORDINO, *La salute degli immigrati irregolari*, cit., pp. 211 ss.; P. CARROZZA, *Diritti degli stranieri*, cit., pp. 101 ss.; D. LOPRIENO, *Regionalismo e immigrazione*, cit., pp. 271 ss.; L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione*, cit., pp. 18-22; F. G. CUTTAIA, *L'esercizio del diritto alla salute da parte degli stranieri irregolari e gli ulteriori limiti introdotti dal cd. Decreto Sicurezza*, in *IUS et SALUS*, 2020, n. 1, pp. 92 ss.

«in questo quadro si colloca la norma regionale censurata, la quale (...) provvede ad assicurare anche agli stranieri irregolari le fondamentali prestazioni sanitarie ed assistenziali atte a garantire il diritto all'assistenza sanitaria, nell'esercizio della propria competenza legislativa, nel pieno rispetto di quanto stabilito dal legislatore statale in tema di ingresso e soggiorno in Italia dello straniero, anche con riguardo allo straniero dimorante privo di un valido titolo di ingresso»⁸². In seguito, con la sent. n. 299/2010, la Corte, sviluppando quanto già affermato nell'occasione precedente, alla luce della ripartizione delle competenze, afferma che non è incostituzionale l'erogazione dell'assistenza farmaceutica e la facoltà di scelta del «medico di fiducia», in quanto tali scelte non escludono «la limitazione dell'accesso dello straniero alle sole cure essenziali e continuative»⁸³. Poi, in modo sostanzialmente analogo il Giudice delle leggi si esprime nella sent. n. 61/2011⁸⁴.

Parte della dottrina – condivisibilmente – ha messo in discussione la “sostenibilità costituzionale” della titolarità del nucleo irriducibile – o duro, o essenziale⁸⁵ – di un diritto fondamentale in capo a soggetti determinati – gli stranieri irregolari – in virtù del loro *status*, così restando precluso agli stessi il godimento *pieno* del diritto. Peraltro, attesa la natura ontologicamente (e preventivamente) indeterminabile di siffatta formula – rispetto alla quale sarebbe difficile misurarne effettivamente l'*ampiezza* – ci si è domandati quale sia (e se esista) «il fondamento costituzionale della distinzione tra parte “dura” e parte “molle” o “cedevole” di un diritto fondamentale»⁸⁶.

Sebbene sia apprezzabile che la giurisprudenza, adoperando la nozione di “nucleo irriducibile del diritto”, abbia tentato di tracciare un confine (a tutela degli immigrati irregolari) oltre il quale il legislatore non può andare⁸⁷, neppure di fronte alle esigenze di controllo delle frontiere e alla sicurezza pubblica, è comunque vero che la suddetta nozione si sia

⁸² § 4.1 *cons. in dir.* Sempre F. BIONDI DAL MONTE, *op. cit.*, pp. 5-6; M. IMMORDINO, *op. cit.*, pp. 213-214.

⁸³ § 2.2.4. *cons. in dir.* Ancora F. BIONDI DAL MONTE, *ibidem*, p. 7.

⁸⁴ Sempre D. LOPRIENO, *op. cit.*, p. 272.

⁸⁵ Formule, tutte queste, connotate «da una ineliminabile opacità concettuale» e foriere di discriminazioni: così A. RUGGERI, *I diritti fondamentali degli immigrati e dei migranti*, cit., pp. 375-376. Sul rapporto tra il “nucleo irriducibile” del diritto alla salute e i livelli “essenziali” di assistenza sanitaria (LEA) v. soprattutto C. PANZERA, *Mediazione politica e immediatezza giuridica dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2013, nn. 5-6, pp. 1001 ss. In generale, v. anche A. D'ALOIA, *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2003, n. 6, pp. 1063 ss.

⁸⁶ Così A. RUGGERI, *I diritti sociali al tempo delle migrazioni*, cit., p. 18; v. anche p. 19: «La nozione di “nucleo duro” (...) può prestarsi ad usi strumentali, irragionevolmente discriminatori, da parte degli organi della direzione politica come pure di quelli di garanzia: a conti fatti, si ha la sensazione che si pensi di poterla far valere secondo buon senso, facendo luogo a scelte che possono condividersi come però non condividersi». In precedenza, Id., *Note introduttive ad uno studio sui diritti e i doveri costituzionali degli stranieri*, in *Rivista AIC*, 2011, n. 2, pp. 6 ss. V. anche A. RANDAZZO, *La salute degli stranieri irregolari*, cit., p. 21: «Non pare chiaro quale siano i confini di tale “nucleo duro”, fin dove cioè esso si estenda. Questo punto non sembra privo di rilievo se si considera che dalla determinazione di tali confini dipende la protezione dei diritti. Ragionando così, infatti, l'orientamento della Corte potrebbe intendersi, per un verso, di *favor* per i non-cittadini (in particolare se irregolari), e, per un altro, di svantaggio per gli stessi. In altre parole, come e quando si può ritenere che ad essere intaccato sia proprio il “nucleo duro” di cui parla la Corte e quando invece si possa legittimamente credere che così non sia?».

⁸⁷ Cfr. A. RANDAZZO, *op. cit.*, p. 20.

dimostrata alquanto “elastica”. Ciò è accaduto non soltanto per la sua natura “diafana”⁸⁸, ma anche per la sovrapposizione tra la stessa e le nozioni di cure urgenti/essenziali/continuative, così come indicate dal legislatore e interpretate dalla giurisprudenza sia costituzionale, che di legittimità.

Infatti, un orientamento risalente considerava urgenti e/o essenziali quelle cure utili a garantire l’«immediata sopravvivenza dello straniero irregolare»⁸⁹: così, escludeva la tossicodipendenza dagli eventi morbosì rientranti nelle suddette nozioni in quanto, sebbene fosse «uno stato patologico», andava inquadrata quale malattia cronica dalla quale non necessariamente scaturisce un imminente pericolo di vita.

Un orientamento relativamente più recente, invece, ha fatto rientrare nel novero delle suddette garanzie «non solo le prestazioni rese dall’area del “pronto soccorso” e della medicina d’urgenza», ma anche «tutte quelle prestazioni essenziali per la vita dello straniero che i presidi sanitari pubblici possono fornire, eventualmente non limitate ad un singolo intervento ma comprensive di tutti gli interventi ritenuti necessari dalla scienza medica per l’eliminazione della patologia»⁹⁰. Così, rientrerebbero negli interventi essenziali “quoad vitam” tutti quelli che «successivamente alla somministrazione immediata di farmaci essenziali per la vita, siano indispensabili al completamento dei primi od al conseguimento della loro efficacia», restando esclusi «quei trattamenti di mantenimento e di controllo che, se pur necessari per assicurare una “spes vitae” per il paziente, fuoriescono dall’intervento sanitario indifferibile ed urgente»⁹¹.

In definitiva, è estremamente difficile individuare normativamente quali siano le cure urgenti/essenziali/continuative e, probabilmente, anche controproducente, atteso che tali formule generiche appaiono preferibili rispetto a elencazioni tassative perché non negano *a priori* alcun trattamento. Cionondimeno, talvolta risulta particolarmente complesso distinguere se un intervento terapeutico possa rientrare nella suddetta categoria di cure, con la conseguenza di contribuire ad aggravare la posizione degli stranieri irregolari. A ciò

⁸⁸ L’indeterminatezza fisiologica di cui parla D. MORANA, *Titolari di diritti, anche se irregolari: politiche regionali di integrazione sociale e diritto alla salute degli immigrati (note minime a Corte cost., sent. n. 269 del 2010)*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2010, pp. 3238 ss. V. anche E. GROSSO, *Stranieri irregolari e diritto alla salute: l’esperienza giurisprudenziale*, cit., p. 164; A. GENTILINI, *Tendenze della legislazione regionale, statutaria e ordinaria, in tema di migranti*, in L. RONCHETTI (a cura di), *I diritti di cittadinanza dei migranti. Il ruolo delle Regioni*, Milano, Giuffrè, 2012, p. 201.

⁸⁹ Così Cass., Sez. I, sent. n. 15830/2001. Sulla giur. in parola v. F. BIONDI DAL MONTE, E. ROSSI, *Il diritto alla salute*, cit., pp. 65 ss.

⁹⁰ Così Cass. civ., Sez. I, sent. n. 20561/2006.

⁹¹ Così Cass. civ., Sez. I, sent. n. 7615/2011. Cfr. anche Cass. civ., SS. UU. sent. n. 14500/2013; Cass. civ., Sez. VI, ord. n. 13252/2016. Recentemente, v. Cass. civ., Sez. I, sent. 8371/2019, con la quale la S. C. ha escluso che rientrassero nelle terapie “quoad vitam” le prestazioni di chirurgia plastica successive a fratture nasali e ferite riportate dal paziente. Similmente la giurisprudenza amministrativa: sul punto, v. Cons. Stato, Sez. III, sent. n. 5265/2018; T.A.R. Calabria Reggio Calabria, sent. n. 84/2020. Comunque, si tratta di sentenze che trattano il tema in parola rispetto alle limitazioni all’espulsione dello straniero irregolare. In questo caso, le cure si ritengono rientranti nella specifica nozione anche alla luce «di un ulteriore criterio, e cioè l’impossibilità che l’assistenza, non urgente, sia resa nel paese di origine, verso il quale il soggetto è, o potrebbe essere, espulso»: così, D. MONEGO, *Il diritto alla salute dello straniero nell’ordinamento italiano*, cit., p. 227. Sul punto v. anche F. BIONDI DAL MONTE, E. ROSSI, *op. cit.*, p. 66.

si affianca il profilo dell'effettività del diritto – *rectius*: del nucleo irriducibile del diritto – che rischia di dipendere non soltanto dalle risorse disponibili⁹², ma anche dall'asimmetria informativa tipica del rapporto medico-paziente⁹³, che in questo caso risente anche della distanza linguistica e culturale.

3. La particolare “pulviscolarità” dello status di non cittadino: tra disuguaglianze di diritto e di fatto

Quanto detto finora provoca un'estrema frammentazione o, meglio, pulviscolarità, dello *status* di non cittadino – a differenza di quello di cittadino⁹⁴ – non soltanto a causa della distinzione tra regolare e irregolare⁹⁵. Infatti, la categoria degli stranieri irregolari (nella quale rientrano sia i soggetti entrati illegalmente nel territorio italiano, che coloro ai quali non è stato rinnovato il permesso di soggiorno) a sua volta è divisa in due “sottocategorie”: *a)* gli iscritti al SSN (al pari degli immigrati regolari e dei cittadini italiani); *b)* i non iscritti al SSN.

Nella sottocategoria *sub a)* rientrano: 1) i minori stranieri [non accompagnati (MSNA) e accompagnati]; 2) i detenuti in istituti penitenziari.

In primo luogo, è evidente la *ratio* dell'iscrizione dei soggetti *sub a 1)* al SSN⁹⁶, anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno *ex art. 34, c. 1, b-bis, TUI*: in questo modo si tutela il *superiore interesse del minore*⁹⁷. D'altronde, è lo *status* di minore d'età a prevalere su quello di straniero (temporaneamente) irregolare. Inoltre, l'*art. 14, c. 2, l. 47/2017*, prevede che l'iscrizione al SSN del minore straniero non accompagnato sia richiesta dall'esercente (anche in via temporanea) la responsabilità genitoriale o dal responsabile della struttura. Parimenti, i minori stranieri accompagnati sono iscritti al SSN «ed usufruiscono

⁹² Cfr. M. IMMORDINO, L. GIANI, *I diritti fondamentali degli immigrati tra emergenza rifugiati e crisi economico/finanziaria: quale ruolo per le amministrazioni?*, in F. ASTONE, R. CAVALLO PERIN, A. ROMEO, M. SAVINO (a cura di), *Immigrazione e diritti fondamentali*, cit., p. 78.

⁹³ Sulle problematiche del rapporto medico-paziente v., fra gli altri, J. A. CLARK, E. G. MISHLER, *Attending to patients' stories: reframing the clinical task*, in *Sociology of Health & Illness*, 1992, n. 3, pp. 344-372; J. F. HA, N. LONGNECKER, *Doctor-patient communication: a review*, in *The Ochsner Journal*, 2010, n. 1, pp. 38-43; J. H. OSORIO, *Evolution and changes in the physician-patient relationship*, in *Colombia Medica*, 2011, n. 3, pp. 400-405.

⁹⁴ Cfr. A. RUGGERI, *Note introduttive*, cit., p. 3.

⁹⁵ Cfr. M. D. FERRARA, *Status degli stranieri e questioni di welfare tra diritti e inclusione sociale*, in *Rivista del diritto della sicurezza sociale*, 2017, n. 2, pp. 265 ss.

⁹⁶ Sui MSNA, più di recente, v. A. RAUTI, *I diritti dei minori stranieri non accompagnati e la logica dell'emergenza*, in *Rivista "Gruppo di Pisa"*, 2024, n. 1, pp. 256 ss.

⁹⁷ V. art. 24, Convenzione di New York sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza del 1989 (ONU).

dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i cittadini italiani» *ex art. 63 c. 4, dPCM 12 gennaio 2017*⁹⁸.

Per effettuare l'iscrizione al SSN, com'è noto, si rende necessario il codice fiscale (C.F.): all'uopo, per facilitare e rendere uniforme sul territorio la procedura, l'Agenzia delle Entrate ha adottato la risoluzione n. 25/E del 7 giugno 2022⁹⁹. In breve, la procedura alquanto minuziosa stabilisce che l'ASL competente per l'iscrizione al SSN dei minori stranieri debba richiedere all'Agenzia delle Entrate l'attribuzione del codice fiscale. La richiesta deve essere presentata con il modello AA4/8 come istanza per soggetto terzo (cod. 17) – o, se riguardante più minori, tramite un'unica istanza contenente tutte le informazioni previste dal suddetto modello per ognuno – alla quale va allegata una dichiarazione dell'ASL che giustifichi la richiesta e certifichi la correttezza dei dati. A questo punto, l'Ufficio dell'AdE verifica negli archivi dell'Anagrafe Tributaria l'eventuale esistenza di un C.F. già attribuito, anche con dati anagrafici parziali o difformi da quelli dichiarati dalla struttura ASL. Una volta generato, il C.F. viene comunicato all'ASL, la quale a sua volta lo deve trasmettere ai genitori o al responsabile della struttura di prima accoglienza.

Inoltre, il Ministero della Salute ha adottato la circ. n. prot. 0016282 dell'8 agosto 2022, *“Iscrizione al SSN dei minori stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e soggiorno, minori non accompagnati, ed esenzioni. Indicazioni operative”*¹⁰⁰, con la quale – fra le altre cose – ha previsto che per i MSNA, alla luce dell'art. 1, c. 334, l. n. 160/2019, «le prestazioni saranno erogate senza la quota di partecipazione al ticket ed il codice di esenzione specifico è individuato (...) nel codice esenzione X24. Tale esenzione, limitata alle prestazioni specialistiche, cessa al raggiungimento della maggiore età»¹⁰¹. Diversamente, «per i minori non regolarmente soggiornanti, tenuto conto dell'impossibilità di accertare l'eventuale reddito del nucleo familiare come previsto per i cittadini italiani, le prestazioni sanitarie potranno essere erogate senza la partecipazione alla spesa, dietro presentazione

⁹⁸ I minori (tra 0 e 6 anni) figli di stranieri irregolari sono esonerati dal ticket sanitario a parità di condizioni con il cittadino italiano. Ugualmente avviene per le prestazioni sanitarie dei MSNA.

⁹⁹ La risoluzione è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.agenziaentrate.gov.it/portale/documents/20143/4495896/Risoluzione+25+minorinonaccompagnati+del+7+giugno+2022.pdf/508bcffa-3b75-96c5-b83e-345d68cfccce>.

¹⁰⁰ La circolare è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2023/02/Circolare-Ministero-Salute-Prot.-0016282-08.08.2022-DGPROGS-MDSP-Risoluzione-Agenzia-Entrate-25E.pdf>.

¹⁰¹ «Si precisa infatti che, sebbene l'art. 1, comma 334 della legge n. 160/2019 faccia riferimento ai commi 14 e 15 dell'art 8 legge n. 537/93 e quindi alla spesa sanitaria relativa alla farmaceutica e alla specialistica, il ticket sui farmaci di fascia A è stato eliminato dall'art. 85, comma 2, della legge n. 388/2000. Non essendo, quindi, previsto a livello nazionale un ticket sui farmaci che sono a carico del SSN, non può parlarsi di esenzione. A livello nazionale, dunque, l'esenzione X24 è valida solo per le prestazioni specialistiche». Ulteriormente, la circolare si occupa dell'esenzione per reddito dello straniero non minore (STP), specificando che «il diritto all'esenzione per reddito, previsto per alcune condizioni personali e sociali associate a determinate situazioni reddituali documentabili non potrà essere rilasciato allo straniero STP, la cui condizione di non regolarità configge con i requisiti richiesti. (...) tenuto conto di quanto previsto dalla normativa da cui non è possibile esulare e dei principi in essa contenuti si è dell'avviso che per gli stranieri STP in ogni caso deve essere richiesta la quota di partecipazione a fronte di ciascuna prestazione, e laddove lo straniero dichiari il proprio stato di indigenza, la singola prestazione dovrà essere erogata in esenzione con codice X01, previa acquisizione di dichiarazione».

di dichiarazione di indigenza, valida dal momento dell'iscrizione e non oltre i 6 anni, salvo eventuali variazioni delle condizioni. L'esenzione (...) è individuata nel codice esenzione X23 ed è valida dal momento dell'iscrizione fino al compimento dei 6 anni», oltre i quali l'esenzione cessa e, per la singola prestazione, è possibile fruire dell'esenzione X01, prevista per tutti gli stranieri STP¹⁰².

Alla luce di quanto detto, però, potrebbe porsi un problema serio internamente ai nuclei familiari, poiché quanto detto per i minori non vale per il loro genitori, i quali, in quanto irregolari, avrebbero accesso alle sole cure urgenti/essenziali/continuative, così emergendo un profilo critico del sistema. In altre parole, e banalmente: il minore potrebbe avere il pediatra di libera scelta (PLS) fino ai quattordici anni e poi il MMG che, invece, i genitori non potrebbero scegliere. La composizione di questa criticità – verosimilmente effetto del principio del superiore interesse del minore – avverrebbe soltanto qualora il genitore di minore, bisognoso di cure mediche, ottenessesse a sua volta il permesso di soggiorno per assistenza minore *ex art. 31, u.c. TUI o ex art. 11, c. 1, lett. c-quinquies* d.P.R. n. 394/1999: ciò, evidentemente, renderebbe obbligatoria l'iscrizione al SSN¹⁰³. Peraltro, l'esistenza di un codice di esenzione specifico per il minore irregolare figlio di stranieri irregolari potrebbe indurre i genitori ad evitare la richiesta di una prestazione sanitaria per il figlio, a causa del timore dell'emersione di tale situazione di irregolarità.

In secondo luogo, i soggetti *sub a 2)* – i detenuti o i sottoposti a misure alternative alla pena detentiva¹⁰⁴ – «limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati», sono iscritti al SSN con «parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi»¹⁰⁵; in ogni caso, *ex art. 1, c. 6, D. Lgs. n. 230/1999*, i detenuti – senza alcuna distinzione in base al loro *status* – «sono esclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa delle presta-

¹⁰² Per es., già la Delib. Reg. Lombardia XI/1046 del 17/12/2018 aveva istituzionalizzato la sperimentazione intrapresa nel 2014: i minori, figli di stranieri extracomunitari senza permesso di soggiorno, potevano iscriversi al SSR e recarsi dal PLS (fino a 14 anni) o dal MMG (14-18 anni) e avere assistenza sanitaria gratuita.

¹⁰³ Cfr. F. BIONDI DAL MONTE, E. ROSSI, *Il diritto alla salute*, cit., p. 56; L. CHIEFFI, *La tutela della salute degli immigrati irregolari*, cit., p. 197.

¹⁰⁴ Sulle disuguaglianze di fatto nell'accesso alle misure alternative alla pena detentiva per gli stranieri irregolari rispetto a quelli regolari v. A. SALERNI, *L'evoluzione in Italia della legislazione sulla condizione dello straniero, le connesse politiche penali e le ricadute carcerarie*, in *Quaderni ISSP*, 2013, n. 12, pp. 21-23, scaricabile su <http://issp.bibliotecchedap.it/quaderni.aspx>.

¹⁰⁵ *Ex art. 1, c. 5, D. Lgs. n. 230/1999*: «Sono iscritti al Servizio sanitario nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia». Questa disposizione sembra “speciale” rispetto al c. 4, che prevede che «I detenuti e gli internati conservano l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico-generica», quindi non solo limitatamente al periodo in cui sono negli istituti penitenziari. In ogni caso, *ex art. 1, c. 1*: «I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali»; v. anche artt. 1 e 4, l. n. 354/1975.

zioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale»¹⁰⁶. Inoltre, è utile ricordare che la circolare Min. Salute n. 5/2000 indica – non si comprende bene per quale motivo, se non a voler rimarcarne la particolarità – alcune particolari tipologie di prestazioni assicurate ai detenuti¹⁰⁷.

Orbene, la *ratio* dell'iscrizione al SSN per i soggetti in parola sembra ben chiara: non soltanto si intende affermare il fondamentale principio dell'*equivalenza* dell'assistenza sanitaria¹⁰⁸, senza che la condizione di detenzione costituisca un mezzo per limitare i diritti costituzionalmente garantiti, ma si tenta altresì di evitare che l'eventuale trattamento sanitario deteriore (*impari*) per alcuni dei detenuti possa incidere negativamente sulla salute dell'intera comunità. Detto altrimenti: se curare “di meno e peggio” un detenuto può mettere in pericolo la salute collettiva, meglio assicurare a tutti il medesimo livello di tutele: così, dovrebbe prevalere la dimensione comunitaria della salute rispetto a quella individuale. Tutto ciò potrebbe non garantire però che, una volta scontata la pena, il soggetto riesca a fruire della continuità delle cure già iniziate durante la permanenza nell'istituto penitenziario¹⁰⁹. Ad ogni modo, tale equiparazione normativa – come vedremo *infra* – si scioglie “come neve al sole” alla “prova del nove” dell'effettività del diritto.

Nella subcategoria *sub b*), invece, rientrano: 1) i soggetti trattenuti nei CPR; 2) i soggetti non rientranti nelle precedenti sottocategorie¹¹⁰.

Così, i soggetti trattenuti nei Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR) non possono iscriversi al SSN, dovendosi avvalersi delle prestazioni sanitarie fornite dall'ente gestore, al quale è affidata la totalità dei servizi a seguito di gara d'appalto pubblica, potendo accedere alle cure delle ASL solo a determinate condizioni. Tant'è che si è correttamente parlato di “extraterritorialità sanitaria”¹¹¹ e che, alla luce di quanto detto, un quadro normativo così

¹⁰⁶ V. anche art. 18, c. 2, d.P.R. n. 230/2000: «I detenuti o internati stranieri, apolidi o senza fissa dimora iscritti al servizio sanitario nazionale, ai sensi della vigente normativa, ricevono l'assistenza sanitaria a carico del servizio sanitario pubblico nel cui territorio ha sede l'istituto di assegnazione del soggetto interessato».

¹⁰⁷ «Il S.S.N. assicura in particolare ai detenuti e agli internati: interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale, particolari forme di assistenza in caso di gravidanza e di maternità, assistenza pediatrica e servizi di puericultura ai figli delle donne detenute o internate che, durante la prima infanzia, convivono con le madri negli istituti penitenziari».

¹⁰⁸ Cfr. *The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* (i.e. Nelson Mandela Rules), regola n. 24; ris. n. 45/111 dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) del 14 dicembre 1990; regola n. 40.3 delle Regole Penitenziarie Europee, Rec (2006) 2 del Consiglio d'Europa: «I detenuti devono aver accesso ai servizi sanitari disponibili nel paese senza nessuna discriminazione fondata sulla loro situazione giuridica». Sul punto v. R. M. GERACI, *Detenzione e tutela del diritto alla salute*, in *Proc. pen. e giust.*, 4/2019, 1011.

¹⁰⁹ Cfr. A. CAPUTO (a cura di), *Gli stranieri e il carcere: aspetti della detenzione*, 2003, n. 19, p. 87.

¹¹⁰ Cfr. Accordo Stato-Regioni 20 dicembre 2012, parr. 1.1. e 2.1.

¹¹¹ A. BARBIERI, M. PECA, G. CASTAGNA, M. ZANCHETTA (a cura di), *Le sbarre più alte. Rapporto sul centro di identificazione ed espulsione di Ponte Galeria a Roma*, 2012, p. 18. V. anche F. BORLIZZI, *La nuova direttiva Lamorgese sui “modi” del trattamento nei Cpr*, in *cild.eu*, 2022, p. 3.

problematico sembra poter configurare una disparità di trattamento irragionevole, *ex art. 3 Cost.*¹¹²

Le indicazioni normative al riguardo sono alquanto scarne: oltre all'art. 14, c. 2 TUI¹¹³, bisogna ricordare il D.M. interno 19 maggio 2022 che, sopprimendo il decreto precedente, allega la direttiva 19 maggio 2022¹¹⁴. Quest'ultima, *ex art. 3*, prevede che l'accertamento della compatibilità delle condizioni di salute con la permanenza nella struttura è affidato a un medico del SSN, «attraverso indagine anamnestica o sintomatologica, nonché mediante la documentazione sanitaria disponibile». In ogni caso, la certificazione medica deve «attestare la compatibilità delle condizioni di salute o di vulnerabilità (...) dello straniero con la convivenza in comunità ristrette» (c. 1)¹¹⁵. Al di là dello strumento para-normativo scelto, cioè una direttiva ministeriale, che non soddisfarebbe in alcun modo la riserva di legge di cui all'art. 13 Cost.¹¹⁶, non solo le tutele previste dalla stessa soffrono di diverse eccezioni¹¹⁷, ma al contempo viene prescelta una valutazione fondata sulla c.d. idoneità

¹¹² Cfr. ancora L. ALFANI, *op. cit.*, p. 453.

¹¹³ «Lo straniero è trattenuto nel centro, presso cui sono assicurati adeguati standard igienico-sanitari e abitativi, con modalità tali da assicurare la necessaria informazione relativa al suo status, bassistenza e il pieno rispetto della sua dignità (...). Sulla laconicità plausibilmente incostituzionale di questa disposizione v. L. MASERA, *L'incostituzionalità dell'art. 14 d.lgs. 286/98 nella parte in cui non contiene una disciplina sufficientemente precisa dei "modi" del trattenimento nei CPR*, in *Questione Giustizia*, 2022. Sull'incostituzionalità dell'art. 14 TUI, nella misura in cui contrasterebbe con l'art. 13, cc. 2-3, Cost. per via dell'individuazione dell'autorità incaricata di disporre il trattenimento v. M. BENVENUTI, *Il trattenimento degli stranieri nei Centri di permanenza per i rimpatri e la c.d. direttiva Lamorgese. Problemi vecchi e prospettive nuove per i provvedimenti di convalida dei giudici di pace*, in *Questione Giustizia*, 2023, p. 4.

¹¹⁴ La direttiva è consultabile al seguente indirizzo: https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2022-06/direttiva_ministro_lamorgese_19.5.2022_accessibile.pdf. Al riguardo v. M. Falcone, *Brevi note sulla tutela della salute nei C.P.R. a margine della ADiM - IntoMe Migration Conference 2024*, in *ADiM Blog*, agosto 2024, pp. 2 ss.

¹¹⁵ Sul punto v. N. COCCO, F. ALVES DA COSTA, F. ESPOSITO, M. C. VAN HOUT, F. DE CORDOVA, L. TAVOSCHI, P. BORSELLINO, C. MONTALDO, C. PONTI, *Doctors should not declare anyone fit to be held in immigration detention centres*, in *British Medical Journal*, 2024, p. 1: «In Italy, when entering a detention centre, people must undergo a clinical assessment performed by a doctor affiliated with the national health system. Over the years this medical assessment has increasingly taken the form of an administrative nihil obstat to the detention, just excluding the risk of communicable diseases, without a thorough evaluation of the person's overall health status». V. anche M. BENVENUTI, *op. cit.*, p. 8: «La presenza di tale certificato costituisce (...) una "condizione ineludibile di validità del trattenimento" e, in assenza di esso, una volta di più, non può essere disposta alcuna convalida». Sul ruolo "centrale" della certificazione di idoneità rispetto alla convalida o alla proroga del trattenimento v. N. COCCO, C. DI LUCIANO, C. L. LANDRI, G. PAPOTTI, *La tutela della salute nei CPR: un diritto trattenuto*, in *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, 2024, n. 3, pp. 13-14.

¹¹⁶ Sul punto cfr. M. BENVENUTI, *Il trattenimento degli stranieri nei Centri di permanenza per i rimpatri e la c.d. direttiva Lamorgese*, cit., p. 3; M. FALCONE, *Brevi note sulla tutela della salute nei C.P.R.*, cit., p. 3. Sulla rimessione di una q.l.c. alla Corte cost. sull'oggetto in parola v. S. ANASTASIA, G. SANTORO, *Alla Corte costituzionale la questione di legittimità sui CPR*, in *Questione Giustizia*, 2025 e F. BIONDI DAL MONTE, *I centri per il rimpatrio in Italia: condizioni di trattenimento e lacune normative*, in *ADiM Blog*, gennaio 2025, pp. 7 ss. Sul «sistema di fonti "a matrioska"» v. N. COCCO, C. DI LUCIANO, C. L. LANDRI, G. PAPOTTI, *op. cit.*, p. 6 e sul «capovolgimento dell'ordine gerarchico delle fonti» – fenomeno purtroppo non infrequente nella legislazione sull'immigrazione – v. A. PUGIOTTO, *La "galera amministrativa" degli stranieri e le sue incostituzionali metamorfosi*, in *Quaderni costituzionali*, 2014, n. 3, p. 581.

Così M. FALCONE, *ibidem*.

¹¹⁷ Sempre v. M. FALCONE, *ibidem*: «la Direttiva Lamorgese affida la visita medica d'ingresso allo scrutinio dell'autorità sanitaria pubblica, al fine di assicurare che il certificato di idoneità sia rilasciato da un soggetto imparziale e indifferente all'esito della visita stessa. Al contempo, però (...) contempla la possibilità che la visita d'ingresso possa essere effettuata dal personale medico contrattualizzato dagli enti gestori dei Centri. Laddove ciò accada, ai medici del S.S.N. spetta

relativa, ovvero «che l'accertamento delle condizioni di salute e di vulnerabilità del trattenero sia condotto in relazione alle caratteristiche e ai servizi sanitari disponibili all'interno della specifica struttura a cui è destinato»¹¹⁸. Più di recente, è stato adottato il D.M. interno 4 marzo 2024 (“Decreto di schema di capitolato di gara di appalto per la fornitura di beni e servizi relativi alla gestione e al funzionamento dei centri di accoglienza”)¹¹⁹, con l'obiettivo di incrementare il personale con compiti assistenziali, tuttavia continuando ad adoperare atti normativi sub-legislativi¹²⁰.

In generale, «l'ente gestore provvede a garantire unicamente un'assistenza sanitaria di primo livello, mentre per gli accertamenti diagnostici e le cure specialistiche l'autorità di pubblica sicurezza provvede ad accompagnare il paziente presso la ASL o la struttura sanitaria competente»¹²¹. Inoltre, per consentire ad un soggetto trattenuto di recarsi presso una ASL

soltanto un secondo *screening* sulle condizioni di salute del trattenuto, che (...) non potrà verosimilmente concludersi con esito diverso dal primo, senza che ciò si traduca in una presa di posizione dell'operatore sanitario pubblico rispetto a quello privato. Allo stesso modo, la Direttiva consente che il monitoraggio dello stato di salute sia affidato ai medici dell'ente gestore e, dunque, demanda a un soggetto privato l'erogazione dei servizi di cura e assistenza nel periodo del trattenimento». Sulle criticità v. anche F. BORLUZZI, *La nuova direttiva Lamorgese*, cit., pp. 8-9, che si sofferma sui seguenti tre casi: lo straniero proveniente da istituto penitenziario, per il quale la certificazione viene rilasciata dalla struttura sanitaria dell'istituto (art. 3, c. 1, dir.), lo straniero proveniente da altro CPR, per il quale non è necessaria una nuova certificazione, essendo sufficiente la consegna di una copia della scheda sanitaria al responsabile sanitario del CPR di arrivo (art. 3, c. 6, dir.) e lo straniero proveniente da Provincia diversa da quella in cui si trova il Centro, per il quale la visita sarà effettuata da un medico di una struttura pubblica con la quale il Prefetto ha stipulato un protocollo d'intesa (art. 3, c. 11, dir.). «In tutte (...) tali ipotesi, ciò che viene meno è la valutazione di idoneità relativa al trattenimento ossia il fatto di verificare la presenza anche di eventuali patologie del singolo detenuto che possono costituire motivi di incompatibilità relativa rispetto al trattenimento nella specifica struttura, in considerazione della qualità dell'assistenza medica garantita e dell'eventuale distanza dai presidi sanitari esterni. (...) se un trattenuto proveniente dal carcere, da altro CPR o da altra provincia è affetto, ad esempio, da insufficienza cardiovascolare o renale potrà essere considerato compatibile con la vita in comunità ristretta, perché non si terrà conto delle specificità della struttura di destinazione, magari, della sua distanza da un pronto soccorso». Cfr. F. BIONDI DAL MONTE, *I centri per il rimpatrio in Italia*, cit., p. 2.

¹¹⁸ Così M. FALCONE, *ibidem*.

¹¹⁹ Il decreto è consultabile al seguente indirizzo: https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2024-03/decreto_del_ministro.pdf. Gli allegati sono consultabili al seguente indirizzo: https://prefettura.interno.gov.it/sites/default/files/42/2024-04/dm_4.3.2024.zip.

¹²⁰ Sul punto, v. soprattutto F. BIONDI DAL MONTE, *I centri per il rimpatrio in Italia*, cit., pp. 5 ss. Inoltre, N. COCCO, C. DI LUCIANO, C. L. LANDRI, G. PAPOTTI, *La tutela della salute nei CPR*, cit., p. 6, chiariscono che d'ultimo capitolato d'appalto prevede (...) anche una diminuzione delle ore di presenza dei medici rispetto al bando del 2021, ciò nonostante il costante aumento dei decessi all'interno dei Centri e della quotidianità degli atti di autolesionismo (...). Al riguardo, sia la citata direttiva, sia lo schema di capitolato di appalto, non prevedono come obbligatorio la stipula di un protocollo di prevenzione del rischio suicidario, non disponendo i Centri di adeguati presidi di emergenza, come il campanello di allarme all'interno dei locali abitativi». Sul precedente regolamento CIE v. F. BORLUZZI, *La nuova direttiva Lamorgese*, cit., pp. 5-7.

¹²¹ Così A. ROMANO, *Salute e immigrazione*, cit., pp. 80-81; v. anche N. COCCO, F. AIVES DA COSTA, F. ESPOSITO, M. C. VAN HOUT, F. DE CORDOVA, L. TAVOSCHI, P. BORSELLINO, C. MONTALDO, C. PONTI, *Doctors should not declare anyone fit*, cit., p. 1. Inoltre, gli enti gestori non richiedono «titoli o formazione specifica in ambito di medicina detentiva e medicina delle migrazioni»: così, N. COCCO, C. DI LUCIANO, C. L. LANDRI, G. PAPOTTI, *op. cit.*, p. 17.

è necessario disporre di «una scorta per l'accompagnamento»¹²², non essendo consentito al personale dell'azienda sanitaria di recarsi presso il CPR¹²³.

A ben vedere, tale trattamento può destare più di una perplessità, dal momento che i soggetti trattenuti nei CPR, non avendo necessariamente commesso un reato¹²⁴, né risultando per definizione soggetti pericolosi, si trovano non soltanto ristretti nella loro libertà personale – per un periodo che può arrivare a diciotto mesi (*ex art. 14, c. 5, TUI*), essendo il termine ordinario di tre mesi prorogabili: un tempo considerevole, ove si pensi che, all'opposto, la pena della reclusione corrisponde nel minimo a quindici giorni (*ex art. 23, c. 1, c.p.*) – ma, al contempo, godono di una tutela del diritto alla salute che pare detriore rispetto ai detenuti. Detto altrimenti: i detenuti, pur scontando una pena – in istituti penitenziari che, a dirla tutta, non sono affatto garanzia di salubrità, così come i CPR d'altronde¹²⁵ – si trovano in una posizione (sulla carta) “più favorevole” rispetto ai trattenuti nei CPR, in quanto possono fruire dei servizi sanitari nelle stesse condizioni di un cittadino italiano, ciò che è invece precluso a questi ultimi, che non stanno scontando alcuna pena. Peraltro, i soggetti trattenuti nei CPR portano con sé – come una chiocciola la conchiglia – una miriade di storie personali diverse condensate in altrettanti *status* giuridici: vittime di tratta o di sfruttamento, soggetti affetti da tossicodipendenze, da patologie croniche fisiche o psicologiche – queste ultime, spesso, sottovalutate – finanche stranieri da anni soggiornanti in Italia, sebbene con un lavoro non regolare, o ancora soggetti provenienti da istituti penitenziari¹²⁶.

Di recente, la Corte costituzionale si è espressa sulla detenzione amministrativa con la sent. n. 96/2025, della quale è utile richiamare brevemente alcuni passaggi¹²⁷. Il Giudice

¹²² Così MEDU, *Le sbarre più alte*, cit., p. 9.

¹²³ Cfr. sent. T.A.R. Lombardia, Milano, n. 1/2023, nella quale si afferma il diritto degli enti e delle associazioni di tutela ad accedere alle strutture di detenzione e trattenimento degli stranieri. Sul punto v. N. DATENA, V. CAPEZIO, A. AMMIRATI, *Il diritto di accesso alle strutture detentive per persone straniere*, in *cild.eu*, 6 febbraio 2023, p. 4.

¹²⁴ Sul punto F. PALLANTE, *L'incerta tutela della legalità costituzionale nel caso degli stranieri irregolari*, in *Questione Giustizia*, 25 luglio 2025, sottolinea che «lo stato di detenzione è, in effetti, determinato non da ciò che il detenuto ha fatto, ma da ciò che il detenuto è».

¹²⁵ Cfr. *Rapporto sullo stato dei diritti umani negli istituti penitenziari e nei centri di accoglienza e trattenimento per migranti in Italia*, a cura della Commissione Straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, presso il Senato della Repubblica, XVI leg., marzo 2012, p. 11; F. BORLIZZI, *La nuova direttiva Lamorgese*, cit., p. 4. Più di recente, v. *Rapporto sui centri di permanenza per il rimpatrio in Italia*, a cura della Commissione Straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, presso il Senato della Repubblica, XVII leg., dicembre 2017, p. 23; ACTIONAID, UNIBA, *Trattenuti. Una radiografia del sistema detentivo per stranieri*, 2024, pp. 18 ss.

¹²⁶ Sempre ACTIONAID, UNIBA, *op. cit.*, p. 32: «Le persone in uscita dalle carceri sono tuttavia più difficili da espellere e, di conseguenza, restano trattenute più a lungo. Ciò avviene nonostante le procedure di identificazione possano avviarsi già durante il periodo di carcerazione. L'ulteriore periodo di trattenimento è dunque doppiamente afflittivo poiché in gran parte ingiustificato alla luce della scarsa probabilità di eseguire un rimpatrio».

¹²⁷ Fra i commenti v. F. PALLANTE, *L'incerta tutela della legalità costituzionale nel caso degli stranieri irregolari*, cit.; A. ALGOSTINO, *Dalla Consulta un monito debole. Ma i Cpr vanno chiusi*, in *ilmanifesto.it*, 10 luglio 2025; A. RUGGERI, *Ragionando attorno al “seguito” da dare a Corte cost. n. 96 del 2025 per le persone trattenute nei CPR*, in *Giustizia Insieme*, 8 luglio 2025; Id., *Tornando a ragionare su Corte cost. n. 96 del 2025, in applicazione della tecnica narrativa di Sliding doors*, in *Giustizia Insieme*, 21 luglio 2025.

delle leggi, dopo aver ribadito che il trattenimento dello straniero presso i CPR «comporta una situazione di “assoggettamento fisico all’altrui potere” (...) indice sicuro dell’attinenza della misura alla sfera della libertà personale»¹²⁸ e che, pertanto, «non può essere adottato al di fuori delle garanzie dell’art. 13 Cost»¹²⁹, ha dichiarato le questioni inammissibili, pur riconoscendo la sussistenza del *vulnus* alla riserva assoluta di legge di cui all’art. 13, c. 2, Cost., cagionato dall’assenza di una fonte primaria che disciplini – «almeno nel loro nucleo essenziale»¹³⁰ – i “modi” del trattenimento¹³¹. Allora, dopo aver richiamato la precedente sent. cost. n. 22/2022 per avvalorare l’odierna decisione¹³², la Corte ha soggiunto che l’inammissibilità si fonda sull’impossibilità di rintracciare «una soluzione adeguata a colmare la riscontrata lacuna mediante l’espansione di differenti regimi legislativi»¹³³, poiché non ritiene che l’ordinamento penitenziario offra «precisi punti di riferimento (...), dovendo la detenzione amministrativa presso il CPR restare estranea a ogni connotazione di carattere sanzionatorio»¹³⁴.

È comprensibile il ragionamento di fondo: evitare che, per mezzo dell’estensione della disciplina prevista dall’ordinamento penitenziario ai CPR, si ingeneri confusione tra la condizione del trattenuto e del detenuto. Eppure, la mancata adozione di una pronuncia additiva sembra condurre a un esito paradossale, dal momento che «la situazione che meno giustifica la privazione della libertà (l’essere stranieri irregolari) è tutelata meno in-

¹²⁸ § 9 cons. *in dir.*

¹²⁹ *Ibidem*. Ciò si giustifica in quanto, seguendo l’argomentazione della Corte, la libertà personale «spetta ai singoli non in quanto partecipi di una determinata comunità politica, ma in quanto esseri umani», senza che gli interessi pubblici in materia di immigrazione possano scalfirne il carattere universale.

¹³⁰ § 10. 2 cons. *in dir.* Peraltro, la Corte evidenzia a chiare lettere che la normativa sia «del tutto inidonea a definire, in modo sufficientemente preciso, quali siano i diritti delle persone trattenute nel periodo – che potrebbe anche essere non breve – in cui sono private della libertà personale». Sul punto cfr. A. RUGGERI, *Ragionando attorno al “seguito” da dare a Corte cost. n. 96 del 2025*, cit., p. 3.

¹³¹ Infatti, la disciplina dei “modi” del trattenimento è demandata all’art. 21, c. 8, d.P.R. n. 394/1999 che, a sua volta, rimanda a ulteriori provvedimenti amministrativi prefettizi; diversamente, la disciplina dei “casi” è rimessa all’art. 14 TUI. Al riguardo, F. PALLANTE, *op. cit.*, coglie nel segno evidenziando che «il soggetto costituzionalmente titolato all’uso legittimo della forza – il Governo – si dà da sé medesimo, secondo l’occasione, le regole del proprio agire, esigenze di tutela dei diritti costituzionali incluse, così vanificando un’altra idea-base della modernità giuridica (e, più precisamente, del costituzionalismo): quella per cui il diritto è strumento di eterolegitimazione (e quindi di limitazione) del potere, non di autolegitimazione dello stesso».

¹³² Fra i commenti v. G. MONACO, *REMS: riserva di legge e competenze del Ministro della giustizia. Dopo un’ampia istruttoria, ancora una pronuncia di incostituzionalità accertata ma non dichiarata. Osservazioni su Corte cost. n. 22/2022, in Osservatorio Costituzionale*, 2022, n. 3, pp. 274-293; O. DI CAPUA, *La Corte alla ricerca di nuove strade per garantire la massima effettività dei diritti fondamentali. Note a margine della sentenza n. 22 del 2022 della Corte costituzionale*, in *Osservatorio Costituzionale*, 2022, n. 3, pp. 294-313. In generale, per una panoramica sulle residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), fra gli altri, v. K. PONETI, *Le REMS in prospettiva costituzionale: sul diritto alla salute contro il potere di rinchiudere*, in *L’Altro Diritto*, 2021, n. 5, pp. 56-100; M. PELISSERO, L. SCOMPARIN, G. TORRENTE (a cura di), *Dieci anni di Rems: un’analisi interdisciplinare*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2022; F. SCHIAFFO, «Riconoscere al Ministero della giustizia la gestione delle R.E.M.S.? Le discutibili proposte del Csm e il diritto alla salute dei detenuti e internati», in *Questione Giustizia*, 2025; V. ARCOVIO, *Psichiatri: allarme migranti in Rems, il 25% ricoverati è straniero*, in *sanitainformazione.it*, 26 maggio 2025.

¹³³ § 11 cons. *in dir.*

¹³⁴ *Ibidem*.

cisivamente della situazione che più giustifica la privazione della libertà (l'aver commesso un reato)»¹³⁵.

A quanto detto finora, si aggiungono le ulteriori criticità in materia derivanti dal Protocollo Italia-Albania¹³⁶. La disposizione di cui all'art. 4, c. 6, prot., prevede che l'Italia «istituisce le strutture sanitarie al fine di garantirne i servizi sanitari necessari»¹³⁷. Tuttavia, «in caso di esigenze sanitarie alle quali le autorità italiane non possono fare fronte nell'ambito delle strutture di cui al paragrafo 1, le autorità albanesi collaborano con le autorità italiane responsabili delle medesime strutture per assicurare le cure mediche indispensabili e indifferibili ai migranti ivi trattenuti» (c. 8); in tal caso, il costo delle prestazioni offerte sarebbe a carico dell'Italia (c. 9). Così, le «esigenze sanitarie»¹³⁸ (prestazioni?) non soddisfacibili dalle autorità italiane, saranno garantite dalle «autorità albanesi, secondo le leggi albanesi, con costi a carico dell'Italia»¹³⁹; ciò sembra ulteriormente suffragato dalla disposizione di cui all'art. 6, c. 7, prot., laddove si precisa che «le competenti autorità italiane sostengono ogni costo necessario all'alloggio e al trattamento delle persone accolte nelle strutture di cui all'Allegato 1, compreso il vitto, le cure mediche (anche nei casi che necessitano l'assistenza delle autorità albanesi) e qualsiasi altro servizio ritenuto necessario dalla Parte italiana, impegnandosi affinché tale trattamento rispetti i diritti e le libertà fondamentali dell'uomo, conformemente al diritto internazionale».

Un dubbio interpretativo è sorto rispetto all'art. 4, c. 8, prot., del quale sono state offerte due letture opposte: da un lato, l'intervento albanese potrebbe riguardare il trasferimento del soggetto trattenuto in una struttura albanese, nella quale gli possano essere offerte le prestazioni adeguate; dall'altro lato, «l'esatto opposto, ossia il necessario trasferimento, all'interno delle strutture italiane, di cure erogate in un presidio albanese esterno o procurate dalle autorità albanesi su richiesta di Parte italiana»¹⁴⁰. In effetti, le disposizioni sono eccessivamente lacunose, se non difficilmente interpretabili, non specificando neppure quale sia l'*iter* procedurale da seguire nelle suddette situazioni, nonché il luogo nel quale opereranno le autorità albanesi – in sostituzione di quelle italiane – e se, eventualmente,

¹³⁵ Così F. PALLANTE, *L'incerta tutela della legalità costituzionale nel caso degli stranieri irregolari*, cit.

¹³⁶ Esecutivo in forza della l. n. 14/2024. Il protocollo è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.esteri.it/wp-content/uploads/2023/12/PROTOCOLLO-ITALIA-ALBANIA-in-materia-migratoria.pdf>.

¹³⁷ All'uopo, l'art. 3, c. 1, lett. *i*), l. n. 14/2024, prevede l'istituzione di uno «speciale ufficio di sanità marittima, aerea e di confine (...) per lo svolgimento dei compiti previsti dalle leggi e dai trattati internazionali vigenti in materia di profilassi internazionale e di sanità pubblica», sul quale poi è intervenuto il D.M. Salute 8 maggio 2024.

¹³⁸ Sulla natura «allusiva» del concetto in parola v. M. MAGRI, *Sulle cure offshore per gli stranieri trattenuti in Albania*, in *Costituzionalismo.it*, 2024, n. 3, p. 31.

¹³⁹ Così M. MAGRI, *op. cit.*, p. 30.

¹⁴⁰ Così, M. MAGRI, *ibidem*, p. 31.

possano avvalersi di soggetti privati. A ciò si aggiunge la possibilità del trasferimento in Albania dello straniero trattenuto in un CPR italiano (v. D.L. n. 37/2025)¹⁴¹.

Dunque, la pulviscolarità dello status di irregolare si può chiaramente leggere anche attraverso le disposizioni appena richiamate: è evidente, infatti, che a situazioni di fatto equiparabili, in quanto tutte volte alla limitazione della libertà personale (detenzione in istituti penitenziari, trattenimento nei CPR italiani e trattenimento nel CPR albanese) pur con un/una fondamento/causa diverso/a (pena per la commissione di un fatto di reato o detenzione per l'ingresso o permanenza irregolare sul territorio dello Stato), corrisponda una tutela del diritto alla salute estremamente differenziata: piena, ridotta e...dalla misura inquantificabile.

A questo punto, è ancora necessario approfondire un aspetto particolare della condizione dei soggetti *sub b 2*) – ovvero i soggetti “liberi” – rispetto alle disposizioni normative introdotte recentemente dalla l. n. 176/2024, “*Disposizioni in materia di assistenza sanitaria per le persone senza dimora*”¹⁴². L’art. 1 della legge in parola istituisce un fondo di un milione di euro (anni 2025-2026) per finanziare un programma sperimentale, la cui attuazione è compito delle Città metropolitane, con l’obiettivo di assicurare «progressivamente il diritto all’assistenza sanitaria alle persone senza dimora, prive della residenza anagrafica nel territorio nazionale o all’estero», purché *regolarmente soggiornanti*, così da consentire loro «l’iscrizione nelle liste degli assistiti delle aziende sanitarie locali, la scelta del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, nonché l’accesso alle prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza». All’uopo, il Ministro della Salute, entro novanta giorni dall’entrata in vigore della legge, avrebbe dovuto adottare un decreto – di concerto col Ministro dell’Economia e delle Finanze, a seguito di intesa in Conferenza Stato-Regioni e dopo aver sentito le associazioni di volontariato più rappresentative del settore – con il quale ripartire le somme tra le Regioni in base alla popolazione residente, oltre a dover prevedere «i criteri per l’accesso al programma sperimentale (...) e per l’attuazione del medesimo (...), in modo da garantire il rispetto del limite delle disponibilità del fondo (...)», dovendo altresì disciplinare le modalità di verificazione della spesa effettivamente

¹⁴¹ Secondo la Cass. Pen., sez. I, sent. n. 17510/2025, il CPR di Gjader va equiparato ai CPR italiani. La Corte d’Appello di Roma, però, non è stata dello stesso avviso: tant’è che con decreto non ha convalidato il trattenimento in Albania di un richiedente asilo ghanese. Da ultimo, la Suprema Corte ha esercitato il rinvio pregiudiziale alla CGUE su due cause che, evidentemente, potrebbero ribaltare la decisione di assunta poco più di un mese prima. Sul punto, v. G. MERLI, *La Cassazione affonda il progetto Albania*, in *ilmanifesto.it*, 30 maggio 2025 e Id., *Gjader non è Italia. Così la corte d’Appello rinnega la Cassazione*, in *ilmanifesto.it*, 21 maggio 2025.

¹⁴² FIO.PSD, *Nota sul Censimento permanente della popolazione “senza fissa dimora”*, 2023: «Per la rilevazione della popolazione che per precarietà abitativa o particolari condizioni di vita risulta “difficile da raggiungere” il Censimento si è avvalso di dati di fonte anagrafica, ovvero è stato condotto sugli indirizzi, reali o fittizi, presso i quali le persone risultano iscritte ai registri anagrafici comunali. (...) la rilevazione censuaria conta che nel 2021 sono 96.197 le *persone senza tetto e senza fissa dimora* iscritte in anagrafe. Di queste, solo il 38% è rappresentato da cittadini stranieri (...).

sostenuta per ogni esercizio finanziario¹⁴³. Ad oggi, dei suddetti atti normativi non c'è alcuna traccia.

Innanzitutto, persona senza dimora (PSD)¹⁴⁴ – o, a livello europeo, “people experiencing homelessness (PEH)”¹⁴⁵ – è quel soggetto che «ai fini anagrafici (...) non abbia in alcun Comune quella dimora abituale che è elemento necessario per l'accertamento della residenza»¹⁴⁶.

In sostanza, attraverso le disposizioni della legge in commento si riconosce il diritto all'assistenza sanitaria anche alle PSD, potendo così scegliere il MMG o il PLS. Tale intervento normativo è di estremo interesse per il tema trattato, non fosse altro perché non è inusuale che gli immigrati irregolari non abbiano una dimora, non potendo neanche accedere all'iscrizione anagrafica, così rendendosi involontariamente invisibili pur se presenti¹⁴⁷. Invero, la limitazione della platea dei destinatari ai soli regolarmente soggiornanti sembra essere un altro elemento che, assieme a quanto già visto finora, concorra a delineare quella “pulviscolarità” di cui s’è fatto già cenno¹⁴⁸. Basti pensare che quella dei PSD è una categoria particolarmente eterogenea, sia per il loro vissuto, che per le malattie di cui soffrono: si tratta soprattutto di disturbi psichici, disabilità, infezioni respiratorie (tubercolosi) o ematiche (HIV o epatite), abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti o alcolici¹⁴⁹. Tutto ciò li espone ad una mortalità media più precoce rispetto al resto della popolazione. È chiaro che la condizione di irregolarità, con tutto ciò che ne consegue in termini di accesso alle cure, sia un ulteriore elemento di problematicità. Così, spesso gli immigrati irregolari senza dimora, a causa di barriere all'accesso al diritto alla salute di varia natura (legislativa, an-

¹⁴³ Art. 1, c. 1, l. n. 176/2024: «Lo schema del medesimo decreto, corredata di una relazione tecnica redatta in conformità all'articolo 17, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, è trasmesso alle Camere per l'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che si pronunciano entro il termine di venti giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale il decreto può essere comunque adottato».

¹⁴⁴ Le PSD, in generale, fanno parte dei più ampi gruppi dei soggetti cc.dd. “hard to reach” o delle cc.dd. “hidden populations”, tutti soggetti ai quali si è interessata la medicina o sanità di prossimità. Sul punto v. E. EUGENI, G. BAGLIO, S. GERACI, *Marginalità sociale e prossimità sanitaria*, in *Bollettino epidemiologico nazionale*, 2023, n. 4, pp. I-V.

¹⁴⁵ Sul punto v. N. PLEASE, *Social and healthcare services for homeless people: A Discussion Paper*, 2023, scaricabile da <https://eprints.whiterose.ac.uk/202671/>.

¹⁴⁶ “Note illustrative” della legge e del regolamento anagrafico, Istituto Centrale di Statistica: Anagrafe della popolazione - ISTAT - Metodi e Norme - Serie B, 1992, n. 29, p. 41. V. art. 2, c. 3, l. n. 1228/1954 e d.P.R. n. 223/1989.

¹⁴⁷ Fio.PSD, *Nota sul Censimento*, cit.: «1/3 delle persone senza dimora dichiarava di non essere iscritto in anagrafe presso un comune italiano. Si tratta in particolare, di stranieri irregolari che dalla rilevazione censuaria rimangono pertanto esclusi».

¹⁴⁸ Sul punto v. REDAZIONE, *Diritto alla cura per i senza dimora, un passo avanti per l'inclusione*, in *termolionline.it*, 11 novembre 2024: «Ma la legge non copre tutti. Infatti (...) restano escluse le persone migranti irregolari, un'altra fascia vulnerabile della popolazione che rischia di rimanere invisibile, esposta a sfruttamento e discriminazione. Il diritto alla salute non è garantito per chi è privo di residenza anagrafica (...)».

¹⁴⁹ Cfr. N. PLEASE, *Social and healthcare services for homeless people*, cit., p. 1.

che *sub specie* organizzativa, economica, linguistica e culturale¹⁵⁰ desistono dall'accedere ai (minimi) servizi garantiti¹⁵¹.

Finora, per trovare una soluzione all'invisibilità giuridica e sociale delle PSD, pochi Comuni hanno fatto ricorso alla soluzione della c.d. «via fittizia», cioè una via «territorialmente non esistente ma con lo stesso valore giuridico rispetto a quella di chi dimora abitualmente in un luogo fisico»¹⁵², presso la quale è possibile fissare la propria residenza. Infatti, la Circolare Istat n. 29/1992 prevede che «ogni Ufficio Anagrafe deve registrare la persona senza tetto o senza dimora nel registro della popolazione»¹⁵³. In questo modo, è possibile accedere a tutti i servizi (di natura sanitaria, abitativa e socioassistenziale) garantiti in presenza di iscrizione anagrafica¹⁵⁴. Purtroppo, però, questa soluzione ha trovato ancora applicazione in modo disomogeneo sul territorio nazionale¹⁵⁵.

4. Soluzioni de iure condito e prospettive de iure condendo

La legislazione regionale, in virtù della ripartizione di competenze effettuata dalla Costituzione, ha voce in capitolo sui diritti sociali degli stranieri, finanche irregolari. Così, individuando *de iure condito* – se vi siano e quali siano – alcune “buone pratiche” regionali, è

¹⁵⁰ Cfr. S. GERACI, I. EL HAMAD, *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre*, in *Italian Journal of Public Health*, 2011, n. 3, pp. 16-17; A. RINALDI, G. CIVITELLI, M. MARCECA, L. PAGLIONE, *Le politiche per la tutela della salute dei migranti: il contesto europeo e il caso Italia*, in *Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*, 2013, n. 40, p. 17; M. IMMORDINO, *La salute degli immigrati irregolari*, cit., p. 218; NAGA, *Curare (non) è permesso. Indagine sull'accesso alle cure per i cittadini stranieri irregolari negli ospedali milanesi*, 2015, pp. 5 ss.; G. BAGLIO, R. DI PALMA, E. EUGENI, A. FORTINO, *Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute?*, in *Epidemiologia e Prevenzione*, 2017, nn. 3-4, p. 59; C. SPENA, *Effettività del diritto alla salute*, cit., pp. 27 ss.

¹⁵¹ Sul punto v. N. PLEASE, *Social and healthcare services for homeless people*, cit., p. 3.

¹⁵² Così Fio.PSD, *La residenza anagrafica per le persone senza dimora*, in www.fiopsd.org, maggio 2024, p. 2.

¹⁵³ Così Fio.PSD, *op. cit.*, p. 2. La circolare è consultabile al seguente indirizzo: <https://www.istat.it/it/files/2013/11/testointegrale20090115.pdf>. Sul punto v. anche L. M. SALVATORI, *Residenze fittizie, ancora lontani da una vera soluzione*, in *openmigration.org*, 5 aprile 2017: «le persone hanno una dimora abituale che però non può essere riconosciuta come residenza anagrafica: è il caso dei migranti che vivono per brevi periodi nei centri d'accoglienza, o di coloro che vivono in strutture occupate, o ancora delle migliaia di persone che nelle grandi città come Roma non hanno un contratto d'affitto».

¹⁵⁴ Correttamente N. VETTORI, *Vulnerabilità, salute e persone migranti*, cit., pp. 122-123, rileva che «la stessa Corte costituzionale nella sentenza 186 del 2020 – con cui è stato dichiarato illegittimo il divieto di iscrizione anagrafica dei richiedenti asilo e protezione internazionale (introdotto dal d.l. n. 113/2018) – abbia affermato che la residenza anagrafica è istituto che coinvolge la “pari dignità sociale” degli individui proprio in ragione del fatto che è garanzia di accesso ad una pluralità di servizi essenziali».

¹⁵⁵ Sul punto v. Fio.PSD, *La residenza anagrafica per le persone senza dimora*, cit., p. 6: «Ad oggi sono solo 249 i Comuni, su 7.896, che hanno reso operative le indicazioni sulla residenza fittizia, dando attuazione al regolamento anagrafico ISTAT»; F. DENTE, *Vie fittizie per i senza dimora: Comuni ancora in quarantena*, in *vita.it*, 1 ottobre 2020. Per l'elenco delle vie fittizie v. <https://www.fiopsd.org/elenco-vie-fittizie/>.

possibile ipotizzare *de iure condendo* delle soluzioni che permettano una “ricomposizione” dello *status* di straniero irregolare rispetto al diritto alla salute.

Alcune Regioni hanno previsto modalità ulteriori e diverse di assistenza sanitaria per gli immigrati irregolari. Ad esempio, la Regione autonoma Valle d'Aosta aveva istituito un «ambulatorio di medicina di base (...) che offre la possibilità di usufruire dell'assistenza fornita dai medici di medicina generale e, per esempio, di ottenere le prescrizioni dei farmaci da assumere continuativamente»¹⁵⁶.

Similmente ha agito la Regione Marche: difatti, in attuazione degli artt. 3, c. 5 TUI e 43 c. 8 d.P.R. n. 394/1999, l'Assessorato alla Salute ha adottato la DGR n. 1516/2006 (“Organizzazione di ambulatori di medicina generale presso i presidi Distrettuali delle Zone Territoriali della ASUR Marche per immigrati non in possesso di permesso di soggiorno”) con cui ha istituito alcuni ambulatori di MG per gli STP, sistema potenziato negli anni successivi¹⁵⁷. Per garantire un aggiornamento costante, i Direttori di Distretto del SSR Marche devono comunicare all'Osservatorio sulle Diseguaglianze (OdS) «il numero, le sedi degli ambulatori, i giorni e orari di apertura settimanale, nonché i riferimenti dei medici»¹⁵⁸. Il SSR Marche presenta 17 punti di erogazione di assistenza sanitaria STP, complessivamente garantendo 59 ore settimanali, quindi 236 mensili, il cui costo presunto ammonta a 6.000 euro mensili (72 mila annui)¹⁵⁹. Inoltre, esistono anche quattro ambulatori privati Caritas, con medici volontari.

Per eliminare le barriere nell'accesso alle cure, invece, alcune Regioni (Valle d'Aosta e Friuli-Venezia Giulia) e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno previsto da tempo l'utilizzo di mediatori culturali, il cui compito fondamentale «è quello di agevolare l'accesso degli utenti stranieri ai servizi e di semplificare – laddove possibile – il lavoro del personale sanitario chiamato a confrontarsi con situazioni culturali e linguistiche sempre

¹⁵⁶ Così L. BUSATTA, *La lingua quale fattore di integrazione nella tutela del diritto alla salute*, in *Osservatorio delle fonti*, 2016, n. 1, p. 12.

¹⁵⁷ La deliberazione è consultabile al seguente indirizzo: https://www.regione.marche.it/Portals/0/ODS/MATERIALE%202014/MATERIALE%202015/DGR1516_06.pdf. Cfr. DGR nn. 731/2015, 1106/2016, 243/2017. Sul punto v. OSSERVATORIO SULLE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE, *Gli ambulatori per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) Europei Non Iscritti (ENI) nella regione Marche (aggiornamento a Maggio 2023)*, p. 10.

¹⁵⁸ Così OSSERVATORIO SULLE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE, *Gli ambulatori per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)*, cit., pp. 10-11: «La griglia territoriale di riferimento è la suddivisione territoriale basata sui Sistemi Locali del Lavoro - Istat SLL - che suddivide la Regione Marche in 27 “aree territoriali”». L'elenco degli ambulatori è consultabile al seguente link: <https://www.regione.marche.it/Entra-in-Regione/ODS/STP-ENI>.

¹⁵⁹ Cfr. sempre OSSERVATORIO SULLE DISEGUAGLIANZE NELLA SALUTE, *Gli ambulatori per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)*, cit., p. 17.

più variegate»¹⁶⁰. D'altronde, interventi di questa natura riguardano il profilo organizzativo del SSR e non già livelli aggiuntivi di assistenza¹⁶¹.

Per quanto concerne le PSD, già qualche anno fa Emilia-Romagna, Piemonte e Puglia avevano individuato varie modalità di iscrizione al SSR¹⁶², benché in alcuni casi si facesse riferimento ai soli cittadini italiani¹⁶³.

Dunque, prima di suggerire qualche soluzione *de iure condendo*, è d'obbligo qualche riflessione ulteriore.

Innanzitutto, è possibile guardare con favore a tutte le soluzioni testé riportate, soprattutto per superare la visione “emergenziale” delle cure agli immigrati irregolari e cercare di ricomporre “al rialzo” lo *status pulviscolare* degli stessi.

Per far ciò, però, non è superfluo ricordare la *ratio* sottesa all'esclusione dal godimento – in astratto – *pieno* del diritto alla salute dello straniero irregolare: la scarsità delle risorse economiche disponibili, alla produzione delle quali non parteciperebbe (*i.e.*, salvaguardia dell'equilibrio del welfare tra percettori di prestazioni ed erogatori di risorse). In altre parole, allo straniero irregolare – tranne se detenuto o minore, come visto – non è consentita l'iscrizione al SSN sostanzialmente per due motivi: da un lato, in una logica “contrattualistica”, perché non partecipa alla produzione della ricchezza; dall'altro, poiché si ritiene che, ove ciò fosse consentito, il numero di immigrati irregolari aumenterebbe esponenzialmente. «Eppure lo straniero, ancorché irregolarmente soggiornante, finanzia le spese pubbliche pagando le imposte indirette; inoltre contribuisce (se lavora) al progresso materiale e spirituale della società, non di rado in condizioni di particolare sfruttamento»¹⁶⁴.

¹⁶⁰ Ancora L. BUSATTA, *op. cit.*, p. 13 e nt. 42: «Provincia autonoma di Bolzano, l.p. n. 12/2011 (integrazione delle cittadine e dei cittadini stranieri), art. 9. Nella Provincia autonoma di Trento (...) è integrata nell'organizzazione del servizio provinciale, attraverso la previsione di un servizio a chiamata, come supporto all'attività assistenziale (...) Similmente, anche nel Friuli-Venezia Giulia, le singole aziende sanitarie hanno attivato programmi di mediazione culturale al fine di agevolare la comunicazione tra personale sanitario e migranti e per rendere più effettivo per gli stranieri l'accesso ai servizi sanitari».

¹⁶¹ Così A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia*, cit., p. 644; v. anche N. VETTORI, *Vulnerabilità, salute e persone migranti*, cit., p. 126.

¹⁶² V. Protocollo di Intesa tra Prefettura di Torino, Regione Piemonte, Comune di Torino, CM di Torino, ASL di Torino, Arcidiocesi di Torino, Circoscrizioni del Comune (TO) e FIOPSD, firmato a maggio 2022; v. l. Reg. Pugl. n. 44/2021, *“Iscrizione dei senza dimora nelle liste degli assistiti delle Aziende sanitarie locali (ASL) regionali”*, che – per l'individuazione dei destinatari – fa riferimento all'art. 2, l. n. 1228/1954. V. ancora N. VETTORI, *op. cit.*, p. 132: «il Protocollo siglato dalla Regione Piemonte (...) prefigura un nuovo assetto dei servizi e degli interventi basato sull'incremento del numero delle strutture di accoglienza e sul potenziamento dei servizi di prossimità: servizi di strada (diurni e notturni) composti di equipe multidisciplinari mobili che hanno il compito di monitorare e intercettare, tempestivamente, le nuove situazioni di fragilità su tutto il territorio cittadino, così da favorire percorsi individuali di cura e di inclusione sociale. Un modello di intervento analogo, denominato Sanità Pubblica di Prossimità, caratterizza alcuni progetti, elaborati sotto l'egida dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle persone Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), diretti a definire modalità operative».

¹⁶³ V. l. Reg. E-R, n. 10/2021, *“Iscrizione dei senza dimora nelle liste degli assistiti delle aziende Usl regionali”*, il cui art. 1, c. 1, riconosceva ai soli cittadini italiani la facoltà di iscrizione.

¹⁶⁴ Così R. CHERCHI, *I diritti dello straniero e la democrazia*, cit., p. 24.

Evidentemente, l'iscrizione al SSN di tutti gli stranieri, quand'anche irregolari, consentirebbe alla *fondamentalità* del diritto alla salute di essere davvero tale.

Per ottenere questo risultato sarebbero percorribili due strade, ovvero: *a)* l'iscrizione con procedura che garantisca l'anonimato dello straniero irregolare¹⁶⁵, anche eventualmente utilizzando il semplice codice STP. Così, sarebbe possibile prendere ad esempio il sistema di ambulatori diffusi sperimentato nella Regione Marche; *b)* l'iscrizione con CF, attraverso un intervento sull'iscrizione anagrafica. Quest'ultimo caso è senz'altro il più complesso e merita un breve approfondimento. Prendendo ancora una volta a riferimento il trattamento giuridico del detenuto, l'art 45, c. 4, l. n. 354/1975 prevede che «il detenuto o l'internato privo di residenza anagrafica è iscritto, su segnalazione del direttore, nei registri della popolazione residente del comune dove è ubicata la struttura. Al condannato è richiesto di optare tra il mantenimento della precedente residenza anagrafica e quella presso la struttura ove è detenuto o internato. L'opzione può essere in ogni tempo modificata». Così, il detenuto straniero può effettivamente essere iscritto nei registri anagrafici, fintantoché stia scontando la pena. Così, una volta lasciato l'istituto penitenziario, per mantenere la regolarità dell'iscrizione anagrafica dovrebbe comunicare il nuovo indirizzo o, eventualmente, chiedere l'iscrizione nella «via fittizia»¹⁶⁶.

Oltre, com'è noto, l'iscrizione anagrafica agli stranieri irregolari non è consentita, per quanto non manchino serie ragioni in favore di un'estensione (soltanto così sarebbe infatti possibile «ai pubblici poteri di avere un quadro chiaro di coloro che abitano in un dato territorio»)¹⁶⁷.

Però, avuto riguardo alla disposizione di cui all'art. 6, c. 7, TUI, la parificazione tra straniero regolare e cittadino «non esclude che gli stranieri *irregolari* possano essere iscritti all'anagrafe *a condizioni diverse rispetto a quelle previste dai cittadini*»¹⁶⁸, come accade nel caso del registro dei residenti temporanei¹⁶⁹: d'altronde, «esiste già una anagrafe assistiti per le cure urgenti cui hanno diritto gli stranieri irregolari»¹⁷⁰.

¹⁶⁵ Cfr. R. CHERCHI, *ibidem*: «Una norma siffatta bilancerebbe in modo ineccepibile l'interesse all'equilibrio della finanza pubblica con gli interessi ascrivibili al diritto alla salute, ed eviterebbe inoltre che la domanda di prestazioni sanitarie da parte di stranieri irregolarmente soggiornanti ricada esclusivamente sui pronto soccorso».

¹⁶⁶ Fra l'altro, l'iscrizione anagrafica nella via fittizia è stata considerata rilevante ai fini del rilascio o del rinnovo del permesso di soggiorno: v. Cons. Stato, sez. III, sent. n. 11044/2022.

¹⁶⁷ Così A. RAUTI, *La decisione sulla cittadinanza*, cit., p. 171.

¹⁶⁸ Ancora A. RAUTI, *op. cit.*, p. 172.

¹⁶⁹ *Ibidem*: tale registro è «previsto ancora oggi dall'art. 32 del regolamento di anagrafe (d.P.R. 223/1989), secondo cui sono comunque iscritti in tale registro «gli stranieri dimoranti nel Comune da non meno di quattro mesi (...) quando non siano in possesso del permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno di cui al comma 2 dell'art. 14». In verità, tale disposizione, ancora in vigore, si riferisce ad una tipologia di permesso di soggiorno prevista da una norma dello stesso regolamento abrogata dalla c.d. «legge Martelli» (D.L. n. 416/1989, convertito con modificazioni dalla l. n. 39/1990). Senonché, questo inconveniente non sembra sbarrare completamente la strada ad interpretazione teleologica ed evolutiva, tale da consentire l'accesso a tale registro degli stranieri privi di permesso di soggiorno almeno annuale, per quanto l'aggiornamento per via legislativa sarebbe di certo la soluzione preferibile».

¹⁷⁰ *Ibidem*.

5. Brevi conclusioni

Alla luce di quanto detto finora, si conferma la bidirezionalità del rapporto tra la garanzia astratta del diritto alla salute e l'effettività dello stesso: non soltanto è vero che la disegualanza nella tutela giuridica incide sull'effettività del diritto, e quindi sulla sua ampiezza concreta, ma è altrettanto vero che, pur in presenza del riconoscimento "totale" del diritto alla salute – per non parlare del semplice "nucleo duro" dello stesso – le condizioni *di fatto* nelle quali si trovano gli stranieri irregolari rendono il diritto soltanto *astrattamente* riconosciuto. Tant'è che – in questo caso più che in altri – è possibile sostenere che l'effettività è condizione di esistenza del diritto¹⁷¹: perciò, si è parlato di diritto alla salute quale diritto di carta¹⁷².

Così, la pulviscolarità dello *status* di straniero irregolare rispetto al diritto in questione, come approfondita nel presente contributo, rappresenta un elemento strutturale (normativo e fattuale) che produce effetti discriminatori concreti.

Allora, pare difficilmente giustificabile la disparità di trattamento nella tutela del diritto in questione tra i soggetti trattenuti nei CPR e i detenuti negli istituti penitenziari. Ciò anche alla luce della richiamata sent. cost. n. 96/2025, giacché non sembra ragionevole che un soggetto che non sta scontando alcuna pena si trovi, in concreto, in una condizione detriore rispetto a chi è detenuto in virtù di una sentenza di condanna.

L'irragionevolezza di questa tutela differenziata assume ulteriore rilievo alla luce delle disposizioni riguardanti le PSD, le quali se irregolarmente soggiornanti non potranno scegliere il proprio MMG o il PLS. Tuttavia, le citate esperienze regionali dimostrano l'esistenza di margini di miglioramento/ampliamento della tutela già *de iure condito*.

Probabilmente, la ricomposizione di tale frammentazione passa dalla valorizzazione dell'universalità del diritto alla salute, altrimenti potrebbe essere difficile continuare a sostenere la fondamentalità di un diritto che, all'occorrenza, può essere ridotto al suo "nucleo irriducibile"¹⁷³.

¹⁷¹ Cfr. M. IMMORDINO, *La salute degli immigrati irregolari*, cit., p. 217.

¹⁷² Sul punto v. S. GERACI, *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale italiana e regionale*, Roma, Anterem, 1996.

¹⁷³ Sul punto v. A. RUGGERI, *Cittadini, immigrati e migranti, alla prova della solidarietà*, cit., pp. 6 ss. Sull'indivisibilità dei diritti fondamentali v. A. MIGLINO, *Sulla indivisibilità dei diritti fondamentali*, in *Revista da Faculdade de Direito UFPR*, 2006, n. 45, pp. 5 ss.