

Vulnerabilità, salute e persone migranti. Proattività e prossimità: ingredienti essenziali per l'equità nel Servizio Sanitario Nazionale

*Nicoletta Vettori**

VULNERABILITY, HEALTH AND MIGRANTS. PROACTIVITY AND PROXIMITY: ESSENTIAL INGREDIENTS FOR FAIR ACCESS TO THE NATIONAL HEALTH SERVICE

ABSTRACT: The essay shows the level of (in)implementation of the principle of equity in access to services offered by the National Health Service (NHS), examining access to services by migrants and people living in conditions of economic and social marginality. To this end, the Author first illustrates the legal requirements necessary for access to health care, then describes the factors that prevent or hinder the use of services. Finally highlights the remedies provided by case law and some recent initiatives put in place by political institutions. The analysis will be an opportunity to consider how, within a general critical framework, a new model of administrative action can be discerned that deserves to be enhanced, even beyond the health sector.

KEYWORDS: Right to health; vulnerability; migrants; equity; anticipatory health care

ABSTRACT: Il saggio mostra il livello di (in)attuazione del principio di equità nella fruizione delle prestazioni offerte dal servizio sanitario nazionale (SSN), prendendo in esame l'accesso ai servizi da parte dei migranti e delle persone che vivono in condizioni di marginalità economica e sociale. A tal fine dopo aver illustrato i requisiti necessari per l'accesso all'assistenza socio-sanitaria, si illustrano i fattori che ne impediscono o ne ostacolano la fruizione, per poi mettere in evidenza i rimedi assicurati dalla giurisprudenza e alcune recenti iniziative delle Istituzioni politiche. L'analisi sarà l'occasione per considerare come, in un quadro complessivamente critico, si scorgono i tratti di un modello di azione amministrativa che merita di essere valorizzato, anche oltre il settore sanitario.

PAROLE CHIAVE: diritto alla salute; vulnerabilità; migranti; equità; sanità di iniziativa

SOMMARIO: 1. Premessa – 2. I requisiti per l'accesso alle prestazioni del SSN – 2.1. Le prestazioni sanitarie garantite anche in assenza di iscrizione al SSN: cure urgenti o comunque essenziali – 3. I problemi di effettività delle garanzie formali – 3.1. Ulteriori requisiti (di reddito e di lungo-residenza) e prassi discriminatorie per l'accesso ai servizi da parte degli stranieri – 3.2. L'assistenza sanitaria negata in caso di mancanza della residenza anagrafica – 4. L'insufficienza delle garanzie sostanziali per l'accesso alle prestazioni: la limitata e disorganica presenza di servizi di informazione, di orientamento – 4.1. ... e di mediazione interculturale – 5. I rimedi assicurati dalla giurisprudenza – 5.1 I punti fermi della giurisprudenza costituzionale – 5.2. Gli orientamenti della giurisprudenza

* Professoressa associata di diritto amministrativo, Università di Siena. Email: nicoletta.vettori@unisi.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

za ordinaria in materia di discriminazioni per motivi di razza, nazionalità e origine etnica – 6. Recenti iniziative delle Istituzioni politiche: strategie di intervento per la presa in carico dei gruppi *hard-to-reach* – 7. Un modello da valorizzare: sanità di iniziativa e di prossimità – 8. Considerazioni conclusive: amministrazione proattiva e sostenibilità sociale.

1. Premessa

Nel momento in cui è in atto una riforma del servizio sanitario diretta a configurare «un nuovo modello di assistenza territoriale che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze»¹, pare utile concentrare l'attenzione sull'accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei migranti e, più in generale, delle persone in condizioni di particolare vulnerabilità economica e sociale. Un profilo che risulta poco considerato nel quadro delle linee di azione del PNRR², sebbene chiami in causa direttamente uno dei pilastri del nostro sistema sanitario: il principio di equità³.

Come noto, le disuguaglianze di salute sono il risultato di un insieme di processi economici, sociali e culturali che portano a una distribuzione disuguale dei più importanti aspetti che incidono sulla capacità di autodeterminazione delle persone (c.d. determinanti sociali di salute)⁴ e sul grado di esposizione ai fattori di rischio⁵.

Per contrastare questi fenomeni è dunque necessaria un'azione combinata di una pluralità di politiche pubbliche di varia natura (redistributive, abitative, di promozione attiva del lavoro etc.), tra le quali assumono un ruolo centrale le strategie organizzative dei servizi sociali⁶ e in particolare di quello sanitario⁷.

¹ <https://www.pnrr.salute.gov.it>.

² Al pari delle questioni connesse al fenomeno migratorio nel suo complesso. Al riguardo v. il documento di Caritas Italiana, *Politiche migratorie e il PNRR che non c'è*, Quaderni sulla Ripresa e la Resilienza del Paese, n. 2, 2022 reperibile al seguente URL: https://archivio.caritas.it/materiali/Italia/qrrp/qrrp_num2_giu2022.pdf.

³ Per un quadro generale v. G. COSTA, M. BASSI, G. F. GENSINI, M. MARRA, A. L. NICELLI, N. ZENGARINI (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano, 2014; più di recente, L. CHIEFFI, *Equità nella salute e nei servizi sanitari tra politiche europee e interventi statali*, in *Corti Supreme e salute*, 1, 2022, 175-196; M. COSULICH, *Equità va cercando ... Il Servizio sanitario nazionale, strumento di attuazione dell'art. 32 Cost*, *ivi*, 202-211. A. ROSANO, *L'equità nel sistema sanitario: evidenze epidemiologiche e possibili interventi*, in *BioLaw Journal*, 2, 2019, 60. A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto pubblico*, 2, 2020, 387.

⁴ Quelli che i documenti di indirizzo internazionale chiamano i "determinanti sociali di salute": reddito, status sociale, legami familiari e sociali, differenze di genere o etnia, che possono essere all'origine di discriminazioni – ad esempio per l'accesso al lavoro o all'abitazione. Sul punto v. F. VOLLER, C. SILVESTRI, *Disuguaglianze di salute*, in G. MACIOCCO (a cura di), *Cure primarie e servizi territoriali*, cit., 45-56; v. anche il documento *L'Italia per l'equità nella salute*, Ministero dell'Interno 2017, 18 ss elaborato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP) con l'Istituto Superiore di sanità (ISS), disponibile all'indirizzo: <https://www.inmp.it/index.php/ita/Pubblicazioni/Libri/L-Italia-per-l-equita-nella-salute-Scarica-il-documento-tecnico>.

⁵ A sua volta, la stratificazione sociale influenza la distribuzione disuguale dell'esposizione ai principali fattori di rischio per la salute (infortuni sul lavoro, stress lavorativo, stili di vita insalubri, barriere linguistico-culturali nell'accesso alle cure).

⁶ Sulla rilevanza della dimensione organizzativa a garanzia dell'effettività della tutela del diritto alla salute si veda A. PIOGGIA, *Diritti umani e organizzazione sanitaria*, in *Rivista del diritto e della sicurezza sociale*, 2011, 21

In questa prospettiva, interessa dunque esaminare il livello di effettività delle garanzie previste dal sistema vigente e riflettere sulle possibili prospettive. A tal fine dopo aver richiamato brevemente i requisiti legali di accesso ai servizi sanitari (§ 2), si prenderanno in esame i fattori che ne impediscono, o ne rendono difficoltosa, la fruizione da parte dei migranti⁸ (§ 3) e, più in generale, delle persone che vivono in condizioni di marginalità economica e sociale⁹ (§ 4), per poi considerare i rimedi assicurati dalla giurisprudenza (§ 5) e alcune soluzioni prospettate dalle Istituzioni politiche (§ 6).

L'analisi permetterà di mettere in evidenza come, in un quadro complessivamente critico, si possano scorgere i tratti di un modello di azione amministrativa che merita di essere valorizzato, anche oltre il settore sanitario (7).

2. I requisiti per l'accesso alle prestazioni del SSN

Per fruire dell'assistenza sanitaria presso le strutture, pubbliche o private, che compongono il Servizio Sanitario Nazionale¹⁰, è necessaria l'iscrizione (c.d. obbligatoria e gratuita)¹¹ che è subordinata alla residenza anagrafica¹² e al possesso della cittadinanza italiana.

ss e sia consentito rinviare a N. VETTORI, *Diritti della persona e amministrazione pubblica. La tutela della salute ai tempi delle biotecnologie*, Milano, 2017.

⁷ Cfr. V. MOLASCHI, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come «veicolo» di eguaglianza*, in *BioLaw Journal*, 2, 2019, 35; cfr. altresì il *Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia* elaborato dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), reperibile al seguente indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/357867>; il documento *L'Italia per l'equità nella salute*, cit., 27 ss; Comitato Nazionale per la Bioetica, *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute*, maggio 2001, reperibile all'indirizzo <https://bioetica.governo.it/>.

⁸ In base ai dati pubblicati dall'ISTAT, nel documento *Le statistiche dell'Istat sulla povertà. Anno 2021*, 5 (https://www.istat.it/it/files//2022/06/Report_Povert%C3%A0_2021_14-06.pdf) gli individui stranieri in condizione di povertà assoluta sono oltre 1 milione e 600mila, con una incidenza pari al 32,4%, oltre quattro volte superiore a quella degli italiani (7,2%).

⁹ Che comprendono i c.d. gruppi *hard to reach* (tra cui oltre ai migranti, i gruppi di popolazione Rom, Sinti e Carminati, le persone senza fissa dimora, coloro che vivono in insediamenti informali) nonché persone moderatamente svantaggiate che rischiano, a causa di fragilità aggiuntive, di cadere nel baratro dell'esclusione sociale (i c.d. *working poor*). Cfr. C. FRANCHINI, *L'intervento pubblico di contrasto alla povertà*, 2021, 23-26; G. COSTANZO, *INMP ed equità nella salute*, in *Corti Supreme e salute*, 1, 2022, 197.

¹⁰ Come noto il Servizio Sanitario Nazionale (di seguito anche SNN) è il complesso delle strutture, pubbliche e private convenzionate deputate ad erogare l'assistenza sanitaria, comprensiva dei livelli essenziali delle prestazioni (ex DPCM 12 gennaio 2017), individuati a livello statale nonché delle prestazioni ulteriori che le Regioni, responsabili dell'organizzazione dei servizi a livello territoriale, possono mettere a disposizione utilizzando risorse proprie. Per un quadro di carattere generale si veda R. BALDUZZI G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2021.

¹¹ All'iscrizione al SSN consegue il rilascio della Tessera Sanitaria e l'inserimento dei dati dell'assistito nella banca dati unitaria, l'Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA), prevista dall'art. 62-ter del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, (Codice dell'amministrazione digitale) e finalmente in fase di attuazione in applicazione del D.M. 1° giugno 2022 (pubblicato in G.U. il 13.10.2022).

¹² In base all'art. 19, co. 3, l. 23 dicembre 1978, n. 833 che collega l'iscrizione al SSN alla residenza anagrafica (definita dall'art. 43 c.c. come il luogo «in cui la persona ha la dimora abituale») che secondo giurisprudenza ormai consolidata si caratterizza per la presenza dell'elemento oggettivo della permanenza e dell'elemento soggettivo dell'intenzione di abitare stabilmente in tale luogo. Di conseguenza l'assistenza sanitaria è fruibile, di regola (v. *infra* nel testo per le eccezioni), nell'ASL che comprende il comune in cui l'assistito ha la residenza.

Agli stranieri è richiesta invece la regolarità del soggiorno¹³, seppur con requisiti diversi a seconda del tipo di permesso di cui sono titolari¹⁴. Fanno eccezione i minori di età e i detenuti – cui è riconosciuto l'accesso all'assistenza di base anche in caso di presenza irregolare¹⁵ – e i titolari di particolari tipologie di permesso per i quali è possibile soltanto l'iscrizione c.d. volontaria, subordinata al pagamento di un contributo forfettario annuo¹⁶.

Per i richiedenti asilo e protezione internazionale accolti nei centri di accoglienza è garantito l'accesso ai servizi offerti sul territorio e dovrebbero essere previste specifiche misure di assistenza in caso di vulnerabilità (ovvero per i minori, i disabili, gli anziani, le donne in stato di gravidanza, le vittime di abusi, sfruttamento, torture, o per coloro che abbiano sofferto gli effetti di un conflitto armato)¹⁷. Tuttavia, il sistema di accoglienza e di integrazione (SAI), ispirato ad una logica straordinaria ed emergenziale e oggetto di continue riforme al ribasso, è sostanzialmente incapace di realizzare le finalità di protezione e di inclusione cui sarebbe diretto¹⁸.

In ogni caso, l'iscrizione al SSN consente l'accesso alle prestazioni gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione alla spesa (c.d. *ticket* sanitario); fatte salve specifiche esenzioni per reddito¹⁹, per malattia e per invalidità, che è possibile ottenere mediante la produzione di documenti e certificazioni, in molti casi di competenza del medico di medicina generale.

¹³ Cfr. F. BIONDI DAL MONTE, *Salute*, in C. PANZERA, A. RAUTI (a cura di), *Dizionario dei diritti degli stranieri*, cit., 654-673.

¹⁴ Cfr. l'art. 34, d.lgs. 28 luglio 1998, n. 286 T.U. immigrazione e l'art. 42 decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394.

¹⁵ Sul tema v. D. PANIZZUT, P. OLIVANI, *Il diritto all'assistenza sanitaria per gli stranieri e la sua fruibilità*, in P. MOROZZO DELLA ROCCA (a cura di), *Immigrazione, asilo e cittadinanza*, V^a ed., 2021, 425-452; L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. L'esperienza italiana*, in *Rivista AIC*, 1, 2018, 11 ss.

¹⁶ Hanno diritto ad iscriversi volontariamente al SSN, dietro il versamento di un importo annuo (che va dal minimo di 387, 34 euro in assenza di reddito ad un massimo di 2.788, 87 euro in caso di reddito pari o superiore a 51.000 euro): gli studenti per periodi inferiori a tre mesi; coloro che sono titolari di permesso di soggiorno per residenza elettiva e non svolgono alcuna attività lavorativa; il personale religioso (non iscrivibile obbligatoriamente); il personale diplomatico e consolare delle Rappresentanze estere operanti in Italia, con esclusione del personale assunto a contratto in Italia per il quale è obbligatoria l'iscrizione al SSR; dipendenti stranieri di organizzazioni internazionali operanti in Italia; stranieri che partecipano a programmi di volontariato; genitori ultra sessantacinquenni di cittadini italiani e UE, con ingresso in Italia dopo il 5 novembre 2008.

¹⁷ Cfr. art. 10, 11, 12, 14, 17 e 18 d. lgs. 18 agosto 2015, n. 142 di attuazione della direttiva 2013/33/UE e della direttiva 2013/32/UE. su cui v. F. BIONDI DAL MONTE, *La disciplina del diritto d'asilo tra accoglienza ed emergenza. Il quadro italiano* in J. WOELK, F. GUELLA, G. PELACANI (a cura di), *Modelli di disciplina dell'accoglienza nell' "emergenza immigrazione". La situazione dei richiedenti asilo dal diritto internazionale al diritto regionale*, 2016, 75 ss.

¹⁸ Sul punto si veda i contributi raccolti in J. WOELK, F. GUELLA, G. PELACANI (a cura di), *Modelli di disciplina dell'accoglienza nell' "emergenza immigrazione". La situazione dei richiedenti asilo dal diritto internazionale al diritto regionale*, cit.; M. GIOVANNETTI, *La frontiera mobile dell'accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati in Italia. Vent'anni di partec e dinamiche di bilanciamento del diritto alla protezione*, in *Diritto immigrazione e cittadinanza*, 1, 2019, 1-30.

¹⁹ Al riguardo, tra le novità più recenti, vanno segnalate l'abolizione del c.d. super ticket ad opera della Legge di bilancio 2020 (l. 29 dicembre 2019, n. 160) e l'estensione anche agli "inoccupati" dell'esenzione per disoccupazione (individuata con il codice E02) sui cui a fronte di indirizzi difformi a livello regionale, si è da ultimo pronunciato il Consiglio di Stato (cfr. il parere n. 1268 del 13 luglio 2022) che dopo aver ricostruito il quadro normativo ha confermato la posizione di recente emersa in giurisprudenza (Trib. Milano, Trib. Roma,

Anche l'assistenza di base (c.d. medico di medicina generale e pediatra di libera scelta) che rappresenta un anello fondamentale nella catena di garanzie poste dall'ordinamento a tutela delle situazioni di vulnerabilità, è però legata al possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità e, in determinati casi, può venir meno nelle more del rinnovo dello stesso²⁰.

Come noto, infatti, che le discipline normative relative all'ingresso, al soggiorno dei migranti²¹, ispirate da logiche securitarie, non contribuiscono al loro inserimento e all'integrazione sociale, ma anzi li costringono in una situazione di forte precarietà che spesso rende difficile l'esercizio dei diritti anche a chi è in possesso di tutti i requisiti necessari²².

2.1. Le prestazioni sanitarie garantite in assenza di iscrizione al SSN: cure urgenti o comunque essenziali

In assenza di iscrizione al SSN²³ sono garantite soltanto le cure urgenti o essenziali²⁴.

Più in particolare, le cure sanitarie di primo soccorso sono assicurate a prescindere dalla residenza anagrafica²⁵. Agli stranieri irregolari sono riconosciuti il diritto di ricevere le cure ambulatoriali e

Corte di Appello di Milano, sez. Lavoro n. 1626/ 2018) secondo la quale «la condizione di disoccupazione ha carattere generale e comprende sia coloro che hanno perso per qualsiasi causa un rapporto di lavoro subordinato o autonomo che coloro che non hanno mai intrapreso un'attività lavorativa, in quanto ciò che rileva è esclusivamente l'essere privi di impiego unitamente alla disponibilità allo svolgimento di una attività lavorativa».

²⁰ Ad esempio nel caso del permesso che il Tribunale per i minorenni può rilasciare al genitore irregolare a tutela dello sviluppo psico-fisico del minore (ex art. 31, co. 3, T.U. Immigrazione). Si tratta di un titolo valido per un periodo determinato e il cui rilascio/rinnovo è soggetto ad una valutazione delle effettive circostanze concrete da parte del Tribunale, pertanto – nelle more del rinnovo – al migrante non è assicurata la continuità nell'accesso ai servizi.

²¹ Per una prospettiva generale si veda, almeno, B. NASCIBENE (a cura di), *Diritto degli stranieri*, Padova, 2004; M. SAVINO, *Le libertà degli altri. La regolazione amministrativa dei flussi migratori*, Milano, 2007; M. CONSITO, *La tutela amministrativa del migrante involontario. Richiedenti asilo, asilanti e apolidi*, Napoli, 2016; M. GIOVANNETTI, N. ZORZELLA (a cura di), *Ius migrandi. Trent'anni di politiche e legislazione sull'immigrazione in Italia*, Milano, 2020 (liberamente scaricabile al seguente URL: <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/book/553>); F. CORVESE, G. PELACANI (a cura di), *Il diritto in migrazione. Studi sull'integrazione giuridica degli stranieri*, Milano, 2017; C. PANZERA, A. RAUTI (a cura di) *Dizionario dei diritti degli stranieri*, Napoli, 2020; P. MOROZZO DELLA ROCCA (a cura di) *Immigrazione, asilo, cittadinanza*, Bologna, 2021.

²² Sulla discriminazione perpetrata nei confronti dei lavoratori migranti derivante dall'asimmetria tra i doveri di contribuzione fiscale e contributiva loro imposti e la possibilità di accedere ai servizi che è ben inferiore a quella riconosciuta ai cittadini si veda, da ultimo, C. BUZZACCHI, *I doveri degli stranieri e la sicurezza sociale dei cittadini*, in *Diritto pubblico*, 1, 2023, 73-105.

²³ Una peculiare disciplina è prevista per i cittadini stranieri titolari di permesso di soggiorno per cure mediche e per motivi di turismo (art. 36 del T.U. n. 286/98) che non possono iscriversi al SSN, ma devono provvedere al pagamento degli oneri relativi alle cure effettuate, eventualmente stipulando una polizza assicurativa, necessaria anche per tutti i cittadini stranieri che appartengono alle categorie richiamate nel testo e che non abbiano fatto l'iscrizione volontaria al SSN.

²⁴ Sul tema v. G. VOSA, "Cure essenziali". *Sul diritto alla salute dello straniero irregolare: dall'autodeterminazione della persona al policentrismo decisionale*, in *Diritto pubblico*, 2016, 721 ss; L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. L'esperienza italiana*, cit., 11 ss.

ospedaliere urgenti o comunque essenziali²⁶, ancorché continuative, nonché l'inclusione nei programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva²⁷. A tal fine viene rilasciato un codice regionale di accesso, valido su tutto il territorio nazionale²⁸ con durata semestrale e rinnovabile²⁹.

Merita ricordare che la Corte costituzionale ha da tempo confermato la piena legittimità di questo assetto, affermando che le misure necessarie a garantire il nucleo essenziale del diritto alla salute devono essere riconosciute a qualsiasi persona, anche straniera, a prescindere da quale sia la sua situazione rispetto al soggiorno, dal momento che coinvolgono «l'ambito inviolabile della dignità umana» la cui tutela non ammette differenziazioni di sorta³⁰.

D'altra parte, è lo stesso T.U. immigrazione, in attuazione dei principi internazionali ed europei³¹, a prevedere specifici divieti di espulsione in caso di vulnerabilità per motivi di salute, giustificando il

²⁵ Come previsto anche dal richiamato art. 19, l. 23 dicembre 1978, n. 833, che fa salvo «il diritto di accedere, per motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale».

²⁶ In base all'art. 35 del d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 (c.d. T.U. immigrazione). La circolare del Ministero della Sanità 24 marzo 2000, n. 5 ha chiarito come «per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona»; si intendono invece per cure essenziali «le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)».

²⁷ Sono in particolare garantiti: a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, compreso l'accesso ai consultori familiari; b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva in Italia dalla legge 27 maggio 1991, n. 176; c) le vaccinazioni previste dai piani sanitari; d) gli interventi di profilassi internazionale; e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive e la eventuale bonifica dei relativi focolai, f) prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza (aggiunto in base all'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012). Inoltre, l'art. 43, co. 1 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394 (recante il regolamento di attuazione del T.U. immigrazione), ribadendo il principio della garanzia delle prestazioni sanitarie urgenti alle condizioni previste dall'articolo 35, co. 1, T.U., consente agli stranieri non iscritti al SSN la facoltà di chiedere all'azienda ospedaliera o alla unità sanitaria locale di fruire di prestazioni sanitarie di elezione, dietro pagamento delle relative tariffe.

²⁸ Si tratta del documento denominato STP (straniero temporaneamente presente) o ENI (europeo non iscritto, se si tratta di cittadino comunitario). La tessera ENI dà diritto alle stesse prestazioni assicurate ai cittadini di Paesi Terzi in base all'art. 35 T.U. Sul punto si veda la nota Ministero della salute del 19 febbraio 2008 e l'Accordo del 20 dicembre 2012, raggiunto in sede di Conferenza permanente tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome* (G.U. 7.2.2013, n. 32, suppl. ord. 9, doc. 17).

²⁹ Per quanto riguarda la partecipazione al costo delle prestazioni, l'art. 35, co. 4, T.U. accoglie il principio della gratuità ove i richiedenti risultino privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Al momento della richiesta dell'assegnazione del codice STP, lo straniero indigente deve sottoscrivere «l'autocertificazione di indigenza».

³⁰ Cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 252 del 2001; n. 509 del 2000, n. 309 del 1999 e n. 267 del 1998.

³¹ Cfr. il principio del *non-refoulement*, la Direttiva 2008/115/CE, in tema di rimpatri di cittadini stranieri il cui soggiorno sul territorio dello Stato membro è irregolare. Sul tema, v. il report di *European Asylum Support Office* (EASO), *Procedure di asilo e principio di non refoulement. Un'analisi giuridica*, raggiungibile al seguente link: <https://euaa.europa.eu/sites/default/files/Asylum-Procedures-JA-IT.pdf> (ultimo accesso 22.06.2023). In

conseguente rilascio di particolari permessi di soggiorno. Tra questi³² il più rilevante – ai fini della presente trattazione – è il permesso per cure mediche, riguardante i cittadini stranieri che versano in «gravi condizioni psico-fisiche» o che sono affetti da «gravi patologie» in ragione delle quali subirebbero un rilevante pregiudizio in caso di allontanamento nel paese di origine o di provenienza³³.

Al riguardo la giurisprudenza della Cassazione è ferma nel sostenere che il giudice, chiamato a verificare la legittimità del diniego di rilascio del titolo di soggiorno, deve verificare l'effettiva capacità del sistema sanitario del Paese, verso cui la persona sarebbe rinviata, di erogare cure idonee a fronteggiare la specifica patologia da cui questa è affetta³⁴.

Quest'ultimo profilo è garantito anche dal diritto europeo, tanto che la Corte di Giustizia ha ribadito di recente il divieto di rimpatri di persone che versano in gravi condizioni e che rischiano di subire un aggravamento dello stato patologico e del livello di sofferenza³⁵.

3. I problemi di effettività delle garanzie formali

Se questi sono i requisiti formali per l'accesso all'assistenza sanitaria, vari sono gli elementi che ne pregiudicano l'effettività e che impediscono la fruizione proprio a persone che, per le condizioni di particolare fragilità in cui si trovano, ne avrebbero particolare bisogno.

Alcuni di queste criticità sono legate alla condizione di straniero, altre riguardano anche cittadini italiani.

dottrina tra i molti, v. M. SAVINO, D. VITIELLO, *Non respingimento*, in C. PANZERA, A. RAUTI, *Dizionario dei diritti degli stranieri*, cit., 469-495; C. FAVILLI (a cura di), *Protezione e garanzie del diritto di asilo*, Padova, 2011.

³² Cfr. l'art. 19 T.U. che disciplina specifici divieti di espulsione cui corrispondono specifiche tipologie di permesso di soggiorno.

³³ Cfr. 19, co. 2 l. d)-bis introdotto nel testo unico immigrazione. La norma ha sostanzialmente tipizzato una delle cause per cui in precedenza veniva rilasciato – sulla base di un orientamento giurisprudenziale che si era consolidato nel tempo – il permesso per ragioni umanitarie.

³⁴ Corte di Cassazione, I sezione civile, ordinanza del 3 luglio 2020, n. 13765; Corte di Cassazione, II sezione civile, ordinanza del 17 luglio 2020, n. 15322 che ha affermato che «Ai fini della verifica dei presupposti per il rilascio del permesso di soggiorno per ragioni umanitarie, la condizione di vulnerabilità per motivi di salute, normativamente tipizzata dall'art. 2, comma 11, lett. h) bis del d.lgs. n. 25 del 2008, come modificato dal d.lgs. n. 145 del 2015, impone all'organo giudicante un'attenta e dettagliata disamina dei rischi eventualmente configurabili a carico del ricorrente in caso di rimpatrio». In attuazione del predetto principio, la S.C. ha cassato con rinvio la pronuncia di merito che aveva escluso per un richiedente affetto da epatite cronica attiva da HBV la sussistenza dei presupposti della protezione umanitaria in base alla considerazione che, alla data di presentazione del ricorso, il programma terapeutico prescritto al ricorrente fosse terminato e che, comunque, nel paese di provenienza fosse assicurata una copertura vaccinale relativa al virus dell'epatite B, senza avere indagato sull'effettiva capacità del sistema sanitario di erogare cure idonee a fronteggiare la patologia del richiedente.

³⁵ Sul punto si veda la recente sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea, *X v. Staatssecretaris van Justitie en Veiligheid*, C- 69/21 del 22 novembre 2022 in cui si afferma che l'art. 5 della Direttiva, in combinato disposto con gli articoli 1 e 4, 19 par. 2 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea impedisce di adottare un provvedimento di rimpatrio nei confronti di un cittadino straniero con soggiorno irregolare che è affetto da una grave malattia, «allorché sussistono gravi e comprovati motivi per ritenere che, in caso di rimpatrio, l'interessato possa essere esposto, nel paese terzo verso il quale verrebbe allontanato, al rischio reale di un aumento significativo, irrimediabile e rapido del suo dolore, a causa del divieto, in tale paese, della sola terapia analgesica efficace».

3.1. Ulteriori requisiti (di reddito e di lungo-residenza) e prassi discriminatorie per l'accesso alle prestazioni da parte degli stranieri

Si è osservato come lo *status* di straniero sia di per sé una condizione che rende precaria l'assistenza sanitaria che è legata al possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità e, in assenza di questo, limitata alle cure urgenti o comunque essenziali.

A ciò si aggiunge che, in alcuni casi, la legislazione di settore (di livello nazionale e regionale) prevede requisiti ulteriori, quali la residenza prolungata sul territorio e particolari livelli di reddito. Ad esempio, per la fruizione di alcune misure di sostegno economico di carattere socio-sanitario è richiesto il permesso UE per soggiornanti di lungo periodo, rilasciato allo straniero dopo 5 anni di soggiorno regolare e in possesso di un alloggio idoneo nonché di un determinato reddito, il cui livello aumenta in relazione al numero dei familiari a carico³⁶. Come vedremo (v. *infra* § 5.1.), tale requisito è stato più volte dichiarato incostituzionale; nondimeno, nelle more delle varie pronunce di incostituzionalità, la sua previsione ha impedito la fruizione dei servizi ad un'ampia fetta di popolazione straniera.

Per quanto riguarda i migranti accolti nel sistema di accoglienza, i servizi territoriali non possono garantire un'effettiva tutela dei loro bisogni di salute, viste le gravi carenze di personale e di risorse di cui soffrono in rapporto all'ampiezza del fenomeno³⁷.

D'altra parte le misure di assistenza astrattamente previste dal d.lgs. n. 142 del 2015, in attuazione della disciplina europea³⁸, sono state fortemente depotenziate dagli schemi di capitolato d'appalto dei servizi di accoglienza adottati dal Ministero dell'Interno³⁹, e, da ultimo, sono state drasticamente ridotte dal d.l. 10 marzo 2023, n. 20 conv. in l. 5 maggio 2023, n. 50⁴⁰.

Non mancano, infine, prassi discriminatorie delle amministrazioni – soprattutto regionali – che hanno l'effetto di ostacolare ulteriormente le possibilità di accesso ai servizi socio-sanitari da parte degli stranieri. Come vedremo (*infra* § 5.2.) si tratta, in particolare, di provvedimenti che negano del tutto

³⁶ Cfr. l'art. 9 d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286.

³⁷ Uno studio effettuato da un gruppo di Medici per i Diritti Umani (MEDU) nel CARA di Mineo (v. A. BARBIERI ET. AL, 2020), *Patterns and predictors of PTSD in treatment-seeking African refugees and asylum seekers: A latent class analysis. International Journal of Social Psychiatry*, 67; Issue 4) ha rilevato che tra le persone che erano state inviate presso i loro sportelli per la presenza di varie forme di disagio psichico il 79,5 % presentava una probabile diagnosi di *Post Traumatic Stress* e che, ricerche precedenti avevano evidenziato tale patologia nel 30% del totale rifugiati e delle persone colpite da conflitti (cfr. STEEL Z., CHEY T., SILOVE D., MAMANE C., BRYANT R. A., VAN OMMEREN M. (2009). *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. The Journal of the American Medical Association*, 302, 5).

³⁸ Direttiva 2013/33/UE del Parlamento europeo e del Consiglio del 26 giugno 2013, recante *Norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale*.

³⁹ Soprattutto nei capitolati successivi alla riforma adottata con il d.l. n. 13/2018, su cui sia consentito rinviare a N. VETTORI, *Servizio pubblico di accoglienza e diritti fondamentali dei richiedenti asilo. Profili di illegittimità della riforma introdotta dal d.l. 113/2018*, in *Diritto immigrazione e cittadinanza*, 1, 2019, 135 ss.

⁴⁰ L'articolo 6-ter del d.l. 20/2023, rubricato *Modifiche alla disciplina sulle modalità di accoglienza*, riscrive il secondo periodo del primo comma dell'art. 10 del d.lgs. 142/2015 eliminando la previsione dei servizi di assistenza psicologica, di insegnamento della lingua italiana e di orientamento legale e ai servizi del territorio dal novero delle prestazioni erogate all'interno dei centri di cui all'art. 9 e all'art.11, ovvero i Centri di prima accoglienza e i Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), all'interno dei quali verrà assicurata solo l'assistenza sanitaria e sociale e la mediazione linguistico-culturale.

alcune forme di esenzione⁴¹, che escludono gli stranieri da certe prestazioni ovvero riservano loro servizi sostanzialmente deteriori rispetto a quelli previsti per i cittadini italiani⁴².

3.2. L'assistenza negata in caso di mancanza della residenza anagrafica

Il secondo ordine di problemi riguarda il requisito della residenza anagrafica.

La questione si pone con estrema gravità per tutti coloro che vivono in insediamenti informali e per le persone senza fissa dimora.

Del primo gruppo fanno parte in primo luogo lavoratori migranti che, pur essendo in possesso di un valido permesso di soggiorno, si trovano a vivere in immobili illegalmente occupati⁴³ o comunque privi dei requisiti necessari per l'elezione della residenza⁴⁴.

Tuttavia, da alcuni recenti dati ISTAT emerge che sono coinvolti anche molti cittadini italiani. Si tratta di soggetti – per più di un terzo minori di età – che, anche a causa della crisi economica ed occupazionale e in mancanza di politiche abitative sufficienti a livello locale, vivono in abitazioni non registrabili in via ufficiale (ad es. subaffitti irrregolari), in campi attrezzati e insediamenti informali “tollerati”⁴⁵ ove non è possibile eleggere la residenza.

Problemi ancora maggiori riguardano le persone senza fissa dimora⁴⁶.

⁴¹ Cfr. Tribunale di Venezia, 12 gennaio 2023, che ha accertato la condotta discriminatoria della Regione Lombardia che, nonostante la riconosciuta parità di trattamento tra inoccupati e disoccupati (confermata anche dal parere del Consiglio di Stato, ad. gen. 13 luglio 2022, n. 1268) negava l'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria di cui all'art. 16. L. n. 537/1993 per i richiedenti asilo disoccupati che non avessero avuto in precedenza un rapporto di lavoro. Il testo della sentenza è reperibile al seguente URL: <https://www.meltingpot.org/2023/01/regione-lombardia-condannata-per-discriminazione-tutti-i-disoccupati-hanno-diritto-ad-accedere-gratuitamente-al-servizio-sanitario/>.

⁴² V. infra § 5.2..

⁴³ Negli immobili occupati senza titolo è fatto divieto di chiedere la residenza ex art. 5, del D.L. 28 marzo 2014, n. 47 *Misure urgenti per l'emergenza abitativa, per il mercato delle costruzioni e per Expo 2015*.

⁴⁴ Secondo il *Report Medici senza Frontiere 2019* relativo agli insediamenti informali in Basilicata (7 insediamenti, 2000 persone in totale), le persone presenti per il 75% erano in possesso di un valido titolo di soggiorno, 1 su 2 riscontrava problemi di accesso al Sistema sanitario sebbene oltre il 30% avesse dichiarato di essere in Italia da più di 8 anni. Il rapporto è accessibile a questo link: <https://www.medicisenzafrentiere.it/news-e-storie/news/vite-a-giornata-precarita-ed-esclusione-dalle-cure-per-i-braccianti-migranti-in-basilicata/> (ultimo accesso 3.04.2023).

⁴⁵ Secondo i dati pubblicati dell'ISTAT nel recente *Censimento della popolazione residente al 31 dicembre 2021*, 13-14, a fine 2021 in Italia si contano 15.759 persone iscritte in anagrafe che vivono nei campi attrezzati e negli insediamenti tollerati e spontanei. I cittadini italiani rappresentano circa l'80% della popolazione che vive nei campi/insediamenti. La componente straniera, un quinto del totale, è rappresentata prevalentemente da cittadini europei, in particolare bosniaci, rumeni, serbi e croati. È una popolazione giovane (il 35% è minorenni e soltanto il 13% ha un'età superiore ai 55 anni), con un'età media di 29,6 anni (29,9 gli italiani e 28,1 anni per gli stranieri). La distribuzione per classi di età e cittadinanza conferma una popolazione straniera più giovane rispetto a quella italiana, con una percentuale di minorenni stranieri che sfiora il 40%.

⁴⁶ Ai fini anagrafici, senza fissa dimora è “colui che non ha in alcun comune quella dimora abituale che costituisce l'elemento necessario per l'accertamento della residenza”. Secondo i dati pubblicati dell'ISTAT nel recente *Censimento della popolazione residente al 31 dicembre 2021*, 14-15 sono 96.197 le persone senza tetto e senza fissa dimora iscritte in anagrafe. La maggioranza è composta da uomini e per il 38% è rappresentato da cittadini stranieri. Va segnalato però che queste persone sono censite solo in parte, attraverso il Registro delle persone senza fissa dimora (previsto dall'art. 2, co,3, l. 1128/1954 come modificato dalla l. 15 luglio 2009, n. 94 e istituito con D.M. dell'interno 6 luglio 2010) perché ciò presuppone una richiesta o una segnalazione.

L'articolo 2, co. 3, della 24 dicembre 1954, n. 1228 (c.d. legge anagrafica)⁴⁷ stabilisce che coloro che sono privi di dimora devono essere considerati residenti nel Comune dove hanno il domicilio o, in mancanza, nel Comune di nascita⁴⁸; tuttavia, se ciò permette la loro identificazione e registrazione, non necessariamente garantisce un collegamento con i servizi di assistenza.

Per sopperire a queste criticità, una risalente Circolare ISTAT (n. 29/1992) invitava gli Uffici dell'Anagrafe a istituire una via fittizia (territorialmente inesistente, ma equivalente in valore giuridico), da poter indicare come sede di residenza per le persone senza dimora⁴⁹; ma solo pochi Comuni hanno dato seguito a questa prassi⁵⁰.

D'altra parte, non è risolutivo il fatto che l'art. 19 l. n. 833 del 1978 preveda la possibilità di fruire temporaneamente dell'assistenza presso la ASL del luogo di domicilio, perché in molte delle condizioni richiamate mancano le ragioni (di studio, lavoro etc.) che possono giustificare la richiesta, oltre che un domicilio che possa essere considerato idoneo.

Non è un caso, infatti, che la stessa Corte costituzionale nella sentenza 186 del 2020⁵¹ – 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

⁴⁷ A norma dell'art. 2 L. 24 dicembre 1954 n. 1228 (c.d. legge anagrafica), come modificata dall'art. 3, 15 luglio 2009, n. 94 *la persona che non ha fissa dimora si considera residente nel comune dove ha stabilito il proprio domicilio. La persona stessa, al momento della richiesta di iscrizione, è tenuta a fornire all'ufficio di anagrafe gli elementi necessari allo svolgimento degli accertamenti atti a stabilire l'effettiva sussistenza del domicilio. In mancanza del domicilio, si considera residente nel comune di nascita.*

⁴⁸ La stessa previsione è stata inclusa nell'articolo 1 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223.

⁴⁹ Circolare ISTAT n. 29/1992 (https://www.fiopds.org/wpcontent/uploads/2018/02/Circolare_Istat_29_1992pdf.)

⁵⁰ Sarebbe solo il 2.5 % dei Comuni, secondo i dati riportati da F. DENTE, *Vie Fittizie per i senza dimora: Comuni ancora in quarantena*, ottobre 2020, disponibile qui: [http://www.vita.it/it/article/2020/10/01/vie-fittizie-per-i-senza-dimora-comuni-ancora-in-quarantena/156829/.](http://www.vita.it/it/article/2020/10/01/vie-fittizie-per-i-senza-dimora-comuni-ancora-in-quarantena/156829/)

⁵¹ Corte cost., n. 186 del 2020 con cui è stato dichiarato illegittimo il divieto di iscrizione anagrafica dei richiedenti asilo e protezione internazionale posto dal d.l. n. 113/2018 che aveva introdotto all'art. 4 del d.lgs. n. 142/2015, il co. 1-bis secondo cui il permesso di soggiorno per richiesta di asilo «non costituisce titolo per l'iscrizione anagrafica...» in questo modo ostacolando l'accesso ai servizi che pur l'art. 5, co. 3, del medesimo d.lgs. 142/2015, prevede possano essere fruiti nel luogo di domicilio dichiarato al momento della formalizzazione della domanda di riconoscimento della protezione internazionale. Parte della giurisprudenza di merito (Tribunale di Firenze, ord. 18.3.2019, n. 361, Tribunale di Bologna, ord. 2.5.2019, n. 5220, Tribunale di Genova, ord. 22.5.2019, n. 2365; Tribunale di Prato, ord. 28.5.2019, n. 1183, Tribunale di Lecce, ord. 4.7.2019, n. 5330) aveva dato una lettura costituzionalmente orientata della norma in base alla quale essa non avrebbe precluso l'iscrizione anagrafica dei richiedenti protezione, ma avrebbe eliminato l'automatismo dell'iscrizione anagrafica di quelli ospitati nella struttura di accoglienza. Infatti, in base all'art. 5-bis del d.lgs. n. 142/2015 (introdotto dalla l. n. 46/2017) i richiedenti erano iscritti all'anagrafe su impulso del responsabile della struttura; a seguito della riforma invece avrebbero dovuto seguire le procedure e sottostare ai controlli previsti dal regolamento anagrafico (d.p.r. 223/1989) per gli altri stranieri regolarmente soggiornanti e per i cittadini. Alcuni Comuni italiani, dando seguito a questa interpretazione avevano consentito l'iscrizione anagrafica ai richiedenti protezione. Sulla questione si veda D. CONSOLI, N. ZORZELLA, *L'iscrizione anagrafica e l'accesso ai servizi territoriali dei richiedenti asilo ai tempi del salvinismo*, in *Diritti senza confini* (<https://www.asqi.it/diritti-senza-confini/>), 8.1.2019; G. SERRA, *L'iscrizione anagrafica e i richiedenti asilo dopo il d.l. n. 113/2018*, *ivi*, 25.3.2019.

coinvolge la «pari dignità sociale» degli individui⁵² proprio in ragione del fatto che è garanzia di accesso ad una pluralità di servizi essenziali⁵³.

E infatti, per quanto qui direttamente rileva, l'impossibilità di iscriversi al SSN per mancanza di residenza impedisce di ottenere l'assegnazione di un medico di medicina generale e, dunque, di accedere alle altre forme di sostegno di base e alle esenzioni in larga parte rimesse alla sua competenza.

Tutto ciò, peraltro, determina un aumento degli accessi al pronto soccorso, anche in mancanza di condizioni di urgenza o di emergenza. Il dato è confermato dalla *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2017-2021*⁵⁴, da cui risulta che il tasso di ospedalizzazione evitabile è più elevato tra gli immigrati rispetto agli italiani. In particolare, nel documento si evidenzia che

«la mancata o tardiva presa in carico si traduce in eventi acuti che necessitano di accesso al pronto soccorso e di ricoveri ospedalieri per condizioni patologiche che potrebbero e dovrebbero essere gestite in differenti setting assistenziali, quali l'assistenza sanitaria territoriale, la medicina di base e la specialistica. Inoltre, l'accesso al pronto soccorso da parte degli immigrati per condizioni di minore gravità, ne conferma l'utilizzo per superare difficoltà di accesso alle cure primarie».

Va considerato, però, che la presa in carico nei servizi di emergenza implica un elevato dispendio di risorse e comunque non può garantire cura e monitoraggio nel tempo, né visite specialistiche se non per rispondere a situazioni acute⁵⁵.

La conseguenza di tutto ciò è che i problemi di salute di un'ampia fetta di popolazione, che quando si tratta di persone straniere possono essere legati anche ad esperienze gravemente traumatiche vissute nel percorso migratorio, rimane priva delle più basilari forme di assistenza. Fanno eccezione le iniziative spontanee di organizzazioni di volontariato e di altri enti del terzo settore, ove esistenti⁵⁶.

Naturalmente, i problemi connessi all'emergenza abitativa e all'occupazione abusiva di immobili richiedono anzitutto politiche pubbliche di tutela della sicurezza delle persone coinvolte e della collettività nel suo complesso; tuttavia è evidente che la pressoché totale mancanza di assistenza, anche

⁵² Corte costituzionale, sentenza n. 186 del 2020: «La norma censurata, privando i richiedenti asilo del riconoscimento giuridico della loro condizione di residenti, incide quindi irragionevolmente sulla “pari dignità sociale”, riconosciuta dall'art. 3 Cost. alla persona in quanto tale, a prescindere dal suo *status* e dal grado di stabilità della sua permanenza regolare nel territorio italiano».

⁵³ Nella prospettiva della Corte la violazione della «pari dignità sociale» deriva da due profili: in primo luogo le conseguenze in termini di stigma sociale dell'esclusione dall'iscrizione anagrafica, «di cui è non solo simbolica espressione l'impossibilità di ottenere la carta d'identità»; in secondo luogo i concreti effetti pregiudizievoli del diniego di iscrizione quanto all'accesso ai servizi e alle prestazioni ad essi garantiti perché, come riconosce, la Corte: «non si può negare che la previsione della fornitura dei servizi nel luogo di domicilio, anziché in quello di residenza (art. 13, comma 1, lettera b, numero 1, del d.l. n. 113 del 2018), rende, quantomeno, ingiustificatamente più difficile l'accesso ai servizi stessi, non fosse altro che per gli ostacoli di ordine pratico e burocratico connessi alle modalità di richiesta dell'erogazione – che fanno quasi sempre riferimento alla residenza e alla sua certificazione a mezzo dell'anagrafe – e per la stessa difficoltà di individuare il luogo di domicilio, a fronte della certezza offerta invece dal dato formale della residenza anagrafica».

⁵⁴ Disponibile qui: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3270_allegato.pdf.

⁵⁵ In parte censiti attraverso il Registro delle persone senza fissa dimora previsto dall'art. 2, co. 3, l. 1128/1954 come modificato dalla l. 15 luglio 2009, n. 94 e istituito con d.m. del Ministero dell'interno del 6 luglio 2010.

⁵⁶ Cfr. gli interventi di Medici Senza fissa Dimora che operano nel X municipio di Roma, nella zona di Ostia; Medici per i Diritti umani (MEDU) a Roma e Firenze (cfr. <https://mediciperidirittiumani.org/>).

sanitaria, certo non migliora la questione in termini di ordine pubblico, mentre determina una grave violazione della loro dignità.

4. L'insufficienza delle garanzie sostanziali per l'accesso alle prestazioni: la limitata e disorganica presenza di servizi di informazione, di orientamento...

Alle ineffettività dei requisiti formali si aggiunge la carenza di alcune pre-condizioni sostanziali per la fruizione dei servizi. Sono profili che – rispetto alla problematica in esame – potremmo considerare i “determinanti della sanità” vale a dire gli “ingredienti” organizzativi essenziali che devono essere presenti perché il sistema possa perseguire le finalità a cui è preposto e perché le risorse vengano allocate in modo adeguato.

In primo luogo, rileva l'attività di comunicazione e di informazione, perché le condizioni di disagio economico, la carenza di educazione fanno sì che le persone non conoscano i propri diritti e dunque non siano in grado di farli valere⁵⁷.

Problemi di questo tipo si pongono per le attività di prevenzione e di profilassi (ad esempio le vaccinazioni o gli *screening* di prevenzione) di cui spesso si ignora l'importanza, ma anche per le misure di contrasto alla povertà sanitaria (quali le esenzioni dal pagamento del *ticket*), che presuppongono la presentazione di documenti e l'interazione con determinati uffici.

È noto, infatti, che le barriere c.d. burocratiche, dipendenti dalla complessità delle pratiche amministrative, finiscono per impedire di ottenere i benefici proprio a chi è in possesso di tutti i requisiti e ne avrebbe più bisogno⁵⁸.

4.1. ... e di mediazione interculturale

Quando poi sono coinvolte persone straniere, rileva come pre-requisito sostanziale anche l'idoneità dell'ambiente organizzativo a fronteggiarne le esigenze specifiche, tenendo conto della provenienza culturale e delle esperienze vissute⁵⁹, profili per cui sono essenziali la formazione del personale sanitario⁶⁰ e gli appositi servizi di interpretariato e di mediazione interculturale.

⁵⁷ Dal Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica della Corte dei conti risulta che le prestazioni economiche per il contrasto alla povertà sono spesso erogate a persone con l'ISEE più elevato, ovvero ai meno bisognosi fra i bisognosi. Sul punto v. G. DI COSIMO, *Divario sociale ed eguaglianza*, lacostituzione.info, 26.04.2022; mette in rilievo questo aspetto anche C. FRANCHINI, *L'intervento pubblico di contrasto alla povertà*, cit., 66-67.

⁵⁸ Cfr. A. PIOGGIA, *Disuguaglianze nell'uguaglianza. Il ruolo della Pubblica amministrazione*, in *EtnoAntropologia*, 11 (1), 2023, 33-34.

⁵⁹ M. MARCECA, *Il fenomeno immigratorio. Politiche sanitarie e percorsi di tutela*, in *Salute e Territorio*, n. 168, 2008, 170-175; 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 *Rev. Inter. Mob. Hum.*, Brasília, 40, Ano XXI, 9-26, jan./jun. 2013, 17; i quali riportano individuano quattro tipologie di “barriere” che possono inficiare la fruibilità dei servizi da parte dei migranti: burocratico/amministrative (dipendenti dall'eccessiva burocrazia delle pratiche amministrative che aumenta il numero di immigrati che non avviano le procedure assistenziali al bisogno pur essendo in possesso di tutti i requisiti necessari); economiche e organizzative (derivanti da orari inadeguati; incompatibilità con i ritmi di vita e di lavoro; servizi difficilmente raggiungibili perché o troppo distanti o mal collegati); psicologiche (legate alla paura di essere denunciati soprattutto per quanto riguarda gli immigrati irregolari e all'assenza di un'informazione corretta da parte dei servizi associata a delle politiche restrittive e persecutorie alimentano la

Le differenze linguistiche, la scarsa conoscenza del modo di operare delle strutture sanitarie da parte dei pazienti e l'ignoranza della cultura degli assistiti da parte dei medici, possono, infatti, impedire una corretta relazione terapeutica⁶¹. Con una duplice implicazione: dal lato dei pazienti può venirsi a determinare timore⁶², diffidenza⁶³, addirittura rifiuto di certe prestazioni; dal lato dei sanitari può mancare una piena comprensione dei bisogni di salute, con conseguenti errori diagnostici o difficoltà nella individuazione dei percorsi terapeutici più adeguati.

Com'è evidente, sono aspetti decisivi: il fatto che i servizi siano in grado di intercettare selezionare e soddisfare le esigenze e che la popolazione sia in grado di usufruirne in modo appropriato, è un elemento essenziale a garanzia del fondamentale diritto alla salute, ma anche di una corretta allocazione delle risorse già di per sé scarse.

Ma anche da questo punto di vista, la situazione attuale si presenta piuttosto critica.

Per quanto attiene alla informazione e comunicazione istituzionale, sebbene ne sia esplicitamente sottolineata l'importanza quale volano di «promozione della salute»⁶⁴, non vi sono indicazioni uniformi, tanto che non è prevista la traduzione (talvolta neppure in inglese!) dei siti istituzionali delle aziende sanitarie, mentre l'inclusione organizzativa di profili legati alle differenze linguistiche dei pazienti è presente raramente e, comunque, in virtù di iniziative spontanee e non sistematiche di singole strutture⁶⁵.

D'altra parte, manca una normativa generale sui servizi di mediazione culturale, con la conseguenza che la regolazione è rimessa ad alcune indicazioni normative di settore e alla disciplina regionale.

Più in particolare, a livello nazionale, la presenza dei mediatori è prevista soltanto nei contesti socio-sanitari che operano con le comunità di migranti provenienti dai Paesi con tradizioni escissorie⁶⁶ non-

paura e la sensazione di precarietà della persona immigrata); linguistico-culturali (dovute all'incomprensione tra medico e paziente immigrato, che ancora prima che culturale è di tipo comunicativo).

⁶⁰ Sull'importanza della formazione del personale sanitario anche, più in generale, ai fini dell'attuazione delle misure previste nel quadro delle missioni del PNRR v. G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti Supreme e salute*, 2, 2022, 15.

⁶¹ Per un'analisi delle difficoltà di comunicazione con particolare riferimento alle donne migranti v. O. URPI, *Le culture iscritte sui corpi delle donne, i bisogni di salute e le risposte degli operatori. Alcune osservazioni sui mutamenti delle pratiche ospedaliere*, in *Salute e Società*, XX, 3/2021, 52-69.

⁶² Nella *Relazione sullo stato sanitario del paese 2017-2021*, 68, è riportato che «L'indagine sulla disponibilità a vaccinarsi contro il Covid-19 da parte delle persone ospitate nei centri/strutture di accoglienza in Italia, pubblicata nel luglio 2021 dal Tavolo Asilo e Immigrazione (TAI) e il Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) in collaborazione con l'ISS, ha evidenziato che un'elevata percentuale di persone ospitate nelle strutture di accoglienza (migranti, ma anche italiani senza dimora), pari al 37%, ha manifestato un'indisponibilità a essere vaccinata e un'altra percentuale non trascurabile (20,1%) ha espresso dubbi ed esitazioni al riguardo (la cosiddetta "esitazione vaccinale")».

⁶³ Basti pensare alle particolari condizioni delle donne migranti che possono essere limitate nell'accesso a certe prestazioni (ad es. quelle legate alla salute sessuale e riproduttiva) da condizionamenti culturali o religiosi della comunità di provenienza. Sul tema v. O. URPI, *Le culture iscritte sui corpi delle donne, i bisogni di salute e le risposte degli operatori*, cit.

⁶⁴ Cfr., da ultimo, anche la *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2017-2021*.

⁶⁵ Cfr. il progetto *Health For Migrants*, il servizio informativo sulla sanità per gli stranieri realizzato dalla Regione Umbria in collaborazione con l'Università di Perugia: <http://www.hfm.unipg.it/index.php/ar/>.

⁶⁶ Si vedano la L. n. 7/2006 e il Decreto del Ministero della Salute del 17 dicembre 2007.

ché a beneficio dei richiedenti e titolari di asilo e di protezione internazionale⁶⁷ nell'ambito del Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI)⁶⁸, servizio che però è stato fortemente depotenziato a seguito della ricordata legge di riforma n. 50 del 2023. L'art. 6-ter della stessa ha, infatti, ridotto i servizi alla persona da mettere a disposizione nelle grandi strutture governative e temporanee, eliminando quelli di assistenza psicologica, i corsi di lingua italiana e i servizi di informazione e orientamento legale e al territorio. Come rilevato anche in una nota tecnica dell'Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), l'assenza di tali servizi renderà «estremamente difficile, da una parte, la pronta individuazione delle persone con esigenze particolari per l'effettiva presa in carico e, dall'altra, lo sviluppo di percorsi volti a promuovere l'autosufficienza e rafforzare l'autonomia dei richiedenti asilo, evitando una loro completa dipendenza dal sistema di accoglienza»⁶⁹, con un conseguente impatto negativo sulla relazione tra le persone in accoglienza e la comunità ospitante. Dal momento che le attività di mediazione e orientamento rappresentando un'opportunità di dialogo e di scambio reciproco, la loro assenza pregiudica la possibilità di attivare percorsi di autonomia e di integrazione, indispensabili per rafforzare la coesione sociale e la convivenza sui territori.

D'altra parte, a livello regionale, sebbene la figura del mediatore culturale, sia astrattamente coinvolta in vari ambiti del sociale, compreso quello sanitario⁷⁰, nella prassi, non è prevista una integrazione stabile, fatte salvi alcuni progetti virtuosi attivati in collaborazione con gli enti del Terzo Settore⁷¹.

Inoltre, la mancanza di una normativa organica lascia del tutto scoperte fondamentali esigenze di valutazione delle competenze e di controllo sulle attività prestate, aspetti che possono incidere in modo significativo sulla qualità e dunque sull'efficacia dell'intervento. Com'è evidente, infatti, perché il mediatore sia d'aiuto nella relazione di cura non basta che conosca la lingua e la cultura dell'assistito, ma è necessario che sia adeguatamente informato sul sistema sanitario, sulle condizioni e sui limiti delle prestazioni disponibili.

⁶⁷ Al ruolo dei mediatori come strumento per l'integrazione dei migranti è fatto esplicito riferimento nell'ambito della strategia nazionale di integrazione ([Piano Nazionale di Integrazione per le persone Titolari di Protezione Internazionale](#)) del 2017.

⁶⁸ In base all'art. 34 del DM 18 novembre 2019, recante *Linee-guida per il funzionamento del sistema di protezione* (allegato A), gli enti locali hanno obbligo di garantire la mediazione linguistico culturale al fine di facilitare la relazione e la comunicazione – sia linguistica (interpretariato) che culturale – tra i singoli beneficiari, i soggetti impegnati nel progetto di accoglienza e il contesto territoriale (istituzioni, servizi locali, cittadinanza).

⁶⁹ Cfr. la *Nota tecnica dell'Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR)*, 6, sulla Legge 5 maggio 2023, n. 50 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 10 marzo 2023, n. 20, recante disposizioni urgenti in materia di flussi di ingresso legale dei lavoratori stranieri e di prevenzione e contrasto all'immigrazione irregolare, reperibile all'URL: <https://www.unhcr.org/it/wp-content/uploads/sites/97/2023/05/Nota-tecnica-di-commento-legge-Legge-5-maggio-2023-n.-50.pdf> (ultimo accesso 24.09.2023).

⁷⁰ Vi sono percorsi universitari di formazione (Lauree triennali e magistrali, master, corsi di perfezionamento) e in alcuni casi sono stati istituiti appositi elenchi o Albi professionali. V. <https://integrazionemigranti.gov.it/it/it/Dettaglio-approfondimento/id/41/Mediazione-interculturale>.

⁷¹ Cfr. il *Consultorio Persefone* realizzato grazie alla collaborazione tra la ASL Toscana Centro e l'associazione Medici per i Diritti Umani, cfr. <https://mediciperidirittiumani.org/persefone-consultorio-per-donne-vittime-di-tratta-e-di-tortura/>.

5. I rimedi assicurati dalla giurisprudenza

I rimedi a queste gravi criticità dipendono per buona parte dall'intervento correttivo della giurisprudenza, a cui si sono aggiunte, solo di recente, alcune iniziative delle Istituzioni politiche (v. *infra* § 6).

5.1. I punti fermi della giurisprudenza costituzionale

In primo luogo, è significativa la giurisprudenza della Corte costituzionale che ha più volte censurato (per violazione degli artt. 2, 3, 38 Cost. talvolta integrato con l'art. 14 CEDU) la previsione di ulteriori requisiti (di reddito e/o di residenza) per l'accesso ai servizi da parte dei migranti⁷².

Tale orientamento si fonda sul principio, affermato nella sentenza n. 186 del 2020, per cui «lo status di straniero non può essere di per sé considerato come causa ammissibile di trattamenti diversificati e peggiorativi»⁷³; e si articola in due corollari che possono dirsi sostanzialmente consolidati, rappresentando un limite per il legislatore nazionale e regionale.

In primo luogo la Corte afferma che la Costituzione impone la piena uguaglianza tra cittadini e stranieri e tra tutti gli stranieri, a prescindere dalla regolarità o durata del soggiorno, in relazione al godimento di prestazioni che vanno a soddisfare bisogni primari. Ciò perché, in questi casi, la prestazione non è tanto una componente dell'assistenza sociale (che l'art. 38, primo comma, Cost. riserva al «cittadino»), quanto un necessario strumento di garanzia di un diritto inviolabile (ex art. 2 Cost.) ovvero della dignità e della vita stessa della persona⁷⁴. Ne deriva che con riferimento a questo tipo di provvidenze è illegittima qualsiasi tipo di differenziazione.

In secondo luogo la Consulta ha stabilito che quando si esula da prestazioni destinate a soddisfare bisogni primari, e dunque il legislatore ha facoltà di operare delle distinzioni fra i beneficiari, rimane comunque doveroso il rispetto del canone di ragionevolezza. È, infatti, costante nell'affermare che i requisiti selettivi eventualmente previsti devono essere sorretti «da una giustificazione razionale e trasparente (sentenza n. 222 del 2013, punto 7 del Considerato in diritto) che sia strettamente coerente con le caratteristiche della singola provvidenza e delle finalità che ne condizionano il riconoscimento e ne delimitano la ratio»⁷⁵.

⁷² Cfr. rispetto a diversi servizi e provvidenze economiche, *ex multis*, Corte cost. sentenze n. 138 del 2008, n. 209 del 2009; n. 187 del 2010, nn. 40 e 69 del 2011, nn. 2,4, e 173 del 2013; n. 222 del 2015; nn. 106, 107 e 166 del 2018, n. 50 del 2019, n. 54 del 2022, e da ultimo, le n. 199 del 2022, n. 77 e n. 145 del 2023.

⁷³ Cfr. Corte cost., n. 186 del 2020: «Pur potendo il legislatore valorizzare le esistenti differenze di fatto tra cittadini e stranieri, non può porre gli stranieri (o una certa categoria di stranieri) in una condizione di "minorazione" sociale senza idonea giustificazione, e ciò per la decisiva ragione che lo status di straniero non può essere di per sé considerato come causa ammissibile di trattamenti diversificati e peggiorativi». Merita evidenziare che si tratta della richiamata pronuncia relativa all'art. 4 del d.lgs. n. 142/2015, il comma 1-bis (introdotto dal d.l. n. 113/2018) che escludeva i richiedenti asilo dall'iscrizione anagrafica.

⁷⁴ In questo senso vanno ricordate, in particolare, le sentenze n. 306 del 2008; n. 11 del 2009; n. 187 del 2010 con cui è stata dichiarata costituzionalmente illegittima la norma che subordinava al requisito della titolarità della carta di soggiorno la concessione dell'assegno mensile di invalidità; e le pronunce 2, 4 e 222 del 2013 con cui sono state dichiarate illegittime norme regionali che subordinavano a requisiti di residenza prolungata l'accesso ai fondi per le persone non autosufficienti.

⁷⁵ V. sentenza n. 172 del 2013, punto 3 del Considerato in diritto.

In questo senso, di recente, a seguito di un virtuoso dialogo⁷⁶ con la Corte di giustizia UE⁷⁷, è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale delle norme che subordinavano l'assegno di natalità e l'assegno di maternità al possesso del permesso per soggiornanti di lungo periodo, proprio sul presupposto che i requisiti richiesti (5 anni di residenza titolare, alloggio idoneo e un certo livello di reddito) non avevano alcuna pertinenza rispetto al bisogno fondamentale che quelle provvidenze miravano a soddisfare⁷⁸. Da qui l'illegittimità di una differenziazione legata a condizioni che escludano gli stranieri che sono stati ammessi a fini lavorativi o che comunque sono titolari di permessi di soggiorno che consentono di svolgere attività lavorativa.

5.2. Gli orientamenti della giurisprudenza ordinaria sulle discriminazioni per motivi di razza, nazionalità e origine etnica

I principi affermati dalla Corte costituzionale orientano anche la giurisprudenza ordinaria in sede di tutela anti-discriminatoria che può essere attivata «contro ogni comportamento di privati o pubbliche amministrazioni che producano una discriminazione per motivi razziali, etnici, linguistici, nazionali, di provenienza geografica o religiosi» sulla base degli artt. 41⁷⁹, 43⁸⁰ e 44⁸¹ del T.U. immigrazione e del d.lgs. 9 luglio 2003, n. 215⁸².

⁷⁶ Corte costituzionale, sentenza n. 54 del 2022 su cui v. W. CHIAROMONTE, *L'estensione agli stranieri degli assegni di natalità e maternità: la Consulta chiude il cerchio del dialogo fra Corti massimizzando le tutele*, in *Argomenti di diritto del lavoro*, 2022, 4, c. 136, A 446.

⁷⁷ La Corte costituzionale, con l'ordinanza n. 182 del 2020, aveva sollevato una questione pregiudiziale chiedendo alla Corte di Giustizia di chiarire se la normativa italiana – che subordinava alla titolarità del permesso per soggiornanti UE di lungo periodo la concessione agli stranieri degli assegni di natalità e di maternità – fosse compatibile con l'articolo 34 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE, che prevede il diritto alle prestazioni di sicurezza sociale, e con l'articolo 12, paragrafo 1, lettera e), della direttiva 2011/98/UE, sulla parità di trattamento tra cittadini di Paesi terzi e cittadini degli Stati membri. Sul punto v. S. GIUBBONI, *L'accesso all'assistenza sociale degli stranieri alla luce (fioca) dell' art. 34 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (a margine di un recente rinvio pregiudiziale della Corte costituzionale)*, in *Giur. cost.*, 4, 2020, 1982 ss. La Corte di Giustizia dell'Unione Europea, con sentenza del 2 settembre 2021 (*causa C-350/20, O.D. e altri c. INPS*), aveva affermato l'incompatibilità tra la disciplina italiana in materia di assegni di natalità e maternità e la direttiva 2011/98/UE del Parlamento europeo e del Consiglio.

⁷⁸ Va rilevato che con riferimento alle prestazioni sociali vi sono state anche sentenze recenti che hanno riconosciuto la legittimità di differenziazioni in base alla durata del soggiorno, rispetto a provvidenze come quella concernente il reddito di cittadinanza (sent. 19 del 2022), il reddito di inclusione (sent. n. 34 del 2022) e l'assegno sociale (sent. 50 del 2019). In queste pronunce la previsione della necessità di una residenza prolungata sul territorio è stata ritenuta giustificata proprio in relazione alle finalità di quelle provvidenze che – secondo la Corte – non sono meramente dirette a soddisfare un bisogno assistenziale bensì a promuovere l'ingresso (o il re-ingresso) nel mondo del lavoro, dunque espressione di una politica attiva del lavoro. Su tali pronunce si rinvia F. CORVAJA, *Straniero e prestazioni di assistenza sociale: la Corte costituzionale fa un passo indietro e uno di lato*, in *Diritto, immigrazione e cittadinanza*, 3, 2019, 243-263 www.dirittoimmigrazionecittadinanza.it; M. ROMA, *La Corte costituzionale su reddito di cittadinanza e reddito di inclusione. Bisogni primari degli individui e limite delle risorse disponibili*, in *Consulta on line*, 2, 2022, 605-612.

⁷⁹ Cfr. l'art. 41 T.U. Immigrazione.

⁸⁰ Cfr. l'art. 43, al co. 1, T.U. Immigrazione vieta «ogni comportamento che, direttamente o indirettamente, comporti una distinzione, esclusione, restrizione o preferenza basata sulla razza, il colore, l'ascendenza o l'origine nazionale o etnica, le convinzioni e le pratiche religiose, e che abbia lo scopo o l'effetto di distruggere o di compromettere il riconoscimento, il godimento o l'esercizio, in condizioni di parità, dei diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale e culturale e in ogni altro settore della vita

In particolare, nella direzione della garanzia dell'uguaglianza nel godimento di prestazioni che soddisfano bisogni primari, vanno alcune pronunce con cui è stato dichiarato il carattere discriminatorio del mancato riconoscimento da parte della ASL della Regione Veneto, di un servizio pediatrico accessibile gratuitamente per i minori stranieri irregolarmente soggiornanti, comunitari o extracomunitari. Il caso merita di essere richiamato, anche perché particolarmente odiosa è la discriminazione perpetrata dall'amministrazione.

Come ricordato, l'art. 35, co. 3, T.U. Immigrazione impone, tra l'altro, la tutela della salute del minore nel rispetto della Convenzione sui diritti del fanciullo⁸³. Inoltre, l'Accordo Stato-Regioni recante *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome*,⁸⁴ stabilisce che ai minori stranieri irregolarmente soggiornanti deve essere garantita l'iscrizione al servizio sanitario nazionale o comunque la fruizione dell'assistenza sanitaria in condizioni di parità con i minori italiani.

Ciò nonostante, la Regione Veneto, avanzando difficoltà legate alla mancanza di disposizioni nazionali uniformi, escludeva l'assegnazione del pediatra di libera scelta per i minori irregolarmente soggiornanti, mettendo a disposizione un ambulatorio pediatrico appositamente dedicato presso un Distretto sanitario della Regione (e/o ASL di Padova).

Com'è evidente, tuttavia, un solo servizio per l'intero territorio regionale non era di per sé sufficiente a soddisfare i bisogni di salute di questo gruppo di minori che dunque restavano privi di assistenza di base ed avevano maggiori difficoltà di accesso a prestazioni diagnostiche e terapeutiche essenziali, tra cui gli *screening* e le vaccinazioni (obbligatorie e facoltative) anche da Covid-19.

La giurisprudenza di merito, dunque, ha accertato l'illegittimità della condotta della Regione, per contrasto con la disciplina nazionale nonché con l'Accordo Stato-Regioni del 2012, e ne ha dichiarato il carattere discriminatorio sul presupposto che si traduceva nell'imposizione di «un trattamento illegittimamente deteriore» rispetto ad una prestazione essenziale, avente quindi l'effetto di pregiudicare il godimento di un diritto fondamentale della persona. Su queste basi è stato ordinato alle ASL di garantire l'iscrizione al servizio sanitario o comunque di mettere a disposizione un servizio ambulatoriale gratuitamente accessibile, equiparabile al pediatra di libera scelta, utilizzabile da tutti i minori stranieri anche non regolarmente soggiornanti⁸⁵ in condizioni di effettiva eguaglianza rispetto a quanto riconosciuto ai minori italiani.

pubblica», e al comma 2 configura una tipologia di condotte suscettibili di tradursi automaticamente in atti di discriminazione.

⁸¹ L'art. 44, T.U. Immigrazione, riconosce il diritto di azione, di fronte all'autorità giudiziaria ordinaria, contro ogni comportamento di privati o pubbliche amministrazioni che producano una discriminazione per motivi razziali, etnici, linguistici, nazionali, di provenienza geografica o religiosi.

⁸² Cfr. l'art. 4 del d.lgs. 9 luglio 2003, n. 215, recante *Attuazione della direttiva 2000/43/CE per la parità di trattamento tra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica*.

⁸³ Cfr. art. 2 e 24 della *Convenzione sui diritti del fanciullo* del 20 novembre 1989 ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176.

⁸⁴ Cfr. l'Accordo del 20 dicembre 2012 raggiunto in sede di Conferenza permanente tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome* (punto 1.1.1. dell'all. A).

⁸⁵ Corte di Appello Venezia, 27 aprile 2020, n.15; Trib. Venezia, 19 ottobre 2020; Trib. Rovigo, 22 luglio 2021.

D'altra parte, il secondo principio consolidato nella giurisprudenza costituzionale – vale a dire la necessaria ragionevolezza delle differenziazioni previste per la fruizione delle misure di sostegno – è posto alla base di alcune pronunce con cui la magistratura di merito ha dichiarato l'illegittimità del diniego dell'assegno mensile di assistenza in favore del titolare del permesso per cure mediche per ragioni di invalidità.

Il giudice ordinario, richiamando i principi affermati dalla Corte Costituzionale (sentenze n. 187 del 2010 e n. 306 del 2008) osserva che in base ad

«una lettura costituzionalmente orientata del complesso normativo sopra menzionato, integrato dagli apporti della disciplina sovranazionale ed euro unitaria – nel negare le provvidenze sociale legate allo stato di invalidità ai titolari di permesso di soggiorno per cure mediche si finirebbe per incorrere in una palese violazione del principio sancito dall'art. 14 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo perché trattandosi di prestazione destinata a far fronte al sostentamento di soggetto invalido grave non potrebbe essere negata a colui che, proprio in conseguenza del grave stato patologico, che non consente nemmeno di fare rientro nel paese di origine, è stato autorizzato (...) alla permanenza sul territorio nazionale»⁸⁶.

Non mancano, inoltre, pronunce volte a censurare altre prassi discriminatorie⁸⁷.

L'azione correttiva del diritto giurisprudenziale è, dunque, fondamentale per l'effettività dei requisiti formali di accesso ai servizi da parte delle persone migranti. Tuttavia, i rimedi apprestati dalla giurisprudenza non possono essere sufficienti, non solo perché intervengono *ex post*, quando la violazione si è consumata e i bisogni di salute potrebbero non essere non più soddisfabili, ma anche perché per le persone di cui ci stiamo occupando non è facile avere accesso alla tutela giurisdizionale. Non è

⁸⁶ Tribunale di Arezzo – Sezione Lavoro, n. 122/2020 pubblicata il 23.6.2020; Corte di Appello Firenze, 5 ottobre 2021; Trib. Ancona, 24 novembre 2021; Cfr. per un principio analogo Trib. Milano, 1° dicembre 2021 sul carattere discriminatorio dell'esclusione dei cittadini extra UE non titolari del permesso di lungo soggiorno dall'accesso alla misura economica prevista dal fondo regionale non autosufficienze.

⁸⁷ Meritano di essere richiamate, anche per la numerosità, le pronunce che hanno dichiarato il carattere discriminatorio del diniego di iscrizione (obbligatoria e gratuita) al SSN per i familiari extracomunitari a carico di cittadini italiani e cittadini UE imposta dalla Regione Veneto (Delibera n. 753/2019) in violazione delle norme che garantiscono la parità di trattamento dei familiari di cittadini UE con i cittadini italiani (cfr. l'art. 19, co. 2, del d.lgs. 6 febbraio 2007, n. 30, l'art. 2, co. 2 e 3, d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 e dell'Accordo Stato Stato-regioni del 2012 sulle *Linee guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini di paesi terzi*). In questi casi il g.o. previa disapplicazione della delibera della Giunta regionale, accerta il diritto all'iscrizione al SSN e ordina il rilascio della Tessera Sanitaria, eventualmente imponendo la restituzione delle somme versate per l'iscrizione volontaria per gli anni pregressi. Corte d'Appello di Venezia, 23 gennaio 2020, n. 15; Tribunale di Vicenza, ordinanza del 16 marzo 2020; Tribunale di Padova, ordinanza del 20 maggio 2020, n. 2384; Tribunale di Padova, ordinanza del 16 luglio 2020, n. 22; Tribunale di Treviso, ordinanza del 25 luglio 2020, n. 2902; Tribunale di Rovigo, ordinanza del 28 agosto 2020; Tribunale di Vicenza, ordinanza del 1° settembre 2020; Tribunale di Padova, ordinanza del 29 settembre 2020, n. 4736; Tribunale di Padova, ordinanza del 1° ottobre 2020, n. 4780; Tribunale di Padova, ordinanza del 22 dicembre 2020; Tribunale di Padova, ordinanza del 29 gennaio 2021, n.509; Tribunale di Padova, ordinanza dell'8 aprile 2021, n. 140; Tribunale di Padova, ordinanza del 15 maggio 2021, n. 2783; Tribunale di Vicenza, ordinanza del 12 maggio 2021; Tribunale di Treviso, ordinanza del 19 maggio 2020, n. 1370; Tribunale di Treviso, ordinanza del 9 giugno 2021.

un caso, infatti, che il sindacato giurisdizionale in materia anti-discriminatoria sia spesso stimolato dall'attento lavoro di Associazioni legali di tutela dei diritti⁸⁸.

6. Recenti iniziative delle Istituzioni politiche: strategie di intervento per la presa in carico dei gruppi *hard-to-reach*

Anche per queste ragioni, meritano di essere considerate alcune recenti iniziative messe in campo dalle Istituzioni politiche al fine di porre rimedio ad alcune iniquità.

In particolare, le criticità evidenziate nei precedenti paragrafi, seppur note da tempo, sono state oggetto di maggiore attenzione quando il problema da individuale si è fatto collettivo, divenendo una questione di salute pubblica. Durante l'emergenza sanitaria, infatti, è emerso che l'esclusione dall'assistenza di base dei migranti irregolari, così come delle persone prive di residenza⁸⁹ o domiciliate in insediamenti informali, determinava oltre che maggiori pregiudizi per la loro salute⁹⁰, anche il rischio di focolai di contagio difficilmente controllabili e rendeva molto complessa la loro inclusione nella campagna vaccinale⁹¹, con gravi danni per i singoli e per le comunità di riferimento.

Tale presa d'atto ha perciò favorito alcuni sviluppi che sembrano andare nella giusta direzione.

Nello 2021 è stato presentato in Parlamento un disegno di legge per introdurre un modello integrato di presa in carico delle persone senza fissa dimora⁹² e con il Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, del 29 marzo 2022, sono stati ripartiti (tra 37 Comuni italiani) dei fondi destinati al superamento degli insediamenti abusivi e al contrasto allo sfruttamento dei lavoratori in agricoltura;

⁸⁸ Tra le quali v. ASGI – Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (<https://www.asgi.it/>) e Avvocati di strada (<https://www.avvocatodistrada.it/>).

⁸⁹ Cfr. la circolare del Ministero dell'Interno del 5 maggio 2021, n. 23 con cui si invita gli uffici dell'anagrafe ad applicare correttamente la norma sulla cancellazione per irreperibilità (prevista dall'art. 11, comma 1 lett. c, del DPR n.223/1989), evidenziando che tale provvedimento può essere adottato solo dopo ripetuti accertamenti, opportunamente intervallati, che abbiano dato esito negativo, e che la re-iscrizione è sempre possibile su richiesta dell'interessato o d'ufficio in caso di ricomparsa. Nella circolare è anche ricordato che ai sensi dell'art.1, comma 3, della L. n.128/1954, il comune deve registrare anche le posizioni relative alle persone senza fissa dimora che hanno stabilito il proprio domicilio nel proprio territorio, consentendo, quindi, anche a tale categoria di soggetti vulnerabili il pieno godimento dei diritti alle prestazioni socio sanitarie e la possibilità di ottenere documenti di identità.

⁹⁰ Nella *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2017-2021*, cit., 67-68, è riportato che «L'osservazione, nell'ambito del progetto dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), di un tasso standardizzato di ospedalizzazione, in qualsiasi reparto e in terapia intensiva, più alto tra gli stranieri suggerisce una maggiore gravità dei casi Covid-19 nella popolazione straniera nell'anno 2020, forse riconducibile a ritardo diagnostico, come evidenziato nell'analisi dei dati del Sistema di Sorveglianza Integrata Covid-19».

⁹¹ Basti considerare che i migranti irregolari, muniti di STP, hanno avuto accesso alla campagna vaccinale solo nel luglio 2021. Cfr. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2017-2021*, 68.

⁹² Cfr. DDL n. 2442/2021, ripresentato nella XIX legislatura con il n. 433/2022 diretto a modificare l'art. 19 l. 833/1978 (prevedendo l'iscrizione anagrafica del SFD negli uffici anagrafici dei comuni in cui si trovano) e introdurre l'obbligo di definire «le linee guida per i programmi di monitoraggio, di prevenzione e di cura delle persone senza fissa dimora di cui all'articolo 19, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dal comma 1 del presente articolo, da far svolgere con il concorso delle strutture sanitarie, degli uffici comunali e delle associazioni di volontariato e di assistenza sociale». Il ddl è disponibile qui: <https://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/FascicoloSchedeDDL/ebook/54548.pdf>.

provvedimento che si segnala per essere l'unico, nel quadro delle misure del PNRR, specificamente diretto a fronteggiare criticità connesse al fenomeno migratorio⁹³.

A livello regionale, invece, si distinguono le iniziative di alcune Regioni (Emilia-Romagna⁹⁴, Piemonte⁹⁵, Puglia⁹⁶) che hanno definito le modalità per l'iscrizione al servizio sanitario regionale delle persone senza fissa dimora, e hanno delineato specifiche strategie di azione in collaborazione con gli enti del Terzo Settore⁹⁷.

Sotto quest'ultimo profilo è particolarmente interessante il Protocollo siglato dalla Regione Piemonte con la Prefettura, il Comune, l'ASL, l'Arcidiocesi di Torino e la Federazione Italiana Organismi Persone Senza Dimora (FIOPSD). Il documento 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 Prossimità⁹⁸, 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)⁹⁹, diretti a definire modalità operative

⁹³ Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Decreto 29 marzo 2022 (GU Serie Generale n.108 del 10-05-2022), disponibile qui: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/05/10/22A02777/sq>.

⁹⁴ Cfr. Legge regionale 29 luglio 2021, n. 10 *Iscrizione dei senza fissa dimora nelle liste degli assistiti delle aziende usl regionali*.

⁹⁵ Cfr. Protocollo di intesa sottoscritto da Prefettura Torino, Regione Piemonte, Comune di Torino, Città Metropolitana di Torino, Arcidiocesi di Torino, Circoscrizioni dei Comuni di Torino e Federazione Italiana Organismi Persone senza fissa dimora (FIOPSD), avente ad oggetto il *Piano integrato di sostegno alle persone senza fissa dimora*, approvato dalla Giunta regionale a febbraio 2022 e firmato a maggio 2022 (disponibile al seguente link: https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2022-05/protocollo_avente_ad_oggetto_piano_integrato_di_sostegno_alle_person_e_senza_dimora.pdf).

⁹⁶ Cfr. L. 30 novembre 2021, n. 44 *"Iscrizione dei senza dimora nelle liste degli assistiti delle Aziende sanitarie locali (ASL) regionali"*.

⁹⁷ Si veda il progetto *Toscana Rete regionale per l'inclusione delle persone senza fissa dimora*, finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nell'ambito dall'Avviso 4/2016, che si è svolto dal 2017 al 2020; tra i partner di progetto figurava anche ONDS (Osservatorio Nazionale della Solidarietà nelle Stazioni). Il progetto è stato rifinanziato per il periodo 1 luglio 2022 – 31 dicembre 2023 (v. <https://www.regione.toscana.it/-/rete-regionale-per-l-inclusione-delle-persone-senza-dimora>).

⁹⁸ La Sanità Pubblica di Prossimità (SPP) è definita come «*framework* implementativo per gli interventi di presa in carico dei gruppi *hard-to-reach*, che rimanda al complesso delle relazioni tra istituzioni pubbliche, organizzazioni del privato sociale e comunità presenti su un dato territorio, volte a promuovere l'accesso alle risorse di prevenzione e di cura, mediante l'offerta attiva di prestazioni sanitarie, l'orientamento ai servizi, la creazione di percorsi di presa in carico e il coinvolgimento della popolazione in processi di *empowerment*». Cfr. G. BAGLIO, E. EUGENI, S. GERACI, *Salute Globale e Prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard-to-reach*. *Recenti Prog Med* 2019; 110: 159-64.

⁹⁹ O ancora progetti più avanzati come SAVE© è un *software* sviluppato dall'INMP nel 2019, sull'esperienza del Sistema Informativo Sanitario, realizzato nell'ambito del progetto europeo CARE, con lo scopo di avere informazioni specifiche sullo stato di salute e le cure effettuate così da consentire alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e agli operatori del sistema di accoglienza rivolto a Migranti e Rifugiati, di prendersi cura della salute di tutti i migranti, inclusi coloro che non sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.

uniformi per la presa in carico di persone a elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria (c.d. gruppi *hard-to-reach*)¹⁰⁰.

Tra questi meritano menzione, almeno, il *Progetto sulla promozione di strategie e strumenti per l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria di Rom, Sinti e Carminati*¹⁰¹ e quello delle *Rete per l'assistenza dei migranti in transito* realizzati sotto il coordinamento dell'INMP e dell'ASL di Roma¹⁰², con i quali sono stati sviluppati strumenti informativi per l'orientamento ai servizi sociosanitari, per le attività di educazione alla salute e per l'utilizzo di mediatori/facilitatori nei servizi, e sono state elaborate specifiche strategie di implementazione, anche mediante l'elaborazione di protocolli aziendali standard.

Come è stato osservato «questo ribaltamento di prospettiva, che l'espressione *hard to reach* fa intravedere nel rapporto con i servizi sociosanitari, ha in sé la forza di un programma: se il *target* è "difficile da raggiungere" allora sta alla sanità pubblica compiere il primo passo affinché l'incontro sia possibile, adottando forme organizzative flessibili e modalità operative appropriate e sostenibili»¹⁰³.

Si tratti di interventi diversi e in fase di prima realizzazione; tuttavia è possibile scorgere alcuni caratteri comuni che delineano una strategia organizzativa che merita di essere evidenziata.

7. Un modello da valorizzare: sanità di iniziativa e di prossimità

L'obiettivo di fondo di tali iniziative pare quello di estendere alla presa in carico delle situazioni di vulnerabilità sociale il modello della c.d. sanità di iniziativa; un approccio sviluppato a partire dalla fine degli anni '90 per la gestione dei malati cronici (Wagner, 1998), più di recente proposto nell'ambito dei servizi territoriali di assistenza primaria¹⁰⁴, portando a significative applicazioni anche in Italia (Ars Toscana, 2018)¹⁰⁵.

Il principio generale sotteso al modello è il passaggio da una medicina di attesa, reattiva e pensata per rispondere ai pazienti in fase acuta, a una medicina proattiva e dinamica che "va incontro" ai pa-

¹⁰⁰ V. le «Indicazioni operative *ad interim* per la gestione di strutture con persone a elevata fragilità e marginalità sociosanitaria nel quadro dell'epidemia di Covid-19»; v., altresì, il Progetto *Footprints* (FORMazione OperaTori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica), coordinato dal Ministero della salute, in *partnership* con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione permanente della Conferenza dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e finanziato con risorse del Fondo Asilo Migrazione e Integrazione (FAMI).

¹⁰¹ Cfr. <https://www.inmp.it/ita/Progetto-Salute-RSC>.

¹⁰² P. A. NAPOLI, G. BAGLIO, *L'esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma*, in M. AFFRONTI ET. AL. (a cura di), *Person e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute* Atti del XIV Congresso Nazionale SIMM, Torino, 11-14 maggio 2016, Pedragon, Bologna, 2016, 69-75.

¹⁰³ Così G. BAGLIO, E. EUGENI, *Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per i gruppi hard-to-reach*, in G. MACIOCCO (a cura di) *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*, Carocci, 2019, 77.

¹⁰⁴ G. MACIOCCO (a cura di), *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali*, cit. Cfr. G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, cit., 12-18.

¹⁰⁵ G. BLASUTIG, D. GRECO, G. PITZALIS, C. ZANETTI, *Medicina di iniziativa e salute dei migranti: casi di buone pratiche in Friuli Venezia Giulia*, in *Salute e società*, XX, 3, 2021, 142-158.

zienti e alle loro problematiche – cercando di intervenire *prima* che le patologie insorgano (o si aggravino) – e che si avvale della collaborazione del privato sociale e delle comunità di riferimento.

Più in particolare, tre sono i corollari di questa strategia che, in ragione della continuità tra questioni di organizzazione e questioni di attività¹⁰⁶, implica ad un tempo specifici assetti organizzativi e determinati modelli di azione.

Il primo corollario è dato dal carattere *proattivo* e *di prossimità* dell'offerta di misure preventive e di prestazioni sanitarie di primo e secondo livello.

L'elemento distintivo è dato dal fatto che tali interventi mirano ad anticipare l'acutizzarsi dei bisogni e ad andare «oltre le mura, per raggiungere coloro che altrimenti non riuscirebbero ad accedere». Pertanto, l'assistenza è prestata anche al di fuori degli spazi tradizionalmente deputati e, in genere, proprio nei luoghi di vita delle popolazioni fragili, mediante l'impiego di equipe multidisciplinari mobili (c.d. *mobile clinics*), composte da medici di medicina generale, specialisti, infermieri, operatori sociali, mediatori culturali.

Il secondo corollario si lega all'investimento su quella che viene definita «la mediazione di sistema», realizzata mediante l'introduzione di una molteplicità di misure organizzative «volte a sviluppare una sensibilità complessiva dei servizi alle specificità culturali»¹⁰⁷ e alle esigenze delle persone più fragili. In questo senso assumono rilevanza da un lato, le specifiche attività di formazione del personale (sanitario, amministrativo e sociale) e dall'altro, le iniziative di educazione alla salute e di orientamento ai servizi rivolte ai (potenziali) pazienti.

Infine, il terzo corollario si gioca intorno al carattere *intersettoriale* e *condiviso* degli interventi messi in campo attraverso il coinvolgimento delle «risorse di comunità», tra le quali sono ricomprese le associazioni di volontariato e gli altri enti del terzo settore¹⁰⁸, ma anche le associazioni dei pazienti e i componenti della popolazione fragile¹⁰⁹ che vengono direttamente coinvolti e responsabilizzati nell'attività di intermediazione necessaria ai fini di una maggiore appropriatezza delle prestazioni offerte.

¹⁰⁶ Come già aveva dimostrato M. NIGRO, *Studi sulla funzione organizzatrice della pubblica amministrazione*, Milano, 1966, 123: «organizzazione ed attività sono (...), come sappiamo, due facce della stessa moneta, due profili (due modi di essere) dello stesso sistema di istituzione e di regolazione di strumenti e di rapporti idonei a consentire il raggiungimento di determinati fini. Questa situazione di contiguità – anzi, ci si passi l'assonanza, di vera e propria continuità – fra i due settori, rende grave il problema di porre concretamente il confine fra di essi». Sul tema, di recente, v. E. CARLONI, *Diritti by design. Considerazioni su organizzazione, autonomia organizzativa e protezione degli interessi*, in *Persona e Amministrazione*, 2020, 51 ss.

¹⁰⁷ Cfr. G. BAGLIO, E. EUGENI, S. GERACI, *Salute Globale e Prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard-to-reach*. *Recenti Prog Med* 2019; 110: 159-64.

¹⁰⁸ Sul c.d. *welfare* di comunità v. L. D'ARCAANGELO, *Welfare di comunità sostenibilità sociale. Inquadramento e prospettive evolutive*, in *Riv. dir. sic. sociale*, 2, 2022, 209 ss; il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Vulnerabilità e cura nel welfare di comunità*, 10 dicembre 2021 e il *report* L. BETTI, C. BODINI, G. GALERA, G. PISANI, *Prossimità e salute: un quadro introduttivo*, Euricse Working Paper Series, 119, 2022 reperibile al seguente URL: <https://euricse.eu/it/publications/wp-119-22-prossimita-e-salute-un-quadro-introduttivo-2/>.

¹⁰⁹ Si veda il progetto relativo alla prevenzione delle mutilazioni genitali femminili, promossa nel 2013-15 dal Dipartimento per le Pari Opportunità e realizzata dalla Regione Lazio insieme a partner del SSN e del privato sociale descritto in v. E. FORCELLA, E. EUGENI, G. SANTONE, *Prevenzione e contrasto delle mutilazioni genitali femminili. Un progetto realizzato con le donne del Corno d'Africa a Roma*. Quaderni del SaMiFo/1 – Donne migranti. Associazione Centro Astalli – Roma 2016; 13: 103-12.

La medicina di iniziativa e di prossimità rimanda dunque ad un sistema complesso di relazioni tra istituzioni pubbliche, privato sociale e c.d. privato-comunità che muove del presupposto delle relazioni di interdipendenza¹¹⁰ in cui si trovano (inevitabilmente) tutti i componenti di una data comunità. In questo modo riafferma, dopo decenni di processi di liberalizzazione ed esternalizzazione, il ruolo strategico che le politiche pubbliche possono svolgere per la coesione sociale e il contrasto alle disuguaglianze.

Per tali ragioni rappresenta un paradigma idoneo a rispondere a molte delle criticità evidenziate¹¹¹ su cui meriterebbe investire nell'ambito del modello delle Case di comunità, perno della riforma che si sta realizzando in attuazione del PNRR, quale strumento per la presa in carico delle vulnerabilità economiche e sociali e, conseguentemente, per la garanzia di una maggiore equità del Servizio Sanitario Nazionale nel suo complesso.

La letteratura medica, del resto, ha già messo in evidenza che le cure primarie sono chiamate a modificare la propria struttura per fornire risposte adeguate a bisogni di salute sempre più complessi, collegati all'invecchiamento della popolazione, alla prevalenza delle malattie croniche, ai flussi migratori e all'aumentare della povertà. Il rischio, altrimenti, è quello di perpetrare l'applicazione della c.d. "Legge sull'assistenza inversa" teorizzata cinquant'anni fa da un medico britannico, secondo la quale proprio chi più necessita di cure ne riceve di meno¹¹²; approdo che, sul piano giuridico, rappresenta un radicale tradimento del progetto costituzionale delineato dagli artt. 2 e 3 della Carta costituzionale, di cui i servizi sociali sono fondamentale strumento attuativo.

Com'è stato osservato:

«L'eccezionalità della sfida era stata già percepita con largo anticipo dai medici Julian Tudor Hart e Barbara Starfield, il senso delle cui teorie è molto chiaro: di fronte alla complessità dei bisogni – quando la situazione clinica è spesso aggravata dalla povertà e dall'isolamento sociale, quando gli stessi pazienti stentano, o addirittura rinunciano, a manifestare le proprie necessità – le strutture di base del servizio sanitario devono attrezzarsi diversamente e rivedere la loro organizzazione, tenendo conto che non sarà

¹¹⁰ Sulla rilevanza della vulnerabilità come condizione fisiologica di ogni persona e sul ruolo che potrebbero svolgere i paradigmi dell'*interdipendenza* e dell'*etica della cura*, elaborati nell'ambito del pensiero femminista, nel ripensamento del ruolo dell'amministrazione pubblica si vedano le interessanti riflessioni di A. PIOGGIA, *La cura nella Costituzione. Prospettive per un'amministrazione condivisa*, in G. ARENA, M. BOMBARDELLI (a cura di), *L'amministrazione condivisa*, 2022, 43 ss

¹¹¹ 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 *Rev. Inter. Mob. Hum.*, Brasília, 40, Ano XXI, 9-26, jan./jun. 2013: Per raggiungere tale cambiamento di paradigma ci sembra necessario iniziare a pensare più in termini di promozione della salute e meno in termini di assistenza. Ciò vuol dire potenziare progetti di natura intersettoriale sposando l'approccio proposto dalla teoria dei determinanti sociali della salute, e passare da una medicina di "attesa", che attende il paziente nei singoli servizi, ad una medicina di "iniziativa", che raggiunge le persone ancora sane e che mantiene i pazienti nelle migliori condizioni di salute possibili attraverso attività pianificate e strategie di provata efficacia. Questo tipo di approccio dovrebbe anche garantire la partecipazione delle comunità, straniere e non, nelle scelte in sanità (*empowerment* e approccio *community-based*). In questo modo sarebbe anche possibile far emergere e valutare eventuali bisogni di salute "comunità specifici".

¹¹² J.T. HART, *The inverse care law*, in *The Lancet*, 1971, 405-12 su cui v. G. MACIOCCO, *Introduzione. Tributo a Julian Tudor Hart e Barbara Starfield*, in G. MACIOCCO (a cura di), *Cure primarie e servizi territoriali*, cit., 19 ss; Al riguardo v. anche A. PIOGGIA, *Disuguaglianze nell'uguaglianza. Il ruolo della Pubblica amministrazione*, in *EtnoAntropologia*, 11, 1, 2023, 31 ss.

la tecnologia a trainare l'innovazione, come avviene nelle discipline specialistiche, bensì le scelte di politica sanitaria, la preparazione e la dedizione dei professionisti»¹¹³.

8. Considerazioni conclusive: amministrazione proattiva e sostenibilità sociale

L'analisi svolta mostra un quadro piuttosto critico.

L'azione rimediata della giurisprudenza restituisce l'immagine di numerosi casi di accesso negato (o ostacolato) in prima istanza, mettendo in evidenza quanto sia ancora scarsa la consapevolezza della dimensione costituzionale della legalità delle amministrazioni rette dal modello politico-burocratico, cioè soggette agli indirizzi delle maggioranze politiche dei governi locali.

In questo senso, è importante sottolineare il ruolo svolto dal diritto giurisprudenziale nell'assicurare che le norme e i principi costituzionali rilevino in termini di legalità-indirizzo, che ha l'effetto non solo di imporre alle amministrazioni pubbliche il rispetto dei diritti fondamentali, ma anche di orientarne l'azione in modo costituzionalmente compatibile¹¹⁴.

D'altra parte, il ruolo delle Istituzioni politiche – ove non apertamente ostile – è ancora ridotto, sia da un punto di vista territoriale che dei soggetti cui si rivolge.

Nondimeno, l'estensione dell'approccio proattivo alla presa in carico della vulnerabilità sociale che sottende le iniziative richiamate rappresenta un segnale decisamente positivo. Ciò perché vi sono alcuni dati che ne mostrano la piena coerenza con il sistema costituzionale e normativo vigente e che lo rendono suscettibile di ulteriori sviluppi nel quadro dei problemi che deve affrontare tutta l'amministrazione di servizio sociale.

Sul piano costituzionale, infatti, l'approccio proattivo si presenta come una possibile esplicazione del paradigma *promozionale* che emerge dalle più recenti letture dei rapporti tra l'art. 2 e l'art. 3 della Costituzione. In questa prospettiva, l'idea di fondo è che la funzione redistributiva (*ex art. 3, co. 2, Cost.*) propria delle politiche di *welfare* non può essere realizzata soltanto mediante interventi di tipo assistenziale, ma richiede primariamente strategie "abilitanti", di coinvolgimento e di responsabilizzazione dei cittadini destinatari dei servizi e delle comunità di riferimento; strategie che hanno titolo diretto nella valorizzazione delle differenze e nell'adempimento di doveri di solidarietà economica e sociale di cui all'art. 2 Cost.¹¹⁵.

Inoltre, l'amministrazione proattiva può trovare un fertile terreno di realizzazione grazie al particolare *favor* riconosciuto, dal legislatore¹¹⁶ e dalla giurisprudenza¹¹⁷, agli istituti del partenariato pubblico-privato di tipo collaborativo, diffusamente definiti «di amministrazione condivisa»¹¹⁸.

¹¹³ G. MACIOCCO, *op. cit.*, 16.

¹¹⁴ Per una riflessione più generale sul punto sia consentito rinviare a N. VETTORI, *Amministrazione e Costituzione. A proposito dell'attuazione della sentenza della Corte costituzionale sull'aiuto al suicidio*, in *Diritto pubblico*, 1, 2022, 547 ss.

¹¹⁵ Cfr., tra gli altri, C. FRANCHINI, *L'intervento pubblico di contrasto alla povertà*, cit., 68-76; A. M. POGGI, *Per un "diverso" Stato sociale. La parabola del diritto all'istruzione nel nostro Paese*, Bologna, 2019, 167 ss e sia consentito rinviare a N. VETTORI, *Persona e diritto all'assistenza*, in *Diritto pubblico*, 1, 2016, 307-332.

¹¹⁶ Il riferimento è agli artt. 55, 56 e 57 del d.lgs. 117/2017 Codice del Terzo Settore relativi alla disciplina della co-progettazione, co-programmazione e convenzioni tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore per lo svolgimento di servizi sociali e attività di interesse generale disciplinati dall'art. 5 del medesimo decreto.

Come anche la presente analisi ha dimostrato, il ruolo del privato sociale e del c.d. privato-comunità è determinante sia in termini di iniziativa che di capacità progettuale e operativa, soprattutto nella intermediazione tra i bisogni e le specificità della popolazione e le risorse messe a disposizione dalle istituzioni pubbliche. Per queste ragioni, gli istituti della co-programmazione, della co-progettazione dei servizi e i relativi accordi di partenariato¹¹⁹ previsti dal Codice del Terzo settore appaiono come elementi da valorizzare per veicolare nuove strategie di azione e di organizzazione¹²⁰, affinché le amministrazioni pubbliche siano in grado recuperare il ruolo che la Costituzione attribuisce loro nella tutela degli interessi più deboli, nella garanzia della coesione sociale e della sostenibilità dei territori, “attingendo” anche alla responsabilità e alla collaborazione dei destinatari dei loro interventi.

¹¹⁷ In particolare, la sentenza della Corte costituzionale n. 131 del 2020 che ha ricondotto gli istituti disciplinati dal Codice del Terzo Settore al principio di sussidiarietà orizzontale ex art. 118, co. 4, Cost. Sulla pronuncia, tra i molti, v. G. ARENA, *L'amministrazione condivisa ed i suoi sviluppi nel rapporto con cittadini ed enti del Terzo Settore*, in *Giur. cost.*, 3, 2020, 1449 ss; S. PELLIZZARI, C. BORZAGA (a cura di), *Terzo settore e Pubblica amministrazione. La svolta della Corte costituzionale*, Euricse, 2020, <https://euricse.eu/wp-content/uploads/2020/12/Instant-book-definitivo.pdf> ultimo accesso 4.6.2023. E. ROSSI, *Il fondamento del Terzo settore è nella Costituzione. Prime osservazioni sulla sentenza n. 131 del 2020 della Corte costituzionale*, in www.forumcostituzionale.it, 3, 2020 (v. https://www.cortecostituzionale.it/documenti/file_rivista/32785_2020_131.pdf (ultimo accesso 22.06.2023)).

¹¹⁸ Su cui si rinvia ai molti scritti di Gregorio Arena a partire da *Introduzione all'amministrazione condivisa*, in *Studi parlamentari e di politica costituzionale*, 117-118, 1997, 29 ss, fino ai più recenti *I custodi della bellezza. Prendersi cura dei beni comuni. Un patto per l'Italia fra i cittadini e le istituzioni*, 2020; *Cittadini si diventa. Come produrre senso civico e nuovo capitale sociale*, in *Diritto pubblico*, 1, 2023, 61-72.

¹¹⁹ Su cui, tra i molti, v. E. FREDIANI, *La co-progettazione dei servizi sociali*, Torino, 2021; S. PELLIZZARI, A. MAGLIARI (a cura di), *Pubblica amministrazione e terzo settore*, Napoli, 2019; A. FICI, L. GALLO F. GIGLIONI (a cura di), *I rapporti tra amministrazioni ed enti del Terzo Settore*, Napoli, 2020; con particolare riguardo ai servizi a favore delle persone straniere v. L. GALLI, *La co-programmazione e co-progettazione dei servizi di inclusione dei migranti*, Torino, 2022. Da ultimo, v. i contributi raccolti nel fascicolo n. 4, 2022 della rivista *Istituzioni del Federalismo*.

¹²⁰ M. BOMBARDELLI, *L'organizzazione dell'amministrazione condivisa*, in G. ARENA, M. BOMBARDELLI (a cura di), *L'amministrazione condivisa*, 2022, 147 ss.