

Il diritto alla salute dei migranti davanti alle Corti europee

Luigi Ferraro *

MIGRANTS' RIGHT TO HEALTH BEFORE THE EUROPEAN COURTS

ABSTRACT: The jurisprudence of the European Court of Human Rights and the Court of Justice of the European Union highlights how the right to health of irregular migrants is often subordinated to the needs of public finances and border security. This, however, is in contrast with the indications of the World Health Organization, according to which health is not only the absence of disease but also the physical, mental and social well-being of the person, adding respect for the migrant's culture too, as pointed out by migration medicine.

KEYWORDS: Migrants; health; public finance; public safety; cultural aspects

ABSTRACT: Sulla base della giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo e della Corte di Giustizia dell'Unione Europea emerge un diritto alla salute dei migranti irregolari spesso recessivo rispetto agli interessi di finanza pubblica e di sicurezza dei confini degli Stati. Ciò, però, si pone in contrasto con l'indicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui la salute non è solo l'assenza di patologie ma anche il benessere fisico, mentale e sociale della persona, cui si aggiungono gli aspetti culturali del migrante, come evidenzia la medicina delle migrazioni.

PAROLE CHIAVE: Migranti; salute; finanza pubblica; sicurezza; aspetti culturali

SOMMARIO: 1. Il diritto alla salute dei migranti tra ordinamento interno, sovranazionale e internazionale – 2. La giurisprudenza della Corte EDU (segue...) – 3. (...) e la giurisprudenza della CGUE – 4. Brevi osservazioni a mo' di conclusione (...ma non troppo!).

1. Il diritto alla salute dei migranti tra ordinamento interno, sovranazionale e internazionale

L'Europa è interessata in modo significativo ormai da diversi anni dal fenomeno migratorio, che coinvolge in particolare l'Italia e la Grecia quali paesi di primo approdo, ma che poi si proietta ad altri Stati membri, come Germania e Francia, più ricchi e capaci di offrire maggiori opportunità di lavoro. Le ragioni alla base di questo fenomeno – sempre più consistente nei numeri, oltre che drammatico per le tante tragedie occorse in mare nel disperato tentativo di raggiungere le nostre coste – sono quelle note: l'estrema povertà dei paesi di provenienza, i molti conflitti etnici

* Professore associato di Diritto pubblico comparato presso l'Università della Campania Luigi Vanvitelli. Mail: luigi.ferraro@unicampania.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

che riguardano tante zone geografiche del mondo e la perenne deflagrazione di eventi bellici, come da ultimo la guerra in Ucraina e nella striscia di Gaza, per citare i più vicini.

Sotto il profilo sanitario è opportuno evidenziare le buone condizioni di salute in cui arrivano i migranti, di solito migliori rispetto a quelle dei cittadini della Nazione ospitante, dal momento che si verifica una naturale selezione all'origine, nel senso che emigrano solo le persone con un fisico in buona salute, il c.d. «effetto migrante sano»¹, proprio per le prevedibili sofferenze e difficoltà dei viaggi che, non a caso a volte, si trasformano purtroppo in drammatici naufragi nel mare Mediterraneo.

È altrettanto vero, però, che lo stato di salute dei migranti, una volta arrivati alla propria mèta, rapidamente peggiora. A ciò contribuiscono, tra l'altro, le condizioni di lavoro disagiate cui molte volte sono costretti, le ristrettezze economiche e l'assimilazione ad uno stile di vita molto diverso rispetto alla propria cultura; si aggiunga, poi, l'evidente trasformazione del fenomeno migratorio negli ultimi anni, poiché stanno diminuendo coloro che arrivano per ragioni di lavoro, mentre tendono ad aumentare i profughi, i richiedenti asilo e quelli desiderosi di un ricongiungimento familiare².

Tale stato di cose fa emergere una naturale necessità di assistenza nei riguardi dei migranti, che però scontano nel nostro paese «diseguaglianze di salute e di accesso ai servizi sanitari rispetto alla popolazione italiana»³, oltre alle ragioni di discriminazione razziale che spesso aumentano i «rischi psicosociali»⁴. In questo contesto risulta a rischio la salute dei migranti, in particolare se considerata nella duplice valenza del significato che le è stato assegnato dall'OMS, per cui l'essere sano, com'è noto, non si esaurisce nell'assenza di malattie, ma richiede il completo benessere psico-fisico della persona. Ciò significa non solo la necessità di prestare cura a coloro che arrivano in precarie condizioni fisiche, ma di predisporre un sistema di adeguato sostegno psicologico nei confronti di chi lascia dietro di sé esperienze di guerra, di stupri e di violenze di genere⁵, solo per fare qualche esempio.

In proposito è utile richiamare la «medicina delle migrazioni», il cui obiettivo è quello di prendersi cura delle diverse dimensioni che compongono la persona umana, come il corpo, la psiche, la cultura, le

¹ Cfr. G. CASELLI, S. LOI, S. STROZZA, *Immigrazione, salute e mortalità degli stranieri in Italia*, in *Rivista AIC*, 4, 2017, 10 ss., i quali evidenziano come le popolazioni immigrate siano «mediamente più sane di quelle native», soprattutto per coloro che sono alla ricerca di opportunità di lavoro. Egualmente v. S. GERACI, B. MAISANO, M. MAZZETTI, *La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti*, in *Studi Emigrazione*, 157, marzo 2005, 6.

² In tal senso, sui diversi aspetti, v. ancora G. CASELLI, S. LOI, S. STROZZA, *op. cit.*, 4, 11.

³ M. TERRANEO, M. TOGNETTI BORDOGNA, *È possibile studiare la relazione tra immigrazione e salute in Italia?*, in *Rassegna Italiana di Sociologia*, 4, 2018, 790 ss., 792, sostengono ad esempio «che le minoranze etniche fanno ricorso in misura minore rispetto agli autoctoni ai programmi di screening, mentre si osserva un sovra-utilizzo del pronto soccorso».

⁴ Ancora M. TERRANEO, M. TOGNETTI BORDOGNA, *op. cit.*, 791.

⁵ Cfr. C. CORSI, *Il diritto alla salute alla prova delle migrazioni*, in *Istituzioni del federalismo*, 1, 2019, 74. È opportuno precisare che nelle more della pubblicazione del presente contributo è stato adottato dal Consiglio (14 maggio 2024) il nuovo Patto UE su migrazione e asilo, che consta di 10 atti legislativi «che riformano l'intero quadro europeo per la gestione dell'asilo e della migrazione». Uno dei profili di maggiore interesse è la previsione «di un meccanismo di solidarietà per garantire una più equa ripartizione della responsabilità» relativamente al sistema migratorio; gli Stati membri dovranno attuare nel termine di due anni i suddetti atti legislativi. In <https://www.consilium.europa.eu/it/press/press-releases/2024/05/14/the-council-adopts-the-eu-s-pact-on-migration-and-asylum> (ultima consultazione 15/06/2024).

aspettative per il futuro, tutte meritevoli di attenzione in rapporto al contesto che ospita i migranti⁶. Lo straniero può essere considerato titolare di un «diritto culturale a perpetuare le proprie tradizioni, portando la categoria cultura fuori dall'alveo della mera consuetudine [...] per darle lo *status* di un vero e proprio diritto inviolabile» nato dalla elaborazione giurisprudenziale⁷. Infatti, quando si esamina il fenomeno migratorio sotto il profilo sanitario bisogna fare i conti anche con la possibilità di un «conflitto tra pratiche culturali/religiose, da un lato, e diritto alla salute, dall'altro», come nel caso delle emotrasfusioni per il gruppo religioso dei testimoni di Geova, oppure quando i genitori vogliono imporre trattamenti curativi previsti dalla propria fede (es.: malocchio), o ancora laddove il minore subisce sul proprio corpo pratiche legate alla cultura religiosa di appartenenza, ma che sono dannose per il suo benessere, come nell'ipotesi della circoncisione maschile e delle mutilazioni genitali femminili⁸. Proprio con riferimento a quest'ultima ipotesi si manifesta il ruolo dei mediatori culturali. Secondo le Linee guida per la prevenzione, assistenza e riabilitazione delle donne che hanno subito mutilazioni genitali (Decreto Ministero della Salute, 17 dicembre 2007), è necessario che vi sia nei loro riguardi un approccio clinico e psicologico effettuato preferibilmente da operatori sanitari di genere femminile e, comunque, supportati da interpreti e mediatrici culturali, con il compito di agevolare la comunicazione, anche con le istituzioni, e la realizzazione degli obiettivi medico-sanitari. Il fine ultimo è quello di eliminare le barriere socio-culturali e favorire un'assistenza sanitaria idonea alla tutela del diritto alla salute e dell'integrità fisica di queste donne e bambine immigrate⁹.

A fronte di tale problematica situazione, va registrato un quadro normativo europeo sulla salute dei migranti piuttosto debole. Partendo dalla CEDU, non sono previste norme a tutela del diritto alla salute e, in generale, dei diritti sociali; non a caso, come si vedrà a breve, l'ancoraggio normativo della Corte EDU in fattispecie di questo tipo è rappresentato dall'art. 3 CEDU, cioè il divieto di trattamenti inumani o degradanti. Tutt'al più è possibile richiamare, godendo di un carattere complementare alla stessa CEDU, la Carta Sociale Europea che riconosce ad ogni persona il diritto al «miglior stato di salute» possibile (art. 11)¹⁰, nonché il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, che egualmente sancisce «il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire» (art. 12)¹¹.

⁶ Così si esprimono S. GERACI, B. MAISANO, M. MAZZETTI, *La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti*, cit., 2, ripresi molto recentemente da F. MEOLA, *L'accesso ai servizi socio-sanitari da parte dei migranti tra tutela della salute e salvaguardia dell'identità culturale*, in *BioLaw Journal*, 4, 2023, 75 ss.

⁷ Cfr. C. CAVALLARI, I. RUGGIU, *Antropologia e diritti di fronte alla salute del minore: un approccio integrato*, in *BioLaw Journal*, 4, 2023, 31, che si richiamano, in proposito, alla giurisprudenza della Suprema Corte di cassazione.

⁸ Cfr. C. CAVALLARI, I. RUGGIU, *op. cit.*, 36, 32 ss.

⁹ Ciò ai sensi della legge n. 7/2006, «Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile», che prevede, come poi è avvenuto, l'adozione delle suddette Linee guida. È bene tuttavia precisare l'inesistenza di una specifica disciplina circa il ruolo del mediatore interculturale (pur nelle differenze con il mediatore culturale); si registrano solo norme sparse, tra cui, ad esempio, gli artt. 38 e 42 d.lgs. n. 286/1998, relativi, rispettivamente, all'istruzione degli stranieri e all'educazione interculturale, oltre che alle misure di integrazione sociale, in [https://integrazioneimmigranti.gov.it/it-it/Altre-info/e/2/o/41///id/81/Mediazione-Quadro-normativo \(ultima consultazione 15/06/2024\)](https://integrazioneimmigranti.gov.it/it-it/Altre-info/e/2/o/41///id/81/Mediazione-Quadro-normativo (ultima consultazione 15/06/2024)).

¹⁰ Sul punto, cfr. A. ALBANESE, *La tutela della salute dei migranti nel diritto europeo*, in *Rivista AIC*, 4, 2017, 18 ss.

¹¹ Secondo C. GULOTTA, *Il diritto alla salute dei migranti nel pacchetto di proposte della Commissione sulla riforma del "diritto di asilo europeo" e nella recente giurisprudenza della Corte di giustizia*, in *Il Diritto dell'Unione*

Passando poi alla normativa dell'Unione europea, rileva innanzitutto l'art. 35 della Carta di Nizza, secondo cui «ad ogni persona» spetta il diritto ad ottenere cure mediche, tenendo conto che nelle politiche europee è necessario garantire «un livello elevato di protezione della salute umana», indirizzo normativo peraltro ribadito dall'art. 168 TFUE¹², sebbene nel rispetto delle «responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria», il che in parte depotenzia la dichiarazione tuttora di principio. A tali disposizioni si aggiunge quanto previsto specificamente in tema di asilo e di immigrazione, rispettivamente all'art. 78 TFUE, per cui l'UE «sviluppa una politica comune in materia di asilo, di protezione sussidiaria e di protezione temporanea», e all'art. 79 TFUE, laddove si affida a Bruxelles il compito di «una politica comune dell'immigrazione intesa ad assicurare, in ogni fase, la gestione efficace dei flussi migratori, l'equo trattamento dei cittadini dei paesi terzi *regolarmente* (corsivo nostro) soggiornanti» e la prevenzione unita al contrasto verso ogni forma di immigrazione illegale.

Dal punto di vista del diritto interno, la disciplina italiana di rango primario si fonda sul d.lgs. n. 286/1998, cioè il Testo Unico sugli Immigrati (da ora in poi T.U.I.), in cui all'art. 2 si sancisce che «allo straniero [...] sono riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana previsti dalle norme di diritto interno, dalle convenzioni internazionali in vigore e dai principi di diritto internazionale generalmente riconosciuti». Ciò che però rileva maggiormente sul versante sanitario è il relativo Titolo V, con gli artt. 34, 35 e 36, in quanto si prevede che gli stranieri regolarmente soggiornanti «hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani» per le prestazioni sanitarie, con l'obbligo di iscrizione al SSN (art. 34), mentre per i migranti irregolari sono previste «cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva» (art. 35, 3° co.); infine, a favore degli stranieri che abbiano la necessaria capienza economica è prevista la possibilità del permesso di soggiorno per cure mediche (art. 36). Tali disposti trovano il loro ancoraggio costituzionale nell'art. 10, 2° e 3° co., Cost., che – oltre al riconoscimento del diritto di asilo – affida alla legge la regolamentazione della condizione giuridica dello straniero secondo le norme internazionali, o ancora nell'art. 3 Cost., il cui principio di eguaglianza è estensibile a ciascuna persona affinché nessuno possa subire discriminazioni, secondo la lettura della Corte costituzionale italiana¹³, e

Europa, 4, 2017, 749, tale art. 12 è il riferimento normativo «più forte per affermare l'universalità del diritto alla salute».

¹² Infatti, ai sensi dell'art. 168, par. 1, TFUE, «Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana», cui si aggiunge quanto indicato dall'art. 6, par. 1, TUE, a mente del quale «l'Unione riconosce i diritti, le libertà e i principi sanciti nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea [...], che ha lo stesso valore giuridico dei trattati».

¹³ Secondo la Corte cost., *ex multis*, sent. n. 120/1967, punto 2 del *Considerato in diritto*, «se è vero che l'art. 3 si riferisce espressamente ai soli cittadini, è anche certo che il principio di eguaglianza vale pure per lo straniero quando trattasi di rispettare quei diritti fondamentali». Per tale giurisprudenza costituzionale, cfr. E. Rossi, F. BIONDI DAL MONTE, *Immigrazione e diritto alla salute*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*, Milano-Udine, 2012, 101 s. G. MOSCHELLA, *La legislazione sull'immigrazione e le prospettive della tutela dei diritti fondamentali: l'ordinamento europeo e l'esperienza italiana*, in *Ordine internazionale e diritti umani*, 2019, 476, partendo dall'analisi degli indirizzi giurisprudenziali della Corte, ritiene che «la fonte di tutti i diritti fondamentali sia la natura umana e non la cittadinanza».

nell'art. 2 Cost. che sancisce il principio personalista quale valore di fondo del nostro ordinamento costituzionale.

Assume un particolare rilievo l'art. 19, 2° co., lett. d-bis, T.U.I. dove è stabilito il divieto di espulsione «degli stranieri [...] [affetti] da patologie di particolare gravità», non curabili adeguatamente nel paese d'origine. Tale disposizione permette di entrare nell'esame della giurisprudenza europea, che in molti casi ha deciso proprio sulla possibilità di allontanamento di un migrante che versa in condizioni critiche di salute, così da offrire un'importante prospettiva di indagine sul grado di tutela del diritto alla salute a favore di questo tipo di stranieri.

2. La giurisprudenza della Corte EDU (segue...)

La Corte di Strasburgo nella sua giurisprudenza ha focalizzato l'attenzione soprattutto nei riguardi dei migranti irregolari con a carico un provvedimento di espulsione. Come si è visto, anche per l'ordinamento italiano vale la distinzione tra regolari e irregolari, laddove i primi in materia di salute sono pienamente equiparabili ai cittadini italiani (art. 34 T.U.I.), mentre i secondi possono godere più limitatamente delle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio (art. 35, 3° co., T.U.I.). In questo modo si registra un'evidente differenza tra le due categorie di stranieri, con palesi restrizioni di tutela sanitaria per gli irregolari in quanto non parificabili attraverso il criterio della cittadinanza. La circolare n. 5, 24 marzo 2000, del Ministero della Salute ha poi precisato il significato sia di *cure urgenti*, cioè quelle non procrastinabili se non a danno della salute o della vita delle persone, sia di *cure essenziali*, le quali riguardano «le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche relative a patologie non pericolose nell'immediato o nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggior danno alla salute o rischi per la vita»¹⁴.

Tale indirizzo interpretativo – che collega la necessità di cure tanto ai casi in cui vi sia un pericolo di vita per il migrante, quanto a quelli meno gravi di patologie non essenziali, almeno nell'immediato o nel breve termine – sembra rispondere all'indirizzo della nostra Corte costituzionale, secondo cui deve essere «in ogni caso assicurato a tutti (corsivo nostro) [...] il “nucleo irriducibile” del diritto alla salute garantito dall'art. 32 Cost.», comprendendo dunque nella tutela anche il migrante irregolare¹⁵.

Tuttavia, la Corte EDU sembra alzare il livello di gravità circa i presupposti necessari per la protezione della salute degli stranieri non regolari. Particolarmente interessante per comprendere gli orientamenti del giudice di Strasburgo è il caso *D. c. Regno Unito (1997)*¹⁶, in cui il ricorrente era gravemente malato di AIDS, con un'aspettativa di vita limitata ad 8-10 mesi; in ragione di ciò, egli si era opposto al

¹⁴ Cfr. L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. L'esperienza italiana*, in *Rivista AIC*, 1, 2018, 7 ss.; per un'analisi interpretativa circa «l'ambito di estensione di tali cure», v. E. ROSSI, F. BIONDI DAL MONTE, *Immigrazione e diritto alla salute*, cit., 110 ss. Sul successivo intervento del d.P.C.M. 12 gennaio 2017, art. 63, v. G. COLETTA, *L'accesso alle cure degli immigrati irregolari*, in *BioLaw Journal*, 4, 2021, 142; su questi profili sia, comunque, consentito rinviare anche a V. ZAMBRANO, L. FERRARO, *Migrazioni e diritti. La difficile ricerca di una “valle incantata”*, in *BioLaw Journal*, 4, 2023, 14.

¹⁵ Corte cost., sent. n. 252/2001, punto 4 del *Considerato in diritto*.

¹⁶ Corte EDU, 2 maggio 1997, ric. n. 30240/96, caso *D. c. Regno Unito*. Per una breve illustrazione di questa sentenza v. il sito <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Corte-Europea-dei-Diritti-dell-Uomo-D.-v.-UK-stranieri-e-diritto-alla-salute> (ultima consultazione 15/06/2024).

decreto di espulsione della Gran Bretagna, poiché nel suo paese d'origine (le isole di S. Kitts) non avrebbe potuto godere delle stesse prestazioni sanitarie garantite dal paese ospitante, il che avrebbe ulteriormente ridotto le sue aspettative di vita, già molto compromesse. Secondo la Corte EDU l'espulsione del ricorrente dal Regno Unito integrava gli estremi di un trattamento inumano o degradante, vietato ai sensi dell'art. 3 CEDU, in forza delle circostanze eccezionali (par. 53) dovute all'avvicinarsi della morte a causa della grave malattia virale, cui si aggiungeva la mancata garanzia nel paese d'origine di una tutela sanitaria pari a quella riconosciuta nel Regno Unito, con il rischio ulteriore di acute sofferenze fisiche e psichiche a danno del migrante, oltre che di una nuova accelerazione dei tempi verso l'esito finale della morte (par. 52)¹⁷.

In questa fattispecie, dunque, il trattamento disumano si basa sul rischio prossimo e reale a carico dello straniero di morire in circostanze dolorose. La medesima valutazione non viene ribadita dalla Corte di Strasburgo nella pronuncia *N. c. Regno Unito* (2008)¹⁸, laddove non si presentavano – pur essendo la ricorrente (cittadina ugandese) seriamente malata di AIDS – gli stessi presupposti di eccezionale gravità della precedente decisione, dal momento che l'interessata non era ancora un malato terminale, per cui gli argomenti di ordine umanitario per sostenere la violazione dell'art. 3 CEDU non si presentavano così «gravi e imperativi»¹⁹. Ciò che però maggiormente rileva in questa decisione è la riflessione della Corte secondo cui uno Stato non può assumersi l'onere di ridurre o, ancor di più, di annullare le differenze – a volte notevoli – nel livello di trattamento sanitario tra lo stesso Stato contraente e il paese d'origine, dovute, tali disparità, ai progressi della scienza medica, oltre che alle differenze economiche e sociali tra i due paesi: «a finding to the contrary would place too great a burden on the Contracting States» (par. 44). Poiché non sussiste l'obbligo di ridurre la disparità tra i due paesi, facendo fronte alle difficoltà sanitarie dello Stato d'origine, non si può allora rinvenire nel provvedimento di espulsione la violazione dell'art. 3 CEDU (trattamento inumano e degradante), per cui, alla fine, nel bilanciamento gli interessi di finanza pubblica dello Stato ospitante sono prevalsi sulla necessità di salute della richiedente asilo ugandese²⁰.

Altro caso interessante è la sentenza *Paposhvili c. Belgio* (2016)²¹, in quanto la Corte EDU conferma che vi può essere violazione dell'art. 3 CEDU «nei casi in cui la persona espulsa è prossima alla morte»

¹⁷ Su questa decisione, cfr. F. BIONDI DAL MONTE, E. ROSSI, *Il diritto alla salute come presupposto per l'ingresso dello straniero e come limite al suo allontanamento*, in *BioLaw Journal*, 4, 2023, 67, e C. CORSI, *op. cit.*, 60.

¹⁸ Corte EDU, 27 maggio 2008, ric. n. 26565/05, caso *N. c. Regno Unito*. Anche in questa ipotesi per una breve illustrazione della pronuncia, v. L. BUSATTA, *Corte Europea dei diritti dell'uomo – N. v. Regno Unito: espulsione e diritto a ricevere cure mediche nel Paese ospitante*, 27 maggio 2008, in <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pe-dia/Giurisprudenza/Corte-Europea-dei-Diritti-dell-Uomo-N.-v.-Regno-Unito-espulsione-e-diritto-a-ricevere-cure-mediche-nel-Paese-ospitante2> (ultima consultazione 15/06/2024). Del medesimo indirizzo anche l'altra sentenza, Corte EDU, 10 maggio 2012, ric. n. 34724/10, caso *E.O. c. Italia*.

¹⁹ Cfr. F. BIONDI DAL MONTE, E. ROSSI, *Il diritto alla salute come presupposto per l'ingresso dello straniero e come limite al suo allontanamento*, cit., 67. Sulla differenza rispetto al precedente caso, cfr. S. DIFRANCESCO, *La detenzione dello straniero irregolare tra disciplina sovranazionale e giurisprudenza europea*, in A. MASSARO (a cura di), *La tutela della salute nei luoghi di detenzione*, Roma, 2017, 499 s. (nota 87).

²⁰ Secondo A. ALBANESE, *op. cit.*, 16, la pronuncia richiamata «ha ridimensionato molto la possibilità di applicazione dell'art. 3» CEDU.

²¹ Corte EDU, 13 dicembre 2016, ric. n. 41738/10, caso *Paposhvili c. Belgio*. Per un commento a tale decisione cfr. A. ALBANESE, *op. cit.*, 17, nonché F. BIONDI DAL MONTE, E. ROSSI, *Il diritto alla salute come presupposto per l'ingresso dello straniero e come limite al suo allontanamento*, cit., 67 s.

(par. 181). In questa pronuncia, tuttavia, la Corte individua pure «altri casi molto eccezionali» in cui è possibile configurare il trattamento inumano o degradante, come nell'ipotesi di persona gravemente malata – sebbene non in pericolo di vita – che però a seguito di espulsione «correrebbe un rischio reale [...] di essere espost[a] ad un grave, rapido ed irreversibile deterioramento del proprio stato di salute, con conseguente intensa sofferenza» a causa dell'assenza di cure adeguate nel paese d'origine. In questo modo, continua il giudice europeo, valutata anche la significativa riduzione dell'aspettativa di vita, si raggiungerebbe quella «soglia» elevata richiesta ai fini dell'applicazione dell'art. 3 della Convenzione, allo stesso modo della precedente pronuncia *D. c. Regno Unito* (par. 183). Egualmente, ancora nella sentenza *Paposhvili c. Belgio* la Corte ribadisce l'altro suo indirizzo per cui, nel caso delle persone gravemente ammalate ma non in pericolo di vita, «non è la mancanza di infrastrutture mediche nell'ambito dello Stato ricevente» il presupposto utile per il trattamento inumano e degradante, ex art. 3 CEDU (par. 192), poiché non sussiste l'obbligo convenzionale di uno Stato ad accollarsi economicamente le carenze sanitarie altrui.

Al riguardo, appare estremamente significativo il parere del giudice Pinto De Albuquerque, secondo cui – in riferimento al caso *N. c. Regno Unito* – un'eventuale imposizione allo Stato ospitante dell'obbligo di fornire assistenza sanitaria verso gli stranieri privi del diritto di soggiorno «avrebbe comportato un onere di bilancio troppo elevato», il che ha sollecitato l'indirizzo della Corte EDU a «non aprire le porte all'immigrazione medica»²² e, quindi, a non configurare l'obbligo a carico dello Stato ospitante di ridurre le difficoltà sanitarie di un altro paese.

Nel caso *Khachaturov c. Armenia* (2021)²³ il giudice di Strasburgo definisce con ancora maggiore precisione l'intero perimetro normativo di queste fattispecie. Dopo aver stabilito che l'art. 3 CEDU non prevede eccezioni (par. 81), ribadisce che ai fini della sua violazione è necessario raggiungere un certo livello di gravità, che è relativa, nel senso di dover tenere conto delle circostanze del caso, quali la durata del trattamento sanitario, i suoi effetti fisici e mentali, il sesso, l'età e lo stato di salute del ricorrente (par. 82). In riferimento alla specifica fattispecie, poi, la Corte EDU precisa che l'ordine di espulsione di una persona affetta «da una grave malattia» non viola l'art. 3 CEDU, nella misura in cui «l'interessato sia ritenuto idoneo dal punto di vista medico per il trasferimento» (par. 86), e la valutazione sulla soglia di rischio richiesta deve essere comunque compiuta «su una solida base fattuale» (par. 109). In questo modo la Corte EDU – valutando il rischio di trattamenti inumani o degradanti in relazione a viaggi che mettano in pericolo la vita di una persona in precarie condizioni di salute –

²² Si tratta del *Partly concurring, partly dissenting opinion* del giudice Pinto De Albuquerque, espresso in Corte EDU, 19 dicembre 2017, ric. n. 56080/10, caso *Lopes De Sousa Fernandes c. Portogallo*, par. 43.

²³ Corte EDU, 24 giugno 2021, ric. n. 59687/17, caso *Khachaturov c. Armenia*. Per un breve richiamo a tale pronuncia, cfr. M. BALBONI, C. DANISI (a cura di), *Rassegna di giurisprudenza europea*, in *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, 3, 2021 (in <https://www.dirittoimmigrazionecittadinanza.it/rassegne/rassegna-di-giurisprudenza-europea/245-rassegne-di-giurisprudenza-europea>, ultima consultazione 15/06/2024). Anche Corte EDU, 16 aprile 2016, ric. n. 17299/12, caso *Aswat c. Regno Unito*, in cui il giudice sottolinea il rischio reale che l'estradizione del ricorrente possa comportare un importante deterioramento del suo stato di salute fisica e mentale, capace di raggiungere la soglia di violazione dell'art. 3 CEDU (par. 57), in quanto le sue condizioni di salute non si sarebbero potute adattare al regime carcerario vigente negli Stati Uniti.

conferma il suo rigore di giudizio nel valutare il livello di gravità di una patologia²⁴, eventualmente ostativa ad un provvedimento di allontanamento nei riguardi di uno straniero migrante.

Pertanto, alla luce di questo rapido *excursus* nella giurisprudenza della Corte di Strasburgo emergono taluni precisi indirizzi, tra cui la severa attenzione nel valutare gli stati di malattia dei migranti, insieme ad un bilanciamento che tende a far prevalere, rispetto alla tutela della salute²⁵, l'impatto economico di tale protezione sui bilanci statali. Tutto ciò trova, altresì, ulteriore conferma anche nella giurisprudenza della Corte di Giustizia UE che, come ora si vedrà, sembra muoversi su questo tema in modo sostanzialmente convergente con la Corte EDU.

3. (...) e la giurisprudenza della CGUE

In diverse occasioni, infatti, la Corte di Lussemburgo (da ora CGUE), affrontando le questioni relative allo stato patologico dei migranti, si è richiamata alle valutazioni della Corte EDU, favorendo in tal modo non solo il dialogo tra questi due organi di giustizia, ma anche la interazione tra i due modelli ordinamentali dell'UE e della CEDU; del resto, vale al riguardo il disposto dell'art. 52, 3° co., Carta di Nizza, per cui in caso di corrispondenza tra i diritti della Carta UE e quelli garantiti dalla CEDU «il significato e la portata» dei primi «sono uguali a quelli conferiti dalla suddetta convenzione»²⁶.

Partendo in questa disamina giurisprudenziale dalla causa C-542/13, la CGUE rinvia alla giurisprudenza della Corte EDU nella parte in cui sancisce *solo in casi eccezionali* la violazione dell'art. 3 CEDU se uno straniero gravemente ammalato viene allontanato verso un paese che offre minori garanzie di tutela sanitaria rispetto a quello ospitante (par. 39)²⁷. Oltre al rigore nella valutazione sulla malattia del migrante, la CGUE ritiene che il danno grave, ai fini della concessione della protezione sussidiaria²⁸, non possa consistere nell'assenza nel paese d'origine di un sistema sanitario adeguato a fronteggiare la

²⁴ Ad ulteriore conferma, Corte EDU, 14 aprile 2015, ric. n. 65692/12, caso *Tatar c. Svizzera*, ribadisce che i motivi umanitari contro la decisione di espellere uno straniero devono essere «convincenti», cfr. P.A. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, *Immigrazione irregolare e diritti umani: la prospettiva della Corte EDU e della Corte UE*, in *Freedom, Security & Justice: European Legal Studies*, 1, 2020, 66 s.

²⁵ Sul «diritto alla salute come giustificazione della presenza [del migrante] sul territorio», cfr. F.E. GRISOSTOLO, *La tutela del diritto alla salute dello straniero in Italia e Francia*, in *Rivista AIC*, 2, 2018, 19 ss.

²⁶ Al riguardo la corrispondenza è tra l'art. 3 CEDU e l'art. 4 Carta dei diritti UE, di cui a breve.

²⁷ CGUE, causa C-542/13, 18 dicembre 2014, par. 39, laddove si precisa ulteriormente che l'eccezionalità di una questione, sempre sotto il profilo dell'art. 3 CEDU, si deve sostanziare – oltre che nella gravità della malattia fisica o mentale – anche nell'assoluta inoppugnabilità delle considerazioni umanitarie che depongono contro l'allontanamento. Nel caso di specie, in particolare, è stata respinta la domanda di un cittadino mauritano tesa ad ottenere assegni sostitutivi dei redditi e di assegni integrativi, dopo che gli era stata riconosciuta dal Belgio, paese ospitante, una riduzione della capacità di guadagno per motivi di salute.

²⁸ Per i caratteri della protezione sussidiaria, art. 2, par. 1, lett. f) e lett. g), direttiva 2011/95/UE (ora, nell'ambito del nuovo Patto sulla migrazione e l'asilo, v. art. 3, punti 2) e 6) del «Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio recante norme sull'attribuzione a cittadini di paesi terzi o apolidi della qualifica di beneficiario di protezione internazionale, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria e sul contenuto della protezione riconosciuta, che modifica [solo parzialmente] la direttiva 2003/109/CE del Consiglio e che abroga la direttiva 2011/95/UE del Parlamento europeo e del Consiglio» - Reg. UE 2024/1347); cfr. B. CATALLO, *Il diritto alla salute nel contesto delle migrazioni e la protezione sussidiaria: l'orientamento della Corte di Giustizia dell'Unione europea nella sentenza c-542/13 del 18 dicembre 2014*, in *DPCE online*, 2, 2015, 171.

grave malattia del ricorrente (par. 41)²⁹. Invero, ai sensi dell'art. 15, direttiva 2004/83/CE³⁰, il danno grave si realizza soltanto nelle ipotesi di condanna a morte, di tortura o di «minaccia grave e individuale alla vita o alla persona di un civile». Dunque, se le carenze di un sistema sanitario di un altro Stato non configurano normativamente il danno grave quale presupposto per la protezione sussidiaria, allora ne consegue, in ultima istanza, che le difficoltà sanitarie di un paese non si possono accollare a danno di un altro Stato, per le inevitabili ripercussioni che ciò determinerebbe sulle finanze pubbliche³¹.

Con questa pronuncia la CGUE accoglie sostanzialmente i due orientamenti prima emersi nella giurisprudenza della Corte EDU, cioè l'estremo rigore nel giudicare lo stato patologico del migrante, ma soprattutto la indisponibilità a considerare le difficoltà sistemiche sanitarie dei paesi d'origine dei migranti quali ragioni sufficienti per evitare l'espulsione e garantire loro le prestazioni di salute proprie dello Stato ospitante. Del resto, a ben riflettere, l'indirizzo della Corte di Lussemburgo appare organico ad una dimensione prevalentemente economica del processo europeo di integrazione, soprattutto sotto il versante di una politica economica oltremodo attenta all'equilibrio della finanza pubblica; non a caso, la tutela dei diritti sociali a livello UE è molte volte «indiretta e puramente eventuale», oltre che spesso condizionata dalla realizzazione dei principi «della concorrenza e del mercato»³². A ciò si aggiunga poi che il diritto europeo³³ richiede ai migranti anche l'assicurazione sanitaria quale presupposto di base per concedere «quasi tutti i tipi di permesso di soggiorno», proprio al fine di evitare che i migranti «possano costituire un peso economico eccessivo», preservando così i sistemi sanitari dei paesi membri dal gravoso «impatto dell'immigrazione»³⁴.

Ad ulteriore dimostrazione della sostanziale uniformità della giurisprudenza UE a quella della Corte EDU si può richiamare la recente pronuncia C-69/21, dove – relativamente ai trattamenti inumani e degradanti, sanzionati nella UE attraverso la Carta dei diritti, all'art. 4 – si sostiene: «dalla giurisprudenza della Corte [di Giustizia] risulta in modo costante che la soglia di gravità richiesta in materia, ai fini dell'applicazione dell'articolo 4 della Carta, equivale alla soglia di gravità richiesta, nelle stesse

²⁹ CGUE, causa C-542/13, 18 dicembre 2014, par. 41, specifica che, tutt'al più, ai fini della configurabilità del danno grave sarebbe necessaria, oltre all'assenza di terapie adeguate, «una privazione di assistenza sanitaria inflitta intenzionalmente» al ricorrente. Secondo B. CATALLO, *op. cit.*, 175, il mancato riconoscimento della protezione sussidiaria si è anche giustificato in quanto l'assenza delle «terapie – e la conseguente privazione di assistenza sanitaria – non [...] [era] in queste circostanze imputabile ad un'attività volontaria, quindi intenzionale, nei confronti dello straniero da parte del proprio Stato d'origine o di ultima residenza. È l'elemento dell'intenzionalità, secondo la Corte, a differenziare le condizioni per il riconoscimento di una forma di protezione internazionale, quale lo *status* di rifugiato o di protezione sussidiaria, da quello della protezione nazionale [...]».

³⁰ Tale direttiva è stata abrogata dalla direttiva 2011/95/UE, la quale, a sua volta, è stata recentemente abrogata dal Reg. (UE) 2024/1347. Tuttavia, questi due ultimi atti normativi hanno confermato i contenuti del sopra citato art. 15, direttiva 2004/83/CE.

³¹ In tal senso, cfr. S. DIFRANCESCO, *op. cit.*, 501 s.

³² Così G. MOSCHELLA, *op. cit.*, 478 s.

³³ È il caso della direttiva 2003/109/CE (relativa allo *status* dei cittadini di paesi terzi che siano soggiornanti di lungo periodo), art. 5, par. 1, lett. b), laddove tra le «condizioni per acquisire lo status di soggiornante di lungo periodo» si richiede «un'assicurazione malattia contro tutti i rischi solitamente coperti per i propri cittadini nello Stato membro interessato».

³⁴ Cfr. A. ALBANESE, *op. cit.*, 21. Interessanti anche CGUE, causa C-558/14, 21 aprile 2016, e CGUE, causa C-310/08, 23 febbraio 2010.

circostanze, in forza dell'articolo 3 della CEDU»³⁵ secondo quanto determinato dalla Corte di Strasburgo. In questa pronuncia il giudice di Lussemburgo stabilisce che la normativa europea non consente di adottare «un provvedimento di allontanamento nei confronti di un cittadino [irregolare] di un paese terzo» (par. 76), nel caso in cui egli sia un malato grave e se, allo stesso tempo, sussistano, da un lato «un rischio reale di aumento del suo dolore, a causa del divieto, nel paese di destinazione, dell'unica terapia analgesica efficace» (par. 67), e dall'altro «seri e comprovati motivi per ritenere che il suo rimpatrio possa esporlo, a causa dell'indisponibilità di cure adeguate nel paese di destinazione, a un rischio reale di riduzione significativa dell'aspettativa di vita» (par. 66). Anche in questo caso la serietà della patologia è tale per cui l'eventuale espulsione avvicinerrebbe il migrante alla morte per l'incapienza sanitaria del paese d'arrivo, configurando così gli estremi del trattamento inumano e degradante.

Nella causa C-562/13 la Corte di Giustizia, sempre in riferimento ad un migrante irregolare in attesa di espulsione, statuisce il rinvio del suo allontanamento, poiché in questo caso si sono realizzate quelle condizioni eccezionali ipotizzate dalla Corte EDU per il trattamento *ex art. 3 CEDU*, giacché «le ragioni umanitarie che depongono contro tale allontanamento sono imperative» (par. 47)³⁶. L'eccezionalità, in particolare, è caratterizzata «dalla gravità e dall'irreparabilità del pregiudizio derivante dall'allontanamento di un cittadino di paese terzo verso un paese in cui esiste un serio rischio di [...] deterioramento grave e irreversibile delle sue condizioni di salute» (par. 50), in quanto incapace di adottare terapie adeguate a fronteggiare la grave malattia del migrante. Appare allora chiara la valutazione della CGUE, che vede nella irreparabilità del pregiudizio e nel pericolo di irreversibilità dello stato di salute del migrante gli estremi della eccezionalità di questa situazione, in quanto il complesso di tali elementi segnerebbe «un punto di non ritorno» nelle condizioni fisiche del ricorrente, cui poi si sommerebbe l'incapienza sanitaria del paese di destinazione. In questo contesto l'allontanamento dello straniero lo esporrebbe ad un trattamento inumano e degradante riconosciuto nell'ordinamento UE dall'art. 4, Carta di Nizza.

Allo stesso tempo, sempre nella causa C-562/13 la Corte di Lussemburgo ha stabilito che durante il periodo di rinvio dell'allontanamento il paese ospitante deve farsi carico delle necessità primarie di questo tipo di stranieri, cioè quelli con soggiorno irregolare, per cui, ai sensi dell'art. 14, par. 1, lett. b, direttiva 2008/115/CE, bisogna garantire loro, in attesa del rimpatrio, «le prestazioni sanitarie d'urgenza e il trattamento essenziale delle malattie» (parr. 58-59), il che sembra rappresentare uno standard di tutela sanitaria che a questi ultimi deve essere comunque riconosciuta³⁷.

Un argomento affine è affrontato nella causa C-578/16, il cui oggetto è il trasferimento di un richiedente asilo con disturbi psichiatrici da un paese membro ad altro Stato membro, perché di primo approdo. Secondo la CGUE tale trasferimento deve essere evitato quando comporta il pericolo di trattamenti inumani o degradanti, *ex art. 4, Carta dei diritti UE*, che si verificherebbero dinanzi ad un «rischio

³⁵ CGUE, causa C-69/21, 22 novembre 2022, par. 65.

³⁶ CGUE, causa C-562/13, 18 dicembre 2014.

³⁷ Cfr. C. GULOTTA, *op. cit.*, 751. In questa fattispecie, secondo P.A. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, *op. cit.*, 60, a seguito di una malattia grave del migrante irregolare «prevale il suo diritto alla dignità, vale a dire cioè che il diritto alla salute ha la precedenza sul diritto dello Stato al rimpatrio degli immigrati irregolari». Sulla causa C-562/13, v. ancora S. CENTONZE, S. ANASTASIO, *Protezione dei migranti: Corte EDU e Corte di giustizia a confronto*, in F. BUFFA, M.G. CIVININI (a cura di), *La Corte di Strasburgo, Gli Speciali di Questione Giustizia*, aprile 2019, 397.

reale e acclarato di un deterioramento significativo e irrimediabile dello stato di salute dell'interessato»³⁸. Il problema era rappresentato dall'ipotesi di un trasferimento verso uno Stato membro in cui vi era il serio timore di «carenze sistemiche nella procedura di asilo e nelle condizioni di accoglienza dei richiedenti asilo» (par. 60). Tale pronuncia sembra, però, rafforzare, com'è stato sottolineato, la protezione sanitaria nei riguardi dei migranti, in quanto ha chiarito per un verso che la salute deve essere garantita anche «durante la fase del trasferimento», per l'altro che la tutela sanitaria deve essere privilegiata – almeno quando ne ricorrono le condizioni – «sull'esigenza di attuazione della procedura» di allontanamento, che non a caso può essere sospesa³⁹.

È utile altresì sottolineare che la fattispecie della suddetta causa C-578/16 nasce dal differente significato che le legislazioni dei diversi Stati membri assegnano alla locuzione «trattamento essenziale delle malattie», ex art. 14, par. 1, lett. b, direttiva 2008/115/CE, con riferimento ai migranti irregolari; ciò naturalmente implementa i c.d. movimenti secondari tra i paesi membri dell'UE, né si è riusciti, al momento, ad adottare soluzioni normative europee in grado di «uniformare le modalità con le quali i migranti potranno avere accesso a tali cure e trattamenti»⁴⁰.

4. Brevi osservazioni a mo' di conclusione (...ma non troppo!)

L'esaminata giurisprudenza della Corte EDU e della CGUE fa emergere una serie di profili problematici che si proverà ora ad illustrare, seppure brevemente. Innanzitutto, gli orientamenti della Corte di Strasburgo – a cui poi si uniforma la Corte di Lussemburgo – evidenziano l'eccezionalità della tutela della salute in materia di immigrazione irregolare, tant'è vero che il suo presupposto è quello di una persona vicina alla morte o, tutt'al più, di un soggetto che potrebbe subire un danno grave e non reversibile nell'ipotesi di un ritorno in Patria, tale da rendere imperative le ragioni umanitarie a tutela della persona. In questo contesto il "semplice", seppure reale, rischio di aggravamento della salute del migrante non integra gli estremi del trattamento inumano e degradante, contrario rispettivamente all'art. 3 CEDU e all'art. 4 della Carta dei diritti di Nizza. D'altronde, come si è già rilevato, tale indirizzo si giustifica, dal lato della Corte EDU, per un debole quadro normativo a tutela della salute dei migranti⁴¹, e dal lato della CGUE, per un ordinamento europeo che privilegia la dimensione economica e solo occasionalmente tutela i diritti sociali. Tutto ciò, però, ci allontana dall'idea di salute suggerita dalla scienza medica come completo benessere psico-fisico della persona, mentre ci avvicina all'idea di salute «come stato o rischio di malattia o infermità»⁴².

La naturale conseguenza di quest'orientamento giurisprudenziale, nelle ipotesi di conflitto tra il dato assiologico della salute e i costi della spesa sanitaria a favore dei migranti, è quello di ritenere prevalenti nel bilanciamento gli interessi della finanza pubblica a danno dell'universalità del diritto. Se poi

³⁸ CGUE, causa C-578/16, 16 febbraio 2017, dispositivo della sentenza.

³⁹ Così si esprime C. GULOTTA, *op. cit.*, 758 s.

⁴⁰ Ancora C. GULOTTA, *op. cit.*, 743 s.

⁴¹ Cfr. A. ALBANESE, *op. cit.*, 14, la quale opportunamente sottolinea che «i diritti sociali sono [...] tutelati di riflesso rispetto ai diritti sanciti nella Convenzione».

⁴² In tal senso, cfr. F. BIONDI DAL MONTE, E. ROSSI, *Il diritto alla salute come presupposto per l'ingresso dello straniero e come limite al suo allontanamento*, cit., 70.

alle esigenze finanziarie si aggiungono quelle della sicurezza⁴³, nel senso del potere dello Stato di controllare i propri confini nazionali, allora l'istanza umanitaria, quale elemento del rapporto conflittuale, assume quasi sempre un carattere recessivo all'esito della ponderazione⁴⁴.

Tuttavia, se è vero che i poteri di confine dello Stato risultano spesso prevalenti, è altrettanto vero, però, che esistono «standard “minimi” dei diritti degli stranieri», tra cui quello alla salute, che «coincidono con il nucleo irriducibile dei diritti umani [...] riconosciuti dall'art. 15 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo»⁴⁵. Pertanto, anche a livello europeo, pur nella carenza normativa che al riguardo contraddistingue tale ordinamento, è configurabile comunque un contenuto essenziale del diritto alla salute applicabile qualunque sia la condizione del migrante, regolare o irregolare; a ciò si aggiunga l'esistenza della clausola della dignità umana che ancor di più supporta l'esistenza di un nucleo irriducibile dei diritti fondamentali, dal momento che il valore della dignità, com'è noto, non è mai parte del rapporto conflittuale tra diritti (prevalente e recessivo), quanto invece punta ad essere il vero criterio di ponderazione di quel conflitto.

Proprio sul tema del nucleo essenziale del diritto alla salute a livello UE, è interessante quella giurisprudenza della CGUE che impone agli Stati di applicare, ai sensi dell'art. 14, par. 1, lett. b, direttiva 2008/115/CE, «le prestazioni sanitarie d'urgenza e il trattamento essenziale delle malattie» in favore dei migranti prima del rimpatrio. Ciò sembrerebbe avvicinarsi a quanto stabilito in Italia dall'art. 35, 3° co., T.U.I. quando garantisce le «cure ambulatoriali ed ospedaliere *urgenti o comunque essenziali* (corsivo nostro), ancorché continuative» per gli stranieri irregolari, il che, sotto il profilo del diritto interno, integra gli estremi di quel «nucleo irriducibile» del diritto alla salute riconosciuto dall'art. 32 Cost., come sottolineano i giudici della Consulta. In sede europea, però, non si è ancora precisato il contenuto della formula normativa *prestazioni sanitarie d'urgenza e trattamento essenziale delle malattie*, come al contrario è accaduto nell'ordinamento italiano con la già menzionata Circolare del Ministero della Salute n. 5/2000.

Tuttavia, il costante richiamo, come è emerso in questo contributo, della Corte di Giustizia UE alla giurisprudenza della Corte EDU – particolarmente rigorosa nel riconoscere la tutela della salute a favore dei migranti irregolari – pare in realtà contraddire gli orientamenti della CGUE rispetto agli indirizzi dell'ordinamento italiano e della nostra Corte costituzionale⁴⁶. Difatti, il riferimento delle cure essenziali – da parte della Circolare ministeriale – anche «a patologie non pericolose nell'immediato o nel breve termine» rappresenta sicuramente una soglia più garantista nella tutela della salute rispetto a

⁴³ Le istanze di sicurezza, com'è ovvio, si collegano soprattutto al fenomeno della migrazione irregolare.

⁴⁴ Cfr. G. MOSCHELLA, *op. cit.*, 474 s., che evidenzia come il problema dell'immigrazione sia divenuto «un problema di ordine pubblico», a causa dell'insicurezza sociale ed economica. Sul tema del bilanciamento, cfr. A. ALBANESE, *op. cit.*, 21, nonché F. BIONDI DAL MONTE, E. ROSSI, *Il diritto alla salute come presupposto per l'ingresso dello straniero e come limite al suo allontanamento*, cit., 66, i quali richiamano la giurisprudenza della Cassazione sul «bilanciamento tra le esigenze di ordine pubblico e la tutela del diritto alla salute dello straniero».

⁴⁵ Cfr. P.A. FERNÁNDEZ SÁNCHEZ, *op. cit.*, 72, mentre sui poteri di confine, per una definizione, cfr. F. OLIVIERI, *l'“poteri di confine” e i loro limiti. Per una genealogia del diritto italiano dell'immigrazione*, in F. BIONDI DAL MONTE, E. ROSSI (a cura di), *Diritti oltre frontiera*, Pisa, 2020, 117.

⁴⁶ Difatti, secondo C. CORSI, *op. cit.*, 62, rispetto ai giudici della Consulta «la Corte di Strasburgo [...] [cui si richiama la CGUE] accede ad una interpretazione più restrittiva [...] dei motivi di salute che possono non consentire un'espulsione». Cfr. L. MEZZETTI, *op. cit.*, 16, il quale cita anche la giurisprudenza della Corte di cassazione in Italia sul diritto alla salute dello straniero in caso di espulsione.

quanto richiesto dalla Corte EDU, che riconosce la necessità di proteggere la salute del migrante, vicino all'espulsione, soltanto nei casi eccezionali di deterioramento irreversibile dello stato di salute, se non addirittura nei casi di prossimità alla morte del paziente.

Ancora una volta emerge un grado di tutela della salute per nulla conforme all'ampia definizione che di essa dà l'OMS. Ciò vale maggiormente nel fenomeno migratorio, dove, oltre all'aspetto fisico e psicologico, rilevano anche gli aspetti culturali del migrante, come sottolinea la medicina delle migrazioni. È necessario, per rendere effettiva la tutela, superare le barriere linguistiche, come anche le barriere organizzative, nel caso, ad esempio, di donne migranti che vogliono essere visitate solo da medici dello stesso genere⁴⁷. Tutto quest'ambito disegna, allora, una dimensione molto più ampia della salute rispetto a quella, purtroppo, estremamente ristretta e rigorosa che emerge dalla giurisprudenza europea.

⁴⁷ Cfr. S. GERACI, I. EL HAMAD, *Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre*, in *Italian Journal of Public Health*, 3, 2011, 17, che illustrano le diverse barriere ai fini delle prestazioni socio-sanitarie: «barriere linguistiche; barriere comunicative; barriere interpretative; barriere comportamentali». Opportunamente C. CAVALLARI, I. RUGGIU, *op. cit.*, 43, sottolineano come in un prossimo futuro le tematiche del multiculturalismo richiederanno un sempre maggiore e «attento bilanciamento tra diritti culturali e diritto alla salute».