



Ordine internazionale e diritti umani

International Legal Order and Human Rights
Ordenamiento Jurídico Internacional y Derechos Humanos
Ordre juridique international et Droits de l'Homme

Gli Speciali

Marzo 2020

Controllo e gestione dei flussi migratori nell'Europa del Sud

Studio comparato dell'esperienza spagnola e italiana

www.rivistaoidu.net

ORDINE INTERNAZIONALE E DIRITTI UMANI

Gli Speciali

Diretti da CLAUDIO ZANGHÌ, LINA PANELLA, CARLO CURTI GIALDINO

ORDINE INTERNAZIONALE E DIRITTI UMANI

Gli Speciali

Diretti da CLAUDIO ZANGHÌ, LINA PANELLA, CARLO CURTI GIALDINO

COMITATO SCIENTIFICO

Rafâa Ben Achour – Anthony Arnull – Aldo Bernardini – Antonio Remiro Brotons – Ruggiero Cafari Panico – Mario Pio Calogero – Zlata Drnas Clement – Jean-Paul Costa – Emmanuel Decaux – Kerstin Von der Decken – Alejandro del Valle Gálvez – Angela Del Vecchio – Angela Di Stasi – Carlos Villan Duran – Osman El Hajjié – Juan Manuel Faramiñan Gilbert – Pablo Antonio Fernandez Sanchez – Paolo Fois – Olivier de Frouville – Giancarlo Guarino – Slim Laghmani – Jaime Ferrer Lloret – Sergio Marchisio – Paolo Mengozzi – Claudia Morviducci – Massimo Panebianco – Nicoletta Parisi – Piero Pennetta – Stelios Perrakis – Yves Petit – Carlos Jimenez Piernas – Fabián Salvioli – Tullio Scovazzi – Paul Tavernier – Christian Tomuschat – Sebastian Touzé – Takis Tridimas – Ennio Triggiani – Ugo Villani – Jorge E. Viñuales.

COMITATO DI REDAZIONE

Responsabile: Carlo Curti Gialdino

Componenti: – Francesco Battaglia – Raffaele Cadin – Nicola Colacino – Luigino Manca – Michele Messina – Francesca Perrini – Anna Pitrone – Valentina Zambrano

Criteri di referaggio:

I contributi de *Gli Speciali* sono sottoposti, in forma assolutamente anonima, a tre *referees*, che decideranno, a maggioranza, sulla pubblicazione senza modifiche, con modifiche ovvero sulla non pubblicazione.

Controllo e gestione dei flussi migratori nell'Europa del Sud

Studio comparato dell'esperienza spagnola e italiana

© Copyright - *Ordine internazionale e diritti umani*
Supplemento al n. 1/2020
marzo 2020

ISSN 2284-3531



Ordine internazionale e diritti umani

International Legal Order and Human Rights
Ordenamiento Jurídico Internacional y Derechos Humanos
Ordre juridique international et Droits de l'Homme

INDICE

LINA PANELLA, <i>Introduzione</i>	I
VÍCTOR LUIS GUTIÉRREZ CASTILLO, <i>Introducción</i>	III

Parte I

Controlli alla frontiera dei flussi migratori e immigrazione

PIETRO GARGIULO, <i>Recenti tendenze della cooperazione internazionale in materia di migrazioni. Contenuto, potenzialità e limiti del Global Compact on Migration</i>	1
FRANCESCA PELLEGRINO, <i>L'obbligo di soccorso e il divieto di respingimento nel diritto internazionale e sovranazionale</i>	11
STEFANO AGOSTA, <i>Dalla certezza del diritto all'incertezza dei diritti (costituzionali) degli stranieri vulnerabili: il rischio della singolare nemesi delle Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale ed immigrazione</i>	24
RABIÀ M'RABET TEMSAMANI, <i>Maghreb-Europe face au controle du flux migratoire: le role du Maroc</i>	36
GIANFRANCO GABRIELE NUCERA, <i>La disciplina italiana sul trattenimento dei richiedenti asilo a fini d'identificazione e la sua conformità agli obblighi internazionali derivanti dalla Convenzione europea dei diritti umani</i>	52
LUCIA IONE PADILLA ESPINOSA, <i>La Guardia europea de fronteras y costas en la gestión integrada de las fronteras exteriores de la Unión Europea</i>	66
FRANCESCO LUIGI GATTA, <i>Politiche migratorie respingenti e controllo rafforzato delle frontiere: l'impatto sui diritti umani della gestione della crisi dei rifugiati nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo</i>	77
GIULIA COLAVECCHIO, <i>L'impatto del Decreto sicurezza sugli istituti di trattenimento dei migranti e dei richiedenti asilo alla luce del Diritto internazionale e dell'Unione europea</i>	89
DANIELE MUSMECI, <i>I diritti umani dei migranti in Libia: due anni di vigenza del Memorandum d'intesa Italia-Libia</i>	103

Parte II

La gestione della migrazione nei Paesi del Sud Europa

MARCO CALABRÒ, <i>La possibile rimodulazione del ruolo degli enti locali nella gestione dei flussi migratori</i>	116
KATARZYNA GROMEK-BROC, <i>Too little too late: assessing the EU's legal framework on the protection of unaccompanied minors in emergency situations</i>	132
ANA MERCEDES LÓPEZ RODRÍGUEZ, <i>La interacción entre el Derecho internacional privado y el Derecho migratorio</i>	151
ADELE MARINO, <i>Salvaguardia della vita umana in mare e poteri del comandante</i>	174
MICHELE MESSINA, <i>Alcuni recenti chiarimenti della Corte di giustizia UE in materia di presa o ripresa in carico di un richiedente protezione internazionale</i>	189
ANNA PITRONE, <i>La disciplina europea della migrazione economica</i>	205
ANNA LAZZARO, <i>La giurisdizione in materia di immigrazione: criteri di riparto e sindacato del giudice amministrativo</i>	218
FRANCESCO MARTINES, <i>La tutela procedimentale e giurisdizionale del migrante in Italia</i>	232
FRANCESCA PERRINI, <i>Principali orientamenti della Corte europea dei diritti dell'uomo in materia di tutela dei richiedenti asilo in Italia</i>	244
VALENTINA PRUDENTE, <i>Espulsione prefettizia e tendenze giurisprudenziali. Diritti fondamentali dello straniero, obblighi formali e garanzie processuali</i>	256
FERNANDO LLAGAS GELO, MAGDALENA REIFS LOPEZ, <i>La Coordinación administrativa en la gestión de los flujos migratorios en España, especial consideración a las administraciones locales</i>	273
FRANCESCO SICILIANO, <i>La rilevanza giuridico-amministrativa del "migrante irregolare"</i>	286
LAURA PERGOLIZZI, <i>Administrative cooperation between EU Member States for the application of the "Dublin system"</i>	296
MIRKO FORTI, <i>Le conseguenze giuridiche dell'applicazione del regolamento (UE) 2016/679 nella gestione dei flussi migratori</i>	304

Parte III

Immigrazione irregolare e criminalità organizzata. L'espulsione dei migranti irregolari

MARIA TERESA COLLICA, <i>Il reato di immigrazione clandestina, tra (in)effettività e simbolismo</i>	315
JONATÁN CRUZ ÁNGELES, <i>Estudio del desarrollo e implementación de las denominadas "Fronteras inteligentes" en la Unión europea</i>	339

ANTONINA ASTONE, <i>Esigenze di solidarietà e sicurezza nella tutela civile del minore straniero non accompagnato</i>	355
EMANUELE LA ROSA, <i>Soccorso in mare e criminalizzazione “diretta” e “indiretta” delle ONG.</i>	365
ALBERTO RANDAZZO, <i>Migrazioni e atti politici (prendendo spunto dal caso “Diciotti”)</i>	378
ALBERTO MARCHESE, <i>Diritto all’immigrazione e problematiche sanitarie: le nuove frontiere dell’accoglienza</i>	390
FRANCESCO ANGELONE, ANGELA CARUSO, <i>“La sponda Sud”: Do we really care about them?</i>	411
EUGENIO CARLI, <i>Gestione dei flussi migratori e obbligo di non refoulement: cenni sulla recente prassi italiana in materia di respingimento ed espulsione di presunti migranti irregolari</i>	425
LETIZIA VALENTINA LO GIUDICE, <i>Il “Porto Sicuro” tra negazione dei diritti umani e obblighi internazionali di protezione</i>	442
GIUSEPPE ROMEO, <i>Organizzazioni criminali transnazionali e migranti: “aguzzini” e “vittime” nei traffici illeciti di persone</i>	453



DIRITTO ALL'IMMIGRAZIONE E PROBLEMATICHE SANITARIE: LE NUOVE FRONTIERE DELL'ACCOGLIENZA

ALBERTO MARCHESE*

SOMMARIO: 1. Premessa: migrazioni e nuove patogenesi, il difficile bilanciamento tra convivenza e accoglienza. – 2. Problematiche sanitarie e tutela della salute pubblica: il quadro normativo di riferimento. – 3. La legislazione vigente in tema di stranieri regolari e irregolari. – 4. Assistenza sanitaria e protezione per gli *asylum seekers*. – 4.1. (segue) e per gli stranieri irregolari temporaneamente presenti. – 5. Nuove forme di protezione a beneficio di apolidi e rifugiati politici. – 6. Conclusioni: quali prospettive per il prossimo futuro?

1. Premessa: migrazioni e nuove patogenesi, il difficile bilanciamento tra convivenza e accoglienza

Nell'ultimo decennio il tema dei flussi migratori si è imposto, con assoluta preminenza, tra gli argomenti principali sul piano della politica italiana e internazionale¹.

Centrale è la questione circa la verifica delle misure adottate in tema di profilassi e assistenza sanitaria, a tutela della salute dei migranti² e della popolazione residente³.

* Ricercatore di Diritto privato, Università di Messina.

¹ Per una prima disamina di ordine generale, cfr. G. BASCHERINI, *Immigrazione e diritti fondamentali. L'esperienza italiana tra storia costituzionale e prospettive europee*, Napoli 2007; L. RONCHETTI, *I diritti fondamentali alla prova delle migrazioni (a proposito delle sentenze nn. 299 del 2010 e 61 del 2011)*, in *Rivista AIC*, 2011, 3; G. MOSCHELLA, *Immigrazione e tutela costituzionale dei diritti fondamentali*, in G. MOSCHELLA, L. BUSCEMA (a cura di), *Immigrazione e condizione giuridica dello straniero*, Roma, 2016; D. SARDO, *Brevi note sugli sviluppi della legislazione europea in materia di immigrazione irregolare*, in F. RIMOLI (a cura di), *Immigrazione e integrazione dalla prospettiva globale alle realtà locali*, Napoli, 2014, vol. I, p. 585 ss.; A. MORELLI, *Solidarietà, diritti sociali e immigrazione nello Stato sociale*, in *Consulta OnLine*, 3/2018, p. 533 ss. Con specifico riferimento alla condizione giuridico-esistenziale degli stranieri immigrati cfr. A. CIERVO, *I diritti sociali degli stranieri: un difficile equilibrio tra principio di non discriminazione e pari dignità sociale*, in F. ANGELINI, M. BENVENUTI, A. SCHILLACI (a cura di), *Le nuove frontiere del diritto dell'immigrazione: integrazione, diritti, sicurezza*, Napoli, 2011, p. 367 ss.; AA.VV., *Politica e diritti sociali nell'Unione europea. Quale modello sociale europeo?*, a cura di P. GARGIULO, Napoli, 2011; G. BASCHERINI-A. CIERVO, *I diritti sociali degli immigrati*, in C. PINELLI (a cura di), *Esclusione sociale. Politiche pubbliche e garanzie dei diritti*, Firenze, 2012, p. 17 ss.; F. BIONDI DAL MONTE, *Dai diritti sociali alla cittadinanza. La condizione giuridica dello straniero tra ordinamento italiano e prospettive sovranazionali*, Torino, 2013; C. CORSI, *Immigrazione e diritti sociali: il nodo irrisolto del riparto di competenze tra Stato e regioni*, in E. ROSSI, F. BIONDI DAL MONTE, M. VRENNIA (a cura di), *La governance dell'immigrazione. Diritti, politiche e competenze*, Bologna, 2013, p. 229 ss.; ID., *Stranieri, diritti sociali e principio di eguaglianza nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in *Federalismi.it*, 2014, 3, 24 ottobre 2014.

² Sulla fondamentale distinzione, non solo terminologica, fra "migranti" e "immigrati" cfr. le puntuali indicazioni di A. RUGGERI, *I diritti fondamentali degli immigrati e dei migranti, tra la linearità del modello costituzionale e le oscillazioni dell'esperienza*, in *Consulta OnLine*, 2017, 2, 12 luglio 2017, p. 364 ss.; ID., *I diritti sociali al tempo delle migrazioni*, in *Osservatorio AIC*, 2018, 2, 9 luglio 2018, p. 1 ss.

³ Da un punto di vista medico-epidemiologico, il quadro emergente dall'analisi della popolazione immigrata, stanziata nel nostro Paese, risulta fortemente condizionato da dinamiche di selezione, soprattutto nelle fasi iniziali e finali del progetto migratorio, oltre che da processi di integrazione sociale e di relazione con i servizi sanitari. La dinamica di selezione cui ci si riferisce consiste nell'osservazione che il fenomeno migratorio in atto riguarda persone in condizioni di salute normalmente più che buone e di giovane età; atteso che la

Il tema dell'accoglienza dei migranti⁴ è, infatti, spesso affrontato sulla base di approcci emotivi, basati su pregiudizi di ordine morale, etico o religioso. E questo approccio risulta addirittura amplificato se solo si pone mente ai differenti profili medico-sanitari che caratterizzano il fenomeno migratorio.

Come si avrà modo di argomentare, assai di frequente alcuni “luoghi comuni” - sintomatici di una vera e propria “paura del diverso”⁵ - si scontrano con le risultanze della scienza. In particolare, è il caso di sottolineare quanto sia infondato il timore di una diffusione incontrollata di malattie infettive⁶.

tendenza individuale a porre in atto l'atto migratorio (indipendentemente dalle cause che la motivano) è strettamente correlata ad eventuali cattive condizioni di salute. Bisogna considerare inoltre che le condizioni in cui si realizza il viaggio migratorio costituiscono un ulteriore fattore di selezione dei migranti: in generale, solo gli individui non affetti da malattie hanno buone probabilità di poter arrivare sane e salve a destinazione.

⁴ Secondo i dati del Ministero dell'Interno, al 2 novembre 2017 sono sbarcati in Italia 111.552 migranti. Nel 2016 gli sbarchi erano giunti alla cifra di 181.436, a cui devono essere aggiunti i 153.842 sbarcati nel 2015 e i 170.100 nel 2014, per un totale di 616.930 persone approdate negli ultimi 4 anni. Al 27 ottobre 2017, 190.719 migranti risultavano ospiti del sistema nazionale di accoglienza (di questi 166.403 presso i centri di prima accoglienza e gli altri 24.316 presso gli SPRAR). In questo inizio d'anno, le prime quattro nazionalità dichiarate allo sbarco sono Nigeria, Guinea, Costa D'Avorio e Bangladesh, configurando una mutazione degli arrivi rispetto agli anni precedenti. Gli eritrei, ad esempio, che nel 2015 risultavano al primo posto tra i Paesi di provenienza (con il 27% del totale), rappresentano quest'anno circa il 5% degli sbarcati. Riguardo ai minori stranieri non accompagnati, vi è stato un incremento significativo degli arrivi in Italia, con un numero di 25.846 persone nel 2016. Al 31 ottobre 2017, i minori stranieri non accompagnati che risultano sbarcati dall'inizio dell'anno risultano 14.579. In generale, la popolazione straniera è molto giovane (età media sotto i 34 anni), anche se con notevoli differenze tra i diversi gruppi di cittadinanza. In generale, la quota di ragazzi fra 0 e 14 anni fra gli stranieri è superiore di 5 punti percentuali a quella che si riscontra fra gli italiani della stessa fascia d'età. Al contrario, le persone con 65 anni e più tra gli stranieri hanno un'incidenza di poco superiore al 3 per cento, mentre nella popolazione italiana pesano per quasi il 24 per cento.

⁵ Si leggano, a tal proposito, le considerazioni di A. RUGGERI, *I diritti sociali al tempo delle migrazioni*, cit., p. 12 s. secondo cui: «La crisi economica, da un canto, e, dall'altro, l'emergenza terroristica hanno alimentato in larghi strati della società e consistenti forze politiche un atteggiamento scomposto di reazione, di chiusura a riccio in nome di un malinteso nazionalismo esasperato e di un'identità costituzionale che si vede essere minacciata dalle migrazioni di massa, un atteggiamento che ha la sua emblematica rappresentazione in un indirizzo volto a negare a chi viene da fuori l'appagamento di bisogni elementari necessari alla stessa sopravvivenza. Come dire, insomma, che condizioni di contesto sfavorevoli dovrebbero portare all'effetto di non riconoscere alcuni diritti fondamentali, a partire dallo stesso diritto alla vita (lo slogan “ributtiamoli a mare”, che purtroppo potrebbe – ahimè – presto divenire pratica quotidianamente ricorrente, riassume meglio di ogni altra descrizione questo stato di cose)».

⁶ Le evidenze epidemiologiche mettono in luce il fatto che l'incidenza delle patologie infettive di importazione è rimasta nel tempo del tutto trascurabile, nonostante l'aumento del numero di migranti provenienti da paesi in cui la prevalenza delle malattie trasmissibili è molto più alta che in Italia (i cui rischi di trasmissione alla popolazione ospite rimangono a tutt'oggi trascurabili, in assenza di vettori specifici e/o delle condizioni socioeconomiche favorevoli la loro diffusione). Vi sono, peraltro, evidenze che l'effetto migrante sano esiste anche tra i profughi che sbarcano sulle coste italiane. In questo senso militano i dati della sorveglianza sindromica effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità, dal progetto europeo CARE e da altre rilevazioni epidemiologiche condotte a Lampedusa e a Trapani, per quanto riguarda gli *hotspot*, così come a Roma sui migranti in transito. I dati raccolti in un osservatorio privilegiato, sotto il profilo degli sbarchi, quale quello di Catania, vanno nella stessa direzione. Nel periodo gennaio-dicembre 2016, sono sbarcati 17.989 migranti e le sindromi riscontrate sono state prevalentemente febbrili (510) o di tosse/febbre (191). Le malattie infettive registrate sono state 19 casi di tubercolosi polmonare e 4 casi di tubercolosi extra polmonare, 11 polmoniti batteriche, 11 gastroenteriti, 8 episodi di varicella, 3 di schistosomiasi, 2 infezioni da HIV, un episodio di pielonefrite e uno di spondilodiscite. Anche nel 2017 l'andamento è analogo. Gli sbarchi nel periodo gennaio-settembre sono stati 15.789 e le malattie infettive registrate sono 22 casi di tubercolosi polmonare e 4 extra polmonari, 8 polmoniti batteriche, 6 di varicella, 6 di schistosomiasi, 4 infezioni da HIV, 2 cirrosi da epatite B, 2 sepsi, 2 episodi di malaria, 2 shigelliosi e un caso di scabbia impetiginizzata. Anche i dati della sorveglianza

Se, da un lato, l'esponenziale aumento, nel nostro Paese, dei flussi migratori – e, dunque, di una potenziale emergenza sanitaria – pone, dal punto di vista etico e giuridico, delicati problemi in ordine alla revisione ed all'adattamento dei protocolli terapeutici, dall'altro lato, è compito del legislatore armonizzare le regole di base⁷ per favorire un dialogo costruttivo all'interno di un contesto relazionale nel quale medico e paziente risultano appartenere ad ambiti culturali profondamente diversi, per non dire radicalmente distonici.

Si è di fronte, in buona sostanza, a “relazioni terapeutiche complesse” all'interno delle quali gli operatori del settore sanitario non nutrono, *a priori*, alcuna ragionevole certezza sul fatto che il potenziale paziente ne condivida, unitamente all'impostazione culturale d'origine, i riferimenti scientifici e gli stessi postulati di base in ordine ai concetti di malattia, salute, diagnosi e prognosi, senza trascurare, ovviamente, l'elevata valenza simbolica che ad essi normalmente si correla.

Mancando il presupposto di un naturale “patto sociale” tra chi soffre e chi è deputato a somministrare la cura appropriata, diventa opportuno sperimentare tecniche e modalità di approccio innovative e, a ben vedere, non convenzionali⁸.

sindromica effettuata dall'I.S.S. su circa 5 mila ospiti di centri di accoglienza, tra maggio 2011 e giugno 2013, hanno evidenziato solo 20 “allerte statistiche”, tra cui 8 casi di scabbia, 5 sindromi respiratorie febbrili, 6 gastroenteriti e 1 caso di sospetta tubercolosi polmonare. Analogamente, l'esperienza maturata dall'INMP a Lampedusa e a Trapani non ha evidenziato gravi malattie infettive e diffuse, ma comuni affezioni dermatologiche facilmente curabili, quali scabbia, pediculosi, impetigine e dermatite da contatto. Infine, rilevazioni epidemiologiche condotte negli ultimi tre anni a Roma nell'ambito di un piano di assistenza sanitaria su profughi in transito verso Paesi nordeuropei, messo in atto dalle ASL Roma A e Roma B in collaborazione con diverse organizzazioni del privato sociale, confermano i dati della sorveglianza sindromica dell'I.S.S. Tutte le evidenze segnalate, pertanto, concorrono a delineare il profilo di una popolazione del tutto estranea agli “esotismi sanitari”. La “Sindrome di Salgari”, ossia lo stereotipo del migrante “untore”, pericolosa fonte di malattie, specie di tipo infettivo, non è oggi supportata da alcuna evidenza scientifica derivabile da studi epidemiologici formali o da sorveglianze sanitarie. È indubbio però che a questo riguardo le condizioni possano mutare nel tempo, in relazione ai numerosi fattori che caratterizzano il fenomeno migratorio sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo e che sia necessario avviare un processo formale di sorveglianza attiva e specifica sulle malattie trasmissibili nei migranti. Per ulteriori approfondimenti sul tema cfr. la *Relazione sulla tutela della salute dei migranti e della popolazione residente* approvata nella seduta dell'8 novembre 2017 e comunicata alla Presidenza della Camera dei deputati l'8 novembre 2017 da parte della *Commissione Parlamentare di inchiesta sul sistema di accoglienza, di identificazione ed espulsione, nonché sulle condizioni di trattamento dei migranti e sulle risorse pubbliche impegnate* - in *Atti Parlamentari XVII Leg.*, doc. XXII bis, n. 15. Cfr., altresì, M. IMMORDINO, *La salute degli immigrati tra “certezza” del diritto e “incertezza” della sua effettività*, in *Nuove aut.*, 2013, 2-3, p. 197 ss.; M. DE MASI, *L'erogazione delle prestazioni sociali agli immigrati: il diritto all'istruzione e il diritto alla salute*, in F. RIMOLI (a cura di) *Immigrazione e integrazione. Dalla prospettiva globale alle realtà locali*, I, cit., p. 106 ss.; ed *ivi*, A. DE PRETIS, *Il diritto alla salute degli immigrati irregolari in ordinamenti decentrati: una prospettiva comparata*, p. 147 ss.; G. VOSA, *‘Cure essenziali’. Sul diritto alla salute dello straniero irregolare: dall'auto-determinazione della persona al policentrismo decisionale*, in *Dir. pubbl.*, 2016, 2, p. 721 ss.; L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. L'esperienza italiana*, in *Rivista Aic*, 2018, 1, 12 marzo 2018.

⁷ Non va trascurato che i recenti svolgimenti della classificazione dei sistemi normativi in “famiglie giuridiche” muovono dall'osservazione che l'esperienza giuridica globale presenta tre modelli di organizzazione sociale (un modello basato sulla regola dettata dalla tradizione, un secondo caratterizzato dall'incidenza del programma politico ed un terzo fondato sulla norma giuridica), con la conseguenza che è possibile individuare altrettante famiglie giuridiche in ragione della prevalenza di un dato modello rispetto agli altri due; formulano questa classificazione U. MATTEI e P.G. MONATERI, *Introduzione breve al diritto comparato*, Padova, 1997, p. 52 ss.

⁸ Sulla polimorfia dei vari approcci relazionali e terapeutici, cfr. I. CAVICCHI, *Pluralismo o Babele medica? Chi, come e che cosa scegliere per curarsi*, in AA.VV., *Medicina e Multiculturalismo. Dilemmi epistemologici ed etici nelle politiche sanitarie*, Bologna, 2000, pp. 63-84; F. MANTI, *Bioetica e Tolleranza. Lealtà morali e decisione politica nella società*

Si rende così necessaria, una più articolata riflessione – gnoseologica e pluridisciplinare – che interessi, sotto differenti profili, le segnalate criticità terapeutico-relazionali.

Vi è, sotto questo aspetto, una lunga serie di intuitivi livelli d'incomprensione⁹, alcuni dei quali d'immediata percezione, come quello legato alle diversità linguistiche, ed altri, più complessi, perché legati ad aspetti diversi e non usuali nel mondo sanitario.

In tale ambito, l'incontro con "l'altro" innesca veri e propri "cortocircuiti relazionali" dipendenti, oltre che da diversità nosologiche e culturali specifiche¹⁰ (ad esempio malattie rare o poco conosciute e differenti impostazioni etico-religiose), da una profonda discontinuità dei modelli organizzativi¹¹ propri della medicina occidentale.

Il fenomeno evidenziato è così sinteticamente riassumibile: da un lato, vi è l'utilizzo, talvolta inconscio e comunque smodato, di protocolli comportamentali d'indagine diagnostica che non tengono conto della specifica espressione della malattia in un contesto relazionale e culturale diverso; vi è poi, una sorta di *metus intellectualis* rispetto a patologie

pluralista, Napoli, 2000, pp. 93-97; ed ancora, per ulteriori spunti di riflessione, fra medicina non convenzionale e tutela della salute dei migranti cfr. P. LILLO, *Il diritto alla salute degli immigrati: libertà fondamentale o diritto sociale?*, in *Justitia*, 50, 1997, III, pp. 315-327; R.A. LOPEZ, *Use of alternative folk medicine by Mexican American women*, in *Journal of Immigrant Health*, 7, 2005, 1, pp. 23-31.

⁹ Precipui *topoi*, forieri di una certa "confusione interpretativa" nella relazione medico-paziente, sono quelli essenzialmente legati alla sfera della comunicazione. Ad un primo livello vi è quello che si potrebbe definire il *topos* prelinguistico, legato cioè alle difficoltà di comunicazione in senso stretto e che caratterizza tutti gli esseri umani allorquando essi devono spiegare ad altri problematiche inerenti al proprio stato di salute ed alla propria interiorità; ad un secondo livello, invece, il *topos* è tecnicamente di matrice linguistica, legato alle differenti varianti semantiche proprie dei vari linguaggi e comunque collegato ad evidenti diversità del riferimento concettuale nel lessico di provenienza; vi è, infine, ad un terzo livello, il *topos* metalinguistico, connesso all'arbitraria assunzione di un determinato valore simbolico attribuito a determinate patologie. Altri profili problematici sono quelli che riguardano taluni aspetti di matrice relazionale e che sono riferiti a più significative differenze ideologiche e antropologiche. È questo il caso della differente cultura di base del migrante che talvolta lo porta a rifiutare apoditticamente qualsiasi approccio terapeutico di matrice occidentale così come a sviluppare una sorta di idiosincrasia per tutto ciò che non sia da lui direttamente conosciuto (o facilmente conoscibile) o risulti comunque divergente rispetto ad un determinato credo filosofico o religioso, si pensi, ad esempio, al rifiuto per il paziente di origine mussulmana di sottoporsi a determinate cure mediche in periodo di Ramadan. Sul principio di autodeterminazione e sulle "divergenze euristiche" in ambito sanitario, cfr. F. MANTOVANI, *Caso Eluana Englaro e inquietudini giuridiche*, in *Justitia*, 2009, n. 1, pag. 7-11; ed ancora, M. PALMARO, *Eutanasia: diritto o delitto? Il conflitto tra i principi di autonomia e di indisponibilità della vita umana*, Torino, 2012; G. DALLA TORRE, *Bioetica e diritto*, Torino 1993, R. ELEFANTE, *Medical futility. Profili etico-deontologici e giuridici*, Napoli, 2008.

¹⁰ Sul rapporto intercorrente tra la formazione culturale (del singolo individuo) e la matrice etico-religiosa (del gruppo di appartenenza) si rinvia alle sempre attuali considerazioni di P. PERLINGIERI, *Libertà religiosa, principio di differenziazione e ordine pubblico*, in *Diritto delle successioni e della famiglia*, III, 1, 2017, p. 165 ss. Per una ricostruzione critica del fenomeno sia consentito il rinvio al nostro *Libertà religiosa e diritto all'identità culturale: profili civilistici*, in *Quaderni dir. pol. eccl.*, 2017, 3, pp. 1009-1017; cfr., altresì, F. FINOCCHIARO, *sub Art. 19*, in *Commentario della Costituzione Branca*, consultabile con aggiornamenti in ID., *Confessioni religiose e libertà religiosa nella Costituzione. Art 7-8 - 19-20*, Bologna-Roma, 1976; G. ANELLO, *Tradizioni di giustizia e Stato di diritto*, I, *Religioni, giurisdizione e pluralismo*, Napoli, 2011, pp. 61-139; P. CONSORTI, *Conflitti, mediazione e diritto interculturale*, Pisa, 2013, pp. 207-2015; C. PICIOCCHI, *La libertà terapeutica come diritto culturale. Uno studio sul pluralismo nel diritto costituzionale comparato*, Padova, 2006, pp. 231-233; M. D'ARIENZO, *Le sfide della multiculturalità e la dimensione religiosa*, in F. ABBONDANTE-S. PRISCO (a cura di), *Diritto e pluralismo culturale. I mille volti della convivenza*, Napoli, 2015, p. 45 ss.

¹¹ Cfr. D. MESSINEO, *La garanzia del "contenuto essenziale" dei diritti fondamentali. Dalla tutela della dignità umana ai livelli essenziali delle prestazioni*, Torino, 2012; G. VOSA, *'Cure essenziali'. Sul diritto alla salute dello straniero irregolare: dall'autodeterminazione della persona al policentrismo decisionale*, in *Dir. pubbl.*, 2016, 2, p. 721 ss.

poco studiate e, pertanto, carenti di collaudate tecniche d'intervento terapeutico; ancora, si registra la volontà di supplire a tali deficit per il tramite di automatismi sanitari, talvolta assolutamente stereotipati.

Tutto ciò porta l'interprete¹² a ricercare all'interno del rapporto terapeutico medico-paziente, la chiave di volta per la risoluzione di siffatte questioni. In una prospettiva antropologica, prima ancora che giuridica, tanto le aspettative degli utenti quanto quelle degli operatori sanitari meritano di essere valorizzate dal tema d'indagine.

In un primo momento, non è raro percepire lo straniero come se fosse esso stesso un potenziale "agente patogeno", frutto di una vita disagiata, in un contesto ambientale malsano, curato da sempre in maniera "inadeguata" o comunque "non conforme" ai canoni della moderna medicina¹³; in secondo luogo, il medico occidentale sarà inconsciamente portato a dar seguito a indagini sempre più sofisticate, volte alla ricerca di una "sicura" malattia esotica occulta e poco conosciuta, incentivando l'approccio terapeutico ad una medicina ipertecnologica e strumentale.

Alla paradossale ambiguità di un operatore medico che desidera prestare soccorso ma non vuol perdere tempo, si contrappone l'atteggiamento del migrante che genera conflitti relazionali: l'immigrato non ha infatti ancora spezzato tutti legami col suo passato, ma non ha parimenti metabolizzato la cultura del paese ospitante¹⁴.

Da tale complessa interazione di fattori nasce una sorta di perenne "equilibrio dinamico del migrante", che tende a spostare il proprio baricentro verso l'adesione ad una cultura "occidentale", non del tutto condivisa o condivisibile.

In questo contesto, la società di accoglienza, nel nostro caso quella italiana, riesce ad imporre notevoli pressioni selettive di carattere economico e sociale che portano ad

¹² Sul ruolo dell'interprete quale mediatore e risolutore delle malcelate antinomie del sistema cfr. R. SACCO, *Antropologia giuridica. Contributo ad una macrostoria del diritto*, Bologna, 2007, p. 141; in generale, il tema della laicità del diritto e della sua interpretazione è oggigiorno talmente avvertito nelle esperienze occidentali da fare ingresso anche nella letteratura delle istituzioni del diritto privato, tra cui esemplarmente G. ALPA, *La persona fisica*, in *Trattato di diritto civile*, diretto da R. SACCO, Torino, 2006, spec. p. 257 ss.; riflessioni sul valore della laicità dell'interprete nell'attività del gius-privatista si ritrovano in L. BALESTRA, *Laicità e diritto civile*, in *Riv. dir. civ.*, 2008, I, p. 13 ss.; ed ancora, la raccolta di saggi di S. RODOTÀ, *Perché laico*, Roma-Bari, 2009; in una prospettiva che coinvolge la riflessione politico-filosofica si collocano viceversa taluni contributi orientati a rivedere criticamente la relazione dicotomica tra secolarismo e multiculturalismo, in argomento cfr. B. BHANDAR, *The Ties That Bind: Multiculturalism and Secularism Reconsidered*, in *J. of Law and Society* 36 (2009), p. 301 ss. È questo un tema complesso e denso d'implicazioni sistematiche sul quale possono leggersi le pagine di P. RESCIGNO, *Laurea ad honorem conferita dalla Facoltà giuridica dell'Università di Roma «La Sapienza» a Sua Santità Giovanni Paolo II. La laudatio di un giurista laico*, in *Riv. dir. civ.*, 2004, I, p. 395 ss.

¹³ L'idea, suggestiva ma non persuasiva, rimanda al mito del "migrante-buon selvaggio" di rousseauiana memoria, povero e malato, che attende di essere finalmente curato alla luce dei più moderni canoni della scienza medica. Il che dà vita ad una preoccupante contraddizione: quella di una medicina sofisticata ma distante, tecnicamente precisa, nelle acquisizioni scientifiche e nelle aspettative che genera, ma drammaticamente debole nelle risposte concrete alle aspettative dei bisogni umani.

¹⁴ In argomento, si veda per una prospettiva comparatistica: H.R. DOYLE, *Reinventare la morte: dal coma depassé ai criteri dell'Harvard Ad Hoc Committee*, Roma, 2012; I. LÉVY, *La religion à l'hôpital*, Paris, 2004, spec. pp. 185-224; M. RICCA, *Pantheon. Agenda della laicità interculturale*, Palermo 2012, pp. 387-421; N.A. KIRKWOOD, *A Hospital Handbook on Multiculturalism and Religion*, Harrisburg, 1993, spec. pp. 5-97; G. ANELLO, *Multiculturalità, "diritti" e differenziazioni giuridiche: il caso dei trattamenti sanitari*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., aprile 2013, pp. 1-15; C.E. COCHRAN, *Religious Traditions and Health Care Policy: Potential for Democratic Discourse?*, in *Journal of Church and State*, 39, 1997, 1, pp. 15-35; D.M. CRAIG, *Health Care as a Social Good. Religious Values and American Democracy*, Washington, 2014.

identificare il migrante, alternativamente o cumulativamente, con un povero sventurato, un perdigiorno o un delinquente del terzo mondo.

Questa complessa dialettica consente di definire un nuovo spazio ermeneutico, mettendo in discussione le usuali categorie conoscitive; la consapevolezza della diversità (che non è inferiorità) culturale apre la via al superamento dell'iniziale scetticismo e tende al superamento lento, faticoso e sempre relativo, dei propri criteri di giudizio.

Il fenomeno è di facile percezione, oltre che all'interno di contesti di cura privati e pubblici, anche con riferimento alle scelte di politica sanitaria relative al fenomeno migratorio¹⁵: è questo il caso dei controlli sanitari alle frontiere, dei test obbligatori per stranieri, e dell'estensibilità della sanità pubblica agli immigrati in assenza, tuttavia, di un adeguato *maquillage* giuridico-normativo che ne consenta, in concreto, la fruibilità. Il riferimento è all'inadeguatezza dei corrispondenti *itinerari* amministrativi, invero molto complessi, al problema della stabilizzazione della residenza, alla temporaneità dei permessi di soggiorno, alla quasi assoluta discrezionalità che caratterizza l'applicazione di talune norme di settore.

Il "contatto sociale" medico-paziente si dimostra, in questo contesto, particolarmente irto di ostacoli.

E per converso sembra nascere una medicina diversa da quella tradizionale – diremmo, propriamente "multiculturale"¹⁶ prima ancora che semplicemente transculturale –

¹⁵ La questione è, sul punto, particolarmente complessa anche alla luce delle altalenanti pronunce giurisprudenziali della Corte EDU. Difatti, l'approccio della Corte è su tali profili alquanto conservativo vuoi perché frutto di una giurisprudenza che ha spesso evocato la tutela del diritto alla salute per proteggere i migranti da provvedimenti di espulsione e dai respingimenti, vuoi perché aumentare in maniera esponenziale la tutela nei confronti dei migranti e degli stranieri malati sarebbe il primo passo verso una piena legittimazione della c.d. "immigrazione medica". Per tali ragioni, finora, i giudici di Strasburgo hanno applicato uno *standard* di tutela alquanto ridimensionato riconoscendo, nei fatti, che l'espulsione di persone malate non è causa, di per sé stessa e isolatamente considerata, di una violazione diretta dei diritti convenzionalmente garantiti dall'art. 2, dall'art. 3 e dall'art. 8 Cedu. Si rinvia, senza pretesa di esaustività, alle conclusioni rassegnate nelle seguenti pronunce: Corte EDU, *Hirsi Jamaa e altri v. Italia*, ricorso n. 27765/09, sentenza del 23 febbraio 2012, spec. par. 108; Corte EDU, *Lopes de Sousa Fernandes v. Portogallo*, ricorso n. 56080/13, sentenza del 19 dicembre 2017; Corte EDU, *D. v. Regno Unito*, ricorso n. 30240/96, sentenza del 2 maggio 1997; Corte EDU, *Valašinas v. Lituania*, ricorso n. 44558/98, sentenza del 24 luglio 2001, spec. par. 117; Corte EDU, *S.J. v. Belgio*, ricorso n. 70055/10, sentenze del 27 febbraio 2014 (IV Sezione) e del 19 marzo 2015 (Grande Camera); In direzione parzialmente distonica, nel senso di una maggiore apertura della Corte alla piena valorizzazione della tutela della salute come causa ostativa ai provvedimenti di espulsione, cfr. Corte EDU, *Jabari v. Turchia*, ricorso n. 40035/98, sentenza dell'11 luglio 2000; Corte EDU, *A. A. v. Francia*, ricorso n. 18039/11, sentenza del 15 gennaio 2015; Corte EDU, *M.S.S. v. Belgio et Grecia*, ricorso n. 30696/09, sentenza del 21 gennaio 2011; nonché la celeberrima Corte EDU, *Soering v. Regno Unito*, ricorso n. 14038/88, sentenza del 7 luglio 1989, spec. par. 89-91, in cui i giudici hanno sancito il divieto assoluto di estradizione in paesi in cui il ricorrente avrebbe potuto essere sottoposto a pena di morte.

¹⁶ Le problematiche poste dalla progressiva formazione della "società multiculturale" intersecano trasversalmente le diverse partizioni del diritto dando seguito ad una letteratura talmente ampia e disarticolata che, per ovvie ragioni di brevità, non è possibile in questa sede vagliare compiutamente. Si ritiene preferibile segnalare quei contributi che hanno fornito i principali spunti per un inquadramento del tema in una prospettiva di ordine generale: E. JAYME, *Diritto di famiglia: società multiculturale e nuovi sviluppi del diritto internazionale privato*, in *Riv. dir. int. priv. proc.*, 1993, p. 295 ss.; per una recente riflessione sulla legislazione inglese in materia di matrimoni forzati o concordati M. ENRIGHT, *Choice, Culture and the Politics of Belonging: The Emerging Law of Forced and Arranged Marriage*, in *MLR*, 2009, p. 331 ss.; con specifico riferimento all'esperienza tedesca, E. HILGERDOF, *Strafrecht und Interkulturalität*, in *JZ*, 2009, p. 139 ss.; sempre con riferimento alla dottrina tedesca H. KRONKE, G. REINHART, N. WITTERBERG, *Islamisches und arabisches Recht als Problem der Rechtsanwendung*, Francoforte sul Meno, 2001; sui modelli di governo della società multiculturale sperimentati nel diritto canadese, M. ROHE, *Muslimische Identität und Recht in Kanada*, in *RabelsZ*, 2008, p. 459 ss.; con

una medicina sempre più sensibile ed attenta ai problemi relazionali, una medicina dove poco o nulla viene dato per (conosciuto e) scontato, dove ciò che non viene esplicitato non viene immediatamente colmato da un autoctono *imprinting* culturale; dove la malattia del migrante è un'occasione di scoperta e di conoscenza; dove cioè la sfera della medicina incontra quella del sociale in uno spirito collaborativo foriero di risvolti inediti e inaspettati. Un campo, questo, dove è possibile sperimentare e valorizzare le competenze degli immigrati, unitamente al loro patrimonio (umano e) culturale¹⁷.

I brevi cenni fatti finora, consentono una percezione più corretta delle numerose implicazioni e problematiche sottese al problema della cura del paziente immigrato: dalla formulazione di una diagnosi corretta, all'ottenimento del consenso informato¹⁸ fino al raggiungimento di un accettabile livello di prestazione terapeutica e del relativo decorso.

Come detto, le pur evidenti difficoltà segnalate, non devono tuttavia scoraggiare l'operatore sanitario dalla possibilità di adottare un approccio "multiculturalmente compatibile" ed efficace: il medico, *in primis*, è destinato ad offrire la massima disponibilità nel variare il proprio apporto clinico-scientifico, rinunciando a quel naturale arroccamento nella cittadella fortificata delle proprie certezze scientifiche, evitando aprioristiche negazioni delle malattie denunciate e collegando il proprio operato a quello di altri soggetti capaci di colmare il *gap* situazionale esistente.

L'opportunità di utilizzare figure che possano facilitare la relazione terapeutica consente di guardare con relativo ottimismo alla così detta "mediazione interculturale"¹⁹, da intendersi non come semplice traduzione linguistica (funzione d'interpretariato tradizionale), ma come vera e propria "traduzione culturale"²⁰, ove il mediatore è chiamato

specifico riferimento agli aspetti processuali H.P. SCHROEDER, *Die Anwendung der Scharia als materielles Recht im kanadischen Schiedsverfahrensrecht*, in *IPRax*, 2006, p. 77 ss.; per una ricostruzione orientata a considerare i possibili effetti sui caratteri degli ordinamenti di diritto positivo P. RESCIGNO, *Pluralità di culture ed unicità dell'ordinamento giuridico: i problemi di una società multirazziale*, in *Persona e comunità. Saggi di diritto privato*, vol. III, Padova, 1999, p. 147 ss.

¹⁷ Sul punto, cfr. G. CARAPEZZA FIGLIA, *Condizione giuridica dello straniero e legalità costituzionale*, in P. PERLINGIERI-S. GIOVA (a cura di), *I rapporti civilistici nell'interpretazione della Corte costituzionale nel decennio 2006-2016*, Napoli, 2018, p. 477 ss.

¹⁸ Cfr. G. CASCIARO-P. SANTESE, *Il consenso informato*, Milano, 2012. Per una visione di sintesi G. FERRARO, *Informazione e consenso in sanità*, in S.ALEO, R. DE MATTIS, G. VECCHIO (a cura di), *La responsabilità in ambito sanitario*, Padova, 2014, pp. 373-427.

¹⁹ Sulle intime contraddizioni e sui possibili diversi significati attribuibili alla locuzione "mediazione interculturale" anche in ragione della crescente presenza di una pluralità di culture all'interno di uno stesso ordinamento, cfr. P. RESCIGNO, *Diritto privato futuro*, in *Rass. dir. civ.*, 1992, p. 740 ss. Sulla divergenza di opinioni in merito al significato d'attribuire al concetto di tradizione giuridica e tradizione culturale si v. A. SOMMA, *Giochi senza frontiere – I comparatisti e la tradizione dallo storicismo al post-moderno*, in *Festschrift für Erik Jayme*, vol. II, 2004, Monaco, p. 1377 ss.; mentre per una decostruzione del concetto P.G. MONATERI, *Caio negro. Una ricerca sulle origini multiculturali della "Tradizione Giuridica Occidentale"*, in *Hast. Law J.*, 1999, p. 1 ss. Secondo altra interpretazione, invece, il riferimento alla tradizione giuridica occidentale è adottato nel senso che convenzionalmente le attribuisce la letteratura manualistica, e cioè d'indicare un'area dell'esperienza giuridica all'interno della quale il diritto viene concepito come relativamente autonomo rispetto alla religione e alla politica; in questa direzione cfr. A. GAMBARO, R. SACCO, *Sistemi giuridici comparati*, Torino, 2002, p. 63 ss. Per ulteriori notazioni attinenti al tema della interculturalità in senso lato cfr. L. D'ANDREA, *Diritto costituzionale e processi interculturali*, in *Forumcostituzionale.it*, 29 aprile 2009; V. BALDINI, *La società multiculturale come "questione" giuridica*, in *Gruppodipisa.it*, 15 febbraio 2011; A. RANDAZZO, *Ruolo genitoriale e società interculturale*, in F. GIUFFRÈ, I. NICOTRA (a cura di) *La famiglia davanti ai suoi giudici*, Napoli 2014, p. 401 ss.; S. BONFIGLIO, *Per una teoria interculturale dei diritti fondamentali e della Costituzione*, in *Dir. pubbl. comp. eur.*, 1, 2016, p. 119 ss.

²⁰ È oggi più che mai necessario valorizzare adeguatamente gli sforzi di quelle Istituzioni che, in maniera assolutamente lungimirante, tentano di promuovere una nuova "cultura" dell'approccio con "l'altro" che non

a conoscere, comprendere ed esplicitare al medico curante non solo le sensazioni del paziente ma altresì le sue aspettative in termini di cura attesa e guarigione sperata.

Proprio in questo peculiare ambito d'indagine, il profilo del mediatore culturale parrebbe poter esprimere al meglio la sua funzione e dar ragione della sua poliedrica complessità.

2. Problematiche sanitarie e tutela della salute pubblica: il quadro normativo di riferimento

Sotto il profilo strettamente giuridico, la tutela della salute di ogni essere umano risponde ad un'intima esigenza di solidarietà umana²¹ e, al tempo stesso, ad una logica di prevenzione della salute pubblica e di salvaguardia della dignità²² di ogni singolo individuo.

è più, semplicemente, “il diverso” bensì un individuo in carne ed ossa da comprendere e con il quale interagire in maniera complessa. In questa logica si muove, da ultimo, lo sforzo programmatico di taluni nuovi corsi di laurea, idonei a formare competenze e professionalità nell'ambito della mediazione interculturale. Si pensi ai corsi universitari finalizzati alla formazione di figure altamente specializzate nel campo dell'intercultura e della coesione sociale europea. Questi percorsi universitari si prefiggono di fornire agli studenti le competenze e le capacità, non solo linguistiche, ma altresì socio-assistenziali, pedagogiche, economiche e giuridiche, necessarie ad interagire con le culture e le popolazioni dei Paesi del Bacino del Mediterraneo o permeati delle civiltà che in esso hanno avuto origine (come i Paesi ispano-americani), nella prospettiva di uno sviluppo delle relazioni sociali interculturali e multietniche e della eliminazione di situazioni di disagio, riferite a singoli come pure a gruppi e comunità anche di immigrati. I laureati possono trovare sbocchi occupazionali nelle strutture di servizio alla persona, frutto di iniziative della società civile (volontariato, enti no profit, organizzazioni non governative) o emanazione di istituzioni pubbliche nei settori scolastici, assistenziali, giudiziari, sanitari, nelle reti di scambi commerciali e turistici, negli ambiti della formazione e della ricerca.

²¹ Con specifico riferimento al tema degli “obblighi di prestazione” connessi alla più ampia esplicitazione del principio di solidarietà cfr. A. RUGGERI, *Cittadini, immigrati e migranti, alla prova della solidarietà*, in *Dir. immigrazione e cittadinanza*, 2019, 2, pp. 1-32, spec. p. 24 ss., ove l'A. espressamente discorre di “accoglienza” e “integrazione” interrogandosi su quali siano le “prestazioni di solidarietà” attese dagli immigrati e quelle che dagli stessi si attendono, viceversa, i cittadini in occasione della emersione di conflitti di natura interculturale sostenendo che «[u]na delle più emblematiche e impegnative prestazioni di solidarietà è [...] quella che (non già tollera ma di più) favorisce il mantenimento da parte degli immigrati della loro identità culturale, allo stesso tempo sollecitandoli a prestare la massima attenzione nei riguardi della nostra. La soluzione ottimale è, poi, quella che può esser fatta propria specialmente dalle generazioni più giovani, tanto più se composte da coloro che sono nati nel nostro territorio o vi sono pervenuti in tenera età, e che si concreta nell'acquisizione di una doppia identità culturale, quella di origine e l'altra del Paese in cui si trovano: un Paese originariamente visto come “ospitante” e quindi sentito anche come proprio». Per ulteriori notazioni, cfr. M. LUCIANI, *Cittadini e stranieri come titolari dei diritti fondamentali. L'esperienza italiana*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 1992, p. 208 ss.; ID., *Costituzione italiana: articolo 12*, Roma, 2018, p. 9 ss.; A. ALGOSTINO, *I diritti politici dello straniero*, Napoli, 2006; G. AZZARITI, *La cittadinanza. Appartenenza, partecipazione, diritti delle persone*, in *Dir. pubbl.*, 2011, 2, p. 425 ss.; E. CONDINI, *La cittadinanza. Uno studio sulla disciplina italiana nel contesto dell'immigrazione*, Torino, 2017; mentre, per quanto concernegli orientamenti della giurisprudenza (costituzionale) spagnola, v. F. BALAGUER CALLEJÓN, *Il contenuto essenziale dei diritti costituzionali e il regime giuridico dell'immigrazione in Spagna*, in *Rass. dir. pubbl. eur.*, 2018, 1, p. 33 ss.

²² Su cosa sia da intendere per dignità dell'uomo con specifico riferimento alle cure mediche - specie nella fase terminale dell'esistenza - se ne discorre da tempo e con diversità di vedute: sul punto cfr. V. SCALISI, *L'ermeneutica della dignità*, Milano, 2018, p. 93 ss.; V. PAGLIA, *Sorella morte. La dignità del vivere e del morire*, Milano 2017; G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, Torino, 2014; S. GAMBINO, *Diritto alla vita, libertà di morire con dignità, tutela della salute. Le garanzie dell'art. 32 della Costituzione*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2011; L. RISICATO, *Dal “diritto di vivere” al “diritto di morire”. Riflessioni sul ruolo della laicità nell'esperienza penalista*, Torino 2008. Di diritto a un'esistenza dignitosa come “diritto pregiudiziale” a

Siffatta impostazione è presente nella nostra Costituzione il cui art. 32 dispone: «La Repubblica Italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana»²³.

Inoltre, l'art. 2 Cost. sancisce il rispetto dei “diritti inviolabili dell'uomo” nonché “l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”; sicché la Costituzione stabilisce il principio del diritto alla tutela della salute²⁴, diritto riconosciuto a tutti gli individui, siano essi cittadini italiani o altri soggetti comunque presenti nel nostro territorio.

È tuttavia nelle pieghe della legislazione speciale che deve ricercarsi il più opportuno bilanciamento tra esigenze di prevenzione e tutela e “valorizzazione”²⁵ dei diritti umani.

Punto di partenza obbligato, sotto questo aspetto, è l'analisi delle differenti tipologie di permessi che legittimano il cittadino straniero alla fruizione dei servizi di pubblica utilità erogati dallo Stato italiano.

poter usufruire di altri diritti discorre M. RUOTOLO, *Sicurezza, dignità e lotta alla povertà*, Napoli 2012, p. 200 ss. Pressoché obbligatorio, sul punto, il riferimento a S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Bologna-Roma, 2013; P. PERLINGIERI, *I valori e il sistema ordinamentale “aperto”*, in *Rassegna di diritto civile*, 2014, p. 1 ss. e, da ultimo, ad A. RUGGERI, *La dignità dell'uomo e il diritto di avere diritti (profili problematici e ricostruttivi)*, in *Consulta OnLine*, 2/2018, 3 giugno 2018, p. 392 ss.

²³ In argomento, senza pretesa alcuna di esaustività, cfr. L. CHIEFFI, *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino, 2003; A. D'ALOIA, *Bio-tecnologie e valori costituzionali*, Torino, 2005; E. BALBONI, *Scienza medica e diritto costituzionale*, in *Justitia*, 2006, p. 15 ss. E, per una ricostruzione dogmatica del diritto in esame, alla luce del quadro costituzionale vigente, D. MORANA, *La salute nella Costituzione Italiana. Profili sistematici*, Milano, 2002; M. LUCIANI, *Diritto alla salute (dir. Cost.)*, in *Enciclopedia giuridica Treccani*, Roma, 1989, vol. XI, pp. 1-14; A. SIMONCINI, E. LONGO, *Sub art. 32*, in *Commentario alla Costituzione Bifulco-Celotto-Olivetti*, Torino, 2006, vol. I, pp. 655-674; C. TRIPODINA, *Sub art. 32*, in *Commentario breve alla Costituzione Bartole-Bin*, Padova, 2008, pp. 321-332; V. ZAGREBELSKY, *Un'introduzione al diritto fondamentale alla salute*, in C. BOTTARI, L.S. ROSSI (a cura di) *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, Santarcangelo di Romagna, 2013, p. 11 ss. Valutando la prospettiva indicata dall'art. 117 Cost, secondo comma, lettera m, riguardo ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali v. R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in F. ROVERSI MONACO, C. BOTTARI (a cura di) *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Rimini, 2012, p. 79 ss.; D. NATALI, *Le fondamenta normative del welfare state: lo stato dell'arte e nuove prospettive di ricerca. Un commento*, in *Stato e Mercato*, 97, 2013, p. 81 ss.

²⁴ Tra le tante pronunce della Corte costituzionale in tema di diritto alla salute cfr., Corte cost., 18 febbraio 1975, n. 27; Corte cost., 12 luglio 1979, n. 88; Corte cost., 12 ottobre 1988, n. 992; Corte cost., 11 luglio 1991, n. 356; Corte cost., 16 aprile 2012, n. 107; ed ancora, Corte cost., 24 maggio 1977, n. 103; Corte cost. 25 ottobre 1982, n. 175. Per la massima espansione del diritto alla salute, che si riverbera nei rapporti inter-privati si veda Corte cost., 10 dicembre 1987, n. 559; Corte cost., 30 giugno 1986, n. 184; Corte cost., 14 giugno 1990, n. 307; Corte cost., 23 aprile 1991, n. 202; Corte cost., 23 aprile 1993, n. 184 (tutte consultabili in *Giurcost.it*).

²⁵ Secondo una condivisibile ricostruzione: «[...] il carattere vieppiù multiculturale della società in cui viviamo sollecita vigorosamente la formazione di nuove o rinnovate consuetudini culturali e delle loro rappresentazioni ad opera di leggi e pronunzie dei giudici, tanto più poi se si tiene conto della tendenza espressa dal carattere suddetto a convertirsi in “interculturale” [...], vale a dire a favorire quella integrazione delle culture che è l'obiettivo verso il quale soprattutto gli Stati maggiormente esposti al flusso immigratorio devono risolutamente puntare: una integrazione che, nondimeno, non può (e non deve) risolversi nel sacrificio o nell'appiattimento dell'identità culturale dei gruppi minoritari ma nella salvaguardia di tutte le identità attraverso il loro reciproco confronto e rispetto, illuminato e alimentato dal valore “superconstituzionale” della dignità della persona umana» (Così, testualmente, A. RUGGERI, *I diritti sociali al tempo delle migrazioni*, cit., p. 11).

Viene in rilievo, innanzitutto, il così detto permesso di soggiorno, unico documento che consente la permanenza dello straniero non comunitario sul territorio nazionale e che viene rilasciato per i motivi indicati nel prodromico visto di ingresso.

I requisiti richiesti per l'ingresso regolare e il conseguente rilascio del permesso sono fissati dalla normativa nazionale. In assenza di detta documentazione l'immigrato presente sul suolo italiano versa in condizione di irregolarità, egli potrà essere in concreto un clandestino, ossia un individuo che ha fatto ingresso nello Stato eludendo i controlli di frontiera ovvero un soggetto che non ha richiesto il permesso di soggiorno dopo l'ingresso regolare ovvero che non lo abbia rinnovato dopo la scadenza.

La normativa in tema di immigrazione e di condizione giuridica dello straniero è stata caratterizzata, negli anni, da una forte instabilità politico-normativa.

I vari interventi legislativi, dalla legge Martelli (legge n. 39 del 1990) alla legge Turco-Napolitano (confluita, poi, nel Testo Unico sull'Immigrazione di cui al d.lgs. n. 286 del 1998), dalla legge Bossi-Fini (legge n. 189 del 2002) ai più recenti decreti Salvini (cc.dd. "decreto sicurezza" - d.l. n. 113 del 2018 e "decreto sicurezza bis" - d.l. n. 53 del 2019), hanno, con modalità e tecniche differenti, orientato e temperato esigenze di accoglienza e di controllo dei flussi migratori, non disconoscendo, in parallelo, l'adesione a logiche di natura propriamente contenitivo-repressiva.

La legge Bossi-Fini introducendo la disciplina del così detto "contratto di soggiorno" aveva collegato indissolubilmente la presenza di un regolare rapporto di lavoro al soggiorno sul territorio nazionale.

Il datore di lavoro che aveva interesse ad assumere un cittadino straniero doveva infatti presentare una richiesta di nulla osta all'ingresso di tale soggetto nel rispetto delle quote fissate dai decreti ministeriali; detta autorizzazione, successivamente inviata allo straniero nel proprio Paese di origine, consentiva il rilascio del visto all'ingresso da parte del nostro Consolato.

Il cittadino straniero, che avesse ricevuto il visto per motivi di lavoro, poteva quindi entrare e richiedere, entro otto giorni dall'arrivo, il permesso di soggiorno alla competente questura territoriale. L'eccessiva burocratizzazione della procedura segnalata aveva, nei fatti, contribuito a rendere necessaria l'adozione di provvedimenti correttivi di natura emergenziale.

Con cadenza periodica il nostro Governo ha emanato, negli ultimi anni, norme di regolarizzazione in deroga alle vigenti disposizioni con ciò contribuendo ad aumentare la "confusione informazionale" anche in ambito internazionale.

Era, poi, prevista, la possibilità di un ingresso in Italia anche per motivi diversi da quelli lavorativi grazie ad appositi visti per ragioni di studio, affari e turismo ed ancora per motivi religiosi, di ricongiungimento familiare o di sottoposizione a terapie mediche e procedure diagnostiche.

Con riferimento a quest'ultimo aspetto, il visto per cure mediche veniva richiesto, nello specifico, dal cittadino straniero che avesse necessità di sottoporsi ad un determinato trattamento terapeutico in Italia; in tal caso era necessario esibire un'apposita dichiarazione di disponibilità da parte della struttura sanitaria italiana (c.d. ospitante) con la quale la stessa si rendeva disponibile a svolgere la prestazione, versando alla struttura stessa il trenta per cento del costo presunto della prestazione eroganda e mostrando una dichiarazione di ospitalità nel nostro Paese; ottenuto il visto, lo straniero era abilitato a richiedere in Italia il permesso di soggiorno per cure mediche, permesso di natura speciale e transitoria che non

dava diritto, né all'iscrizione presso il S.S.N. né alla futura conversione in un permesso per ragioni di lavoro.

Viceversa, se il cittadino immigrato contraeva una malattia nel nostro Paese era, invece, prevista la possibilità di una proroga del suo permesso di soggiorno per motivi di salute; la proroga *de qua* era, tuttavia, concessa allo straniero nei soli casi in cui quest'ultimo avesse contratto una malattia (o comunque patito un infortunio o una malattia professionale) che non gli consentissero di lasciare il nostro Stato al giorno in cui si verificava la scadenza del permesso di soggiorno originariamente concesso.

La situazione è profondamente mutata dopo il 4 ottobre 2018, data nella quale è stato emanato il d.l. n. 113, c.d. "decreto sicurezza" (recante "Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del Ministero dell'interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazionale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata"). La rubrica del provvedimento tradisce inequivocabilmente la sua mal celata finalità repressiva ponendo sullo stesso piano d'intervento discipline non sovrapponibili quali quella della protezione internazionale con il tema dell'immigrazione, della pubblica sicurezza, del funzionamento del Ministero dell'interno e con l'organizzazione della struttura amministrativa preposta alla gestione dei beni sequestrati e confiscati alle mafie.

Nella parte che ci riguarda, il provvedimento ha lo scopo di ridurre la discrezionalità nella concessione della tutela umanitaria²⁶ introducendo una tipizzazione dei casi di tutela e il possesso di specifici requisiti per i soggetti richiedenti.

L'obiettivo è quello di compensare una (presunta) sproporzione tra il riconoscimento delle forme di tutela riconosciute nell'ambito della protezione internazionale (*status* di rifugiato e protezione sussidiaria) e l'emaneazione dei permessi di soggiorno per motivi umanitari che vengono eliminati per essere sostituiti da "permessi speciali temporanei"²⁷.

²⁶ Di fatto, con la cancellazione della protezione per ragioni umanitarie: a) la platea di coloro che possono beneficiare del permesso di soggiorno si è significativamente ristretta; b) la maggior parte dei rifugiati che otterrà il permesso di soggiorno secondo la nuova casistica, si troverà in condizione di maggiore precarietà e minori tutele giuridiche e assistenziali; c) molti degli attuali rifugiati con il permesso di soggiorno per motivi umanitari non avranno i requisiti per il rinnovo, per cui alla sua scadenza si troveranno in una condizione di irregolarità, anche quelli che nel frattempo si erano regolarmente e proficuamente inseriti nel contesto socio-economico italiano. Nel complesso, secondo stime conservative, nel prossimo biennio, a seguito del decreto sicurezza, il numero di irregolari presenti in Italia potrebbe aumentare notevolmente: 60.000-70.000 persone rischiano di trovarsi prive della possibilità di lavorare e di fruire di qualsiasi forma di tutela giuridica e assistenza socio-sanitaria, destinate dunque ad una condizione di grave marginalità, ulteriormente favorita dal depotenziamento – anch'esso introdotto con il medesimo decreto (art. 12) – del sistema SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati – le strutture di accoglienza che in questi anni hanno operato come fondamentale risorsa per l'integrazione dei migranti).

²⁷ In chiave critica può farsi notare che dal momento che la condizione di marginalità sociale tende ad alimentare comportamenti antisociali e devianti in coloro che la subiscono, è probabile che l'incremento di immigrati in condizione di irregolarità possa avere quale conseguenza diretta un aumento, piuttosto che una riduzione, dell'incidenza di fenomeni di micro-criminalità, degrado urbano, segregazione territoriale, con ovvie conseguenze negative sulla qualità della vita della popolazione italiana generale. È noto che, là dove accompagnate da una forte ineguaglianza socio-economica, le differenze etniche diventano ulteriore fonte di sfiducia e minaccia per la società. Al contrario, quando le Istituzioni mettono in atto politiche utili a gestire la diversità etnica e al tempo stesso per ridurre le ineguaglianze economiche generali, non solo l'immigrazione non è più una minaccia da temere ma diventa una vera e propria risorsa per la società. L'effetto negativo più preoccupante è tuttavia quello "indiretto" e riguarda la dinamica psicosociale di cui la nuova normativa può essere considerata, al contempo, effetto e causa efficiente. L'attuale intervento governativo potrà infatti

È stata così prevista una nuova procedura per la presentazione delle domande alla frontiera dopo che il cittadino straniero sia stato fermato per avere eluso o tentato di eludere i controlli; estendendosi la previsione del trattenimento dei richiedenti asilo al fine di accertarne l'identità o la cittadinanza.

Viene inoltre ampliata la platea di reati che, in caso di condanna definitiva o nell'ipotesi di imputato ritenuto pericoloso socialmente, comportano la revoca o il diniego della protezione internazionale. Mentre, al fine di assicurare l'effettività del provvedimento di rimpatrio per i cittadini stranieri irregolari, viene prolungata da 90 a 180 giorni la durata massima del trattenimento dello straniero nei Centri di permanenza per il rimpatrio.

La linea, assunta con l'emanazione delle recenti previsioni, conferma la tendenza dell'attuale *governance* politica a far prevalere interessi di natura economico-politica sull'obbligo internazionale di rispettare i diritti umani, in palese contrasto con i principi dell'ordinamento interno e internazionale, ad esclusivo vantaggio di una deteriore e pernicioso eclissi di tutela dei diritti fondamentali²⁸.

3. La legislazione vigente in tema di stranieri regolari e irregolari

Secondo quanto previsto dall'art. 34 della Testo Unico del 1998, soltanto gli stranieri regolarmente soggiornanti hanno l'obbligo di iscriversi al S.S.N. in condizione paritetica rispetto ai cittadini italiani; tale obbligo è esteso di diritto agli immigrati detenuti, regolari e irregolari, sia in regime carcerario pieno che di semilibertà o comunque sottoposti ad altre forme di pena anche non detentiva.

Come chiarito dalla citata circolare ministeriale n. 5 del 2000, tra i permessi per motivi familiari vengono ad essere ricompresi, oltre che i titolari di permesso di soggiorno, anche coloro i quali abbiano ottenuto il permesso di soggiorno per far fronte alle esigenze di cura ed assistenza di un minore.

Parimenti, tra i permessi di soggiorno per motivi *lato sensu* umanitari rientrano, non solo i titolari di permesso di soggiorno per motivi umanitari in senso stretto (a seguito di parere favorevole della Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato), ma anche i titolari di permesso per motivi di salvaguardia sociale, i minori e le donne in stato di gravidanza fino a sei mesi dalla nascita del figlio.

sortire, quale reazione diffusa a livello sociale, il proliferare di un atteggiamento di natura difensivo-emozionale, caratterizzato in termini identitari e di "nematicizzazione" dell'altro, in particolare dello straniero che viene additato come una minaccia dalla quale proteggersi. Sicché accanto al noto fenomeno del "diritto penale del nemico" sembra sorgere in parallelo un altrettanto preoccupante, e non meno temibile, "diritto civile del nemico".

²⁸ Il che rafforza ulteriormente i dubbi sulla costituzionalità dell'intero decreto sicurezza n. 113 del 2018 (e della conseguenziale legge di conversione n. 132 del 2018) specie con riferimento all'abolizione del permesso di soggiorno per motivi umanitari; scelta, quest'ultima, che restringe le fattispecie legittimamente ascrivibili a esigenze tipizzate rispetto a quelle costituzionalmente necessarie in adempimento degli obblighi internazionali e che, inoltre, elidendo la possibilità di rinnovo del permesso di protezione umanitaria, riduce i diritti assistenziali, sociali e sanitari riconosciuti agli immigrati.

L'iscrizione presso il S.S.N. va effettuata nel presidio sanitario competente in base al luogo di residenza o di dimora effettiva e unicamente sulla base dell'esibizione del permesso stesso e di apposita autocertificazione del codice fiscale²⁹.

Sullo straniero sprovvisto di permesso di soggiorno – ma soggiornante transitoriamente, ad esempio per motivi di vacanza – grava, invece, l'obbligo del pagamento effettivo delle prestazioni mediche ovvero della stipula di un'apposita polizza assicurativa italiana.

Coloro i quali provengono da Paesi stranieri legati al nostro da particolari accordi, l'erogazione delle prestazioni sanitarie viene ad essere disciplinata dalle norme pattizie.

Il permesso di soggiorno per cure mediche non consente l'iscrizione al S.S.N.³⁰; esso è, infatti, un titolo di soggiorno che viene rilasciato sulla base dell'apposito visto ottenibile presso le Rappresentanze diplomatiche italiane nei paesi di origine ed ha valenza limitata per il singolo trattamento terapeutico.

Gli stranieri propriamente irregolari – cioè privi del tutto del permesso di soggiorno e dei requisiti per poterlo ottenere – hanno comunque diritto, in base alla legge Turco-Napolitano (*rectius*, al T.U.I.), non espressamente abrogata in *parte qua* dai decreti Salvini, alle cure ambulatoriali ed ospedaliere indifferibili, perché urgenti ed essenziali³¹, sebbene prolungate, per malattia o infortunio; la medesima normativa garantisce altresì, a tali soggetti, la piena tutela in stato di gravidanza, per la successiva maternità, oltre che la salute del minore, ivi incluse le vaccinazioni obbligatorie e gli interventi di profilassi, diagnosi e cura per le malattie infettive.

4. Assistenza sanitaria e protezione per gli asylum seekers

Con specifico riferimento ai problemi collegati al settore medico e sanitario, i soggetti richiedenti asilo³², presenti nei centri di identificazione, vengono di fatto equiparati agli

²⁹ In molti casi, infatti, agli stranieri vengono richiesti, dalle aziende sanitarie competenti, documenti aggiuntivi non richiesti quali buste paga e contratti di lavoro. Prassi, quest'ultima, da censurare in quanto surrettiziamente distorta verso l'assolvimento di una funzione di accertamento e controllo non prevista in capo ai presidi sanitari. Inoltre, l'iscrizione effettuata non perde efficacia in pendenza del rinnovo del permesso di soggiorno. L'iscrizione, in condizioni di successiva regolarizzazione, dovrà, pertanto, essere mantenuta e i servizi di anagrafe sanitaria non necessiteranno di alcuna variazione in tal senso. In ogni caso, il servizio di assistenza sanitaria avvantaggia anche i familiari a carico e regolarmente soggiornanti e viene comunque assicurata fin dalla nascita ai minori figli di stranieri iscritti al S.S.N.

³⁰ A tal proposito, si segnala che i permessi di soggiorno rilasciati in base alla raccomandazione del Tribunale per i minorenni, i permessi per gravidanza e i permessi per motivi di salute, ottenuti come proroga di progressi titoli di soggiorno, recano spesso la stessa dicitura "cure mediche", ma vanno tenuti ben distinti dalla tipologia di cui sopra, in quanto, non subordinati all'iscrizione al S.S.N.

³¹ Per cure indifferibili ed urgenti s'intendono quelle cure che non possono essere procrastinate senza pericolo per la vita o danno grave per la salute del paziente; per cure essenziali s'intendono le prestazioni sanitarie, a carattere diagnostico e terapeutico, relative a patologie che nel tempo potrebbero determinare un danno per la salute. Agli stranieri irregolari sono comunque garantiti i sostegni sanitari per la cura e la riabilitazione dalle tossicodipendenze, dalle malattie psichiatriche e, in generale, tutti gli interventi di natura riabilitativa.

³² Con specifico riferimento a tale profilo, un'interpretazione convenzionalmente orientata del disposto di cui all'art. 3 Cedu - rubricato "Divieto della tortura", secondo il quale: «nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti» - porta a ritenere che gli Stati di accoglienza debbano fornire a tali soggetti quantomeno un alloggio e condizioni di vita materialmente dignitose. Si leggano, in questa prospettiva, le conclusioni rassegnate in Corte EDU, *M.S.S. v. Belgio et Grecia*, cit., ove la Corte ha

stranieri irregolari; hanno, pertanto, diritto alle sole cure urgenti e indifferibili, essenziali e continuative, come previsto dall'art. 35, terzo comma, del Testo Unico del 1998 e non possono agevolarsi dell'iscrizione al S.S.N., salvo richiederla successivamente allorché abbiano ottenuto il permesso di soggiorno.

Tali soggetti incontrano notevoli difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari atteso il connaturale nomadismo e l'assenza di una stabile sistemazione abitativa³³.

Pur potendo, infatti, i richiedenti asilo, non inoltrano la richiesta di iscrizione al S.S.N. nel luogo ove hanno ottenuto il permesso di soggiorno³⁴ e, pertanto, non possono

rilevato che la Grecia non aveva rispettato i suoi obblighi ai sensi dell'articolo 3, in quanto non aveva garantito al ricorrente condizioni adeguate di accoglienza mentre la procedura d'asilo di quest'ultimo era ancora in corso. La decisione mette in luce, in primo luogo, il grave sovraffollamento e le condizioni igienico-sanitarie inadeguate del centro di accoglienza per migranti in cui il ricorrente era stato inizialmente collocato; in secondo luogo, il fatto che, dopo il suo rilascio, l'uomo aveva vissuto per molti mesi in un parco, in uno stato di estrema povertà, senza essere in grado di soddisfare i suoi bisogni più elementari e, in terzo luogo, la considerazione che la situazione del ricorrente era stata aggravata dall'aver vissuto in uno stato costante di paura di essere aggredito e derubato e dall'assenza di prospettive di miglioramento della propria situazione.

³³ Sul ruolo della corretta identificazione dello straniero al fine di garantire un concreto accesso alle cure mediche, cfr. M. BOUCHARD, *Identità culturale, uguaglianza e diversità*, in *Questione Giustizia*, 3, 2001, pp. 469-486; ed ancora, F. MANTI, *Le relazioni terapeutiche nella società pluralista. Aspetti bioetici e biopolitici per una medicina transculturale*, in R. PRODOMO (a cura di), *Medicina e multiculturalismo*, Napoli, 2000, p. 129 ss.; C. PINELLI, *Società multiculturali e Stato costituzionale*, in V. BOLDINI (a cura di) *il Multiculturalismo*, Padova, 2012, p. 91 ss.

³⁴ Al riguardo merita di essere segnalata una recente pronuncia del Tribunale fiorentino che, con ordinanza del 20 marzo 2019, fa salvo l'art. 4-bis del d.lgs. n. 142 del 2015 così come introdotto dall'art. 13 del d.l. 113 del 2018 conv. in l. n. 132 del 2018, formulando una interpretazione costituzionalmente orientata della norma, ed ordinando al Comune convenuto l'immediata iscrizione del ricorrente richiedente asilo nel registro anagrafico della popolazione residente. La decisione, particolarmente articolata, ha il pregio di trattare, con rigore dogmatico, tutte le problematiche che consentono, all'interprete ed agli operatori del diritto, di procedere all'applicazione della norma senza ledere il diritto alla residenza dei richiedenti la protezione internazionale, nel rispetto della legge. Il Tribunale di merito afferma, innanzitutto, un principio di generale portata ovvero che la norma una volta emanata «si stacca dall'organo che l'ha prodotta e non viene più in rilievo come una "decisione" legata a ragioni e fini di chi l'ha voluta, ma come un testo legislativo inserito nell'insieme dell'ordinamento giuridico» e dunque doverosamente interpretabile «in modo conforme al canone della coerenza con l'intero sistema normativo, coerenza che andrà evidentemente ricercata anche sul piano costituzionale». Ad avvalorare l'assunto il Tribunale si ricollega ad un ben noto tritico motivazionale della Cassazione (sentenze n. 3550 del 1988, n. 2454 del 1983 e n. 3276 del 1979) in base al quale, diversamente opinando, l'interprete non potrebbe «procedere alla [...] esatta comprensione [della norma] secondo i canoni ermeneutici legali previsti all'art. 12 ss. delle preleggi». Il Tribunale dà atto del fatto che «ogni richiedente asilo, una volta che abbia presentato la domanda di protezione internazionale, deve intendersi comunque regolarmente soggiornante» sul territorio dello Stato quantomeno per il tempo occorrente ad accertare il diritto alla protezione pretesa e che «la regolarità del soggiorno sul piano documentale» può essere comprovata, oltre che dal permesso di soggiorno, di cui la norma in commento esclude la spendibilità, da ulteriori e diversi documenti quali ad esempio «gli atti inerenti l'avvio del procedimento volto al riconoscimento della fondatezza della pretesa di protezione ed in particolare attraverso il cd. "modello C3", e/o mediante il documento nel quale la questura attesta che il richiedente ha formalizzato l'istanza di protezione internazionale». Il Tribunale inoltre fa rilevare come a conforto della decisione assunta milita un ulteriore argomento: l'art. art. 13, alla lett. a) fa divieto di iscrizione anagrafica esibendo il solo permesso di soggiorno per richiesta asilo e la successiva lett. c, abroga espressamente, l'istituto della c.d. convivenza anagrafica (introdotto con decreto-legge 17 febbraio 2017, n. 13 conv. in legge 13 aprile 2017, n. 46) che, appunto, consentiva, l'iscrizione del richiedente la protezione internazionale, su comunicazione del responsabile della struttura di accoglienza attraverso l'invio del solo permesso di soggiorno per richiesta asilo. Dunque, un'interpretazione coerente delle due disposizioni (lett. a e c dell'art. 13) porta a ritenere che il legislatore abbia sancito «l'abrogazione, non della possibilità di iscriversi al registro della popolazione residente dei titolari di un permesso per richiesta asilo, ma solo della procedura semplificata prevista nel 2017

usufruire dell'assistenza sanitaria in diverso Comune, data la territorialità dell'iscrizione stessa; per tale ragione, sono il più delle volte costretti (*rectius*, necessitati) a far ricorso alle sole forme di assistenza previste per gli irregolari.

Ben potrebbe, invero, il richiedente asilo inoltrare istanza di rinnovo del permesso di soggiorno alla competente questura territoriale, indicando il nuovo domicilio, ma una tale procedura rischierebbe di dilatare *sine die* i tempi necessari per la convocazione innanzi alla Commissione per il riconoscimento dello status di rifugiato; unica alternativa – praticabile esclusivamente nel caso in cui il soggetto abbia già ottenuto il rilascio della tessera sanitaria dall'unità sanitaria competente – è quella di richiedere un'iscrizione temporanea nel luogo del nuovo domicilio, previa ostensione delle effettive ragioni di trasferimento.

Tuttavia, le modifiche introdotte dal nuovo regolamento sulla procedura di richiesta d'asilo, escludono i richiedenti trattenuti presso i centri di identificazione dal rilascio del permesso di soggiorno e, dunque, dalla possibilità di iscriversi al S.S.N. relegandoli in una sorta di “limbo normativo” atteso che, sebbene presenti sul nostro territorio, non possono, in concreto, godere dei più basilari strumenti di accoglienza.

4.1. (*segue*) e per gli stranieri irregolari temporaneamente presenti

A prescindere dalla condizione soggettiva in cui versi lo straniero – regolare in attesa di permesso di soggiorno, soggiornante occasionale, irregolare *etc.* – l'erogazione delle singole prestazioni sanitarie è comunque subordinata al rilascio, da parte dell'unità sanitaria competente per territorio, di un codice identificativo univoco con la sigla S.T.P.³⁵, validamente riconosciuto sul nostro territorio nazionale. Il codice S.T.P. non è un documento identificativo ma assolve lo scopo di agevolare l'accesso dello straniero ai servizi sanitari, costituendo il punto di riferimento per il rendiconto (e il successivo rimborso) delle prestazioni erogate, nonché per la prescrizione, su ricettario unico regionale, delle visite medico-specialistiche e dei farmaci funzionali alla terapia prescritta; tale codice ha una validità semestrale ed è sempre rinnovabile fino all'eventuale ottenimento del permesso di soggiorno.

Aspetto particolarmente delicato della normativa in materia di erogazione delle prestazioni sanitarie agli stranieri è rappresentato dalla possibilità di una co-gestione dei servizi *de quibus* da parte di associazioni di volontariato aventi esperienza specifica nel settore medico e della immigrazione, deputate a collaborare con le strutture pubbliche all'interno degli ambulatori S.T.P. Il nodo problematico di maggiore rilievo è rappresentato dalla difficoltà di riuscire a garantire livelli di assistenza e cura adeguati.

che introduceva l'istituto della convivenza anagrafica, svincolando l'iscrizione dai controlli previsti per gli altri stranieri regolarmente residenti e per i cittadini italiani. Eliminando questa procedura il legislatore ha in qualche modo ripristinato il sistema di assoluta parità tra diversi tipologie di stranieri regolarmente soggiornanti e cittadini italiani previsto dal T.U.I.»

³⁵ Il così detto “tesserino S.T.P.” può essere rilasciato nell'ambito delle strutture deputate al servizio di “medicina del territorio” o presso alcuni presidi ospedalieri accreditati che operano, eventualmente, in collaborazione con associazioni di volontariato aventi esperienza specifica nel settore della immigrazione. Sono queste le strutture qualificate di “primo livello”, deputate a garantire l'accesso diretto al servizio sanitario, senza cioè prenotazione ed impegnativa. Le prestazioni erogate possono essere fruite presso gli stessi ambulatori ospedalieri, ma anche in consultori familiari, laboratori e poliambulatori specialistici. Esiste, dunque, una vasta serie di strutture abilitate al rilascio del codice S.T.P., e ciò comporta un'attenta ed adeguata valutazione delle presenze di cittadini stranieri sul territorio.

Sembra, pertanto, opportuna la stipula di (rigidi) protocolli d'intesa tra struttura pubblica e associazione privata con finalità sociale al fine di garantire un più effettivo e penetrante controllo nell'erogazione dei servizi offerti.

I servizi S.T.P. devono infatti essere considerati, anche con riferimento agli standard qualitativi, come pienamente ricompresi nell'attività svolta dal S.S.N., dovendo sottostare ad una logica di tutela del diritto alla salute del migrante e non semplicemente ad un approccio in termini di assistenzialismo sociale.

Con riferimento al costo delle singole prestazioni, queste sono legate – in relazione alla normativa nazionale e regionale – allo stato patrimoniale del migrante. Lo straniero, infatti, se privo di risorse economiche, sarà tenuto a sottoscrivere una dichiarazione di incapacità patrimoniale; in tal caso, sulla base della normativa nazionale le prestazioni sono gratuite salvo l'obbligo di corrispondere, a parità di condizione con i cittadini italiani, il ticket.

Sul versante della tutela della *privacy*, va sottolineato che, al fine di garantire l'effettiva fruizione dei servizi sanitari, per il rilascio del tesserino S.T.P. non è necessario esibire alcun documento d'identità, ma è sufficiente, una dichiarazione spontanea che attesti le proprie generalità. Inoltre, l'accesso agli ambulatori dedicati ai soggetti stranieri (irregolari) non contempla alcun tipo di segnalazione all'autorità giudiziaria (o di polizia), eccezion fatta per quelle patologie che prevedono l'obbligatorio rilascio del referto.

Sovente, infatti, i migranti non si sottopongono alla prestazione medico-sanitaria per il timore di venire denunciati. Gli stessi dati sensibili registrati presso l'ambulatorio che effettua la prestazione medica vanno trattati con estrema riservatezza in sintonia con quanto disposto in generale dalla normativa sul trattamento dei dati personali; taluni dati potranno essere comunicati esclusivamente su richiesta della Procura della Repubblica; se, inoltre, l'immigrato chiede di rimanere anonimo lo stesso tesserino potrà essere rilasciato senza indicazione delle corrispondenti generalità.

Sotto il profilo patrimoniale, il rimborso delle prestazioni effettuate allo straniero graverà inizialmente sul presidio territoriale competente che dovrà richiederne lo storno: -1) al Ministero dell'Interno, per quanto concerne le spese attinenti alle prestazioni urgenti ed essenziali, a quelle per malattia e infortunio, sia in regime di ricovero che di *day hospital*; -2) alla Regione, per tutte le restanti ipotesi ivi incluse le spese per gravidanza e per maternità, quelle afferenti alla salute del minore, alle vaccinazioni e agli interventi di profilassi delle malattie infettive.

Ulteriore profilo degno di nota è quello che concerne l'erogazione delle cure a carattere continuativo; in tal caso, lo straniero sottoposto a cure nel nostro paese, tali da non poter essere interrotte senza pregiudizio per la sua salute e in assenza della possibilità di un analogo trattamento nel suo paese di origine, può agevolarsi di un titolo di soggiorno che garantisca in maniera efficace detta continuità terapeutica, sulla base dell'art. 35 del Testo Unico del 1998.

Per di più, in caso di notifica di un provvedimento di espulsione a carico di uno straniero affetto da grave patologia, quest'ultimo ha diritto di presentare ricorso al giudice di pace, il quale potrà annullare il provvedimento impugnato e garantire così la prosecuzione della terapia.

Per tutti i cittadini comunitari non esistono, com'è noto, visti d'ingresso o nulla osta di sorta, vigendo gli opposti principî del libero transito e della libertà di stabilimento; nei confronti di tali soggetti potranno, tuttavia, essere adottati provvedimenti di espulsione (*ad personam*) dettati da motivi di ordine, sicurezza o sanità pubblica.

Per quanto concerne le modalità di accesso ai servizi sanitari, i cittadini comunitari, nell'ipotesi di soggiorno-vacanza o comunque di breve durata, utilizzeranno, quale titolo legittimante all'erogazione della prestazione medica, la tessera sanitaria europea di assicurazione e malattia.

5. *Nuove forme di protezione a beneficio di apolidi e rifugiati politici*

L'apolide stabilmente residente nel territorio italiano è soggetto alla normativa interna per quanto concerne l'esercizio dei diritti civili e per l'obbligo del servizio civile o militare; diversamente, lo straniero cui viene riconosciuto lo *status* di rifugiato sarà equiparato all'apolide con l'esclusione degli obblighi inerenti il servizio civile o militare.

Sulla base della normativa vigente, lo *status* di rifugiato viene ad essere riconosciuto al cittadino straniero che inoltra apposita "istanza motivata e, in quanto possibile, documentata all'ufficio di polizia di frontiera" (art. 1, comma 5, legge n. 39 del 1990); nulla ostando all'accoglimento di tale richiesta – e in attesa della conclusione del procedimento per il riconoscimento dello "*status* di rifugiato" – il questore del luogo in cui lo straniero dimora, rilascia un permesso di soggiorno temporaneo; ugualmente il riconoscimento del predetto *status* e del conseguente permesso temporaneo spetta al cittadino.

Gli apolidi, ovvero i soggetti comunque privi di cittadinanza, possono richiedere, pertanto, l'iscrizione presso il S.S.N. nel luogo ove essi stabilmente dimorano; sulla base delle tutele *ex lege*, inoltre, tali soggetti, se privi di risorse economiche, godono di un trattamento agevolato che consiste nella possibilità di richiedere l'iscrizione al S.S.N. senza il pagamento dei contributi di malattia e di fruire gratuitamente delle prestazioni ospedaliere urgenti per il caso di malattia, infortunio e maternità.

In sintonia con la Convenzione di Ginevra, e sulla base del regolamento attuativo della citata legge n. 39 del 1990, «coloro che hanno conseguito lo *status* di rifugiato fruiscono [...] dello stesso trattamento assistenziale riservato ai cittadini italiani».

6. *Conclusioni: quali prospettive per il prossimo futuro?*

Queste brevi note, riassuntive del quadro legislativo in materia di trattamento sanitario dei soggetti stranieri, hanno lo scopo di mantenere alta l'asticella dell'attenzione sul tema della tutela dei migranti; un versante ove necessariamente si intrecciano prospettive divergenti di ordine politico, sociale, antropologico e, ovviamente, normativo.

Bisogna attingere ad un nuovo livello di consapevolezza per rendersi pienamente conto che ogni atto medico si presta, *ex ante* ed *ex post*, ad una lettura complessa e pluridimensionale; la così detta "medicina preventiva" invoca l'adesione ad una metodologia di approccio integrata che tenda a favorire e gestire, nel tempo, il rapporto tra medico e immigrato in una prospettiva non già unidimensionale ma necessariamente

partecipativa che tenga conto dei problemi del singolo migrante e di quelli della sua famiglia³⁶ e della sua comunità di appartenenza³⁷.

Una risposta adeguata, in termini di efficienza ed efficacia sanitarie, deve considerare, infatti, le molteplici difficoltà di carattere socio-culturale che una popolazione particolarmente delicata e vulnerabile, qual è quella dei migranti clandestini, porta con sé. Le strutture territoriali competenti dovranno risultare, pertanto, facilmente accessibili e dimostrare una notevole flessibilità negli orari di apertura e di gestione del servizio.

Sarà, poi, necessaria l'attivazione di specifici osservatori epidemiologici che valutino, in una prospettiva di breve, medio e lungo periodo, il fenomeno migratorio nel suo complesso, promuovendo indagini a carattere conoscitivo e studi di settore sulle principali patologie che affliggono gli stranieri. Siffatte strutture dovrebbero porsi al centro di una più articolata e vasta rete nazionale che coordini i servizi di assistenza sociale e sanitaria sul territorio; le strutture ospedaliere di secondo livello, invece, avranno il compito di garantire, là dove necessario, la continuità assistenziale, favorendo l'accesso e la fruizione dei diversi servizi da parte degli immigrati.

Ruolo fondamentale, in tale peculiare ambito d'azione, sarà svolto, in termini di filtro e di orientamento socio-sanitario, proprio da tali presidi sanitari e a favore dei pazienti stranieri; ciò dovrebbe consentire una maggiore conoscenza, da parte degli immigrati, del funzionamento del nostro S.S.N. con l'auspicabile risultato di evitare un eccessivo utilizzo dei presidi di primo soccorso, a tutto vantaggio della qualità assistenziale e con minori costi sociali.

Attività prodromica sarà quella di evidenziare, nella maniera più chiara possibile, il contenuto della disciplina normativa (nazionale e regionale) in tema di assistenza sanitaria agli stranieri, favorendo, da parte degli immigrati e degli operatori del settore, una maggiore partecipazione ed una più diffusa consapevolezza dei propri diritti e delle connesse prerogative.

A corredo di un sistema così congegnato, andrebbe previsto, sempre all'interno delle strutture anzidette, un sistema di approccio integrato nei confronti del paziente migrante: bisognerebbe valorizzare la sua diversità culturale in termini di diversità linguistica, etica, religiosa e sanitaria; ogni struttura dovrebbe dotarsi di personale specializzato per fornire le più corrette informazioni sia in ambito normativo che medico-sanitario; le strutture deputate dovrebbero altresì predisporre – a livello integrativo e complementare – corsi di formazione, di diverso livello, e tirocini teorico-pratici sia in tema di medicina transculturale che di assistenza ai migranti.

³⁶ Con riferimento alle peculiarità dei sistemi familiari in altri ordinamenti giuridici v. le puntuali notazioni di R. SACCO, *Visione del soprannaturale, diritto della famiglia, autonomia*, in T. MAZZARESE (a cura di) *Diritto, tradizioni, traduzioni. La tutela dei diritti nelle società multiculturali*, Torino, 2013, p. 143 ss. Sui caratteri fondamentali del modello tradizionale di famiglia, specie nel diritto islamico, e su alcuni, non facili, processi di riforma del diritto di famiglia nei paesi arabi in generale cfr. F. CASTRO, voce *Diritto musulmano*, in *Digesto disc. priv. sez. civile*, vol. VI, Torino, 1990, p. 284 ss., spec. p. 289 e p. 305, dove si sottolinea che comunque il processo di formalizzazione delle regole, anche di carattere terapeutico, è possibile solo attraverso il ricorso ad opinioni di giuristi islamici che possano giustificare il cambiamento di opinione, così come la recente riforma del codice della famiglia marocchino del 2004 appare riaffermare in più luoghi fedeltà alla tradizione islamica, in argomento cfr. M.C. FOLETS, M. LOUKILI, *Mariage et divorce dans le nouveau Code marocain de la famille: Quelles implications pour les Marocains en Europe?*, in *Rev. crit. DIP*, 95 (2006), p. 522 ss.

³⁷ Sul punto, cfr. D. BRADLEY, *A Family Law for Europe? Sovereignty, Political Economy and Legitimation*, in K. BOELE-WOELKI (a cura di), *Perspectives for the Unification and Harmonisation of Family Law in Europe*, Oxford-New York, 2003, p. 65 ss.

Al fine di realizzare un'effettiva (ed efficace) attività di prevenzione, rispettosa dei basilari principi di tutela dei diritti umani e delle libertà fondamentali dell'individuo, i migranti - all'ingresso in Italia - dovrebbero avere la possibilità di poter registrare le proprie informazioni sanitarie in un vero e proprio passaporto sanitario digitale (P.S.D.).

In tal modo sarebbe possibile tracciare, in maniera precisa, tali dati durante tutto il periodo di permanenza del migrante in Italia e negli altri Stati europei, personalizzando l'accesso alle cure ed evitando, per quanto possibile, ritardi e duplicazioni di interventi. Tali informazioni dovranno, ovviamente, essere gestite con adeguati livelli di protezione, ai sensi della regolamentazione generale sulla *privacy* sancita dal GDPR, trattandosi di dati, per loro natura, ultra-sensibili.

Attraverso un tale sistema di informazione e controllo si potrebbe dar vita ad un raccordo stabile tra i centri di prima accoglienza e il servizio sanitario nazionale potendosi avviare un concreto *screening* clinico epidemiologico, a prescindere dalla previa individuazione dell'area geografica alla quale verrà assegnato il migrante o il rifugiato.

Come poc'anzi accennato, sarebbe, poi, necessario istituire un sistema di sorveglianza epidemiologica sulle condizioni di salute dei migranti basato su indicatori di *outcome* che consentano di analizzare in modo sistematico (e dinamico) i dati epidemiologici dei migranti incrociando i dati etnici con quelli biologici e con quelli relativi alle condizioni psicologiche dei soggetti coinvolti.

Tutto ciò dovrebbe portare a riconsiderare, a dispetto dell'attuale trend politico-amministrativo, l'opportunità dell'iscrizione obbligatoria al servizio sanitario dei richiedenti asilo.

Sotto altro profilo, si rende necessaria, oggi più che un tempo, la formazione interculturale di tutti gli operatori attivi nel settore che, in modo diretto o indiretto, si occuperanno della salute dei migranti.

Un aspetto cruciale per il buon esito di ogni singola fase del processo migratorio è rappresentato dal tema della tutela della salute mentale delle popolazioni migranti.

Al momento, gran parte degli interventi attuati in tale ambito guardano ancora al fenomeno migratorio come fenomeno di carattere "straordinario" ed "episodico"; ne consegue che molte delle risorse destinate vengono utilizzate per la cura di quadri clinici acutizzanti come il "disturbo post traumatico da stress" ma è al contempo riduttivo e, soprattutto, clinicamente errato ritenere che la tutela della salute mentale si possa risolvere semplicemente attraverso la cura di tali patologie per quanto numerose e preoccupanti possano essere. Sarà, dunque, necessario iniziare a tutelare la salute mentale delle popolazioni migranti recuperando modalità operative "classiche" basate su un approccio terapeutico che consenta di trascorrere dalla semplice cura alla più proficua prevenzione: guardando al disagio psichico del migrante non solo quando questo si sia già esteriorizzato ma prevenendolo *ex ante* attraverso un'attenuazione quotidiana del disagio.

Una ragione in più per "istituzionalizzare" un sistema integrato capace di mettere in rete in modo continuo e strutturato tutti i servizi, le strutture e le organizzazioni che, a vario titolo e con differente competenza, si occupano della salute delle popolazioni migranti. Una strategia condivisibile è quella che punta alla creazione di un portale istituzionale delle migrazioni, dove fare confluire tutte le informazioni relative all'area della salute delle popolazioni migranti e dal quale ciascun operatore potrebbe attingere, con relativa facilità, informazioni utili a migliorare l'offerta assistenziale *pro migrantes*.

È, poi, essenziale riconsiderare il tema della vulnerabilità e della prevenzione nella logica di una buona accoglienza non discriminatoria e non stigmatizzante.

Particolarmente opportune, sotto questo profilo, delle linee guida operazionali che abbiano il compito di definire ed aggiornare le *best practices* sulla presa in carico e sulla gestione dei migranti facilitando l'interscambio delle competenze e la condivisione continua dei processi formativi più virtuosi.

Ciò significa, in altri termini, creare le condizioni perché il diritto alla salute sia fruibile dal maggior numero di soggetti possibili, a cominciare dalle persone che più dimostrano di averne bisogno. In definitiva non è (soltanto) un problema di erogazione della prestazione medica ma di “organizzazione complessiva delle risorse” nell’ottica di una sempre più attenta disponibilità relazionale in un contesto socio-culturale più aperto ed accogliente.

La strada da seguire sembra essere, pertanto, quella di una costante valorizzazione del principio di certezza del diritto³⁸ con riferimento al tema della salute e della protezione dei migranti; in adesione a tale intento si renderà necessaria un’intensa attività di programmazione nella gestione dell’accesso alle strutture sanitarie ed una più incisiva attività di controllo in relazione alle prestazioni mediche di primo e secondo livello.

L’efficacia concreta di un siffatto percorso di politiche di integrazione poggia le sue basi su una ferma “volontà di rinnovamento culturale”³⁹ orientata a far sentire lo straniero immigrato “nuovo cittadino”, pienamente consapevole del suo diverso – ma non per questo deteriore – *status sociale*⁴⁰.

ABSTRACT: *Right to immigration and health issues: the new frontiers of reception*

The exponential increase in migratory flows poses the problem of revising therapeutic protocols from an ethical and legal standpoint. In a multicultural context, doctor and patient can easily belong to very different social and cultural environments. This phenomenon gives rise to “complex therapeutic relationships”, within which health care providers know that patients do not always share scientific references and some key concepts such as illness, health, diagnosis and prognosis, because of their culture of origin. There is no natural “social contract” in this area between those who suffer and those who should provide care. The doctor must therefore try out innovative and unconventional

³⁸ Per un inquadramento di ordine generale, necessariamente al di là del ristretto ambito cui è circoscritta la presente trattazione, si rinvia ai fondamentali contributi di F. LOPEZ DE OÑATE, *La certezza del diritto*, (Roma 1942), Milano, 1968, spec. p. 161 ss. ove l’A. mette in evidenza che: «La giustizia non può realizzarsi che nella norma rigida ed astratta, che deve essere certa. In questa astrattezza è la precisa concretezza dell’esperienza giuridica, e solo attraverso questa certezza è possibile che essa realizzi la giustizia. Nella certezza consiste dunque la specifica eticità del diritto»; F. CARNELUTTI, *La certezza del diritto*, in *Riv. dir. civ.*, 1943, p. 81 ss.; N. BOBBIO, *La certezza del diritto è un mito?*, in *Riv. int. fil. dir.*, 1951, p. 146 ss.; M. CORSALE, *La certezza del diritto*, Milano, 1970; G. ALPA, *La certezza del diritto nell’età dell’incertezza*, Napoli, 2006. Sull’argomento si vedano, tra gli altri, anche qui a titolo orientativo, U. BRECCIA, *Discorsi sul diritto. Appunti per un corso di “teoria generale del diritto”*, Pisa 2019, spec. p. 146 s.; S. CASSESE, *Il diritto globale. Giustizia e democrazia oltre lo Stato*, Torino, 2009; M.R. FERRARESE, *Diritto sconfinato. Inventiva giuridica e spazi nel mondo globale*, Bari, 2006.

³⁹ Sulla “forza aggregatrice” dei processi di mediazione culturale si rinvia a P. PAROLARI, *Diritti fondamentali. Prospettive transculturali e percorsi interculturali*, in T. MAZZARESE (a cura di) *Diritto, tradizioni, traduzioni...*, cit., p. 217 ss., spec. p. 223.

⁴⁰ Per opportuni riferimenti, cfr. P. CHIARELLA, *Il terzo incluso: problemi del fenomeno migratorio in Europa*, in *Federalismi.it*, 2017, 7, 5 aprile 2017; e, con riferimento alla giurisprudenza della Corte dell’Unione Europea, R. PALLADINO, *‘Ravvicinamento’ dello status di immigrato regolare e di cittadino europeo nella recente giurisprudenza della Corte di giustizia dell’Unione europea*, in *Dir. um. dir. int.*, 2016, 3, p. 728 ss.

approaches. As such, an articulated, gnoseological and multidisciplinary reflection is required to address the therapeutic-relational issues signaled, considering them from different standpoints. There are intuitive levels of misunderstanding, some of which are very easy to imagine, such as those related to linguistic and religious diversity. The encounter with the “other” creates dependent “relational short circuits”, as well as specific cultural diversity (e.g. rare or little-known illnesses) and a profound discontinuity of the organizational models of Western medicine. At first, it is easy to perceive foreigners as if they were potential “pathogenic agents”, the result of a disadvantaged life in an unhealthy environment, treated inadequately or not in compliance with the canons of modern medicine. The paradoxical ambiguity of a medical operator who wants to provide aid but is keen not to waste time is contrasted with the attitude of the migrant who generates relational conflict. The health care worker must adopt a multiculturally compatible and effective approach, and should be as open as possible to varying their clinical and scientific contribution, linking their work to that of other individuals capable of bridging the existing situational gap. From a strictly legal point of view, protection of every human being's health responds to an intimate need for human solidarity and, at the same time, to a logic of public health-related prevention. It's necessary engage specific epidemiological observers to assess the phenomenon of migration.