



Data pubblicazione 08.04.2014

La salute degli stranieri tra Stato e Regioni (prime osservazioni)¹.

di

Alberto Randazzo

1. Cenni introduttivi

In materia di diritto alla salute degli stranieri², la legislazione regionale sembra svolgere un ruolo di non secondario rilievo, ruolo peraltro riconoscibile per ciò che attiene la tutela dei diritti fondamentali in genere³, raggiungendo livelli di tutela che spesso la legislazione nazionale non riesce a garantire⁴. Occorre rilevare che i richiami (generici) alla tutela dei diritti rappresentano una costante nella legislazione regionale; tuttavia, si è scelto di non soffermarsi sul punto oltre modo ed appuntare l'attenzione sulle previsioni normative che particolarmente incidono sul diritto alla salute dei non cittadini.

In questa sede, ci si prefigge di indagare come, negli anni, talune leggi regionali – operando nel dettaglio, al cospetto di una disciplina statale non particolarmente incisiva – abbiano spinto in avanti le frontiere stabilite in materia dal Testo unico sull'immigrazione e dalla giurisprudenza

¹ Il presente lavoro costituisce la versione rielaborata ed ampliata di un contributo che farà parte di AA.VV., *Diritti e Autonomie*, A. Morelli e L. Trucco (a cura di), in corso di pubblicazione con la casa editrice Giappichelli.

² Sul tema, di recente, v. S. BUDELLI, *Immigrazione: salute, sicurezza, sussidiarietà*, Torino 2012.

³ In argomento, tra i molti altri, cfr. E. LONGO, *Regioni e diritti. La tutela dei diritti nelle leggi e negli statuti regionali*, Macerata 2007; A. RUGGERI, *Regioni e diritti fondamentali*, ora in "Itinerari" di una ricerca sul sistema delle fonti, XV, *Studi dell'anno 2011*, Torino 2012, 169 ss.

⁴ Sull'importante ruolo svolto dalle Regioni in riferimento alla tutela degli immigrati, v., tra i molti altri, A. PATRONI GRIFFI, *I diritti degli stranieri tra Costituzione e politiche regionali*, in AA.VV., *Diritti sociali tra regionalismo e prospettive federali*, a cura di L. Chieffi, Padova 1999, 350 s.; E. GROSSO, (voce) *Straniero (status dello)*, in *Diz. dir. pubbl.*, VI, Milano 2006, 5793; S. MABELLINI, *La dimensione sociale dello straniero tra uniformità (sovranaazionale) e differenziazione (regionale)*, in *Giur. cost.*, 1/2011, 814.

costituzionale, principali fonti di riferimento qui prese in considerazione e dalle quali occorre partire se dal piano generale (statale) si vuole giungere a quello particolare (regionale). Non sarà superfluo rilevare le differenze di trattamento degli stranieri regolari rispetto a quelli irregolari, in modo da verificare se e quanto lo *status* di questi ultimi venga (o meno) preso in considerazione dal legislatore (statale e/o regionale) e dai giudici (costituzionali e non) nel predisporre mezzi e forme della tutela in discorso.

2. Il contributo del Testo unico sull'immigrazione e della giurisprudenza costituzionale alla definizione del modello

Come si diceva, prima di scendere *in medias res*, non si può fare a meno di accennare a quanto stabilito da legislatore e giudice costituzionale in tema di diritto alla salute degli stranieri, in modo da provare a delinearne il modello⁵; solo così si potrà davvero apprezzare il contributo regionale in materia.

Nel Testo unico sull'immigrazione (d. lgs. n. 286 del 1988), come integrato da ultimo dalle modifiche apportate dal d.l. n. 93 del 2013, la tutela della salute degli stranieri si rintraccia nel combinato disposto degli artt. 2, 34 e 35⁶. A norma del I comma della prima previsione adesso richiamata, “allo

⁵ In argomento, v. tra i molti altri, P. BONETTI e M. PASTORE, *L'assistenza sanitaria*, in AA.VV., *Diritto degli stranieri*, a cura di B. Nascimbene, Padova 2004, 974 ss.; S. PENASA, *Diritto alla salute, diritto di tutti? Riflessioni a prima lettura sulle possibili innovazioni legislative in materia di accesso alle cure degli stranieri irregolari*, in www.forumcostituzionale.it, 30 aprile 2009; F. BIONDI DAL MONTE, *Lo Stato sociale di fronte alle migrazioni. Diritti sociali, appartenenza e dignità della persona*, in www.gruppodipisa.it, 3 settembre 2012, § 2 s., e ID., *I diritti sociali degli stranieri. Politiche di appartenenza e condizioni di esclusione nello Stato sociale*, in AA.VV., *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza*, Atti del Convegno di Trapani, 8-9 giugno 2012, a cura di E. Cavasino, G. Scala, G. Verde, Napoli 2013, 197 ss.

⁶ V. anche l'art. 40, spec. III comma, del Testo unico; sul rapporto tra il comma I-bis di questa previsione e l'art. 2, alla luce di quanto detto dalla Corte costituzionale, cfr. C. SALAZAR, *Dieci anni dopo la riforma del Titolo V: il “ruolo” delle fonti regionali*, in AA.VV., *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e alla sua riforma*, a cura di S. Mangiameli, I, Milano 2012, 246 ss.

straniero comunque presente alla frontiera o nel territorio dello Stato sono riconosciuti i diritti fondamentali della persona umana previsti dalle norme di diritto interno, dalle convenzioni internazionali in vigore e dai principi di diritto internazionale generalmente riconosciuti” e, al II comma, si aggiunge che “lo straniero regolarmente soggiornante nel territorio dello Stato gode dei diritti in materia civile attribuiti al cittadino italiano, salvo che le convenzioni in vigore per l’Italia e il presente testo unico dispongano diversamente”. Gli artt. 34 e 35 disciplinano l’assistenza in materia sanitaria per gli stranieri che sono iscritti al Servizio sanitario nazionale e per coloro che non lo sono; le categorie di soggetti elencate nella prima delle due norme “hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all’obbligo contributivo, all’assistenza erogata in Italia dal servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale”, mentre a coloro che rientrano nel secondo disposto e che si trovano sul territorio nazionale in una condizione di irregolarità è garantita una tutela del diritto alla salute che non può definirsi piena, essendo limitata alle “cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio”⁷.

Da questi primi cenni si evince la regola generale in base alla quale lo straniero che sia in regola con le condizioni di ingresso e soggiorno nel territorio della Repubblica gode dello stesso livello di tutela del bene-salute rispetto ai cittadini italiani; gli irregolari, invece, beneficiano di quel nucleo irriducibile di protezione che la Corte costituzionale in più occasioni ha individuato come insopprimibile sfera da salvaguardare, siccome argine

⁷ Si specifica poi che “sono, in particolare, garantiti: a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità [...]; b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989 [...]; c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell’ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni; d) gli interventi di profilassi internazionali; e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventualmente bonifica dei relativi focolai”.

invalicabile di tutela della dignità umana⁸. Ed effettivamente il ruolo svolto dal giudice delle leggi non pare di scarso rilievo⁹; si tratta di un orientamento che è stato costante nel tempo e che pare essersi ormai consolidato¹⁰. Si è dell'avviso che talune recenti decisioni abbiano cristallizzato l'orientamento della Consulta al riguardo; il riferimento è, in particolare, alle sentt. nn. 269¹¹ e 299 del 2010,

⁸ Nutrita la letteratura al riguardo; da ultimo, per considerazioni di carattere generale, v. D. MESSINEO, *La garanzia del "contenuto essenziale" dei diritti fondamentali. Dalla tutela della dignità umana ai livelli essenziali delle prestazioni*, Torino 2012 (spec. 127 ss.). Con riferimento al diritto alla salute, v. E. CASTORINA, *Riflessioni sul contenuto minimo del diritto fondamentale alla salute: la sperimentazione 'terapeutica' di farmaci ed il 'rispetto della persona umana'*, in *Giur. cost.*, 4/1998, 2535 ss.; da ultimo, per alcuni cenni, v. E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli 2012, 90, ma *passim*, e A. ROVAGNATI, *La pretesa di ricevere prestazioni nell'ordinamento costituzionale repubblicano*, in *AA.VV.*, *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia*, cit., 178 ss.

⁹ Sul ruolo della Corte costituzionale e dei giudici comuni in tema di tutela dei diritti degli stranieri, tra i tanti, v. A. APOSTOLI, *Irragionevoli scelte legislative versus decisioni giudiziarie di ripristino della legalità costituzionale: il «non-cittadino» nell'ordinamento italiano*, in *www.rivistaaic.it*, 4/2011, § 5. Cfr. anche E. GROSSO, *La protezione dei diritti costituzionali nella prospettiva multiculturale*, in *Studi in onore di L. Arcidiacono*, IV, Torino 2010, 1788 (ma anche 1800); F. BIONDI DAL MONTE, *Lo Stato sociale di fronte alle migrazioni*, cit., § 3.1 s. Pure E. VIVALDI, *I diritti sociali tra Stato e Regioni: il difficile contemperamento tra il principio unitario e la promozione delle autonomie*, in *www.gruppodipisa.it*, 3 settembre 2012, § 6, in chiusura del suo scritto, rileva che spetta alla Corte "risolvere i delicati problemi di contemperamento tra esigenze di tutela uniforme dei diritti e promozione delle autonomie".

¹⁰ Che quello alla salute sia un diritto "garantito a ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato", suscettibile di prendere parte ad operazioni di bilanciamento da parte del legislatore, e che si abbia un "nucleo essenziale del diritto alla salute connesso all'inviolabilità della persona umana", il giudice delle leggi lo ha detto in più occasioni, considerando tale nucleo – come detto – espressione della dignità umana. I riferimenti sono tratti da Corte cost. n. 304 del 1994, pp. 2 (ove si rimanda ad altre pronunce) e 5 del *cons. in dir.*, ma v. anche la nota sent. n. 252 del 2001, nella quale si legge che è "salva, comunque, la garanzia di 'un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto' (cfr., *ex plurimis*, le sentenze n. 509 del 2000, n. 309 del 1999 e n. 267 del 1998)". Il giudice delle leggi aggiunge che "questo 'nucleo irriducibile' di tutela della salute quale diritto fondamentale della persona deve perciò essere riconosciuto anche agli stranieri, qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso ed il soggiorno nello Stato, pur potendo il legislatore prevedere diverse modalità di esercizio dello stesso" (p. 2 del *cons. in dir.*, ma si veda, inoltre, il p. 4 del *cons. in dir.*). Oltre la sentenza in parola, cfr., tra le altre, le dec. nn. 267 del 1998 e 309 del 1999.

¹¹ ... su cui tra gli altri, v. D. MORANA, *Titolari di diritti, anche se irregolari: politiche regionali di integrazione sociale e diritto alla salute degli immigrati (note minime a Corte cost., sent. n. 269 del 2010)*, in *Giur. cost.*, 4/2010, 3238 ss., e C. SALAZAR, *Leggi statali, leggi regionali e politiche*

nonché alla n. 61 del 2011¹². Tali pronunzie ribadiscono, infatti, che agli irregolari devono essere assicurate “le fondamentali prestazioni sanitarie ed assistenziali atte a garantire il diritto all’assistenza sanitaria”¹³ e che “lo straniero è ‘titolare di tutti i diritti fondamentali che la Costituzione riconosce spettanti alla persona’ (sentenza n. 148 del 2008)”, confermando al tempo stesso l’esistenza del “nucleo irriducibile” di cui si è detto, a prescindere dalla condizione regolare o meno dei non cittadini¹⁴.

Inoltre, sono state diverse le circostanze in cui la Consulta ha tutelato il diritto alla salute dei non cittadini dichiarando l’incostituzionalità delle norme con cui si subordinava “l’indennità di accompagnamento”¹⁵, “l’indennità di

per gli immigrati: i diritti dei “clandestini” e degli “irregolari” in due recenti decisioni della Corte costituzionale, in *Studi in onore di F. Modugno*, IV, Napoli 2011, 3259 ss.

¹² Su queste decisioni, tra i molti altri, v. F. BIONDI DAL MONTE, *Regioni, immigrazione e diritti fondamentali*, in www.forumcostituzionale.it, 2010; S. MABELLINI, *La dimensione sociale dello straniero*, cit., 804 ss.; L. RONCHETTI, *I diritti fondamentali alla prova delle migrazioni (a proposito delle sentenze nn. 299 del 2010 e 61 del 2011)*, in www.rivistaaic.it, 3/2011.

¹³ Corte cost. n. 269 del 2010, p. 4.1 del *cons. in dir.*

¹⁴ Corte cost. n. 299 del 2010, p. 2.2.1 del *cons. in dir.* (ove si richiama la sent. n. 252 del 2001). La sent. n. 61 del 2011, nel ridefinire la ripartizione delle competenze in materia tra Stato e Regioni, pare muovere nel solco del riconoscimento della tutela dei diritti sociali a favore degli stranieri (qualunque sia la loro condizione), ancora una volta riconoscendo l’esistenza, per tutti indistintamente, del “nucleo irriducibile del diritto alla salute” che deve essere comunque salvaguardato (p. 5.1 del *cons. in dir.*).

D’altra parte, che la tutela della salute sia da estendere anche agli stranieri, in quanto “diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività” il giudice delle leggi lo ha riconosciuto più volte, come nella sent. n. 432 del 2005 (p. 1 del *cons. in dir.*), sulla quale v., tra i molti altri, F. BIONDI DAL MONTE, *I diritti sociali degli stranieri tra frammentazione e non discriminazione. Alcune questioni problematiche*, in *Ist. fed.*, 5/2008, 577 s.; C. SALAZAR, *Leggi regionali sui “diritti degli immigrati”, Corte costituzionale e “vertigine della lista”: considerazioni su alcune recenti questioni di costituzionalità proposte dal Governo in via principale*, in AA.VV., *Immigrazione e diritti fondamentali. Fra Costituzioni nazionali, Unione europea e diritto internazionale*, a cura di S. Gambino e G. D’Ignazio, Milano 2010, 406 ss.

¹⁵ Il riferimento è a Corte cost. n. 306 del 2008; in essa la Consulta ha dichiarato irragionevole e, pertanto lesivo del diritto alla salute, “subordinare [...] l’indennità di accompagnamento [...] al possesso di un titolo di legittimazione alla permanenza del soggiorno in Italia che richiede per il suo rilascio, tra l’altro, la titolarità di un reddito” (p. 10 del *cons. in dir.*). Sulla dec. in discorso, tra i molti altri, v. F. BIONDI DAL MONTE, *I diritti sociali degli stranieri tra frammentazione e non discriminazione*, cit., 570 s.

frequenza”¹⁶, “l’assegno mensile di invalidità”¹⁷ o “l’assegno di cura”¹⁸ al permesso (o alla carta) di soggiorno.

Infine, sono state pure molte le occasioni in cui il giudice delle leggi ha equiparato la posizione degli stranieri regolari e quella dei cittadini¹⁹, ma più in generale non si contano più le circostanze in cui la Corte ha affermato che i diritti inviolabili (o fondamentali) della persona umana, in quanto tali, sono da riconoscere a tutti indistintamente, anche in ciò manifestando un orientamento consolidato e privo di incertezze²⁰.

¹⁶ Con la dec. n. 329 del 2011, la Consulta ha rilevato l’incostituzionalità della normativa in base alla quale il beneficio dell’indennità di frequenza a favore dei minori stranieri era subordinata alla titolarità della carta di soggiorno, rilasciabile dopo cinque anni di permanenza regolare sul territorio italiano, con la possibile compressione (o vanificazione) delle “esigenze di cura ed assistenza di soggetti che l’ordinamento dovrebbe invece tutelare”, incostituzionalità della norma che sarebbe ancor più grave se venissero compromessi i diritti di minori disabili (p. 5 del *cons. in dir.*).

¹⁷ Corte cost. n. 187 del 2010.

¹⁸ Con la sent. n. 172 del 2013, invece, il giudice delle leggi ha considerato in violazione dell’art. 3 Cost. la norma che prevedeva che “l’assegno di cura” fosse da attribuire solo a coloro (extracomunitari) che, dotati di legale residenza, fossero in possesso della carta di soggiorno (sostituita dal “permesso di soggiorno CE”, che può essere dato solo a talune condizioni: v. d. lgs. n. 3 del 2007, art. 2, III comma). La Corte ha rilevato infatti che “non è possibile presumere in modo aprioristico che stranieri non autosufficienti, titolari di un permesso per soggiornanti di lungo periodo [...] versino in stato di bisogno o disagio maggiore rispetto agli stranieri che, sebbene anch’essi regolarmente presenti nel territorio nazionale, non possono vantare analogo titolo legittimante” (p. 4.1 del *cons. in dir.*).

¹⁹ ... in part., anche di recente, nella già richiamata dec. n. 187 del 2010 (p. 2 del *cons. in dir.*) e nella sent. n. 309 del 2013 (p. 6 del *cons. in dir.*); come si evince in quest’ultima, l’equiparazione suddetta deve intendersi riferita sia rispetto al “godimento dei diritti fondamentali” che all’“esercizio dei doveri di solidarietà”.

²⁰ Così, pertanto, anche il diritto alla salute rimane assorbito dal ragionamento della Corte, ciò escludendo che le modalità di tutela del bene in parola possano essere fonte di discriminazione, ferme restando le limitazioni che legittimamente derivano dall’usuale bilanciamento tra interessi che la Corte stessa e i giudici in genere sono chiamati ad operare.

Si ricordino, *ex plurimis*, le decc. nn. 120 del 1967 (p. 2 del *cons. in dir.*), 104 del 1969 (p. 4 del *cons. in dir.*), 144 del 1970 (p. 6 del *cons. in dir.*), 177 del 1974 (p. 4 del *cons. in dir.*), 46 del 1977 (p. 2 del *cons. in dir.*), 62 del 1994 (p. 4 del *cons. in dir.*), 203 del 1997 (p. 4 del *cons. in dir.*), 252 del 2001 (già cit., p. 5 del *cons. in dir.*), 432 del 2005 (p. 5.1 del *cons. in dir.*), 148 (già cit., p. 3 del *cons. in dir.*) e 306 del 2008 (p. 10 del *cons. in dir.*). Da ultimo, v. Corte cost. nn. 61 (p. 2.1 del *cons. in dir.*), 245 (p. 3.1 del *cons. in dir.*) e 329 del 2011 (p. 4 del *cons. in dir.*), 172 del 2012 (p. 7.1 del *cons. in dir.*), 4 del 2013 (in un *obiter dictum* al p. 5 del *cons. in dir.*).

In Corte cost. n. 104 del 1969 sopra richiamata, se da un lato si riconosce che cittadini e stranieri sono “uguali nella titolarità di certi diritti di libertà”, dall’altro si ammette la possibilità di “differenze di fatto che possono giustificare un loro diverso trattamento nel godimento di

Il quadro che si delinea grazie all'intervento della Consulta in materia di diritto alla salute degli stranieri è ben più articolato rispetto a quello che può desumersi dal dettato costituzionale; a questo proposito, la Carta – com'è a tutti noto – non dice nulla, le modalità di tutela del bene in parola potendosi desumere dal combinato disposto degli artt. 2, 3 e 32 (ma anche 10, II comma). Si può constatare pertanto come l'intervento della Corte non si ponga in modo meramente ripetitivo di quanto già si possa evincere dalla Costituzione (e non poteva essere altrimenti per l'ovvia ragione che i Padri costituenti non sentirono la necessità di porre nel testo del '48, relativamente alla condizione dello straniero, niente di più che una riserva di legge ed un obbligo di conformità ai trattati internazionali). Ciò che si pone in risalto, tra l'altro, è che in quel nucleo irriducibile di tutela di cui beneficiano – alla luce delle decisioni appena richiamate – anche gli stranieri irregolari si può individuare un preciso limite che il giudice delle leggi ha posto nei confronti dello stesso legislatore, il quale non risulta pertanto completamente libero di regolamentare la materia in modo del tutto discrezionale (quella in discorso sembra infatti una riserva di legge rinforzata introdotta per via giurisprudenziale)²¹.

L'impostazione della Corte, però, se da un lato appare informata al valore solidaristico e per ciò particolarmente garantista per gli stranieri (specialmente se irregolari), dall'altro potrebbe apparire (e di fatto lo è) anche riduttiva; si intende dire, infatti, che, a parte i problemi di natura finanziaria che però, come è stato fatto notare, non sono del solo diritto alla salute, ma di tutti i

quegli stessi diritti" (p. 4 del *cons. in dir.*); al riguardo, cfr. anche, *ex plurimis*, le decc. nn. 144 del 1970 (p. 6 del *cons. in dir.*), 244 (p. 2 del *cons. in dir.*) e 109 del 1974, 245 del 2011 (già cit., p. 3.1 del *cons. in dir.*).

V. pure Corte cost. n. 54 del 1979 (p. 6 del *cons. in dir.*), ove si riconosce che il diritto alla vita, come tutti i diritti inviolabili, è tutelato anche agli stranieri.

²¹ Non meno limitato appare il raggio d'azione riconosciuto, a norma dell'art. 10, II comma, Cost., al diritto internazionale, anche quest'ultimo essendo chiamato a salvaguardare la salute degli stranieri (regolari e non) in modo da non intaccarne il "nucleo duro".

diritti di libertà²², e quindi di tutti i diritti sociali²³ (profilo – questo – che non può essere sottovalutato, anche alla luce della grave depressione economica in cui il nostro Paese si trova), non pochi sembrano i dubbi che residuano in merito alla possibilità di scomporre un diritto fondamentale in “parti” diversamente tutelabili: un “nucleo duro”, come detto, che si deve proteggere in ogni caso ed una parte “molle” che si può anche non tutelare²⁴. Detto in altri termini, non sembra che un diritto qualificabile appunto come “fondamentale” possa contenere al suo interno “qualcosa” di “non fondamentale” e questo per la scontata motivazione che o è “tutto” fondamentale o, semplicemente, “non è”²⁵; senza considerare, poi, che a venire pregiudicato non è solo il diritto del

²² Cfr., S. GAMBINO, *I diritti sociali fra Costituzioni nazionali e costituzionalismo europeo*, in www.federalismi.it, 24/2012, § 1.3. Sul punto, cfr. quanto osservano anche F. BIONDI DAL MONTE, *Lo Stato sociale di fronte alle migrazioni*, cit., § 1, e F. GABRIELE, *Diritti sociali, unità nazionale e risorse (in)disponibili: sulla permanente violazione-inattuazione della parte prima (quella “intoccabile”!) della Costituzione*, in www.rivistaaic.it, 3/2013, §§ 1, 2 e 5.

²³ ... definiti, anzi, “pluri-condizionati” da F. BIONDI DAL MONTE, *Lo Stato sociale di fronte alle migrazioni*, cit., § 3 (ma anche § 7), e ID., *I diritti sociali degli stranieri. Politiche di appartenenza*, cit., 209.

²⁴ Sulla problematica definizione del nucleo suddetto, connotato da “indeterminatezza fisiologica” e “relatività”, v. D. MORANA, *Titolari di diritti, anche se irregolari*, cit., 3247 s.; cfr., in argomento, A. RUGGERI, *Note introduttive ad uno studio sui diritti e i doveri costituzionali degli stranieri*, ora in *“Itinerari” di una ricerca sul sistema delle fonti*, XV, cit., 234 ss.

²⁵ Peraltro, si è dell’idea che la salute di una persona non possa subire alcuna discriminazione fondata sulla regolarità o meno della condizione della stessa sul nostro territorio (fermi restando i provvedimenti che è legittimo ed opportuno che si indirizzino a coloro che non rispettano le norme relative all’ingresso e al soggiorno); in generale, si concorda con l’osservazione in base alla quale i diritti sociali sono “inclusivi”, nel senso che almeno in teoria spettano a tutti gli esseri umani e non tollerano quindi discriminazioni fra cittadini e non cittadini”, secondo quanto afferma A. SPADARO, *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un nuovo modello sociale europeo: più sobrio, solidale e sostenibile)*, www.rivistaaic.it, 4/2011, § 5 (c.vo testuale). Delle “istanze di inclusione nei nuovi diritti sociali” e del “carattere inclusivo dello Stato sociale” discorre anche A. MORELLI, *Il carattere inclusivo dei diritti sociali e i paradossi della solidarietà orizzontale*, in AA.VV., *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia*, cit., 446 ss. Ad avviso di A. RUGGERI, *Unità-indivisibilità dell’ordinamento, autonomia regionale, tutela dei diritti fondamentali*, in Consulta OnLine, 26 aprile 2011, § 4, è proprio l’essere “fondamentale” di un diritto che non permette di concepire ed immaginare che la titolarità dello stesso possa spettare solo ad alcuni soggetti presenti all’interno dell’ordinamento. Nella giurisprudenza costituzionale, degna di nota, è, tra le altre, la sent. n. 992 del 1988; come osserva A. ROVAGNATI, *La pretesa di ricevere prestazioni*, cit., 169, in questa pronuncia la Consulta ha messo in risalto il carattere “dell’universalità dei destinatari e della

singolo (la cui odiosa violazione legittimerebbe comunque un efficace intervento giurisdizionale, sulla scorta del convincimento che i diritti sociali sono giudizialmente azionabili²⁶), ma l'interesse dell'intera collettività²⁷, secondo la tradizionale impostazione a tutti nota che si ricava peraltro dall'art. 32 Cost.

Proprio a tal proposito, a temperare gli aspetti critici ora evidenziati, entra in "gioco" la legislazione regionale, con la sua strutturale attitudine a colmare gli spazi lasciati dalla normativa statale.

3. Cenni sulla ripartizione delle competenze in materia di salute tra Stato e Regioni

Non è questa la sede per intrattenersi, *ex professo*, sulla ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni in tema di tutela della salute degli stranieri; tuttavia, qualche cenno sembra opportuno al fine di meglio evidenziare le potenzialità garantistiche che presenta la normativa locale, partendo dall'assunto condivisibile che la "*natura degli interessi*" svolge un ruolo fondamentale al riguardo²⁸ e i diritti "rimandano alle competenze"²⁹.

generalità e della globalità delle prestazioni erogabili" dallo Stato nell'ambito dell'assistenza sanitaria.

Sulla "dubbia utilizzabilità del contenuto essenziale come tecnica di garanzia dei diritti", v. D. MESSINEO, *La garanzia del "contenuto essenziale" dei diritti fondamentali*, cit., 80 ss.

²⁶ Cfr. A. SPADARO, *I diritti sociali di fronte alla crisi*, cit., § 5.

²⁷ Sul punto, tra i molti altri, v. P.A. CAPOTOSTI, *La tutela della salute tra riconoscimenti giuridici e condizionamenti finanziari*, in *Studi in onore di L. Arcidiacono*, cit., II, 511 s.; E. ROSSI, *Prestazioni sociali con corrispettivo? Considerazioni giuridico-costituzionalistiche sulla proposta di collegare l'erogazione di prestazioni sociali allo svolgimento di attività di utilità sociale*, in *Consulta OnLine*, 12 gennaio 2013, § 5.

²⁸ A. RUGGERI, *Unità-indivisibilità dell'ordinamento*, cit., § 1 (c.vo testuale), ma *passim*, e *Id.*, *Riforma costituzionale ed autonomia regionale, dal punto di vista della tutela dei diritti fondamentali (profili problematici)*, in *Consulta OnLine*, 15 novembre 2013, § 3; E. VIVALDI, *Dal criterio della prevalenza alla reale collaborazione: quale autonomia legislativa regionale in materia di politiche sociali?*, in *AA.VV.*, *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia*, cit., 547 ss.

Non si intende affrontare, in questa sede, la questione relativa all'identificabilità (o meno) del nucleo di tutela (che la Consulta ha considerato intangibile) con i "livelli essenziali delle prestazioni"³⁰, la cui possibilità di "determinazione" – come a tutti noto – è affidata alla competenza statale (*ex art.* 117, II comma, lett. *m*)³¹; in ogni caso, per quanto non vi sia alcun dubbio che allo Stato spetti regolamentare l'ingresso e il soggiorno dei non-cittadini nel nostro Paese, emanando le norme al riguardo nonché adottando le misure necessarie a combattere la clandestinità, ciò non toglie che la Regione possa disciplinare il diritto alla salute degli stranieri, anche prescindendo dalla condizione regolare o meno degli stessi³².

A ciò si aggiunga che la tutela della salute (generalmente intesa) appare nell'elenco delle materie affidate, *ex art.* 117, III comma, Cost., alla potestà ripartita di Stato e Regioni³³, come d'altra parte lo è l'immigrazione³⁴ (per quanto quest'ultima materia rimandi alla "dimensione multilivello"³⁵ e sia stata

²⁹ A. RUGGERI, *Unità-indivisibilità dell'ordinamento*, cit. § 2, che definisce i diritti "un metacriterio ordinatore delle fonti (*rectius*, delle norme)" (c.vo testuale).

³⁰ Cfr. quanto osservano al riguardo I. CIOLLI, *I diritti sociali al tempo della crisi economica*, in www.costituzionalismo.it, 3/2012, § 5, e D. MESSINEO, *La garanzia del "contenuto essenziale" dei diritti fondamentali*, cit., 269 ss.

³¹ In argomento, la letteratura è sterminata; cfr., almeno, E. LONGO, *Regioni e diritti*, cit., 51 ss.; I. CIOLLI, *I diritti sociali*, cit., § 5; A. RUGGERI, *Unità-indivisibilità dell'ordinamento*, cit., § 2; v. da ultimo, L. TRUCCO, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni tra politiche legislative e Corte costituzionale*, in AA.VV., *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia*, cit., 103 ss. Nella giurisprudenza costituzionale che si è occupata della previsione in discorso, v., tra le molte altre, Corte cost. n. 10 del 2010, sopra richiamata.

³² Cfr. F. BIONDI DAL MONTE, *I diritti sociali degli stranieri tra frammentazione e non discriminazione*, cit., 561 ss.; l'A. mette in risalto il ruolo regionale anche richiamando la giurisprudenza costituzionale sul punto e distinguendo le "politiche di immigrazione" (che spettano allo Stato) dalle "politiche per l'immigrazione" (affidate alle cure regionali), su cui – tra gli altri – v. A. PATRONI GRIFFI, *I diritti degli stranieri*, cit., 327 s.; F. BIONDI DAL MONTE, *Regioni*, cit., § 8; D. MORANA, *Titolari di diritti, anche se irregolari*, cit., 3243; L. RONCHETTI, *I diritti fondamentali alla prova delle migrazioni*, cit., § 2. Cfr. anche C. SALAZAR, *Dieci anni dopo la riforma del Titolo V*, cit., 243 ss.

³³ Cfr., a proposito di "salute", E. VIVALDI, *I diritti sociali tra Stato e Regioni*, cit., § 5.

³⁴ C. SALAZAR, *Leggi regionali sui "diritti degli immigrati"*, cit., 401.

³⁵ C. SALAZAR, *Leggi regionali sui "diritti degli immigrati"*, cit., 406, e *Id.*, *Leggi statali, leggi regionali e politiche per gli immigrati*, cit., 3250 s. L'A., in *Dieci anni dopo la riforma del Titolo V*, cit., 224, non manca di rilevare che la materia in parola rientri tra quelle dotate di una loro

definita di “competenza diffusa”³⁶), ciò comportando che la protezione degli stranieri al riguardo non possa che essere affidata alle “cure” di entrambi gli enti maggiori. Nel quadro così descritto, quindi, non può meravigliare che le Regioni, come a breve si dirà, negli anni abbiano offerto garanzia al diritto alla salute degli stranieri, con riguardo a specifici profili ed in riferimento a varie manifestazioni dello stesso diritto e svolgendo i principi dettati a livello statale³⁷; così facendo, è probabile che la *lex* (regionale) *specialis* si sia mostrata (e continui a mostrarsi) più garantista di quella *generalis* (statale), finendo per servire meglio la causa dei diritti (compreso quello alla salute).

Si cercherà adesso di provare, con alcuni esempi, quanto si sta ora dicendo, in modo da apprezzare l’attenzione che il legislatore regionale ha mostrato nei confronti delle esigenze connesse al bene-salute dei non-cittadini.

4. Le indicazioni offerte dagli statuti regionali

Sembra opportuno avviare l’indagine, sul contributo della legislazione regionale in materia di diritto alla salute degli stranieri, incominciando dagli statuti, come riformati negli ultimi anni³⁸.

“trasversalità interna”, per i “molteplici sottosettori, ricadenti a loro volta in diversi campi di intervento”.

³⁶ Cfr. F. BIONDI DAL MONTE, *Regioni*, cit., § 1, che a tal proposito richiama E. Rossi.

³⁷ Cfr. E. CAVASINO, *I « vincoli » alla potestà legislativa regionale in materia di « tutela della salute » tra libertà di scienza e disciplina costituzionale dei trattamenti sanitari*, in *Giur. cost.*, 5/2002, spec. 3283. Come osserva M. PASTORE, in P. BONETTI e M. PASTORE, *L’assistenza sanitaria*, cit., 988, le previsioni del Testo unico costituiscono per la legislazione regionale principi fondamentali, nel rispetto dell’art. 117 Cost.; al riguardo, F. BIONDI DAL MONTE, *Regioni*, cit., § 6, si chiede se esse debbano intendersi principi fondamentali per le Regioni solo per le materie di competenza concorrente o in generale. Si veda quanto l’A. osserva in merito alla portata dell’art. 1, IV comma, del T.U. (§ 8). In aggiunta a ciò, si deve considerare che le Regioni si sono spesso spinte oltre le materie loro affidate, come è avvenuto nel settore della sanità; al riguardo, v. quanto osserva E. LONGO, *Regioni e diritti*, cit., 76 ss., spec. 79; D. MESSINEO, *La garanzia del “contenuto essenziale” dei diritti fondamentali*, cit., 212 s.

³⁸ In generale, sul ruolo degli statuti regionali nella tutela dei diritti, v. E. LONGO, *Regioni e diritti*, cit., 233 ss., il quale non manca di osservare come la tutela degli immigrati sia tema ricorrente nelle Carte in discorso (256).

Com'è noto, le fonti in parola sono state considerate “minicostituzioni”³⁹ e, come tali, presentano un insieme di enunciazioni programmatiche suscettibili di trovare idonea attuazione grazie a discipline di dettaglio.

La formidabile capacità di tutela che teoricamente dovrebbero poter esprimere gli statuti – come adesso si vedrà – in (gran) parte è rimasta inevasa⁴⁰, per quanto sia discusso in dottrina se tali fonti possano (e in che misura) trattare la materia dei diritti; ed infatti non tutte le Carte statutarie si occupano della condizione degli stranieri e, anche laddove questi ultimi vengono richiamati, solitamente non vi è un'apposita disciplina in merito al tema che qui ci occupa. Quanto detto è sufficiente ad anticipare una prima conclusione al riguardo e cioè che le fonti in discorso non offrono particolari garanzie al diritto alla salute degli stranieri, anche se non mancano taluni riferimenti meritevoli di essere presi in considerazione.

Su un primo piano vanno collocati gli statuti che manifestano una certa sensibilità in merito all'integrazione sociale dei non cittadini, mirando ad agevolarne l'inserimento sul territorio regionale; si appalesa, dunque, pur in assenza di uno specifico richiamo alle modalità di protezione del bene-salute degli stranieri, una particolare attenzione nei confronti di questi ultimi ed a favore dei loro diritti.

Lo statuto della Regione Lazio, ad es., all'art. 7, I comma, afferma che “la Regione, ispirandosi al principio di solidarietà, persegue l'obiettivo della tutela delle fasce più deboli della popolazione” (tra le quali si reputa possibile considerare implicitamente anche quella comprendente i non cittadini) e, poco

³⁹ Come ricorda A. FERRARA, *Forma e contenuti degli statuti regionali adottati dopo le riforme*, in AA.VV., *Il regionalismo italiano*, cit., 180 (anche in www.federalismi.it, 13/2012, § 1), pur mostrando di non aderire a tale impostazione, la Corte costituzionale ha avuto modo di chiarire che gli statuti non sono da considerare Carte costituzionali.

⁴⁰ Facendo specifico riferimento alla tutela dei diritti sociali, ad es., si è parlato di “un'occasione persa” (E. VIVALDI, *I diritti sociali tra Stato e Regioni*, cit., § 2).

dopo, si legge che tra gli “obiettivi prioritari” che l’ente “promuove” vi è anche la salvaguardia della salute.

Su questa scia, si possono ricondurre una serie di previsioni contenute in altri statuti, tutte variamente volte a favorire, nell’attuazione del “pluralismo delle culture”, valori fondamentali quali “l’accoglienza solidale”, il “reciproco rispetto” e “l’integrazione sociale”⁴¹.

Un altro gruppo di statuti, invece, opera generici riferimenti alla tutela dei diritti (anche dei non cittadini), ma senza espliciti richiami al bene-salute.

Sono pochi gli statuti che fanno esplicito richiamo al diritto alla salute; il dato che merita considerazione è proprio il numero esiguo delle Carte che si occupano specificamente del diritto in parola, che comunque non è ricondotto specificamente alla categoria degli stranieri; tuttavia, da quanto ora si dirà, è possibile trarre un implicito riconoscimento del diritto alla salute anche nei riguardi dei non cittadini. Tra questi vi è quello della Regione Umbria, dove, all’art. 13, I comma, il diritto alla salute viene definito come “diritto universale” che la Regione “promuove”, il che fa desumerne una titolarità incondizionata e non suscettibile di subire alcuna “graduazione”⁴². Questa espressione non sembra di poco conto perché induce a ritenere che il legislatore regionale non operi distinzioni di sorta tra i soggetti destinatari di tale tutela, la condizione sociale o personale non rilevando per poter godere dei “compiti” a cui l’ente provvede al riguardo (e cioè quelli “di prevenzione, cura e riabilitazione mediante il servizio sanitario regionale”).

⁴¹ Al riguardo, v. in part. l’art. 4, dello statuto della Regione Toscana, lett. t); l’art. 7, VII comma, dello statuto della Regione Abruzzo; l’art. 2, IV comma, lett. h) dello statuto della Regione Lombardia (in quest’ultimo si fa riferimento agli stranieri residenti, a differenza delle altre Carte ove si opera un richiamo alle “persone immigrate” generalmente intese; al riguardo, infatti, tra gli statuti richiamati, quello lombardo appare maggiormente restrittivo nell’attenzione rivolta ai non cittadini).

⁴² ... per usare un termine utilizzato – seppure ad altro proposito – da C. SALAZAR, *Leggi regionali sui “diritti degli immigrati”*, cit., 407, e ID., *Leggi statali, leggi regionali e politiche per gli immigrati*, cit., 3253.

Va fatto infine richiamo allo statuto della Regione Campania; l'art. 8 enumera tra gli obiettivi che l'ente mira a raggiungere (I comma) "la realizzazione di un elevato livello delle prestazioni concernenti i diritti sociali nonché il godimento dei diritti politici e sociali degli immigrati, degli stranieri profughi rifugiati e degli apolidi" (lett. o) e "l'attuazione di politiche tese a garantire un livello elevato di tutela della salute fondate sulla prevenzione e su un qualificato sistema sanitario regionale basato, innanzitutto, su una qualificata sanità pubblica" (lett. p). Quanto appena detto sembrerebbe costituire una buona premessa, almeno sul piano dei principi, per attuare una tutela del bene-salute alquanto intensa, ciò assumendo ancora più significato se si considerano le non poche difficoltà presenti sul territorio di riferimento.

Facendo adesso una prima riflessione, alla luce dell'analisi fin qui svolta, si è dell'avviso che gli statuti non offrano risposte davvero adeguate al fenomeno migratorio, sempre più imponente anche nel nostro Paese; pur nella loro funzione di fonti di natura prevalentemente programmatica, le Carte qui richiamate danno delle indicazioni eccessivamente vaghe e inadeguate a fornire un adeguato orientamento alla legislazione regionale.

La troppa timidezza che, sul tema che qui ci occupa, traspare dalle righe delle Carte richiamate occorre infatti che sia compensata, ed in parte lo è stata (come a breve si cercherà di dimostrare), da interventi legislativi regionali maggiormente incisivi (sebbene molte tra le leggi che adesso si citeranno siano antecedenti agli statuti). Solo per questa via, infatti, sarà possibile apprestare una protezione della salute dei non cittadini che risulti maggiormente garantista del modello delineatosi a livello statale, quale risulta dalla Carta costituzionale, dalla giurisprudenza della Corte e dal dettato del Testo unico.

5. La legislazione regionale avente ad oggetto gli enti ospedalieri, le case di cura, i consultori familiari (e altro)

L'analisi delle leggi regionali in materia di diritto alla salute degli stranieri richiede di andare indietro nel tempo e tentare possibili raggruppamenti tra normative in base all'affinità del tema trattato; le misure e le modalità attraverso le quali il bene-salute può essere protetto possono essere diverse, tutte insieme infatti concorrendo variamente a fornire un quadro articolato di tutela.

Il primo insieme di interventi normativi preso in esame è quello relativo all'istituzione degli enti ospedalieri ed alla regolamentazione delle loro funzioni⁴³; al riguardo, è necessario ricordare che dopo i trasferimenti di funzioni che si sono avuti nel 1972 e nel 1977, con i quali l'"assistenza ospedaliera" è stata tolta alle Regioni, queste ultime hanno continuato a disciplinare profili di tale materia che il legislatore statale non aveva preso in idonea considerazione⁴⁴. Con la riconduzione dell'assistenza sanitaria nell'alveo della "tutela della salute", ad opera della riforma del Titolo V, il potere di normazione delle Regioni è stato ulteriormente legittimato, in tal modo avallando il ruolo che questi enti avevano comunque acquisito⁴⁵.

⁴³ Particolarmente significativa sembra Corte cost. n. 103 del 1977, richiamata da A. PATRONI GRIFFI, *I diritti degli stranieri*, cit., 356, nota 74; scorrendo della legge n. 132 del 1968 sugli enti ospedalieri, il giudice delle leggi afferma che "cardine della riforma" che ha interessato la materia "appare la posizione profondamente diversa dal passato, riconosciuta all'infermo, cittadino o straniero, che abbisogni di cure", la cui assistenza non deve più considerarsi di natura "filantropico-caritativa"; la Consulta, infatti, rileva che "l'infermo assurge, nella novella concezione dell'assistenza ospedaliera, alla dignità di legittimo utente di un pubblico servizio, cui ha pieno e incondizionato diritto, e che gli viene reso, in adempimento di un inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale, da apparati di personale e di attrezzature a ciò strumentalmente preordinati, e che in ciò trovano la loro ragion d'essere" (p. 4 del *cons. in dir.*).

⁴⁴ E. LONGO, *Regioni e diritti*, cit., 79, 82.

⁴⁵ *Ibidem*, 86.

Procedendo ad una ricognizione degli interventi legislativi regionali in materia, si può segnalare la l.r. trentina n. 10 del 1969; all'art. 1, I comma, si precisa che gli ospedali prestano assistenza "a favore di tutti i cittadini italiani e stranieri", sussistendo in capo a tali enti "l'obbligo di ricoverare" coloro "che necessitano di urgenti cure ospedaliere per qualsiasi malattia, o per infortunio, o per maternità" (art. 2, III comma). La previsione appena richiamata – come si può constatare – non opera alcuna distinzione ai fini del ricovero, purché si versi in situazione di urgenza (secondo il parere del medico di guardia); peraltro, come si legge, non si fa alcuna limitazione in merito al tipo di cura che gli enti sono tenuti a prestare.

Dello stesso tenore sono anche altre leggi nelle quali si prevede l'assistenza ospedaliera a favore degli stranieri, in base a quanto disposto dalle fonti di diritto internazionale; tra queste, si può ricordare la l. n. 5 del 1975 della Regione Puglia, a norma della quale l'assistenza è rivolta anche a soggetti "non stabilmente residenti sul territorio regionale" (art. 2, I comma) e la legge n. 15 del 1975 della Regione Lazio (art. 1, II comma)⁴⁶.

Si possono richiamare i commi III e IV dell'art. 12 della legge n. 27 del 1975 della Regione Sicilia; il primo (che peraltro ricalca la normativa laziale sopra riportata) opera un rinvio al diritto internazionale, il secondo sancisce che "anche indipendentemente dall'urgenza" il ricovero e la cura sono assicurati a coloro che "abbiano necessità di assistenza ospedaliera". Sarebbe da chiedersi in cosa poi possa (o debba) consistere tale necessità, tuttavia (e forse proprio per

⁴⁶ La normativa da ultimo richiamata sembra porre alcuni paletti relativamente ai possibili destinatari, rivolgendo quindi la tutela ad una categoria ristretta di soggetti.

Degna di nota è anche la legge n. 7 del 1975 della Regione Campania, pur trattandosi di una normativa ormai abrogata dall'art. 2 della l.r. n. 29 del 2012. Stando ad un'interpretazione letterale del testo dell'art. 17, I comma, sembra che una semplice richiesta fosse sufficiente perché i non cittadini potessero godere dei servizi e delle cure degli ospedali; pertanto, pare che, a differenza della normativa trentina sopra riportata, non fosse necessaria una specifica urgenza per beneficiare dell'assistenza in discorso, escludendo così la sussistenza di particolari ostacoli e limiti.

questo) la normativa ora riportata si ritiene particolarmente interessante in quanto in grado di offrire uno spazio di tutela più ampio rispetto alle discipline precedentemente richiamate (per quanto i “paletti” fissati da convenzioni e accordi internazionali rimangano argini invalicabili per l’individuazione dei non cittadini destinatari delle norme).

Due osservazioni sembrano utili prima di passare a discorrere di un altro gruppo di leggi: se da un lato, in linea di massima, come si può notare, i legislatori regionali non prestano particolare attenzione allo *status* – regolare o meno – dei non cittadini ai fini dell’assistenza ospedaliera, dall’altro – quasi a temperare tale apertura – non mancano i rimandi alle fonti sovranazionali e internazionali, alle quali ci si deve conformare nella predisposizione delle modalità attraverso cui garantire l’assistenza stessa⁴⁷.

Altro gruppo di leggi alle quali accennare, e da affiancare per affinità di oggetto agli interventi appena ricordati, è quello in cui si ha (o si è avuta) la disciplina delle case di cura, delle quali si offre una definizione e si mette in luce la funzione a beneficio di cittadini e stranieri. In tal senso, si possono ricordare la l. n. 68 del 1985 della Regione Veneto (art. 1, II comma), la l. n. 39 del 1988 della Regione Sicilia (art. 1, I comma), la l. n. 85 del 1989 della Regione Abruzzo (art. 1, I comma)⁴⁸. Il riferimento generico agli stranieri, senza cioè alcuna specificazione allo *status* di questi ultimi (e quindi alla necessità di possedere eventuali titoli legittimanti la loro presenza sul territorio regionale⁴⁹), sembra particolarmente significativo e garantista nei riguardi dei non cittadini.

⁴⁷ Sul diritto all’assistenza sanitaria nella CEDU e nel diritto dell’Unione europea, v. il *Manuale sul diritto europeo in materia di asilo, frontiere e immigrazione*, dell’Agenzia dell’Unione europea per i diritti fondamentali del Consiglio d’Europa, Lussemburgo 2013, 213 ss.

⁴⁸ Si segnalano anche la l. n. 2 del 1980 della Regione Emilia-Romagna, abrogata a norma dell’art. 15 della l.r. n. 34 del 1998 e la l. n. 36 del 1990 della Regione Calabria, abrogata dall’art. 15 della l.r. n. 24 del 2008.

⁴⁹ Invero non vi sono neanche riferimenti al territorio (regionale o meno) in cui i soggetti debbano trovarsi per poter usufruire dei servizi delle strutture in discorso.

La gratuità delle cure a favore di italiani e stranieri (residenti, dimoranti o soggiornanti – anche temporaneamente – nella Regione), e in alcuni casi anche apolidi, informa la legislazione relativa ai consultori familiari, tutelandosi variamente (e, in alcuni casi, indirettamente) la salute dei loro destinatari. A tal proposito, si possono ricordare la legge n. 7 del 1977 della Regione Basilicata (art. 10, I comma)⁵⁰, la l. n. 65 del 1977 della Regione Valle d'Aosta (l'art. 12, V comma) e la l. n. 81 del 1978 della Regione Friuli-Venezia Giulia (art. 10, I comma). Rispetto alle normative ora citate, maggiormente garantista appare la l. n. 8 del 1979 della Regione Sardegna che, all'art. 9, I comma, fa riferimento al territorio italiano quale luogo di residenza o soggiorno richiesto alle categorie di soggetti che possono beneficiare della gratuità delle prestazioni.

Un cenno, infine, è opportuno fare alle leggi con le quali si offre un ventaglio particolarmente ampio di tutela a favore di condizioni e stati della vita molto vari; le normative ora richiamate garantiscono assistenza alla famiglia, alla maternità e alla paternità responsabili, nonché all'infanzia e ai giovani nell'età evolutiva, finendo con il fornire – seppure indirettamente – una qualche forma di salvaguardia al diritto alla salute (anche) degli stranieri⁵¹.

⁵⁰ È possibile constatare che il generico richiamo agli stranieri non consente di stabilire con certezza se tra questi possano essere considerati anche gli irregolari.

⁵¹ L'art. 5, I comma, della legge n. 15 del 1976 della Regione Lazio, prevede la gratuità delle prestazioni volte alle finalità di cui si è appena detto a favore di italiani, ma anche di stranieri e apolidi, essendo richiesta solo la residenza o il soggiorno anche temporaneo nel territorio dell'ente; dello stesso tenore è anche l'art. 10, I comma, della l. n. 26 del 1976 della Regione Liguria, con l'estensione – non irrilevante – all'intero territorio italiano dei requisiti della residenza o del soggiorno (anche temporaneo). Quest'ultima specificazione non sembra senza effetto, in quanto dota di maggiore forza garantista la seconda tra le due normative considerate; nella prima, infatti, i confini regionali costituiscono un limite al diritto di beneficiare (gratuitamente) delle prestazioni suddette. Altre leggi degne di nota, dello stesso tenore di quelle citt., sono: la l. n. 18 del 1977 della Regione Toscana (art. 11, I comma); la l. n. 30 del 1977 della Regione Puglia (art. 11, I comma); la l. n. 21 del 1978 della Regione Abruzzo (art. 9); rispetto alla legge della Regione Lazio, le ultime normative adesso richiamate (e quella ligure) non fanno riferimento agli apolidi. Da quanto emerge dalle leggi citt. pare che dalla gratuità delle cure rimangano comunque esclusi gli stranieri irregolari.

6. Taluni interventi regionali a favore degli immigrati extra-comunitari che, riferendosi in generale ai diritti degli stessi, ne tutelano altresì la salute

Alla fine degli anni '80, molti legislatori regionali hanno emanato normative volte alla tutela degli immigrati extra-comunitari, allo scopo di prestare una forma di tutela ad ampio raggio nei confronti di questi ultimi, mirando a salvaguardarne i diritti.

Tra i molti campi di azione, quello della salute appare terreno di intervento tutt'altro che secondario, per un verso essendo compreso nell'ambito di previsioni dalla portata più vasta, volte a proteggere in modo generico gli stranieri, e, per un altro, risultando richiamato da precetti che esplicitamente si riferiscono al diritto alle prestazioni sanitarie. Diverse leggi sono accomunate dal fatto di prefigurare iniziative a tutela degli extracomunitari (e delle loro famiglie), tra le quali – com'è noto – è l'istituzione della Consulta dell'emigrazione e dell'immigrazione⁵²; in questo senso, non mancano interventi normativi⁵³ che, promuovendo generiche forme di tutela e di solidarietà⁵⁴, assegnano a quest'organo (anche chiamato ad interagire con la Giunta) compiti particolarmente importanti, tra i quali quello di proporre “iniziative e provvedimenti atti a soddisfare i principali bisogni” degli immigrati in diversi campi, tra cui anche quello sanitario⁵⁵. Nei confronti dei non cittadini, pare quindi che la Consulta debba prestare particolare attenzione,

⁵² Una panoramica delle leggi regionali istitutive delle Consulte “dell'emigrazione e immigrazione” e di quelle discipline generalmente rivolte a favore di emigrati e immigrati è in E. LONGO, *Regioni e diritti*, cit., 134 s., rispettivamente note 176, 177 e 178. Sul ruolo delle Consulte, v., tra i tanti, A. PATRONI GRIFFI, *I diritti degli stranieri*, cit., 358 ss.

⁵³ Il riferimento, in particolare, è alla l. n. 1 del 1987 della Regione Piemonte.

⁵⁴ Si tratta dell'art. 1 della predetta legge.

⁵⁵ Art. 7, l.r., n. 1 del 1987 della Regione Piemonte. Tra gli altri compiti c'è poi anche quello di “segnalare l'opportunità di proporre al Parlamento, ai sensi dell'art. 121 della Costituzione, provvedimenti ed iniziative tendenti a tutelare i diritti degli emigrati e delle loro famiglie, nell'ambito della competenza regionale”.

svolgendo un ruolo di monitoraggio, al fine di poter davvero cogliere le loro esigenze e necessità ed andarvi incontro.

In generale, le Regioni si sono mostrate particolarmente sensibili verso i problemi dell'integrazione e delle situazioni di bisogno, nonché con riguardo alle difficoltà in cui versano gli immigrati e le loro famiglie⁵⁶; tra le previsioni volte a tutelare i diritti dei soggetti in parola, degne di nota ai fini della presente indagine appaiono le norme volte a garantire le prestazioni sanitarie. In tal senso, non mancano previsioni particolarmente garantiste, come quelle che non si limitano solo a "riconoscere" i diritti degli stranieri, ma anche prescrivono un impegno da parte dell'ente al fine di assicurare "l'effettivo godimento" di tali diritti (tra i quali è quello alle "prestazioni sociali e sanitarie"⁵⁷). Il problema – com'è ovvio – è di individuare i destinatari della disciplina; al riguardo, laddove (in molte leggi) si richiede che questi ultimi debbano essere dimoranti sul territorio regionale, è chiaro che non si può prescindere comunque da uno *status* di regolarità dei soggetti⁵⁸. Altro è verificare come la Regione sia finora riuscita (e riesca) a raggiungere l'obiettivo dell'effettivo godimento; è ovvio che una normativa di questo tipo offra un *surplus* di tutela (per quanto rivolta – come detto – agli stranieri regolari), in questo senso spingendosi oltre rispetto a quanto non facciano molte altre leggi regionali (anche ricordate in questa sede). Peraltro il (solitamente) generico riferimento alle "prestazioni sanitarie" di cui i soggetti possono beneficiare induce a ritenere che queste possano essere di

⁵⁶ Si veda la legge n. 38 del 1988 della Regione Lombardia, art. 1, I comma. Si precisa che i destinatari della normativa sono gli "immigrati che provengono da paesi extracomunitari e dimorano nel territorio regionale" (II comma).

⁵⁷ L.r. n. 38 del 1988 della Regione Lombardia, art. 1, IV comma. Al riguardo, si veda anche la legge n. 10 del 2008 della Regione Lazio, art. 1, II comma, lett. c).

⁵⁸ Tuttavia, dalle righe di Cass. 14 marzo 1986, n. 1738, sembra potersi dedurre che per dimora – fondamentale ai fini della residenza in un luogo, ai sensi dell'art. 43 c.c. – sia da intendere semplicemente l'insieme dell'"elemento obiettivo della permanenza in tale luogo" e dell'"elemento soggettivo dell'intenzione di abitarvi stabilmente, rivelata dalla consuetudini di vita e dallo svolgimento delle normali relazioni sociali", ciò non presupponendo necessariamente la regolarità dello *status* dell'individuo.

qualunque tipo e che quindi il diritto ad ottenerle non sia limitato solo ad alcune di esse.

Un ruolo particolarmente importante è spesso riconosciuto alla Giunta; tale organo è infatti chiamato a promuovere diverse iniziative a beneficio degli immigrati extracomunitari⁵⁹. Tra queste, vi sono quelle che concernono le prestazioni volte “a rendere effettivo il diritto all’assistenza sanitaria” e quelle a favore dei portatori di handicap⁶⁰.

Il quadro che si delinea grazie ad una disciplina come quella in discorso appare molto articolato, il legislatore essendosi preoccupato di approntare forme di tutela inerenti diversi aspetti della vita degli stranieri; prendendo in considerazione le diverse condizioni in cui questi ultimi si possono trovare, anche il diritto alla salute dei destinatari della normativa – come si nota – finisce per essere particolarmente salvaguardato.

Non mancano, inoltre, previsioni volte a favorire la “convivenza” tra cittadini ed extracomunitari tentando di equipararne le condizioni⁶¹; a tal proposito, sembra opportuno segnalare che l’ambito dell’assistenza sanitaria – tra quelli di competenza regionale – costituisce un settore di importanza cruciale, nel quale la Regione si prefigge di intervenire normativamente⁶². Ed infatti, con particolare riguardo al tema che qui ci occupa, l’ente, al fine di tutelare la “salute pubblica”, “assicura agli immigrati e ai loro familiari, che dimorano nel territorio regionale, l’erogazione delle prestazioni sanitarie presso

⁵⁹ V., l’art. 2 della legge lombarda di cui si sta discorrendo.

⁶⁰ Di cui alle lettere *i*) e *n*); non meno importanti, tra le altre, sembrano quelle a tutela della maternità (lett. *l*), dei minori (lett. *m*) e degli anziani (lett. *o*).

⁶¹ Il riferimento è alla legge n. 9 del 1990 della Regione Veneto; analogamente alla legge n. 38 della Regione Lombardia, sopra richiamata, la normativa si indirizza agli immigrati extracomunitari che dimorano nel territorio regionale (art. 2, I comma), per il “superamento delle specifiche difficoltà” relative al loro *status* ed agevolare così la “convivenza” nella Regione (art. 1, I comma).

⁶² Al riguardo, cfr. l’art. 1, Il comma, della l. n. 9 del 1990 della Regione Veneto.

i presidi ed i servizi ospedalieri e territoriali, pubblici o convenzionati [...] alle stesse condizioni e nei limiti previsti per il cittadino italiano”⁶³.

In aggiunta a quanto detto, degno di nota sembra il ruolo di supplenza, talvolta legislativamente previsto, che può svolgere la Regione per far fronte alle “carenze del servizio sanitario nazionale”⁶⁴.

Una particolare forma di tutela pare quella apprestata a favore di una categoria più ampia di destinatari, ossia agli “immigrati anche stagionali o coloro che si trovino sul territorio regionale”⁶⁵ (da quanto detto, parrebbe che anche gli irregolari siano inclusi nella disciplina); maggiormente garantista è quella normativa che, nel rispetto delle leggi vigenti, individua tra i destinatari non solo stranieri, apolidi residenti, ma anche “tutte le persone dimoranti che siano bisognose di interventi non differibili”⁶⁶. Al riguardo, però, sembrano chiari i rischi che l’applicabilità di tale previsione (e quindi la certezza del diritto) corre, essendo la condizione di indifferibilità rimessa all’apprezzamento discrezionale dell’operatore di turno.

Da quanto detto emerge che il riconoscimento del diritto alle prestazioni sociali e sanitarie, specialmente a favore degli stranieri regolari⁶⁷, è alquanto frequente nella legislazione regionale, non mancando peraltro normative che

⁶³ V. art. 4, I comma. Anche in questo caso, la Consulta, mira “a soddisfare i principali bisogni degli immigrati e delle loro famiglie” in vari settori, tra cui quello socio-sanitario (art. 13, I comma, lett. e).

⁶⁴ Il riferimento è all’art. 9, II comma, della l. n. 18 del 1990 della Regione Umbria. Al I comma, inoltre, si prevede il riconoscimento agli extracomunitari e alle loro famiglie delle “prestazioni socio-assistenziali e ai servizi sociali” (secondo quanto prescrive la l. n. 29 del 1982, come successivamente modificata e integrata).

⁶⁵ Il riferimento è all’art. 15, specificamente dedicato al diritto alla salute, della legge n. 21 del 1996 della Regione Basilicata, volta anch’essa a tutelare i soggetti richiamati a proposito della legge umbra (v. art. 3); tra le iniziative che l’ente promuove, a norma dell’art. 2, vi è quella di “tutelare il diritto [...] alle prestazioni sociali e sanitarie” (lett. a).

⁶⁶ L. n. 10 del 1998 della Regione Friuli-Venezia Giulia, art. 4, I comma.

⁶⁷ In questo senso, v. anche la l. n. 46 del 2004 della Regione Abruzzo; l’ente, infatti, pone in essere politiche e interventi volti a garantire ai destinatari una serie di diritti tra cui quello alla salute (art. 1, I comma, lett. c.2). È necessario precisare che, a dispetto di quanto sembrerebbe potersi evincere dall’art. 1 ora riportato, gli immigrati destinatari di questa legge sembra siano i soggetti regolari (secondo quanto pare emergere dall’art. 2, II comma).

offrono forme di tutela al bene-salute in maniera particolarmente dettagliata e completa. In tal senso, la l. n. 46 del 2004 della Regione Abruzzo sembra essere un esempio da imitare; la previsione dell'art. 9, specificamente dedicato all'assistenza sanitaria, testimonia la complessità della protezione della salute. Secondo quanto si legge, è possibile osservare che l'assistenza che la Regione garantisce, in base al I comma, si concretizza nella "fruizione delle prestazioni sanitarie presso i presidi del servizio sanitario nazionale nei limiti e con le modalità previste per i cittadini residenti sul territorio abruzzese e conformemente alla normativa nazionale concernente i cittadini italiani". A norma del II comma, la tutela della salute viene garantita anche grazie "l'inserimento degli stessi nelle campagne di prevenzione collettiva e di indagini epidemiologiche promosse dalle varie strutture sanitarie locali, ivi comprese anche le campagne di educazione sanitaria e di prevenzione"; al IV comma, infine, sono previste anche "attività formative specifiche per gli operatori socio-sanitari, allo scopo di migliorare la capacità di lettura, interpretazione e comprensione delle differenze culturali che investono i concetti di salute, malattie e cura". Le molteplici sfaccettature attraverso le quali il bene-salute viene protetto mettono in luce la spiccata sensibilità di questo legislatore regionale nei confronti dei non cittadini, la tutela di questi ultimi risultando – perlomeno sulla carta – particolarmente intensa.

Prima di concludere sul punto, è necessario ricordare anche la l. n. 10 del 2008 della Regione Lazio (già cit. in nota); l'art. 15 disciplina l'"accesso alle prestazioni socio-sanitarie", facendo esplicito riferimento alla tutela a favore degli irregolari, "in attuazione degli articoli 34, 35 e 41" del T.U. Anche questa normativa appare non poco garantista e non può essere qui esaminata nel dettaglio; tra i molti profili che si possono richiamare, non sembra senza effetto

“la tutela sociale della gravidanza e della maternità nonché la tutela della salute delle donne e dei minori, anche non in regola con il permesso di soggiorno”⁶⁸.

7. (Segue) Le leggi che, mirando all’integrazione e all’accoglienza degli immigrati, finiscono per offrire ulteriori forme di tutela alla salute dei non cittadini

Un altro gruppo di interventi legislativi, connessi a quelli appena ricordati, è quello volto a favorire, genericamente, l’integrazione e l’accoglienza degli immigrati⁶⁹; si tratta, come si può ben immaginare, di normative con finalità analoghe a quelle delle leggi già riportate, tuttavia si è dell’idea che gli interventi di cui ora si discuterà siano maggiormente efficaci e idonei a predisporre le condizioni e le misure necessarie ad equiparare la condizione di cittadini e non cittadini, consentendo a questi ultimi di meglio inserirsi nella società. Un aspetto di non scarso rilievo è, anche in questi casi, quello riguardante i non sporadici riferimenti ai documenti sovranazionali, ai quali anzi tali normative (peraltro prevalentemente recenti) sembra che si ispirino, per la tutela dei diritti fondamentali degli stranieri; come negli interventi legislativi già richiamati, inoltre, si segnala la frequente presenza di una previsione appositamente dedicata all’assistenza sanitaria e quindi, in generale,

⁶⁸ A loro favore, infatti, l’ente mira ad assicurare “l’accessibilità alle strutture sanitarie e la fruibilità delle prestazioni anche attraverso interventi di offerta attiva di informazione ed educazione sanitaria” (art. 15, I comma, lett. c). Non meno significativo è l’intervento regionale sul piano della “mediazione interculturale in campo socio-sanitario” (a norma del II comma dello stesso art., ma v. anche l’art. 16). Si vedano, infine, anche il III e il IV comma, che discorrono di “incentivi ai soggetti attuatori delle politiche sanitarie e sociali per progetti di supporto alla tutela della salute e all’accesso ai servizi da parte dei cittadini stranieri immigrati” (il primo) e dell’intervento regionale (finanziario e di coordinamento) nei confronti degli enti del SSR per l’“erogazione di prestazioni di alta specializzazione a favore di cittadini stranieri immigrati, con particolare riguardo ai minori, provenienti dai paesi nei quali non esistono o non sono accessibili competenze medico specialistiche per il trattamento di specifiche patologie, in assenza di accordi di reciprocità all’assistenza sanitaria” (il secondo).

⁶⁹ Tra le altre, si ricorda anche la l.r. n. 5 del 2005 del Friuli-Venezia Giulia, oggi abrogata dalla l.r. n. 9 del 2008, su cui v. S. BUDELLI, *Immigrazione*, cit., 108 s.

al diritto alla salute. A tal proposito, si rileva che solitamente si tratta di norme che rimandano agli artt. 34 e 35 del T.U. in questa sede più volte richiamato; in tal senso, si veda l'art. 13 della l. n. 5 del 2004 della Regione Emilia-Romagna⁷⁰, in tema di assistenza sanitaria, che così facendo mostra di tutelare sia coloro che sono iscritti al SSN, ma anche coloro che non lo sono. Nei confronti dei soggetti stranieri destinatari della normativa "sono garantiti gli interventi riguardanti le attività sanitarie previste dai livelli essenziali di assistenza, nei termini e nelle modalità disciplinati dalle suddette norme nazionali" (I comma). A favore degli irregolari sono assicurate le prestazioni (che in un certo senso possono identificarsi con il "nucleo duro" della tutela) di cui all'art. 35 del T.U. (III comma)⁷¹; una precisazione si ritiene opportuna: nell'art. 13 si legge che agli irregolari sono garantite "in particolare, le prestazioni sanitarie" ivi elencate⁷². Stando ad un'interpretazione letterale, si direbbe che la Regione potrebbe provvedere a prestazioni anche diverse da quelle indicate e riconducibili, grosso modo, al c.d. "nucleo duro" (quale emerge dal testo dell'articolo del T.U. ora cit.), andando oltre quelle richieste in situazioni di urgenza o le cure

⁷⁰ ... sulla quale, tra i tanti, v. E. LONGO, *Regioni e diritti*, cit., 140 ss. Secondo quando si evince dall'art. 1, I comma, la Regione contribuisce a tutelare i diritti fondamentali dei soggetti extracomunitari (e degli apolidi) "presenti nel proprio territorio" (in conformità al diritto interno e a quello sovra e internazionale), ma subito dopo aggiunge (all'art. 2) che i destinatari della legge sono gli stranieri regolari, "salvo quanto previsto negli articoli successivi". Da segnalare sono anche il IV comma, lett. c), e il V comma, lett. e), dell'art. 1; si veda pure il richiamo, operato all'art. 2, II comma, all'art. 19 del T.U. sull'immigrazione, che fa riferimento ai soggetti stranieri che versino in determinate situazioni ivi indicate; sono inoltre considerati destinatari anche i cittadini dell'UE che non godano di "benefici più favorevoli" (v. III comma).

⁷¹ Degni di nota sono anche il IV e il V comma; a norma del primo, "la Regione promuove [...] lo sviluppo di interventi informativi destinati ai cittadini stranieri immigrati ed attività di mediazione interculturale in campo socio-sanitario, finalizzati ad assicurare gli elementi conoscitivi idonei per facilitare l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari". Il V comma, invece, afferma che "la Regione sviluppa lo scambio di esperienze professionali in campo sanitario, anche mediante azioni di formazione ed erogazione di borse di studio".

⁷² Si tratta delle "prestazioni sanitarie di cura ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio, e gli interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate a salvaguardia della salute individuale e collettiva"; inoltre, l'ente "promuove interventi di prevenzione e riduzione del danno rispetto a comportamenti a rischio".

considerate essenziali; in tal senso, infatti, la normativa dell'Emilia-Romagna parrebbe maggiormente garantista del modello "statale". Occorre segnalare, poi, che questa legge è stata sottoposta a scrutinio della Corte che, con sent. n. 300 del 2005, ha dichiarato inammissibile la questione relativa all'intero testo e infondata quella relativa a talune norme di esso (ovvero, l'art. 3, IV comma, lett. d, e V comma, nonché gli artt. 6, 7 e 10)⁷³.

In merito ai destinatari, sembra particolarmente opportuno sottolineare come non manchino normative volte a tutelare gli stranieri (extracomunitari) che si trovino all'interno dell'ente (che siano cioè "presenti"), senza differenziare tra regolari e non. Il riferimento è alla l. n. 7 del 2007 della Regione Liguria⁷⁴, che in tema di assistenza sanitaria distingue tra "cure urgenti" ed "essenziali", a norma dell'art. 18, III comma⁷⁵, stabilendo che le prime si considerano quelle "che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona", mentre le altre sono da considerare "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, quali complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti"⁷⁶. Da quanto appena detto, si ha l'impressione che sia molto ampio l'ambito di operatività della normativa ligure; considerando, ad es., tutti i casi in cui il differimento di una cura possa provocare un danno alla salute di un soggetto, si deduce che alla Regione viene lasciata la possibilità di intervenire a tutela non soltanto del mero "nucleo duro" del bene-salute, ma anche in una serie di circostanze ulteriori che a tutta prima

⁷³ Sulla sentenza in discorso, v. C. SALAZAR, *Leggi regionali sui "diritti degli immigrati"*, cit., 405.

⁷⁴ V. l'art. 2. Si fa presente che l'art. 1 è praticamente sovrapponibile a quello della legge precedente e molti sono i documenti sovranazionali richiamati, quali fonti che, insieme alla Costituzione, la legge intende attuare (v. il II comma).

⁷⁵ ... riprendendo la definizione di cure urgenti e essenziali che peraltro offre la circolare n. 5 del 2000 del Ministero della Sanità.

⁷⁶ Per il resto, la norma ricalca grosso modo quella già richiamata della legge dell'Emilia-Romagna.

sembrerebbero non rientrare nel nucleo suddetto (lo stesso discorso, ovviamente, si può fare in riferimento alle “cure essenziali”, la cui definizione consente di ritenere che l’ente possa operare al di là di situazioni di urgenza). In questo senso, la l.r. della Liguria sembra offrire una più ampia tutela di quella dell’Emilia-Romagna⁷⁷, prima richiamata.

Nel 2009 ci sono stati tre interventi legislativi degni di nota.

Tra i destinatari della l. n. 13 della Regione Marche⁷⁸, rientrano, a norma dell’art. 2, comma II-*bis*, anche coloro che sono “in attesa del rinnovo dei documenti di soggiorno o della conclusione di eventuali procedimenti di regolarizzazione previsti dalla normativa statale vigente” e che quindi momentaneamente si trovino in una posizione di irregolarità; nei loro confronti e “agli immigrati temporaneamente presenti” l’ente “assicura [...] l’assistenza sanitaria e la fruizione delle prestazioni sanitarie ospedaliere, ambulatoriali e riabilitative” (art. 12, I comma); non senza effetto pare l’impegno della Regione per “l’attuazione di specifici interventi di promozione della salute per la risoluzione dei problemi derivanti dalle condizioni di marginalità ed esclusione” (art. 12, III comma)⁷⁹. Sotto il profilo dei destinatari delle prestazioni sanitarie, sembra che l’intervento normativo che si sta discutendo sia maggiormente garantista rispetto a molte tra le leggi in questa sede citate, per quanto lo stato di irregolarità dei non cittadini sia ammesso solo se provvisorio.

⁷⁷ A quanto detto si aggiungono i molti altri aspetti presi in tutela dalla legge ligure a norma, spec., dei commi IV, V, VI, VII, VIII, IX dell’art. 18. Particolarmente rilevanti appaiono: la protezione dei “minori extracomunitari in affidamento temporaneo per vacanze terapeutiche”; i compiti cui è chiamata la Giunta regionale; la salvaguardia degli immigrati maggiormente “deboli” per le circostanze in cui versa il Paese di provenienza.

⁷⁸ Costituiscono – anche in questo caso – “finalità” della Regione l’uguaglianza tra cittadini e immigrati “nel godimento dei diritti civili” ed “il pieno inserimento nel territorio marchigiano” dei secondi (art. 1, I comma), nell’attuazione peraltro di importanti documenti internazionali in materia (art. 1, II comma).

⁷⁹ Dal IV comma, emerge poi un’attenzione della Regione nei riguardi della formazione degli operatori, al fine di consentire loro di “migliorare la capacità di lettura, interpretazione e comprensione delle differenze culturali che investono i concetti di salute, malattie e cura”.

Con l'obiettivo di favorire "l'accoglienza solidale"⁸⁰, la l. n. 29 della Regione Toscana⁸¹ rivolge la propria attenzione nei confronti degli stranieri "comunque dimoranti" all'interno dell'ente (art. 2, II comma)⁸²; da quanto detto, sembrerebbe che anche i soggetti irregolari siano destinatari della normativa, come sembra confermare quanto ora si dirà⁸³. All'interno di una previsione molto articolata, che in questa sede non è possibile analizzare compiutamente (il riferimento è all'art. 6, genericamente volto a dettare "disposizioni sull'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri in Toscana"), la disciplina toscana presenta una serie di norme dirette a salvaguardare il diritto alla salute dei non cittadini, anche sotto forma di "interventi socio-assistenziali urgenti e indifferibili, necessari per garantire il rispetto dei diritti fondamentali riconosciuti ad ogni persona in base alla Costituzione ed alle norme internazionali", a favore di coloro che dimorano "nel territorio regionale, anche se priv[i] di titolo di soggiorno"⁸⁴. In modo più esplicito, la disciplina specifica che "la Regione promuove e sostiene il diritto alla salute dei cittadini stranieri, come diritto fondamentale della persona" conformemente a quanto disposto dal T.U. dell'immigrazione⁸⁵; tuttavia, il diritto in discorso appare tutelato anche attraverso il ruolo attribuito alla Giunta, la quale è chiamata ad "emana[re] direttive alle aziende sanitarie" a salvaguardia sia degli stranieri non iscritti al SSN (per rendere "fruibili" le prestazioni per loro previste) che di coloro che non sono regolari ("per

⁸⁰ V. l'art. 1 della legge in discorso.

⁸¹ Discorrono di questa legge E. ROSSI-E. STRADELLA, *La politica regionale in materia di assistenza sociale e sanitaria*, in www.gruppodipisa.it, 26 settembre 2012, § 9.3.

⁸² Si precisa che la norma appena richiamata, congiuntamente al IV comma e ad alcuni commi dell'art. 6, è stata oggetto di più questioni di legittimità costituzionale, una dichiarata inammissibile e le altre infondate con sent. n. 269 del 2010 (in argomento, cfr. C. SALAZAR, *Leggi regionali sui "diritti degli immigrati"*, cit., 412 ss.).

⁸³ Sull'ambiguità dell'utilizzo del termine "dimora", v. F. BIONDI DAL MONTE, *Regioni*, cit., § 2.

⁸⁴ Art. 6, XXXV comma. È questa una delle norme su cui la Corte si è pronunciata con la sent. n. 269 del 2010.

⁸⁵ Art. 6, XXXVI comma.

facilitare” a questi ultimi “l’accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari”)⁸⁶. Infine, ad ulteriore testimonianza della particolare sensibilità mostrata in materia da parte di questo legislatore regionale, la legge prescrive alcuni significativi interventi che la Regione “promuove”⁸⁷ a tutela della salute degli stranieri e prevede un’opera, da parte dell’ente, di prevenzione e di contrasto delle mutilazioni genitali femminili⁸⁸, previsione – quest’ultima – non molto frequente all’interno della legislazione regionale.

Volgendo lo sguardo ad un altro intervento legislativo, si segnala la disciplina della Regione Puglia⁸⁹, di cui alla l.r. n. 32, con la quale è sancito l’impegno, anche da parte di questo ente, di “garantire pari opportunità di accesso e fruibilità dei servizi” pure “socio-sanitari” (art. 1, III comma, lett. d). Destinatari della normativa sono gli extracomunitari “presenti sul territorio regionale” (art. 2, I comma); a favore di questi ultimi, “la Regione promuove le azioni necessarie per garantire l’accesso e la fruizione dei servizi sanitari”⁹⁰ (art. 10). Non essendo possibile soffermarsi adeguatamente sull’intero testo dell’articolo da ultimo richiamato, si fa adesso rimando solo a taluni precetti ritenuti di particolare rilievo. Con la disciplina in discorso, l’ente “individua le modalità per garantire l’accesso alle cure essenziali e continuative ai cittadini stranieri temporaneamente presenti (STP) non in regola con le norme relative

⁸⁶ Art. 6, XXXVII comma.

⁸⁷ Al riguardo, si veda il XXXVIII comma dello stesso art.

⁸⁸ Art. 6, XXXIX comma. A quanto detto si aggiunga che, a norma del LV comma, la Regione mira a proteggere i “cittadini stranieri vulnerabili”, tra i quali i minori irregolari (lett. a), le donne in gravidanza (lett. b), i disabili (lett. f) ed altri ancora.

⁸⁹ ... oggetto di diverse questioni di legittimità costituzionale, decise con sent. n. 299 del 2010 e con la quale è stata dichiarata incostituzionale la lett. h) dell’art. 1, II comma, e la lett. h) dell’art. 1, III comma; per gli altri profili sottoposti all’attenzione della Corte, le questioni sono state dichiarate in parte inammissibili e in parte infondate. In merito alla sent. n. 299 (ma con cenni anche alla dec. n. 269), cfr. C. SALAZAR, *Leggi regionali sui “diritti degli immigrati”*, cit., 412 ss.; L. RONCHETTI, *I diritti fondamentali alla prova delle migrazioni*, cit.

⁹⁰ Art. 10, I comma. Il II comma precisa che gli stranieri regolari che sono obbligati ad iscriversi al SSR devono essere trattati allo stesso modo dei cittadini italiani (tutela viene anche offerta ai loro familiari ed ai loro figli che siano minori); vi sono poi norme a salvaguardia di coloro che non hanno obbligo di iscrizione al SSR e degli stranieri detenuti.

all'ingresso e al soggiorno" (v. il V comma). Sono poi assicurate "cure urgenti, essenziali e continuative" con l'attribuzione codice ENI ("europeo non in regola") anche a coloro – comunitari – che sono presenti sul territorio⁹¹; è previsto, inoltre, che le ASL possano predisporre un "ambulatorio di medicina" per STP ed ENI (VIII comma). Non meno rilevanti sono i passaggi della disciplina in cui viene promossa "la presenza di mediatori linguistico-culturali nelle strutture sanitarie che registrano un maggiore accesso di stranieri" (IX comma) e vengono altresì promossi "interventi informativi rivolti agli stranieri finalizzati a facilitare l'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari e la loro fruizione" (X comma)⁹².

Anche la legge n. 6 del 2010 della Regione Campania considera destinatari della legge, a norma dell'art. 2, I comma, gli extracomunitari, gli apolidi, i richiedenti asilo e i rifugiati "presenti sul territorio regionale". Con particolare riferimento alla tutela della salute, la Regione intende "assicurare" condizioni di uguaglianza nell'accesso "alle prestazioni sanitarie ed assistenziali nonché alle attività di mediazione interculturale" (art. 1, III comma, lett. b) a favore degli stranieri; l'art. 18, I comma, inoltre, in attuazione degli artt. 34 e 35 del T.U. dell'immigrazione, prescrive parità di trattamento tra cittadini e non cittadini nell'erogazione dei "servizi sanitari". La precisazione del II comma, per la quale dalla legge "sono in particolare garantiti" gli interventi previsti nel T.U. in discorso, lascia intendere – come nel caso della legge dell'Emilia-Romagna del 2004, sopra riportata – che non sia esclusa l'erogazione di cure e servizi diversi rispetto a quelli che potrebbero ricondursi al c.d.

⁹¹ Si tratta di soggetti "che non risultano assistiti dallo Stato di provenienza, privi dei requisiti per l'iscrizione al SSR e che versino in condizioni di indigenza" (VI comma).

⁹² A quanto detto si aggiunga che sono promossi "programmi di formazione [...] sull'assistenza sanitaria con approccio interculturale agli utenti stranieri" (XI comma) e che, a favore di questi ultimi, in particolare minori, è prevista l'"erogazione di prestazioni di alta specializzazione" (XII comma).

“nucleo duro”, con particolare beneficio della complessiva tutela del benessere dei destinatari della normativa⁹³.

Più di recente, anche la Provincia di Bolzano si è dotata di una legge (n. 12 del 2011) mirante all’“integrazione delle cittadine e dei cittadini stranieri”; è significativo che pure i destinatari di questa disciplina siano, oltre i cittadini e gli immigrati in regola, anche coloro che sono “comunque presenti sul territorio provinciale, per i quali possono essere previsti anche specifici interventi, in osservanza di quanto previsto dalla normativa nazionale”⁹⁴. Particolarmente degno di nota, in aggiunta a quanto l’art. 11 in materia di “tutela della salute” prescrive, è l’intervento di prevenzione e contrasto alle mutilazioni genitali femminili, che l’ente si prefigge di svolgere avvalendosi della partecipazione anche delle non cittadine appartenenti a Paesi in cui tali pratiche vengono effettuate⁹⁵.

8. Conclusioni

Sembra adesso giunto il momento di svolgere qualche riflessione conclusiva, prendendo spunto da quanto fin qui detto.

La naturale vocazione delle Regioni di farsi interprete dei bisogni elementari (e non) dei soggetti che si trovano sul proprio territorio si ritiene un dato incontestabile⁹⁶, così come si può concordare con chi rileva che l’autonomia dell’ente in discorso si misura e si attua proporzionalmente alla sua capacità di offrire risposte adeguate ai bisogni suddetti⁹⁷, riuscendo così a fornire forme e

⁹³ Una tutela, a norma del III comma, è anche a favore dei soggetti non iscritti al SSR; è prevista altresì un’“attività di mediazione interculturale in campo socio-sanitario” (IV comma).

⁹⁴ Art. 2, I comma, lett. c).

⁹⁵ Art. 11, V comma.

⁹⁶ Cfr. C. SALAZAR, *Dieci anni dopo la riforma del Titolo V*, cit., 239 e 243 ss.; E. VIVALDI, *I diritti sociali tra Stato e Regioni*, cit., § 6.

⁹⁷ Sul punto, si rimanda ancora a A. RUGGERI, *Unità-indivisibilità dell’ordinamento*, cit., § 4, e ID., *Regioni e diritti fondamentali*, cit., 170 ss.

modalità di tutela idonee ai diritti fondamentali di coloro ai quali questi ultimi sono ascrivibili e andando oltre la tutela dei meri livelli essenziali, *ex art. 117, II comma, lett. m)*⁹⁸. Ora, che tutto questo si sia realizzato (e continui a realizzarsi) a favore dei non cittadini ed in riferimento al loro diritto alla salute è vero solo in parte. Ciò che si intende dire, riprendendo così quanto osservato in apertura, è che è probabile che la legislazione regionale sia stata (e sia) in grado di apprestare una tutela complessivamente più intensa rispetto a quanto prescritto a livello statale e nella giurisprudenza costituzionale, non fosse altro che per l'attitudine tipicamente sua a disciplinare (e proteggere) ogni diritto nel dettaglio, ossia sotto i molteplici aspetti nei quali questo si presenta⁹⁹. Il maggiore motivo, però, che rende la normazione delle Regioni in grado di prestare speciale salvaguardia al bene-salute dei non cittadini, e le consente di

⁹⁸ A. RUGGERI, *Riforma costituzionale ed autonomia regionale*, cit., § 3. F. BIONDI DAL MONTE, *Regioni*, cit., § 8, diversamente, rileva che "in riferimento a prestazioni eccedenti l'essenziale, la discrezionalità regionale potrebbe riguardare" solo i non cittadini regolari, ovviamente nel rispetto delle proprie competenze e del bilancio.

⁹⁹ Si fa presente che quelle prese in considerazione in questo studio sono solo alcune tra le leggi regionali che interessano la materia *de qua*, quelle cioè che si ritengono particolarmente degne di nota; non si aspirava infatti ad offrire un quadro esaustivo, avendo voluto riflettere solo su taluni profili che sono stati negli anni oggetto di attenzione da parte dei legislatori dei singoli enti. Altre normative possono poi ricordarsi, come le leggi finanziarie in cui sono state destinate voci di spesa a favore delle politiche migratorie e, in alcuni casi, della tutela della salute degli immigrati (si vedano, in tal senso, le ll. rr. Lazio nn. 10 del 2001, artt. 92, 95 e 246, e 4 del 2006, artt. 152, 153 e 157), quelle volte al riordino del servizio sanitario regionale (come la l.r. Liguria, n. 41 del 2006, art. 72, II comma, lett. a, e la l.r. Sicilia, n. 5 del 2009, art. 6, I comma, lett. h) o, ancora, quelle dedicate al sistema integrato dei servizi sociali (v. la l. r. Puglia, n. 19 del 2006, in più punti, come modificata dalla l. n. 1 del 2009).

Altre leggi da ricordare sono richiamate da S. BUDELLI, *Immigrazione*, cit. Tra queste la n. 17 del 1990 (ormai abrogata) della Regione Calabria (102), la l. n. 3 del 2008 della Regione Lombardia anche a favore di irregolari che si trovano in situazione d'urgenza (art. 6, I comma, lett. c) (116 ss.). Si vedano anche la l. n. 64 del 1989 della Regione Piemonte, a favore degli immigrati extracomunitari residenti nel territorio regionale, con la quale si mira a "promuovere iniziative volte a rendere effettivo il diritto all'assistenza sanitaria ed ai servizi sociali previsti per i cittadini piemontesi con particolare riferimento all'inserimento sociale delle donne immigrate ed alla tutela della maternità" (art. 10, I comma, lett. i; v. anche gli artt. 8, I comma, lett. l, e 11) (124); la l. n. 18 del 2004 della Regione Umbria, con cui si predispongono "interventi di assistenza sanitaria in favore di paesi extracomunitari in gravi difficoltà assistenziali sanitarie" (142).

Infine, si è scelto di non fare riferimento, in questa sede, ai piani sanitari regionali.

differenziarsi dalla legislazione statale¹⁰⁰, riposa sul piano dei destinatari delle leggi¹⁰¹. Senza volere riportare esempi specifici, che peraltro si possono agevolmente ricavare dallo studio svolto, particolarmente degne di rilievo appaiono le aperture mostrate nei confronti degli irregolari, grazie a quelle modalità di tutela che sembrano spingersi oltre il c.d. “nucleo duro” del diritto alla salute dei non cittadini; non sempre, però, come si è visto, dai testi è possibile rintracciare richiami espliciti a salvaguardia di coloro che non sono “in regola”, talora infatti potendosi ricavare un’attenzione nei confronti di questi ultimi da formule linguistiche vaghe e sibilline che lasciano spazio ad un’interpretazione estensiva delle norme di volta in volta considerate¹⁰². Al riguardo, si è dell’avviso che le potenzialità regionali non siano ad oggi state del tutto e in modo congruo espresse, specie se si considera la eccessiva prudenza esibita dai legislatori regionali nei riguardi della salute degli irregolari¹⁰³.

In generale, se dalle leggi in questa sede ricordate emerge con chiarezza una certa sensibilità dei legislatori suddetti nei riguardi degli immigrati, occorre però verificare come dal piano meramente declamatorio si sia riusciti (e si riesca) a passare alla “dimensione dell’effettività” dei loro diritti¹⁰⁴, vera

¹⁰⁰ Cfr. C. SALAZAR, *Leggi statali, leggi regionali e politiche per gli immigrati*, cit., 3255 s. e 3265 ss.

¹⁰¹ Dall’impostazione della Corte costituzionale, si ha infatti la netta sensazione che il diritto alla salute sia suscettibile, elasticamente, di “ampliarsi” o “restringersi” in base ai destinatari della tutela.

¹⁰² Sono diverse le variabili che incidono, quali il titolo di soggiorno o il luogo di residenza; cfr., sul punto, F. BIONDI DAL MONTE, *I diritti sociali degli stranieri tra frammentazione e non discriminazione*, cit., 590, e ID., *Lo Stato sociale di fronte alle migrazioni*, cit., §§ 3.1 s.

¹⁰³ Le ragioni di una tale scelta di politica legislativa potrebbero essere diverse; tra queste, potremmo annoverare quella relativa ad un problema di sostenibilità economica o, l’altra, riguardante l’opportunità di non discostarsi oltre modo da quanto prescritto a livello statale. In ogni caso, nessuna delle due sembra convincere; non la prima, in quanto è stato dimostrato che l’aspetto del costo dei diritti sociali non è tipico solo di essi, ma di tutti i diritti (sul punto, si rimanda ancora a S. GAMBINO, *I diritti sociali*, cit., § 1.3, già richiamato), e rischia di divenire un alibi dietro il quale non è il caso trincerarsi. La seconda men che meno appare ragionevole; in quanto, una disciplina di dettaglio (regionale) non sarebbe certamente in contrasto con quella generale (statale), costituendone solo uno svolgimento legittimamente attuabile secondo lo schema di ripartizione di competenze che qui si è tentato di delineare.

¹⁰⁴ Cfr. F. BIONDI DAL MONTE, *Lo Stato sociale di fronte alle migrazioni*, cit., § 6.

scommessa alla quale sono chiamati gli enti in parola. Inoltre si può rilevare che l'attenzione delle Regioni è particolarmente rivolta a favorire l'integrazione (e l'inclusione) sociale dei non cittadini; nella maggior parte dei casi, è proprio all'interno di tali discipline che si trovano previsioni normative a salvaguardia della salute degli stranieri¹⁰⁵ o che riconoscono a questi ultimi il diritto alle prestazioni socio-assistenziali (... e quindi anche alla salute, per lo strettissimo nesso esistente tra i due ambiti materiali in questione)¹⁰⁶. Alla luce di quanto appena detto, ciò che si può forse rimproverare ai legislatori regionali è la mancanza di discipline organicamente dedicate al tema del diritto alla salute dei non cittadini.

In un contesto così descritto, è evidente l'importanza del ruolo al quale sono anche chiamati i giudici nell'applicazione, a favore degli immigrati, del principio di non discriminazione nella salvaguardia dei diritti fondamentali. Tuttavia è fin troppo ovvio che ai legislatori spetti il dovere di emanare normative realmente garantiste, ispirate al principio di solidarietà¹⁰⁷, che costituiscano il *prius* rispetto all'attività giurisdizionale o – detto in altri termini – l'ineliminabile presupposto senza il quale la stessa attività dei giudici non avrebbe neanche motivo d'essere.

Il vero problema, al riguardo, si ritiene essere un altro, tanto grave quanto ben poco giuridico; e cioè che sul punto si registrano ancora resistenze dovute ad un arretramento culturale ed ideologico nei confronti di soggetti certamente diversi in nazionalità, ma altrettanto certamente uguali in dignità. Finché non si smetterà di avere "paura dell'altro"¹⁰⁸ e non si promuoveranno

¹⁰⁵ Come si è visto, è frequente la presenza di una norma appositamente dedicata all'assistenza sanitaria.

¹⁰⁶ Cfr. F. BIONDI DAL MONTE, *Regioni*, cit., § 3.

¹⁰⁷ In argomento, v. F. BIONDI DAL MONTE, *Lo Stato sociale di fronte alle migrazioni*, cit., §§ 7 e 7.2.

¹⁰⁸ ... il riferimento è al noto volume di AA.VV., *Paura dell'Altro. Identità occidentale e cittadinanza*, a cura di F. Bilancia, F.M. Di Sciullo e F. Rimoli, Roma 2008.

forme di inclusione¹⁰⁹, non si raggiungerà un grado di protezione dei diritti fondamentali, quale è quello alla salute, dei non cittadini che possa considerarsi soddisfacente. Che si debba combattere la clandestinità e che si debbano prevedere sanzioni efficaci, nondimeno rispettose della dignità della persona umana, è cosa altra rispetto alla necessità e all'urgenza di apprestare forme di riconoscimento e tutela dei diritti fondamentali sanciti nella nostra Carta, ma di *tutti* i diritti, nei confronti di *tutti* i soggetti (extracomunitari compresi¹¹⁰, seppure destinatari di un provvedimento di espulsione ancora non eseguito¹¹¹) e a *tutto tondo* (ossia, senza distinzione tra “nucleo” e “crosta”); al riguardo, il riconoscimento della c.d. “cittadinanza sociale”¹¹², nell'accezione di riconoscimento e di tutela dei diritti sociali a tutti indistintamente, sembra una strada a parole apparentemente già battuta da alcune normative regionali, ma forse bisognosa di realizzarsi in maggior misura nell'esperienza.

Potranno forse sembrare – queste – considerazioni retoriche o semplicistiche, eppure sono le uniche possibili se non si vuole tradire l'anima personalista che connota la Carta repubblicana. D'altra parte, il giurista è

¹⁰⁹ Per tutti, v. J. HABERMAS, *L'inclusione dell'altro. Studi di teoria politica*, trad. it. a cura di L. Ceppa, Milano 2013.

¹¹⁰ A. SPADARO, *I diritti sociali di fronte alla crisi*, cit., § 11.

¹¹¹ ... aspetto sul quale sofferma la sua attenzione L. RONCHETTI, *I diritti fondamentali alla prova delle migrazioni*, cit., § 5, e ID., *Le assemblee regionali nella forma di governo regionale*, in AA.VV., *Il regionalismo italiano*, cit., 338 s., secondo quanto si deduce da Corte cost. nn. 299 del 2010 (p. 2.2.3 del *cons. in dir.*) e, più di recente, 61 del 2011 (p. 2.1 del *cons. in dir.*). È ovvio, come la Consulta precisa, che quanto detto (ossia il riconoscimento – e la tutela – dei diritti fondamentali anche agli – e degli – irregolari) non vale a legittimare la permanenza dei soggetti in parola sul territorio italiano.

¹¹² Tra i molti altri, cfr., sul punto, D. BIFULCO, *Cittadinanza sociale, eguaglianza e forma di Stato*, in AA.VV., *Diritti sociali tra regionalismo e prospettive federali*, cit., 27 ss.; F. BIONDI DAL MONTE, *Regioni*, cit., § 2. Il concetto in discorso non è da confondere con quello di “cittadinanza sostanziale”, che si riferisce sia alle “forme della partecipazione alla vita consociata e dell'integrazione sociale” (L. RONCHETTI, *La cittadinanza sostanziale tra Costituzione e residenza: immigrati nelle regioni*, in www.costituzionalismo.it, 2/2012) sia alla necessità di garantire i livelli minimi di tutela dei diritti (S. MABELLINI, *La dimensione sociale dello straniero*, cit., 816).

chiamato ad indicare il “dover essere”¹¹³, anche quando esso si discosta molto dall’“essere”; se così non facesse sarebbe lui a tradire il proprio ruolo. Che poi la tutela di un diritto possa rischiare di non essere piena, nella misura in cui quel diritto partecipa ad inevitabili operazioni di bilanciamento con altri diritti altrettanto fondamentali è cosa più che normale ed accettabile, ma ad una condizione: e cioè che i bilanciamenti siano sempre dagli esiti non scontati, siano quindi partite da “giocare” di volta in volta e dai risultati non precostituiti (men che meno dalla legge¹¹⁴).

Quanto detto, allora, aprirebbe l’altra, non irrilevante questione della giustiziabilità, da parte dei non cittadini, del diritto alla salute (per ciò che qui interessa), della quale tuttavia in questa sede non è possibile trattare e si deve pertanto rinviare ad altre occasioni di studio.

¹¹³ ... e infatti che dall’entrata in vigore del T.U. si abbia “uno scollamento evidente tra la realtà e il dover essere giuridico” lo rileva anche C. SALAZAR, *Leggi regionali sui “diritti degli immigrati”*, cit., 393 s.

¹¹⁴ Eventualità che invece si ha partendo dall’assunto che gli irregolari godono, nel nostro Paese, di un diritto alla salute “dimezzato”, ossia limitato al solo “nucleo duro”.