

L'accesso ai servizi socio-sanitari da parte dei migranti tra tutela della salute e salvaguardia dell'identità culturale

Franca Meola*

ACCESS TO SOCIAL AND HEALTH SERVICES BY MIGRANTS BETWEEN HEALTH PROTECTION AND SAFEGUARDING CULTURAL IDENTITY

ABSTRACT: The paper investigates the problems related to the protection of the health of immigrants, specifically addressing the issues concerning the accessibility and usability of social and health services by migrant populations. From this perspective, therefore, the analysis focuses on examining the many obstacles which, in favor of these people, still stand in the way of an effective enjoyment of the services in question.

KEYWORDS: Immigration; social-health service; cultural identity; immigrants' right to health; migration medicine; accessibility to social and health services; the usability of social and health services

ABSTRACT: Lo scritto indaga sulle problematiche connesse alla tutela della salute degli immigrati, affrontando nello specifico le questioni concernenti l'accessibilità e la fruibilità dei servizi socio-sanitari da parte delle popolazioni dei migranti. In questa prospettiva, quindi, l'analisi si concentra sulla disamina dei molti ostacoli che, a favore di costoro, ad oggi ancora si frappongono ad un effettivo godimento delle prestazioni in questione.

PAROLE CHIAVE: Immigrazione; servizio socio-sanitari; identità culturale; diritto alla salute degli immigrati; medicina delle migrazioni; l'accessibilità ai servizi socio-sanitari; la fruibilità dei servizi socio-sanitari

SOMMARIO: 1. Migrazione, salute, cultura, diritti – 2. La “medicina delle migrazioni” – 3. L'assistenza agli immigrati tra *accessibilità* ai servizi sanitari... – 4. ... e loro *fruibilità* – 5. Perché le buone norme diventino prassi e i diritti previsti sulla carta si realizzino nella quotidianità: considerazioni di sintesi.

* Ricercatrice t.d., lett. a) di Istituzioni di diritto pubblico – Università degli Studi della Campania “L. Vanvitelli”.
Mail: franca.meola@unicampania.it. Contributo sottoposto a referaggio anonimo.

1. Migrazione, salute, cultura, diritti

L'estrema *porosità*¹ dei confini statali, resi sempre più permeabili alle immigrazioni multinazionali, rappresenta ormai da tempo una delle maggiori problematiche poste dal processo di globalizzazione in atto. La trasformazione in senso multiculturale, multi-etnico e multi-etico del tessuto sociale, naturalmente indotta dall'ingresso di nuove *gens* all'interno di una determinata realtà statale, si è infatti presto imposta quale dato di realtà assolutamente complesso nella sua gestione. E ciò anzitutto in ragione dello scarto tra l'indubbia necessità di apertura e comprensione dei fenomeni del "pluralismo" e delle "diversità culturali" e le molteplici difficoltà di una traduzione di quest'esigenza in misure a ciò effettivamente strumentali. In particolare, la distanza che spesso si registra tra la necessità di garantire il godimento dei più tradizionali diritti di cittadinanza e l'esigenza, che in tali contesti naturalmente si impone, di offrire pari tutela dei diritti alla differenza², rappresenta ancora oggi un limite che, oltre ad altri ambiti, interessa in particolare l'accesso da parte dei migranti ai servizi sociali³. Anzi, specie sotto tale profilo quella della popolazione immigrata è stata ed è, purtroppo, ancora oggi, per molti aspetti, «una storia di diritti negati, di incomprensioni reciproche, di pregiudizi e paure»⁴. Basti al riguardo anche solo considerare che la c.d. "medicina delle migrazioni"⁵, secondo l'espressione da tempo coniata ad intendere il nesso tra le questioni concernenti la tutela della salute e le problematiche poste dai flussi migratori e il loro stanziamento all'interno di un dato territorio statale, si è sostanzialmente imposta *ab origine* quale precipitato di una «storia di malattie o di quadri nosologici inconsueti»⁶, e la stessa accessibilità ancor prima della fruibilità delle prestazioni sanitarie da parte dei migranti sono state solo una successiva conquista.

¹ C. TAYLOR, *La politica del riconoscimento*, in J. HABERMAS, C. TAYLOR, *Multiculturalismo. Lotte per il riconoscimento*, trad. it. a cura di L. CEPPEA, G. RIGAMONTI, Milano, 1998, 51.

² Come efficacemente marcato da C. TAYLOR, *La politica del riconoscimento*, cit., 47, alcuna società potrebbe mai definirsi liberale se non a condizione di rispettare le diversità indotte dalla presenza al proprio interno di individui «che non condividono i suoi fini comuni». Anzi, una società si dimostra liberale proprio «per il modo in cui tratta le minoranze, compresi coloro che non condividono la definizione pubblica di bene, e soprattutto per i diritti che accorda a ognuno dei suoi membri».

³ Vale a dire l'ambito maggiormente interessato dalla multiculturalità. A riflettere sul nesso strettissimo tra le trasformazioni in senso multiculturale della società e la domanda di accesso ai servizi sociali è stato in particolare M. VENTURA, *Diritto, religione e bioetica in una società multiculturale*, in V. MENESINI (a cura di), *Interfaccia tra bioetica e diritto*, Perugia, 1998, 145, il quale, già anni fa, rilevava come «le politiche sanitarie pubbliche, la concreta tutela del diritto alla salute, le forme riconosciute di obiezione di coscienza, la libertà dei ricercatori, la gestione giuridica delle biotecnologie, sono sempre più oggetto di scontro/confronto tra norme e valori a forte matrice religiosa».

⁴ Così, S. GERACI, B. MAISANO, M. MAZZETTI (a cura di), *Migrazione, salute, cultura, diritti*, Roma, 2025, 3, oggi reperibile in *Studi Emigrazione*, XLII, 157, marzo 2005, all'indirizzo: https://www.simmweb.it/attachments/article/594/storia_della_medicina_delle_migrazioni.pdf.

⁵ Quanto al conio del concetto di "medicina delle migrazioni", S. GERACI, *La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti*, cit., 1, ricorda che: «In Italia si comincia a parlare di medicina delle migrazioni verso la fine degli anni ottanta, quando la presenza di immigrati provenienti dalle aree più povere del mondo diviene sempre più visibile».

⁶ *Ibidem*.

Ad oggi, pertanto, quel che si impone non è più solo una riflessione squisitamente teorica sui rivolgimenti, anzitutto culturali e quindi giuridici, che nel tempo hanno concorso ad una ridefinizione dello stesso approccio al tema.

In realtà, specie nell'attuale momento storico, qualunque riflessione incentrata su di esso acquista rilevanza soprattutto se proiettata sul piano dell'effettività, e perciò volta ad analizzare le norme concernenti l'accessibilità e la fruibilità dei servizi sociali, *in primis* di quelli sanitari, nella prospettiva di far emergere se e in che misura le stesse abbiano concretamente concorso a rendere il diritto alla salute parte integrante e sostanziale del patrimonio dei diritti dei migranti. Il tutto altresì in ossequio alla diversa portata secondo cui oggi si declina il concetto di medicina delle migrazioni.

2. La “medicina delle migrazioni”

In effetti, progressivamente affrancatasi dalle sole finalità di contenimento della possibile recrudescenza di malattie esantematiche di cui, perse quasi le tracce in Italia come nel resto del continente europeo, le popolazioni dei migranti sono state al contrario per lungo tempo considerate potenziali vettori⁷, nel tempo la medicina delle migrazioni ha ridefinito i propri compiti e le sue stesse priorità,

⁷ Il nesso tra le problematiche connesse alla salute della popolazione immigrata e il rischio della possibile importazione di malattie è sottolineato, tra gli altri, da S. GERACI, *La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti*, articolo tratto da S. GERACI, B. MAISANO, M. MAZZETTI (a cura di), *Migrazione, salute, cultura, diritti*, cit., il quale, tra l'altro, p. 2, ricorda taluni episodi che, risalenti già inizi degli anni '80 del secolo scorso, attestano l'esistenza di un diffuso convincimento circa la riconducibilità della (nuova) diffusione di malattie contagiose all'ingresso all'interno dell'Europa continentale, e quindi anche del nostro territorio statale, delle popolazioni provenienti dalla parti più povere del pianeta. Ed infatti, è proprio in quegli anni che «Francesco De Lorenzo, ministro della sanità, istituisce per la prima volta una commissione ministeriale che ha il compito di affrontare il problema della salute degli immigrati». E «non è casuale che a parteciparvi siano chiamati quasi esclusivamente medici tropicalisti ed infettivologi». Al tempo stesso, però, l'autore non nega che, effettivamente, in diversi momenti storici, «i movimenti di popolazione abbiano facilitato la trasmissione di alcune malattie». Ad esempio – ricorda l'autore riferendo quanto Giovanni Berlinguer aveva evidenziato in un suo editoriale di qualche anno prima (*Immigrati e malattie: facciamo chiarezza*, “L'Unità”, 26 settembre 1997) – questa evenienza si è «drammaticamente verificata durante la conquista dell'America, evento che implicò l'unificazione microbica del mondo. I bianchi “esportarono” il vaiolo, il morbillo e l'influenza e fecero strage delle popolazioni locali, prive di difese immunitarie specifiche non avendo conosciuto prima quegli agenti infettivi. Dall'America i conquistatori “importarono”, come fossero essi stessi enormi vettori, la sifilide e questo fece divampare in Europa (in particolare in Spagna, Francia ed Italia) una epidemia per molti anni acuta e letale». Ed aggiunge: «un'altra migrazione di popoli [e di agenti infettanti] si registrò a partire dal 1600, quando gli schiavi africani deportati nelle Americhe vi diffusero la febbre gialla. Anche in questo caso l'evoluzione fu drammatica, seppure più lenta per una ragione biologica: la malattia non si trasmette attraverso il respiro, la pelle o i rapporti sessuali, ma a mezzo di un insetto vettore, la zanzara *Aedes aegypti*. Con le navi degli schiavisti arrivarono oltre Oceano le zanzare, ma queste impiegarono del tempo ad adattarsi al Nuovo Mondo e a riprodursi in numero sufficiente per raggiungere la densità necessaria alla comparsa della malattia». Ancora, menzionando sempre Berlinguer, ricorda come questi citi un ultimo esempio: «quello dell'aids. I primi focolai di questa malattia sono stati identificati nelle grandi città degli Stati Uniti, ma essa si è in seguito diffusa in tutto il mondo: il suo “successo” è dovuto alla modalità di contagio per via sessuale e all'associazione fra il virus e l'eroina, con le siringhe che fungono da moderno vettore. La diffusione è stata accelerata anche dall'intensità dei viaggi tra paesi e continenti, nonché dall'ignoranza e dalla resistenza verso i metodi e comportamenti preventivi. Ma l'aids è una malattia contemporanea e ben conosciamo le varie proposte “difensive” che hanno suscitato in un passato non troppo lontano un acceso dibattito: erano infatti basate spesso sull'identificazione e la schedatura e sul divieto di ingresso ai soggetti positivi.

dimostrando di essere tutt'altro che una nuova branca dell'*ars medica*⁸. E di fatto, nella riscoperta che «l'attenzione, a persone prima ancora che pazienti e nel caso degli immigrati a portatori di una particolare specificità linguistica, culturale e di status, è essa stessa medicina e terapia»⁹, la stessa si è imposta agli occhi dei più non come ad sapere specialistico che si occupa di malattie e di rischio, ma come ad un'«occasione per riconsiderare la persona nel suo insieme [corpo, psiche ma anche cultura, aspettative, desideri...] ed in un contesto [inserimento o fragilità sociale, effetti delle politiche d'accoglienza e d'integrazione, pregiudizi e discriminazioni ...], in un'ottica di salute globale che nell'epoca della globalizzazione non deve certamente sfuggirci»¹⁰.

Anche in quanto sostenuta dalle risultanze delle ricerche epidemiologiche, che hanno presto dimostrato il carattere minimale di rischio di ogni possibile rischio di importazione di malattie infettive ricorrendo ai spostamenti delle genti di varia provenienza nel nostro territorio¹¹, essa insomma ha finito col tempo per proiettare il proprio impegno verso quelle finalità di tutela della persona nella sua complessità che rappresenta la vera grande sfida che ogni ordinamento è oggi chiamato a fronteggiare in una realtà sempre più multiculturale e multietnica quale quella attuale.

Non si tratta infatti più soltanto di tutelare la persona nella sua fisicità, ovvero sotto il profilo psichico. L'unitarietà di quella tutela è ormai parte irretrattabile del patrimonio di diritti di cui, nel nostro Paese, tutti, a prescindere dal proprio *status*¹², godono in ragione del disposto dell'art. 32 del Testo fondamentale.

Piuttosto, attese le peculiarità del contesto sociale odierno, le esigenze di salvaguardia della persona sconfinano, rendendo a ciò strumentale non soltanto la comprensione (ma anche la valorizzazione) di

Paradossalmente proprio gli Stati Uniti si sono contraddistinti in questa politica, tentando di imporre, a quanti volevano varcare la loro frontiera, esami del sangue per impedire un "contagio di ritorno". Oggi la malattia è in fase calante nell'occidente, ma manifesta tutta la sua drammaticità nei paesi più poveri, dove chi è malato non ha la forza per viaggiare e/o migrare, a differenza degli uomini d'affari americani di un paio di decenni fa». «Infine il caso della sars [sindrome respiratoria acuta severa] è cronaca recente: dopo le prime evidenze in Oriente, ha provocato malati e alcuni decessi in vari paesi ed allarme [forse eccessivo] in tutto il mondo».

⁸ «La medicina delle migrazioni non è, né vuole essere una nuova branca della medicina, una nuova specializzazione»; così S. GERACI, *La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti*, cit., 3.

⁹ Sul punto, S. GERACI, *La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti*, cit., 3.

¹⁰ In questo senso, S. GERACI, *La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti*, cit., 2.

¹¹ Su tale profilo, tra gli altri, S. GERACI, *Migrazione e salute: le tappe di una storia che ci trasforma*, in <http://www.accademia-lancisiana.it/geraci.htm>, il quale, smentendo il pur diffuso convincimento, ricorda che «gli esperti parlano di "effetto migrante sano", una forma di selezione naturale all'origine per cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute». Addirittura, capovolgendo l'assunto, lo stesso tiene a sottolineare che è solo a seguito dell'arrivo in Italia che «gli immigrati, soprattutto in un primo periodo e se in condizione di irregolarità giuridica, vedono progressivamente depauperare il loro patrimonio di salute, a causa della continua esposizione ai fattori di rischio della povertà – precarietà alloggiativa, sovraffollamento, scarsa tutela sul lavoro, alimentazione carente – ai quali si aggiungono il disagio psicologico legato allo sradicamento culturale e le difficoltà di accesso ai servizi socio-sanitari».

¹² Intendendo per *status* la posizione del singolo rispetto alle norme che regolano l'ingresso ed il soggiorno nello Stato. Sul punto, in tema, assolutamente paradigmatica è la sentenza della Corte costituzionale, 17 luglio 2001, n. 252, in www.giurcost.org. In essa, il giudice delle leggi ha precisato che sebbene «il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è "costituzionalmente condizionato" dalle esigenze di bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti», in ogni caso deve sussistere «la garanzia di "un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana"» (punto 2 del *Considerato in diritto*).

tutti quei profili che la definiscono in sé e nel rapporto con gli altri (quali appunto la cultura, il sapere, le esperienze, oltre le aspettative e i desideri di cui si è fatto già cenno), ma anche l'abbattimento di tutte quelle barriere (culturali e/o burocratiche) che ne limitano o impediscono di fatto lo sviluppo della personalità, ovvero ne ostacolano l'effettiva integrazione nel tessuto sociale di accoglienza. In questo senso, allora, può certo condividersi quanto efficacemente marcato da chi, già anni fa, proprio riflettendo sulla *vocatio* della medicina delle migrazioni, e sulle conquiste culturali che in essa andavano trovando finalmente espressione, ammoniva che «l'incontro con lo straniero immigrato è uno dei momenti nuovi dell'essere impegnati nel campo sanitario in Italia e questo non perché da ciò nascono nuove problematiche o nuove esigenze ma perché è nuovo il modo in cui queste problematiche e queste esigenze si pongono: la riscoperta del peso della cultura, dell'imprinting della propria società d'origine, di come le condizioni sociali possano pesantemente influenzare lo stato di salute fisica e mentale degli individui»¹³.

3. L'assistenza agli immigrati tra **accessibilità ai servizi sanitari**...

Tuttavia, laddove si abbandoni il piano teorico per saggiare la concretezza delle conquiste culturali nella loro traduzione giuridica, occorre prendere atto che, per lungo tempo, e comunque fino alla metà degli anni '90¹⁴, gli immigrati sono stati «esclusi dalla possibilità di un accesso ordinario al Servizio sanitario nazionale [Ssn], non hanno avuto garantito il diritto alla salute, non sono entrati nelle casistiche ufficiali, negli studi epidemiologici, nella programmazione sanitaria»¹⁵.

Ad essi, dunque, almeno fino a quel momento, non è stata né riconosciuta l'accessibilità, che è in funzione della risposta che l'ordinamento giuridico dà alla richiesta di accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei migranti, né tantomeno è stata loro garantita la fruibilità di tali servizi, intesa quale capacità "culturale" di questi di adeguare le risposte alle necessità di nuovi utenti.

E ciò, nonostante il fatto che andasse progressivamente maturando la consapevolezza che il grado di accessibilità e di fruibilità dei servizi sanitari rappresentasse una questione cruciale per la salute dei migranti¹⁶.

¹³ Così, S. GERACI, *Migrazione e salute: le tappe di una storia che ci trasforma*, cit., il quale basa questa sua affermazione sul presupposto, frutto di un fermo convincimento, che «la medicina delle migrazioni in Italia è anche la cronaca di un incontro, avvenuto sul piano del bisogno, ma che progressivamente ha fatto intravedere e scoprire la necessità di incontrarsi sul piano anche della cultura, del sapere, della condivisione di esperienze, stimoli, sensazioni».

¹⁴ In realtà, «è a partire dalla seconda metà degli anni '70 del secolo scorso che l'Italia è diventato un paese di immigrazione, ma è solamente dagli anni '90 che i flussi d'ingresso sono progressivamente aumentati, fino a raggiungere una rilevanza numerica davvero notevole nel primo decennio del nuovo Millennio»; così, G. CASELLI, S. LO, S. STROZZA, *Immigrazione, salute e mortalità degli stranieri in Italia*, in *Rivista AIC*, 4/2017, del 26 novembre 2017, in www.rivistaaic.it.

¹⁵ Al riguardo, di nuovo S. GERACI, *La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti*, cit., 4.

¹⁶ A dimostrazione della perdurante centralità del problema dell'accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari da parte dei migranti all'interno della più vasta tematica concernente la tutela della salute di questi ultimi, può richiamarsi una più tarda Risoluzione del Parlamento europeo in tema di «Riduzione delle disuguaglianze sanitarie dell'Unione Europea» in cui si rivolge l'invito agli Stati «ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i

Proprio in quegli anni, però, nel nostro Paese, anche in ragione di una serie di eventi frutto dell'iniziativa delle gerarchie ecclesiastiche¹⁷ nonché di alcune associazioni di volontariato¹⁸ che, accendendo i riflettori sul problema, mettono prepotentemente in luce la necessità e non improcrastinabilità dell'avvio di politiche strumentali alla sua risoluzione, non solo il quadro normativo di riferimento inizia lentamente a cambiare, ma anzitutto cambia il modo in cui le forze politiche approcciano il tema.

Ed infatti, non soltanto per la prima volta il Senato approva un ordine del giorno con il quale impegna l'allora governo Dini «a ricercare le forme per difendere il diritto alla salute per i cittadini extracomunitari, emanando provvedimenti atti a superare gli ostacoli che impediscono di fatto la parità dei trattamenti»¹⁹, ma lo stesso Ministro della sanità del tempo, che già pure nel corso di un'audizione parlamentare aveva espresso il suo sgomento per il mancato riconoscimento di qualsiasi diritto di prestazione a favore degli immigrati non regolari²⁰, torna ripetutamente a parlare della necessità di estendere una protezione sanitaria a tutta la popolazione immigrata comunque presente sul territorio nazionale in numerose occasioni pubbliche²¹.

migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano di fatto beneficiare della parità di accesso al servizio sanitario». Si tratta della Risoluzione n. 2010/2089 (INI) del 08 marzo 2011.

In dottrina, il tema è stato ancora di recente attenzionato, tra gli altri, da M. TOGNETTI BORDOGNA, P. ROSSI (a cura di), *Salute e inclusione sociale degli immigrati. La sfida dell'accesso ai servizi sanitari*, Milano, 2016.

¹⁷ L'attivismo in tema delle gerarchie ecclesiastiche del tempo è marcato da S. GERACI, *La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti*, cit., 7, il quale ricorda «un convegno, organizzato a Roma nel mese di gennaio dalla Caritas di mons. Luigi Di Liegro [Immigrazione e salute: una politica dell'oblio] in occasione della presentazione del volume *Argomenti di medicina delle migrazioni*», durante il quale venne sottolineata «con vigore la necessità di una politica sanitaria adeguata alle realtà immigratoria e sociale».

¹⁸ Sempre S. GERACI, *La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti*, cit., 8, menziona un altro convegno che, svoltosi il 25 febbraio del 1995, «segna un momento importante: a Milano, il Naga [un'associazione di volontariato sanitario per immigrati e nomadi] ed altri gruppi di volontari del nord Italia organizzano il seminario *Salute senza colore*, nel corso del quale è presentata una proposta di legge per il diritto alla salute per gli extracomunitari».

¹⁹ 193° resoconto sommario, ordine del giorno n. 1 – 9.1735.1. del 6.7.1995, primo firmatario on. Petrucci.

²⁰ «Per quanto riguarda gli immigrati irregolari, i profughi e quanti chiedono asilo il problema è estremamente delicato, perché, allo stato, è permesso esclusivamente l'intervento d'urgenza, cioè il ricovero ospedaliero, mentre voi parlate della necessità di assicurare un'assistenza sanitaria di base e preventiva. Mi dicono che vi è una certa contraddizione nell'impegno formale ed ufficiale ad assistere una persona che non dovrebbe esistere. Mi rendo conto di questo, però prescindendo per un momento dalla funzione di ministro della sanità, come persona che fa parte della sanità pubblica inorridisco. Come posso infatti ignorare che si tratta di persone che mettono a rischio la loro esistenza e che indirettamente potrebbero costituire un pericolo per la comunità nazionale? Questo è un problema che umanamente dobbiamo porci; poi vedremo di risolverlo e forse potremo avere preziose indicazioni»; così Elio Guzzanti, allora neo-ministro della sanità, nel corso di un'audizione alla XII Commissione parlamentare (7 febbraio 1995), in https://legislature.camera.it/dati/leg12/lavori/Bollet/40058_07.pdf.

²¹ Da ultimo, intervenendo al convegno *Per una sanità multiculturale: quale politica per gli immigrati?*, svoltosi a Roma dalla Caritas e dall'Istituto d'Igiene dell'Università La Sapienza l'8 novembre 1995. Il dato è riferito da S. GERACI, *La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti*, cit., 8.

Vede così la sua approvazione il d.l. n. 489/95²² che, all'articolo 13²³, riconoscendo per la prima volta il diritto all'assistenza sanitaria anche a favore dell'immigrato irregolare e clandestino, finalmente sgancia la sua fruizione alla mera ricorrenza di situazioni di urgenza²⁴.

E sebbene la sorte di tale decreto sia stata poi negativamente segnata da più reiterazioni, e dal successivo suo affondo per effetto dell'illegittimità di tale prassi dichiarata proprio in quel tempo dalla Corte²⁵, le successive scelte delle forze governative si sono comunque poste in perfetta continuità con i suoi contenuti.

Nella stessa prospettiva del decreto *de quo* si è infatti mossa anzitutto un'ordinanza ministeriale dell'allora nuovo ministro della Sanità, Rosy Bindi²⁶; e quindi la legge n. 40/98²⁷, primo testo normativo organico in materia di immigrazione, successivamente confluita nel «Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero»²⁸.

²² Si tratta del decreto-legge 18 novembre 1995, n. 489, contenente «Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione europea» (in G.U. n. 270 del 18.11.1995).

²³ Ai sensi dell'art. 13 (Assistenza sanitaria) del decreto-legge 18 novembre 1995, n. 489, cit: «1. Il comma settimo dell'articolo 5 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33, è sostituito dal seguente: «Agli stranieri, temporaneamente presenti nel territorio dello Stato sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere assistenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio, e sono estesi i programmi di medicina preventiva. È altresì garantita la tutela sociale della maternità responsabile e della gravidanza, come previsto dalle vigenti norme applicabili alle cittadine italiane. L'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Salve le quote di partecipazione alla spesa, ove previste, sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti le prestazioni preventive, quelle per la tutela della maternità e della gravidanza, nonché le altre prestazioni individuate con decreto del Ministro della sanità, adottato di concerto con il Ministro del tesoro, nell'ambito del fondo sanitario nazionale, utilizzando, ove necessario, quota parte delle risorse destinate all'emergenza sanitaria e nei limiti dei livelli assistenziali».

²⁴ È bene infatti ricordare che «prima dell'articolo 13 del Decreto Legge 489 del 18 novembre 1995 sull'immigrazione, per i non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale l'unica porta di accesso alla cura era quella del Pronto Soccorso, con una serie di limitazioni ed ostacoli che comunque ne scoraggiavano l'uso se non in casi di estrema necessità: l'addebito delle spese sostenute per un eventuale successivo ricovero, la segnalazione alla Prefettura, comunque necessaria qualora l'ospedale volesse recuperare le spese, se non addirittura alle forze di polizia che spesso «convivono» con il pronto soccorso»; cfr. Caritas Diocesana di Roma, *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*, a cura di S. GERACI, Roma, 1996, 101-102.

²⁵ Corte costituzionale, sentenza 24 ottobre 1996, n. 360, in www.giurcost.org.

²⁶ Si tratta dell'ordinanza ministeriale 15 novembre 1996 (in G.U. n. 269 del 16 novembre 1996), la cui efficacia, giusta successiva ordinanza ministeriale del 16 agosto 1997, avente ad oggetto «Proroga della disciplina in materia di prestazioni sanitarie agli stranieri temporaneamente presenti in Italia» (in G.U. Serie Generale n. 195 del 22 agosto 1997), è stata da ultimo prorogata fino all'entrata in vigore della nuova disciplina legislativa sul trattamento degli stranieri in Italia, e, comunque, non oltre il 31 dicembre 1997.

²⁷ Si tratta della legge n. 40 del 06 marzo 1998, «Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero» (meglio nota come legge «Turco-Napolitano») (in G.U. n. 59 del 12 marzo 1998 – Suppl. Ordinario n. 40).

²⁸ Si tratta del Testo unico emanato con decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (in G.U. n. 191 del 18 agosto 1998 – Suppl. Ordinario n. 139). Adottato in attuazione dell'art. 47 della legge n. 40/1998, originariamente il Testo *de quo* riuniva e coordinava le disposizioni contenute nella predetta legge, nonché quelle di cui all'art. 3, comma 13, della legge 8 agosto 1995, n. 335. Successivamente, lo stesso è stato modificato ed integrato da successivi atti normativi, quali: decreto legislativo 19 ottobre 1998, n. 380 («Disposizioni correttive al testo unico

Ed è proprio con le disposizioni infine positivizzate in questo, che, all'interno del nostro sistema giuridico, trova finalmente riconoscimento non solo l'«assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale» (art. 34), ma anche l'«assistenza per gli stranieri non iscritti al Servizio Sanitario Nazionale» (art. 35), con un'attenzione quindi non soltanto alle condizioni di salute degli «immigrati “regolarmente soggiornanti” sul nostro territorio, cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno»²⁹, ma anche «di coloro “non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno”, i cosiddetti irregolari e/o clandestini»³⁰. Il tutto accompagnato dalla specificazione delle condizioni al ricorrere delle quali lo straniero è legittimato a venire in Italia per sottoporsi a cure mediche e chirurgiche (art. 36)³¹.

In particolare, l'obiettivo di parificare, quanto al godimento del diritto alla salute ed all'assistenza sanitaria, gli immigrati in condizione di regolarità giuridica ai cittadini è stato perseguito attraverso la rimozione di una serie requisiti a ciò ostativi già previsti dalla normativa previgente (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al SSN,...)³², nonché a mezzo dell'introduzione di una serie di previsioni conseguenti all'affermazione in tema del principio di equità (obbligatorietà

delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 47, comma 2, della legge 6 marzo 1998, n. 40»); decreto legislativo 13 aprile 1999, n. 113 («Disposizioni correttive al testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 47, comma 2, della legge 6 marzo 1998, n. 40»); legge 7 giugno 2002, n. 106 («Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 aprile 2002, n. 51, concernente disposizioni urgenti recanti misure di contrasto all'immigrazione clandestina e garanzie per soggetti colpiti da provvedimenti di accompagnamento alla frontiera»); legge 30 luglio 2002, n. 189 («Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo»); legge 27 dicembre 2002, n. 289 («Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge finanziaria 2003»); decreto legislativo 7 aprile 2003, n. 87 («Attuazione della direttiva 2001/51/CE che integra le disposizioni dell'articolo 26 della Convenzione applicativa dell'Accordo di Schengen del 14 giugno 1985»); legge 12 novembre 2004, n. 271 («Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 settembre 2004, n. 241, recante disposizioni urgenti in materia di immigrazione»); legge 31 luglio 2005, n. 155 («Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 27 luglio 2005, n. 144, recante misure urgenti per il contrasto del terrorismo internazionale»). Nonostante negli anni sia stato oggetto di continui rimaneggiamenti, il testo unico sull'immigrazione ha comunque mantenuto l'impianto complessivo originario, costituendo ad oggi il testo di riferimento primo in materia, specie in ragione dell'ampiezza dei suoi contenuti, che guardano al fenomeno migratorio e lo disciplinano nei vari suoi aspetti, compreso l'accesso alle cure. Al riguardo, in dottrina, più di recente, cfr. M.C. SPENA, *Effettività del diritto alla salute dello straniero tra tutela costituzionale e vincolo finanziario*, in *Rivista di diritto europeo*, 2019, 2, 28.

²⁹ S. GERACI, *La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti*, cit., 13.

³⁰ *Ibidem*. Sul piano giurisprudenziale, a favorire tale apertura è stata la Corte costituzionale, giusta sentenza 17 luglio 2001, n. 252, cit.

³¹ Ulteriori significative disposizioni in tema che, per ragioni di economia, possono essere qui semplicemente menzionate sono quelle positivizzate agli artt. 42, 43 e 44 del «Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286» (in G.U. Serie Generale n. 258 del 03 novembre 1999 – Suppl. Ordinario n. 190), nonché quelle contenute nella Circolare 24 marzo 2000, n. 5 («Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 “Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero” – Disposizioni in materia di assistenza sanitaria », in G.U. n. 126 del 1° gennaio 2000 – Serie generale).

³² Cfr. art. 34 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, cit.

estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio – richiedenti asilo, detenuti...)»³³.

Diverso invece è stato l'approccio tenuto nei riguardi degli immigrati presenti nel nostro Paese in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità³⁴. Per essi, infatti, l'estensione del diritto all'assistenza, sotto forma di garanzia d'accesso a sole cure urgenti, essenziali, ancorché continuative, nonché a programmi di medicina preventiva³⁵, è stata infine semplicemente rafforzata attraverso la posizione del fermo divieto imposto alle strutture sanitarie di segnalare all'autorità di polizia la presenza di immigrati clandestini che richiedono aiuto medico³⁶. E del resto, sempre in senso solo rafforzativo della garanzia

³³ Cfr. art. 34 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, cit. Già altro studioso, riferendosi all'art. 34 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, cit., ed all'estensione dell'accesso alle cure anche a favore degli immigrati regolari ivi previsto, ha, ancora di recente, sottolineato che «con tale previsione, la salute dei soggetti in questione è stata protetta in modo adeguato, perché ad essi è stata garantita la parità di trattamento con i cittadini in relazione all'assistenza erogata dal servizio pubblico ed alla sua validità temporale»; così, G. COLETTA, *L'accesso alle cure degli immigrati irregolari*, in *BioLaw Journal – Rivista di Biodiritto*, 2021, 4, 140. Criticamente, invece, con riguardo alla stessa previsione, cfr. A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia (dalla legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale al d.l. "sicurezza" n. 113/2018)*, in www.cortisupremeesalute.it, 2018, 3, 639, la quale, infatti, nota come, a differenza dei cittadini italiani, per gli stranieri l'iscrizione al servizio sanitario ha «una durata equivalente a quella del permesso di soggiorno» ed è, quindi, «soggetta a rinnovo secondo le stesse scadenze previste per ciascuna tipologia di permesso di soggiorno».

³⁴ In dottrina, per quanto riguarda specificamente l'accesso alle cure degli immigrati irregolari, all'interno di una produzione scientifica oramai assolutamente copiosa, anche perché sempre attenta non solo al dato normativo ma anche ai successivi contributi della giurisprudenza costituzionale in tema, si rinvia, senza alcuna pretesa di esaustività, a: A. RANDAZZO, *La salute degli stranieri irregolari: un diritto fondamentale "dimezzato"?*, in *Consulta OnLine*, 06 giugno 2012; R. CHERCHI, *La condizione giuridica dello straniero irregolarmente soggiornante tra legge e diritti della persona*, in www.costituzionalismo.it, 2013, 2; A. CIERVO, *La sentenza n. 22/2015 della Corte costituzionale in materia di prestazioni assistenziali a favore degli stranieri extracomunitari. Cronaca di una dichiarazione di incostituzionalità annunciata*, in www.federalismi.it, 2015, 2; P. MOROZZO DELLA ROCCA, *Diritto alle cure mediche e prestazioni di assistenza sociale connesse alla salute dello straniero irregolarmente soggiornante*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 2015, 547 ss.; A. CHERCHI, *I diritti dello straniero e la democrazia*, in www.gruppodipisa.it, 10 giugno 2016; G. VOSA, *"Cure essenziali". Sul diritto alla salute dello straniero irregolare: dall'autodeterminazione della persona al policentrismo decisionale*, in *Diritto pubblico*, 2016, 721 ss. G. COLETTA, *L'accesso alle cure degli immigrati irregolari*, cit.

³⁵ Cfr. art. 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, cit. Per quanto riguarda, poi, la partecipazione da parte dello straniero irregolare al costo delle prestazioni sanitarie previste a suo vantaggio dal dettato normativo in esame, è opportuno sottolineare che lo stesso art. 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, cit., al comma 4, sancisce il principio di gratuità per i richiedenti che risultino privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani. Al fine di usufruire di cure gratuite, però, al momento della richiesta di assegnazione del codice STP (su cui vedi in *infra*, nota n. 41), lo straniero indigente deve sottoscrivere "l'autocertificazione di indigenza". Nello specifico, per quel che concerne l'inclusione dei migranti nei programmi di medicina preventiva, ai sensi dell'art. 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, cit., sono specificamente garantiti: «a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane [...]; b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989 [...]; c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni; d) gli interventi di profilassi internazionale; e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai».

³⁶ Si tratta sempre dell'art. 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, cit. Va notato che, per tale profilo, la disposizione *de qua* produce effetti di non poco rilievo sul piano della rilevanza penalistica della condotta del sanitario. Non a caso «questa disposizione è stata definita dalla dottrina "una norma amministrativa dotata di valenza penale"». E ciò in quanto «nel prevedere il divieto [sanzionato in via disciplinare] per chi esercita una

offerta dalla disposizione in esame, possono altresì ricordarsi le ulteriori previsioni che ad esse si legano, ed anzitutto quella che sgancia l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte degli immigrati irregolari dall'esibizione del documento di identità³⁷, a ciò sostituendo la presentazione del codice regionale identificativo³⁸, che, valido su tutto il territorio nazionale con durata semestrale e rinnovabile, viene loro rilasciato in occasione del primo accesso al servizio sanitario³⁹.

Nulla insomma di assimilabile alla diversa garanzia offerta agli stranieri regolarmente residenti nel nostro Paese. Diversamente da questi, infatti, e dalla situazione di sostanziale parità di trattamento con i cittadini loro riconosciuta, agli immigrati privi di regolare soggiorno nel nostro territorio viene garantita la sola possibilità di fruizione di cure urgenti o comunque essenziali⁴⁰, secondo peraltro una dizione che, priva di ulteriori specificazioni da parte dello stesso legislatore, ha trovato infine una sua puntualizzazione solo più tardi, in una Circolare del Ministero della Sanità del 2000⁴¹, in cui, con un'interpretazione atta a superare *in parte qua* l'angustia della previsione legislativa in esame, si è provveduto a identificare le cure urgenti in quelle che non possono essere differite «senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona», e quelle essenziali nelle prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche che riguardano «patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel

professione sanitaria di segnalare alle autorità preposte lo straniero irregolare cui abbia prestato assistenza sanitaria, sottrae il personale in questione da ogni imputabilità per non averne denunciato la clandestinità prevista come reato dall'art. 10-bis T.U.I.»; in questo senso, A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia (dalla legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale al d.l. "sicurezza" n. 113/2018)*, cit., 640-641, la quale peraltro evidenzia pure come, contestualmente, «l'obbligo per tutti i professionisti sanitari che abbiano prestato assistenza "in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio" di riferirne alle autorità, previsto in generale dall'art. 365 c.p., venga meno considerato che il referto in questione esporrebbe lo straniero irregolare a procedimento penale ex art. 10-bis T.U.».

³⁷ Cfr. art. 2, comma 2, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, cit.

³⁸ Siglato STP – straniero temporaneamente presente, ovvero ENI (europeo non iscritto, se si tratta di cittadino comunitario). Tale ultima tessera dà diritto alle stesse prestazioni accordate ai cittadini di Paesi terzi in base all'art. 35 del Testo unico sull'immigrazione. Al riguardo, si rinvia alla nota del Ministero della Salute del 19 febbraio 2008 e all'Accordo del 20 dicembre 2012, raggiunto, in sede di Conferenza permanente, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento avente ad oggetti *Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome* (in G.U. n. 32 del 07.02.2013 – Suppl. Ordinario n. 9, doc. 17).

³⁹ Tale previsione è contenuta nell'art. 43, co. 3, del d.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999, «Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286» (in G.U. Serie Generale n. 258 del 03.11.1999 – Suppl. Ordinario n. 190).

⁴⁰ Giusto quanto osservato in dottrina, «l'art. 35, c. 3 T.U.I. è tratto per intero dal diritto sanitario, mettendo insieme l'urgenza, assunta come criterio di accesso alle cure da parte degli stranieri "presenti" nel territorio nazionale già dalla legge Mariotti del 1968 e dalla legge n. 33/1980, e l'essenzialità delle cure, espressione che trova appunto la propria origine in ambito sanitario [v. la legge finanziaria per il 1998 – l. n. 449/1997, art. 59, c. 50 – il PSN 1998-2000 e infine l'art. 1, c. 3 del d.lgs. n. 502/1992 come modificato dal d.lgs. n. 229/1999], successivamente ripresa, a partire dal 2001, nell'art. 117, c. 2, lett. m Cost.»; così, A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia (dalla legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale al d.l. "sicurezza" n. 113/2018)*, cit., 640.

⁴¹ Si tratta della Circolare del Ministero della Sanità n. 5 del 24 marzo 2000, avente ad oggetto: «Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" – Disposizioni in materia di assistenza sanitaria».

tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita»⁴². A tanto aggiungendo che tutte le cure urgenti o essenziali devono avere il carattere della continuità, perché devono essere in grado di «assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso»⁴³. Ne è derivata, quindi, la predisposizione di un'offerta sanitaria a favore degli immigrati irregolari molto più ampia e varia⁴⁴, che finirà poi per confluire nel d.P.C.M. con cui, nel 2017⁴⁵, sono stati aggiornati i livelli di assistenza sanitaria da garantire su tutto il territorio nazionale⁴⁶, originariamente definiti dal d.P.C.M. 29 novembre 2001⁴⁷.

Certamente correttivi *in melius* delle scelte legislative in tema⁴⁸, gli interventi *de quibus* hanno in realtà concorso alla strutturazione di un assetto in tema di cura dei migranti irregolari anzitutto rispettoso ed aderente ad un'ormai consolidata giurisprudenza costituzionale. A partire dalla nota sentenza n. 252/2001⁴⁹, la Corte, infatti, ha sempre affermato che esiste «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, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel

⁴² Sul punto, per un approfondimento, A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia (dalla legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale al d.l. "sicurezza" n. 113/2018)*, cit., 642; nonché G. COLETTA, *L'accesso alle cure degli immigrati irregolari*, cit., 142.

⁴³ In questo senso, D. MONEGO, *Il diritto alla salute dello straniero nell'ordinamento italiano*, in S. BALDINI, M. ZAGO (a cura di), *Europe of Migration: Policies, Legal Issues and Experiences*, Trieste, 2017, 219.

⁴⁴ In questo senso, S. D'ANTUONO, *Appunti introduttivi sul diritto alla salute degli stranieri nell'ordinamento italiano*, in F. RIMOLI (a cura di), *Immigrazione e integrazione*, Napoli, 2014, 97.

⁴⁵ Si tratta del Decreto del presidente del consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502» (in G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017). Per un commento di tale decreto, si rinvia a: V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza e i primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale*, in www.federalismi.it, 28 marzo 2018; M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, 2017, 2, spec. 7 ss.; M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (Lea)*, in www.federalismi.it, 15 novembre 2017.

⁴⁶ Come ben sottolineato da L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. L'esperienza italiana*, in *Rivista AIC*, 2018, 1, del 12 marzo 2018, in www.rivistaaic.it, 10, «le disposizioni del decreto del 2017 sui nuovi livelli essenziali che sono dedicate alla tutela della salute degli stranieri ribadiscono l'articolazione sistematica emergente dagli artt. 34 e 35 del testo unico sull'immigrazione e costituiscono la cornice di riferimento ai fini della delineazione delle sfere d'intervento minime ed omogenee su tutto il territorio nazionale [di competenza dello Stato] ovvero complementari ed integrative rispetto a queste ultime [di competenza delle Regioni]».

⁴⁷ Si tratta del D.P.C.M. 29 novembre 2001, «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» (in G.U. Serie Generale n. 33 del 08-02-2002 – Suppl. Ordinario n. 26).

⁴⁸ Sul punto, anzi, in dottrina si è sostenuto che, prendendo le distanze dal testo unico sull'immigrazione, che «ha garantito agli stranieri senza permesso di soggiorno un'assistenza sanitaria meno ampia di quella prevista a favore dei non cittadini legalmente residenti», «l'art. 63 del decreto di aggiornamento dei Lea ha fatto presente che nel nostro ordinamento anche il benessere psico-fisico degli irregolari è tutelato in misura considerevole, perché l'art. 35 del testo unico, riconoscendo a tali soggetti l'accesso alle cure urgenti e a quelle essenziali, ha assicurato loro il trattamento di ogni patologia che possa comportare un rischio per la vita o un danno per la salute. In altre parole, con il decreto in questione si è chiarito che l'assistenza sanitaria degli immigrati privi di un valido titolo di soggiorno è sostanzialmente assimilabile a quella garantita agli stranieri regolari e dalla sua lettura pare anche evincersi che un non cittadino potrebbe essere espulso dall'Italia solo in seguito all'accertamento della sua completa guarigione da una patologia che abbia richiesto cure urgenti o essenziali»; cfr. G. COLETTA, *L'accesso alle cure degli immigrati irregolari*, cit., 143.

⁴⁹ Corte costituzionale, sentenza 17 luglio 2001, n. 252, cit.

diritto»⁵⁰. Quest'ultimo deve perciò essere riconosciuto «anche agli stranieri, qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso ed il soggiorno nello Stato, pur potendo il legislatore prevedere diverse modalità di esercizio dello stesso»⁵¹. Con tale pronuncia, insomma, ma anche con le successive sentenze n. 432/2005⁵², n. 269/2010⁵³, e n. 61/2011⁵⁴, in cui il predetto orientamento giurisprudenziale trova infine conferma, la Corte afferma l'assoluta preminenza della tutela da accordare al nucleo essenziale del diritto alla salute, mettendolo perciò al riparo da ogni possibile condizionamento connesso alla qualificazione formale del rapporto che lega la persona allo Stato. In ragione di ciò, quindi, non meraviglia, che, proprio in funzione del soddisfacimento delle esigenze di salvaguardia di situazioni di vulnerabilità determinate da motivi di salute, lo stesso Testo unico sull'immigrazione preveda specifici divieti di espulsione, ed il conseguente rilascio di particolari permessi di soggiorno⁵⁵, tra cui quello per cure mediche, a favore dei cittadini stranieri che, indipendentemente dalla loro condizione di regolarità o meno, versano in «gravi condizioni psico-fisiche», o che sono affetti da «gravi patologie», sì che l'allontanamento nel Paese di provenienza sarebbe per loro causa di rilevante pregiudizio⁵⁶.

Inopinabilmente, negli anni successivi, il quadro normativo in tema di immigrazione ha subito anche «forti scossoni», dapprima con l'approvazione della legge Bossi-Fini⁵⁷, quindi con l'avvio del programma di *devolution* in materia sanitaria⁵⁸. Tuttavia, è altrettanto indubbio che, nei loro contenuti, le

⁵⁰ Corte costituzionale, sentenza 17 luglio 2001, n. 252, cit., punto 2 del *Considerato in diritto*.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² Corte costituzionale, sentenza 02 dicembre 2005, n. 432, in www.giurcost.org.

⁵³ Corte costituzionale, sentenza 22 luglio 2010, n. 269, in www.giurcost.org.

⁵⁴ Corte costituzionale, sentenza 25 febbraio 2011, n. 61, in www.giurcost.org.

⁵⁵ Cfr. art. 19 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, cit.

⁵⁶ Sul punto, peraltro, la dottrina ha di recente rimarcato come già la Corte di Cassazione abbia da tempo sostenuto che il giudice, chiamato a verificare la legittimità del diniego di rilascio del titolo di soggiorno, debba verificare l'effettiva capacità del sistema sanitario del Paese, verso cui la persona sarebbe rinviata, di erogare cure idonee a fronteggiare la specifica patologia da cui questa è affetta. A ciò aggiungendo che anche la Corte di Giustizia ha, in più occasioni ed anche in tempi assolutamente vicini a noi, ribadito il divieto di rimpatri di persone che versano in gravi condizioni e che rischiano di subire un aggravamento dello stato patologico e del livello di sofferenza. Al riguardo, per un approfondimento, nonché per i relativi riferimenti giurisprudenziali, si rinvia a: N. VETTORI, *Vulnerabilità, salute e persone migranti. Proattività e prossimità: ingredienti essenziali per l'equità nel Servizio Sanitario Nazionale*, in *Biolaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2023, 3, 119.

⁵⁷ Si tratta della legge 30 luglio 2002, n. 189, «Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo» (in G.U. n. 199 del 26 agosto 2002 – Suppl. Ordinario n. 173).

⁵⁸ È noto che la *devolution*, anche in materia sanitaria, rappresenta un obiettivo da anni perseguito dalle forze politiche.

Al riguardo, di certo si ricorderà che interessanti elementi di innovazione in materia di organizzazione dei servizi sanitari e sociali, nella prospettiva delineata, sono stati originariamente introdotti dalla riforma del Titolo V, parte seconda, della Costituzione, realizzatasi a mezzo dell'approvazione della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione» (in G.U. n. 248 del 24 ottobre 2001). La riforma *de qua*, infatti, è intervenuta in ambito sia attraverso una diversa ripartizione delle competenze legislative fra Stato e Regioni, sia attraverso l'esplicita costituzionalizzazione del principio di sussidiarietà. In particolare, nel campo dei servizi sanitari, i titoli che abilitano l'intervento statale sono sostanzialmente due: la competenza esclusiva a determinare i «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali», ex art. 117, c. 2, lett. m), Cost., e quella concorrente (in quanto tale ripartita con la Regione) in materia di «tutela della salute», ex art. 117, c. 3. All'intervento del legislatore costituzionale *de quo* ha fatto quindi seguito l'approvazione, da parte del Parlamento, della legge 5 giugno 2003, n. 131, «Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della

disposizioni che regolano l'assistenza sanitaria degli immigrati presenti sul nostro territorio non sono state per nulla scalfite dai predetti interventi normativi. Anzi, nel tempo le scelte dei governanti in tema si sono addirittura mosse nell'ottica di un'accentuazione della rilevanza della questione concernente l'accesso ai servizi sanitari da parte degli immigrati, sottolineandone l'importanza strategica ai fini di una loro progressiva integrazione nel nostro territorio. Basti in questo senso anche solo considerare che il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000⁵⁹, il primo successivo alla riscrittura delle norme in materia di immigrazione, ha per la prima volta annoverato la salute degli stranieri immigrati tra le priorità del Servizio sanitario nazionale nonché dell'intera collettività che esso tutela, e che, tra le primarie finalità che questo è stato chiamato a perseguire nell'arco di tempo considerato, si è finalmente fatta spazio l'esigenza di garantire l'effettivo godimento dell'assistenza sanitaria anche a tutti gli immigrati presenti in Italia⁶⁰, nonché la necessità di estendere altresì a favore di questi ultimi la copertura vaccinale, già prevista per i soli cittadini⁶¹. La rilevanza di tali scelte è stata peraltro non poco accentuata negli anni immediatamente successivi, specie a mezzo dell'adozione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2003-2005⁶². È proprio con tale Piano, infatti, significativamente adottato all'indomani delle modifiche apportate al Titolo V della Costituzione, e del patto "federale" con ciò siglato tra Stato e Regioni anche in materia sanitaria, che l'attenzione nei riguardi del fenomeno migratorio viene rimarcata addirittura attraverso l'introduzione, all'interno del capitolo dedicato alla "salute e il sociale", di una sezione specifica sull'assistenza agli stranieri⁶³.

Il tutto, però, non senza la seria avvertenza dei molti limiti che il sistema sanitario ancora sconta in tema di garanzia di effettiva accessibilità ai servizi sanitari da parte degli immigrati. Al contrario, in esso, «osservando il flusso di utilizzo di alcuni servizi sanitari da parte degli stranieri, si evidenzia la sostanziale mancanza di elasticità dell'offerta a fronte dei nuovi problemi di salute legati ai nuovi gruppi di clienti», e si suggeriscono una serie di azioni da porre in essere prioritariamente in funzione di un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione immigrata⁶⁴.

Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3» (meglio nota come "Legge La Loggia"), espressamente finalizzata alla compiuta attuazione del disegno autonomistico avviatosi nel 2001. Non meno rilevante, tuttavia, nella costruzione dell'assetto complessivo del sistema *post* riforma, è risultato il contributo offerto dalla Corte costituzionale, a partire dalla sentenza n. 303/2003.

⁵⁹ Tale piano è stato adottato con d.P.R. 23 luglio 1998 (in G.U. Serie Generale n. 288 del 10 dicembre 1998 – Suppl. Ordinario n. 201).

⁶⁰ Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998 – 2000, OBIETTIVO IV: RAFFORZARE LA TUTELA DEI SOGGETTI DEBOLI. Il testo completo di tale Piano è consultabile sul sito ufficiale del Ministero della Salute, all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_947_allegato.pdf.

⁶¹ Nello specifico, trattando del problema delle malattie infettive e degli obiettivi assunti in funzione di loro contrasto, i redattori del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998 – 2000, cit., p. 22, al tempo stabiliscono: «La copertura vaccinale per la popolazione di età inferiore ai 24 mesi, anche immigrata, oltre a quanto già previsto dalla normativa vigente in materia di vaccinazioni obbligatorie, dovrà raggiungere almeno il 95% su tutto il territorio nazionale per Morbillo, Rosolia, Parotite, Pertosse, *Haemophilus influenzae*».

⁶² Tale piano è stato adottato con d.P.R. 23 maggio 2003, (in G.U. n. 139 del 18 giugno 2003- Suppl. Ordinario n. 95). Il testo completo di tale Piano è consultabile sul sito ufficiale del Ministero della Salute, all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_654_allegato.pdf.

⁶³ Cfr. Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2003-2005, cit., Parte Seconda: Gli obiettivi generali, punto 6, 76.

⁶⁴ Tra queste, significativamente compaiono: l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e la riduzione del ricorso alle interruzioni volontarie della gravidanza; la diminuzione dell'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione;

Da ultimo, anche il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008⁶⁵, ancora vigente⁶⁶, nel definire gli interventi in materia di salute degli immigrati e delle fasce sociali marginali, non manca di sottolineare le varie problematiche che, nonostante «il livello di tutela previsto dalla normativa vigente» e «gli sforzi congiunti delle istituzioni, delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni no profit», ancora si riscontrano in questa fascia della popolazione, avvertendo pertanto della necessità di avviare ovvero potenziare una serie di attività utili al superamento delle rilevate criticità⁶⁷.

Sotto il profilo dell'accessibilità, dunque, il sistema fin qui anche solo brevemente delineato si presenta non soltanto "aperto" nei confronti delle *gentes* di diversa etnia comunque presenti all'interno dei confini statali, in quanto ugualmente riconosciute potenziali utenti dei servizi sanitari, ma anche "attento" nei riguardi delle esigenze di effettiva tutela del diritto alla salute delle stesse, altresì a mezzo della realistica rappresentazione dei molti elementi deficitari che ancora ne inficiano la corretta operatività. Trattasi peraltro di criticità che, sebbene sono per lo più legate alla condizione dello straniero, in molti casi riguardano anche i cittadini. In ogni caso, per quel che qui rileva, esse emergono dagli stessi requisiti formali d'accesso alle prestazioni sanitarie positivamente definiti dal legislatore. Basti in questo

il raggiungimento di una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana; il contrasto degli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.

⁶⁵ Tale piano è stato adottato con d.P.R. 07 aprile 2006 (in G.U. n. 139 del 17 giugno 2006 – supplemento ordinario). Il testo completo di tale Piano è consultabile sul sito ufficiale del Ministero della Salute, all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_987_allegato.pdf.

⁶⁶ In realtà, a seguito dell'approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008, «furono avviati nella primavera 2010, i lavori per la predisposizione del successivo Piano sanitario nazionale, che venne approvato, in via preliminare, dal Consiglio dei ministri il 21 gennaio 2011. L'*iter* ne prevedeva l'acquisizione dell'intesa da parte della Conferenza unificata ai sensi di legge. In tale sede, nella fase di istruttoria tecnica, i rappresentanti delle Regioni e degli enti locali, avanzarono proposte emendative e pertanto il ministero della Salute trasmise una nuova versione del Piano nel mese di luglio 2011 sulla quale risultavano acquisiti i pareri delle organizzazioni sindacali. Nel contempo si esprimeva anche la XII Commissione permanente del Senato della Repubblica. L'esame del provvedimento, nella seduta della Conferenza unificata del 27 luglio 2011, fu rinviato su richiesta dei Presidenti delle Regioni, in quanto furono presentate ulteriori proposte emendative alla valutazione del ministero della Salute. L'intesa sullo schema di Piano sanitario nazionale 2011-2013 fu espressa dalla Conferenza Unificata il 22 settembre 2011. In data 8 novembre 2011, anche la XII Commissione permanente della Camera dei Deputati espresse il proprio parere, tuttavia l'iter del provvedimento non si completò con l'approvazione definitiva del Consiglio dei ministri e l'adozione del successivo decreto del Presidente della Repubblica». Conseguentemente, «il Piano vigente resta quello approvato con il Dpr 7 aprile 2006 e la programmazione sanitaria nazionale si è fermata a tale data». A ricostruire l'*iter* in questione è M.G. LA FALCE, *Che fine ha fatto il Piano sanitario nazionale?*, in <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2015-10-22/che-fine-ha-fatto-piano-sanitario-100549.php?uuid=ACSiGFLB>.

⁶⁷ Letteralmente, sulla base della spiegata premessa, il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2006-2008, cit., al punto 5.7, avverte: «Occorre pertanto, in tale ambito: • potenziare le attività di prevenzione per gli adolescenti e i giovani adulti stranieri attraverso un approccio trans-culturale e multidisciplinare; • promuovere studi di incidenza e prevalenza dell'infezione da HIV e delle più frequenti MST in gruppi dell'intera popolazione "*target*"; sperimentare sistemi di monitoraggio in grado di valutare l'andamento delle infezioni, il grado di conoscenza specifica della popolazione *target*; • valutare e promuovere capacità professionali degli operatori sanitari che operano nelle aree geografiche a più alto afflusso di immigrati, prendere atto dei nodi critici che, all'interno del SSN, possono causare un ridotto accesso degli immigrati ai percorsi di prevenzione, diagnosi e cura dell'infezione da HIV/AIDS e di altre MST». Il testo integrale del Piano Sanitario Nazionale in esame è consultabile all'indirizzo: https://ape.agenas.it/documenti/Normativa/PSN_2006-08.pdf.

senso anche solo considerare che la possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie da parte dei migranti è già di per sé legata al possesso di un valido titolo di soggiorno in corso di validità, in assenza del quale le garanzie loro offerte dall'ordinamento italiano si limitano alla sola fruizione di cure urgenti o comunque essenziali. Il tutto, quindi, secondo una prospettiva comunque "angusta", che, però, può, in taluni casi, risultare addirittura asfittica in ragione delle ulteriori previsioni della legislazione di settore e degli altri requisiti (molto spesso di reddito, ma anche di residenza) da essa posti ai fini dell'accesso alle cure da parte delle popolazioni dei migranti⁶⁸.

Sotto tale profilo, insomma, già i requisiti formali di accesso alle prestazioni sanitarie pongono una serie rilevante di problemi che, di fatto, in molti casi traducono la domanda sanitaria proveniente dalle più diverse comunità di migranti presenti nel nostro territorio in una richiesta priva di effettività.

4. ...e loro fruibilità

Accanto e oltre all'accessibilità, ulteriore condizione strumentale all'effettiva tutela della salute dei migranti è la garanzia della concreta fruibilità da parte di questi dei relativi servizi.

Intesa quale capacità di risposta da parte dell'organizzazione sanitaria a quelle che sono le peculiari e specifiche richieste di un'utenza "diversa", in quanto portatrice di un bagaglio culturale, e prima ancora di un sistema valoriale, spesse volte assai distante da quello della popolazione che l'accoglie, l'effettività delle prestazioni sanitarie a favore dei migranti si è già da anni imposta quale indefettibile aspetto della più vasta riflessione in tema, tanto da essere oggetto di attenzione anche da parte del Comitato Nazionale per la Bioetica (C.N.B.) fin dal primo dei pareri redatti in tema nel 1998⁶⁹.

In esso, l'organo consultivo del Governo, premessa la rilevanza delle questioni bioetiche sollevate dalla convivenza di una pluralità di etnie in uno stesso territorio ed in particolare lo spessore delle problematiche di carattere sanitario, terapeutico ed assistenziale a ciò connesse, metteva chiaramente in evidenza la necessità di coniugare il principio di uguaglianza, inteso quale «riconoscimento del rispetto dell'essere umano, indipendentemente dall'appartenenza culturale o etnica»⁷⁰, con il principio di differenza, coniugato in termini di «rispetto della specificità di ogni cultura»⁷¹, avvertendo, quindi, esso stesso l'esigenza di utilizzare «strumenti concettuali» ovvero avanzare «eventuali proposte operative che garantiscano la non discriminazione nell'accesso ai servizi socio-sanitari di prevenzione, diagnosi e cura, la tolleranza nei confronti del culturalmente diverso ma nello stesso tempo [...] la promozione, senza frammenti di popolazione emarginata, dei valori che l'esperienza storica e del diritto insegnano dover venire prioritariamente condivisi e tutelati»⁷². Di qui, allora, la prospettazione di una misura di

⁶⁸ Su tali profili, per un approfondimento sul profilo qui specificamente accennato e per una disamina degli ulteriori profili di criticità emergenti dai requisiti formali di accesso al servizio sanitario positivizzati dal legislatore, cfr. N. VETTORI, *Vulnerabilità, salute e persone migranti. Proattività e prossimità: ingredienti essenziali per l'equità nel Servizio Sanitario Nazionale*, cit., 120 ss.

⁶⁹ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Problemi bioetici in una società multiculturale*, a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma, 16 gennaio 1998. Il testo integrale del parere *de quo* è consultabile all'indirizzo: <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/problemi-bioetici-in-una-societa-multietnica/>.

⁷⁰ Così, Comitato Nazionale per la Bioetica, *Problemi bioetici in una società multiculturale*, cit., 2.

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² *Ibidem*.

carattere operativo, finalizzata ad una formazione del personale sanitario e dei servizi sociali in grado di assicurare la «comprensione di culture diverse»⁷³, strumentale alla quale diventa «la conoscenza linguistica e medica delle patologie principali dei paesi di origine, dell'impatto ambientale e delle pratiche attuabili nel contesto giuridico vigente, oltre che quelle delle stesse concezioni della vita e della morte, della salute e della malattia»⁷⁴. Peraltro, proprio la consapevolezza che i principali ostacoli alla concreta fruizione dei servizi sociali, ed in specie di quelli sanitari, da parte dei migranti sono di tipo linguistico, comunicativo e interpretativo offrirà anche in seguito motivo a tale organo per ribadire la necessità di aumentare le competenze interculturali degli operatori del SSN, nonché per rimarcare l'esigenza di un'adeguata valorizzazione, all'interno dei percorsi formativi universitari rivolti ai futuri medici e professionisti della salute, delle *Medical Humanities* ovvero degli studi e delle ricerche riguardanti a relazione terapeutica in un prospettiva interculturale⁷⁵.

Al CNB, peraltro, non sfugge che l'accettazione del carattere multietnico dell'attuale società italiana, se «implica un profondo e doveroso rispetto nei confronti di tutti gli aspetti religiosi e culturali specifici di ciascun popolo», non importa perciò stesso la perdita della propria identità da parte della società d'accoglienza. Anzi, rimarcando un concetto già sottolineato in tale occasione, in un ulteriore parere redatto sempre in argomento, esso non manca di avvertire che «le singole culture religiose e i singoli gruppi etnici [...] debbono accettare i valori e le norme che regolano la vita della società di cui fanno parte, che li ospita o che li ha integrati, e in particolare quelli espressamente indicati nel testo della nostra Costituzione»⁷⁶. In questo senso, quindi, assolutamente ferma resta la condanna di tutte quelle pratiche mediche che, in quanto lesive dei beni, di assoluto rilievo costituzionale, consustanziali alla persona umana, non trovano né possono trovare cittadinanza nel nostro sistema ordinamentale⁷⁷.

⁷³ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Problemi bioetici in una società multiculturale*, cit., 6.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Immigrazione e salute*, a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 23 giugno 2017. Il testo integrale di tale parere è consultabile all'indirizzo: <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/immigrazione-e-salute/>. Quelle indicate sono peraltro sono talune delle raccomandazioni finali contenute in tale parere, che ad esse ne somma altre, e precisamente: sviluppare celermente adeguate modalità di contabilizzazione e rendicontazione delle spese effettivamente sostenute dal Ssn per la salute della popolazione immigrata irregolare; istituire un dividendo sulle risorse degli stati maggiormente industrializzati, da versare su un fondo istituzionale destinato ai paesi più poveri; rafforzare l'impegno a favore dell'educazione sanitaria, anche potenziando le funzioni di alcuni servizi, come i consultori familiari e i servizi di salute mentale; aggiornare i codici deontologici degli Ordini professionali con espliciti riferimenti al dovere da parte del professionista di tenere conto delle differenti identità culturali di appartenenza dei pazienti.

⁷⁶ Comitato Nazionale per la Bioetica, *La circoncisione: problemi bioetici*, a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma, 25 settembre 1998, 8. Il testo integrale del parere *de quo* è consultabile all'indirizzo: https://bioetica.governo.it/media/1890/p36_1998_circoncisione_it.pdf.

⁷⁷ Qui, in particolare, il riferimento è alle mutilazioni genitali femminili. Al riguardo, assolutamente interessanti restano, ad oggi, le osservazioni del Comitato Nazionale per la Bioetica, che, interpellato anni fa sulla praticabilità di tali interventi, pur «consapevole del rispetto che è doveroso prestare alla pluralità delle culture, anche quando queste si manifestino in forme estremamente lontane da quelle della tradizione occidentale, e del gran valore del giusto confronto con la diversità culturale, che è oggetto di continuo studio», dichiara di dover ritenere «non di meno – e consapevolmente contro il parere di pur illustri antropologi – che nessun rispetto sia dovuto a pratiche, ancorché ancestrali, volte non solo a mutilare irreversibilmente le persone, ma soprattutto ad alterarne violentemente l'identità psico-fisica, quando ciò non trovi una inequivocabile giustificazione nello stretto interesse della salute della persona in questione. È evidente che le pratiche di circoncisione femminile non sono poste in essere per ovviare a problemi di salute né fisica, né psichica delle donne che le subiscono, anzi esse

Altrettanto ferma però è pure l'apertura, che in tale contesto si registra, nei riguardi della necessità di un'assistenza ospedaliera in grado di garantire un'adeguata accoglienza (linguistica e religiosa) a favore delle popolazioni appartenenti a diverse etnie, culture e tradizioni presenti sul territorio nazionale, oltre che l'esigenza di un'offerta sanitaria che includa altresì l'erogazione di cure, che per lo più classificate come non convenzionali o alternative dal Sistema Sanitario Nazionale, e perciò escluse da novero di quelle esentate dalla spesa sanitaria, sono al contrario assai diffuse presso quelle popolazioni⁷⁸.

comportano gravi conseguenze negative sulla salute delle donne che ad esse vengono sottoposte». Conclude, quindi, nel senso di «ritenerle eticamente inammissibili sotto ogni profilo ed auspicare che vengano esplicitamente combattute e proscritte, anche con l'introduzione di nuove, specifiche norme di carattere penale». In questi termini, Comitato Nazionale per la Bioetica, *La circoncisione. Profili bioetici*, a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 25 settembre 1998, 2. Del resto, come ricorda lo stesso CNB, già in passato la pratica è stata oggetto di ferma condanna a mezzo di una dichiarazione congiunta dell'OMS, dell'UNICEF e dell'UNFPA (p. 1). In tempi più vicini a noi, poi, e precisamente il 14 giugno 2012, il Parlamento europeo ha adottato la risoluzione [2012/2684(RSP)] sull'abolizione delle mutilazioni genitali femminili (da ora: Mgf), con la quale, per l'appunto, gli Stati membri dell'Unione sono stati invitati «a continuare a ratificare gli strumenti internazionali e a dare loro attuazione attraverso una legislazione completa che proibisca ogni forma di mutilazione genitale femminile e preveda sanzioni efficaci contro i responsabili». La normativa internazionale, infatti, è per lo più uniforme nel condannare le diverse forme di tale pratica (al riguardo, in dottrina, cfr. G. CASSANO, F. PATRONO, *Mutilazioni genitali femminili*, in *Famiglia e diritto*, 2007, 2, 184-186; E. ABBATE, *Le mutilazioni genitali femminili (MGF): lesioni dei diritti umani fondamentali della donna. Dimensione normativa, sanitaria e sociale*, in www.revistapersona.com.ar; A. VITALONE, *Mutilazione genitale femminile e diritti umani*, in *Giurisprudenza di merito*, 2001, IV, 856-861). Tale uniformità, invece, non si ritrova all'interno del più vasto contesto europeo, in cui, nei confronti dei reati culturalmente motivati, quali tra l'altro le mutilazioni genitali, si registra, da parte dei singoli Stati destinatari di flussi migratori portatori di una "differenza culturale", una significativa diversità di "trattamento" dello stesso comportamento, quale effetto di un differente approccio culturale che ciascun Paese ha scelto di tenere rispetto al fenomeno migratorio complessivamente considerato. In particolare, due sono i modelli che il dibattito e l'esperienza hanno radicato in Europa. «Si tratta, rispettivamente, del modello assimilazionista, alla francese, e di quello multiculturalista, all'Inglese [...]». «Il primo è ispirato "ad una logica di assoluta uguaglianza formale, di asettica neutralità dello Stato di fronte alle differenze culturali", che rimangono, pertanto, irrilevanti per il diritto». «All'opposto, il modello multiculturalista si caratterizza per "il riconoscimento e l'accettazione delle diversità culturali, con conseguente adozione di strategie politiche più tolleranti e pluraliste, che di fatto consentono agli immigrati di conservare numerosi aspetti del loro retaggio etnico"». Sicché, con riferimento a situazioni penalmente rilevanti, può dirsi che «al modello assimilazionista corrisponde una norma ordinaria, la disciplina penale generale, mentre al modello multiculturalista se ne correla una speciale, vale a dire leggi che regolamentano specificamente l'ipotesi di reato *de qua*. Nel primo caso, dunque, viene variamente azionata la categoria dei delitti contro la persona, sempre presente nelle diverse codificazioni penalistiche, applicando, di caso in caso, gli articoli sull'omissione di soccorso, piuttosto che sulle lesioni personali o sull'omicidio colposo. Nel secondo caso, invece, la sanzione penale "si misura" con la diversità culturale del reo, disciplinandola [e punendola] specificamente, con "esattezza"; in ragione di questa puntuale considerazione della fattispecie e delle sue caratteristiche, alla previsione del reato si collegano, in genere, anche azioni di prevenzione e di assistenza adeguate alla specifica differenza culturale che, di volta in volta, è oggetto di provvedimento». In questo senso, R. FATTIBENE, *Verso una Risoluzione dell'ONU per l'abolizione delle mutilazioni genitali femminili a livello mondiale. Il trattamento giuridico di questa prativa tra atti internazionali, modelli culturali e normative nazionali*, in *Rivista AIC*, 2012, 4, del 30 ottobre 2012, in www.rivistaaic.it, cui, peraltro, si rimanda per un approfondimento della proposta avanzata nello scritto finalizzata ad «inquadrare le mutilazioni genitali nella più ampia categoria degli interventi sul corpo umano a scopo non terapeutico», in quanto utile a «ridurre la distanza "percepita" tra la cultura occidentale e le culture "altre", nelle quali quella pratica è diffusa, agevolando, così, un'auspicabile soluzione condivisa di questo conflitto culturale».

⁷⁸ Tale profilo è ben marcato da L. CHIEFFI, *Introduzione. Una bioetica rispettosa dei valori costituzionali*, in ID. (a cura di), *Bioetica e diritti dell'uomo*, Torino, 2000, XIV.

Certamente, nella direzione da ultimo indicata, milita l'Accordo raggiunto in Conferenza Stato-Regioni il 7 febbraio 2013, concernente «i criteri e le modalità per la formazione ed il relativo esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi ed odontoiatri»⁷⁹. È in forza di tale accordo, infatti, che, in aderenza alle aperture registratesi nei riguardi delle medicine diverse da quella convenzionale nel più ampio contesto internazionale⁸⁰ e sovranazionale⁸¹, anche nel nostro ordinamento queste medicine⁸² hanno trovato una qualche forma di disciplina⁸³. In particolare, trattando dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia, l'Accordo non solo chiarisce che esse «costituiscono atto sanitario e sono oggetto di attività riservata perché di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo, dell'odontoiatra professionale, del medico veterinario e del farmacista, ciascuno per le rispettive competenze», ma aggiunge che le stesse «sono considerate come sistemi di diagnosi, di cura e prevenzione che affiancano la medicina ufficiale avendo come scopo

⁷⁹ Trattasi, più specificamente, dell'«Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente i criteri e le modalità per la certificazione di qualità della formazione e dell'esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi, degli odontoiatri, dei medici veterinari e dei farmacisti», il cui testo è consultabile all'indirizzo: <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato4506473.pdf>.

⁸⁰ Sul piano internazionale, è stata anzitutto l'Organizzazione mondiale della sanità (O.M.S.), che, in una risoluzione del 2003, intervenendo in materia e prendendo in considerazione, nella loro specificità, le medicine «tradizionale», «alternativa» e «complementare», delle quali riconosce i possibili aspetti positivi, raccomanda agli Stati aderenti di valutare l'opportunità di disciplinarle, tenendo conto delle condizioni proprie di ciascun Paese. Peraltro, la presa di posizione dell'O.M.S. è stata preceduta dalla risoluzione 1206(1999) del 4 novembre 1999 dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, nella quale, pur riconoscendosi la preminenza della medicina convenzionale, si ritiene che «various forms of medicine should not compete with one another: it is possible for them to exist side by side and complement one another», e si invitano perciò gli Stati aderenti a farle oggetto di regolazione.

⁸¹ A livello europeo, anzitutto interessante nella prospettiva d'indagine prescelta è la risoluzione del Parlamento europeo n. 75 del 29 maggio 1997, su: «L'approccio europeo alle Medicine Non Convenzionali», in cui, tra l'altro, si richiedeva alla Commissione, «qualora i risultati dei relativi studi lo consentano, di impegnarsi in un processo di riconoscimento delle medicine non convenzionali». Ma, particolarmente rilevante è pure la Risoluzione n. 1206 del Consiglio d'Europa del 4 novembre 1999 «Sullo statuto delle medicine non convenzionali», in cui, riconoscendone la rilevanza acquistata, si marca la necessità di sviluppare un approccio alla medicina non convenzionale comune per tutta l'Europa. Da ultimo, poi, spicca la decisione n. 1350/2007/CE del Parlamento e del Consiglio, istitutiva del «secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute 2008-2013». In essa si legge che «il programma dovrebbe prendere atto dell'importanza di un'impostazione olistica della sanità pubblica e tenere in considerazione nelle sue azioni, ove appropriato e in presenza di prove scientifiche o cliniche di efficacia, la medicina integrativa e alternativa».

⁸² Correttamente, in dottrina si è osservato che «quello delle medicine non convenzionali è di necessità un insieme definibile soltanto in via residuale, consistendo in un complesso di pratiche sanitarie non incluse tra quelle comunemente accolte dalla scienza medica internazionale. La loro natura, pertanto, è inevitabilmente disomogenea». In questi termini, D. MORANA, *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, in *Biolaw Journal – Rivista di Biodiritto*, 2019, 2, 401. Ad avallare il dato, la studiosa ricorda una risoluzione del 1997 del Parlamento europeo in cui si osserva che «l'insieme dei sistemi medici e delle discipline terapeutiche riuniti nella denominazione "medicine non convenzionali" hanno in comune il fatto che la loro validità non è riconosciuta o lo è solo parzialmente». L'espressione, insomma, viene considerata riassuntiva delle «nozioni di "medicine alternative", "medicine dolci" e "medicine complementari", utilizzate indistintamente in taluni Stati membri».

⁸³ In tema, per tutti, C. PICIOCCHI, *Libertà terapeutica e "medicine non convenzionali". Definizione e confini*, in L. LENTI, E. PALERMO, P. ZATTI (a cura di), *I diritti in medicina*, in S. RODOTÀ E P. ZATTI (diretto da), *Trattato di Biodiritto*, Milano, 2011, 289 ss.

comune la promozione e la tutela della salute, la cura e la riabilitazione». Ancor più interessante, però, è il seguito che una tale previsione ha avuto in alcune realtà regionali in cui, sia pur nella loro veste “complementare”, ossia come metodi che possono andare ad integrare le pratiche mediche convenzionali, alcune delle prestazioni ascrivibili alle c.d. medicine alternative sono state ricomprese tra quelle erogate dal servizio sanitario nazionale⁸⁴. Del resto, la natura complementare del ricorso alle medicine non convenzionali emerge anche dal vigente Codice di deontologia medica, nel quale, pur qualificandosi quale primo il dovere del medico di non «sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia», si aggiunge che «il medico può prescrivere e adottare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione»⁸⁵.

Ciò peraltro non vale a sopire le molte perplessità che da sempre circondano il ricorso alle medicine non convenzionali e che investono per lo più il fondamento scientifico e l'efficacia terapeutica delle stesse. Anzi, sotto tale profilo, proprio le previsioni del codice deontologico sopra menzionate, facendo comunque salvo l'utilizzo di «trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia», dimostra come proprio questo rappresenti l'aspetto ad oggi assolutamente irrisolto del loro impiego⁸⁶. E ciò specie in un contesto in cui la giurisprudenza costituzionale, da tempo ferma nel sostenere che «non è, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni», essendo ciò di spettanza dell'autonomia del medico, ha altresì precisato che tale autonomia non è illimitata, ma deve fondarsi «sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione». Sicché, lo stesso legislatore, chiamato ad intervenire, non può esimersi dall'elaborare «indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi – di norma nazionali o sovranazionali – a ciò deputati, dato l'“essenziale rilievo” che, a questi fini, rivestono “gli organi tecnico-scientifici”»⁸⁷. Sotto tale profilo, quindi, l'attuale latitanza del legislatore statale in

⁸⁴ In questa direzione, si legga anzitutto l'art. 4, comma 1, della legge regionale Toscana 24 febbraio 2005, n. 40 («I servizi sanitari territoriali della zona-distretto e quelli ospedalieri in rete sono organizzati allo scopo di garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, tempestivamente corrispondente al bisogno accertato, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della compatibilità con le risorse disponibili. Tali servizi erogano anche prestazioni di medicina complementare e integrata, in base alla valutazione di comprovata efficacia e nel rispetto della programmazione regionale in materia»); ma anche la Delibera di Giunta Regionale Emilia-Romagna n. 741/2014, avente ad oggetto: “Approvazione delle Linee guida regionali per l'erogazione di prestazioni di medicine non convenzionali nella Regione Emilia-Romagna la cui erogabilità è a carico del fondo sanitario regionale”. Quindi, si consideri pure la Delibera di Giunta Provinciale della Provincia autonoma di Bolzano n. 457/2017 che opera l'«aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza» e che, con riguardo alla erogabilità di prestazioni aggiuntive di carattere non convenzionale nella Provincia di Bolzano, conferma quanto già contenuto nella Delibera di Giunta Provinciale n. 4939/2003 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) resi dal SSP ai sensi del DPCM 29.11.2001 – disposizioni applicative, primo provvedimento).

⁸⁵ Cfr. art. 15, co. 1 e 2, del vigente Codice di deontologia medica, presentato agli Ordini provinciali dal Presidente della FNOMCeO e approvato dal Consiglio Nazionale in data 18 maggio 2014.

⁸⁶ Su tale profilo, per un approfondimento, cfr. D. MORANA, *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, cit., 403 ss.

⁸⁷ Come è noto, tale giurisprudenza è stata inaugurata dalla Corte costituzionale a far data dalla sentenza 26 giugno 2002, n. 282, in www.giurcost.org.

materia⁸⁸ non potrebbe che essere colmata se non da un suo intervento incentrato sulla primaria valutazione della scientificità delle medicine non convenzionali. Ciò che contribuirebbe altresì a sopire i molti dubbi che ancora circondano il ricorso a tali rimedi, e a rendere il tema meno divisivo, specie sul piano della relativa offerta da parte del Sistema sanitario nazionale.

Diversamente, per quanto concerne l'accoglienza dei migranti in strutture sanitarie in grado di garantire un'offerta linguistica e religiosa in linea con le esigenze di un'utenza diversa per etnia, credo e costumi, il soddisfacimento di tale esigenza ha già da tempo trovato una qualche risposta da parte dell'ordinamento.

Sotto tale profilo, un primo contributo è stato in realtà offerto già dal citato Testo unico sull'immigrazione, le cui disposizioni, infatti, risultano complessivamente volte alla realizzazione di un preciso obiettivo, vale a dire «lo sviluppo nel nostro Paese di una cultura dell'accoglienza nel senso di una maggiore sensibilità per i diritti dello straniero»⁸⁹. In particolare, in questa prospettiva, non poco rilevante appare la definizione degli obiettivi assegnati al documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri che, ai sensi dell'art. 3, comma 3, del testo unico *de quo*, il Governo è chiamato a predisporre con cadenza triennale. Al riguardo, infatti, l'articolato normativo in questione sottolinea non soltanto la necessità di individuazione dei «criteri generali per la definizione dei flussi di ingresso nel territorio dello Stato», ma anche l'esigenza di elaborazione degli «interventi pubblici volti a favorire le relazioni familiari, l'inserimento sociale e l'integrazione culturale degli stranieri residenti in Italia, nel rispetto delle diversità e delle identità culturali delle persone, purché non confliggenti con l'ordinamento giuridico»⁹⁰.

In questa prospettiva, dunque, non meraviglia il peculiare rilievo attribuito ai servizi di mediazione linguistica e culturale, rispetto ai quali già nel Testo unico in esame⁹¹ è dato rinvenire una serie di disposizioni che ne calcano l'assoluta strumentalità ai fini della migliore comprensione, e quindi del

⁸⁸ Giustificato alla luce del riparto delle competenze *ex art.* 117 Cost.

⁸⁹ *Ibidem*.

⁹⁰ Art. 3, comma 3, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, cit.

⁹¹ In particolare, il Testo unico sull'immigrazione, trattando nello specifico dell'istruzione degli stranieri e dell'educazione interculturale, richiama la figura dei mediatori culturali come ausilio nelle comunicazioni con le famiglie degli alunni stranieri (art. 38 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, cit). Dal canto suo, il relativo regolamento di attuazione [D.P.R. 31 agosto 1999, n. 394, «Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286» (in G.U. Serie Generale n. 258 del 03.11.1999 – Suppl. Ordinario n. 190)] ha affidato al collegio dei docenti la formulazione delle proposte in ordine ai criteri e alle modalità per la comunicazione tra la scuola e le famiglie degli alunni stranieri, anche attraverso l'opera dei mediatori culturali qualificati. Sempre in base a quanto previsto dal Testo unico in esame, le misure di integrazione sociale dovrebbero essere favorite dalla realizzazione di convenzioni con associazioni per l'impiego all'interno delle proprie strutture di stranieri in qualità di mediatori interculturali al fine di agevolare i rapporti tra le singole amministrazioni e gli stranieri appartenenti ai diversi gruppi etnici, nazionali, linguistici e religiosi (art. 42 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, cit). La presenza dei mediatori interculturali è prevista, in primo luogo, in ambito educativo e scolastico, quale strumento di supporto al ruolo educativo della scuola. In forza di tali premesse, già con Circolare n. 24/2006, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ha definito i compiti della figura professionale, indicando le seguenti aree di intervento: accoglienza degli alunni stranieri, facilitazione del rapporto tra la scuola e le famiglie, agevolazione della comunicazione, orientamento scolastico e promozione dell'educazione interculturale, valorizzazione della lingua e della cultura di origine degli alunni stranieri.

soddisfaccimento, delle richieste della nuova utenza⁹². In particolare, poi, con specifico riferimento all'ambito sanitario, all'interno dell'intelaiatura ordinamentale sono da tempo presenti ulteriori disposizioni a mezzo delle quali il legislatore non soltanto ha previsto la formazione di mediatori specializzati, ma ne ha altresì stabilito la necessaria presenza all'interno delle strutture ospedaliere al fine di facilitare la rimozione delle barriere socio-culturali e l'accesso all'assistenza sanitaria da parte delle diverse comunità migranti⁹³.

Tuttavia, anche tale ambito, ad oggi il sistema normativo sconta la perdurante mancanza di un intervento organico da parte del legislatore statale, a fronte del quale le sole discipline di settore non risultano effettivamente rispondenti alle esigenze sottese alla fornitura dei servizi di mediazione culturale. Né, tale mancanza sembra essere stata colmata da interventi legislativi regionali di qualche rilevanza. Ad oggi, infatti, almeno nell'ambito considerato, le sole misure adottate a livello regionale hanno per lo più riguardato l'attivazione di specifici corsi universitari dedicati alla qualifica del Mediatore⁹⁴. Manca invece la formalizzazione di ogni possibile collaborazione tra mondo universitario e mondo del lavoro, che consenta poi l'effettiva implementazione dei servizi di mediazione culturale nel sistema, ad oggi ancora rimessa per lo più alla collaborazione con gli enti del terzo settore⁹⁵.

Peraltro, proprio lo spostamento dell'asse della riflessione sul piano regionale alimenta ulteriori considerazioni sul modo in cui la nuova sensibilità che, da una certa data in poi, l'ordinamento interno ha manifestato nei riguardi delle problematiche, altresì di carattere bioetico, poste dall'ingresso nel territorio nazionale di popolazioni "altre", ha trovato infine traduzione in interventi di carattere positivo. Ma soprattutto sul modo in cui tali interventi si sono poi effettivamente proiettati nella direzione di

⁹² La mediazione interculturale assume, inoltre, un ruolo rilevante nell'ambito dei servizi rivolti ai richiedenti/titolari di protezione internazionale. In questo caso, tuttavia, i riferimenti normativi espliciti non sono numerosi. Anzitutto, in questa prospettiva, al ruolo dei mediatori come strumento per l'integrazione dei migranti è fatto esplicito riferimento nell'ambito della strategia nazionale di integrazione (Piano Nazionale di Integrazione per le persone Titolari di Protezione Internazionale) del 2017. Oltre che nell'ambito della predetta strategia, la mediazione culturale e linguistica è annoverata tra i servizi fondamentali nel Sistema di Accoglienza e Integrazione (in sigla, SAI). Tuttavia, è opportuno sottolineare che tale servizio è stato fortemente depotenziato a seguito dell'entrata in vigore della legge 5 maggio 2023, n. 50, «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 marzo 2023, n. 20, recante disposizioni urgenti in materia di flussi di ingresso legale dei lavoratori stranieri e di prevenzione e contrasto all'immigrazione irregolare. [23G00058]» (in G.U. Serie Generale n. 104 del 05.05.2023). All'art. 6-ter, infatti, la legge *de qua* ha disposto una significativa riduzione dei servizi alla persona garantiti all'interno delle strutture governative e temporanee, con espressa soppressione di quelli di assistenza psicologica, dei corsi di lingua italiana e dei servizi di informazione e orientamento legale e al territorio.

⁹³ Rilevano, in questo senso, le disposizioni contenute nella legge 9 gennaio 2006, n. 7, «Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile» (in G.U. Serie Generale n.14 del 18-01-2006), nonché nel Decreto del Ministero della Salute del 17 dicembre 2007, «Linee guida destinate alle figure professionali che operano con le comunità di immigrati provenienti da Paesi dove sono effettuate le pratiche di mutilazione genitale femminile per realizzare una attività di prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne e delle bambine già sottoposte a tali pratiche» (in G.U. Serie Generale n. 71 del 25.03.2008 – Suppl. Ordinario n. 70).

⁹⁴ <https://www.integrazionemigranti.gov.it/Altre-info/id/79/Regioni-e-Provincie-Autonome-uno-quadro-din-sieme>.

⁹⁵ Il dato è riferito da N. VETTORI, *Vulnerabilità, salute e persone migranti. Proattività e prossimità: ingredienti essenziali per l'equità nel Servizio Sanitario Nazionale*, cit., 126 ss., cui, sul punto, si rimanda, anche per la relativa indicazione di tipo sitografico.

una maggiore integrazione degli immigrati anche per quel che concerne la fruizione delle prestazioni sanitarie.

Al riguardo non può certo negarsi il contributo che, alla realizzazione delle finalità indicate, è stato offerto dai singoli legislatori regionali, che, di volta in volta, si sono preoccupati ora di adeguare gli interventi in materia di maternità, sessualità ed uso dei sistemi anticoncezionali alle «diversità culturali e religiose delle donne immigrate provenienti da Paesi extracomunitari»⁹⁶, ora, invece, di promuovere, accanto ed oltre all'«informazione e all'aggiornamento sui problemi di una società multiculturale», anche specifiche «ricerche cliniche epidemiologiche sulla morbilità psichiatrica in ambito multiculturale»⁹⁷. Ovvero, hanno previsto l'istituzione, in ogni presidio aziendale sanitario, di un servizio di assistenza religiosa «dotato dell'autonomia confacente alla peculiarità della sua funzione» con il «compito di assicurare presso i presidi di ricovero sanitari e sociali del servizio socio/sanitario regionale, nel rispetto della volontà e libertà di coscienza dei cittadini, l'esercizio della libertà religiosa e l'adempimento delle pratiche di culto, nonché il soddisfacimento delle esigenze spirituali proprie delle diverse confessioni, in conformità di rispettivi ordinamenti»⁹⁸. Sostanzialmente diversi nei loro contenuti, in realtà gli atti normativi regionali *de quibus* sono comunque affini, in quanto ugualmente espressivi di una nuova sensibilità da parte del regolatore pubblico nei confronti delle specificità culturali dell'utenza straniera e delle esigenze poste dal processo di integrazione «vista come un processo di riconoscimento e di rispetto delle differenze»⁹⁹.

⁹⁶ In questo senso si è mosso anzitutto il legislatore toscano, con legge 22 marzo 1990, n. 22 («Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati extracomunitari in Toscana», in Bollettino Ufficiale n. 20, parte prima del 31 marzo 1990), e, quindi, il legislatore campano, giusta legge regionale 3 novembre 1994, n. 33 («Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati stranieri in Campania provenienti da paesi extra comunitari», in Bollettino Ufficiale n. 53 del 4 novembre 1994).

⁹⁷ Al riguardo, il rinvio è anzitutto all'operato del legislatore umbro, tradottosi nell'adozione della legge regionale 10 aprile 1990, n. 18 («Interventi a favore degli immigrati extracomunitari», in Bollettino Ufficiale n. 16 del 18 aprile 1990); quindi a quello del legislatore toscano, che in tema ha varato la legge regionale 03 ottobre 1997, n. 72 («Organizzazione e promozione di un sistema di diritti di cittadinanza e di pari opportunità: riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati», in Bollettino Ufficiale n. 37, parte prima del 13 ottobre 1997).

⁹⁸ Il riferimento è alla legge regionale dell'Emilia Romagna del 10 aprile 1989, n. 12 («Disciplina dell'assistenza religiosa nelle strutture di ricovero delle unità sanitarie locali», in Bollettino Ufficiale n. 25, parte prima del 13 aprile 1989), ma anche alla legge della Regione Basilicata del 29 marzo 1991, n. 6 («Norme per la salvaguardia dei diritti delle persone che usufruiscono delle strutture del S.S.R. o con esso convenzionate», in G.U. 3ª Serie Speciale – Regioni n. 48 del 30 novembre 1991) (art. 13). Dello stesso tenore sono altresì: la legge siciliana 30 gennaio 1991, n. 7 («Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del Servizio sanitario nazionale e istituzione dell'Ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari», in G.U. 3ª Serie Speciale – Regioni n. 15 del 13 aprile 1991) (art. 11); la legge lombarda 16 settembre 1988, n. 48 («Norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali», in Bollettino Ufficiale n. 38, 1º suppl. ord. del 21 settembre 1988) (art. 15); e la legge sarda 5 aprile 1997, n. 13 («Disciplina dell'assistenza religiosa nelle strutture di ricovero delle aziende sanitarie (in G.U. 3ª Serie Speciale – Regioni n. 40 del 04 ottobre 1997).

⁹⁹ Cfr. A. D'ALOIA, A. PATRONI GRIFFI, *La condizione giuridica dello straniero tra valori costituzionali e politiche pubbliche*, in *Rivista Amministrativa della Regione Campania*, 1995, 4, 266.

Esemplificativa¹⁰⁰ in questo senso è l'esperienza maturatasi nella Regione Campania, in cui la normativa originaria (l. n. 33/94¹⁰¹), anzitutto oggetto di rimaneggiamento a mezzo di un successivo intervento legislativo¹⁰², è stata infine sostituita da altra legge espressamente volta all'inclusione sociale, economica e culturale delle persone straniere presenti nel territorio regionale (l. n. 6/10¹⁰³). Ed è proprio tale legge che, fin dalle disposizioni di apertura, e per mezzo delle finalità in esse esplicitate, rende conto della rilevanza che il tema dell'integrazione ha assunto nell'agenda del legislatore regionale, che, infatti, tra l'altro, non soltanto si preoccupa di garantire alle persone straniere presenti sul territorio campano «la pari opportunità di accesso ai servizi», ovvero «il riconoscimento e la valorizzazione della parità di genere», ma anche «di indirizzare l'azione amministrativa all'effettivo esercizio dei diritti»¹⁰⁴. Ed in funzione di ciò, finalizza le politiche della Regione, ma anche quelle degli enti locali, anzitutto alla rimozione degli ostacoli all'effettivo inserimento sociale, culturale e politico della popolazione immigrata; quindi, al riconoscimento delle identità culturali, religiose e linguistiche dei diversi gruppi sociali presenti sul territorio; ed infine alla valorizzazione della consapevolezza dei diritti e dei doveri¹⁰⁵. Tra l'altro, se l'ampiezza della prospettiva assunta dal legislatore campano nella regolamentazione del fenomeno migratorio è confermata dalla mancata previsione di una qualsiasi limitazione riguardo la riferibilità delle disposizioni in essa positivizzate ai soli immigrati regolarmente presenti sul territorio regionale, la rilevanza dei suoi contenuti è stata marcata dalla Corte costituzionale¹⁰⁶. Ed infatti, nel

¹⁰⁰ Ma non unica. Nel tempo, un'eguale esperienza è stata quella maturata dal Friuli Venezia Giulia, con legge regionale 4 marzo 2005, n. 5 («Norme per l'accoglienza e l'integrazione sociale delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati», in I Supplemento straordinario al Bollettino Ufficiale n. 10 del 9 marzo 2005); dalla Liguria, con legge 20 febbraio 2007, n. 7 («Norme per l'accoglienza e l'integrazione sociale delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati», in Bollettino Ufficiale n. 5 del 28 febbraio 2007) e poi con legge del 06 marzo 2009, n. 4 («Modifiche alla Legge regionale 20 febbraio 2007, n. 7 "Norme per l'accoglienza e l'integrazione sociale delle cittadine e dei cittadini stranieri immigrati"», in Bollettino Ufficiale, in Bollettino Ufficiale n. 5 del 18 marzo 2009); dal Lazio, con legge n. 10 del 14 luglio 2008 («Disposizioni per la promozione e la tutela dell'esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati», in Bollettino Ufficiale n. 27 del 21 luglio 2008); dalle Marche, con legge 26 maggio 2009, n. 13 («Disposizioni a sostegno dei diritti e dell'integrazione dei cittadini stranieri immigrati», in Bollettino Ufficiale 04 giugno 2009, 13), e poi con legge 30 novembre 2009, n. 28 («Modifiche alla Legge regionale 26 maggio 2009, n. 13 "Disposizioni a sostegno dei diritti e dell'integrazione dei cittadini stranieri immigrati"», in Bollettino Ufficiale n. 116 del 10 dicembre 2009); dalla Puglia, con legge 4 dicembre 2009, n. 32 («Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia», in Bollettino Ufficiale n. 196 del 7 dicembre 2009), e poi con legge del 05 ottobre 2018, n. 51 («Modifiche alla Legge regionale 4 dicembre 2009, n. 32 "Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia"», in Bollettino Ufficiale n. 129 del 05 ottobre 2018); e dalla Basilicata, con legge regionale 6 luglio 2016, n. 13 («Norme per l'accoglienza, la tutela e l'integrazione dei cittadini migranti e dei rifugiati», in Bollettino Ufficiale n. 26 del 6 luglio 2016).

¹⁰¹ Si tratta della legge regionale Campania 3 novembre 1994, n. 33, «Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati stranieri in Campania provenienti da paesi extra comunitari».

¹⁰² Si tratta della legge regionale 15 gennaio 1997, n. 3, («Integrazioni e modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 33 concernente Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati stranieri in Campania provenienti da paesi extracomunitari», in Bollettino Ufficiale della Regione n. 5 del 27 gennaio 1997).

¹⁰³ Il riferimento è alla legge regionale Campania 8 febbraio 2010, n. 6, «Norme per l'inclusione sociale, economica e culturale delle persone straniere presenti in Campania» (in Bollettino Ufficiale della Regione n. 16 del 19 febbraio 2010).

¹⁰⁴ Art. 1, comma 2, della legge 8 febbraio 2010, n. 6, cit.

¹⁰⁵ *Ibidem*.

¹⁰⁶ Il giudizio costituzionale in questione è quello conclusosi con la sentenza 22 luglio 2010, n. 269, cit.

rigettare le censure di illegittimità sollevate dal Governo avverso tale legge per presunta violazione delle disposizioni di cui all'art. 117, comma 2, lett. a) e b), della Costituzione, che attribuiscono alla competenza esclusiva dello Stato, rispettivamente, le materie «diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea» e «immigrazione», la Corte ha tra l'altro evidenziato come, nelle sue previsioni, la stessa risulti pienamente conforme a Costituzione, e con quel nucleo irriducibile di tutela accordata al bene salute, a fronte del quale alcuna rilevanza assume la condizione di regolarità ovvero la perseguibilità penale dei destinatari delle previsioni in essa contenute¹⁰⁷. Il tutto, peraltro, accompagnato da un'ulteriore precisazione che, per importanza, trascende la specifica questione di legittimità dedotta nell'occasione alla cognizione del giudice costituzionale. Per la Corte, infatti, se è vero che le disposizioni regionali impugnate, volte a garantire l'accesso a diritti quali quello allo studio ed alla formazione professionale, all'assistenza sociale, al lavoro, all'abitazione, alla salute sono applicabili anche in favore degli stranieri non in regola con il permesso di soggiorno, è altrettanto vero che esse hanno di mira esclusivamente la tutela di diritti fondamentali, senza minimamente incidere sulla politica di regolamentazione della immigrazione ovvero sulla posizione giuridica dello straniero presente nel territorio nazionale o regionale o sullo *status* dei beneficiari. Conseguentemente, esse non interferiscono con la potestà, di esclusiva spettanza dello Stato, relativa alla programmazione dei flussi di ingresso e di soggiorno nel territorio nazionale ovvero ai presupposti ed alle modalità di regolarizzazione dello straniero. E tale precisazione, consentendo di imputare al diritto sanitario, e non più al diritto dell'immigrazione¹⁰⁸, le norme che nel nostro ordinamento disciplinano la tutela della salute degli stranieri, permette per ciò stesso di meglio intendere i rapporti Stato/Regione quanto alla regolamentazione della materia, e quindi di ridistribuirne le responsabilità per il caso di mancato effettivo godimento delle prestazioni sanitarie a danno dei migranti.

¹⁰⁷ Nell'occasione, tre furono le leggi regionali impugnate. Esattamente la l.r. Toscana n. 29/2009; la l.r. Puglia n. 32/2009 e la l.r. Campania n. 6/2010. Per un commento di tale sentenza, cfr. F.B. DAL MONTE, *Regioni, immigrazione e diritti fondamentali*, in www.forumcostituzionale.it.

¹⁰⁸ Efficacemente, sul punto, A. PUPINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia (dalla legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale al d.l. "sicurezza" n. 113/2018)*, cit, 641 ss., la quale, infatti, a proposito della passata riferibilità delle norme sulla tutela della salute degli stranieri al diritto dell'immigrazione, ricorda che: «Fino a tempi recentissimi ciò ha determinato una tendenziale prevalenza della materia immigrazione sulla tutela della salute che ha portato la prima ad agire impropriamente, allo stesso tempo, sia come fonte di principi fondamentali, sia come materia trasversale capace di limitare la potestà legislativa concorrente delle Regioni in materia di salute e quella residuale in materia di assistenza sociale. La Corte costituzionale, infatti, pur riconoscendo alle Regioni uno spazio autonomo di intervento in merito alla tutela della salute degli immigrati, ha anche affermato, riferendosi in modo particolare agli stranieri irregolari, che le stesse non possono però oltrepassare i limiti stabiliti dal T.U.I. Quest'ultimo ha così finito per limitare, di fatto, anche in modo trasversale, l'autonomia delle Regioni in materia di salute e di assistenza sociale [v. sent. n. 134/2010]».

5. Perché le buone norme diventino prassi e i diritti previsti sulla carta si realizzino nella quotidianità: considerazioni di sintesi

Inopinabilmente, anche in tempi molto più vicini a noi, non sono mancati, specie a livello regionale, interventi atti ad ampliare le garanzie di concreta fruizione delle prestazioni sanitarie a favore dei migranti, grazie soprattutto alla collaborazione intessuta con gli enti del Terzo settore¹⁰⁹.

Tuttavia, è indubbio che, apprezzato nel passaggio dal piano formale a quello sostanziale, *quid est* dalla definizione delle possibilità di accesso alla concreta fruibilità delle prestazioni, il godimento del diritto alla salute da parte degli immigrati pare ancora oggi soffrire molti limiti, causa la perdurante presenza all'interno del sistema di una serie di barriere che, pur nella loro diversità, ancora concorrono a mettere in discussione l'effettività.

Certamente, ad incidere negativamente sulle effettive possibilità di accesso ai servizi socio-sanitari da parte delle popolazioni immigrate sono quelle che, correntemente additate come barriere di tipo linguistico, comunicativo, ed interpretativo, dimostrano la concorrente e difficile coesistenza, all'interno di una stessa realtà, di divergenti costruzioni culturali relative a salute e malattia, «tali da rendere il rapporto medico-paziente immigrato carico di complessità»¹¹⁰. Né meno rilevanti, in questa stessa prospettiva, sono pure le barriere comportamentali che, sempre in direzione della costruzione di un «sano» rapporto medico-paziente, vengono spesso frapposte anzitutto dagli utenti ma anche dagli operatori, «condizionati sia da pregiudizi «politico culturali», sia da approcci inadeguati su un piano professionale»¹¹¹.

Ma, se alla risoluzione di tali problematiche pare utile anche solo una più diffusa e sentita implementazione nel sistema della figura del «mediatore culturale», con connotazione e funzione prettamente

¹⁰⁹ Una ricognizione attenta di queste specifiche strategie di azione si ritrova in N. VETTORI, *Vulnerabilità, salute e persone migranti. Proattività e prossimità: ingredienti essenziali per l'equità nel Servizio Sanitario Nazionale*, cit., 132 ss.

¹¹⁰ In questo senso, A. AGOSTINELLI, A. FARINA, *Salute e fenomeno migratorio: caratteristiche e limiti alla fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione straniera*, in M. CHERUBINI (a cura di), *Tecnologie, Pubblica Amministrazione, Migrazioni*, Napoli, 2013, 62, che così spiegano il dato: «In letteratura è ormai piuttosto diffusa la teoria secondo la quale ogni società è portatrice di un proprio sistema etno-sanitario, che riordina gerarchicamente la totalità delle risorse terapeutiche disponibili: esso generalmente si compone di un'area specialistica, ovvero le conoscenze legate alla medicina tradizionale e alla medicina biomedica [assieme ad altre forme di cura ibride tra i due gruppi, definite transizionali] e di un'area non specialistica, in cui primeggia la sfera popolare e domestica. Area specialistica ed area non specialistica si intrecciano e si sovrappongono differentemente a seconda della cultura di appartenenza, dando vita a sistemi culturali differenti gli uni dagli altri. Pertanto, seguendo questo approccio, nel momento in cui il migrante si inserisce in un nuovo contesto socio-culturale, si troverà a cavallo tra due sistemi etno-sanitari: quello di origine, al quale rimane ancora legato pur nell'impossibilità di applicarlo, e quello del paese di accoglienza, del quale però ancora non possiede le chiavi di lettura. Si crea così una grande ambiguità culturale, alla quale tendenzialmente il paziente reagisce polarizzandosi su due estremi: le aspettative eccessive verso una medicina occidentale potentissima ed ipertecnologica oppure [generalmente in ordine consequenziale] la diffidenza verso pratiche mediche e trattamenti diversi da quelli esperiti ed immaginati».

¹¹¹ Cfr. S. GERACI, I. EL HAMAD, *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre*, in *Italian Journal of Public Health*, JPH – 9, 8, 3, Suppl. 3, 2011, 18, reperibile all'indirizzo: <https://www.unife.it/medicina/ostetricia/studiare/minisiti/fisiopatologia-del-puerperio/discipline-demoetnoantropologiche/materiale-lezioni/barriere%20nel%20accesso%20ai%20servizi%20e%20fruibilita.pdf>.

linguistica» ovvero «attitudini comunicative, psicologiche, sociologiche e antropologiche»¹¹², assolutamente più complesso pare invece il superamento di ben altri ostacoli che a monte incidono sulla stessa accessibilità alle prestazioni sanitarie da parte delle popolazioni migranti.

Qui, certamente, il riferimento è a quelle barriere giuridico-legali, economiche, burocratico-amministrative, oltre che organizzative, che, largamente indagate dalla dottrina, da anni si lamentano quale effetto di scelte politiche poco accorte o comunque non sempre pertinenti rispetto alla portata del tema oggetto di disciplina¹¹³.

Tuttavia, è indubbio che ad incidere in maniera significativa sul piano in esame sia anzitutto e soprattutto la mancanza di uniformità nell'applicazione della disciplina in tema di immigrazione, quale conseguenza del processo di decentramento amministrativo e politico dell'offerta sanitaria da anni in corso.

Qui certamente il discorso investe il riparto di competenze Stato/Regioni per come oggi definito in Costituzione all'art. 117, che attribuisce anzitutto allo Stato la competenza legislativa esclusiva nelle materie «diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea» (lett. a), «immigrazione» (lett. b) e «ordine pubblico e sicurezza» (lett. h), mentre, per quel che concerne nello specifico la tutela della salute, ne riferisce la relativa regolamentazione alla competenza concorrente di entrambi gli enti, riservando infine sempre alla competenza legislativa esclusiva statale la determinazione delle prestazioni concernenti i diritti civili e i diritti sociali che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale (art. 117, c. 2, lett. m, Cost.).

Ebbene, proprio l'attuazione di tale ultima previsione, a mezzo dell'approvazione d.P.C.M. 12 gennaio 2017, con cui sono stati aggiornati i livelli essenziali di assistenza sanitaria (in sigla, L.E.A.), consegna oggi all'interprete una cornice normativa in cui, per effetto della confluenza all'interno dell'art. 63 delle norme in tema di tutela della salute già presenti nell'art. 35 del Testo unico sull'immigrazione e delle puntualizzazioni al riguardo offerte dalla circolare ministeriale n. 5/2000, la tutela della salute degli immigrati, anche non regolari, acquista un nuovo rilievo ed una maggiore ampiezza. Da un lato, infatti, la trasposizione dei contenuti della circolare ministeriale *de qua* all'interno del decreto che definisce i L.E.A. finisce per rendere le relative previsioni vincolanti non più soltanto per gli organi della pubblica amministrazione ma anche per quelli del potere giudiziario, così assicurando la giustiziabilità dei diritti riconosciuti anche a favore dei migranti non regolari; dall'altro, invece, la riproposizione all'interno dello stesso decreto delle disposizioni già contenute nel Testo unico sull'immigrazione riguardo alla salute dei migranti anche irregolari finisce per sancire la definitiva riferibilità della relativa disciplina nell'alveo della materia sanitaria¹¹⁴, sì che le relative norme sono «meno esposte al rischio di venire sacrificate di fronte alle esigenze di gestione dei flussi migratori e di tutela della sicurezza cui è preposto, in via principale, il T.U.I.»¹¹⁵.

¹¹² Al riguardo, S. GERACI, I. EL HAMAD, *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre*, cit., 17.

¹¹³ Una disamina di carattere generale di tali barriere è offerta da S. GERACI, I. EL HAMAD, *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre*, cit., 16, 17.

¹¹⁴ Su tali profili, per un maggiore approfondimento, A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia (dalla legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale al d.l. "sicurezza" n. 113/2018)*, cit., 642 ss.

¹¹⁵ Così, A. PITINO, *Quarant'anni (e più) di tutela della salute degli stranieri in Italia (dalla legge n. 833/1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale al d.l. "sicurezza" n. 113/2018)*, cit., 643 ss. la quale, infatti, al riguardo,

In tale contesto, però, resta ferma la competenza delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari, e, quindi, nell'adozione di tutte quelle misure, a cominciare dai servizi di mediazione linguistica e culturale e quelli di tipo più strettamente informativo, nonché nella definizione delle relative procedure amministrative cui di fatto è ancorata la concreta accessibilità, o meglio la fruibilità, di tali servizi da parte dei migranti. E poiché è proprio in questi "interstizi" della normativa che maggiormente si annida non solo il pericolo di possibili compressioni della relativa tutela in danno alle persone dei migranti ed alla loro salute, ma anche e soprattutto il rischio di un'eccessiva sua "frammentazione", in ragione delle potenziali divergenze che, sotto tale profilo, si rinvengono nelle diverse realtà regionali, è anzitutto evidente il rilievo che, al superamento di tali problematiche, riveste la sottoscrizione di Accordi, come quello stipulato nel 2012 tra Stato, Regioni e Province autonome, per una più corretta applicazione delle normative succedutesi nel tempo in materia di assistenza sanitaria alla popolazione straniera¹¹⁶. Di là da ciò, però, è indubbio che, specie per il futuro, tali problematiche sono destinate ad essere non poco incise dalla successiva evoluzione di quel progetto regionalista che spinge sempre più fortemente verso il riconoscimento di una maggiore autonomia di tali enti. Anzi, in ragione delle questioni ora poste sul tappeto, può a ragione sostenersi che la regionalizzazione in ambito rappresenta uno degli aspetti più controversi e discussi del processo di *devolution* in corso, non altrimenti superabile se non attraverso un ripensamento più generale di quel "regionalismo differenziato" che, nell'*an* prima ancora che nel *quomodo* della sua attuazione, è da tempo al centro dello scontro politico.

evidenzia come «le stesse [...] ponendosi in relazione diretta con l'art. 32 Cost. cui danno attuazione per la parte relativa alla tutela del diritto fondamentale alla salute degli stranieri, si trovano ora in una posizione di partenza più idonea per contrastare, soprattutto in sede di giustizia costituzionale, eventuali modifiche al T.U.I. con le quali il legislatore pretendesse, come già avvenuto in passato, di sacrificare la tutela della salute ai fini del controllo dell'immigrazione irregolare». A ciò, inoltre, aggiunge che «questa nuova collocazione delle norme che tutelano la salute degli stranieri sembra essere anche più rispettosa del riparto di competenze tra lo Stato e le Regioni previsto dall'art. 117 Cost. L'autonomia [concorrente] delle Regioni in materia di tutela della salute degli stranieri risulta ora limitata dai Lea 2017, cioè da norme che danno attuazione all'art. 117, c. 2, lett. m, una materia trasversale per la cui definizione è richiesta la partecipazione delle Regioni, a differenza di quanto avviene invece per le competenze statali esclusive in materia di "immigrazione" e di "ordine pubblico"».

¹¹⁶ Si tratta, più specificamente, dell'«Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome"» (in G.U. Serie Generale n. 32 del 07.02.2013 – Suppl. Ordinario n. 9).