
ADiM BLOG
Luglio 2022
ANALISI & OPINIONI

**L'accessibilità come soluzione: sui nodi di effettività nella risposta ai
bisogni di salute degli stranieri**

Lucia Busatta

Ricercatrice di diritto costituzionale
Università di Trento

Parole Chiave

Stranieri – Diritto alla salute– Sistema sanitario– Eguaglianza– Non discriminazione

Abstract

Prendendo spunto dai dati epidemiologici sui bisogni di salute della popolazione straniera presente in Italia, rilevati durante la pandemia, il contributo si propone di analizzare le problematiche nell'effettività della garanzia del diritto all'assistenza sanitaria per i migranti. Alcune recenti pronunce dimostrano che, anche per i migranti regolari, ci sono ancora molte barriere nella piena garanzia del diritto alla salute. Le conclusioni puntano a valorizzare il ruolo che le neo-istituite Case della Comunità potrebbero avere per assicurare un accesso tempestivo all'assistenza primaria e di base per gli stranieri.

1. *Introduzione: la salute, misura dei diritti*

Quanto vale la salute di ciascun individuo? L'esperienza maturata nel corso della pandemia da Sars-CoV-2 ha acceso l'attenzione sull'importanza dell'assistenza sanitaria e sulla necessità di assicurare servizi realmente accessibili a tutti. L'esigenza di considerare la salute anche nella sua dimensione di interesse della collettività, poi, ha evidenziato quanto garantire un accesso effettivo alle cure per i migranti possa anche avere significative ricadute sull'equilibrio complessivo del sistema sanitario e sulla salute di tutta la popolazione.

Non è certamente un tema nuovo. Da tempo, infatti, si discute sull'importanza di una piena ed effettiva copertura sanitaria per i migranti, sia per una più completa protezione dei diritti di queste persone, sia nell'ottica di intercettare e prevenire rischi sanitari che potrebbero avere un impatto anche sulla collettività. Come per altre tematiche, la pandemia ha amplificato alcune problematiche, sollecitando l'urgenza di una loro adeguata presa in carico.

Già nel 2008, con la risoluzione "[Salute dei Migranti](#)" approvata durante la 61ma Assemblea mondiale della Sanità di Ginevra (2008), l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) aveva lanciato un appello agli Stati affinché promuovessero politiche sanitarie attente ai bisogni dei migranti, per garantire un accesso equo alla promozione della salute e affinché la prevenzione e la cura delle malattie avvenissero in modo non discriminatorio.

Nel 2019, l'OMS, con un documento sulla salute dei rifugiati e dei migranti nella Regione Europea ([Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health](#)), aveva sottolineato il divario nello stato di salute tra gli stranieri e il resto della popolazione, evidenziando la maggior esposizione dei primi a specifici rischi sanitari. Oltre al dato epidemiologico, questo report indicava anche le profonde diversità che caratterizzano la regolamentazione nazionale dei sistemi sanitari e, in particolar modo, la disciplina dell'accesso alla sanità per gli stranieri, che spesso varia in base al titolo di soggiorno. I risultati dell'analisi, richiamando peraltro le conclusioni dell'Assemblea mondiale della sanità del 2008, sottolineavano l'importanza di agire per promuovere un sistema di assistenza sanitaria *migrant-friendly*, mirato ad assicurare l'accesso alle cure primarie e alla prevenzione per i migranti e per i richiedenti asilo. Si tratta, infatti, di ambiti di assistenza sanitaria che, sebbene non sempre accessibili agli stranieri, in base alle norme nazionali, consentono di intercettare specifici bisogni di salute e di anticipare o evitare la richiesta di prestazioni sanitarie spesso molto più impegnative dal punto di vista organizzativo ed economico. In altre parole, promozione e prevenzione rappresentano irrinunciabili occasioni per favorire l'innalzamento del livello di salute della popolazione (locale e migrante) e per contenere i costi sanitari.

Quanto sperimentato durante la pandemia ha confermato questo dato. Guardando, ad esempio, al nostro ordinamento, è agevole osservare come l'emergenza sanitaria abbia allargato la forbice delle disegualtanze sociali, mettendo maggiormente in difficoltà coloro

che partono da uno svantaggio economico o sociale. Soccorrono, a questo riguardo, i dati elaborati dall'Istituto Superiore della Sanità ([Le differenze di impatto della pandemia da COVID-19 sui cittadini italiani e stranieri](#), 11 marzo 2021) dai quali si evince, in estrema sintesi, una maggiore probabilità di ospedalizzazione per gli stranieri e, una volta ospedalizzati, un più elevato rischio di essere ricoverati in terapia intensiva. Tale dato viene spiegato in base a un sostanziale ritardo diagnostico: per i migranti la malattia è stata rilevata ad uno stadio più avanzato, con sintomi più visibili e gravi. A ulteriore conferma di ciò concorre il dato sulla mortalità, che mostra un rischio più elevato per gli stranieri, tranne nei casi che hanno richiesto il ricovero. Si pone, infine, in evidenza un gradiente inverso tra il rischio di conseguenze peggiori per il CoViD-19 (ospedalizzazioni, ricovero in terapia intensiva e morte) che aumenta a fronte della diminuzione dello Human Development Index del Paese di origine della persona.

Le medesime considerazioni possono trovare applicazione anche con riguardo alle strategie vaccinali anti-Covid (e, ampliando la prospettiva, a tutte le politiche vaccinali): l'accessibilità a servizi garantiti e da garantire va assicurata tramite piani mirati e specificamente indirizzati anche ai gruppi vulnerabili, per far sì che alla marginalità socio-economica non si sommi anche la fragilità sanitaria (della questione si è occupato anche il Comitato Nazionale per la Bioetica, [Vaccinazioni anticovid-19 e migranti](#), parere del 19 aprile 2022).

Le questioni qui brevemente accennate mostrano quanto il tema dell'accessibilità dei servizi sanitari per i migranti non possa mai considerarsi esaurito per la riflessione giuridica. In particolare, la più recente emergenza sanitaria ha evidenziato vuoti di effettività nella tutela del diritto alla salute degli stranieri tali da mettere in discussione la tenuta di diritti costituzionalmente garantiti. Un'organizzazione dei servizi concretamente orientata alla tutela dei diritti, nel segno della Costituzione, appare la via privilegiata per colmare questi gap. Appaiono in tal senso promettenti alcune delle riforme veicolate dal PNRR, fra cui spiccano le nuove "Case della Comunità", cuore battente della riforma della sanità territoriale da poco approvata. Almeno sulla carta, esse potrebbero rappresentare occasioni da non perdere per colmare alcune delle lacune che la pandemia ha messo in luce.

2. Il diritto alla salute degli stranieri: un quadro "stabile"?

Il diritto delle migrazioni è uno dei terreni giuridici maggiormente esposti ad una incessante evoluzione, per una molteplicità di ragioni che spaziano dalla progressiva espansione del ruolo dell'Unione europea, alle contrapposizioni che il tema migratorio sollecita a livello politico (cfr., a titolo esemplificativo, in questo blog, [Vitiello](#), [Borraccetti](#), [Savino](#)). Ciononostante, nel nostro ordinamento, la garanzia dell'accesso alla sanità per gli stranieri sembra – almeno in apparenza e fortunatamente – piuttosto stabile. Anche le più rilevanti (e contestate) riforme che hanno toccato le questioni migratorie, infatti, non hanno inciso direttamente sul diritto alla salute degli stranieri, che, formalmente, rimane inalterato da ormai un ventennio.

Le norme di riferimento per la disciplina dell'accesso alla sanità per gli stranieri, come è noto, sono disegnate dal perimetro degli articoli 34 e 35 del Testo unico dell'immigrazione (TUI) e dagli artt. 62 e 63 del d.P.C.M. 17 gennaio 2017, che definisce i nuovi LEA. Un Accordo sottoscritto nel 2012 in sede di conferenza Stato-Regioni ha, inoltre, stabilito le ["Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome"](#).

In breve, le disposizioni citate prevedono l'obbligo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per gli stranieri regolarmente soggiornanti (art. 34 TUI), specificando le categorie di permessi di soggiorno che comportano tale diritto-dovere. Gli stranieri regolarmente soggiornanti, ma il cui titolo di soggiorno non rientra tra quelli indicati, hanno l'obbligo di assicurazione o possono procedere all'iscrizione volontaria al SSN, pagando il corrispettivo annuale. Agli stranieri non in regola con le norme sul soggiorno spettano, invece, «le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative» (art. 35 TUI e art. 63, d.P.C.M. 17/01/2017).

Tale quadro normativo a prima vista chiaro aveva, in realtà, portato a un certo divario applicativo, tanto che la diversità di approccio riscontrata a livello regionale aveva condotto alla sottoscrizione dell'accordo adottato in sede di conferenza Stato-Regioni nel 2012, che ha definito indirizzi operativi per gli enti territoriali, per promuovere un approccio omogeneo. Il documento si premura, ad esempio, di specificare che in base alla normativa vigente (art. 34 TUI), lo svolgimento di un'attività lavorativa o l'iscrizione alle liste di collocamento sono titoli "autonomi" per l'iscrizione al SSN, a prescindere dalla tipologia di permesso di soggiorno del richiedente. L'assistenza sanitaria, che ha durata pari a quella del permesso di soggiorno, si estende ai familiari a carico regolarmente soggiornanti e, nelle more del rinnovo del titolo di soggiorno, viene prorogata, ai fini della garanzia della continuità assistenziale.

A distanza di un decennio, i contenuti dell'Accordo si dimostrano ancora attuali, sebbene quanto nel frattempo avvenuto abbia messo a dura prova l'effettività del diritto all'assistenza sanitaria per i migranti. Nonostante un quadro apparentemente cristallino, non sono mancati negli anni i tentativi di "sabotaggio", attraverso un sostanziale svuotamento dell'applicazione dei contenuti dell'Accordo. A riguardo – e prima di individuare alcune sacche di ineffettività nel diritto alla salute degli stranieri di Italia – vale la pena di sottolineare come la giurisdizione abbia valorizzato la portata del documento, accertando la sussistenza del diritto-dovere di iscrizione al SSN per taluni stranieri ai quali le amministrazioni sanitarie territoriali avevano negato tale possibilità. Recentemente, ad esempio, la Corte d'Appello di Venezia, in ben due occasioni ([sentenza n. 15/2020](#) e [sentenza n. 138/2022](#)) ha confermato la natura vincolante dell'Accordo, per gli enti territoriali che lo avevano sottoscritto e che non possono, per questo, sottrarsi a quanto pattuito.

3. I tanti nodi di ineffettività di una disciplina in apparenza limpida

Come si è già anticipato, sono stati numerosi gli episodi in cui, in questo decennio, è stato

necessario ricorrere all'intervento del giudice in relazione alla mancata iscrizione degli stranieri al SSN. Sebbene, come si è visto, il tentativo operato dall'Accordo del 2012 abbia tentato di favorire un'omogenea applicazione della disciplina a livello nazionale, anche al fine di evitare dubbi interpretativi o contenziosi, si sono comunque presentati punti di attrito che, al di là dell'intervento giurisdizionale, hanno rallentato o temporaneamente precluso una piena effettività del diritto alla salute a chi ne avesse diritto.

Fra gli esempi più efficaci, si distingue, anzi tutto, la confusione generata dal [Decreto Sicurezza del 2018](#) e dal – notorio e problematico – divieto di iscrizione anagrafica per i richiedenti asilo. Sebbene l'applicazione del citato Accordo non potesse lasciare dubbi circa le modalità per l'iscrizione della persona al servizio sanitario, sono stati numerose le difficoltà in cui sono incorsi i richiedenti asilo per ottenerla. Pur in assenza di qualsivoglia modifica dell'art. 34 TUI, infatti, alcune aziende sanitarie avevano dubitato della possibilità di iscrivere lo straniero, in mancanza della residenza. Sul punto è intervenuto, ad esempio, il [Tribunale di Napoli che, nel luglio 2019](#), ha accertato il carattere discriminatorio del diniego d'iscrizione al SSN opposto dalla locale azienda sanitaria ad uno straniero richiedente protezione internazionale.

Nonostante le modifiche introdotte dal Decreto Sicurezza non avessero intaccato le norme sull'accesso ai servizi pubblici essenziali (sanità inclusa), è assodato che ne ha, comunque, rallentato la fruibilità per gli stranieri, tanto che tale elemento è stato preso in considerazione dalla Corte costituzionale, in occasione della declaratoria di incostituzionalità del divieto di iscrizione anagrafica. Nella [sentenza n. 186 del 2020](#), infatti, si è rilevato come il limite introdotto dal d.l. n. 113/2018, poi convertito, presenti "effetti pregiudizievoli" quanto all'accesso ai servizi pubblici. Giova, a tal riguardo, rilevare come la Corte abbia ritenuto non necessario entrare nel merito dell'effettiva possibilità di ottenere l'erogazione dei servizi da parte delle pubbliche amministrazioni competenti, ma si sia limitata a osservare una situazione "di fatto" che, rendendo "ingiustificatamente più difficile" l'accesso ai servizi, provocava una lesione del principio di eguaglianza sostanziale, incidendo sulla "pari dignità sociale" delle persone.

Fra altri nodi problematici, figura l'apposizione di un termine di validità all'iscrizione al SSN inferiore a quello della scadenza del permesso di soggiorno. Ancora una volta, la letterale applicazione di quanto sancito nell'Accordo non avrebbe dato adito a dubbi, ma una erronea prassi dell'amministrazione sanitaria campana ha richiesto, nel marzo 2022, l'intervento del [Tribunale di Benevento](#), che ha sancito l'illegittimità del comportamento della ASL.

Vanno, infine, menzionate due recenti pronunce, rispettivamente del Tribunale di Padova ([sentenza n. 1830/2022](#)) e della già citata Corte d'Appello di Venezia ([sentenza n. 138/2022](#)), che hanno accertato la natura discriminatoria di alcune previsioni della delibera della Giunta regionale Veneto n. 753 del 4.06.19, che stabilisce le [Linee guida in materia di assistenza sanitaria ai cittadini appartenenti all'Unione Europea e ai cittadini extracomunitari](#). Le disposizioni contestate precludevano, nel primo caso, l'estensione dell'assistenza sanitaria ai familiari, cittadini di paese terzo, a carico del figlio, cittadino dell'Unione europea in possesso di carta di soggiorno e, nel secondo caso, di familiari, cittadini di paese terzo, a carico di

cittadini italiani. In entrambi i casi, la delibera regionale prevedeva l'iscrizione volontaria al SSN, a pagamento. I giudici ne hanno rilevato la natura discriminatoria, confermando, tra l'altro, la natura vincolante dell'Accordo e specificando che non solo la Regione convenuta è chiamata ad adeguare la propria normativa alle disposizioni europee richiamate nelle sentenze citate, ma le amministrazioni sanitarie sono tenute altresì a disapplicare la norma in contrasto con il diritto europeo, al fine di evitare il perpetuarsi della discriminazione.

Secondo la Corte d'Appello, infatti, vi è una violazione della direttiva europea 2004/38/CEE (art. 24) e, trattandosi di una norma self-executive, questa può essere direttamente invocata dagli interessati nei confronti della pubblica amministrazione, che, dunque, deve – e avrebbe già dovuto – disapplicare la norma in contrasto.

4. Quali prospettive di effettività per l'accesso alla salute dei migranti?

Le questioni qui brevemente tratteggiate e i dati epidemiologici cui si è fatto cenno suggeriscono la necessità di non abbassare il livello di attenzione rispetto alla garanzia di un effettivo accesso all'assistenza sanitaria per i migranti, indipendentemente dal titolo di soggiorno. Anche se regolarmente presenti sul territorio nazionale, infatti, non tutti gli stranieri si vedono riconosciuto lo stesso livello di protezione del diritto alla salute, con tutto ciò che ne deriva.

Le molteplici esigenze della pandemia, inoltre, hanno evidenziato la rilevanza della dimensione relazionale del diritto fondamentale alla salute e hanno sottolineato l'intrinseco legame sussistente tra le scelte sanitarie che si fanno per un individuo e la capacità del sistema sanitario complessivamente inteso di far fronte ai bisogni di tutti. Basti porre la mente alle complesse scelte allocative che si sono rese necessarie a fronte della drammatica scarsità di risorse con cui il SSN si è misurato soprattutto nella prima fase dell'emergenza pandemica e che hanno, inevitabilmente, impresso il segno sulla normazione dell'emergenza sanitaria.

Da ultimo, il conflitto in Ucraina e il flusso di profughi che questo ha provocato hanno nuovamente posto sotto i riflettori l'importanza fondamentale dell'accesso alla sanità per i migranti, a prescindere dal titolo di soggiorno o dal tempo di permanenza su un dato territorio, non solo in un'ottica umanitaria, ma anche a tutela della popolazione e dell'equilibrio interno del sistema sanitario.

Sulla scia delle riforme che la ripresa post-pandemica sta veicolando, non possono essere tralasciate le esigenze di piena accessibilità ai servizi sanitari per i migranti. Se il quadro normativo tratteggiato appare sufficientemente chiaro e non sembra abbisognare di revisioni significative, molti sono i fronti su cui lavorare costantemente per assicurare la piena effettività del diritto alla salute anche agli stranieri.

Proprio a partire dai dati epidemiologici di cui si è dato conto in apertura, ad esempio, centrale appare il ruolo che rivestiranno le nuove Case della Comunità, disegnate per diventare il prossimo baricentro operativo della sanità territoriale riconfigurata grazie al PNRR. Con la pubblicazione del [Decreto del Ministero della salute del 23 maggio 2022, n. 77](#), esse saranno

presto – auspicabilmente – il primo punto di riferimento per i bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione locale. Ideate per essere diffuse su tutto il territorio nazionale, saranno sempre aperte e offriranno una pluralità di servizi sanitari di base, in ottica multiprofessionale. Saranno presenti medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, infermieri e altri professionisti sanitari che potranno assicurare l'assistenza di base, la diagnostica di base e servizi ambulatoriali specialistici per patologie ad elevate prevalenza o per le cronicità. Avranno lo scopo di assicurare continuità assistenziale e integrazione socio-sanitaria. Alla luce di quanto evidenziato, è irrinunciabile che esse siano concepite per essere pienamente accessibili anche per gli stranieri, al fine di contribuire al superamento dei vuoti di effettività rilevati.

APPROFONDIMENTI

Dottrina:

C. CORSI, *Migranti e immigrati di fronte all'emergenza coronavirus: tra vecchie e nuove fragilità*, in *Diritto Pubblico*, n. 3/2020, pp. 901 ss.

G. IORIO, *Non è un vaccino per tutti: l'esercito (spuntato) degli «invisibili» ai tempi del Covid-19*, in *Responsabilità civile e previdenza*, n. 3/2021, pp. 718 ss.

A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 3/2018, pp. 631 ss.

G. VOSA, *Cure essenziali. Sul diritto alla salute dello straniero irregolare: dall'auto determinazione della persona al policentrismo decisionale*, in *Diritto pubblico*, n. 2/2016, pp. 721 ss.

Per citare questo contributo: L. BUSATTA, *L'accessibilità come soluzione: sui nodi di effettività nella risposta ai bisogni di salute degli stranieri*, ADiM Blog, Analisi & Opinioni, luglio 2022.