

Il diritto alla salute come presupposto per l'ingresso dello straniero e come limite al suo allontanamento

Francesca Biondi Dal Monte, Emanuele Rossi*

THE RIGHT TO HEALTH AS A CONDITION FOR ENTRY AND A LIMIT TO THE REMOVAL OF A MIGRANT

ABSTRACT: The essay analyzes the relationship between migration and health, investigating the cases of protection for health reasons or the issue of a resident permit for the entry and residence on Italian territory. The work also examines the limit for the removal of a migrant due to health reason, also in the framework of the case law of the European Court of Human Rights and of the Court of Justice of the European Union. From a methodological point of view, the essay combines regulatory and jurisprudential analysis with the examination of data relating to the residence permits for medical treatment, obtained through a generalized civic access, in order to understand the impact of the reforms adopted in the recent years on the health of foreigners and in particular the number and nationalities of those who have been authorized to remain in the territory for health reasons.

KEYWORDS: Health; migration; asylum; protection; return

ABSTRACT: Il saggio analizza il rapporto tra migrazione e salute indagando i casi nei quali per motivi di salute è possibile ottenere protezione nel Paese in cui si è immigrati ovvero un titolo abilitante all'ingresso e alla permanenza sul territorio italiano. Il lavoro esamina altresì i casi nei quali, proprio per motivi di salute, è vietato l'allontanamento di uno straniero dal territorio nazionale, anche alla luce della giurisprudenza nazionale e di quella della Corte europea dei diritti dell'uomo e della Corte di Giustizia. Sotto il profilo metodologico, l'indagine unisce all'analisi normativa e giurisprudenziale anche l'esame dei dati relativi al rilascio di alcune tipologie di permesso di soggiorno per cure mediche, ottenuti a seguito di un accesso civico generalizzato, al fine di comprendere l'impatto delle riforme adottate negli ultimi anni sulla salute degli stranieri e in particolare il numero e le nazionalità di coloro che sono stati autorizzati a restare sul territorio per motivi di salute.

* Francesca Biondi Dal Monte: Professoressa associata di Diritto Costituzionale, Scuola Superiore Sant'Anna. Mail: francesca.biondi@santannapisa.it. Emanuele Rossi: Professore ordinario di Diritto costituzionale, Scuola Superiore Sant'Anna. Mail: emanuele.rossi@santannapisa.it. Il lavoro è frutto della riflessione congiunta tra i due autori sebbene Francesca Biondi Dal Monte abbia materialmente curato la stesura dei paragrafi 1, 7, 8 ed Emanuele Rossi quella dei paragrafi 2, 3, 4, 5; i paragrafi 6 e 9 sono stati elaborati congiuntamente. Contributo sottoposto a referaggio anonimo.

PAROLE CHIAVE: Salute; migrazione; asilo; protezione; rimpatrio

SOMMARIO: 1. Salute e immigrazione: relazioni e contesto di riferimento – 2. Diritto di asilo per motivi di salute? – 3 Dalla protezione umanitaria alla protezione speciale – 4. Ingresso e soggiorno sul territorio italiano per motivi di salute: a) il permesso di soggiorno (*ma non di ingresso*) per cure mediche o gravi patologie (art. 19 TUI) – 5. Segue: b) il permesso di soggiorno per cure mediche (art. 36 TUI) – 6. I permessi di soggiorno per cure mediche nella prassi: qualche dato su cui riflettere – 7. Restare sul territorio per motivi di salute: i limiti all'allontanamento dello straniero – 8. Salute ed espulsione dello straniero nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo e della Corte di Giustizia dell'Unione europea – 9. Conclusioni.

1. Introduzione

Come evidenziato dalla *World Health Organization* nel primo rapporto sulla salute dei rifugiati e dei migranti, la relazione tra migrazione e salute è complessa e dinamica¹. Essa varia considerevolmente tra i gruppi di migranti e in ragione dei motivi della loro migrazione. Migranti e rifugiati sono spesso esposti a *post-traumatic stress disorders* (PTSD) dovuti all'aver subito torture o trattamenti inumani e degradanti nel Paese di origine e durante tutto il percorso migratorio fino al Paese di destinazione: trattamenti che non sempre sono ritenuti credibili e fondano il riconoscimento di una qualche forma di protezione. A ciò si aggiungono specifiche vulnerabilità dovute al mancato possesso di validi documenti di soggiorno, a cattive condizioni socioeconomiche, a disoccupazione o isolamento². Stigmatizzazione, discriminazione, mancata conoscenza della lingua, barriere culturali e bassi livelli di reddito determinano frequentemente difficoltà nell'accesso dei migranti ai servizi sanitari di base, alle campagne di vaccinazione e agli interventi di promozione della salute. Al contempo la salute può migliorare a seguito della migrazione da un'area di guerra e conflitto o particolarmente esposta agli effetti del cambiamento climatico verso territori di pace, ove i servizi sanitari sono più efficienti e ben organizzati.

Salute e migrazione presentano dunque molteplici relazioni: si può decidere di migrare per motivi di salute; si possono subire aggravamenti delle proprie condizioni di salute durante il percorso migratorio; si possono trovare condizioni di salute migliori nei Paesi di destinazione, come pure incontrare, al di là del quadro normativo di riferimento, ostacoli nel pieno godimento delle prestazioni sanitarie. Per tali ragioni il presente contributo intende indagare una prospettiva specifica di tale relazione, con riferimento ai casi nei quali per motivi di salute è possibile ottenere protezione nel Paese in cui si è immigrati (in particolare il riconoscimento del diritto di asilo e le forme di protezione ad esso riconducibili a legislazione vigente) ovvero un titolo abilitante all'ingresso e alla permanenza sul territorio italiano. Al contempo, il lavoro intende indagare i casi nei quali, proprio per motivi di salute, è vietato

1 World Health Organization, *World report on the health of refugees and migrants*, Geneva, World Health Organization, 2022, 3.

2 Cfr. OMS, *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region, 2018*, ove si afferma direttamente nel titolo: “No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH” (disponibile al sito www.euro.who.int), in part. 35-36. Con particolare riferimento alla salute mentale, si veda H.B. MURPHY, *Migration, culture and mental health*, in *Psychol Med.*, 7, 1977, 677 ss., nonché D. BHUGRA (ed.), *Migration and Mental Health*, Cambridge, 2010.



l'allontanamento di uno straniero dal territorio nazionale, anche alla luce della giurisprudenza nazionale e di quella della Corte europea dei diritti dell'uomo e della Corte di Giustizia dell'Unione europea. La Corte costituzionale italiana ha del resto riconosciuto l'esistenza di «un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela»³ e tale «nucleo irriducibile» di tutela della salute, quale diritto fondamentale della persona, deve essere riconosciuto anche agli stranieri, qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso ed il soggiorno nello Stato⁴. La salute, tutelata dalla Costituzione sia quale interesse della collettività come anche e soprattutto quale diritto fondamentale dell'individuo, in quanto tale strettamente legato alla tutela della dignità umana⁵, costituisce un «bene primario costituzionalmente garantito»⁶, la cui tutela opera anche nell'ambito dei rapporti di diritto privato. Esso è identificabile anche come diritto ai rimedi possibili alle menomazioni prodotte da patologie di non lieve importanza⁷.

A un'ampia definizione di salute ci si riferisce a livello internazionale, ove essa viene intesa come uno stato «di completo benessere fisico, mentale e sociale» e non solo come assenza di malattia o infermità⁸. La stessa OMS ha precisato, nelle dichiarazioni di Alma-Ata⁹ e di Ottawa¹⁰, come debba essere garantito l'accesso all'assistenza sanitaria primaria di base, nella sua multidimensionale accezione (inclusiva, tra i vari aspetti, dei programmi di promozione, prevenzione, cura e riabilitazione, ma anche informazione, alimentazione, immunizzazione, ecc.). La salute si fonda, dunque, sull'esistenza di alcune condizioni, tra cui figurano: pace, alloggio, istruzione, cibo, reddito, ecosistema stabile, risorse sostenibili, giustizia sociale ed equità, ponendo dunque in relazione la salute con altri diritti fondamentali.

³ Corte cost. sent. n. 252/2001.

⁴ Corte cost. sent. n. 356/1991.

⁵ Al riguardo C. SALAZAR, *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali*, Giappichelli, Torino, 103, afferma che l'art. 32 Cost. sembra esprimersi «attraverso una sineddoche, tutelando la parte – la salute – per il tutto, la dignità umana», riservando quindi al diritto alla salute una *preferred position* anche in epoca di *self-restraint*.

⁶ Si vedano in particolare Corte cost. sentenze nn. 399/1996, 202/1991, 559/1987, 184/1986, 88/1979. In generale sul punto si veda C. TRIPODINA, *Art. 32*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 2008, 321 ss.; B. PEZZINI, *Principi costituzionali e politica della sanità: il contributo della giurisprudenza costituzionale alla definizione del diritto sociale alla salute*, in C.E. GALLO, B. PEZZINI, *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998, 7 ss.; A. MANGIA, *“Attuazione” legislativa ed “applicazione” giudiziaria del diritto alla salute*, in *Diritto Pubblico*, 3, 1998, 751 ss.; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, III ed., 2018. Con specifico riferimento ai diversi modelli sanitari regionali, tra livelli essenziali e federalismo fiscale, si vedano i contributi contenuti in E. CATELANI, G.C. FERONI, N.C. GRISOLIA, *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, Torino, 2011, e in relazione al quadro UE, L. CHIEFFI, *Equità nella salute e nei servizi sanitari tra politiche europee e interventi statali*, in *Corti Supreme e salute*, 1, 2022, 175-196.

⁷ Cfr. Corte cost. sent. n. 306/2008, in riferimento alle condizioni di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento per gli stranieri. Tale ampia nozione di salute, strettamente connessa al diritto all'assistenza sociale, è rintracciabile anche nella sent. n. 269/2010 avente a oggetto la l.r. Toscana 29/2009, la quale prevede, tra le altre cose, che «tutte le persone dimoranti nel territorio regionale, anche se prive di titolo di soggiorno, possono fruire degli interventi socio assistenziali urgenti ed indifferibili, necessari per garantire il rispetto dei diritti fondamentali riconosciuti a ogni persona in base alla Costituzione ed alle norme internazionali».

⁸ Si veda *Constitution of the World Health Organization*, New York, 22 Luglio 1946, disponibile al sito www.who.int.

⁹ Cfr. *Alma-Ata Declaration*, 1978, “*Conference on Primary Health Care, Alma-Ata*”, 6-12 Settembre 1978.

¹⁰ Cfr. *Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986, “*First International Conference on Health Promotion*”, Ottawa, Canada, 17-21 Novembre 1986.

Del resto già all'art. 25 della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo si prevede che ogni individuo abbia diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali. Tale prospettiva trova poi un ulteriore sviluppo nell'approccio *One Health* volto a bilanciare e ottimizzare in modo sostenibile la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi¹¹.

Alla luce di tali concezioni, si cercherà dunque di analizzare anche il margine di tutela che viene offerto al diritto alla salute dello straniero in ingresso o in uscita dal territorio, se relativo al nucleo più ristretto di tale diritto o riferibile anche ad una prospettiva più ampia di garanzia. Sotto il profilo metodologico, l'indagine unirà all'analisi normativa e giurisprudenziale anche l'esame dei dati relativi al rilascio di alcune tipologie di permesso di soggiorno per cure mediche, ottenuti a seguito di un accesso civico generalizzato¹², al fine di comprendere l'impatto delle riforme degli ultimi anni sulla salute degli stranieri e in particolare il numero di coloro che sono stati autorizzati a restare sul territorio per motivi di salute, nonché le nazionalità maggiormente presenti tra i richiedenti tali tipi di permesso.

2. Diritto di asilo per motivi di salute?

Per indagare il tema della relazione tra salute (e relativo diritto alla) e asilo occorre preliminarmente rispondere ad una questione: il diritto alla salute, come garantito dalla Costituzione, deve essere considerato una "libertà democratica"?

Tale interrogativo, che investe evidenti profili di carattere assiologico, ha anche una rilevanza pratica evidente, in quanto l'art. 10 della Costituzione garantisce il diritto di asilo a quanti, nel proprio Paese, sono privati della possibilità di esercitare effettivamente "le libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana"¹³.

Nel dibattito in Assemblea costituente quest'ultima espressione è stata variamente intesa, sebbene la considerazione fosse rivolta primariamente a quei diritti che avevano, in certa misura, riferimento o connessione con le *idee politiche* (come dimostrano i ripetuti richiami agli "esuli", specie con riguardo a quanti erano stati costretti ad abbandonare l'Italia a causa del regime fascista). Quindi non vi è dubbio, in prima approssimazione, che la titolarità del diritto di asilo debba essere garantita a coloro che nel Paese di provenienza siano privati (dalle norme giuridiche oppure in via di fatto) della libertà di esprimere pubblicamente le proprie opinioni, ovvero a cui non sia riconosciuto il diritto di voto per

¹¹ Per tale definizione si veda Cfr. FAO, WHO, OIE, Joint Tripartite (FAO, OIE, WHO) and UNEP Statement, 1 dicembre 2021 Sul tema, in stretta connessione con il diritto di asilo, si veda K.Z. GALICZ, *One Health, One Society: il diritto alla salute quale presupposto per il diritto di asilo*, in *Corti Supreme e Salute*, 3, 2022, 754.

¹² Si fa riferimento ai permessi di soggiorno rilasciati ai sensi dell'art. 19, comma 2, lett. d-bis, e dell'art. 36 TUI. I dati sono stati ottenuti a seguito di richiesta di accesso civico generalizzato, formulata ai sensi dell'art. 5, comma 2, d.lgs. n. 33/2013 e succ. mod. e int. I dati estratti sono aggiornati al 10 agosto 2023.

¹³ Sul tema del diritto d'asilo la bibliografia è assai estesa: sia consentito limitare il richiamo ad alcune tra le opere monografiche più recenti: M. BENVENUTI, *Il diritto di asilo nell'ordinamento costituzionale italiano. Un'introduzione*, Padova, 2007; F. RESCIGNO, *Il diritto di asilo*, Bari, 2011; F. MASTROMARINO, *Il diritto di asilo. Teoria e storia di un istituto giuridico controverso*, Torino, 2012; C. PANZERA, *Il diritto all'asilo. Profili costituzionali*, Napoli, 2020; C. LATINI, *Alle origini del diritto di asilo. Una prospettiva storica*, Torino, 2021.

ragioni politiche, oppure ancora che, sempre a causa di motivi politici, siano discriminati nel lavoro, nelle professioni e così via (si pensi agli effetti delle leggi razziali durante il regime fascista)¹⁴.

Tuttavia tale riferimento non può ritenersi esaustivo: si pensi, a mo' di esempio, al caso di una persona che sia gravemente discriminata nel proprio Paese a causa del genere cui appartiene¹⁵, oppure in ragione delle proprie convinzioni religiose o culturali. Situazioni in presenza delle quali sembra difficile negare il diritto di asilo in quanto forme di discriminazione non connesse all'idea politica.

Probabilmente molti, in Assemblea costituente, non avrebbero condiviso tale estensione: ma, come noto, l'interpretazione della Costituzione non può essere unicamente derivata dalle concezioni del Costituente¹⁶. È questo il problema che si pone anche con riguardo alla interpretazione da dare *oggi* alla formulazione dell'art. 10 Cost., che non può non risentire dell'evoluzione sociale, dell'espansione della tutela dei diritti nonché del valore pervasivo del principio di eguaglianza.

Tralasciando in questa sede i profili relativi alla possibilità o necessità di ricomprendere nella nozione costituzionale anche le categorie delle libertà *civili* e di quelle *economiche*, possiamo limitarci a considerare l'ambito dei c.d. *diritti sociali*, ed in esso – in specie – del diritto alla salute.

A tale riguardo, l'attuazione della disposizione costituzionale, in assenza di una legge generale quale quella richiesta dall'art. 10, terzo comma, Cost., è andata nel senso di ampliare la portata applicativa del diritto di asilo costituzionale a tutte le ipotesi di violazione (grave) di diritti fondamentali: così che l'espressione «libertà democratiche» è stata interpretata con riguardo a molti diritti di libertà, ed anche – almeno nelle tendenze più recenti – ai diritti sociali. Ad esempio, il diritto al lavoro è stato considerato come causa giustificatrice di uno specifico permesso di soggiorno nell'ipotesi di particolare sfruttamento lavorativo (art. 22, comma 12-*quater*, d.lgs. n. 286/1998, testo unico in materia di immigrazione, in seguito TUI), mentre in giurisprudenza, sempre a mo' di esempio, è stata accordata la protezione (umanitaria) in circostanze di violazione del diritto all'integrità sociale, quale uno dei motivi determinanti la situazione di vulnerabilità personale¹⁷, nonché del diritto alla vita privata e familiare ex art. 8 della CEDU¹⁸, e così via.

Quest'ultimo passaggio richiede una precisazione. Alla richiamata assenza di una legge generale hanno fatto riscontro interventi normativi che hanno previsto il rilascio del permesso di soggiorno in presenza di situazioni variamente definite dal legislatore: tali permessi, tuttavia, non sono stati tutti "classificati"

¹⁴ Su un diverso piano, evidentemente, si pongono le riflessioni di chi ritiene che emigrare costituisca di per sé, ed oggettivamente, un atto fondamentalmente politico, indipendentemente dalla volontà delle parti in causa: cfr. A. SAYAD, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, 2002, 123 ss.

¹⁵ In tema, v. I. BOIANO, *Il riconoscimento dello status di rifugiato e le persecuzioni sulla base del genere*, in F. BIONDI DAL MONTE, M. MELILLO (cur.), *Diritto di asilo e protezione internazionale*, Pisa, 2014, 137 ss. In giurisprudenza cfr. Corte di Cassazione, sez. I, 24 novembre 2017, n. 28152, commentata da D. GENOVESE, *Violenza di genere e protezione internazionale. Note a margine di un recente orientamento della Corte di cassazione*, in www.questionegiustizia.it, 5 febbraio 2018, relativamente al riconoscimento dello status di rifugiato a favore di una donna di religione cristiana che si era rifiutata di attenersi alle consuetudini del proprio villaggio in ordine alla scelta della persona con cui sposarsi.

¹⁶ Sul punto, con riguardo all'istituto familiare, v. ad esempio Corte cost. sent. n. 138/2010.

¹⁷ Cfr. Cass., I sez. civ., 23 febbraio 2018, n. 4455, in *Questione giustizia*, 14 marzo 2018, con osservazioni di C. FAVILLI, *La protezione umanitaria per motivi di integrazione sociale. Prime riflessioni a margine della sentenza della Corte di cassazione n. 4455/2018*, *ivi*.

¹⁸ Corte di Cassazione, sez. I civ., sentenza 23 febbraio 2018, n. 4455.

quali applicazioni del diritto di asilo, bensì in ragione delle condizioni che il legislatore ha ritenuto – di volta in volta – meritevoli di tutela, senza porsi il problema se un dato permesso di soggiorno dovesse considerarsi connesso al diritto di asilo o ad altre esigenze (salvo alcuni casi specifici). È stata successivamente la giurisprudenza che, in applicazione delle previsioni normative, ha definito quali permessi potessero considerarsi riferibili alla tutela prevista dall'art. 10, terzo comma, Cost. e quali invece dovessero ritenersi connessi ad altre esigenze e finalità: ma con la possibilità che un determinato tipo di permesso possa comunque risultare funzionale a finalità diverse. In questo contesto, risulta difficile attribuire con precisione un determinato tipo di permesso all'ambito del diritto di asilo: con il che gli esempi sopra riportati potrebbero anche costituire oggetto di valutazioni critiche¹⁹.

Venendo più nello specifico, e considerando che – secondo la giurisprudenza di legittimità, in certa misura accolta e fatta propria dalla Corte costituzionale²⁰ – il diritto di asilo costituzionale è «oggi interamente attuato e regolato attraverso la previsione delle situazioni finali previste nei tre istituti di protezione» (*status* di rifugiato, protezione sussidiaria, protezione umanitaria)²¹, occorre esaminare quale considerazione abbia il diritto alla salute nelle tre fattispecie che compongono il puzzle del diritto di asilo.

Quanto alla normativa relativa ai «*rifugiati*» si deve osservare che l'art. 7, primo comma, del d.lgs. 19 novembre 2007, n. 251 stabilisce che ai fini della valutazione del riconoscimento dello *status* di rifugiato, gli atti di persecuzione devono rappresentare «una violazione grave dei diritti umani fondamentali» e possono consistere, tra l'altro, in «atti di violenza fisica o psichica, compresa la violenza sessuale».

Si deve evincere, da tale affermazione, che la violazione del diritto alla salute della persona possa costituire titolo per il riconoscimento dello *status* di rifugiato? Mi pare che la risposta possa essere positiva, considerato che la salute è indubbiamente un «diritto umano fondamentale» e che la violenza, sia fisica che psichica, costituisce una limitazione del diritto alla salute, inteso sia nella dimensione fisica che in quella psichica. Su questo punto, dunque, la risposta è chiara. Tuttavia il tema è un altro, o meglio può essere anche un altro: ovvero un sistema ordinamentale che non garantisca adeguatamente il diritto alla salute, nel senso che non appresti cure adeguate (perché ad esempio in esso il

¹⁹ Tra gli autori che da ultimo sono intervenuti sul punto, C. PANZERA, *Attuazione, tradimento e riscoperta del diritto d'asilo*, in *Quaderni costituzionali*, 4, 2022, 809 ss., ritiene che debbano ritenersi ricompresi tra i diritti legittimanti la richiesta d'asilo alcuni diritti sociali (quali la libertà di scelta del lavoro, di organizzazione sindacale e di sciopero) ma non altri, questi ultimi da escludere in ragione della «maggiore discrezionalità di cui gode il legislatore nel garantirne l'attuazione» (in part. 819). Personalmente nutro qualche perplessità sul punto: sia in quanto la discrezionalità legislativa è propria anche dei diritti «ammessi», sia in quanto pare non proprio coerente che uno straniero possa essere accolto nel nostro Paese perché nel proprio non è libero di scegliere quale lavoro svolgere e non possa esserlo se non è messo nelle condizioni di curarsi (magari anche da gravi malattie).

²⁰ Nei termini di cui si è precisato in E. ROSSI, *Il diritto di asilo tra Costituzione e normativa di attuazione: i recenti sviluppi del tema*, in F. BIONDI DAL MONTE, E. ROSSI (a cura di), *Diritti oltre frontiera. Migrazioni, politiche di accoglienza e integrazione*, Pisa, 2020, 169 ss.

²¹ In tal senso anche P. BONETTI, *Il diritto d'asilo in Italia dopo l'attuazione della direttiva comunitaria sulle qualifiche sugli status di rifugiato e di protezione sussidiaria*, in *Diritto, immigrazione e cittadinanza*, 1, 2008, 14. Secondo Corte di Cassazione, Sezioni Unite Civili, ordinanza n. 19393/2009, in *Federalismi*, n. 20 del 21 ottobre 2009, la circostanza che la protezione umanitaria sia ancorata alla tutela dell'art. 2 Cost. realizza «un'identità di natura giuridica del diritto alla protezione umanitaria, del diritto allo status di rifugiato e del diritto di asilo costituzionale, in quanto situazioni tutte riconducibili alla categoria dei diritti umani fondamentali».

servizio sanitario è lasciato all'iniziativa privata, o perché non risulti sufficientemente adeguato all'evoluzione delle conoscenze mediche e tecnologiche, e così via), può considerarsi motivo sufficiente per considerare coloro che vivono all'interno di un tale sistema come "rifugiati"? Sul punto la giurisprudenza opta per la risposta negativa, limitando i casi di riconoscimento del relativo *status* a situazioni specifiche e delimitate²², quale ad esempio il caso di una persona affetta da disabilità mentali o fisiche che rischi di essere discriminato per tale motivo in quanto collegato ad un particolare gruppo sociale. Quanto alla *protezione c.d. sussidiaria*, essa è accordata, come noto, a coloro che dimostrino fondati motivi di ritenere che, qualora ritornassero nel proprio Paese, correrebbero un rischio effettivo di subire un grave danno, identificato in tre ipotesi tra le quali, per quel che qui ci riguarda, la «minaccia grave e individuale alla vita o alla persona derivante dalla violenza indiscriminata in situazioni di conflitto armato interno o internazionale». Anche in questo caso può valere quanto detto: nessun dubbio che la «minaccia alla vita o alla persona» costituisca una violazione del diritto alla salute (nel più sta il meno, come è ovvio); ma altrettanto innegabile è che un sistema inadeguato di tutela della salute non costituisca una minaccia *individuale* tale da legittimare il riconoscimento dello *status*. Lo ha sancito anche la Corte di Giustizia dell'Unione europea, con l'affermare che «il rischio di deterioramento dello stato di salute dello straniero (...) dovuto all'assenza di terapie adeguate nel suo Paese d'origine, senza che sia in discussione una privazione di assistenza sanitaria inflittagli intenzionalmente, non basta per riconoscere a quest'ultimo il beneficio della protezione sussidiaria»²³. Sotto altra prospettiva la Corte di Giustizia ha, invece, precisato che la qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, letti alla luce dell'articolo 4 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (in tema di divieto di tortura e trattamenti inumani e degradanti), devono essere interpretati nel senso che «è ammissibile allo *status* di protezione sussidiaria il cittadino di un Paese terzo torturato in passato dalle autorità del suo Paese di origine e non più esposto a un rischio di tortura in caso di ritorno in detto Paese, ma le cui condizioni di salute fisica e mentale potrebbero, in un tale caso, deteriorarsi gravemente»²⁴. Spetta in questo caso al giudice verificare se, in caso di ritorno nel Paese d'origine, lo straniero possa effettivamente fruire di cure adeguate al trattamento dei postumi fisici o mentali degli atti di tortura commessi in precedenza dalle autorità di tale Paese.

3. Dalla protezione umanitaria alla protezione speciale

Venendo poi alla "terza gamba" dell'attuazione del diritto di asilo, ovvero la protezione umanitaria, il discorso è da articolare maggiormente, in considerazione dei mutamenti della legislazione nel corso del tempo.

Prima dell'entrata in vigore del d.l. 4 ottobre 2018, n. 118, era previsto, come noto, il permesso di soggiorno "per motivi umanitari" (art. 5, comma 6, TUI), intendendosi per questi «seri motivi, in particolare di carattere umanitario o risultanti da obblighi costituzionali o internazionali dello Stato

²² Si veda K.Z. GALICZ, *Salute umana e tutela dell'ambiente: quale protezione per lo straniero?*, in *Lessico di etica pubblica*, n. 2/2022, 63; nonché, in precedenza, A. BRAMBILLA, M. CASTIGLIONE, *Diritto alla salute, divieto di respingimento e forme di protezione*, in F. BIONDI DAL MONTE, E. ROSSI (a cura di), *Diritti oltre frontiera*, cit., 228-230.

²³ CGUE, sentenza 18 dicembre 2014, *Mohamed M'Body*, causa C-542/13.

²⁴ CGUE, sentenza 24 aprile 2018, MP, causa C-353/16.

italiano». A tale riguardo, decisiva risultava la valutazione da dare (ed effettivamente data) al riferimento a «seri motivi di carattere umanitario», ed in particolare se all'interno di tale previsione fosse possibile e necessario includere motivi connessi alla tutela del diritto alla salute²⁵. Non potendoci qui soffermare eccessivamente sul punto, sia sufficiente richiamare l'approdo giurisprudenziale: in un'ordinanza del 2020, la Corte di Cassazione²⁶ ha affermato che «la vulnerabilità del richiedente può anche essere la conseguenza di un'esposizione seria alla lesione del diritto alla salute», in quanto la *ratio* della protezione umanitaria «rimane quella di non esporre i cittadini stranieri al rischio di condizioni di vita non rispettose del nucleo minimo di diritti della persona che ne integrano la dignità, come il fondamentale diritto alla salute in caso di patologie gravi»²⁷ (corsivo aggiunto). Pertanto si deve trarre la conclusione per cui la violazione o la mancata tutela della salute costituiscono (*recte*: costituiscono) motivi in base ai quali riconoscere il permesso di soggiorno per «motivi umanitari» (e, quindi, il diritto di asilo). Tale affermazione non va peraltro intesa con riguardo alla *potenzialità* della violazione o limitazione: ovvero nel senso della possibilità di richiedere il diritto di asilo sul presupposto del non adeguato funzionamento del sistema sanitario (e quindi delle possibili conseguenze che potrebbero derivare dall'insorgenza di un eventuale stato di malattia). Al contrario, la tutela in questione può (poteva) riguardare (soltanto) le *persone vulnerabili*, quali in particolare quelle affette da gravi malattie o disturbi mentali, o comunque che presentino (presentassero) una delicata condizione psicofisica: per le quali, dunque, l'inadeguatezza del sistema di cura nel Paese di origine ha effetti concreti e diretti sulla salute della persona²⁸. A tal proposito il giudice è anche tenuto ad un dovere di cooperazione istruttorio, volto a documentare patologie che possono costituire ragione di vulnerabilità soggettiva tutelabile ai fini dell'applicazione del principio di non refoulement. La Corte di Cassazione ha, infatti, chiarito che, ove la documentazione non sia del tutto idonea che «il Tribunale è tenuto ad assolvere il proprio dovere di cooperazione istruttorio e chiederne l'integrazione o disporre indagini tecniche, tenuto conto dell'irrelevanza, fuori dello specifico ambito del permesso speciale (ove pure è discutibile), della non provenienza da presidio pubblico della documentazione, non ritenuta non veritiera e incontestatamente proveniente da struttura medico-sanitaria all'esito di valutazione medica»²⁹.

Come si è detto, questa è comunque la disciplina vigente fino all'entrata in vigore del d.l. n. 113/2018, il quale ha abrogato la previsione riguardante il permesso per motivi umanitari e lo ha sostituito con altri permessi, tra cui il permesso per *protezione speciale*, con un ambito di applicazione più ristretto della protezione umanitaria, in quanto inizialmente riferito alle sole ipotesi di pericolo di persecuzione

²⁵ Si richiama a tal proposito la circolare del Ministero dell'interno, Commissione nazionale per il diritto di asilo, relativa alla "Ottimizzazione delle procedure relative all'esame delle domande di protezione internazionale. Ipotesi in cui ricorrono i requisiti per il rilascio del permesso di soggiorno per motivi umanitari", ove si richiamano problemi sanitari e le gravi condizioni psico-fisiche o gravi patologie che non possono essere adeguatamente trattate nel Paese di origine.

²⁶ Cass., Sez. I civ., ordinanza 4 febbraio 2021, n. 2558, consultabile qui: <https://www.dirittoimmigrazione cittadinanza.it/allegati/fascicolo-n-1-2020-2/umanitaria-9/557-5-cass-2558-20/file>.

²⁷ Cass., sez. I civ., 4 febbraio 2020, n. 2558, cit.

²⁸ In tali casi il permesso di soggiorno per motivi umanitari poteva essere riconosciuto o dalla Commissione territoriale competente oppure dal Questore. Per un approfondimento del quadro normativo e della giurisprudenza di riferimento a seguito della «scomposizione della protezione per motivi umanitari», cfr. K.Z. GALICZ, *One Health, One Society: il diritto alla salute quale presupposto per il diritto di asilo*, cit., 764 ss.

²⁹ Cass., Sez. I, ordinanza n. 11738/2023, 6 febbraio 2023 (dep. 04/05/2023).

o di tortura, poi esteso nel 2020 anche ai casi di violazione del diritto al rispetto della vita privata e familiare e infine nuovamente circoscritto con la riforma adottata nel 2023. Il d.l. n. 20/2023 ha limitato la possibilità di ottenere la protezione speciale solo all'esito della domanda di asilo (e non più anche con richiesta diretta al Questore), circoscrivendo tale possibilità ai casi di persecuzione, tortura, trattamenti inumani o degradanti o qualora ricorrano obblighi costituzionali e internazionali.

Sull'impatto di tale ultima modifica deve comunque essere precisato come il richiamo agli obblighi costituzionali dovrebbe sollecitare interpretazioni volte ad offrire tutela a tutti quei casi nei quali la salute (ex art. 32 Cost.) sarebbe pregiudicata non riconoscendo adeguata protezione allo straniero. Peraltro, in merito alla precedente riforma del 2020, la Corte di Cassazione aveva precisato come detta normativa non avesse inserito nella compagine dei diritti fondamentali diritti nuovi la cui tutela fosse prima fosse preclusa, ma indicasse le modalità con cui, ai fini dell'attuazione del divieto di respingimento, il diritto alla vita privata e familiare, «deve essere valutato da chi è chiamato ad applicare la norma e con quali altri diritti ed interessi può essere bilanciato, e ciò fermo restando la rilevanza degli altri diritti compresi nel catalogo aperto di cui all'art 2 Cost. quali, a titolo esemplificativo, il diritto alla salute, alla libertà personale, alla autodeterminazione, a non subire trattamenti inumani e degradanti»³⁰.

Occorre inoltre chiarire che, con il d.l. n. 113/2018, insieme alla protezione speciale sono stati introdotti anche alcuni permessi per "casi speciali": per *cure mediche*, per *calamità*³¹ e per *motivi di particolare valore civile* (rispettivamente artt. 19, comma 2, lett. d-bis, 20 e 42-bis TUI), e sono stati ridenominati in tal modo alcuni permessi già previsti nel TUI in tema di *protezione sociale*, *violenza domestica* e *sfruttamento lavorativo* (rispettivamente artt. 18, 18-bis e 22, comma 12-quater).

4. Ingresso e soggiorno sul territorio italiano per motivi di salute: a) il permesso di soggiorno (ma non di ingresso) per cure mediche o gravi patologie (art. 19 TUI)

Tra i permessi per casi speciali introdotti nel 2018, quello che qui interessa è evidentemente quello *per cure mediche* o *per gravi patologie*, previsto dall'art. 19, comma 2, lettera *d-bis* del TUI³², che ha subito nel corso degli ultimi anni frequenti riformulazioni. Proviamo a seguire l'evoluzione della normativa. La prima previsione, contenuta nel testo del d.l. del 2018, stabiliva che il permesso di soggiorno dovesse essere rilasciato «(a)gli stranieri che versano in condizioni di salute di eccezionale gravità, accertate mediante idonea documentazione, tali da determinare un irreparabile pregiudizio alla salute degli stessi, in caso di rientro nel Paese di origine o di provenienza». La competenza al rilascio era attribuita al questore, e la durata del permesso era connessa al tempo attestato dalla certificazione sanitaria,

³⁰ Cfr. Cass, Sez. 1, ordinanza n. 8400 del 23 febbraio 2023 (dep. 23 marzo 2023).

³¹ In merito al permesso per calamità naturali, preme evidenziare – sebbene non al centro del presente scritto – la possibile connessione con la tutela della salute della persona anche nell'accezione di ambiente salubre, pregiudicato dal verificarsi di particolari eventi avvenuti nel Paese di origine. Per un eventuale approfondimento si veda C. SCISSA, *La protezione per calamità: una breve ricostruzione dal 1996 ad oggi*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 1, 2021. www.forumcostituzionale.it.

³² Secondo C. PANZERA, *Attuazione, tradimento e riscoperta del diritto d'asilo*, cit., 824, questo tipo di permesso sembra trovare più adeguata giustificazione nell'art. 32 Cost. che non nel diritto di asilo ex art. 10, terzo comma, Cost.

comunque non superiore ad un anno, rinnovabile fino alla persistenza delle condizioni di salute di eccezionale gravità.

La legge di conversione (legge 1° dicembre 2018, n. 132) modificò la previsione, sostituendo alle parole «eccezionale gravità, accertate mediante idonea documentazione, tali da determinare un irreparabile» le seguenti: «particolare gravità, accertate mediante idonea documentazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, tali da determinare un rilevante pregiudizio alla salute degli stessi». In sostanza, sul versante delle condizioni richieste per il rilascio del permesso la legge di conversione ha mutato da «eccezionale gravità» a «particolare gravità» la situazione legittimante, e ha modificato l'«irreparabile pregiudizio» con la richiesta di un «rilevante pregiudizio»³³. Sul versante procedurale, invece, la legge di conversione ha chiarito che la «idonea documentazione» (che il d.l. non specificava da chi dovesse essere fornita) deve essere rilasciata «da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale».

Successivamente ancora, il d.l. 21 ottobre 2020, n. 130, ha modificato il testo, sostituendo la previsione delle «condizioni di salute derivanti da patologie di particolare gravità» con quella di «gravi condizioni psico-fisiche o derivanti da gravi patologie»³⁴.

Da ultimo (al momento), il d.l. 10 marzo 2023, n. 20 (art. 7, primo comma, punto 3.1) ha introdotto un'ulteriore modifica, sostituendo la previsione di «gravi condizioni psicofisiche o derivanti da gravi patologie» con la seguente: «condizioni di salute derivanti da patologie di particolare gravità, non adeguatamente curabili nel Paese di origine». In sostanza, l'ultima novella ha da un lato ripristinato la previsione della legge n. 132/2018 (patologie di *particolare gravità* al posto di *gravi condizioni psicofisiche o derivanti da gravi patologie*), e dall'altro ha posto la condizione nella non curabilità di tali patologie nel Paese di origine³⁵.

³³ Con riguardo a tale ultima previsione, si era sostenuto che essa dovesse essere letta in sistema con quanto stabilisce l'art. 35, terzo comma, del TUI, in base al quale agli stranieri regolarmente soggiornanti devono essere assicurate le «cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti, comunque essenziali, purché continuative»: cfr. ASGI, Il permesso di soggiorno per cure mediche, scheda giugno 2021, reperibile qui: <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2021/06/Scheda-salute.pdf>, che richiama anche la circolare del Ministero della Sanità 24 marzo 2000, n. 5 con la quale sono stati specificati i criteri per la qualificazione delle cure urgenti e essenziali.

³⁴ In merito alla differenza tra la formulazione del d.l. n. 118/2018 e quella del d.l. n. 130/2020 v. F. DI PIETRO, *La nuova disciplina dei permessi per calamità, per cure mediche, per motivi religiosi, per attività sportiva, per lavoro artistico, per ricerca*, in M. GIOVANNETTI, N. ZORZELLA (a cura di), *Immigrazione, protezione internazionale e misure penali*, Pisa, 2021, 76 ss., per il quale la modifica introdotta nel 2020 conferisce rilevanza anche a situazioni che hanno un decorso nel tempo e che sono postume a una patologia, in linea con le definizioni del Ministero della Sanità, ed insieme allarga l'ambito di applicazione anche a patologie meno critiche (grazie all'eliminazione della previsione della particolare gravità delle condizioni di salute in questione).

³⁵ Per chiarezza, si riporta la formulazione del TUI come attualmente (settembre 2023) vigente: il permesso può essere rilasciato agli «stranieri che versano in condizioni di salute derivanti da patologie di particolare gravità, non adeguatamente curabili nel Paese di origine, accertate mediante idonea documentazione rilasciata da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, tali da determinare un rilevante pregiudizio alla salute degli stessi, in caso di rientro nel Paese di origine o di provenienza. In tali ipotesi, il questore rilascia un permesso di soggiorno per cure mediche, per il tempo attestato dalla certificazione sanitaria, comunque non superiore ad un anno, rinnovabile finché persistono le condizioni di cui al periodo precedente debitamente certificate, valido solo nel territorio nazionale».

Tale permesso³⁶ viene rilasciato per il tempo attestato dalla certificazione sanitaria, e comunque non superiore ad un anno (salvo rinnovo). È evidente come, nelle intenzioni del legislatore, tale permesso debba riferirsi a patologie che possano avere una durata limitata nel tempo, sebbene la rinnovabilità dello stesso (senza limiti temporali, salvo il rinnovo annuale) possa riguardare anche patologie di tipo cronico o degenerativo. Tanto più che la giurisprudenza ha chiarito che la garanzia delle cure per gli stranieri non regolarmente presenti sul territorio, assicurata dall'art. 35 TUI, deve essere riferita sia alle cure indifferibili ed urgenti *quoad vitam*, come anche a tutte le cure essenziali, ancorché continue³⁷.

Al di là dell'evoluzione normativa particolarmente faticosa, può dirsi nel complesso che si tratta di un permesso che non riguarda quanti intendano fare *ingresso* nel territorio nazionale, bensì coloro *che già si trovano in esso*³⁸ e che quindi hanno la possibilità di farsi visitare da una struttura del servizio sanitario (sulla base di quanto stabilito dalla legge n. 132/2018): per questi deve essere operata, da parte di chi è abilitato a rilasciare il permesso, anche una valutazione sul sistema sanitario del Paese di provenienza (o di possibile rientro) dello straniero, finalizzata ad accertare se quel sistema sia o meno in grado di assicurare adeguata cura. Valutazione che non soltanto esula all'evidenza dalle competenze e responsabilità del personale sanitario, ma che risulta altresì particolarmente ardua e che non può che essere compiuta "a spanne", essendo evidentemente impossibile che l'operatore (sanitario) italiano possa conoscere con precisione il livello di cura che in altri territori, distanti dall'Italia, possono essere assicurati. Su questo punto intervenne una circolare del Ministero dell'Interno relativa al d.l. n. 113/2018³⁹ che, nell'evidente tentativo di delimitare l'ambito di discrezionalità riservato dalla legge alle autorità sanitarie, introdusse previsioni potenzialmente limitative dell'efficacia della tutela assicurata dalla normativa primaria.

Con detta circolare, infatti, si invitavano i questori a

«valutare l'opportunità di verificare, sulla base della documentazione sanitaria prodotta, con le competenti rappresentanze diplomatiche italiane e/o estere, la mancanza della possibilità del richiedente di fruire di tali tipologie di cure mediche nel Paese di origine o di provenienza ovvero, qualora tali cure possano essere fornite, provvederanno di richiedere una certificazione sanitaria attestante il rilevante pregiudizio alla salute che comporterebbe il viaggio di rientro del cittadino straniero nel proprio Paese».

Si tratta di una previsione che, introducendo un evidente obbligo procedurale («avranno cura») a carico dei questori, non soltanto avrebbe potuto produrre l'effetto di una valutazione divergente da

³⁶ Con il quale si è «incorporato nell'ordinamento l'orientamento giurisprudenziale» che aveva ricompreso il diritto alla salute tra i motivi per i quali poteva essere rilasciato il permesso per ragioni umanitarie: così ASGI, *Il permesso di soggiorno per cure mediche*, cit.

³⁷ Cfr. ASGI, *Il permesso di soggiorno per cure mediche*, cit., ove si richiama altresì la sentenza Corte di cassazione, Sezioni unite civili, sentenza 10 giugno 2013, n. 14500, che afferma il principio in base al quale devono ritenersi ricomprese tra le «cure essenziali» «anche le semplici somministrazioni di farmaci quando si tratti di terapie necessarie ad eliminare rischi per la vita o il verificarsi di maggiori danni per la salute, in relazione all'indisponibilità dei farmaci verso il quale lo straniero dovrebbe essere espulso».

³⁸ Come si deduce dalla previsione normativa che fa riferimento al «caso di rientro nel Paese di origine o di provenienza». Ed infatti anche il sito del Ministero precisa che tale permesso può essere rilasciato ai «cittadini stranieri in Italia senza titolo di soggiorno».

³⁹ Circolare n. 400/A/2019/12.214.18.2 del 18 gennaio 2019 del Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica sicurezza. Direzione centrale dell'Immigrazione e della Polizia delle Frontiere.

parte del questore rispetto a quella compiuta dall'autorità sanitaria (cui la legge riservava il compito, come si è visto), con possibile diniego di rilascio del permesso di soggiorno anche in presenza di una valutazione positiva dell'unico soggetto competente per legge; ma insieme produceva un quasi certo allungamento dei tempi di rilascio del permesso, essendo richiesto un intervento delle rappresentanze diplomatiche (per il quale non era posto un termine) ed essendo altresì previsto, nel caso in cui queste si pronunciassero in senso negativo alla richiesta, l'obbligo di un'ulteriore certificazione sanitaria sul pregiudizio derivante dall'eventuale viaggio di ritorno in patria⁴⁰.

A tale situazione di evidente illegittimità (sia con riguardo al rapporto tra norme primarie e norme secondarie, che al rispetto della riserva di legge stabilita dall'art. 10, terzo comma, Cost.) ha posto parzialmente rimedio una successiva circolare ministeriale, emanata a seguito dell'entrata in vigore del d.l. n. 20/2023⁴¹, che ha richiesto ai questori di intervenire soltanto «nei casi dubbi», e di non richiedere un'attestazione da parte delle rappresentanze diplomatiche come previsto nella circolare precedente, bensì soltanto di «interessare le competenti Rappresentanze diplomatiche». Cosa possa significare, concretamente, questa attività di *interessamento* non è chiaro: tuttavia dovrebbe essere assodato che si tratta di una comunicazione eventuale e fors'anche successiva al rilascio del permesso, tale comunque da non poter impedire quest'ultimo in presenza di un parere favorevole delle autorità sanitarie (le uniche, lo si ripete, competenti *per legge* a pronunciarsi nel merito).

Vi è infine da rilevare che il permesso di soggiorno in questione, che il d.l. n. 130/2020 aveva reso convertibile in permesso per motivi di lavoro, non lo è più a seguito dell'entrata in vigore della legge di conversione (l. n. 50/2023) del d.l. n. 20/2023, che ha espressamente abrogato la previsione precedente. Mentre permane la previsione di cui all'art. 34 del TUI, in base alla quale gli stranieri in possesso del permesso di soggiorno per cure mediche «hanno l'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal Servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale».

Occorre infine segnalare una particolare situazione che non riguarda propriamente le cure mediche ma che comunque è relativa a situazioni fisiche che richiedono specifica cura, ovvero quella delle donne in stato di gravidanza o nei sei mesi successivi alla nascita del figlio. Anche in tali casi viene rilasciato un permesso per cure mediche, che, ai sensi di una decisione della Corte costituzionale del 2000⁴², deve essere riconosciuto anche al marito convivente della donna in stato di gravidanza, per il medesimo periodo di validità previsto. Sempre connessa ad esigenze di salute è l'autorizzazione che può essere rilasciata dal Tribunale per i minorenni ai fini dell'ingresso o della permanenza del familiare del minore che si trova sul territorio nazionale, «per gravi motivi connessi con lo sviluppo psicofisico e tenuto conto dell'età e delle condizioni di salute del minore». Il provvedimento del Tribunale per i

⁴⁰ In tale senso anche la nota Asgi, *Il permesso di soggiorno per cure mediche*, cit., ove si sottolinea altresì come la circolare non specifichi le tipologie e condizioni (logistiche ed economiche) di disponibilità delle cure, con l'ulteriore difficoltà per le autorità locali di ammettere «l'inefficienza o la sostanziale inaccessibilità delle cure necessarie».

⁴¹ Circolare n. 400/B/2023 del 1° gennaio 2023 del Ministero dell'Interno – Dipartimento della Pubblica sicurezza. Direzione centrale dell'Immigrazione e della Polizia delle Frontiere.

⁴² Corte cost. 27 luglio 2000, n. 376.

minorenni è adottato all'esito di un procedimento attivato nel preminente interesse del minore e in tale caso il permesso di soggiorno reca la dicitura "assistenza minore"⁴³.

5. Segue: b) il permesso di soggiorno per cure mediche (art. 36 TUI)

Il permesso indicato nel paragrafo precedente, che come detto può essere rilasciato a chi già si trovi sul territorio nazionale, va tenuto distinto da quello previsto dall'art. 36 del TUI, che riguarda invece lo straniero che, residente all'estero, intenda venire in Italia per ricevere cure mediche (si tratta dunque di un permesso di *ingresso*, oltre che di *soggiorno*): in tale circostanza l'interessato potrà ottenere da parte della rappresentanza consolare italiana nel Paese d'origine uno specifico visto d'ingresso per sé e per un eventuale accompagnatore; una volta giunto nel territorio nazionale, potrà richiedere al questore il permesso di soggiorno. Per la legge, è onere dello straniero indicare il tipo di cura che intende ricevere, nonché la data di inizio della stessa e la durata presunta del trattamento terapeutico, l'avvenuto deposito di una somma a titolo cauzionale e documentare la disponibilità di vitto e alloggio per l'accompagnatore per il periodo di convalescenza dell'interessato. Questo è quanto prevede la norma primaria.

Il relativo regolamento di attuazione (d.P.R. 31 agosto 1999, n. 394, in particolare art. 44) richiede che la dichiarazione dell'interessato sul tipo di cura, la durata, ecc. debba essere accompagnata da una dichiarazione da parte della struttura sanitaria prescelta, nonché da una certificazione sanitaria (anche rilasciata all'estero) che attesti la patologia del richiedente (nel rispetto delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali). L'interessato ha altresì l'onere di garantire che la propria disponibilità economica comprenda anche le «risorse sufficienti per l'integrale pagamento delle spese sanitarie e di quelle di vitto e alloggio fuori dalla struttura sanitaria e il rimpatrio per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore».

Al di là della coerenza delle previsioni contenute nel regolamento di attuazione con quanto previsto nella norma primaria, è tuttavia evidente che in nessuna delle due fonti nulla sia richiesto circa la situazione sanitaria del Paese di provenienza. Ciò aiuta a comprendere come, nell'intenzione del legislatore, questo tipo di permesso sia certamente connesso al diritto alla salute, ma nel senso di *libertà di cura* ovvero di *possibilità di scegliere* il sistema sanitario o la singola struttura che offra (all'interessato) maggiori garanzie: detto in altri termini, anche un cittadino svizzero o statunitense, o comunque il cittadino di un Paese con un sistema sanitario efficiente ed adeguato, potrebbe chiedere il permesso di cui all'art. 36 (come si vedrà), mentre evidentemente quello previsto dall'art. 19 riguarda soggetti che non intendono esercitare un'opzione sul *quomodo* del diritto alla cura, bensì sull'*an* della tutela del proprio diritto alla salute.

Al contrario, nel sito istituzionale del Ministero della salute si legge che questo tipo di permesso può essere richiesto da «cittadini extracomunitari residenti in Paesi *privi di strutture sanitarie idonee e*

⁴³ Secondo quanto chiarito da Corte di cassazione, Sezioni unite civili, sentenza 12 giugno 2019, n. 15750, l'interesse del familiare ad ottenere l'autorizzazione alla permanenza o all'ingresso nel territorio nazionale «riceve tutela in via riflessa, ovvero nella misura in cui sia funzionale a salvaguardare lo sviluppo psicofisico del minore, che è il bene giuridico protetto dalla norma nonché la ragione unica del provvedimento autorizzatorio».

Focus on

*adeguate*⁴⁴: tant'è che il richiedente deve allegare alla propria richiesta la «documentazione medica rilasciata dal Paese di provenienza (in lingua italiana o inglese) comprovante la necessità dell'intervento sanitario oggetto della richiesta e la *non curabilità in patria* su carta intestata sottoscritta e timbrata» (corsivi aggiunti). È evidente che queste ulteriori previsioni, seppur forse conseguenti ad una logica di risparmio economico per il servizio sanitario nazionale (ma come visto in realtà le spese sono a carico dell'interessato), non trovano fondamento né nella normativa primaria né in quella d'attuazione.

Va infine rilevato che il permesso di soggiorno in questione ha una durata pari a quella che si presume possa essere propria del trattamento terapeutico, ma è rinnovabile «finché durano le necessità terapeutiche documentate»: si tratta di una previsione del tutto logica e coerente con la *ratio* del permesso, e che tuttavia può risultare di difficile coerenza con l'obbligo di garantire la disponibilità di risorse economiche (in particolare di quelle relative al vitto e all'alloggio fuori dalla struttura sanitaria per sé e per l'eventuale accompagnatore). Il titolare di detto permesso può altresì svolgere attività lavorativa⁴⁵ (che evidentemente gli sia consentita dallo stato di salute in cui versa), ma non può convertire il permesso in quello per motivi di lavoro. Infine, egli può chiedere l'iscrizione anagrafica presso il Comune dove ha fissato la residenza, ai sensi dell'art. 6, settimo comma, TUI.

Ancora ai sensi dell'art. 36 TUI, è possibile un diverso visto di ingresso per cure mediche, quello consentito nell'ambito di programmi umanitari. Tale previsione fa seguito a quanto stabilito già dall'art. 12, secondo comma, lett. c), del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, che riserva una quota del fondo sanitario nazionale a favore di prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono in Italia, previa autorizzazione del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro degli affari esteri. La disposizione del TUI ha specificato che tali prestazioni possono essere effettuate nell'ambito di «programmi umanitari», e riguardano cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione europea: anche in questo caso, sebbene la legge non lo specifichi, tale permesso è rilasciato a vantaggio di stranieri i quali necessitino di cure «non effettuabili nei loro Paesi d'origine per carenza di strutture sanitarie adeguate o di personale medico in possesso di specializzazioni appropriate agli interventi richiesti». Detti programmi possono essere realizzati o a livello nazionale o in ambito regionale: nel primo caso occorre un'autorizzazione del Ministero della salute (che individua anche la struttura sanitaria e garantisce la copertura delle spese sanitarie necessarie (ma non quelle di viaggio né di soggiorno al di fuori della struttura); nel secondo caso, invece, sono le Regioni che autorizzano le Asl e le Aziende ospedaliere ad effettuare le prestazioni necessarie. Le Regioni possono intervenire qualora nei Paesi di provenienza non esistano o non siano facilmente accessibili competenze medico-specialistiche per il trattamento di gravi patologie o non sono in vigore accordi di reciprocità relativi all'assistenza sanitaria, ovvero nel caso di stranieri i cui Paesi di appartenenza versino in situazioni contingenti per cui non sono attuabili gli accordi in vigore per l'assistenza sanitaria nazionale.

⁴⁴ Si veda in particolare il sito web <https://www.salute.gov.it> – sez. “Autorizzazione all'ingresso per cure in Italia di cittadini extracomunitari” (ultimo accesso 20.9.2023). Evidenziano tale richiesta anche A. BRAMBILLA, M. CASTIGLIONE, *Diritto alla salute*, cit., 237, che ritengono che detto permesso possa essere rilasciato soltanto agli stranieri provenienti da Paesi «nei quali non esistono o non sono facilmente accessibili competenze medico specialistiche per il trattamento di specifiche patologie».

⁴⁵ Come stabilisce l'art. 36, terzo comma, TUI, in virtù della modifica introdotta dall'art. 1, primo comma, lett. i), del d.l. n. 130/2020.

6. I permessi di soggiorno per cure mediche nella prassi: qualche dato su cui riflettere

Può essere utile, a questo punto, svolgere una breve analisi sui dati relativi agli ultimi permessi indicati: dati rilasciati, su esplicita richiesta di chi scrive, dal Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione centrale dell'immigrazione e della polizia delle frontiere⁴⁶.

Partiamo dai numeri relativi ai permessi di soggiorno ex art. 19, secondo comma, TUI (ovvero, lo si ricorda, relativi a coloro che già si trovano sul territorio dello Stato e non possono fare rientro nel loro Paese per motivi di salute). I numeri forniti sono suddivisi per periodi, legati alla vigenza delle diverse normative che si sono succedute: il che consente anche un confronto sugli effetti della normativa in ordine all'ampliamento o al restringimento delle varie politiche adottate.

Il primo periodo considerato è quello intercorrente tra il 4 ottobre 2018 (ovvero la data di entrata in vigore del d.l. n. 113/2018, che ha introdotto questo tipo di permesso) e il 20 ottobre 2020, ovvero la data di entrata in vigore del d.l. n. 130/2020 (che ha modificato, come si è detto, le fattispecie previste per il rilascio del permesso). In questo periodo il numero complessivo di permessi rilasciati è stato pari a 6641, e dunque a una media (utile per operare un raffronto con i periodi successivi) di circa 271 permessi al mese⁴⁷. Analizzeremo subito avanti la distribuzione geografica sia delle questure rilascianti che dei Paesi di provenienza degli stranieri.

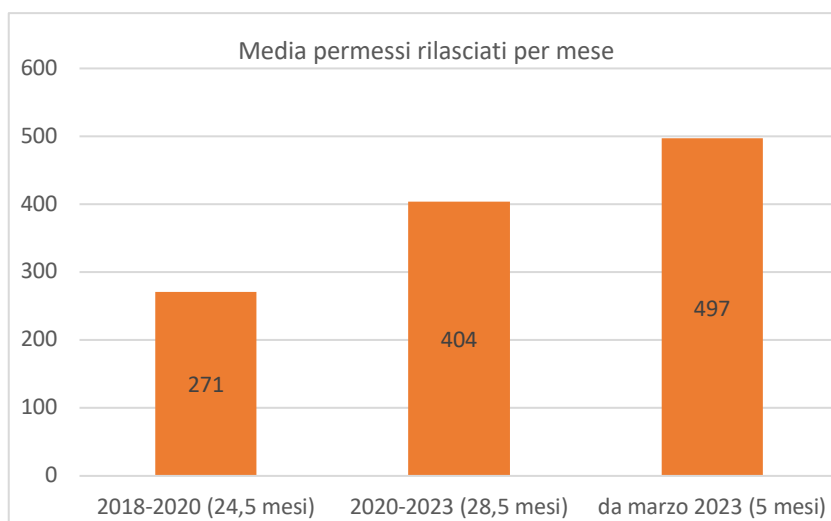
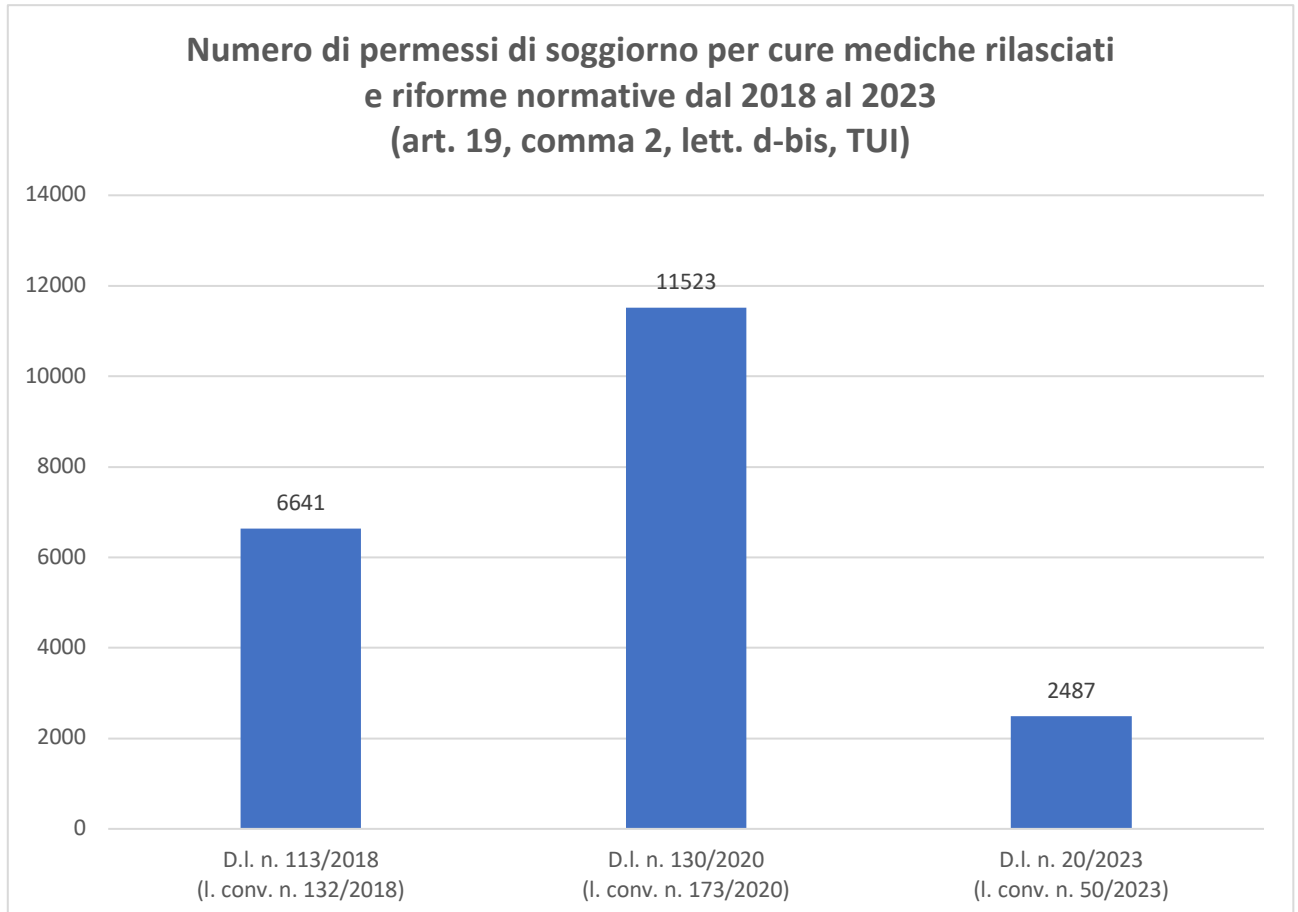
Dalla data di entrata in vigore del d.l. n. 130/2020 (21 ottobre 2020) fino all'entrata in vigore del d.l. n. 20/2023 (9 marzo 2023), il numero complessivo è salito a 11.523, pari dunque a una media di circa 404 mensili. Ciò significa, in termini numerici, che il numero di permessi rilasciati con la normativa approvata con il Governo Conte II ha quasi raddoppiato il numero di permessi di soggiorno rilasciati per cure mediche: dato da non attribuire interamente al mutamento della disciplina, in quanto potrebbe essere conseguente anche da altri fattori (ad esempio un aumento del numero complessivo degli stranieri presenti sul territorio italiano; un'incidenza del diffondersi di particolari patologie, quali ad esempio il Covid-19; e così via). Tuttavia una qualche connessione tra allargamento dei presupposti e numero di permessi potrebbe essere plausibile.

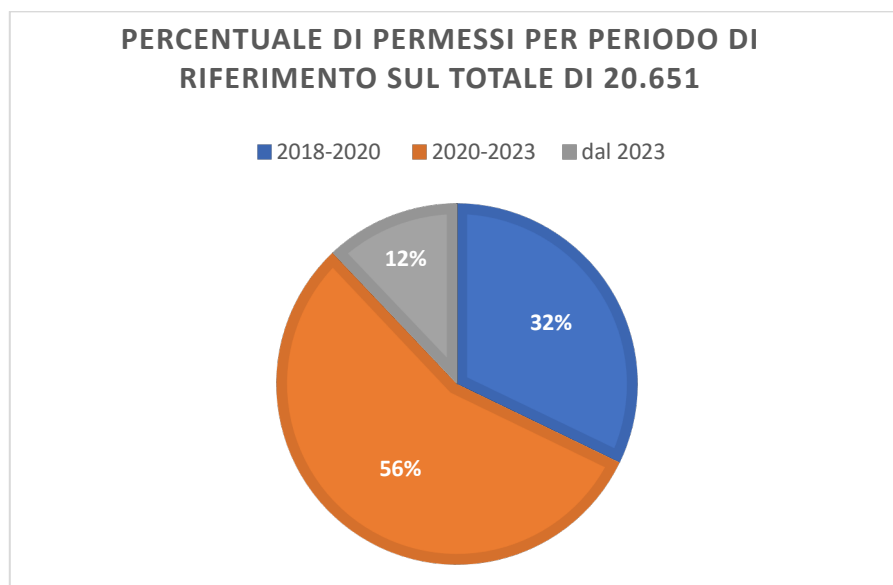
Il terzo arco temporale considerato è abbastanza breve, e riguarda i primi cinque mesi di vigenza del d.l. 20/2023: in tale periodo il numero complessivo di permessi rilasciati è stato di 2487, per una media mensile pari a circa 497. Dunque si è registrato un aumento consistente anche rispetto al periodo precedente: ancora più rilevante se si pensa all'avvenuto superamento del possibile effetto-Covid. In generale, va osservato che il ripristino della previsione del 2018 (lo si ricorda: dalle «*gravi condizioni psicofisiche o derivanti da gravi patologie*» previsto dal d.l. del 2020 alle «*patologie di particolare gravità*» già previsto dal d.l. del 2018) non ha prodotto una riduzione del numero di permessi rilasciati. Considerando che tali ultime scelte sono state realizzate da un governo (quello presieduto da Giorgia Meloni) che sul tema dell'immigrazione esprime la volontà di adottare politiche restrittive, e considerando altresì che anche la misura in questione era stata adottata con questo intento, si può ritenere che essa si sia rilevata – alla luce dei numeri – inadeguata rispetto allo scopo.

⁴⁶ I dati richiesti a seguito di accesso civico generalizzato sono aggiornati al 10 agosto 2023.

⁴⁷ In merito alla media di permessi rilasciati, il dato risultante dalla divisione tra il totale dei permessi rilasciati per arco temporale e il numero di mesi considerato (incluse frazioni di mese) è stato arrotondato all'unità.

Nei grafici seguenti vengono riportati il numero complessivo dei permessi rilasciati per i tre periodi considerati, la percentuale sul totale dei permessi rilasciati dal 2018 a oggi e la media dei permessi rilasciati per mese:





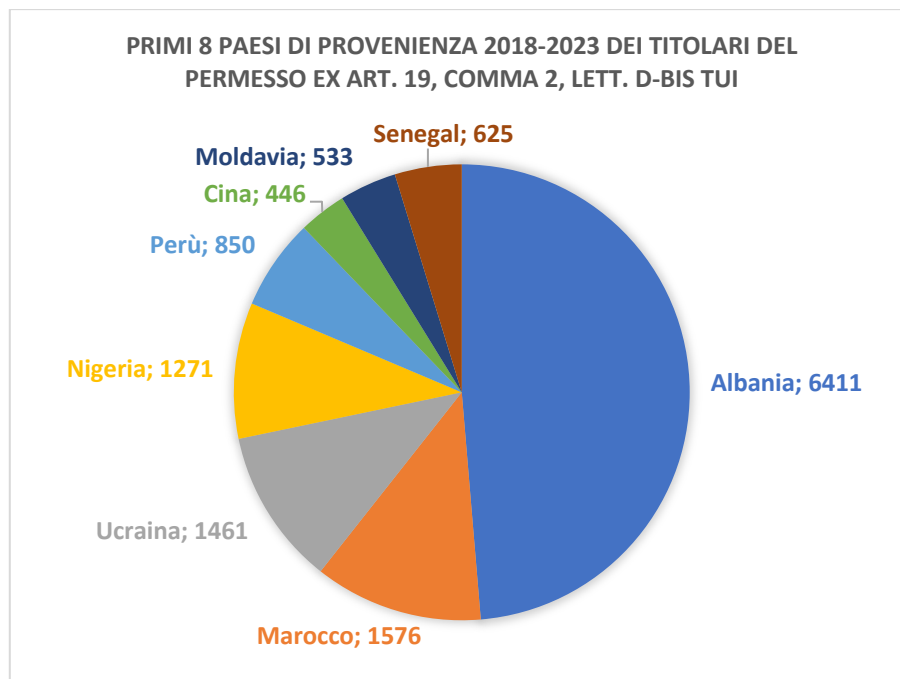
Per quanto attiene alla distribuzione territoriale delle questure che hanno rilasciato i permessi, la tendenza generale sembra essere abbastanza coerente con le percentuali relative alla presenza di stranieri sul territorio nazionale: più del 50% dei permessi è rilasciato nel nord del Paese (compresa l'Emilia-Romagna), di cui il 10% circa nel solo territorio di Milano; circa il 25% da questure del centro Italia, e la restante parte da quelle del sud e delle isole. Può essere utile considerare il dato relativo all'intero territorio siciliano, che sebbene oggetto di arrivi numericamente consistenti da Paesi terzi, registra un numero complessivo di permessi di questo tipo particolarmente limitato (nei vari periodi considerati oscilla – complessivamente per le nove province – tra il 4,5 e il 6% dei permessi complessivi).

Di maggiore interesse è il dato relativo ai Paesi di provenienza degli stranieri che ottengono questo particolare permesso: in tutti e tre i periodi considerati il Paese nettamente più rappresentato è l'Albania, che nel primo periodo fa registrare ben 2131 permessi su un totale di 6641 (il 32% circa); nel secondo 3527 su un totale di 11523 (30,6%); e, nel terzo, 753 permessi su un numero complessivo di 2487 (30,2%). Si tratta di un dato che desta un qualche motivo di riflessione, specie considerando che (al 1° gennaio 2022) il numero di cittadini albanesi residenti in Italia risultava pari a circa l'8,3% del numero totale di stranieri. A netta distanza seguono gli altri Paesi: nel primo periodo di tempo considerato il Marocco e l'Ucraina (poi la Nigeria e il Perù); analogamente nel secondo, con l'Ucraina che ha superato il Marocco (in questo periodo è scoppiata la guerra tra Russia ed Ucraina), poi ancora Nigeria e Perù; nel terzo Marocco e Nigeria (poi Ucraina e Perù). Oltre al dato dell'Albania, e tralasciando l'Ucraina per la quale hanno sicuramente inciso le vicende legate alla guerra, merita considerare che la media del numero di permessi rilasciati a cittadini nigeriani e peruviani è superiore rispetto alla media del numero degli stessi presenti in Italia⁴⁸, mentre quella del Marocco è leggermente inferiore. Come pure merita sottolineare che tutti gli altri Paesi maggiormente rappresentati in Italia hanno medie di permessi ex art. 19, secondo comma, inferiori rispetto alla media di presenze sul territorio: in

⁴⁸ Per la precisione: per la Nigeria la media – complessiva nei tre periodi considerati – di permessi rilasciati è di 6,2%, a fronte di una presenza pari al 2,3% di nigeriani regolarmente presenti; per il Perù la media è di 4,1%, a fronte di una presenza pari a 1,9%.

particolare la Cina ha il 6% della popolazione straniera residente, ma soltanto il 2,1% di permessi per cure mediche; l'India ha il 3,2% della popolazione straniera ma soltanto lo 0,9% di permessi di questo tipo, e così pure le Filippine (3,1% di popolazione, 0,7% di permessi). Potrebbe pensarsi che dietro a queste cifre si nascondano ragioni di carattere culturale o la maggiore o minore conoscenza di questa tipologia di permesso, ma non siamo in grado di approfondire questo tema.

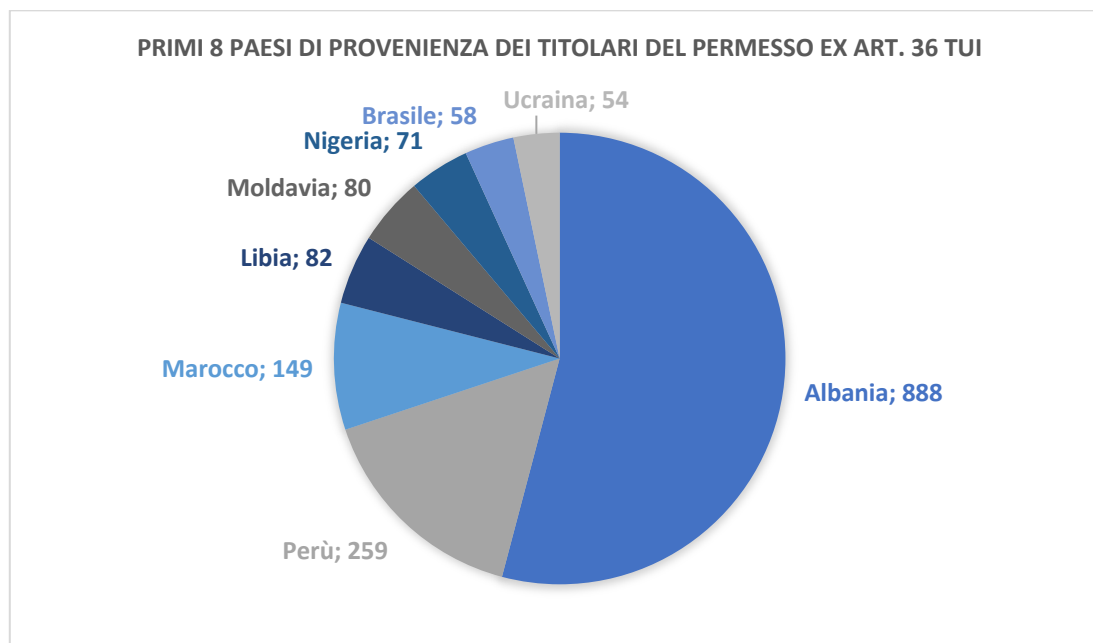
Nel grafico seguente vengono indicati i numeri di permesso di soggiorno rilasciati ai sensi dell'art. 19 TUI da ottobre 2018 ad agosto 2023, considerando in particolare i primi 8 Paesi di provenienza per numero di permessi:



Per quanto riguarda invece il permesso di soggiorno ex art. 36 TUI (quello, come si è detto, di cui possono godere coloro che dall'estero intendano venirsi a fare curare in Italia), il numero complessivo dei permessi rilasciati ad agosto 2023 è di 2349⁴⁹. In questo caso la distribuzione geografica delle sedi di rilascio è almeno in parte diversa, probabilmente in quanto legata alle strutture sanitarie in cui gli stranieri vengono curati ed ai centri sanitari ove determinate patologie sono maggiormente seguite: così che il territorio con maggior numero di permessi rilasciati non è Milano (che risulta al secondo posto) bensì Roma, cui seguono Milano, Torino e Firenze. Non cambia invece la nazionalità di chi ne usufruisce: ancora una volta i cittadini albanesi risultano in forte maggioranza (888 permessi totali, il

⁴⁹ Per avere un raffronto rispetto alle altre tipologie di permessi di soggiorno preme evidenziate che, nel corso del 2021, il numero dei permessi di soggiorno rilasciati in totale è 242.000, di cui circa la metà (50,9%) è stata rilasciata per motivi familiari e il 21,1% per lavoro. Per asilo e motivi umanitari sono stati rilasciati il 12,9% dei permessi, mentre i permessi per studio e per ragioni di salute, religione e scelta dell'Italia come residenza rappresentano, rispettivamente, il 7,3% e il 7,9% del totale. Per un quadro di tali dati cfr. Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *XIII Rapporto annuale. Gli stranieri nel mercato del lavoro in Italia*, agosto 2023, 12 (<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita-immigrazione/focus/xiii-rapporto-mdl-stranieri-2023>).

37,8%), seguiti a netta distanza dai peruviani (259, l'11%) e dai cittadini marocchini (149, il 6,3%). In questo caso il dato sull'Albania può risultare un po' più giustificato dalla vicinanza territoriale dall'Italia e – probabilmente – dal livello dell'assistenza sanitaria garantita in quel Paese (almeno raffrontata con quella italiana).



Da segnalare che, a conferma del fatto che questo permesso di soggiorno può essere rilasciato indipendentemente dalla condizione del sistema sanitario di provenienza, vi sono anche alcuni casi (sebbene numericamente limitati) di permessi rilasciati a cittadini statunitensi, del Regno Unito, dell'Australia, del Giappone e così via. Non è dato da sapere se tali cittadini, nel formulare la propria richiesta, vi abbiano allegato (come richiesto da Ministro della salute) la «documentazione medica rilasciata dal Paese di provenienza (in lingua italiana o inglese) comprovante la necessità dell'intervento sanitario oggetto della richiesta e la *non curabilità in patria* su carta intestata sottoscritta e timbrata».

7. Restare sul territorio per motivi di salute: i limiti all'allontanamento dello straniero

Come si è visto, la tutela della salute dello straniero può costituire un motivo non solo per fare ingresso sul territorio ma anche per restarvi, chiedendo il rilascio di permesso di soggiorno ex art. 19, comma 2, lett. d-bis, TUI in relazione alle gravi condizioni psicofisiche o derivanti da gravi patologie di cui si è affetti. Sempre per ragioni di salute lo straniero non regolarmente presente sul territorio può anche impugnare un eventuale provvedimento di espulsione emesso nei suoi confronti. Del resto il permesso sopra citato è previsto proprio nella disposizione dedicata ai divieti di espulsione e respingimento, ove si afferma espressamente che non può disporsi l'espulsione (salvo che per motivi di ordine pubblico o di sicurezza dello Stato) degli stranieri che versano in condizioni di salute derivanti da patologie di particolare gravità, non adeguatamente curabili nel Paese di origine (a cui consegue il rilascio di detto permesso).

Tuttavia, anche prima della riforma del 2018, la giurisprudenza aveva chiarito l'esistenza di un divieto di espulsione dello straniero non regolarmente soggiornante sul territorio per motivi di salute. In particolare, ci si interrogò sulla legittimità costituzionale del previgente art. 19 TUI proprio nella parte in cui non prevedeva un espresso divieto di espulsione dello straniero che, essendo entrato irregolarmente nel territorio dello Stato, vi permanesse al solo scopo di terminare un trattamento terapeutico essenziale in relazione alle sue pregresse condizioni di salute. A prescindere da una espressa previsione in tal senso, la Corte costituzionale chiarì che lo straniero presente, anche irregolarmente, nello Stato ha diritto di fruire di tutte le prestazioni che risultino indifferibili e urgenti, secondo i criteri indicati dall'art. 35 TUI e che, di fronte ad un ricorso avverso un provvedimento di espulsione, qualora vengano invocate fondate esigenze di salute dell'interessato, «si dovrà provvedere di conseguenza, non potendosi eseguire l'espulsione nei confronti di un soggetto che potrebbe subire, per via dell'immediata esecuzione del provvedimento, un irreparabile pregiudizio a tale diritto»⁵⁰.

Del resto, e più in generale, a presidio della tutela della salute dello straniero non in regola con le norme sull'ingresso e il soggiorno il TUI prevede, fin dalla sua entrata in vigore nel 1998, un esplicito divieto di segnalazione dello straniero non regolarmente soggiornante che abbia accesso alle strutture sanitarie⁵¹. Tale divieto, come è stato osservato⁵², costituisce una delle condizioni individuate dal legislatore al fine di garantire l'attuazione del nucleo essenziale del diritto alla salute, senza il quale la costruzione garantistica assicurata dal sopracitato art. 35 sarebbe destinata a perdere la propria effettività. Anche a tali cittadini stranieri sono infatti assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva, garantendo in particolare: la tutela sociale della gravidanza e della maternità; la tutela della salute del minore; le vaccinazioni; gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive e l'eventuale bonifica dei relativi focolai.

Numerosi sono i ricorsi avverso provvedimenti di espulsione nei quali sono stati adottati motivi di salute, offrendo dunque alla giurisprudenza la possibilità di precisare la portata delle «cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché non continuative», di cui all'art. 35, comma 3, TUI, la cui fruizione è tale da costituire un limite all'allontanamento dal territorio.

La questione controversa ha riguardato, in primo luogo, l'ambito di estensione di tali cure, soprattutto con riferimento ai trattamenti post operatori, riabilitativi di mantenimento o controllo. Un primo e più risalente orientamento fa rientrare in tale nozione soltanto le cure urgenti o comunque essenziali per

⁵⁰ Corte cost. sent. 252/2001, cit. Il caso riguardava un cittadino senegalese che aveva subito un'amputazione alla gamba nel paese di origine e che si era recato in Italia senza validi documenti di soggiorno per la sostituzione della protesi inadeguatamente applicata.

⁵¹ In particolare l'art. 35, comma 5, TUI prevede che «l'accesso alle strutture sanitarie [...] non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano».

⁵² Sul punto S. PENASA, *Diritto alla salute, diritto di tutti? Riflessioni a prima lettura sulle possibili innovazioni legislative in materia di accesso alle cure degli stranieri irregolari*, in www.forumcostituzionale.it. Più in generale, in riferimento alla salute degli stranieri, si veda E. GROSSO, *Stranieri irregolari e diritto alla salute: l'esperienza giurisprudenziale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e Salute*, Padova, 2007, 157 ss.

l'immediata sopravvivenza dello straniero non regolarmente presente sul territorio⁵³; un secondo orientamento tende invece a ricomprendervi anche le terapie necessarie a ristabilire il benessere fisico e psichico del paziente (es. riabilitazione)⁵⁴. Tale garanzia comprenderebbe cioè non soltanto le prestazioni rese nell'area del pronto soccorso e della medicina d'urgenza, ma si estenderebbe anche a tutte quelle prestazioni essenziali per la vita dello straniero che i presidi sanitari pubblici possono fornire, compresi gli interventi ritenuti necessari per l'eliminazione di una patologia e le cure ambulatoriali da completare nell'arco di tempo necessario e sufficiente secondo la scienza medica⁵⁵.

Pertanto, se in un primo momento la Corte di Cassazione aveva ritenuto che i trattamenti di mantenimento o controllo, «pur se indispensabili ad assicurare una *spes vitae* per il paziente, [fuoriuscivano] dalla correlazione strumentale con l'efficacia immediata dell'intervento sanitario indifferibile e urgente», non giustificando la permanenza nel territorio dello straniero⁵⁶, si è poi chiarito che l'essenzialità delle cure può far riferimento anche alle «semplici somministrazioni di farmaci quando si tratti di terapie necessarie a eliminare rischi per la vita o il verificarsi di maggiori danni alla salute, in relazione all'indisponibilità dei farmaci nel paese verso il quale lo straniero dovrebbe essere espulso»⁵⁷. Secondo tale ultima posizione, dunque, la garanzia del diritto fondamentale alla salute del cittadino straniero comprende non solo le prestazioni di pronto soccorso e di medicina d'urgenza ma anche tutte le altre prestazioni essenziali per la vita⁵⁸.

⁵³ Al riguardo cfr. Cass., Sez. I, sent. 14 dicembre 2001, n. 15830, con la quale è stato negato il diritto all'assistenza allo straniero entrato irregolarmente sul territorio e tossicodipendente, perché l'assistenza di cui all'art. 35 TUI riguarda cure urgenti ed essenziali, mentre la tossicodipendenza è considerata «uno stato patologico» e in particolare «una malattia cronica dalla quale non necessariamente deriva un imminente pericolo di vita».

⁵⁴ Secondo quest'ultimo arresto giurisprudenziale, allo straniero non può essere applicata temporaneamente la misura dell'espulsione dal territorio nazionale fino a che le terapie (altrimenti non realizzabili nel paese di origine dello straniero), necessarie a ristabilire il proprio benessere fisico e mentale, siano completate e persista una possibile ripercussione negativa sulla sua integrità fisica.

⁵⁵ Cfr. Cass., Sez. I, 22 settembre 2006, n. 20561. Il caso riguardava un cittadino peruviano che si era sottoposto a un intervento chirurgico alla retina e che, in attesa di un secondo intervento, che doveva subire dopo pochi mesi, effettuava periodiche sedute di laser-terapia, necessarie per il recupero della funzione visiva. La Corte di cassazione ha ritenuto che nel concetto di terapie essenziali e continuative debbano rientrare anche le cure ambulatoriali effettuate tra il primo intervento chirurgico e il secondo, estendendo quindi la portata dell'art. 35 TUI anche a tutte quelle prestazioni essenziali per la vita che debbano «essere completate nell'arco di tempo necessario e sufficiente secondo la scienza medica». Al riguardo cfr. il commento di C. LAZZERI, *Il diritto alla salute e la nuova apertura della Corte di cassazione*, in *Dir. imm. e citt.*, 1, 2007, 86 ss. In riferimento alla necessità di superare un'interpretazione restrittiva dell'art. 35, comma 3, in relazione alle cure continuative, cfr. già A. ORITI, *Accesso alle cure degli stranieri presenti in Italia*, in *Dir. imm. e citt.*, 4, 2005, 90. In giurisprudenza si vedano anche Cass., sent. n. 1690/2005 e sent. n. 7615/2011.

⁵⁶ Sul punto si veda Cass., Sez. I, 24 gennaio 2008, n. 1531, in riferimento a una terapia anticoagulante post operatoria, in relazione alla quale la Corte afferma come sia «lo stesso ricorrente ad affermare che la ragione della pretesa protrazione della inespellibilità, pur dopo gli interventi del 2003 e del 2004, sta nella necessità di terapie anticoagulanti e di continuativi controlli della coagulazione, le une e gli altri destinati a durare per tutta la sua vita: in tal guisa è reso palese che la situazione prospettata non può rientrare, come con diversa e concisa motivazione intuito dal Giudice del merito, nella norma di cui all'art. 35 del T.U. semmai configurandosi un quadro suscettibile di valutazione ai sensi e per gli effetti del successivo art. 36».

⁵⁷ Cfr. Cass., Sez. Un., 5 giugno 2012 - 10 giugno 2013, n. 14500.

⁵⁸ Sul punto si veda anche Cass, Sez. VI Civ., ordinanza 27 giugno 2016, n. 13252.

In merito poi alle conseguenze dell'espulsione sullo stato di salute dello straniero, il giudice è chiamato a valutare se la specifica patologia di cui è affetta la persona può ottenere o meno cure adeguate nel paese di origine, non potendo limitarsi in modo apodittico a rilevare che detto paese sia (o non sia) idoneo alla somministrazione di farmaci⁵⁹. Significativa a tal proposito è anche la possibilità o meno di fruire di esami strumentali in maniera continuativa ovvero gratuita⁶⁰.

Preme infine evidenziare che anche nel giudizio di bilanciamento tra le esigenze di ordine pubblico e la tutela del diritto alla salute dello straniero, «la valutazione della sussistenza del requisito della pericolosità sociale dello straniero va effettuata in concreto ed all'attualità, tenendo conto dell'esame complessivo della sua personalità, desunta dalla condotta di vita e dalle manifestazioni sociali nelle quali quest'ultima si articola, senza limitarsi ad una mera valutazione dei precedenti penali»⁶¹. Da tale consolidato orientamento si desume che anche l'espulsione dello straniero, che sia fondata su precedenti penali, può trovare un limite rispetto alla sua complessiva condotta di vita nella quale non può non rientrare il profilo della tutela della salute, nel caso in cui lo Stato di provenienza non assicuri cure ed esami adeguati.

8. Salute ed espulsione dello straniero nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo e della Corte di Giustizia dell'Unione europea

In tema di tutela della salute dello straniero e dei limiti al suo allontanamento, significativi contributi sono offerti anche dalla Corte europea dei diritti dell'uomo (In seguito Corte EDU) e della Corte di Giustizia dell'Unione europea (in seguito CGUE).

In particolare, nell'ambito della Convenzione europea dei diritti dell'uomo, decisivo è stato il riferimento all'art. 3, per il quale nessuno può essere sottoposto a tortura o a trattamenti inumani o degradanti. Tale previsione, pur non essendo espressamente riferita alla salute (come del resto la Convenzione in generale), ha comunque consentito una tutela «*par ricochet*» di tale diritto, che scatta cioè di riflesso come corollario del divieto di infliggere, anche indirettamente, trattamenti inumani e degradanti⁶². In questa direzione, la Corte EDU ha dunque potuto valutare la conformità a Convenzione di tutti quei provvedimenti di espulsione che hanno inciso sulla salute dello straniero e sulla fruizione di cure mediche.

⁵⁹ Cass. Sez. I Civ., ordinanza 9 gennaio 2020, n. 272.

⁶⁰ Cass. Sez. VI Civ., ordinanza n. 710 del 25 novembre 2022, dep. 12 gennaio 2023, ove si chiarisce altresì il bene giuridico protetto dal divieto di espulsione di cui all'art. 19, comma 2, lett. d-bis, TUI.

⁶¹ Si richiamano sul punto anche Cass., n. 23423/22, n. 24148/20, n. 20692/19.

⁶² Tale tecnica è stata utilizzata dalla Corte anche in materia di asilo e in riferimento alle condizioni di detenzione. Sul punto si veda A. SACCUCCI, *Diritto di asilo e Convenzione europea dei diritti umani*, in C. FAVILLI (a cura di), *Procedure e garanzie del diritto di asilo*, Padova, 2011, 150. Per un approfondimento, cfr. A. GUAZZAROTTI, *Giurisprudenza CEDU e giurisprudenza costituzionale sui diritti sociali a confronto*, www.gruppodipisa.it, 2012, 4, il quale mette comunque in luce la diversità dei "cataloghi costituzionali" tra Corte costituzionale e Corte europea dei diritti dell'uomo e la portata della tutela conseguentemente riconosciuta al diritto alla salute. Sulle condizioni di salute e l'obbligo di *non-refoulement* nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, cfr. A. BRAMBILLA, M. CASTIGLIONE, *Diritto alla salute, divieto di respingimento e forme di protezione*, cit., 219 ss.

A tal riguardo, meritevole di attenzione è il caso *D. c. Regno Unito*⁶³, nel quale la Corte EDU ha evidenziato come l'espulsione degli stranieri debba essere eseguita in conformità ai principi della Convenzione, tra cui l'art. 3 CEDU, che sancisce uno dei valori fondamentali delle società democratiche e deve essere applicato con «sufficiente flessibilità», anche nei casi in cui la fonte del rischio del «trattamento inumano» nel Paese di destinazione derivi da fattori che non possono coinvolgere, direttamente o indirettamente, la responsabilità delle autorità pubbliche di tale paese ma anche ragioni relative all'eventuale peggioramento delle condizioni mediche della persona. In questo contesto la Corte ha evidenziato che, qualora la sospensione delle cure mediche comporti conseguenze drammatiche per la vita della persona, anche tenuto conto delle condizioni in cui essa si troverebbe nel paese di destinazione⁶⁴, l'esecuzione dell'ordine di espulsione potrebbe configurare un trattamento inumano in violazione dell'articolo 3 CEDU.

In altri casi, invece, la non gravità della malattia, la possibilità di ricevere cure nel paese di origine, sebbene a costi più elevati, ovvero la presenza di una rete parentale di supporto e cura hanno escluso la violazione del citato art. 3⁶⁵. Il fatto che, in caso di espulsione, la situazione sanitaria dello straniero possa aggravarsi, fino a mettere in discussione l'aspettativa di vita, non è, dunque, in sé sufficiente a dare luogo a una violazione dell'articolo 3 CEDU, ma è suscettibile di rilevare soltanto in casi eccezionali, ossia quando gli argomenti di ordine umanitario da opporre all'espulsione siano gravi e imperativi. Così, nel successivo caso *N. c. Regno Unito*⁶⁶, la Corte EDU riconosce che, se è vero che i progressi della medicina e le differenze socio-economiche tra i vari Paesi fanno sì che il livello di trattamento sanitario possa essere differente tra Stato territoriale e Stato d'origine dello straniero, l'articolo 3 CEDU non pone a carico del primo l'obbligo di rimediare a tali differenze fornendo cure sanitarie gratuite e illimitate a tutti gli stranieri che hanno perso il diritto di restare nel suo territorio. Conclusioni differenti potrebbero comportare, a parere della Corte, un carico eccessivo per lo Stato d'accoglienza. Al riguardo la Corte osserva come «insita in tutta la Convenzione sia la ricerca di un giusto equilibrio tra le esigenze dell'interesse generale della comunità e gli imperativi della salvaguardia dei diritti fondamentali dell'individuo».

Tale posizione, attenta anche all'impatto che la garanzia di un tale diritto può avere nei sistemi sanitari dei Paesi di destinazione, ha trovato una più recente evoluzione nel successivo caso *Paposhvili c.*

⁶³ Corte EDU, sent. 2 maggio 1997, *D. c. Regno Unito*. Il caso riguardava un cittadino di St. Kitts, gravemente malato, che era stato condannato per un reato connesso a questioni di droga e per tale ragione ne era stata disposta l'espulsione.

⁶⁴ Si veda in particolare il caso *D. c. Regno Unito*, cit., § 52. Al riguardo si veda anche Corte EDU, sent. 7 settembre 1998, *B.B c. Francia*, concluso con la cancellazione della causa dal ruolo a seguito dell'impegno della Francia a non espellere lo straniero.

⁶⁵ La Corte non ha ravvisato una violazione della Convenzione nel caso *Karara c. Finlandia*, decisione della Commissione del 29 maggio 1998, in cui la malattia non era in fase avanzata, e nel caso *S.C.C. c. Svezia*, sent. 15 febbraio 2000, nel quale la Corte specifica che le cure necessarie erano comunque disponibili nel paese di origine sebbene a costi notevoli. In ragione dello stadio non avanzato della malattia e del sostegno della rete parentale si vedano anche i seguenti casi: *Ndangoya c. Svezia*, 22 giugno 2004; *Amegnigan c. Paesi Bassi*, 25 novembre 2004; *Arcila Henao c. Paesi Bassi*, 24 giugno 2003, e *Bensaid c. Regno Unito*, 6 febbraio 2001.

⁶⁶ Si veda Corte EDU, sent. 27 maggio 2008, *N. c. Regno Unito*, § 44, riguardante l'espulsione di un cittadino straniero, originario dell'Uganda, e affetto da HIV. Nel caso era stata invocata anche la violazione dell'art. 8 CEDU, come diritto al rispetto della propria vita privata.

Focus on

Belgio, anche alla luce dell'art. 8 CEDU. In primo luogo la Corte chiarisce l'ambito di quei "casi eccezionali" che nei suoi precedenti hanno portato ad affermare una violazione dell'art. 3 CEDU, riferendosi in particolare a quelle situazioni nelle quali, pur non correndo un rischio di morte imminente, la persona «correrebbe un rischio reale, a causa dell'assenza di cure adeguate nel Paese ricevente o della mancanza di accesso alle cure tale trattamento, di essere esposto a un peggioramento grave, rapido e irreversibile del proprio stato di salute, che comporti un'intensa sofferenza o una significativa riduzione della speranza di vita»⁶⁷. A tal fine spetta ai ricorrenti fornire elementi idonei a dimostrare che esistono fondati motivi per ritenere che, qualora la misura censurata venisse attuata, essi sarebbero esposti ad un rischio concreto di essere sottoposti a trattamenti contrari all'articolo 3 CEDU e gli Stati sono conseguentemente chiamati a verificare, caso per caso, se le cure generalmente disponibili nello Stato di destinazione siano sufficienti e adeguate nella pratica per il trattamento della malattia del richiedente. Al riguardo, la Corte chiarisce che «il punto di riferimento non è il livello di assistenza esistente nello Stato di rimpatrio; non si tratta di accertare se le cure nello Stato di destinazione sarebbero equivalenti o inferiori a quelle fornite dal sistema sanitario nello Stato di rimpatrio. Né è possibile ricavare dall'art. 3 un diritto a ricevere nello Stato ricevente cure specifiche di cui non può usufruire il resto della popolazione»⁶⁸. Chiarito tale profilo, le autorità statali sono comunque chiamate a considerare in che misura la persona avrà effettivamente accesso alle cure nello Stato ricevente, considerando il costo dei farmaci e delle cure, l'esistenza di una rete sociale e familiare, nonché la distanza da percorrere per avere accesso alle cure necessarie. Qualora permangano ancora dubbi sul possibile impatto dell'allontanamento, «lo Stato di rimpatrio deve ottenere misure individuali e sufficienti garanzie da parte dello Stato ricevente, come preconditione per l'allontanamento, che le persone interessate avranno a disposizione e potranno accedere a cure adeguate affinché non si trovino in una situazione contraria all'articolo 3»⁶⁹.

In tale contesto lo Stato può anche essere chiamato a verificare, ai sensi dell'art. 8 CEDU, «il grado di dipendenza del ricorrente dalla sua famiglia a causa del peggioramento del suo stato di salute» e in particolare – anche qualora non sia integrata una violazione dell'art. 3 CEDU ai sensi di quanto sopra chiarito – le conseguenze dell'allontanamento sulla vita familiare del ricorrente, dovendo se del caso valutare tale profilo ai fini del rilascio di un permesso di soggiorno necessario a trascorrere con i propri familiari la residua parte della propria vita⁷⁰. Nel caso *Savran c. Danimarca* viene inoltre ribadita la necessità che ogni espulsione, anche se conseguente alla commissione di reati, sia comunque necessaria in una società democratica, tenendo anche conto dell'eventuale salute mentale del ricorrente e della durata del suo soggiorno nello Stato⁷¹.

Sulle condizioni di salute di uno straniero in caso di allontanamento, possono richiamarsi, seppur brevemente, anche alcuni casi analizzati dalla Corte di Giustizia dell'Unione europea sia in relazione

⁶⁷ Corte EDU, GC, *Paposhvili c. Belgium*, sent. 13 dicembre 2016, § 183.

⁶⁸ Cfr. *Paposhvili c. Belgium*, cit., § 189.

⁶⁹ In materia di garanzie individuali, la Corte EDU richiama anche *Tarakhel v. Svizzera*, sent. 4 novembre 2014, § 120.

⁷⁰ Cfr. *Paposhvili c. Belgium*, cit., § 225.

⁷¹ Corte EDU, GC, *Savran c. Danimarca*, sent. 7 dicembre 2021, § 194 in part. Per un approfondimento di tale giurisprudenza si veda Corte EDU, *Guide on the case-law of the European Convention on Human Rights*, 31 agosto 2022, § 6, disponibile al sito https://www.echr.coe.int/documents/d/echr/Guide_Immigration_ENG.

all'interpretazione della direttiva 2008/115/CE in tema di rimpatrio, sia in relazione al trasferimento dei richiedenti asilo da uno Stato membro ad un altro ai fini all'esame della domanda di asilo.

Sotto il primo profilo, la Corte ha chiarito che l'articolo 5 della direttiva 2008/115, in combinato disposto con gli articoli della Carta dei diritti fondamentali dell'UE in tema di divieto di trattamenti inumani e degradanti⁷², deve essere interpretato nel senso che esso osta all'adozione di una decisione di rimpatrio o di un provvedimento di allontanamento nei confronti di uno straniero 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». Inoltre, le condizioni di salute di tale cittadino e le cure che riceve in detto territorio per tale malattia devono essere prese in considerazione, insieme a tutti gli altri fattori pertinenti, dall'autorità nazionale competente nel valutare se il diritto al rispetto della vita privata di tale cittadino sia violato in caso di allontanamento dal territorio.

Sotto il secondo profilo, nell'interpretazione delle regole previste dal c.d. regolamento Dublino III (che stabilisce i criteri e i meccanismi di determinazione dello Stato membro competente per l'esame di una domanda di protezione internazionale nell'Unione europea), la Corte di Giustizia ha chiarito che «il trasferimento di un richiedente asilo nel contesto del regolamento n. 604/2013 può essere effettuato solo in condizioni in cui sia escluso che detto trasferimento comporti un rischio reale e acclarato che l'interessato subisca trattamenti inumani o degradanti, ai sensi di tale articolo»⁷³. Pertanto, se un disturbo mentale o fisico particolarmente grave comporta il rischio reale e acclarato di un deterioramento significativo e irrimediabile dello stato di salute dell'interessato, detto trasferimento costituisce un trattamento inumano e degradante. Spetta ovviamente alle autorità dello Stato membro che deve procedere al trasferimento eliminare qualsivoglia dubbio serio relativo all'impatto del trasferimento sullo stato di salute dell'interessato adottando le precauzioni necessarie affinché il suo trasferimento si svolga in condizioni che consentano di tutelare in modo adeguato e sufficiente le sue condizioni. Nell'ipotesi in cui si dovesse ritenere che lo stato di salute del richiedente asilo interessato non migliori a breve termine, o che una sospensione di lunga durata della procedura rischierebbe di aggravare lo stato dell'interessato, lo Stato membro può scegliere di esaminare esso stesso la domanda di asilo⁷⁴.

9. Conclusioni

Il presente contributo ha voluto mettere a fuoco la delicata relazione tra un diritto fondamentale come quello alla salute e (i limiti a) la discrezionalità dello Stato di autorizzare l'ingresso o la permanenza sul

⁷² Si veda Corte di giustizia UE, sent. 22 novembre 2022, C-69/21. Sono in particolare richiamati gli artt. 4 e 19, paragrafo 2, nonché l'art. 1 della Carta per la stretta connessione del divieto di trattamenti inumani e degradanti con la tutela della dignità della persona. Nella sentenza sono altresì richiamati i precedenti della Corte europea dei diritti dell'uomo sopra citati e l'art. 3 Cedu, attivando in tal modo un positivo dialogo tra Corti sovranazionali, su cui si veda il commento di V. Oddi, *L'estensione del diritto alla salute nella giurisprudenza di Lussemburgo: dalla disciplina del rimpatrio al MAE*, in www.sistemapenale.it, 12 gennaio 2023.

⁷³ CGUE, sent. 16 febbraio 2017, C-578/16.

⁷⁴ Si richiama a tal proposito la «clausola discrezionale» prevista dall'articolo 17, paragrafo 1, del regolamento Dublino.

territorio degli stranieri. Dalla rassegna sin qui condotta possono trarsi alcuni spunti conclusivi di valutazione.

In primo luogo, sebbene, come si è visto, la tutela della salute degli stranieri sia oggetto di attenzione da parte del legislatore (oltre che dell'ordinamento internazionale e della giurisprudenza), siamo ancora lontani da una tutela di essa quale stato «di completo benessere fisico, mentale e sociale»: piuttosto, sembra prevalente una concezione di salute come stato o rischio di malattia o infermità. E pare dunque lontana la prospettiva richiamata in apertura che connette la salute all'esistenza dei prerequisiti di pace, alloggio, istruzione, cibo, reddito, ecosistema stabile, risorse sostenibili, giustizia sociale ed equità. E ciò anche in relazione al riconoscimento del diritto di asilo, e in particolare degli status riferibili alla protezione internazionale (*status* di rifugiato e protezione sussidiaria), che vedono una tutela indiretta della salute come bene giuridico protetto perché strettamente connesso alla prevenzione di un rischio per la vita o di violenze conseguenti a «persecuzioni» o, più in generale, al «danno grave» che la persona potrebbe subire in caso di rientro nel Paese di origine. Mentre più diretta è la tutela della salute connessa al riconoscimento delle forme di protezione nazionale, tra cui in primo luogo la previgente protezione umanitaria e la successiva protezione speciale. Queste, nel riferirsi in modo più ampio all'osservanza di obblighi internazionali e costituzionali, nonché alla tutela della vita familiare e privata (almeno fino al 2023), hanno, infatti, lasciato un certo margine interpretativo all'autorità amministrativa e a quella giurisdizionale ai fini della valutazione, caso per caso, delle condizioni specifiche dei richiedenti e del loro stato di vulnerabilità.

Sul versante dell'ingresso e della permanenza sul territorio per motivi di salute, varie sono state le modifiche legislative che hanno interessato il TUI. A tal proposito, considerata la peculiarità del permesso per cure di mediche di cui all'art. 36 TUI, è il permesso di cui all'art. 19, comma 2, lett. *d-bis*), TUI a presentare significative potenzialità per la tutela della salute dello straniero, in parte ostacolate dagli oneri documentali, di non sempre facile adempimento, richiesti dalla normativa. I numeri dei permessi rilasciati a tal fine dal 2018 ad oggi, e pari a 20.651, dimostrano comunque un apprezzabile utilizzo di tale permesso che può rappresentare anche un percorso di “emersione” dalla condizione di irregolarità nella quale un migrante può trovarsi, o perché ha fatto ingresso senza validi documenti di soggiorno oppure perché, anche a causa delle proprie condizioni di salute, può essersi trovato nell'impossibilità di rinnovare il proprio titolo di soggiorno. In questa direzione positiva era la possibilità di convertire questo titolo di soggiorno in permesso per motivi di lavoro, introdotta nel 2020 e successivamente abolita con la riforma del 2023. Degli 11.523 permessi rilasciati nel periodo 2020-2023, 480 sono stati convertiti in motivi di lavoro.

C'è comunque un importante punto di contatto tra il diritto di asilo e il rilascio di tale tipologia di soggiorno, grazie alla modifica normativa del 2020 che ha previsto la possibilità per le Commissioni territoriali, nelle ipotesi di rigetto della domanda di protezione internazionale, di trasmettere gli atti al Questore ove ricorrano i requisiti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera *d-bis*), TUI. In questo contesto la salute assume dunque una nuova centralità anche ai fini della condizione del richiedente asilo. Inoltre, la tutela giurisdizionale in tema di protezione internazionale e in relazione al diniego di rilascio del

permesso di soggiorno per cure mediche affidata alle Sezioni Specializzate⁷⁵ potrà offrire, anche nel prossimo futuro, ulteriori chiarimenti interpretativi sulla portata di tale previsione.

In tema di allontanamento dello straniero dal territorio, è poi grazie alla Corte costituzionale che è stata chiarita l'esistenza di un divieto di espulsione per motivi di salute fondato sulla tutela di quel nucleo "irriducibile" del diritto alla salute riconosciuto a qualsiasi persona, a prescindere dalla regolare presenza sul territorio. Rilevanti sono poi gli apporti giurisprudenziali che, a livello nazionale e sovranazionale, hanno contribuito a chiarire la portata di tale limite, con alcune aperture interpretative che – non senza qualche difficoltà – hanno cercato di ampliare i confini della stretta categoria delle cure mediche essenziali per la vita della persona.

In secondo luogo, alla luce dell'analisi condotta, non può non notarsi come il tema dell'immigrazione – in generale – sia ormai da alcuni decenni oggetto (e non solo in Italia) di lotta politica ("sull'immigrazione si vincono le elezioni", come si ascolta spesso), e non sfugge a tale condizione neppure la tutela della salute dei migranti, che pure dovrebbe costituire, secondo la Costituzione, un diritto fondamentale della persona. Si sono viste le evoluzioni della normativa in materia di permesso di soggiorno per motivi umanitari ed anche in ordine al permesso per cure mediche: e davvero risulta poco comprensibile come almeno in ordine ad un diritto fondamentale come quello in questione non sia possibile superare le contrapposizioni e le divergenze tra le parti politiche. Si pensi da ultimo all'introduzione della garanzia finanziaria a carico dello straniero durante lo svolgimento delle procedure per l'accertamento del diritto di accedere al territorio dello Stato, quale alternativa al trattenimento⁷⁶. Senza entrare nel merito dell'ambito di applicazione di tale previsione, essa rischia comunque di aggravare una fase già delicata e caratterizzata dalla necessità di verificare eventuali vulnerabilità specifiche dello straniero, incluse quelle relative alla sua condizione di salute psico-fisica.

Se sono comprensibili le difficoltà connesse all'estensione della tutela di ogni forma di malessere fisico, mentale o sociale, ai fini dell'ingresso o della permanenza sul territorio, nondimeno va riscontrata la distanza ancora intercorrente tra ciò che si afferma in termini generali sulla tutela della salute e quanto si realizza effettivamente. E tale distanza risulta ancora più evidente verificando le condizioni attraverso le quali i migranti possono fruire di tale diritto, nell'ambito del sistema di accoglienza, nell'accesso ai servizi sanitari o nei centri per il rimpatrio. Servizi di mediazione, protocolli multidisciplinari e collaborazioni tra soggetti pubblici e privati (soprattutto nell'ambito del sistema di accoglienza) costituiscono soltanto alcuni degli ambiti sui quali occorrerebbe investire per garantire interventi sanitari adeguati ad un'utenza sempre più multiculturale ed eterogenea, segnata in modo consistente dai traumi subiti nei Paesi di origine e durante il percorso migratorio.

⁷⁵ Si ricorda che le Sezioni Specializzate sono state istituite presso i Tribunali ordinari che hanno sede nei capoluoghi di Corte d'Appello, ai sensi dell'art. 3, comma 1, lett. d-bis del d.l. n. 13/2017 (legge conv. n. 46/2017).

⁷⁶ L'importo e le modalità per la prestazione di tale garanzia, prevista dall'art. 6-bis del d.lgs. n. 142/2015, sono stati definiti con decreto del Ministero dell'Interno del 14 settembre 2023 (G.U. n. 221 del 21 settembre 2023).