



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

4 Normativa in materia migratoria

NORMATIVA EUROPEA SULLA TUTELA DELLA SALUTE DEGLI

4.1 STRANIERI

Secondo il report dell'Oms Europa del 2019 è importante tutelare la salute di rifugiati e migranti per tre motivi: perché quello alla salute è un diritto fondamentale, perché migranti e rifugiati contribuiscono attivamente allo sviluppo dei Paesi ospitanti e di quelli nativi e perché l'assistenza sanitaria è il modo migliore per salvare vite umane, tagliare costi sanitari e proteggere la salute delle popolazioni residenti³³. Tuttavia a livello europeo la normativa in merito risulta ancora debole e frastagliata, disseminata in ambiti diversi delle competenze e dell'azione dell'Unione europea. Al fine di presentare un quadro alquanto completo della normativa relativa alla tutela della salute dei migranti lo studio comprende l'analisi di una serie di documenti (TFUE, Risoluzioni, Comunicazioni, Piani d'azione) dell'Unione europea in tema di salute pubblica, da dove sono stati ricavati gli articoli inerenti a rifugiati e richiedenti asilo; la normativa e le azioni dell'Unione a favore dell'integrazione dei cittadini di Paesi terzi, da dove si è cercato di

estrapolare alcuni interventi finalizzati alla protezione della salute dei migranti; la Carta Europea dei Diritti dell'Uomo che rende la nostra analisi più ampia rispetto ai confini dell'Unione europea comprendendo l'intera Regione e la giurisprudenza della Corte di Giustizia la quale si è espressa in merito a tale diritto in diverse circostanze.

L'aspetto sanitario rientra tra le competenze dell'Unione europea nel 1992 con il Trattato di Maastricht³⁴, inizialmente sotto una luce meramente utilitaristica in quanto si pensava che il miglioramento della salute dei cittadini fosse strettamente legato allo sviluppo economico.

Nel passaggio dal Trattato di Maastricht al Trattato di Amsterdam prima, e di Lisbona poi, si evidenzia come progressivamente si è affermata nelle politiche europee l'idea della salute come valore in sé, parte integrante dei diritti fondamentali e della politica di coesione sociale dell'Unione europea³⁵. Questa consapevolezza ha comportato notevoli mutamenti in senso espansivo sulle competenze dell'Unione in materia di tutela della salute³⁶. Inoltre, i problemi nel settore della sanità pubblica associati agli arrivi su larga scala che potevano costituire una crisi per i paesi destinatari privi di un'adeguata preparazione e con una

33. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health, Gennaio 2019, Oms Europa.

34. Si ricorda che con il Trattato di Maastricht avviene il passaggio da Comunità europea a Unione europea. Prima di tale Trattato erano escluse dall'ambito dell'azione della Comunità europea le competenze in materia di tutela della salute come quasi tutte quelle relative alle politiche di tipo sociale. Per maggiori informazioni sul Trattato di Maastricht si consulti: <https://www.europarl.europa.eu/about-parliament/it/in-the-past/the-parliament-and-the-treaties/maastricht-treaty>.

35. Sulla politica di coesione sociale dell'Unione europea si consulti: Commissione europea, Introduzione alla politica di coesione dell'UE 2014-2020, giugno 2014; https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/informat/basic/basic_2014_it.pdf, e M.C. Svevo, Le politiche sociali dell'Unione europea, Franco Angeli, Milano, 2012.

36. G. Guerra, La strategia europea in materia di sanità: esame del programma pluriennale d'azione per la salute 2014-2020, in Politiche sanitarie, Vol. 15, N. 4, ottobre-dicembre 2014, p. 212.



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

disponibilità limitata di risorse hanno sollecitato un intervento incisivo dell'Unione in materia.

Tuttavia, dallo studio emergono due fondamentali elementi deficitari: il ruolo di mera complementarietà dell'Unione alle politiche nazionali in materia di sanità e la scarsa intensità dei vincoli che prevedono le norme europee nei confronti degli Stati membri.

Alla vigilia della firma del Trattato di Lisbona, è stata adottata nel 2006, "La Dichiarazione sui valori e principi comuni in materia di sanità"³⁷, un documento in cui gli Stati membri, uniti in sede di Consiglio, hanno formalmente fissato i principi condivisi ai quali deve ispirarsi l'assistenza sanitaria all'interno dell'Unione europea.

I valori emersi dalla discussione sono: universalità, accesso a cure di buona qualità, equità e solidarietà. Il documento non fa alcun riferimento alla tutela di salute dei rifugiati o richiedenti asilo presenti nel territorio europeo, ma i principi stabiliti danno spazio a interpretazioni favorevoli in merito a queste due categorie in quanto, citando il testo: «Universalità significa che a nessuno è precluso l'accesso all'assistenza sanitaria; la solidarietà è intimamente connessa al regime finanziario applicato al sistema sanitario nazionale e alla necessità di garantirne

*l'accessibilità per tutti; l'equità implica la parità di accesso in funzione del bisogno, senza distinzioni in base all'appartenenza etnica, al genere, all'età, al ceto o al censo. I sistemi sanitari dell'UE mirano inoltre a colmare il divario che produce quelle ineguaglianze nella salute che costituiscono una preoccupazione per gli Stati membri dell'UE e che sono intimamente connesse all'opera di prevenzione delle malattie che i sistemi degli Stati membri portano avanti, tra l'altro promuovendo stili di vita sani*³⁸.

Questo documento però, per quanto importante e condiviso nei valori e principi, è privo di forza vincolante e lascia alla discrezionalità degli Stati l'interpretazione e l'attuazione degli stessi.

Con la firma del Trattato di Lisbona, l'Unione europea ha visto progressivamente ampliare il campo d'azione della sua competenza nell'ambito sanitario prevedendo all'interno di uno dei Trattati istitutivi la materia della sanità pubblica (Titolo XIV).

Nel TFUE³⁹ il Titolo XIV è composto da un unico articolo, art. 168⁴⁰ il quale prevede che: «nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana».

Non ci sono riferimenti in merito alla tutela della

37. Consiglio 2006/C 146/01, Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea, Gazzetta ufficiale dell'Unione europea C146, 22.06.2006.

38. Consiglio 2006/C 146/01, Conclusioni del Consiglio sui valori e principi comuni dei sistemi sanitari dell'Unione europea, Gazzetta ufficiale dell'Unione europea C146, 22.06.2006.

39. Versione consolidata del Trattato sull'Unione Europea e del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea, 2012/C 326/01, Gazzetta ufficiale n. C 326 del 26.10.2012 pag. 0001-0390, si veda anche: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=celex%3A12012E%2FTXT> (consultato il 14.03.2020).

40. Art. 168: «1. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana. L'azione dell'Unione, che completa le politiche nazionali, si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale. Tale azione comprende la lotta contro i grandi flagelli, favorendo la ricerca sulle loro cause, la loro propagazione e la loro prevenzione, nonché l'informazione e l'educazione in materia sanitaria, nonché la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero.

L'Unione completa l'azione degli Stati membri volta a ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti, comprese l'informazione e la prevenzione. 2. L'Unione incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri nei settori di cui al presente articolo e, ove necessario, appoggia la loro azione. In particolare incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri per migliorare la complementarietà dei loro servizi sanitari nelle regioni di frontiera. Gli Stati membri coordinano tra loro, in collegamento con la Commissione, le rispettive politiche ed i rispettivi programmi nei settori di cui al paragrafo 1. La Commissione può prendere, in stretto contatto con gli Stati membri, ogni iniziativa utile a promuovere detto coordinamento, in particolare iniziative finalizzate alla definizione di orientamenti e indicatori, all'organizzazione di scambi delle migliori pratiche e alla preparazione di elementi necessari per il controllo e la valutazione periodici. Il Parlamento europeo è pienamente informato. 3. L'Unione e gli Stati membri favoriscono la cooperazione con i Paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica. 4. In deroga all'art. 2, paragrafo 5, e all'art. 6, lettera a), e in conformità dell'art. 4, paragrafo 2, lettera k), il Parlamento europeo e il Consiglio, deliberando secondo la procedura legislativa ordinaria e previa consultazione del Comitato economico e sociale e del Comitato delle regioni, contribuiscono alla realizzazione degli obiettivi previsti dal presente articolo, adottando, per affrontare i problemi comuni di sicurezza: a) misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza degli organi e sostanze di origine umana, del sangue e degli emoderivati; tali misure non ostano a che gli Stati membri mantengano o introducano misure protettive più rigorose; b) misure nei settori veterinario



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo



MINISTERO
DELL'INTERNO

salute dei rifugiati e/o richiedenti asilo, ma è significativo l'utilizzo del termine "salute umana".

L'inserimento di tale principio nel Trattato istitutivo dell'Unione europea funge da base per la costruzione di una normativa europea in materia e conferisce all'Unione competenze in merito. Tuttavia, nel paragrafo 7, l'articolo precisa che le misure adottate dall'Unione in ambito sanitario sono solo di sostegno, coordinamento e complementari alle azioni degli Stati membri ai quali è riservata la definizione della loro politica sanitaria, l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica, nonché l'assegnazione delle risorse destinate a tale settore⁴¹.

Questo principio viene ribadito anche nell'art. 6 del Trattato stesso dove vengono elencati i settori, compresa la sanità pubblica, in cui le competenze dell'Unione europea si limitano a sostenere, coordinare e completare le azioni degli Stati membri⁴².

A tale documento seguono una serie di Dichiarazioni e Comunicazioni della Commissione europea. La prima viene adottata nel 2009, intitolata "Solidarietà in materia di salute e riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione europea"⁴³.

La Comunicazione si apre con riferimenti

particolari ai cittadini europei sulla prospettiva di vita e le condizioni di salute mettendo in evidenza le differenze che esistono in materia tra le persone che vivono in parti diverse dell'Unione e tra gruppi più favoriti e meno favoriti della popolazione⁴⁴.

Nonostante la prima parte della Comunicazione lasci intendere che la solidarietà e la riduzione delle disuguaglianze sia riferita solo e unicamente ai cittadini degli Stati membri, il testo continua con un paragrafo dedicato alla necessità di inserimento nel sistema sanitario anche i gruppi vulnerabili, dove per gruppi vulnerabili si intendono: «*persone provenienti da ambienti migratori o appartenenti a minoranze etniche, persone disabili o quelle senza fissa dimora che hanno livelli di salute particolarmente carenti*», come espressamente previsto nel testo della Comunicazione. Tuttavia l'effetto concreto è stato molto riduttivo, l'assenza di misure specifiche finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze hanno penalizzato notevolmente il raggiungimento dell'obiettivo⁴⁵.

Due anni dopo, a marzo del 2011, viene pubblicata una Risoluzione del Parlamento europeo dal titolo: "Riduzione delle disuguaglianze in materia sanitaria". A differenza dei precedenti documenti analizzati tratta in maniera più specifica il tema della tutela

e fitosanitario il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica; c) misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza dei medicinali e dei dispositivi di impiego medico. 5. Il Parlamento europeo e il Consiglio, deliberando secondo la procedura legislativa ordinaria e previa consultazione del Comitato economico e sociale e del Comitato delle regioni, possono anche adottare misure di incentivazione per proteggere e migliorare la salute umana, in particolare per lottare contro i grandi flagelli che si propagano oltre frontiera, misure concernenti la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, e misure il cui obiettivo diretto sia la protezione della sanità pubblica in relazione al tabacco e all'abuso di alcol, ad esclusione di qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri. 6. Il Consiglio, su proposta della Commissione, può altresì adottare raccomandazioni per i fini stabiliti dal presente art. 7. L'azione dell'Unione rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica. Le responsabilità degli Stati membri includono la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate. Le misure di cui al paragrafo 4, lettera a) non pregiudicano le disposizioni nazionali sulla donazione e l'impiego medico di organi e sangue».

41. Il paragrafo 7 dell'art. 168 cita: «L'azione dell'Unione rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica. Le responsabilità degli Stati membri includono la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate».

42. Art. 6 TFUE: «L'Unione ha competenza per svolgere azioni intese a sostenere, coordinare o completare l'azione degli Stati membri. I settori di tali azioni, nella loro finalità europea, sono i seguenti: a) tutela e miglioramento della salute umana; b) industria; c) cultura; d) turismo; e) istruzione, formazione professionale, gioventù e sport; f) protezione civile; g) cooperazione amministrativa».

43. Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione europea {SEC(2009) 1396}{SEC(2009) 1397}, Bruxelles, 20.10.2009, COM(2009) 567.

44. S.M. Cavagnero, Disuguaglianze di salute e cambiamenti demografici nella società post moderna. Rapporti intergenerazionali per una promozione di benessere, in M. A. Gallina e M. Gonella (a cura di), Proteggere la salute nell'esperienza della malattia oncologica, Prospettive Transdisciplinari di cura tra scienze mediche e psico-sociali, Percorsi di Ricerca, Franco Angeli, Milano, 2017, p. 83.

45. Riguardo alle disuguaglianze in ambito sanitario si veda: M. Torreano, Ineguaglianze nell'utilizzo dei servizi sanitari, in M.T. Bordogna, P. Rossi, (a cura di), Salute e inclusione sociale degli immigrati. La sfida all'accesso ai servizi sanitari, op.cit. p. 46-81.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

della salute dei migranti non fermandosi solo alla mera interpretazione estensiva ma affrontando la questione in maniera più incisiva attraverso l'individuazione di obiettivi specifici da perseguire.

Infatti, richiamando nel preambolo gli artt. 168 TFUE e 2 TUE, il Parlamento esorta gli Stati membri a mettere in atto misure volte a garantire la parità di accesso al sistema sanitario per tutti, indipendentemente dal loro status giuridico nel Paese di accoglienza, nonché garantire loro il più elevato livello di protezione della salute, il rispetto della dignità umana e un'offerta sanitaria che tenga conto delle loro diversità culturali e si faccia carico dell'impegno di superare le differenze linguistiche⁴⁶.

Il Parlamento evidenzia, altresì, l'importanza della presenza di mediatori culturali e linguistici nelle strutture sanitarie e invita gli Stati membri ad intraprendere iniziative nel settore della formazione, volte ad infondere nei medici e nel personale socio-sanitario un approccio interculturale, basato sul riconoscimento e il rispetto della diversità e della sensibilità delle persone e tenendo conto dell'area geografica da cui provengono.

Il Parlamento ritorna sul tema nel 2013 con la pubblicazione della Risoluzione *"Impatto della crisi sull'accesso delle categorie vulnerabili all'assistenza"*⁴⁷.

Considerando che in seguito alla crisi degli ultimi anni i servizi sanitari, assistenziali e sociali hanno subito tagli nella maggior parte degli Stati membri a seguito dell'attuazione di politiche di austerità,

compromettendo così l'accesso universale e la qualità dei servizi, il Parlamento invita la Commissione e gli Stati membri a tener conto che i valori fondamentali dell'Unione dovrebbero essere rispettati anche in una situazione di crisi e che l'accesso alle cure e all'assistenza sanitaria e sociale dovrebbe essere visto come un diritto di base garantito a tutti i cittadini che risiedono nel territorio comunitario. In merito agli immigrati il documento prevede che gli Stati devono necessariamente colmare le lacune esistenti e assicurare non solo un'efficace accesso ai servizi sanitari ma garantire altresì un'elevata qualità dell'assistenza sanitaria. Molto interessante risulta il punto 8 del Preambolo in cui si precisa che il Parlamento si rammarica di come le pratiche di arresto e gli obblighi di segnalazione (in alcuni stati), connessi all'applicazione della normativa sull'immigrazione, siano un forte deterrente alla fruizione di assistenza medica per gli immigrati clandestini.

Bisogna qui precisare che l'accesso dei migranti irregolari alle cure urgenti e indispensabili è considerato uno standard che tutti gli Stati membri dovrebbero garantire, in quanto riconducibile a molti dei principi connessi alla tutela dei diritti umani sanciti da Carte e Dichiarazioni internazionali a cui quasi tutti gli Stati europei aderiscono, nonché desumibile da principi contenuti nella CEDU che ormai costituiscono parte integrante dei valori dell'Unione europea. Soprattutto la possibilità di disporre di cure urgenti e indispensabili è

46. Tale argomento viene ripreso anche nella Conferenza «L'Europa è l'Europa a causa della migrazione in cui emerge fortemente la necessità della presenza dei mediatori culturali nell'ambito sanitario. Infatti si precisa: La chiave per rendere i sistemi sanitari più rispondenti alle esigenze dei migranti e dei rifugiati è quella di affrontare le barriere informali all'accesso, fornendo interpretazione e traduzione, formando il personale nel supporto psicosociale, educando le persone su come navigare nel sistema sanitario e sulla salute l'alfabetizzazione, fornendo una promozione della salute mirata basata sulle buone pratiche esistenti e incorporando la sensibilità culturale nel sistema». WHO European Region: L'Europa è l'Europa a causa della migrazione, 24.11.2015. Si veda altresì, J. Kohlenberger, I. Buber-Ennsner, B. Rengs, S. Leitner M. Landesmann, *Politica sanitaria*, V. 123, n. 9, settembre 2019, p. 833-839, si precisa che a causa delle barriere linguistiche i rifugiati fanno un uso inferiore dei servizi di assistenza sanitaria preventiva, in particolare gli screening per il cancro e l'uso di vaccinazioni. Ciò può comportare costi eccessivi per l'assistenza secondaria e terziaria, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018305335#bib0085>.

47. Parlamento europeo: Risoluzione sull'impatto della crisi sull'accesso delle categorie vulnerabili all'assistenza, (2013/2044(INI)) PE 504.317v02-00, A7-0221/2013, 18.06.2013.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo



MINISTERO
DELL'INTERNO

strettamente connessa al rispetto della dignità della persona, sancito dall'art. 1 della Carta fondamentale dei diritti dell'Unione Europea⁴⁸.

Tuttavia, l'inconsapevolezza associata alla paura di essere scoperti e denunciati dagli operatori sanitari fa sì che molti migranti irregolari non usufruiscano del diritto di assistenza sanitaria⁴⁹. Questo non solo peggiora la loro condizione di salute, ma può avere anche delle ripercussioni sulla società.

A tal proposito, nella Risoluzione del 2013 il Parlamento invita gli Stati membri a fornire informazioni accessibili e chiare sui diritti dei migranti in tutte le lingue pertinenti.

Nello stesso anno anche la Commissione europea pubblica il Pacchetto sugli investimenti sociali⁵⁰, dedicato in particolar modo alla salute, ma ancora una volta si limita a inserire tra gli obiettivi da raggiungere la riduzione delle disuguaglianze includendo tra i gruppi vulnerabili anche i migranti privi di documenti⁵¹.

Riferimenti alla tutela della salute dei migranti irregolari si trovano anche nella Direttiva rimpatri n. 115/2008 in base alla quale ai migranti in attesa di rimpatrio (art. 14) e quelli che si trovano nella condizione di trattenimento (art. 16) devono essere in ogni caso garantite le prestazioni sanitarie d'urgenza e le cure essenziali per le malattie. Secondo la Direttiva la condizione di salute dei migranti può condizionare le decisioni relative alle

procedure del rimpatrio⁵², poiché costituisce un elemento di cui lo stato deve tener conto nell'applicazione della Direttiva. L'art. 4 c. 3 lett. a) prevede, inoltre, che le garanzie delle prestazioni sanitarie d'urgenza vengano estese anche ai migranti irregolari che non rientrano nell'ambito di applicazione della Direttiva stessa. Tale principio viene ribadito conseguentemente nel "Manuale sul rimpatrio"⁵³ della Commissione europea al fine di rendere omogenea fra gli stati le modalità di applicazione della Direttiva rimpatri. Viene affermato chiaramente che le prestazioni sanitarie d'urgenza sono un diritto minimo fondamentale e l'accesso a tali prestazioni non deve essere subordinato al pagamento di un compenso.

Appare chiaro dall'analisi finora condotta che non esiste una politica comune in materia di tutela della salute dei migranti. I riferimenti analizzati sono estrapolati da documenti appartenenti ad ambiti differenti della politica europea e nonostante si noti una certa sensibilità circa il rapporto tra immigrazione e salute⁵⁴ sia in termini di tutela individuale (salute dei migranti), sia in termini di incidenza sociale (il possibile impatto sulla salute e sul benessere della collettività) è tuttavia evidente che non avendo tali atti un valore cogente e/o un budget corrispondente, il perseguimento e la realizzazione degli obiettivi auspicati non possono che restare affidati esclusivamente alla buona

48. E. Rebbesi, *L'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati irregolari, in Europa, fra diritti umani, diritti di cittadinanza e politiche di integrazione*, in N. Pasini (a cura di) *Confini irregolari. Cittadinanza sanitaria in prospettiva comparata e multilivello*, Franco Angeli, Milano, 2011, p. 97-128; si veda anche: *European Union Agency for Fundamental Rights "Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States"*, ottobre 2011; *European Union Agency for Fundamental Rights, "Apprehension of migrants in an irregular situation – fundamental rights considerations"*, 2013, https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2013-apprehension-migrants-irregular-situation_en.pdf, (consultato il 30.03.2020).

49. P. Rossi, *La discrezionalità organizzativa nella facilitazione dell'accesso degli immigrati ai servizi sanitari*, in M.T. Bordogna, P. Rossi (a cura di), *Salute e inclusione sociale degli immigrati. La sfida all'accesso ai servizi sanitari*, Franco Angeli, 2016, p. 115-145.

50. *European Commission, Social investment Package, Investing in health*, Bruxelles 20.02.2013.

51. *In merito alle disuguaglianze in tema di salute si veda: M.T. Bordogna (a cura di), Disuguaglianze di salute e immigrazione* Franco Angeli, 2008.

52. *Sulle procedure del rimpatrio si consulti: F. Spitaleri, Il rimpatrio dell'immigrato in condizioni di soggiorno irregolare: il difficile equilibrio tra efficienza delle procedure e garanzia in favore dello straniero nella disciplina dell'Unione europea*, in S. Amadeo, F. Spitaleri (a cura di), *Le garanzie fondamentali dell'immigrato in Europa*, Giappichelli, 2015, p. 291-324.

53. *C (2015)6250 (final) Comunicazione che istituisce un manuale comune sul rimpatrio che le autorità competenti degli Stati membri devono utilizzare nell'espletamento dei compiti connessi al rimpatrio del 01.01.2015*, *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*, L 348/98.

54. M. Marceca, S. Geraci, G. Baglio, *Immigrants health protection political, institutional, and social prospective at International and Italian level*, in *IJPH, Italian Journal of public health*, 2002.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

volontà e alle disponibilità economiche degli Stati membri. Tracciare dunque, il quadro normativo europeo in tema di tutela della salute dei migranti non significa analizzare la politica europea in materia, ma piuttosto il modo in cui essa cerca di incidere e/o condizionare le politiche sanitarie nazionali.

Nell'ipotizzare una politica europea in materia di tutela della salute dei migranti bisogna non trascurare un ulteriore elemento fondamentale, ovvero le significative diversità che esistono tra i vari sistemi sanitari nazionali che passano da libero accesso all'assistenza sanitaria di pari grado ai cittadini europei, a trattamenti limitati a casi di emergenza presso pagamento.

Indiscutibile è anche l'impatto economico che può avere una politica europea in materia di tutela della salute dei migranti, sul budget del sistema sanitario di ciascun Stato membro, ragion per cui l'Unione è molto cauta nel prevedere norme che possano alterare l'assetto finanziario degli stessi⁵⁵.

Per contenere le ripercussioni economiche e colmare le limitazioni di competenze previste nell'art. 6 TFUE in materia di sanità, l'Unione ha intrapreso una via alternativa che prevede una concreta attività di sostegno agli Stati membri nell'ambito sanitario, ovvero i "Programmi d'azione in materia di salute"⁵⁶ che indicano in maniera specifica le attività e gli obiettivi da raggiungere prevedendo anche i relativi fondi di finanziamento.

Terzo e ultimo Programma d'azione è quello 2014-2020 che costituisce parte integrante della

strategia di Europa 2020. Nonostante i Piani d'azione abbiano portato effetti innovativi in materia di sanità, non sono riusciti a colmare le lacune in merito alla tutela della salute dei migranti. Non viene prevista alcuna azione specifica volta a sostenere le politiche sanitarie verso i migranti e alcun riferimento esplicito alla necessità di supportare gli Stati membri per far fronte alla massiccia richiesta di cure causata dall'impatto dell'immigrazione.

Come nei documenti precedentemente analizzati anche nelle relazioni annuali di questi programmi, i riferimenti alla popolazione migrante si sono limitati a ribadire la necessità di garantire loro libero accesso al servizio sanitario e a impostare un approccio multiculturale tra i medici e gli operatori sanitari al fine di rispettare le differenze culturali.

Si possono trovare interventi sporadici se si vanno ad analizzare i progetti finanziati in ambito sanitario, alcuni dei quali volti a migliorare le condizioni di salute dei migranti. Tali progetti si attuano in particolar modo nelle zone di confine dove vi è il maggior afflusso di immigrazione. L'obiettivo è duplice in quanto garantendo un'adeguata assistenza sanitaria ai migranti alle frontiere, si riducono i rischi a cui viene esposta la sicurezza della salute pubblica nell'Unione a lungo termine⁵⁷.

Dai documenti esaminati e alla luce del quadro normativo finora tracciato, emerge con chiarezza che la tutela della salute dei migranti non faccia parte delle priorità operative delle politiche sanitarie europee. Negli ultimi anni l'impegno dell'Unione in

55. In merito al rapporto economia e diritti sociali si consulti: S. Gambino, *Crisi economica e diritti sociali (con particolare riguardo al diritto alla salute, all'assistenza sociale e all'istruzione)*, in S. Gambino (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica. Problemi e prospettive, Diritto pubblico comparato ed Europeo, Dossier – VI*, p. 43-105, spec. p. 62-70.

56. *Programma d'azione comunitario nel settore della sanità pubblica 2003-2008, Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 23.09.2002. Abrogata dalla decisione n. 1350/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 23.10.2007 che istituisce un secondo Programma d'azione comunitario in materia di salute 2008-2013, Gazzetta ufficiale L. 301 del 20.11.2007. Terzo e ultimo sino ad ora: Regolamento UE n. 282/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 11.03.2014 sull'istituzione del terzo Programma d'azione dell'Unione in materia di salute 2014-2020, abroga la decisione n. 1350/2007/CE.*

57. *Increasing Public Health Safety Alongside the New Eastern European Border Line' project funded by the first public health programme in 2006, https://ec.europa.eu/knowledge4policy/projects-activities/phblm-increasing-public-health-safety-alongside-new-eastern-european-border-line_en.*



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

materia sanitaria ha riguardato piuttosto lo sviluppo delle cure sanitarie transfrontaliere⁵⁸ dei cittadini europei, l'adozione di tecnologie innovative, il potenziamento del ruolo che i servizi sanitari dei vari paesi e il ruolo che essi possono svolgere, anche in chiave competitiva, nel mercato unico⁵⁹.

58. W. Chiaromonte, *La protezione sanitaria transfrontaliera in tempi di crisi. Mobilità dei pazienti e libera prestazione dei servizi socio-sanitari in Unione europea*, in *Le fonti del diritto del lavoro tra ordinamento sovranazionale e ordinamento interno*, Torino, Giappichelli, 2015; G. Guerra, *La mobilità transfrontaliera dei pazienti*, in *Salute e diritto. Politiche sanitarie*, Vol. 15, N. 1, gennaio-marzo 2014, p. 49-52.

59. Il Terzo Programma 2014-2020 persegue quattro obiettivi generali: Migliorare la salute dei cittadini dell'UE e ridurre le disuguaglianze sanitarie; Incoraggiare l'innovazione nella salute e aumentare la sostenibilità dei sistemi sanitari; Concentrarsi su temi che affrontano le attuali problematiche sanitarie negli Stati membri; Supportare e incoraggiare la cooperazione tra gli Stati membri. Obiettivi specifici: Promozione della salute e prevenzione delle malattie; Protezione dei cittadini dalle minacce per la salute a carattere transfrontaliero; Sviluppo di sistemi sanitari innovativi e sostenibili; Facilitazione per l'accesso ad un'assistenza sanitaria migliore e più sicura per i cittadini. Per maggiori informazioni si vedano i rapporti annuali del Programma 2014-2020, il bilancio complessivo del Programma 2014-2020 ammonta a 449 milioni di euro. Il Programma viene attuato mediante piani di lavoro annuali, che stabiliscono i settori prioritari, i criteri per il finanziamento delle azioni e ribadiscono le norme di partecipazione.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo



MINISTERO
DELL'INTERNO

4.1.1 La tutela della salute nelle politiche di integrazione dei migranti regolari

Interventi in materia di tutela della salute dei migranti si trovano anche nelle politiche di integrazione dei cittadini di Paesi terzi. La materia è regolata dall'art. 79 del TFUE⁶⁰ il cui paragrafo 1 prevede lo sviluppo di una politica comunitaria in materia di immigrazione intesa ad assicurare, in ogni fase, la gestione efficace dei flussi migratori, l'equo trattamento dei cittadini dei Paesi terzi regolarmente soggiornanti negli Stati membri e la prevenzione e il contrasto rafforzato dell'immigrazione illegale e della tratta degli esseri umani. Tale paragrafo conferma l'europeizzazione delle competenze concernenti la circolazione e il soggiorno dei cittadini che entrano e si stabiliscono legalmente nel territorio degli Stati membri, anche a fini di ricongiungimento familiare.

Nell'ambito sanitario l'intervento europeo è stato incisivo per quanto riguarda il coordinamento dei sistemi previdenziali degli Stati membri, estendendo (nel 2010) l'applicazione del regolamento anche ai lavoratori migranti⁶¹ e l'inserimento tra i requisiti per la presentazione della domanda di permesso di soggiorno il possesso di una assicurazione sanitaria (pubblica o privata). Fanno eccezione i permessi di soggiorno connessi al riconoscimento dello status di rifugiato (e famiglia) e dei soggetti sottoposti alla protezione sussidiaria. Si esonerano dall'obbligo di presentare l'assicurazione sanitaria anche i lavoratori migranti, la cui copertura è correlata al rapporto di lavoro. Il rilascio di qualsiasi altro tipo di permesso di soggiorno è vincolato dal possesso di un'assicurazione sanitaria equivalente a quella

fornita dallo stato ai propri cittadini al fine di evitare che lo straniero costituisca un onere eccessivo per lo Stato ospitante. L'impatto economico delle politiche europee sugli Stati membri è un vincolo quasi insormontabile per l'Unione. Infatti, nonostante nel paragrafo 2 vengano elencate le materie di competenza dell'Unione, tra cui la definizione dei diritti dei migranti regolarmente soggiornanti, nell'esercizio di tale potere l'Unione è stata sin da subito molto cauta proprio a causa delle possibili ripercussioni finanziarie nelle economie nazionali.

Inoltre, nella Conferenza intergovernativa che ha istituito il Trattato di Lisbona viene dichiarato, e allegato al Trattato stesso, che: «*qualora un progetto di atto legislativo fondato sull'art. 79, paragrafo 2 leda aspetti importanti del sistema di sicurezza sociale di uno Stato membro, in particolare per quanto riguarda il campo d'applicazione, i costi o la struttura finanziaria, oppure ne alteri l'equilibrio finanziario [...], gli interessi di tale Stato membro debbano essere tenuti nella debita considerazione*»⁶². Rimane dunque alla discrezionalità degli Stati membri la scelta se adottare o meno un determinato provvedimento e/o il suo contenuto in materia di inclusione degli stranieri regolarmente soggiornanti nel loro territorio, senza che siano fissati standard vincolanti in sede sovranazionale⁶³.

In tema di competenze, nel paragrafo 4 dell'art. 79 viene specificato che: «*l'Unione europea adotta misure volte a incentivare e sostenere l'azione degli Stati membri al fine di favorire l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi regolarmente soggiornanti nel loro territorio, ad esclusione di qualsiasi*

60. Sulle novità introdotte, in tema di integrazione dal Trattato di Lisbona: H. Toner, *The Lisbon Treaty and the Future of European Immigration and Asylum Law*, in L. Azoulay, K. de Vries (a cura di), *EU Migration Law: Legal Complexities and Political Rationales*, Oxford, 2014, p. 25 ss; Sulle novità introdotte, in tema di immigrazione e integrazione con il Trattato di Lisbona si veda in particolare, H. Toner, *The Lisbon Treaty and the Future of European Immigration and Asylum Law*, e S. Carrera, *Integration of Immigrants in EU Law and Policy: Challenges to Rule of Law, Exceptions to Inclusion*, entrambi in L. Azoulay, K. de Vries (a cura di), *EU Migration Law: Legal Complexities and Political Rationales*, op. cit. p. 182 ss.

61. Regolamento 1231/2010 che prevede l'estensione ai lavoratori migranti del regolamento n. 883/2004 in materia di sicurezza sociale dei lavoratori.

62. Dichiarazione relativa agli artt. 48 e 79 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea (TFUE).

63. V. Piergigli, *L'integrazione degli immigrati da Paesi terzi nel diritto sovranazionale: limiti e potenzialità dell'Unione europea*, in *Rivista Associazione italiana dei costituzionalisti*, n. 3/2018, 09.07.2018, p. 69.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri»⁶⁴.

Una delle misure più significative è stata adottata nel 2014 con il Regolamento n. 516 che prevede l'istituzione del Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione⁶⁵ e definisce sia gli interventi a supporto dei soggetti che richiedono protezione internazionale⁶⁶, sia le misure a favore dell'integrazione dei migranti regolari⁶⁷.

Fra gli obiettivi finanziabili con il fondo ve ne sono alcuni in ambito sanitario che possono riguardare sia interventi di sostegno ai richiedenti asilo o protezione sussidiaria, sia misure di integrazione dei migranti regolari. I progetti finanziati hanno lo scopo di supportare le attività di competenza dei sistemi sanitari pubblici, svolte a favore dei migranti⁶⁸.

Benché il Fondo sia finalizzato anche all'integrazione dei migranti regolari, almeno per la parte sanitaria gli obiettivi sembrano rispondere prevalentemente alla necessità di fornire supporto alle emergenze derivanti dal notevole aumento dell'afflusso dei migranti. Infatti, è previsto che in materia sanitaria questi fondi siano orientati a dare risposte ai problemi di salute posti dai flussi migratori, quali gli screening sulle malattie infettive o la raccolta dei dati che consentono di individuare e

tracciare problemi epidemiologici al fine di prevenire rischi sanitari e preservare la sicurezza della comunità ospitante. Alla luce di tutto ciò si può dire che tali fondi sono prevalentemente orientati a rispondere alle necessità di assistenza sanitaria e psico-sanitaria collegati alla prima accoglienza.

Con l'adozione dell'Agenda europea sulla migrazione nel 2015⁶⁹, la Commissione ha stanziato ulteriori 60 milioni di euro a supporto degli Stati membri maggiormente esposti ai flussi migratori e sottoposti ad una forte pressione ai fini dell'accoglienza dei migranti e della capacità di prestare loro assistenza⁷⁰.

Questa strategia di impiegare i fondi in interventi di prima accoglienza aiuta a tamponare gli effetti immediati dei flussi migratori (le questioni di emergenza) ma tuttavia non comporta significativi effetti di miglioramento dei sistemi sanitari nazionali che devono rispondere alle esigenze anche dei migranti che esulano dalle situazioni emergenziali della prima accoglienza.

Nel successivo documento adottato in materia, la Commissione europea ha cercato di porre fine a tale limite. Infatti, l'*Action plan on the integration of third country nationals*⁷¹ del 2016 prevede che le azioni a sostegno dei gruppi vulnerabili e/o svantaggiati non

64. In linea di massima l'Unione ha competenze concorrenziali in materia di immigrazione tranne che per le azioni previste nel paragrafo 4 che costituiscono oggetto del nostro studio. Si veda C. Favilli, *Immigrazione (Diritto UE)*, in *Diritto online*, Roma, Treccani, 2014.

65. Sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione si veda: Ministero dell'Interno, *Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione*, <https://www.interno.gov.it/it/temi/immigrazione-e-asilo/fondi-europei/fondo-asilo-migrazione-e-integrazione-fami>.

66. Art. 5 comma 1 cap. 2 lett. A. Regolamento n. 516/2014.

67. Art. 9 comma 1 lett. B. Regolamento n. 516/2014.

68. Uno di questi è anche il progetto FAMI - "Prevenzione 4.0" all'interno del quale è stato redatto questo Report. Il progetto si pone come obiettivo principale la creazione e la sperimentazione di un sistema integrato di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale sul territorio regionale pugliese. Tale sistema, attraverso un'approfondita analisi del contesto socio-demografico e socio-sanitario nonché l'uso di tecnologie innovative, sarà in grado di garantire il raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici: favorire l'individuazione dei soggetti in condizioni di maggiore vulnerabilità dal punto di vista fisico e psichico, nonché dei soggetti potenziali veicoli di diffusione di malattie contagiose; rafforzare le capacità degli operatori adeguandole all'articolata tipologia di destinatari e rendendoli "antropologicamente competenti"; elaborare una diagnosi precoce mediante interventi di prevenzione e promozione della salute migliorando l'informazione; garantire equità di accesso e qualità di assistenza; garantire, altresì, un monitoraggio costante del percorso di cura attraverso strumenti di telemedicina, comprensiva anche dell'accesso e della registrazione di attività di prevenzione primaria e secondaria; potenziare la gamma di servizi forniti dal sistema regionale in concerto con il privato sociale. Grazie ad una serie di incontri formativi e informativi rivolti sia agli operatori che ai richiedenti asilo e rifugiati, e grazie all'utilizzo di tecnologie all'avanguardia in grado di garantire un'interazione in tempo reale, i beneficiari saranno preparati all'uso di devices che consentiranno il raggiungimento di un buon livello di alfabetizzazione sanitaria e, soprattutto l'acquisizione di un bagaglio di informazioni dettagliate sul proprio stato di salute e sui trattamenti da seguire, favorendo una maggiore emancipazione degli stessi beneficiari nella realizzazione di un percorso di auto-cura.

69. European Commission, *Action plan on the integration of third country nationals*, COM (2016) 377 (final), Brussels, 07.06.2016.

70. A. Di Pascale, *La futura Agenda europea per l'immigrazione: alla ricerca di soluzioni per la gestione dei flussi migratori nel Mediterraneo*, www.eurojus.it; B. Nascimbene, *Considerazioni conclusive. Le incertezze delle politiche europee di immigrazione e asilo*, in S. Amadeo, F. Spitaleri (a cura di), *Le garanzie fondamentali dell'immigrato in Europa*, op.cit., p. 395-418.

71. European Commission, *Action plan on the integration of third country nationals*, Com (2016) 377 (final) del 07.06.2016.



Prevenzione 4.0
Fondo Asilo, Migrazione ed Integrazione
2014-2020



REGIONE
PUGLIA



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO



Agenzia
Regionale
per la Salute
ed il Sociale
Puglia



NOVA ONLUS | CONSORZIO NAZIONALE PER L'INNOVAZIONE SOCIALE



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

devono essere fatte a spese delle misure volte a favorire l'integrazione dei cittadini di Paesi terzi⁷².

La cattiva salute e la mancanza di accesso ai servizi sanitari possono costituire un fondamentale e continuo ostacolo all'integrazione, con un impatto praticamente su tutti gli ambiti della vita, alterando la capacità di inserimento lavorativo, l'istruzione, l'apprendimento della lingua del Paese ospitante e l'interazione con le Istituzioni pubbliche. Alla luce di tutto ciò, la Commissione ha evidenziato che le esigenze che si presentano in merito all'integrazione dei cittadini dei Paesi terzi nel percorso di inserimento sociale, sono diverse dall'assistenza di prima accoglienza e una non dovrebbe escludere l'altra. Tenendo conto, però, delle difficoltà da parte degli stati, la Commissione si è fatta carico di finanziare progetti che supportano al meglio le esigenze di assistenza sanitaria per le persone vulnerabili, in particolare i rifugiati, e ha sviluppato, inoltre (in collaborazione con il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e l'Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM)), una cartella clinica personale, al fine di contribuire a identificare le esigenze sanitarie dei cittadini di Paesi terzi e facilitare la prestazione di assistenza sanitaria regolare.

Questo Piano d'azione fornisce un comune quadro politico che dovrebbe aiutare gli Stati membri a

sviluppare e rafforzare ulteriormente le loro politiche nazionali di integrazione per i migranti provenienti da Paesi terzi e descrive le misure operative e finanziarie che la Commissione fornirà per sostenerli⁷³.

4.1.2 Tutela della salute nella CEDU e nella giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo

La Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo⁷⁴ riguarda principalmente i diritti civili e politici.

Pertanto, non si trovano nel suo contenuto norme specifiche che riguardino i diritti di carattere sociale tra cui il diritto di tutela della salute. Tuttavia, la Corte di Strasburgo ha evidenziato uno stretto nesso tra i diritti civili e politici e quelli di carattere economico e sociale stabilendo che questi ultimi sono connessi ai diritti previsti nella Convenzione in modo indivisibile, pertanto di riflesso tutelati in egual misura⁷⁵. I diritti previsti dalla CEDU maggiormente connessi alla tutela della salute⁷⁶ sono: il diritto alla vita (art. 2) e il divieto di sottoposizione a trattamenti degradanti o disumani (art. 3)⁷⁷. Si tratta in questo caso di diritti rivendicati prevalentemente da migranti irregolari e soggetti sottoposti a procedure di rimpatrio o espulsione. Per i migranti regolari, invece, come precedentemente analizzato, l'acquisizione del

72. A.M. Kosinska, *Cultural rights of third Country nationals in EU law*, eBook, 2019, p. 211-262.

73. *Sullo stato di avanzamento delle politiche previste nell'Agenda sulla Migrazione si veda: Council progress report on the implementation of the European Agenda on Migration. COM (2019) 481 (final) Brussels, 16.10.2019.*

74. *La Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo comprende uno spazio geografico che va oltre i confini dell'Unione europea. Nasce all'interno del Consiglio d'Europa, l'Organizzazione regionale europea creata nell'immediato dopoguerra con il compito di promuovere la tutela dei diritti umani nel continente e dal 1989 si è aggiunta anche la funzione di promozione della democrazia. La Convenzione ha un valore giuridico vincolante e la tutela dei diritti in essa sanciti sono tutelati anche dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo a Strasburgo. I diritti in essa sanciti sono parte integrante dei valori e dei principi dell'Unione europea in quanto il documento è stato firmato da tutti gli Stati membri e la sua ratifica costituisce attualmente un vincolo di adesione per i Paesi candidati. Per ulteriori informazioni in merito alla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo si veda: A. Di Stasi, *Introduzione alla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali*, CEDAM, 2018; L. Bianku, *Te drejzat e njeriut ne Evrope (I diritti umani in Europa)*, Botimi i Qendres Europiane, Tirane, 2001.*

75. F. Biondi Dal Monte, *Dai diritti sociali alla cittadinanza., La condizione giuridica dello straniero tra ordinamento italiano e prospettive sovranazionali*, Torino, Giappichelli, 2013, p. 36 ss.

76. *Oltre alla CEDU gli Stati europei hanno aderito anche ad altri documenti adottati a livello internazionale tra cui "Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali" adottato dalle Nazioni Unite (ICESCR 1976) e firmato da tutti gli Stati europei. Il Patto stabilisce che l'assistenza sanitaria costituisce un diritto umano fondamentale per tutti. I Governi firmatari hanno assunto degli impegni e sono tenuti a fornire assistenza sanitaria a tutti, compresi i richiedenti asilo e i migranti privi di documenti In base al principio "salute per tutti". A. Cofelice, *I diritti umani nel sistema delle Nazioni Unite: i diritti economici, sociali e culturali*, in *I Dossier del Centro dei diritti umani, Centro Ateneo per i diritti umani, Università degli Studi di Padova, 03.11.2014; European Union Agency for Fundamental Rights, *Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2011.**

77. *European Union Agency for Fundamental Rights, *Fundamental rights of migrants in an irregular situation in the European Union*, op. cit.*



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo



MINISTERO
DELL'INTERNO

permesso del soggiorno in uno degli Stati membri è vincolato al possesso di un'adeguata copertura sanitaria, il che rende poco probabile il verificarsi di casi relativi al diniego di cure (specie se sono strettamente legate alla vita e alla dignità umana).

I casi più frequenti presentati davanti alla Corte di Giustizia in materia di tutela della salute dei migranti trovano fondamento nell'art. 3 della Convenzione, invocato in particolar modo con lo scopo di impugnare provvedimenti di espulsione di persone ammalate sottoposte a cure sanitarie nello Stato ospitante.

Tuttavia, dalla giurisprudenza della Corte di Strasburgo è emerso che il rimpatrio di uno straniero irregolare, se pur affetto da una malattia grave, in un paese che non dispone di attrezzature sanitarie equiparabili a quelle dello Stato ospitante non costituisce di per sé una violazione dell'art. 3 della Convenzione⁷⁸. La giurisprudenza mette in rilievo che tale articolo non attribuisce agli stranieri il diritto di permanenza in uno Stato al solo scopo di usufruire delle cure mediche necessarie in quanto più sofisticate e all'avanguardia del Paese di rimpatrio, anche qualora le condizioni del sistema sanitario di quest'ultimo lascino intendere un peggioramento delle condizioni di salute. La Corte richiama in tal

senso anche il principio di discrezionalità degli Stati nel gestire gli ingressi, la permanenza e l'espulsione degli stranieri, precisando anche che: «non si possono gravare gli Stati aderenti alla Convenzione dell'obbligo di alleviare le disparità di livello di tutela della salute esistenti fra paesi diversi»⁷⁹.

Questi sono i principi emersi nella generalità dei casi sottoposti al giudizio della Corte, tuttavia non si escludono casi in cui il rimpatrio esponga realmente lo straniero al rischio di subire trattamenti disumani e degradanti violando così il divieto posto dalla Convenzione.

Una delle pronunce più emblematiche emanate dalla Corte in materia è: D. c. Regno Unito⁸⁰, in cui l'esecuzione di un ordine di rimpatrio riguardava uno straniero malato ad uno stato terminale (con un background di gravi infrazioni penali), verso uno Stato impossibilitato a garantirgli le cure necessarie "condannandolo" così ad un deterioramento celere della salute psico-fisica fino a condurlo alla morte. Il rimpatrio lo avrebbe sottoposto in tal caso ad un trattamento degradante e avrebbe reso l'espulsione contraria alle norme previste nella Convenzione. È stata la prima volta in cui la Corte ha affermato che l'espulsione costituisce una violazione dell'art. 3⁸¹. In tal caso però, più che la tutela del diritto della salute,

78. Si veda N. c. Regno Unito 27.05.2008, n. 26565/05. Paragrafo 42: «In linea di principio, gli stranieri soggetti a espulsione non possono rivendicare alcun diritto a rimanere nel territorio di uno Stato contraente al fine di continuare a beneficiare di forme di assistenza e servizi medici, sociali o di altro tipo forniti dallo Stato espellente. Il fatto che le circostanze del richiedente, compresa la sua aspettativa di vita, sarebbero notevolmente ridotte se fosse rimosso dall'area contraente non è di per sé sufficiente a dar luogo alla violazione dell'art. 3 ... [può] sollevare una questione ai sensi dell'art. 3, ma solo in un caso molto eccezionale, in cui i motivi umanitari contro l'allontanamento sono convincenti».

79. Vedi N. c. Regno Unito, n. 26565/05, 27.05.2008: «Qualsiasi estensione dei principi avrebbe l'effetto di offrire a tutti coloro che si trovano nelle condizioni del [richiedente] un diritto di asilo in questo paese fino a quando le strutture mediche standard disponibili nei loro paesi d'origine per il trattamento dell'HIV/AIDS aveva raggiunto ciò che è disponibile in Europa. Rischierebbe di attirare grandi numeri nel Regno Unito delle persone che già soffrono di HIV nella speranza che anche loro possano rimanere qui indefinitamente in modo da poter trarre vantaggio dalle risorse mediche disponibili in questo paese. Ciò comporterebbe un impegno di risorse molto grande e senza dubbio non quantificabile che gli Stati parte alla Convenzione avrebbero mai accettato. Il corso migliore, si potrebbe pensare, sarebbe che gli Stati continuino a concentrare i propri sforzi sui passi attualmente in corso, con l'assistenza delle compagnie farmaceutiche, per rendere necessarie cure mediche universalmente e liberamente disponibili nei Paesi del terzo mondo che soffrono ancora così tanto di flagello incessante dell'HIV/AIDS».

80. Corte EDU - D. c. Regno Unito, domanda n. 30240/96, 02.05.1997, European Database of Asylum Law, <https://www.asylumlawdatabase.eu/en/content/ecthr-d-v-united-kingdom-application-no-3024096-2-may-1997> (consultato il 19.03.2020).

81. Paragrafo 52: «Il brusco ritiro dello straniero dalle strutture mediche dello Stato ospitante comporterà per lui le conseguenze più drammatiche. Non è escluso che la sua rimozione acceleri la sua morte. Esiste il grave pericolo che le condizioni di avversità che lo attendono a St Kitts riducano ulteriormente la sua già limitata aspettativa di vita e lo sottopongano a sofferenza fisica e mentale acuta. Qualsiasi trattamento medico che potrebbe sperare di ricevere lì non potrebbe far fronte alle infezioni che potrebbe eventualmente contrarre a causa della mancanza di un tetto e di una dieta adeguata, nonché dell'esposizione ai problemi di salute e di igiene che affliggono la popolazione di St Kitts. Sebbene possa avere un parente a St Kitts, non è stata fornita alcuna prova per dimostrare se questa persona sarebbe disposta o in grado di soddisfare i bisogni di un uomo malato terminale. Non ci sono prove di altre forme di supporto morale o sociale. Né è stato dimostrato se al richiedente sarebbe garantito un letto in uno degli ospedali dell'isola che, secondo il governo, si prendono cura dei malati di AIDS».



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo



MINISTERO
DELL'INTERNO

la decisione della Corte era indirizzata a concedere al ricorrente una “buona morte”⁸².

In quest’ambito la Corte si è mossa sempre con molta cautela tenendo conto del contrasto degli interessi e dei principi coinvolti: tutela dei diritti umani da un lato e gli interessi generali e finanziari dello Stato ospitante dall’altro, nonché il principio di autonomia degli stessi nel gestire gli ingressi, la permanenza e l’espulsione degli stranieri dal proprio territorio⁵¹. Nel tentativo di trovare un equilibrio tra gli stessi, la Corte ha cercato di fissare alcuni principi su cui si devono fondare i casi relativi all’art. 3⁸³. Molto significativa in tal senso si presenta la pronuncia Paposchvilli c. Belgio⁸⁴ del 2016. La Corte, nel tentativo di rendere la tutela della salute più pratica ed effettiva, ha stabilito che l’art. 3 si applica anche qualora l’espulsione riguarda una persona gravemente malata, ma tuttavia non in pericolo imminente di vita, che in seguito all’espulsione possa essere esposta seriamente al rischio di un declino rapido e irreversibile del proprio stato di salute o ad una sofferenza grave o alla riduzione netta della prospettiva di vita, in caso di assenza o inaccessibilità di cure inappropriate nello Stato di destinazione⁸⁵.

La Corte enfatizza, inoltre, la necessità che nel Paese di rimpatrio ci siano cure adeguate e accessibili per la persona rimpatriata. Lo Stato che ha emesso il provvedimento di espulsione deve farsi carico di tutti gli accertamenti e le garanzie che il paziente riceverà nello Stato di rimpatrio tutte le cure necessarie alla tutela della persona. È vero non si possono gravare gli Stati aderenti alla Convenzione dell’obbligo di alleviare le disparità di livello di tutela della salute esistenti fra paesi diversi, come provvidentemente pronunciato dalla Corte, ma è altrettanto vero che questi ultimi non possono discendere dall’obbligo

previsto nella Convenzione di evitare che un proprio atto esponga una persona a trattamenti inumani o degradanti⁸⁶. Le pronunce della Corte hanno avuto un significativo impatto nella materia di tutela della salute degli stranieri in processo di rimpatrio o espulsione, tuttavia non si può nascondere una certa perplessità dovuta al fatto che nonostante i Paesi di rimpatrio dispongano di cure adeguate, è pressoché impossibile obbligarli ad adempiere alle prestazioni promesse.

82. A. Guazzarotti, *Giurisprudenza CEDU e giurisprudenza costituzionale sui diritti sociali a confronto*, in www.gruppodipisa.it.

83. A. Albanese, *Tutela della salute dei migranti nel diritto europeo*, in *Rivista Associazione Italiana dei Costituzionalisti*, N. 4, 30.12.2017.

84. *Non solo più in casi in cui si tratti di malati terminali ma anche nei casi in cui gli stranieri non sono in pericolo imminente di vita, ma presentano tuttavia delle condizioni eccezionali.*

85. *Paposchvilli c. Belgio N. 41738/10 del 13.12.2016.*

86. *Vedi paragrafo 182 e 183 della Sentenza Paposchvilli c. Belgio.*



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

NORMATIVA ITALIANA SULLA TUTELA DELLA SALUTE DEGLI

4.2 STRANIERI

Tra gli Stati membri dell'Unione europea, l'Italia costituisce una lodevole eccezione in merito alla codificazione del diritto di tutela della salute in quanto lo inserisce espressamente nella propria Carta costituzionale. Nel contesto europeo tale diritto non viene previsto in maniera diretta e specifica, ma si può tuttavia ricavare dalla normativa legata alla tutela e al rispetto della dignità umana.

Nella Costituzione italiana invece, viene espressamente previsto nell'art. 32 e incorporato nel nucleo dei diritti fondamentali e inalienabili⁸⁷. Particolarmente importante e significativa è anche la terminologia utilizzata nella redazione di tale articolo: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”* (comma 1).

In un'unica frase l'Assemblea costituente ha raccolto un insieme di principi. Innanzitutto precisa chiaramente che la tutela della salute rientra nel pacchetto dei diritti fondamentali e la scelta accurata del termine diritti degli individui è motivata dall'intento di specificare che tale diritto si applica nei confronti di tutte le persone in quanto esseri umani. Viene appositamente eluso il termine cittadino proprio per sganciare il godimento di tale diritto dal vincolo dello status giuridico⁸⁸.

Esso non può in alcun modo subire limitazioni fondate sulla cittadinanza in quanto pilastro

fondamentale per la piena realizzazione della persona umana. Bisogna dunque sottolineare che nel godimento del diritto della salute, come stabilito dalla Costituzione, gli stranieri sono equiparabili agli italiani⁸⁹.

Il contenuto della normativa racchiude una molteplicità di diritti e principi legati alla salute: il diritto all'integrità psico-fisica, alla possibilità di vivere in un ambiente salubre, di avere cure gratuite (in particolar modo rivolto agli indigenti) e il diritto di scegliere se essere o non essere curato. Fanno eccezione le cure di carattere obbligatorio volte a tutelare non solo il destinatario, ma innanzitutto la collettività, come avviene nel caso delle vaccinazioni o degli interventi effettuati per la salute mentale⁹⁰. Il diritto alla salute viene tutelato indirettamente anche da altri due articoli della Costituzione (art. 2 e 3)⁹¹. L'art. 2 prevede: *«La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale»*. L'inclusione del diritto alla salute nel nucleo dei diritti fondamentali ne rafforza la garanzia.

Essendo tale diritto strettamente connesso alla dignità umana rientra anche nelle garanzie previste nell'art. 3: *«Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione*

87. V. Zagrebelsky, *Diritto fondamentale alla salute: principi e realtà*, in: *Atti del XIV Congresso Nazionale SIMM – Torino, 11-14 maggio 2016*. Bologna: Pendragon, 2016, p. 41-44.

88. *Con riferimento ai diritti spettanti al non cittadino: lo straniero è «titolare di tutti i diritti fondamentali che la Costituzione riconosce come spettanti alla persona»* (C. Cost. 148/2008).

89. G. Baglio, M. Affronti, *Il dovere dell'accoglienza*, in *Salute Internazionale*, 08.05.2019, <https://www.saluteinternazionale.info/2019/05/il-dovere-dell'accoglienza/> (consultato il 15.12.2019).

90. *Corte costituzionale, sentenze n. 258/1994, n. 118/1996 e n. 49/2009*

91. *La tutela costituzionale del diritto alla salute*, in <http://www.cortegiustiziapopolare.it/docs/447/diritto-alla-salute-x-sito-cgp.pdf> (consultato il 17.03.2020).



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo



MINISTERO
DELL'INTERNO

politica, economica e sociale del Paese».

Gli articoli sopracitati, compreso l'art. 32, godono di una duplice funzionalità in quanto, oltre a stabilire i diritti degli individui, affermano in maniera inequivocabile anche il dovere dello Stato di garantirne l'attuazione sia in relazione alla singola persona sia in riferimento al più generale interesse della collettività.

Al diritto inalienabile dunque dei cittadini, corrisponde l'impegno dello Stato ad adottare misure e strumenti idonei affinché il godimento di tale diritto sia effettivo. Oltre ad astenersi da azioni che comporterebbero la lesione di tali diritti, la norma obbliga lo Stato ad adottare anche iniziative volte all'attuazione di un sistema di tutela della salute adeguato alle esigenze della società.

Nella realizzazione del dettato costituzionale, però, i decisori politici devono contemperare gli interessi connessi alla salute con quelli legati alla sostenibilità finanziaria del sistema. Il diritto alla salute quindi, deve essere bilanciato con il principio della regolarità dei conti pubblici, anch'esso costituzionalmente previsto nell'art. 81⁹² e implicitamente anche nell'art. 97. Nonostante sia fondamentale che i principi costituzionali funzionino in interconnessione in quanto tra interessi costituzionalmente protetti non può attribuirsi assoluta a uno a scapito degli altri, tale principio ha suscitato, non poche perplessità⁹³.

Le criticità derivano in particolar modo dal timore di un ridimensionamento dei diritti fondamentali in corrispondenza alle disponibilità economiche.

Bisogna dunque, essere molto cauti nel trovare tale bilanciamento al fine di evitare che i principi fondamentali si pieghino a quelli economici⁹⁴.

In materia, la Corte Costituzionale ha affermato più volte, nel corso degli anni, che *non è ammissibile che l'esito del bilanciamento sia un pregiudizio delle prerogative fondamentali derivanti dal diritto di cui siamo titolari*⁹⁵. Inoltre essa ha ribadito che è fondamentale evidenziare un "nucleo essenziale" del diritto alla salute, che comprende gli aspetti di cui non si può, in nessun caso, essere privati, pena la violazione del dettato costituzionale, che viene sanzionata con l'illegittimità delle norme che si pongano in contrasto con esso⁹⁶.

4.2.1 Tutela della salute dei migranti in Italia

Come precedentemente evidenziato, in Italia, l'assistenza sanitaria è assicurata a tutte le persone, che siano loro cittadini italiani o stranieri. Trovando solide fondamenta nella Costituzione, nel corso degli anni si è potuto costruire un pacchetto giuridico coerente e moderno basato sulla volontà di inclusione degli stranieri nel sistema di tutela della salute. Affermano tale approccio le norme adottate

92. Si veda: Legge Cost. n. 1/2012 del 20.04.2012, *Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta Costituzionale*, (12G0064), Gazzetta ufficiale n. 95 del 23.04.2012. La legge è il risultato delle politiche dell'Unione europea che hanno comportato la costituzionalizzazione negli Stati membri dell'obbligo di pareggio di bilancio. L'introduzione delle nuove regole in materia hanno sollevato molti argomentati interrogativi sul rapporto tra diritti fondamentali sociali e il pareggio di bilancio. Sul punto si veda: S. Gambino, *Diritti e cittadinanza (sociale) nelle costituzioni nazionali e nell'Unione*, in *La cittadinanza europea*, n. 2/2013, p. 5-39.

93. D. Mone, *La costituzionalizzazione del pareggio di bilancio ed il potenziale vulnus alla teoria dei contro limiti*, in *Rivista Associazione italiana dei costituzionalisti*, N. 3/2014, 01.08.2014. Punto di riflessione: «l'ordine dei valori nel nostro sistema costituzionale, non dovrebbe essere legittimo, neppure se sancito da una legge costituzionale, negare il soddisfacimento di diritti fondamentali della persona per ragioni economiche e subordinarne il soddisfacimento al perseguimento del pareggio: la legge costituzionale che avesse reso possibile ciò presenterebbe dei dubbi di costituzionalità, perché attraverso il procedimento di revisione costituzionale non si sarebbe limitata a modificare la Costituzione ma a modificare l'assetto dei principi costituzionali caratterizzanti l'ordinamento. Parrebbe essersi esercitato potere costituente sotto forma di potere di revisione».

94. S. Gambino, *Crisi economica e diritti sociali - con particolare riguardo al diritto alla salute, all'assistenza sociale e all'istruzione*, in S. Gambino (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica. Problemi e prospettive, Diritto pubblico comparato ed Europeo*, op. cit., p. 3-20.

95. Corte Cost. Sent. n. 509/2000.

96. Corte Cost. Sent. n. 309/1999, n. 252/2001, n. 354/2008). Molto significativa è stata la dichiarazione della Corte in uno dei passaggi: «le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana. Ed è certamente a quest'ambito che appartiene il diritto dei cittadini in disagiate condizioni economiche, o indigenti secondo la terminologia dell'art. 32 della Costituzione, a che siano assicurate loro cure gratuite» (Sent. n. 309/1999).



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

nel 1998⁹⁷ le quali prevedono la piena parità di diritti e doveri, in materia di salute e assistenza sanitaria, tra cittadini italiani e cittadini stranieri regolarmente presenti, con piena copertura da parte del sistema sanitario pubblico⁹⁸. Sono previste, inoltre, ampie possibilità di protezione e assistenza anche per gli immigrati irregolari, con particolare riferimento a donne e bambini. Ciò accade perché alla fine degli anni '90 cambia il modo di guardare i migranti, non più visti solo come soggetti vulnerabili, ma anche come portatori di interessi nel settore lavorativo⁹⁹.

Viene, pertanto, approvata la Legge n. 40 del 1998, confluita successivamente nel D.lgs n. 286 del 25 luglio 1998, dove vengono sancite le norme che regolano in modo sia teorico che pratico il fenomeno dell'immigrazione, nell'ottica di raggiungere il più ampio livello di integrazione della persona straniera.

Tale percorso di integrazione, comprende a pieno titolo anche le politiche sanitarie di inclusione dove si afferma il diritto della tutela della salute di tre categorie di migranti: quelli regolarmente soggiornanti in Italia, i migranti non regolari e coloro che entrano in Italia per motivi di cura¹⁰⁰.

Secondo tale normativa i migranti regolarmente soggiornanti hanno diritto all'iscrizione al Servizio

Sanitario Nazionale (S.N.N.) indipendentemente dalla cittadinanza. A tale diritto corrispondono anche oneri derivanti dall'obbligo di pagamento dei contributi che a parità di trattamento con i cittadini italiani, gravano anche sugli stranieri residenti¹⁰¹. Per chi svolge una regolare attività lavorativa nel territorio italiano la copertura sanitaria è correlata al rapporto di lavoro. In tal caso l'assistenza sanitaria si estende anche ai familiari a carico, regolarmente soggiornanti. Godono dell'assistenza sanitaria anche coloro che hanno avviato le procedure per il rinnovo del titolo di soggiorno, per motivi di lavoro, per motivi familiari, per asilo politico, per protezione umanitaria, per attesa adozione, per affidamento e per acquisto della cittadinanza¹⁰².

Sono esonerati dal pagamento dei contributi previsti, nonostante godano a pieno titolo del diritto di accesso ai servizi sanitari, i richiedenti asilo e gli stranieri che hanno ottenuto lo status di rifugiato o la protezione internazionale. Questa categoria ha assunto una rilevanza sempre maggiore in ambito di tutela della salute conseguentemente ai frequenti flussi migratori che hanno coinvolto l'Italia negli ultimi anni.

Nonostante la specificità e l'approccio inclusivo

97. Legge n. 40 del 06.03.1998, *Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero (detta anche legge Turco-Napolitano dai nomi dei due Ministri promotori: Ministro per la solidarietà sociale Livia Turco e Ministro dell'Interno Giorgio Napolitano)*, Gazzetta Ufficiale n. 59 del 12.03.1998 (artt. 32, 33, 34) e Decreto legislativo n. 286 del 25.07.1998, *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero* (artt. 34 e 35).

98. S. Albani, G. Borgoli, *Il diritto alla salute e le due applicazioni*, in G. Tizzi, S. Albani, G. Borgoli (a cura di), *La crisi dei rifugiati e il diritto alla salute*, Franco Angeli, Milano, 2018.

99. Cfr. W. Chiaromonte, *Lavoro e diritti sociali degli stranieri, il governo delle migrazioni economiche in Italia e in Europa*, Giappichelli, Torino, 2013; Si veda anche: D. Loprieno, *Le prestazioni socio assistenziali a favore dei migranti tra presunte esigenze di contenimento, crisi economica e paura dello straniero*, in S. Gambino (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica. Problemi e prospettive, Diritto pubblico comparato ed Europeo*, op. cit., p. 239-266.

100. Art. 34, 35, 36 del Decreto legislativo n. 286, del 25.07.1998, *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero e Regolamento di attuazione Dpr. n. 394 del 31.08.1999*.

101. In merito all'iscrizione al sistema sanitario nazionale dei migranti presenti in Italia indipendentemente dallo status giuridico si veda: <http://www.integrazionemigranti.gov.it/normativa/procedureitalia/Pagine/Saluteold.aspx#4Summe>.

102. Si aggiungono a questa categoria altresì: i detenuti o internati (Art. 1 Decreto Legislativo n. 230 del 22.06.1999, *Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5, della Legge n. 419 del 30.11.1998*, «Sono iscritti al Servizio sanitario nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia. I detenuti e gli internati sono esclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale»), coloro che hanno fatto ricorso contro un provvedimento di espulsione o contro il provvedimento di mancato rinnovo, revoca o annullamento del permesso di soggiorno (in tal caso, il soggetto dovrà esibire idonea documentazione attestante la pendenza del ricorso). Anche per coloro che non rientrano nelle categorie citate (ovvero studenti e soggiornanti collocati alla pari) sono previsti strumenti e misure volte a garantire un'adeguata assistenza sanitaria mediante stipula di apposita polizza assicurativa oppure mediante l'iscrizione volontaria al S.S.N. previo il pagamento di un contributo annuale forfettario. Per l'iscrizione al SSN è previsto il pagamento di un contributo pari a € 388,00. Il cittadino straniero soggiornante in Italia per motivi di studio deve versare, invece, un contributo minore, pari a € 149,77 e deve effettuare un pagamento su apposito bollettino postale (da ritirare presso la propria ASL di pertinenza) intestato alla Regione di residenza o dimora e consegnare la ricevuta del pagamento al momento dell'iscrizione, vedi Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

della normativa, la salute degli immigrati continua tutt'oggi a presentare importanti perplessità, da un lato dall'assenza di politiche adeguate e coerenti con l'evoluzione del fenomeno e dall'altro dal ruolo assunto dalle Regioni nella programmazione sanitaria (in seguito alla modifica del Titolo V, 2001).

Le modifiche del Titolo V hanno avuto sensibili ripercussioni nel rapporto sanità – migranti in quanto prevedono competenze concorrenti tra Stato e Regioni, incrementando il protagonismo delle Regioni in materia di sanità pur conservando l'esclusività legislativa dello Stato in materia di immigrazione.

Tale sdoppiamento ha prodotto una serie di diffomità¹⁰³ riguardo alle misure adottate e le modalità di attuazione delle politiche sanitarie nei confronti degli stranieri, provocando, soprattutto per la popolazione più vulnerabile, diseguaglianze in termini di offerta e di accesso ai servizi sanitari. Al fine di superare questa eterogeneità che non di rado ha portato ad interpretazioni scorrette o parziali delle procedure di assistenza sanitaria, è stato sottoscritto, nel 2012, l'Accordo fra Stato, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano¹⁰⁴, che prevede indicazioni per la corretta interpretazione della normativa e per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera. L'obiettivo dell'Accordo dunque, è dettato dalla necessità di diffondere in maniera uniforme e condivisa le informazioni riguardo ai diritti e alle procedure alla base della tutela della salute degli stranieri.

Negli ultimi anni i tentativi di superare le differenze che riguardano le interpretazioni della normativa e le misure pratiche messe in atto, si sono intensificati notevolmente¹⁰⁵. Sono stati adottati infatti, una serie di documenti (Circolari e Linee

guida) volti a rendere effettivo e coerente, in tutto il territorio italiano, il godimento da parte della popolazione straniera dei diritti relativi alla tutela della salute.

Uno dei primi tentativi è stato quello di uniformare e facilitare l'iscrizione dei richiedenti asilo e protezione internazionale al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). Per sopperire all'assenza di informazione da parte di questa categoria in merito alle procedure di iscrizione e snellire le attività burocratiche previste, il Ministero della Salute ha fornito chiarimenti alle amministrazioni regionali circa le modalità di iscrizione nel sistema sanitario dei soggetti interessati durante il periodo di istruttoria della domanda di protezione internazionale. In collaborazione con il Ministero dell'Interno è stata attivata una procedura telematica per l'attribuzione del codice fiscale numerico provvisorio contestualmente alla verbalizzazione della domanda.

Tale codice fiscale provvisorio ottenuto da parte della Questura e della Polizia di frontiera, consente l'iscrizione al S.S.N senza oneri monetari da parte del soggetto richiedente asilo o protezione internazionale¹⁰⁶. Per garantire un intervento più incisivo in materia di tutela della salute degli immigrati, nel corso dello stesso anno, sono state adottate una serie di Linee guida volte a rispondere efficacemente alle esigenze di questi ultimi.

Uno degli interventi più importanti e d'impatto in materia di tutela della salute dei migranti è emerso da una serie di consultazioni tra l'Istituto Nazionale per la Promozione della salute delle popolazioni Migranti (INMP), l'Istituto Superiore della Sanità (ISS) e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) i quali hanno redatto delle Linee guida sui controlli sanitari alla frontiera e sui percorsi di tutela

103. N. Pasini (a cura di), *Confini irregolari. Cittadinanza sanitaria in prospettiva comparata e multilivello*, Franco Angeli, Milano, 2011.

104. *Accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto legislativo n. 281 del 28.08.1997 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome.*

105. *Centro Studi e Ricerche Idos in partenariato con Centro Studi Conforti, Dossier statistico Immigrazione, Idos, Roma, 2017.*

106. *Ministero della salute, Circolare n. 7404 del 07.03.2017 Assistenza sanitaria nelle more del riconoscimento di protezione internazionale.*
<https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2017/04/Circolare-Ministero-Salute-7-marzo-2017.pdf> (consultato il 12.03.2020).



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

dei migranti ospiti nei Centri di accoglienza¹⁰⁷. Tale documento vuole essere uno strumento per i professionisti sociosanitari, le Autorità sanitarie e tutti gli attori che, a vario titolo, partecipano al sistema di assistenza e accoglienza dei migranti richiedenti protezione internazionale.

Lo scopo è quello di uniformare gli obblighi relativi al soccorso e all'accoglienza dello straniero e avviare la formazione di politiche di tutela basate sull'inclusione, l'equità e la scientificità. Il documento prevede a favore degli immigrati una costante assistenza socio-sanitaria, colmando il vuoto che si crea tra lo sbarco e il Centro di accoglienza e si prefigge il compito di creare coerenza d'azione tra i vari soggetti che se ne occupano. Per quanto concerne il contenuto, vengono previste una serie di raccomandazioni in merito alle malattie infettive¹⁰⁸, ad alcune patologie cronico-degenerative (diabete, anemie, ipertensione, carcinoma cervice uterina), alla gravidanza quale elemento che pone le basi per una maggiore tutela e una differenziazione del percorso di accoglienza e ai vaccini esortando la vaccinazione di tutti i bambini (0-14 anni che non sono mai stati vaccinati, o che presentano documentazione incerta), secondo il calendario nazionale vigente, in rapporto all'età.

Dai rapporti annuali in merito allo stato di salute degli immigrati sbarcati in Italia, è emerso che gli

stessi non presentano condizioni di salute peggiori rispetto agli italiani. Essi giungono in Italia sostanzialmente in buone condizioni fisiche¹⁰⁹, elemento che ha permesso loro anche di sopperire alle difficoltà del viaggio. Si osserva che le condizioni di salute peggiorano durante la permanenza in Italia e i principali motivi sono le discutibili condizioni igieniche in cui vivono, il sovraffollamento o addirittura lo sfruttamento lavorativo e/o sessuale che tramutano il migrante in un soggetto maggiormente esposto al rischio di sviluppare condizioni patologiche, anche di natura infettiva¹¹⁰.

Molto più gravi e profondi sono i disturbi di carattere psicologico che emergono nelle persone vittime di gravi traumi durante il viaggio o nel periodo di permanenza in Italia¹¹¹. A tal proposito sono state adottate delle Linee guida¹¹² che rappresentano un orientamento per le varie Regioni affinché attivino nel loro territorio servizi adeguati volti a tenere sotto controllo sintomi psichici di cui possono soffrire alcune vittime di torture e altre violenze intenzionali. Stessa finalità di orientamento anche per le ASL fornendo loro delle indicazioni finalizzate all'implementazione di percorsi multidisciplinari per il trattamento dei sintomi emersi.

Tali misure adottate hanno lo scopo di diffondere l'importanza della tutela dei gruppi particolarmente

107. INMP, ISS e SIMM *Linee guida I controlli alla frontiera. La frontiera del controllo. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza*, Eurolit, Roma, giugno 2017.

108. Le Linee guida raccomandano: «di effettuare i test HIV a tutti i soggetti di età ≥16 anni provenienti da paesi a elevata endemia, alle donne in gravidanza e durante l'allattamento e a quanti, nell'ambito del counselling, riferiscano di essere stati esposti a fattori di rischio (pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, partner sessuali multipli o storia di abusi/violenze sessuali), o presentino concomitante infezioni sessualmente trasmissibili o infezione tubercolare», v. *Linee guida I controlli alla frontiera. La frontiera del controllo. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei Centri di accoglienza*, Quesito 5, R5.2, p. 18.

109. N. Pasini, V. Merotta, *La salute*, in *Fondazione Ismu (a cura di), Ventiquattresimo Rapporto sulle Migrazioni 2018*, Franco Angeli, Milano 2019; N. Pasini, V. Merotta, *La salute*, in *Fondazione Ismu (a cura di), Venticinquesimo Rapporto sulle Migrazioni 2019*, Franco Angeli, Milano, 2020; Caritas e Migrantes, *Ventisettesimo Rapporto Immigrazione 2017-2018, Un nuovo linguaggio per le migrazioni*, Tau Editrice, Todi, 2019. Si veda anche: <https://www.unhcr.it/risorse/carta-di-roma/fact-checking/rifugiati-salute-dalla-tbc-alla-scabbia-dati-smentiscono-gli-allarmi-infondati>.

110. F. Castelli, I. El Hamad, *Migranti e malattie infettive*, in *Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali, Libro Bianco Malattie Infettive, Infezioni ed Immigrazione, 2015*, <https://www.superabile.it/cs/superabile/salute-e-ricerca/simit-ecco-il-libro-bianco-delle-malattie-infettive.html>.

111. Cfr. C. Giudici, C.W. de Wenden, *I nuovi movimenti migratori. Il diritto alla mobilità e le politiche di accoglienza*, Franco Angeli, Milano, 2016, p. 121-124; Comitato Nazionale per la Bioetica, *Immigrazione e salute*, 23.06.2017, [http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/immigrazione-e-salute/\(consultato 10.02.2020\)](http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/immigrazione-e-salute/(consultato%2010.02.2020)).

112. Ministero della Salute, *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione, nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*, 2017.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo



MINISTERO
DELL'INTERNO

vulnerabili nell'ambito dei richiedenti asilo o protezione internazionale e offrire loro un'effettiva tutela durante l'iter per il riconoscimento dello status di rifugiato. Le esperienze pregresse possono segnare sensibilmente i migranti che hanno subito violenze e arrestare il processo di integrazione. Attraverso un intervento diretto e mirato (come previsto nelle Linee guida) si cerca non solo di sostenere il migrante in questo percorso di inserimento ma anche di evitare che lo stress di esperienze traumatiche sviluppi in loro sindromi psicopatologiche¹¹³.

Tra le categorie maggiormente vulnerabili rientrano le donne che hanno subito violenza sessuale e quelle sottoposte a pratiche di mutilazione dei genitali femminili.

A novembre del 2017, viene adottato il documento contenente le Linee guida del percorso di presa in carico socio-sanitaria delle donne vittime di violenza¹¹⁴. Il testo presenta dei punti di orientamento per le ASL e gli ospedali che prendono in carico tale categoria di vittime, imponendo di garantire loro interventi multidisciplinari, non solo a livello sanitario. Oltre al trattamento diagnostico-terapeutico, il testo prevede alcune indicazioni anche in merito a pratiche di sostegno per le famiglie e il dettaglio sulle procedure messe a punto dai genetisti forensi per la corretta refertazione delle prove che potrebbero essere usate in tribunale. Al fine di ottimizzare i risultati, il documento prevede anche percorsi formativi per gli operatori coinvolti.

Un documento apposito viene stilato anche per le

donne vittime di mutilazioni dei genitali femminili¹¹⁵ o di altre pratiche dannose. Anche in questo caso le Linee guida sono rivolte agli operatori direttamente coinvolti¹¹⁶ presentando raccomandazioni sul modo in cui ci si debba comportare di fronte a presunte vittime di mutilazione dei genitali femminili, matrimoni forzati o altre pratiche dannose e su come assicurare il loro accesso alla protezione internazionale per ragioni legate alla violenza subita.

4.2.2 Tutela della salute dei migranti irregolari

Come previsto dalla Costituzione, il diritto alla salute è un diritto fondamentale che non dipende dallo status giuridico dello straniero. Pertanto, nel Testo Unico sull'immigrazione, viene stabilito che ai cittadini stranieri che si trovano sul territorio nazionale in condizione di irregolarità, ovvero non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, viene comunque assicurata, nei presidi pubblici ed accreditati, ogni cura medica urgente o comunque essenziale¹¹⁷.

Per cure urgenti si intendono quelle che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona. Le cure essenziali invece, riguardano le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti). Sono incluse in queste categorie anche le cure continuative per

113. SPRAR, ANCI E Ministero dell'Interno, Dossier SPRAR, Tutela della salute dei migranti, gennaio 2018: <https://www.sprar.it/wp-content/uploads/2018/03/Dossier-TUTELA-DELLA-SALUTE-2018.pdf>.

114. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Linee guida per le ASL e le aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza - Percorso per le donne che subiscono violenza, 21.11.2017.

115. Associazione Parsec Ricerca, Coop. Soc. Parsec, Università di Milano-Bicocca, A.O. San Camillo Forlanini, Nosotras Onlus e Associazione Trama di Terre, Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili (mgf) o altre pratiche dannose. Per operatori CPSA, CDA e dei CARA. https://www.simmweb.it/attachments/article/909/riconoscimento_precoce_vittime_MGF.pdf (consultato il 12.03.2020); Tale forma di violenza è perseguibile ai sensi della Convenzione di Ginevra delle Nazioni Unite sullo statuto dei rifugiati 1951 e della Direttiva qualifiche dell'Unione europea.

116. Gli operatori dei Centri di primo soccorso e accoglienza, Centri di accoglienza e Centri di accoglienza per richiedenti asilo.

117. Art. 35, del Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, Dpr. n. 394 del 31.08.1999.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

malattia e infortunio e i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. In forza del principio di continuità delle cure urgenti ed essenziali deve, inoltre, ritenersi assicurato anche il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso¹¹⁸. Il requisito dell'urgenza o dell'essenzialità deve essere attestato sulla documentazione clinica e su tutte le eventuali richieste di prestazioni.

Particolare attenzione in materia viene dedicata alle donne straniere nel periodo di gravidanza e di maternità garantendo loro pari diritti alle donne italiane. Tra le categorie maggiormente protette rientrano anche i minori. Oltre al Testo Unico sull'immigrazione, i loro diritti sono sanciti anche nella Convenzione sui Diritti del Fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva in Italia nel maggio 1991¹¹⁹.

In sede di prima erogazione dell'assistenza, agli stranieri irregolarmente presenti deve essere attribuito un codice regionale individuale di accesso a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente), riconosciuto su tutto il territorio nazionale. Detto codice identifica la persona migrante in base alle credenziali che egli stesso ha fornito, senza alcun obbligo di presentazione di un documento di identità. Il rilascio del codice STP ha validità semestrale ed è rinnovabile in caso di prolungamento della permanenza dello straniero sul

territorio nazionale, anche qualora egli non esponesse alcun titolo di soggiorno¹²⁰. Infatti, come precedentemente evidenziato, l'assenza di un permesso di soggiorno valido non preclude in alcun modo il godimento di tali diritti sanciti sia nella Costituzione che nel Testo Unico sull'immigrazione, nonché ripetutamente garantiti anche dalla giurisprudenza. Molteplici sono le sentenze in cui Corti di vario grado si sono pronunciate in tal senso¹²¹, affermando che devono ritenersi garantite tutte le prestazioni essenziali per la vita della persona straniera, ritenendo prevalente il valore universale e costituzionale della salute rispetto all'interesse dello stato a espellere dal territorio nazionale lo straniero privo del permesso di soggiorno.

Viene, inoltre, previsto specificamente nella normativa che l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme di soggiorno non deve comportare alcun tipo di segnalazione all'Autorità¹²². Il divieto di segnalazione deve ritenersi prevalente al reato di soggiorno illegale e al conseguente obbligo di denuncia¹²³ (D.lgs. 286 del 1998, art. 10 bis). Questo al fine di evitare che agli stranieri irregolari venga precluso il diritto di accedere alle cure mediche per timore di essere denunciati e di conseguenza rimpatriati. Tuttavia l'inconsapevolezza da parte degli stranieri irregolari del diritto di poter essere curati senza rischiare di essere denunciati limita in maniera sensibile l'accesso degli stessi alle cure mediche

118. Circolare n. 5, 24.03.2000, Indicazioni applicative del Decreto legislativo 25.07.1998, n. 286 Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria. Gazzetta Ufficiale n. 126 del 01.06.2000.

119. Convenzione sui diritti del fanciullo fatta, New York, 20.11.1989: <https://www.minori.gov.it/it/minori/convenzione-onu-sui-diritti-del-fanciullo> (consultato il 12.02.2020).

120. Ministero della Salute, Circolare n. 5, 24.03.2000.

121. Corte di Cassazione, Sez. I Civile, Sent. n. 20561/2006; Cassazione civile, Sez. I, n. 1531 del 24.01.2008; Consiglio di Stato, Sent. n. 5286/2011; Cons. di Stato, Sent. n. 4863/2010; Corte di Cassazione, Sez. Unite Civili, Sent. n. 14500 del 10.06.2013.

122. Salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. (d.lgs. 286/98, art. 35, c. 5).

123. A tale divieto si aggiunge altresì il divieto di espulsione, affermato in via giurisprudenziale, Vedi: Corte Costituzionale, Sentenza n. 252 del 17.07.2001: «La valutazione dello stato di salute del soggetto e della indifferibilità ed urgenza delle cure deve essere effettuata caso per caso, secondo il prudente apprezzamento medico; di fronte ad un ricorso avverso un provvedimento di espulsione si dovrà, qualora vengano invocate esigenze di salute dell'interessato, preventivamente valutare tale profilo (...) se del caso ricorrendo ai mezzi istruttori che la legge, pur in un procedimento caratterizzato da concentrazione e da esigenze di rapidità, certamente consente di utilizzare. Qualora risultino fondate le ragioni addotte dal ricorrente in ordine alla tutela del suo diritto costituzionale alla salute, si dovrà provvedere di conseguenza, non potendosi eseguire l'espulsione nei confronti di un soggetto che potrebbe subire, per via dell'immediata esecuzione del provvedimento, un irreparabile pregiudizio a tale diritto». Vedi anche Corte di Cassazione, Sezione I civile, Sentenza n. 20561 del 22.09.2006; Corte di Cassazione, Sezione I civile, sentenza n. 1531 del 24.01.2008; Consiglio di Stato,



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

comportando ripercussioni, a volte anche significative, sul loro stato di salute. Ragion per cui negli ultimi anni si sta premendo sempre di più sull'importanza delle politiche di sensibilizzazione e informazione in merito ai diritti sanitari di cui godono gli stranieri (ivi quelli irregolari) presenti in Italia, al fine di tutelare sia il migrante che l'intera comunità.

Di fondamentale importanza è anche l'aspetto economico. Oltre alle questioni legate allo status giuridico anche la disinformazione in merito ai costi relativi alle cure costituisce un'ulteriore barriera che limita l'accesso dei migrati irregolari al sistema sanitario.

La normativa¹²⁴ prevede che le prestazioni siano erogate senza oneri a carico degli stranieri irregolarmente presenti, se privi di risorse economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa. Qualora il destinatario della prestazione sia indigente viene esonerato anche dalla partecipazione alla spesa, previa sottoscrizione dell'autocertificazione di indigenza¹²⁵ a parità di condizioni con il cittadino italiano. Tuttavia l'assenza di informazioni specifiche e a volte le difficoltà linguistiche, riducono sensibilmente la propensione del migrante irregolare a rivolgersi alle strutture sanitarie.

4.2.3 Criticità in merito al godimento effettivo del diritto alla salute per la popolazione migrante

Nonostante l'arricchimento del corpo normativo in risposta alle emergenze emerse negli ultimi anni, persistono ancora diverse criticità legate in particolar modo ai problemi di accessibilità e fruibilità dei

servizi sanitari da parte della popolazione straniera. Affinché l'accessibilità e il diritto di cura siano effettivi, è necessario che i migranti siano messi nelle condizioni di poterne usufruire attraverso un'opportuna informazione circa l'esistenza di tale diritto, altrimenti lo stesso rischia di rimanere solamente un "diritto di carta". Gli interventi in materia dunque, dovrebbero essere volti a massimizzare la fruibilità dei servizi, focalizzandosi soprattutto sul contrasto delle barriere che possono inficiare tale fruibilità¹²⁶.

Tra le principali criticità¹²⁷ che possono creare delle barriere concrete in merito al godimento del diritto alla salute si evidenziano quelle:

- burocratico/amministrative: l'eccessiva burocrazia delle pratiche amministrative aumenta il numero di immigrati che non avviano le procedure assistenziali al bisogno pur essendo in possesso di tutti i requisiti necessari;
- economiche e organizzative: orari inadeguati; incompatibilità con i ritmi di vita e di lavoro; servizi difficilmente raggiungibili perché troppo distanti o mal collegati;
- psicologiche: paura di essere denunciati soprattutto per quanto riguarda gli immigrati irregolari. Inoltre, l'assenza di un'informazione corretta associata a politiche restrittive e persecutorie alimentano la paura e la sensazione di precarietà della persona immigrata;
- linguistico-culturali: il livello di incomprensione tra medico e paziente immigrato.

Le incomprensioni sono sia di tipo culturale che comunicativo.

Sezione III, Sentenza n. 5286 del 20.09.2011; Consiglio di Stato, Sezione VI, Sentenza n. 4863 del 26.07.2010.

124. Art. 4 e 6 Testo Unico sull'immigrazione, Legge n. 40/1998.

125. Allegato 12 al Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 17.03.2008, Codifica nazionale delle condizioni di esenzione dalla partecipazione alla spesa. Istruzioni per l'attribuzione del codice che identifica la tipologia di esenzione, <http://briguglio.asgi.it/immigrazione-e-asilo/2008/dicembre/all12-decr-economia-17-3.html>.

126. A. Rinaldi, G. Civitelli, M. Marceca, L. Paglione, *Le politiche per la tutela della salute dei migranti: il contesto europeo e il caso Italia*, REMHU, Rev. Interdiscip. Mobil. Hum. vol. 21 n. 40, Brasília, giugno-luglio 2013.

127. Cfr. C. Giudici, C.W. de Wenden, *I nuovi movimenti migratori. Il diritto alla mobilità e le politiche di accoglienza*, op.cit., p. 121-124; A. Rinaldi, G. Civitelli, M. Marceca, L. Paglione, *Le politiche per la tutela della salute dei migranti: il contesto europeo e il caso Italia*, op.cit.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

Nonostante nel 2012 sia stato pubblicato un opuscolo informativo multilingue riguardo all'accesso al Servizio Sanitario Nazionale¹²⁸, molti migranti non ne sono a conoscenza, non frequentando gli ambulatori o ospedali non hanno modo di apprendere l'esistenza dello stesso.

Appare evidente dunque, che l'informazione costituisce un elemento fondamentale nel godimento concreto del diritto alla salute. Al fine di renderlo effettivo è importante che il supporto sanitario e psicologico sia accompagnato da una consulenza legale sul diritto alla tutela della salute e sull'organizzazione dell'assistenza sanitaria in Italia e nelle reciproche Regioni.

Un ulteriore aspetto importante ai fini del miglioramento dell'accessibilità ai servizi sanitari da parte degli immigrati è la necessità di superare le barriere culturali e linguistiche attraverso il sostegno di interpreti e mediatori. Parallelamente è doveroso informare gli operatori sanitari sui bisogni specifici di tali pazienti e incentivare ulteriormente la formazione dei futuri medici e professionisti della salute introducendo nei percorsi formativi universitari una prospettiva interculturale ed espliciti riferimenti al dovere del professionista di tener conto delle differenti identità culturali e appartenenza dei pazienti¹²⁹.

La sfida è quella di adottare un approccio multidisciplinare e multidimensionale¹³⁰ inserito all'interno di un lavoro di supporto sanitario e psicologico, superando così gli interventi frammentati e spesso di tipo solo emergenziale¹³¹.

128. INMP, NIHMP, Ministero dell'Interno, Ministero della Salute, InformaSalute, Accesso al servizio sanitario nazionale multilingue, Pubblicato con i fondi europei per l'integrazione dei cittadini dei Paesi terzi, 2012.

129. INMP, ISS e SIMM Linee guida I controlli alla frontiera. La frontiera del controllo. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza, EuroLit, Roma, giugno 2017.

130. G. Cassarà, La salute delle vittime di torture, in Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali, Libro Bianco Malattie Infettive, Infezioni ed Immigrazione, 2015, <https://www.superabile.it/cs/superabile/salute-e-ricerca/simit-ecco-il-libro-bianco-delle-malattie-infettive.html>.

131. C. Marchetti, Rifugiati e migranti forzati in Italia. Il pendolo tra emergenza e sistema, REMHU – Rev. Interdiscip. Mobil. Hum. XXII, (43), 2014, p. 53-70; G. Sciortino, Rebus Immigrazione, il Mulino, Bologna, 2017.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

NORMATIVA REGIONALE SULLA TUTELA DELLA SALUTE DEGLI

4.3 STRANIERI

Per la sua posizione geografica, la Regione Puglia, nell'evoluzione del fenomeno migratorio, ha costituito una meta importante per le persone che hanno scelto di (o dovuto) lasciare il proprio paese. Per alcuni ha costituito solo uno spazio di cerniera, una destinazione di passaggio, da attraversare solo per raggiungere mete più a nord della stessa Italia o dell'Europa. Per altri invece, una tappa intermedia e temporanea, una fase di preparazione per poi spostarsi altrove o decidere, in seguito ad un periodo di integrazione, di stabilirsi definitivamente nella regione. E infine ci sono quelli per cui la Puglia ha costituito il luogo prescelto per uno stanziamento a lungo termine.

L'immigrazione è stato un processo che da secoli ha caratterizzato la storia di tale regione diventando così una parte integrante del suo contesto. Infatti, tra i principi fondanti sanciti nel suo Statuto si legge:

«La Puglia, per la storia plurisecolare di culture, religiosità, cristianità e laboriosità delle popolazioni che la abitano e per il carattere aperto e solare del suo territorio proteso sul mare, è ponte dell'Europa verso le genti del Levante e del Mediterraneo negli scambi culturali, economici e nelle azioni di pace».

A confermare questo suo carattere e distinguerla da altre regioni italiane, è la Legge regionale n. 32 del 2009: "Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia".

Detta legge regola l'ambito culturale, economico e lavorativo, ma la vera rivoluzione avviene nel settore sanitario in quanto estende tutte le cure previste per i cittadini italiani e gli stranieri regolarmente presenti nel territorio regionale, anche agli immigrati irregolari. Con lo scopo di rendere effettivo il diritto alla salute per tutti gli esseri umani,

sancito nella Costituzione, la Regione Puglia ha esteso tale diritti a tutte le persone presenti nel territorio regionale indipendentemente dalla loro cittadinanza o dallo status giuridico. La legge definisce che anche gli immigrati irregolari hanno la possibilità di avere il medico di fiducia e il pediatra per i loro figli.

Prima dell'intervento regionale i diritti degli immigrati irregolari derivavano dalla Legge nazionale n. 40 del 1998, la quale garantisce agli stessi solo le cure urgenti ed essenziali. A partire dal 2009, in Puglia, gli immigrati possono ricevere anche cure relative alle malattie croniche. Infatti, si possono curare diabete, ipertensione, artrosi, dolori reumatici, bronchiti croniche, asma, nonché le malattie croniche che possono affliggere bambini e adulti. Molto importante è anche la possibilità di curare i tumori senza attendere che la loro diffusione raggiunga una fase emergenziale.

Per facilitare l'accesso di questa categoria ai servizi sanitari, la legge prevede che nelle ASL pugliesi, in cui si registra una forte presenza di STP, si possa attivare un ambulatorio di medicina dedicato. Inoltre, il comma 9 sancisce la necessità della presenza di mediatori linguistico-culturali nelle strutture sanitarie che registrano un maggiore accesso di stranieri, in particolare nelle sedi dei distretti, negli ospedali, nei consultori familiari e negli ambulatori dedicati.

La legge è stata tuttavia, impugnata dal Consiglio dei Ministri nel 2010, sollevando questioni di illegittimità costituzionale. Il Governo ha impugnato proprio le norme volte a garantire l'accesso alle cure ai cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, in particolar modo la parte che attribuisce loro la facoltà di scelta del "medico di fiducia". La Corte Costituzionale ha respinto la maggior parte dei rilievi di illegittimità costituzionale che il Governo ha sollevato. Secondo la Corte, infatti, le norme della Legge regionale pugliese sono immuni da vizi di illegittimità costituzionale, in



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

quanto attengono alla tutela del nucleo irriducibile del diritto alla salute quale ambito inviolabile della dignità umana. Inoltre, le norme regionali si muovono entro lo spazio di discrezionalità lasciato alle Regioni per individuare le modalità ritenute più opportune per garantire le cure essenziali e continuative agli stranieri temporaneamente presenti per cui anche la facoltà di scelta del medico di fiducia può rientrare tra queste.

Nonostante la normativa sia molto estensiva e garantisca pieni diritti in materia di tutela della salute per i migranti, sussistono alcune criticità in materia di attuazione della stessa, che hanno indotto gli assessorati al Welfare e alla Salute della Regione Puglia (in collaborazione con delle strutture tecniche competenti e l'AReSS), ad intervenire con lo scopo di analizzare i principali ostacoli che impediscono la piena ed effettiva fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata. Le criticità rilevate riguardano in particolar modo: la complessità del quadro normativo relativo alla condizione giuridica dello straniero che pone effettivi problemi di interpretazione e di corretta applicazione delle norme; la necessità di individuare i piani operativi volti a dare piena attuazione all'art. 10 della Legge regionale n. 32 del 2009, l'aggiornamento costante rivolto agli operatori dei servizi sanitari e la necessità di superare problematiche come la disinformazione, nonché gli ostacoli di natura burocratico-amministrativa che rendono difficile l'individuazione di percorsi di accesso chiari e fruibili.

Le problematiche rilevate nella Regione Puglia sono coerenti a quelle emerse anche a livello nazionale. Questo significa che arricchire la normativa non sempre è sufficiente per raggiungere gli obiettivi per cui la norma è nata. Risulta fondamentale adottare efficaci piani di attuazione affinché tutti i beneficiari abbiano coscienza dei propri diritti e ne possano fruire.

La sensibilità della Regione Puglia in materia di sanità e migrazione emerge anche dall'analisi di una

serie di progetti finanziati dal Ministero dell'Interno e/o dall'Unione europea, indirizzati al binomio migrazione - salute, tra cui rientra il progetto Fami - Prevenzione 4.0 e Emergency Assistance - SU.PR.EME. I progetti sono in particolar modo rivolti a dare una risposta alle emergenze sanitarie avvenute negli ultimi anni a causa dei flussi migratori. Lo scopo è quello di dare sostegno e supporto al sistema sanitario regionale e contemporaneamente produrre effetti positivi (nel breve e lungo termine) sulla salute dei migranti che hanno dovuto affrontare il viaggio, le condizioni di "sopravvivenza" in Italia e i traumi legati ad esperienze vissute nel luogo d'origine e/o durante la permanenza in Italia.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

4.4 LEGGE N.132, 1° DICEMBRE 2018 - “DECRETO SICUREZZA”

Il Decreto-legge n. 113 del 2018, comunemente detto “Decreto Sicurezza” o “Decreto Salvini”, dal nome del Ministro dell’Interno che l’ha proposto, è divenuto legge il 1° dicembre dello stesso anno (Legge n. 132 del 2018)¹³².

4.4.1 “Decreto Sicurezza” e protezione umanitaria

Il “Decreto Sicurezza” ha abolito l’istituto della protezione umanitaria¹³³, la forma di protezione che in Italia si aggiungeva alle due forme condivise a livello internazionale (lo status di rifugiato e la protezione sussidiaria). Quando uno straniero entra in Italia, non importa se legalmente o meno, ha il diritto di richiedere protezione internazionale allo Stato italiano, come stabilito dalla Direttiva europea n. 83 del 2004¹³⁴ recepita in Italia con il Decreto legislativo n. 251 del 2007¹³⁵. La domanda viene esaminata dalla Commissione Territoriale per il Riconoscimento della Protezione Internazionale competente che, dopo un’apposita audizione, decide se concedere o meno la protezione internazionale, che può assumere ora due forme: lo status di rifugiato e la protezione sussidiaria¹³⁶.

Il Decreto, che ha iniziato a dispiegare i suoi effetti nel 2019, ha abolito sì la protezione umanitaria, introdotta in Italia nel 1998¹³⁷, ma ha contestualmente introdotto per alcune categorie di persone, un permesso di soggiorno temporaneo per casi speciali: cure mediche, calamità, atti di particolare valore civile, protezione sociale, violenza domestica e sfruttamento lavorativo¹³⁸. In generale, si tratta di una casistica più

¹³². Legge n. 132 del 01.12.2018, Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-legge n. 113 del 04.10.2018, 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. Delega al Governo in materia di riordino dei ruoli e delle carriere del personale delle Forze di polizia e delle Forze armate, Gazzetta Ufficiale n. 281 del 03.12.2018. Cfr. A. Di Muro e L. Di Muro, *Il diritto dell’immigrazione: guida aggiornata alla Legge n. 132/2018, Decreto Salvini*, Giappichelli, Torino, 2019.

¹³³. Cfr. G. Caggiano, *La protezione umanitaria fra limiti tecnici e giuridici all’espulsione e integrazione socio-familiare degli stranieri irregolari*, in A. Di Blase, G. Bartolini e M. Sossai (a cura di) *Diritto internazionale e valori umanitari*, Roma Tre-Press, 2019, p. 97-112.

¹³⁴. Direttiva 2004/83/CE del Consiglio del 29.04.2004 recante norme minime sull’attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica di rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta, Gazzetta ufficiale dell’Unione europea del 30.09.2004.

¹³⁵. Decreto legislativo n. 251 del 19.11.2007, Attuazione della direttiva 2004/83/CE recante norme minime sull’attribuzione, a cittadini di Paesi terzi o apolidi, della qualifica del rifugiato o di persona altrimenti bisognosa di protezione internazionale, nonché norme minime sul contenuto della protezione riconosciuta, Gazzetta Ufficiale n. 3 del 04.01.2008.

¹³⁶. L’istituto del riconoscimento dello status di rifugiato non coincide totalmente con quello del diritto d’asilo, nonostante i due termini vengano spesso usati come sinonimi. Il diritto di asilo è tra i diritti fondamentali dell’Uomo ed è riconosciuto dall’art. 10, comma 3 della Costituzione italiana allo straniero al quale sia impedito nel proprio Paese l’effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla nostra Costituzione. Per il riconoscimento dello status di rifugiato non è sufficiente che nel paese di origine siano generalmente repressi le libertà fondamentali ma, occorre che il singolo richiedente abbia subito specifici atti di persecuzione. Il riconoscimento dello status di rifugiato è entrato nel nostro ordinamento con l’adesione alla Convenzione di Ginevra del 28.07.1951 (ratificata con la Legge n. 722 del 1954). Successivamente, la normativa dell’Unione europea ha introdotto l’istituto della protezione internazionale, che comprende due distinte categorie giuridiche: i rifugiati, disciplinati dalla Convenzione di Ginevra, e le persone ammissibili alla protezione sussidiaria, di cui possono beneficiare i cittadini stranieri privi dei requisiti per il riconoscimento dello status di rifugiato, ossia che non sono in grado di dimostrare di essere oggetto di specifici atti di persecuzione, ma che, se ritornassero nel paese di origine, correrebbero il rischio effettivo di subire un grave danno e che non possono o (proprio a cagione di tale rischio) non vogliono avvalersi della protezione del paese di origine.

¹³⁷. Decreto legislativo n. 286 del 25.07.1998, Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, Gazzetta Ufficiale n. 191 del 18.08.1998 - Suppl. Ordinario n. 139.

¹³⁸. Il permesso per cure mediche viene rilasciato agli stranieri in grado di dimostrare il loro stato di salute di eccezionale gravità tale che un rimpatrio comporterebbe un serio rischio di compromettere la vita stessa. Il permesso ha, in questo caso, durata pari al tempo attestato dalla certificazione sanitaria, e comunque non superiore a un anno, ed è rinnovabile finché persistono le condizioni di salute di eccezionale gravità. Il permesso per calamità, invece, viene rilasciato agli stranieri che provengono da paesi che si trovano in una situazione di “contingente ed eccezionale calamità”, una condizione, quella di calamità, ancora non ben definita e che si definirà probabilmente con la prassi giuridica. Questo permesso ha durata di sei mesi e non può essere convertito in permesso per lavoro. Il permesso per atti di particolare valore civile viene rilasciato agli stranieri che compiono atti riconosciuti come di grande valore civile, come rischiare la vita per salvare qualcuno in pericolo, per prevenire o limitare un possibile disastro pubblico, per contribuire all’arresto di persone ricercate. Questo permesso ha durata di due anni, è rinnovabile e può essere convertito



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

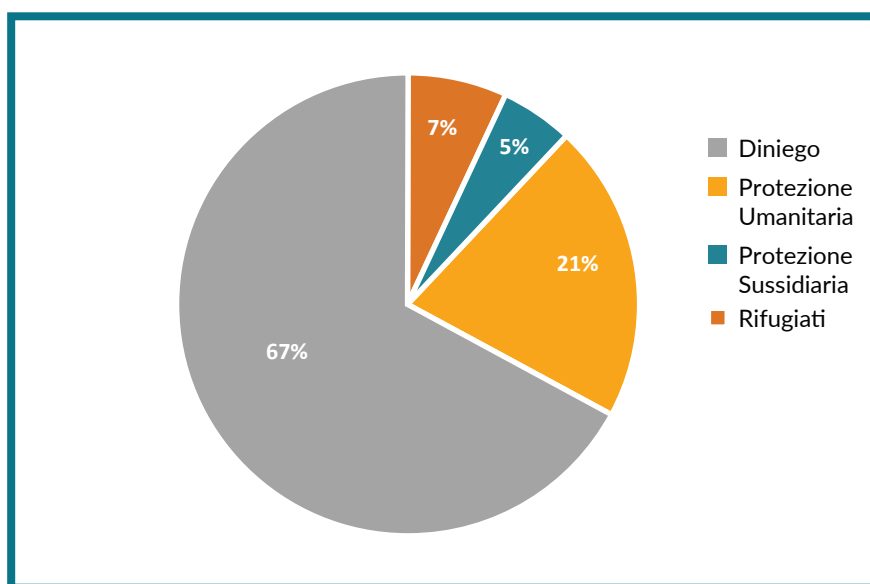
FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

ristretta e specifica rispetto a quella della protezione umanitaria, che comprendeva anche tutti coloro che, in caso di rimpatrio, avrebbero rischiato di subire trattamenti disumani o degradanti, o di incorrere in serie limitazioni delle proprie libertà democratiche.

I dati sul tipo di protezione concessa in Italia sono disponibili fino al 2018 secondo la precedente classificazione: asilo politico, protezione sussidiaria e protezione umanitaria, essendo i permessi speciali entrati in vigore dal 2019. Secondo i dati del Ministero dell'Interno¹³⁹, nel 2018 sono state esaminate circa 95mila (95.576) domande di asilo.

Lo status di rifugiato è stato ottenuto da 7.096 richiedenti asilo (7%), la protezione sussidiaria da 4.319 (5%) e la protezione umanitaria da 20.014 (21%). In totale quindi, nel 2018 circa 1 richiedente asilo su 3 ha ricevuto una forma di tutela.

Grafico 4.1 - Domande di asilo esaminate per esito, Italia, 2018, (%)



Fonte: Ministero dell'Interno

(http://www.libertacivilimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/riepilogo_anno_2018.pdf)

in permesso per lavoro. Il permesso per protezione sociale, già previsto nel testo di legge del 1998 che aveva introdotto la protezione umanitaria e confermato dal "Decreto Sicurezza", viene rilasciato agli stranieri che hanno necessità di protezione, ad esempio dalla criminalità organizzata o da associazioni per lo sfruttamento della prostituzione. Il permesso ha, in questo caso, durata di sei mesi rinnovabili per un anno e può essere convertito in permesso per lavoro. Il permesso per vittime di violenza domestica, anche questo già previsto nella legge del 1998, viene rilasciato agli stranieri per cui si accerta che siano vittime di situazioni di violenza o abuso tali da rappresentare un pericolo per la loro incolumità a causa della denuncia di tali violenze o abusi. Il permesso ha durata di un anno e può essere convertito in permesso per lavoro. Il permesso per sfruttamento lavorativo, infine, come i due precedenti già presente dal 1998, è rilasciato a stranieri che hanno denunciato casi di grave sfruttamento lavorativo. Il permesso ha durata di sei mesi rinnovabili per un anno e può essere convertito in permesso per lavoro. L'Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (Asgi) ha predisposto una scheda su "Le principali novità sui permessi di soggiorno introdotte dal Decreto-legge n. 113 del 2018", https://www.meltingpot.org/IMG/pdf/dl-113-18_permessi-di-soggiorno_scheda-per-operatori_31.10.18.pdf (consultato il 19.02.2020).

139. Cfr. http://www.libertacivilimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/riepilogo_anno_2018.pdf (consultato il 22.02.2020).



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea

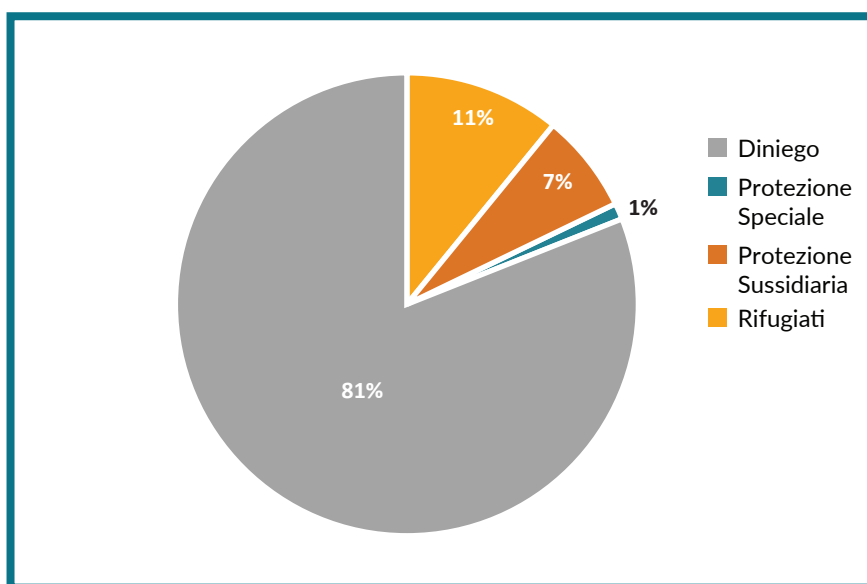


MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

I dati cambiano ovviamente nel 2019, non essendoci più la protezione umanitaria. Secondo i dati del Ministero dell'Interno⁹, anche nel 2019 sono state esaminate circa 95mila (95.060) domande di asilo. I rifugiati, però, sono 10.711 (oltre l'11%, dato in decisa crescita rispetto agli anni precedenti), 6.935 le protezioni sussidiarie (7%), 616 (1%) i permessi di soggiorno temporanei per casi speciali, mentre la percentuale dei dinieghi, cioè di risposte negative alla domanda di asilo, sale dal 67% del 2018 all'81% del 2019.

Grafico 4.2 - Domande di asilo esaminate per esito, Italia, 2019, (%)



Fonte: Ministero dell'Interno

(http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/nuove_schede_riepilogative_al_31_dicembre_2019_0.pdf)

Va precisato che questi numeri si riferiscono agli esiti delle richieste esaminate dalle Commissioni Territoriali per il Riconoscimento della Protezione Internazionale. Coloro che ricevono un diniego possono presentare ricorso. Nel 2018 il 40% dei ricorrenti ha ottenuto una forma di protezione in seconda istanza, nel 2019 il 36%¹⁴¹. Questo netto incremento della percentuale dei dinieghi ha inevitabilmente causato un aumento degli immigrati irregolari presenti sul territorio italiano¹⁴².

140. http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/nuove_schede_riepilogative_al_31_dicembre_2019_0.pdf (consultato il 25.02.2020).

141. Con tutti i limiti delle comparazioni tra contesti anche profondamente diversi, per ciò che concerne l'incidenza di decisioni positive sul totale in prima istanza, nel 2019 l'Italia presenta una percentuale al di sotto della media Ue, appena il 19% contro il 38% dell'Unione europea, e per giunta in netto peggioramento rispetto al 2018, quando le percentuali erano rispettivamente il 33% e il 37%. Per quanto riguarda le decisioni positive su ricorso, invece, l'Italia presenta una percentuale al di sopra della media Ue: il 36% contro il 31% dell'Unione europea nel 2019 e il 40% contro il 38% dell'Unione europea nel 2018. Cfr. EUROSTAT, EU granted protection to almost 300000 asylum seekers in 2019, 2020, <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10774018/3-27042020-AP-EN.pdf/b8a85589-ab49-fdef-c8c0-b06c0f3db5e6> (consultato il 28.02.2020).

142. Cfr. L. M. Alvaro, Migranti, le politiche di Salvini mettono in strada 35mila "clandestini" del 10.07.2019, <http://www.vita.it/it/article/2019/07/10/migranti-le-politiche-di-salvini-mettono-in-strada-35mila-clandestini/152188/> (consultato il 28.02.2020).



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

4.4.2 "Decreto Sicurezza" e sistema di accoglienza dei migranti

Il "Decreto Sicurezza" ha anche modificato radicalmente l'impostazione del sistema di accoglienza dei migranti sul territorio italiano¹⁴³.

Nel nostro Paese il sistema di accoglienza opera su due livelli: prima accoglienza, che comprende gli Hotspot e i Centri di prima accoglienza, e seconda accoglienza, che comprende il SIPROIMI (Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati), che, con il "Decreto Sicurezza", ha sostituito lo SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati). Poi ci sono i CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria), che rappresentano un ibrido tra prima e seconda accoglienza.

I migranti, appena arrivati in Italia, vengono raccolti negli Hotspot e in questi centri collettivi ricevono le prime cure mediche, vengono sottoposti a screening sanitario, vengono identificati e fotosegnalati e possono richiedere la protezione internazionale.

Gli Hotspot sono quattro¹⁴⁴ e si trovano a: Taranto (400 posti letto), Pozzallo (300 posti), Messina (250 posti) e Lampedusa (che garantisce una capienza ridotta a 96 posti, causa lavori di ristrutturazione per il ripristino della funzionalità del Centro, andato distrutto a seguito di due incendi). A maggio 2019, negli Hotspot sono presenti 90 migranti¹⁴⁵.

Dopo una prima valutazione, i migranti che fanno domanda di asilo vengono trasferiti (in teoria entro 48 ore) nei Centri di prima accoglienza.

I Centri di prima accoglienza, a maggio 2019, sono 12, contro i 15 del 2018, e sono distribuiti in 7 regioni: Calabria, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Puglia, Sicilia e Veneto.

Dal 2008 operano in Puglia tre Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo (CARA) che possono svolgere all'occasione la funzione di Centro di accoglienza per le persone appena sbarcate sul territorio pugliese ed ancora in via di identificazione: Bari - Palese, Brindisi Restinco e Foggia Borgo Mezzanone.

Il CARA di Bari - Palese è un grande complesso ospitato all'interno della base dell'Aeronautica Militare, nei pressi della vecchia pista dell'aeroporto militare. Aperto ufficialmente nel 2008, ha una capienza regolamentare prevista dal Decreto istitutivo di 744 posti, anche se può tollerare fino a 1.488 ospiti¹⁴⁶.

Il CARA di Brindisi Restinco si trova in aperta campagna nei pressi della caserma del battaglione San Marco, lungo la strada provinciale che collega Brindisi e San Vito dei Normanni. Aperto ufficialmente nel 2008, ha una capienza regolamentare prevista dal Decreto istitutivo di 128 posti, anche se può tollerare fino a 308 ospiti¹⁴⁷.

Il CARA di Foggia Borgo Mezzanone si trova in aperta campagna, a poco meno di due chilometri da Borgo Mezzanone, frazione del Comune di Manfredonia (FG), ed a quasi venti chilometri dal centro urbano più vicino

¹⁴³. Il sistema di accoglienza in Italia è disciplinato dal Decreto legislativo n. 142 del 2015, adottato in attuazione delle Direttive europee n. 32 e 33 del 2013. Successivamente, alcune integrazioni e modifiche sono state apportate dapprima dal Decreto-legge n. 13 del 2017, che ha previsto alcuni interventi urgenti in materia di immigrazione, poi dalla Legge n. 47 del 2017 sui minori stranieri non accompagnati e infine dal Decreto legislativo n. 220 del 2017.

¹⁴⁴. I dati si riferiscono a maggio 2019.

¹⁴⁵. Si tratta di dati contenuti nell'Indagine conoscitiva in materia di politiche di immigrazione, diritto di asilo e gestione dei flussi migratori effettuata dal prefetto Michele di Bari, Capo del Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione presso il Ministero dell'Interno dal 30.04.2019, p. 6, https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisiti/pdfs/000/001/791/Memorie_Prefetto_Michele_Di_Bari.pdf (consultato il 02.03.2020).

¹⁴⁶. Il CARA di Bari-Palese, inoltre, è organizzato in 31 moduli abitativi prefabbricati, composti da 4 unità abitative di 20mq, disposti attorno ad un grande spiazzo centrale dove insiste il tendone della sala mensa. È presente una chiesetta di 25 mq, una moschea di 250 mq e una ludoteca per bambini di 70 mq.

¹⁴⁷. Il CARA di Brindisi Restinco, inoltre, è circondato da mura alte 3 metri che lo rendono completamente invisibile all'esterno, in quanto, al suo interno, insiste anche il fabbricato del Centro di Permanenza e Rimpatrio (CPR). L'area degli alloggi occupa la parte centrale della zona recintata. Essa è composta da 4 moduli abitativi ognuno dei quali comprende 4 unità abitative di 20 mq che affacciano su un cortile centrale condiviso.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

(Foggia). Aperto ufficialmente nel 2005, ha una capienza regolamentare prevista dal Decreto istitutivo di 636 posti anche se può tollerare fino a 1.071 ospiti¹⁴⁸.

In tutti e tre i Centri è presente un servizio di primo soccorso sempre attivo per le situazioni d'emergenza e un ambulatorio medico aperto in determinate fasce orarie.

Coloro che non fanno domanda di asilo, invece, anche se pochi, vengono condotti nei CPR (Centri di permanenza per il rimpatrio), ex CIE (Centri di Identificazione ed Espulsione). I CPR sono Centri dove vengono rinchiusi coloro che hanno ricevuto un provvedimento di espulsione e devono essere rimpatriati. Nel "Decreto Minniti-Orlando"¹⁴⁹, che ha istituito i CPR, i migranti potevano essere trattenuti per un massimo di 90 giorni, estesi a 180 dal "Decreto Salvini". A livello nazionale, i CPR sono attualmente 7 e si trovano a Bari, Brindisi, Caltanissetta, Potenza - Palazzo San Gervasio, Roma, Torino e Trapani - Milo, per un totale di circa mille posti (1.085), con 540 presenze a maggio 2019¹⁵⁰.

Tabella 4.1 - Cittadini stranieri presenti presso C.P.R., Italia, 20.05.2019, (v.a.)

	CAPIENZA TEORICA	CAPIENZA EFFETTIVA	PRESENZE
Bari	126	81	71
Brindisi	48	48	47
Caltanissetta	96	72	66
Potenza (Palazzo S. Gervasio)	150	100	99
Roma	250	125	40
Torino	210	147	141
Trapani (Milo)	205	205	76
TOTALE	1.085	778	42,7

Fonte: Ministero dell'Interno

(https://www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisiti/pdfs/000/001/791/Memorie_Prefetto_Michele_Di_Bari.pdf)

In Puglia i CPR operativi, che si trovano a Bari e a Brindisi, sono rivolti esclusivamente a soggetti adulti di genere maschile. Il CPR di Bari - Palese è stato costruito nel 2006 appositamente per funzionare come centro di detenzione per migranti ed è costituito da un unico fabbricato. Il CPR di Brindisi Restinco, situato all'interno della cinta muraria che ospita anche il CARA, è stato aperto nel 1999 ed ha funzionato fino al 2005 come Centro di permanenza temporanea per immigrati irregolari in via di espulsione.

¹⁴⁸. Il CARA di Foggia Borgo Mezzanone, inoltre, copre una superficie molto vasta che un tempo costituiva una base dell'aeronautica militare, ormai dismessa. L'area degli alloggi è divisa in due zone distinte. La prima zona è composta da due fabbricati da 17 e 18 stanze, la seconda, invece, da 18 moduli abitativi da 4 unità abitative di 20 mq ciascuno che affacciano su un cortile centrale condiviso. È presente una moschea di 70 mq, una sala socialità con tavolo da ping-pong e due biliardini, utilizzata all'occorrenza anche come ludoteca per i bambini.

¹⁴⁹. Decreto-legge n. 13 del 17.02.2017, Disposizioni urgenti per l'accelerazione dei procedimenti in materia di protezione internazionale, nonché per il contrasto dell'immigrazione illegale, Gazzetta Ufficiale n. 40 del 17.02.2017. Cfr. A. M. Baroni, E. Di Agosta, G. Pintus, G. Paciullo, Il nuovo diritto dell'immigrazione dopo il decreto Minniti-Orlando. Protezione internazionale e contrasto all'immigrazione illegale dopo il d.l. n. 13 del 2017, Dika Giuridica Editrice, 2017.

¹⁵⁰. M. di Bari, Indagine conoscitiva in materia di politiche di immigrazione, diritto di asilo e gestione dei flussi migratori, p. 23.



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

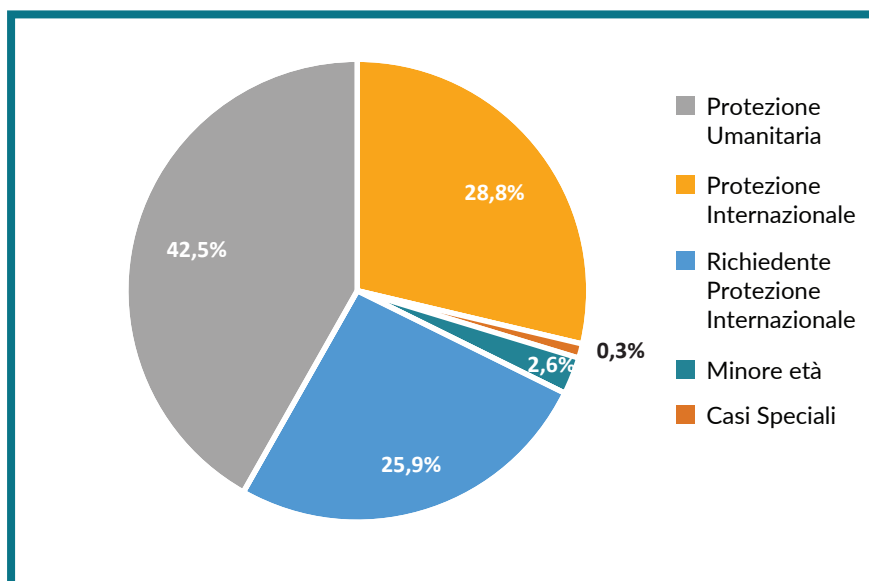
FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

Prima del “Decreto Sicurezza”, una volta transitati dagli Hotspot e dai Centri di prima accoglienza, i richiedenti asilo venivano assegnati alla seconda accoglienza, entrando a far parte del programma SPRAR. Ora non è più così. I richiedenti asilo rimangono in un’eterna prima accoglienza, finendo nei CAS. L’ex SPRAR, ora ribattezzato SIPROIMI, si rivolge solo a coloro che hanno già ottenuto una risposta positiva alla domanda di protezione internazionale, ai minori stranieri non accompagnati e ai titolari di un permesso di soggiorno temporaneo per casi speciali.

Va detto che già dal 2014, quando i numeri dei migranti in arrivo sulle coste italiane cominciarono a salire, molti richiedenti asilo venivano di fatto dirottati sui CAS, visto che il programma SPRAR era di piccole dimensioni e doveva ospitare anche rifugiati e titolari di protezione sussidiaria e umanitaria.

Secondo l’ultimo Rapporto SPRAR/SIPROIMI¹⁵¹, su un totale di 41.113 persone accolte nel sistema nel 2018, i richiedenti asilo sono il 25,9% (più di 10.500) dei beneficiari dei progetti¹⁵², percentuale che era del 47,3% nel 2016 e del 36,1% nel 2017. Il 71,3% dei beneficiari sono, invece, titolari di una forma di protezione: 28,8% di protezione internazionale e 42,5% di protezione umanitaria. A questi, si aggiungono i 1.072 beneficiari di un titolo di protezione per minore età (2,6% del totale), e 120 titolari di casi speciali (0,3%)¹⁵³.

Grafico 4.3 - Cittadini stranieri ospiti in SPRAR/SIPROIMI, per tipologia, Italia, 2018, (%)



Fonte: Ministero dell’Interno e Anci

(<https://www.sprar.it/wp-content/uploads/2019/11/Atlante-Sprar-Siproimi-2018-leggero.pdf>)

¹⁵¹. Ministero dell’Interno, ANCI e Cittalia – Fondazione ANCI, Rapporto Annuale SPRAR/SIPROIMI (Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati) – Atlante SPRAR/SIPROIMI 2018, 2019, p. 6-43, <https://www.sprar.it/wp-content/uploads/2019/11/Atlante-Sprar-Siproimi-2018-leggero.pdf> (consultato il 28.02.2020).

¹⁵². Sebbene il Decreto-legge n. 113 del 2018 sia in vigore dal 04.10.2018, nel corso del 2018 tanti sono i beneficiari presenti all’interno del Sistema che godono dei titoli (e relativi diritti) ante-decreto: infatti, i richiedenti asilo presenti “rimangono in accoglienza fino alla scadenza del progetto in corso, già finanziato” (ex art. 12, comma 5, ibidem).

¹⁵³. Sebbene tale forma di protezione sia stata abrogata con il Decreto-legge n. 113 del 2018, i beneficiari titolari di tale forma di protezione hanno diritto di rimanere



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

Fino al “Decreto Sicurezza”, tutti coloro che accedevano al sistema di accoglienza (richiedenti asilo, rifugiati, titolari di protezione sussidiaria, titolari di protezione umanitaria) avevano diritto agli stessi servizi.

La nuova ratio è quella di non continuare ad investire sull'integrazione di stranieri di cui non si ha ancora certezza circa la loro permanenza regolare sul territorio italiano, offrendo un'accoglienza integrata, comprensiva di servizi volti all'integrazione sociale ed economica, esclusivamente a chi ha ottenuto la protezione internazionale¹⁵⁴.

Ai richiedenti asilo, pertanto, spettano solo vitto e alloggio. Poi, se otterranno una forma di protezione accederanno anche agli altri servizi diversamente verranno rimpatriati.

La pratica di asilo, però, prevede tempi molto lunghi: mesi, anni. Mesi, anni in cui chi è in attesa di una decisione da parte della Commissione Territoriale per il Riconoscimento della Protezione Internazionale non entra nel circuito dell'integrazione nel contesto locale.

Coloro la cui domanda viene respinta, inoltre, raramente vengono rimpatriati. Molti restano in Italia per lungo tempo senza aver ricevuto adeguato supporto, vivendo ai margini della società e rafforzando il lavoro nero e la piccola criminalità¹⁵⁵.

Lo SPRAR risulta fortemente ridimensionato da questa nuova impostazione, che permette di dedicare minor fondi al sistema di accoglienza, con la conseguenza che molti operatori hanno visto ridursi le ore lavorative o hanno, addirittura, perso il lavoro.

Il funzionamento del sistema di seconda accoglienza, sebbene lo SPRAR sia stato sostituito dal SIPROIMI, è rimasto sostanzialmente invariato. Lo SPRAR è stato istituito con la Legge n. 189 del 2002¹⁵⁶, anche se, in realtà, una rete di accoglienza decentrata che coinvolgeva comuni e organizzazioni del Terzo settore nella sperimentazione di esperienze di accoglienza era già attiva dal 1999. Si tratta, quindi, di una pratica dal basso, che è poi stata istituzionalizzata diventando un sistema nazionale.

Il sistema è coordinato dal Ministero dell'Interno in collaborazione con l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI). Gli enti locali che scelgono di aderire allo SPRAR/SIPROIMI possono fare domanda per accedere ai fondi ministeriali in qualsiasi momento, rispondendo ad un avviso pubblico sempre aperto.

Una volta che la domanda viene approvata dal Ministero, l'ente locale riceve un finanziamento triennale per l'attivazione di un progetto SPRAR/SIPROIMI sul proprio territorio. A quel punto l'ente pubblica a sua volta una gara d'appalto per assegnare le risorse ottenute ad un ente gestore che deve essere un ente non profit (cooperative o associazioni). La proposta ritenuta migliore ottiene l'appalto per la conduzione del progetto, con il Comune che rimane comunque come ente di riferimento.

I progetti devono implementare il principio base del sistema SPRAR/SIPROIMI: l'accoglienza integrata, che implica la costituzione di una rete locale (con enti del Terzo settore, volontariato, ma anche altri attori) per curare un'integrazione completa nella comunità locale, da realizzarsi attraverso attività di inclusione sociale, scolastica, lavorativa, culturale.

Gli enti gestori devono individuare gli alloggi in cui inserire i beneficiari, che possono essere appartamenti

all'interno del progetto SPRAR/SIPROIMI fino alla scadenza del periodo temporale previsto dalle disposizioni di attuazione sul funzionamento del medesimo Sistema di protezione e comunque non oltre la scadenza del progetto di accoglienza sino alla naturale conclusione dello stesso (ex art. 12, comma 6, ibidem).

¹⁵⁴. Oltre ai titolari di un permesso di soggiorno temporaneo per casi speciali e ai minori stranieri non accompagnati.

¹⁵⁵. Cfr. M. Ambrosini, *Sulla pelle dei rifugiati una nuova vittoria della propaganda del 09.11.2018*, <https://www.lavoce.info/archives/55815/sulla-pelle-dei-rifugiati-una-nuova-vittoria-della-propaganda/> (consultato il 01.02.2020).

¹⁵⁶. Legge n. 189 del 30.07.2002, *Modifica alla normativa in materia di immigrazione e asilo*, Gazzetta Ufficiale n. 199 del 26.08.2002.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

o centri collettivi di piccole (15 persone circa), medie (fino a 30 persone) o grandi (più di 30 persone) dimensioni. Di fatto vengono utilizzati soprattutto gli appartamenti. Negli alloggi gli ospiti possono restare per sei mesi, prorogabili di altri sei mesi, durante i quali sono accompagnati a trovare una sistemazione autonoma. Oltre agli alloggi, gli enti gestori sono chiamati a fornire una serie di beni e servizi: pulizia e igiene ambientale (che sono comunque anche svolti dagli ospiti in autogestione); manutenzione delle strutture; vitto (colazione e due pasti principali, meglio se gestiti in autonomia dagli ospiti); attrezzature per la cucina; abbigliamento, biancheria e prodotti per l'igiene personale di base; una scheda telefonica e/o ricarica; l'abbonamento al trasporto pubblico urbano o extraurbano sulla base delle caratteristiche del territorio.

Ci sono poi una serie di altri servizi per l'inserimento sociale che fanno la differenza al fine del raggiungimento di una reale accoglienza e integrazione: iscrizione alla residenza anagrafica del Comune; ottenimento del codice fiscale; iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale; inserimento a scuola di tutti i minori; supporto legale; assistenza psicologica; realizzazione di corsi di lingua italiana, o iscrizione e accompagnamento a corsi organizzati a livello territoriale; formazione al lavoro; orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo; orientamento e accompagnamento all'inserimento abitativo; attività socio-culturali, sportive e di volontariato.

Gli enti gestori assumono personale competente che lavori nei progetti a supporto dei beneficiari. Si tratta solitamente di: personale di coordinamento e amministrazione, operatori sociali, psicologi, assistenti sociali, operatori legali, interpreti e mediatori culturali, insegnanti di lingua italiana, addetti alle pulizie, autisti, manutentori. Nel 2018 il totale di persone impiegate nei progetti SPRAR è stato di 13.958 persone (donne per il 60%)¹⁵⁷.

Deve essere, inoltre, garantito a ciascun ospite un pocket money giornaliero di circa 2-3 euro: una sorta di diaria data direttamente ai beneficiari, per le piccole spese quotidiane, che incide per meno del 10% sul costo dei progetti.

Il sistema SPRAR/SIPROIMI è diffusamente riconosciuto come una buona pratica sotto diversi punti di vista: garantisce un coordinamento proficuo tra Stato centrale ed enti locali, pone attenzione alla distribuzione territoriale dei migranti, garantisce un supporto all'inserimento sociale molto importante per prevenire conflitti con la popolazione locale, si prende cura anche di categorie vulnerabili con servizi dedicati, come i minori stranieri non accompagnati e i disabili.

157. Ministero dell'Interno, ANCI e Cittalia – Fondazione ANCI, Rapporto Annuale SPRAR/SIPROIMI (Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati) – Atlante SPRAR/SIPROIMI 2018, 2019, p. 68.



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

Di seguito la Carta dei Comuni italiani interessati dalla rete SPRAR/SIPROIMI nel 2018.

Carta 4.1 - Comuni interessati dalla rete SPRAR/SIPROIMI, Italia, 2018



Fonte: Atlante SPRAR 2018

(<https://www.siproimi.it/wp-content/uploads/2019/11/Atlante-Sprar-Siproimi-2018-leggero.pdf>)

I dati aggiornati a febbraio 2020 ci dicono che rispetto al 2018 è diminuito il numero dei progetti, da 877 a 808, il numero dei comuni coinvolti, da 655 a 594 e quello dei posti disponibili, da 35.881 a 31.264¹⁵⁸.

¹⁵⁸. I numeri non hanno subito un drastico cambiamento, in quanto la caduta del governo Conte I (il 20.08.2019 Conte si dimette da presidente del Consiglio dei Ministri, al termine di un lungo e animato confronto in Senato dovuto ad una mozione di sfiducia presentata dalla Lega, ritirata nel corso della stessa discussione parlamentare. Il governo resta in carica per il disbrigo degli affari correnti fino al 5 settembre, giorno in cui presta giuramento il governo Conte II) ha congelato la profonda rivisitazione del sistema. Cfr. <https://www.sprar.it/i-numeri-dello-sprar> (consultato il 01.03.2020).



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

Sempre a febbraio 2020, sul territorio pugliese, risultano 106 progetti SIPROIMI attivi: 75 ordinari, 19 per minori stranieri non accompagnati, tra cui 1 FAMI e 12 per disagio mentale o disabilità fisica, per un totale di 3.337 posti.

Per rispondere al bisogno di accoglienza delle centinaia di migliaia di richiedenti asilo in arrivo in Italia, soprattutto tra metà 2014 e metà 2017, sono stati introdotti i CAS, concepiti come strutture temporanee da aprire nel caso in cui si verificano arrivi consistenti e ravvicinati di richiedenti che non sia possibile accogliere tramite il sistema ordinario.

I CAS, tuttavia, sono nel tempo diventati la regola, e il loro nome è quanto mai improprio. Si tratta, infatti, non necessariamente di Centri (si possono usare anche appartamenti, come nello SPRAR/SIPROIMI) e l'accoglienza è tutt'altro che straordinaria.

Il "Decreto Sicurezza" li ha resi un passaggio obbligato del percorso dei richiedenti asilo in Italia. È in questi Centri, infatti, che i richiedenti asilo devono attendere la decisione della Commissione territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale.

Come gli SPRAR/SIPROIMI, anche i CAS vengono finanziati con il Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo. A differenza dei progetti SPRAR/SIPROIMI, gestiti da enti non profit su affidamento dei comuni, però, i CAS possono essere gestiti anche da enti non profit su affidamento diretto delle Prefetture. Ogni Prefettura territoriale pubblica, quindi, gare d'appalto periodiche per l'assegnazione della gestione dei posti in modalità CAS, basate su una retta giornaliera per ciascun utente.

I CAS possono essere gestiti in modalità accoglienza collettiva o accoglienza diffusa. L'accoglienza collettiva avviene in strutture che possono accogliere anche centinaia di persone: hotel, bed & breakfast, agriturismi, case coloniche. L'accoglienza diffusa avviene invece in appartamento.

La rinnovata disciplina organizzativa dei CAS è contenuta nello schema di capitolato di gara d'appalto per la fornitura di beni e servizi relativo alla gestione e al funzionamento dei Centri di prima accoglienza¹⁵⁹, pubblicato, nel dicembre 2018, dal Ministero dell'Interno, guidato da Salvini.

La retta media era, fino a dicembre 2018, di 35 euro a persona accolta al giorno. Con il nuovo schema di capitolato viene stabilito un ribasso del costo medio giornaliero per ogni migrante accolto che passa da 35 euro a 19,33 euro per i Centri con più di 1.800 posti, 20,84 euro per i Centri da 300 a 600 posti, 21,35 euro per l'accoglienza individuale in abitazioni, 26,35 euro per i Centri fino a 300 posti.

L'analisi dei bandi indetti dalle Prefetture per i CAS con il nuovo schema di capitolato, contenuta nel Rapporto "Invece si può!" curato dalla cooperativa In migrazione e da Oxfam, fa emergere come ad essere penalizzata sia soprattutto l'accoglienza diffusa, ossia nei piccoli appartamenti sparsi, a favore della concentrazione di migranti in centri di media e grande dimensione (v. Prospetto 1)¹⁶⁰.

159. Cfr. <https://www.interno.gov.it/it/amministrazione-trasparente/bandi-gara-e-contratti/schema-capitolato-gara-appalto-fornitura-beni-e-servizi-relativo-alla-gestione-e-funzionamento-dei-centri-prima-accoglienza>.

160. In migrazione e OXFAM Italia, *Invece si può! Storia di accoglienza diffusa*, 2019, https://www.inmigrazione.it/userfiles/file/oxfam_invece%20si%20pu%C3%B2_paper%20accoglienza_web.pdf (consultato il 04.03.2020).



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

Prospetto 4.1 - Importi a base d'asta in bandi indetti dalle Prefetture per i CAS con il nuovo schema di capitolato varato dal Ministro Salvini

	PRO DIE PRO CAPITALE		TAGLIO FONDI RISPETTO AI PRECEDENTI BANDI (%)	
	2018	2019		
TIPOLOGIA DI CENTRO	Accoglienza diffusa in appartamenti	35,00 €	21,35 €	- 39 %
	Centri collettivi con 20 ospiti	35,00 €	26,35 €	- 25%
	Centri collettivi con 50 ospiti	35,00 €	26,35 €	- 25%
	Centri collettivi con 150 ospiti	35,00 €	26,35 €	- 25%
	Accoglienza diffusa in appartamenti	35,00 €	26,35 €	- 25%
	Centri collettivi con 300 ospiti	35,00 €	26,35 €	- 28%

Fonte: Elaborazione propria su dati Rapporto "Invece si può!" – In migrazione e OXFAM Italia
(https://www.inmigrazione.it/userfiles/file/oxfam_invece%20si%20pu%C3%B2_paper%20accoglienza_web.pdf)

Risultano fortemente limitati i servizi per l'integrazione: l'insegnamento della lingua italiana, il supporto alla preparazione per l'audizione in Commissione Territoriale per la propria richiesta di protezione internazionale, la formazione professionale, la gestione del tempo libero (attività di volontariato, di socializzazione con la comunità ospitante, attività sportive).

Spariscono o sono ridotte al minimo, inoltre, figure professionali volte al sostegno e assistenza in particolare alle persone vulnerabili: assistente sociale e psicologo. Tutti tagli che hanno inevitabilmente portato numerose cooperative a rinunciare a partecipare ai bandi, ritenendo impossibile poter offrire un servizio dignitoso e professionale¹⁶¹.

¹⁶¹. Cfr. A. M. Mira, *Centri di accoglienza straordinaria. È caos sui bandi: penalizzata l'integrazione del 26.01.2019*, https://www.avvenire.it/attualita/pagine/accoglienza-e-caos-sui-bandi?fbclid=IwAR0d5-g_2th_W_xWcbvJGzMiYfQNeCDmmCL7JqzmT496LQcejysVevCq3S8 (consultato il 29.12.2019) e L. Baratta, *Effetti collaterali / Migranti, bandi per l'accoglienza deserti. Ecco come le coop ora sfidano Salvini del 07.05.2019*, <https://www.linkiesta.it/2019/05/bandi-accoglienza-deserti-decreto-salvini/> (consultato il 14.01.2020).



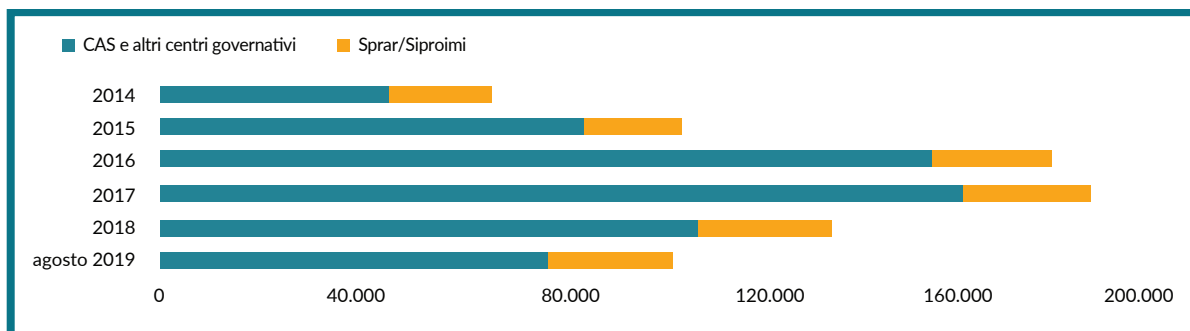
Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

Grafico 4.4 - Cittadini stranieri ospiti in CAS/altri centri governativi e Sprar/Siproimi, Italia, 2014 – 2019 (agosto), (v.a.)



Fonte: Ministero dell'Interno

(http://www.libertacivilimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/cruscotto_statistico_giornaliero_31-08-2019.pdf)

Secondo i dati del Ministero dell'Interno¹⁶², ad agosto 2019 sono presenti nel sistema di accoglienza dei migranti in Italia 101.540 persone, a febbraio 2020, invece, sono presenti 86.603 ospiti. Un dato in continua decrescita dal 2017, quando si era raggiunto il picco delle 184mila presenze (158.940 nei CAS e altri centri governativi e 24.741 negli SPRAR).

162. http://www.libertacivilimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/cruscotto_statistico_giornaliero_31-08-2019.pdf (consultato il 29.02.2020).



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

4.4.3 “Decreto Sicurezza” e residenza anagrafica dei richiedenti asilo

L'art. 13 del “Decreto Sicurezza” inserisce il comma 1-bis all'art. 4 del Decreto legislativo n. 142 del 2015¹⁶³, in base al quale il permesso di soggiorno per richiesta asilo non costituisce titolo per l'iscrizione anagrafica.

Numerosi giuristi hanno definito la norma non chiara, ambigua e contraddittoria. Se intesa in termini escludenti, secondo una certa giurisprudenza, sarebbe, inoltre, incompatibile con disposizioni previste dalla Costituzione e dal Diritto internazionale¹⁶⁴. Il comma è stato subito interpretato da numerose amministrazioni comunali in termini escludenti, impedendo, di fatto, alle persone richiedenti asilo di ottenere la residenza.

Al contempo, però, ha anche suscitato reazioni di dissenso e disapprovazione da parte di alcuni sindaci.

Otto di loro, condividendo l'interpretazione costituzionalmente orientata della norma, hanno sottoscritto, insieme a numerose organizzazioni della società civile, l'appello #dirittincomune¹⁶⁵ promosso da ActionAid e Asgi con cui si chiede appunto ai primi cittadini di impegnarsi a garantire l'iscrizione anagrafica ai richiedenti asilo. Numerosi ricorsi e

altrettante sentenze di tribunale¹⁶⁶, pur ammettendo che nelle intenzioni del legislatore vi sia una chiara volontà escludente, sottolineano che il capoverso sia, in realtà, privo dell'affermazione letterale che impedisce alle persone richiedenti asilo di chiedere e ottenere la residenza¹⁶⁷.

Secondo il giurista Morozzo della Rocca¹⁶⁸, l'iscrizione anagrafica non è semplicemente un diritto civile ma una posizione più simile ad uno status, da cui dipendono numerosi diritti e doveri sociali.

L'iscrizione anagrafica è necessaria per il rilascio del certificato di residenza e della carta d'identità, documenti che permettono di usufruire di alcuni servizi essenziali: l'inserimento dei figli negli asili, la presa in carico da parte degli assistenti sociali, l'accesso all'edilizia pubblica, la concessione di eventuali sussidi, l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale per la fruizione dei servizi ordinari, come ad esempio il medico di base (l'assistenza sanitaria d'urgenza, invece, rimane garantita anche agli irregolari).

In altri casi la residenza anagrafica svolge un ruolo che, pur non derivando direttamente dalla legge, ha una forte effettività pratica, come nelle procedure di assunzione, nella stipula di un contratto di locazione o per aprire un conto corrente bancario.

163. Decreto legislativo 18.08.2015, n. 142, Attuazione della Direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della Direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale, Gazzetta Ufficiale n. 214 del 15.09.2015.

164. Cfr. F. Ferri, L. Neri, L'iscrizione anagrafica dei richiedenti asilo. Una ricognizione del paesaggio giuridico dopo la conversione del dl n. 113 del 28.11.2019, https://www.questionegiustizia.it/articolo/l-iscrizione-anagrafica-dei-richiedenti-asilo_28-11-2019.php#_ftn1 (consultato il 07.03.2019).

165. Cfr. l'appello per i diritti dei richiedenti asilo <https://www.actionaid.it/informati/notizie/appello-diritti-dei-richiedenti-asilo> (consultato il 07.03.2020).

166. Cfr. l'Ordinanza del 07.12.2019 del Tribunale di Firenze <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2019/12/Tribunale-di-Firenze-ordinanza-7-dicembre-2019.pdf>; l'Ordinanza del 14.01.2020 del Tribunale di Bergamo <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2020/02/Tribunale-di-Bergamo-ordinanza-del-14-gennaio-2020-est.-De-Magistris-xxx-c.-Comune-di-Boltiere.pdf>; l'Ordinanza del 23.01.2020 del Tribunale di Palermo https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2020/01/2020_1_23_Tribunale_Palermo_anagrafe_asilo.pdf; l'Ordinanza del 28.01.2020 del Tribunale di Cagliari <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2020/02/iscrizione-anagrafica-Trib.-Cagliari.pdf>; l'Ordinanza del 17.02.2020 del Tribunale di Bologna https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2020/02/2020_TribBO_387.pdf e l'Ordinanza del 28.02.2020 del Tribunale di Bari <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2020/03/ordinanza-Tribunale-di-Bari-16814-2019.pdf>.

167. Questa breve frase, infatti, affermando che il permesso di soggiorno per richiesta asilo “non costituisce titolo” per l'iscrizione anagrafica, avrebbe unicamente l'effetto di far venire meno il “regime speciale” introdotto dal “Decreto Minniti-Orlando” del 2017, secondo cui le persone richiedenti asilo venivano iscritte all'anagrafe sulla base della dichiarazione del titolare della struttura ospitante. Secondo questa interpretazione quindi la persona richiedente asilo non è esclusa dall'accesso alla residenza anagrafica, ma semplicemente torna al regime ordinario, equiparata ai cittadini italiani, così come previsto dal Testo Unico Immigrazione (ai sensi dell'art. 6, comma 7). Insomma, una questione molto confusa, dove sta prevalendo però la linea escludente: a molti richiedenti asilo non viene di fatto concessa la residenza anagrafica.

168. Si veda P. Morozzo della Rocca, Vecchi e nuovi problemi riguardanti la residenza anagrafica nel diritto dell'immigrazione e dell'asilo del 16.01.2019, http://www.questionegiustizia.it/articolo/vecchi-e-nuovi-problemi-riguardanti-la-residenza-anagrafica-nel-diritto-dell-immigrazione-e-dell-asilo_16-01-2019.php (consultato il 30.03.2020).



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

In ambito lavorativo, le persone richiedenti protezione internazionale possono a norma di legge svolgere un impiego dopo due mesi dal primo permesso di soggiorno; tuttavia, non potendo più iscriversi al centro per l'impiego per mancanza della residenza, vengono di fatto escluse dalle politiche attive del lavoro, nonché dallo stato di disoccupazione.

Sebbene la situazione sul territorio italiano sia molto variegata e disomogenea – in alcuni comuni per accedere a questi servizi è necessaria la residenza, mentre per altri è sufficiente il domicilio o la residenza fittizia, il “Decreto Sicurezza” ha creato una maggiore ambiguità interpretativa della legge e una maggiore arbitrarietà da parte dei funzionari amministrativi nel riconoscere i diritti.

4.4.4 Legge n. 77, 8 agosto 2019 - “Decreto Sicurezza bis”

Per completezza è opportuno fare un cenno al “Decreto Sicurezza bis”³⁸ perlomeno per gli aspetti relativi al fenomeno migratorio.

Una delle novità introdotte dal Decreto-legge n. 53 del 2019, divenuto legge l'8 agosto dello stesso anno (Legge n. 77 del 2019)³⁹, è il trasferimento della competenza sulla decisione di chiudere l'accesso alle acque territoriali italiane per le navi che trasportano migranti dal Ministero delle Infrastrutture a quello dell'Interno.

Il Ministro dell'Interno può, quindi, per motivi di ordine e sicurezza pubblica, limitare o vietare l'ingresso, il transito o la sosta di navi nel mare territoriale, limitatamente alle violazioni delle leggi di immigrazione e comunque di concerto con il Ministro della Difesa e con il Ministro delle Infrastrutture.

È, inoltre, prevista una sanzione da 150mila euro

a un milione di euro per le navi che violano il divieto di ingresso, transito e sosta in acque territoriali italiane. La nave può anche essere sottoposta a sequestro e il comandante che compie il delitto di resistenza o violenza contro una nave da guerra, in base all'art. 1100 del Codice della Navigazione, può essere arrestato⁴⁰.

La norma non fa esplicito riferimento alle navi delle ONG, ma è chiaramente mirata a loro, anche se ha come effetto quello di applicarsi anche a navi commerciali o di pescatori nel caso in cui decidano di salvare delle persone e portarle in acque territoriali italiane.

Il “Decreto Sicurezza bis” istituisce anche un fondo per finanziare interventi di cooperazione che abbiano tra gli obiettivi quello di regolare e supportare i rimpatri di persone irregolarmente presenti in Italia verso paesi non appartenenti all'Unione europea. Il fondo è di due milioni di euro per il 2019 con la possibilità di essere incrementato fino a 50 milioni di euro all'anno.

È stata dichiarata la volontà dell'attuale governo Conte II di apportare importanti modifiche al “Decreto Sicurezza” e al “Decreto Sicurezza bis”. Ad oggi entrambi sono ancora in vigore.

169. Decreto-legge 14.06.2019, n. 53, Disposizioni urgenti in materia di ordine e sicurezza pubblica, Gazzetta Ufficiale n. 138 del 14.06.2019.

170. Legge 08.08.2019, n. 77, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 giugno 2019, n. 53, recante disposizioni urgenti in materia di ordine e sicurezza pubblica, Gazzetta Ufficiale n. 186 del 09.08.2019.

171. L'ex Ministro dell'Interno Minniti ha introdotto nell'estate del 2017, un codice di condotta per le navi umanitarie nel Mediterraneo.