

I SISTEMI SANITARI ALLA PROVA DELL'IMMIGRAZIONE: UN QUADRO GENERALE

Ginevra Cerrina Feroni

SOMMARIO: 1. Ragioni del volume e percorsi di analisi. – 2. Il diritto alla salute. – 3. Organizzazione e finanziamento dei sistemi sanitari. – 4. L'accesso alle prestazioni sanitarie come chiave dei processi di integrazione. – 5. La distinzione tra *status* ai fini dell'accesso alle prestazioni. – 6. Le politiche sanitarie nei confronti degli stranieri. Il quadro comparato. – 7. La sostenibilità finanziaria dei vari sistemi. Uno sguardo complessivo. – 8. Presentazione del volume. – 9. Conclusioni.

1. Ragioni del volume e percorsi di analisi

Il tema dei sistemi sanitari costituisce un punto di analisi privilegiato delle modalità adoperate dai vari sistemi di *welfare*, come tradizionalmente strutturati a partire del secondo dopoguerra, per fronteggiare le sfide connesse alle nuove dimensioni assunte dal fenomeno migratorio, peraltro in continua crescita¹. Gli effetti della globalizzazione parlano chiaro: rispetto al passato, dove i numeri erano ridotti anche per gli elevati costi di mobilità², i flussi migratori riguardano oggi interi continenti. A livello mondiale si è raggiunta la cifra di 258 milioni di persone nel 2017, superiore rispetto ai 220 milioni del 2010 ed ai 173 milioni del 2000³. Flussi destinati perlopiù verso Paesi ad alto reddito, anche in questo caso in crescita rispetto ai dati di inizio secolo⁴. Per contenere tale emergenza, i Paesi di arrivo hanno

¹ Si vedano a riguardo le statistiche fornite da Eurostat, disponibili in <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7214399/2-22032016-BP-EN.pdf/596b9daa-b9d6-415d-b85a-b41174488728>.

² Si v. M. LIVI BACCI, *In cammino. Breve storia delle migrazioni*, Bologna, il Mulino, 2010, 106-107.

³ UNITED NATIONS-DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, *International Migration Report 2017*.

⁴ UNITED NATIONS-DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS-POPULATION DIVI-

adottato regolamentazioni restrittive dei flussi legali di accesso, il che non ha impedito l'emergere, comunque, di imponenti fenomeni di immigrazione irregolare e numeri significativi di soggetti residenti nei rispettivi territori in condizioni di clandestinità permanente⁵.

Non vi è dubbio che l'immigrazione può costituire un fattore di rischio per la tenuta sociale e finanziaria dei sistemi di *welfare*. Tradizionalmente pensati come sistemi chiusi, destinati a soddisfare i bisogni di una comunità circoscritta che ne provvedeva anche al finanziamento, vedono oggi messa in discussione proprio la logica del loro funzionamento a fronte delle migrazioni di massa⁶. Il cambio di prospettiva ha determinato la conseguente necessità di un ripensamento complessivo del sistema in grado di individuare un corretto bilanciamento tra i benefici derivanti dalla circolazione del lavoro, le capacità di assorbimento dell'economia nazionale e le ricadute sui percorsi redistributivi derivanti dall'apertura all'afflusso dei migranti. Nel contesto europeo dell'ultima decade, la questione della sostenibilità dei sistemi sanitari si è poi ulteriormente complicata: le esigenze di fronteggiare una crisi economica e una crisi migratoria nel medesimo lasso temporale hanno, infatti, contribuito all'affermazione, quantomeno nel dibattito politico, di nuovi conflitti tra le richieste di interventi da parte delle istituzioni e la scarsità di risorse disponibili. Al contempo i sistemi di *welfare* europeo si sono trovati costretti a ridurre quantità e qualità dei servizi erogati e, comunque, a garantire l'accesso agli stessi a nuovi fruitori, quantomeno quelli di base⁷. In un quadro di conflittualità politica e di esigenza di assicurare l'equilibrio economico a lungo termine del proprio sistema di *welfare*, molti ordinamenti hanno proceduto a riforme del proprio sistema sanitario, intervenendo sia sugli aspetti legislativi, sia su quelli organizzativi del settore.

Il volume si propone di ripercorrere, attraverso l'analisi comparata, le scelte adottate dai principali Paesi dell'Europa continentale di fronte al fenomeno migratorio. È del tutto evidente che l'impatto dell'immigrazione sulla sostenibilità economica dei sistemi di *welfare* risulta strettamente con-

SION, *Trends in International Migrant Stock: The 2017 Revision*, United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2017, 2017.

⁵ In tale direzione, M. LIVI BACCI, *In cammino*, cit., 110-113.

⁶ E. ANDERSON, *Migration and the Political Economy of the Welfare State*, in *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, vol. 485; M.O. HEISLER-B.S. HEISLER, *From Foreign Workers to Settlers? Transnational Migration and the Emergence of New Minorities*, in *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 1986, 51-63.

⁷ R. ROMERO-ORTUÑO, *Access to Health Care for Illegal Immigrants in the EU: Should we be Concerned?*, in *European Journal of Health Law*, 2004, 11, 245-272.

nesso alle caratteristiche del singolo ordinamento esaminato⁸. Ed è altrettanto evidente che la differenza dei modelli organizzativi e del tipo di tutela accordato al diritto alla salute negli ordinamenti compulsati costituisce la cornice necessaria all'interno della quale delineare i diritti degli immigrati al c.d. "sistema salute", anche in considerazione dei numeri di stranieri residenti nel territorio nazionale e della natura della migrazione attratta dal Paese.

Al centro dell'analisi del volume vi è, ovviamente, il tema della salute. La ricostruzione degli strumenti e delle sfide che i sistemi sanitari europei si trovano a fronteggiare in relazione al fenomeno migratorio richiede, infatti, una ricognizione, anzitutto, sul ruolo svolto dal diritto alla salute nei rispettivi ordinamenti costituzionali. Una prospettiva di analisi necessaria sia per la discussione sulla concezione dei diritti sociali – in specie la loro capacità di adattarsi e modularsi in ragione della nuova composizione sul territorio nazionale⁹ – sia per il modo in cui tali diritti interagiscano con gli strumenti di integrazione degli immigrati previsti dagli ordinamenti nazionali¹⁰. Il tema della salute è, infatti, il presupposto per ogni considerazione sui sistemi sanitari adottati. Come si avrà modo di vedere, i modelli di sistema sanitario analizzati nel volume sono da collocare nel più ampio perimetro del modello di Stato sociale. La classificazione originaria dei modelli di *welfare* proposta da G. Esping-Andersen distingueva tre regimi: (i) liberale, tipico dei Paesi anglosassoni, caratterizzato dalla concentrazione degli interventi sociali verso coloro che sono in maggiore difficoltà e dall'ampio affidamento al mercato per i residui bisogni individuali; (ii) conservatore-corporativo, tipico dell'Europa continentale e caratterizzato da un intervento più ampio dello Stato tramite schemi assicurativi obbligatori, in connessione alla posizione occupazionale del soggetto; (iii) socialdemocratico, proprio dei Paesi dell'area scandinava, in cui i programmi sociali hanno un'impostazione universalistica e accesso garantito al cittadino in quanto tale¹¹. Rispetto a tale classificazione, un primo elemento di integrazione è costituito dal modello offerto dai Paesi post-socialisti dell'Europa orientale, in cui le esigenze di economie in transizione hanno imposto una

⁸ S.N. SOROKA-R. JOHNSTON-A. KEVINS-K. BANTING-W. KYMLICKA, *Migration and Welfare State Spending*, in *European Political Science Review*, 2016, 8(2), 173-294.

⁹ A. HADJAR-S. BACKES, *Migration Background and Subjective Well-Being: A Multilevel Analysis Based on the European Social Survey*, in *Comparative Sociology*, 1, 2013.

¹⁰ Si v. S. GIUBBONI, *Diritti e solidarietà in Europa. I modelli sociali nazionali nello spazio giuridico europeo*, Bologna, il Mulino, 2012.

¹¹ G. ESPING-ANDERSEN, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton, Princeton University Press, 1990.

riduzione del *welfare* che risulta poggiare principalmente sulle reti familiari per il suo sostegno. Tali assetti si distinguono per intensità della redistribuzione, livello di intervento del pubblico nell'economia e diversa ampiezza ed efficacia di una rete di *welfare* privata accanto a quella pubblica. I modelli, individuati in base a criteri storici e geografici, hanno quindi contribuito a designare altrettanti approcci politici allo stato sociale: liberale, conservatore, socialdemocratico e post-socialista. Inoltre, a partire dagli anni '90, è stata proposta l'introduzione di un autonomo modello caratterizzante l'Europa meridionale, definito dal basso livello di defamiliarizzazione del *welfare* e dalla diffusione di benefici sociali con finalità di clientelismo politico¹². Sulla base di tale ricostruzione, Alessandro Petretto e Caterina Francesca Guidi in questo volume individuano cinque gruppi in riferimento al sistema di *welfare* adottato: anglosassone, bismarckiano, orientale, mediterraneo e scandinavo¹³. Sotto questo profilo l'analisi consente di evidenziare come la tutela del diritto alla salute e il sistema sanitario di ogni singolo ordinamento costituiscano, già di per sé, il punto di emersione di un complesso di fattori, economici e sociali, che vanno a sommarsi alle preoccupazioni riguardo le condizioni finanziarie dei singoli Stati e la tenuta dei sistemi di contribuzione sociale. Ulteriore distinzione rilevante riguarda le modalità di finanziamento del sistema sanitario, distinguendosi Paesi in cui questo avviene principalmente attraverso la fiscalità generale, Paesi incentrati su modelli di assicurazioni sociali di salute e rari casi di ordinamenti fondati sui pagamenti da parte dei privati¹⁴. La selezione dei casi comparati operata dal volume consente di analizzare le principali esperienze che hanno contribuito alla individuazione di tali modelli: l'esperienza liberale anglosassone (con l'analisi del caso britannico), i diversi casi di esperienze riconducibili al modello bismarckiano (Francia, Germania, Austria, Svizzera, Paesi Bassi), gli esempi meridionali (Italia, Spagna e Grecia), il caso ungherese riconducibile al modello orientale e, a comporre il quadro, le esperienze svedese, danese e scandinava. I saggi presentano anche un quadro completo delle diverse modalità di contribuzione, concentrandosi principalmente sui modelli di finanziamento tramite fiscalità generale o assistenza sociale, ma illustrando anche, attraverso l'esperienza elle-

¹² M. FERRERA, *The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe*, in *Journal of European social policy*, 6, 1996.

¹³ C.F. GUIDI-A. PETRETTO, *Cura della salute e immigrazione: un'analisi comparata sotto il profilo economico-finanziario*, in questo volume; si v. anche A. PETRETTO, *Economics of Institutions and Law*, Firenze, Firenze University Press, 2017.

¹⁴ S. THOMSON-T. FOUBISTER-E. MOSSIALOS, *Financing Health Care in the European Union*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009.

nica, il caso di un modello continentale di finanziamento a principale base privatistica.

La riflessione che lega l'impianto del volume è l'idea che l'accesso alle prestazioni sanitarie svolga un ruolo centrale nelle politiche di integrazione costituendo, al contempo, un elemento necessario del processo di inclusione. Ne emerge, proprio alla luce delle premesse che abbiamo posto, un quadro composito di sistemi sanitari tra loro differenziati sia per livelli che per estensione di tutele offerte a cittadini e stranieri presenti nei rispettivi territori. Questi ultimi, opportunamente distinti tra: cittadini europei, cittadini extra-UE regolarmente soggiornanti, rifugiati politici, titolari di protezione sussidiaria, richiedenti asilo, irregolari (ovvero cittadini extra-UE privi di permesso di soggiorno). Proviamo a tracciare le linee della ricerca.

2. Il diritto alla salute

Tradizionalmente il tema della salute si è sviluppato nella sua doppia componente di pretesa per il privato, da un lato, e di dovere di erogazione e predisposizione da parte del soggetto pubblico, dall'altro. Gli ordinamenti costituzionali dei Paesi membri della UE offrono scelte assai diversificate quanto alla regolazione dei diritti sociali: l'inserimento di tale categoria nei testi costituzionali, quale situazione giuridica protetta in modo comparabile ai diritti civili e politici, non risulta infatti essere una scelta scontata. Del resto, l'affermazione dei diritti c.d. di seconda generazione¹⁵ nel costituzionalismo del secondo dopoguerra è avvenuta attraverso soluzioni normative differenti. Il diritto alla salute ha, quindi, seguito le sorti di tali diversi percorsi intrapresi dai singoli ordinamenti che hanno contribuito a definire le soluzioni organizzative caratteristiche dei diversi modelli. Risulta possibile ricondurre tali scelte a quattro macro: (i) assenza di tutele esplicite; (ii) specifiche previsioni costituzionali a tutela del diritto alla salute; (iii) tutela discendente dal complesso dei diritti riconosciuti al cittadino dalle carte costituzionali; (iv) tutela della salute come mero scopo della legislazione. La prima soluzione è quella tradizionalmente adottata dai sistemi anglosassoni e scandinavi; come emergerà nel proseguo dell'analisi, ciò non ha impedito l'affermazione in questi Paesi di un modello di assistenza sanitaria universale e, almeno per buona parte della loro storia, improntato ad un principio di gratuità. Soltanto alcuni Paesi – ad esempio

¹⁵ Richiamando la nota suddivisione proposta da N. BOBBIO, *L'età dei diritti*, Torino, Einaudi, 1990.

Italia, Grecia e Portogallo – presentano specifiche previsioni costituzionali a tutela del diritto alla salute, seppur primariamente concepito secondo il modello del diritto finanziariamente condizionato¹⁶. Il sistema italiano ad esempio, come sottolineato nel contributo di L. Mezzetti, si fonda sulla concezione del diritto alla salute come “costituzionalmente condizionato” alle esigenze di bilanciamento con gli altri interessi, pur facendosi salvo un “nucleo irriducibile” quale diritto fondamentale della persona, non sottoponibile a restrizioni¹⁷. Un riconoscimento esplicito è presente anche nel sistema spagnolo. Tuttavia, il diritto alla salute condivide la sorte degli altri diritti sociali presenti nella Costituzione, risultando privo di autonoma giustiziabilità e funzionando primariamente come criterio ispiratore della legislazione, quale fine generale di questa.

In altri ordinamenti il diritto alla salute è tutelato quale parte delle garanzie concesse dall’ordinamento ai cittadini attraverso il riconoscimento dei diritti sociali e, più in generale, quale elemento che definisce l’insieme dei diritti conferiti dalle carte costituzionali. Il diritto alla salute nell’ordinamento tedesco è stato, ad esempio, ricostruito a partire dal combinato disposto delle norme a tutela del diritto alla vita e all’integrità fisica e dell’art. 1, 1° comma GG che disciplina il principio della “dignità umana”. Il diritto alla salute è, quindi, considerato elemento imprescindibile della forma di Stato tedesca, quale presupposto del *Sozialstaat*¹⁸. Anche l’ordinamento austriaco presenta un approccio simile. In questo caso però la tutela della salute, pur costituendo elemento centrale della forma di stato sociale austriaco, non costituisce un diritto costituzionale in senso proprio, difettando previsioni in materia e non essendo rinvenibile una tutela tramite i riferimenti generici ai diritti sociali¹⁹.

Infine vi sono ordinamenti, come l’Olanda, l’Ungheria e la Svizzera, che considerano i diritti sociali e, tra questi, il diritto alla salute, come mere norme programmatiche, rimettendo al legislatore la definizione delle modalità ed estensione delle tutele. Il contributo di S. Penasa sottolinea, in particolare, come in Ungheria, a seguito delle recenti riforme costituzionali, il diritto alla salute abbia condiviso la sorte degli altri diritti sociali, in specie la loro

¹⁶ Secondo la definizione fornita da F. MERUSI, *Servizi pubblici instabili*, Bologna, il Mulino, 1990, 30-31.

¹⁷ Si v. Corte cost., sent. n. 252/2001; cfr. altresì in tal senso, *ex plurimis*, le sentt. nn. 509/2000, 309/1999 e 267/1998.

¹⁸ *Ex multis*, BVerfGE 57, 70 (99) (*Universitäre Krankenversorgung*).

¹⁹ U. HAIDER QUERCIA, *La tutela della salute degli stranieri in Austria: il precario equilibrio tra garanzia assicurativa e finanziabilità*, in questo volume.

tendenziale conversione in mere norme di natura programmatica²⁰. In altri termini, esso si fonda su un “dovere economicamente condizionato”²¹ del legislatore di assicurare il servizio sanitario, in cui trovano scarsa applicazione i principi di non discriminazione e di gratuità dell’accesso alle prestazioni²². Anche la Svizzera considera la salute come mero “scopo sociale” e non diritto fondamentale riconosciuto dall’ordinamento costituzionale²³.

3. Organizzazione e finanziamento dei sistemi sanitari

Nel caso classico del sistema sanitario pubblico di matrice europea, la natura del diritto alla salute impone un preciso dovere al legislatore: quello di garantire i mezzi finanziari necessari e l’onere di apprestare responsabilmente le risorse organizzative ed umane, affinché siano garantiti all’utente i livelli di prestazione ritenuti essenziali dall’ordinamento²⁴. Tale è, in particolare, il caso dei sistemi universalistici improntati su un finanziamento che deriva principalmente dalla fiscalità generale. L’Italia, come noto, costituisce uno dei principali esempi di tale organizzazione finanziaria e amministrativa, vedendo la spesa sanitaria del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) composta, primariamente, dai finanziamenti delle Regioni e dello Stato, con quote marginali di proventi derivanti dalle entrate proprie delle aziende. Anche il sistema svedese risulta fondato sul principio di gratuità nell’accesso alle cure per tutta la popolazione residente e nel finanziamento primariamente ottenuto attraverso la tassazione generale²⁵. In questo caso, tuttavia, il tema del controllo dei costi e delle risorse ha recentemente indotto a riforme di riorganizzazione del decentramento dei servizi con la tendenziale attrazione di funzioni verso il livello statale²⁶. Il dovere di evi-

²⁰ S. PENASA, *Il servizio sanitario ungherese alla prova dell’immigrazione: il diritto all’assistenza sanitaria degli stranieri in Ungheria tra diritto e fatto*, in questo volume.

²¹ W. SADURSKI, *Rights Before Courts. A study of Constitutional Courts in Postcommunist States of Central and Eastern Europe*, in *European Law Journal*, 10(4), 2004.

²² Cfr. sentt. nn. 517/B/2003 e 179/I/2007.

²³ S. BONFIGLIO, *Sistemi sanitari alla prova dell’immigrazione: il caso svizzero*, in questo volume.

²⁴ In riferimento al caso italiano si veda B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e salute*, Padova, Cedam, 2007.

²⁵ P. CARROZZA, *Riforme istituzionali e sistemi di welfare*, in M. CAMPEDELLI-P. CARROZZA-L. PEPINO (a cura di), *Diritto di welfare*, Bologna, il Mulino, 2010, 207 ss.

²⁶ G.G. CARBONI, *I sistemi di welfare alla prova delle migrazioni: il caso della Svezia*, in

tare disparità di trattamento per gruppo o aree geografiche impone anche ai soggetti di gestione decentrata l'onere di organizzare servizi in grado di garantire standard ragionevoli, costi sostenibili e possibilità di accesso anche alle persone che versano in condizioni economiche sfavorevoli. L'esigenza di una migliore gestione dei livelli di decentramento e l'obiettivo di conseguire un migliore bilanciamento tra le esigenze di contenimento dei costi, di efficienza nell'erogazione dei servizi e di uguali possibilità di accesso nei rispettivi territori costituiscono un elemento comune a diversi Paesi riconducibili a tale modello organizzativo. La riforma del sistema sanitario danese del 2007, ad esempio, ha determinato il passaggio ad un sistema finanziato principalmente attraverso la tassazione generale, coniugando a ciò l'esigenza di una migliore regolazione dei rapporti tra i livelli di governo nel settore. Il sistema sanitario danese, improntato sui principi dell'universalismo e della gratuità, era fondato su due pilastri: il mutualismo e il decentramento in favore delle contee sulla base di intese tra queste e lo Stato circa la modalità di attuazione²⁷. L'accentramento, operato con la riforma del 2007, ha segnato il passaggio ad un sistema incentrato su obiettivi strategici e standard individuati a livelli centrali: alle Regioni è demandata la responsabilità in ordine all'assistenza di base e alla gestione degli ospedali, mentre ai Comuni residua il compito di procedere all'erogazione dei servizi²⁸. L'esigenza di bilanciare l'obiettivo di una tutela uniforme sull'intero territorio nazionale e le competenze dei livelli di governo decentrati costituisce elemento cruciale anche nell'organizzazione dei sistemi sanitari italiano e spagnolo. Emerge, in particolare nel caso spagnolo, l'esigenza del legislatore di individuare le caratteristiche generali e comuni dei servizi sanitari, lasciando alle Regioni il compito di organizzare l'offerta sanitaria, attraverso cui consentire lo sviluppo delle forme di autonomia, l'erogazione dei servizi, la tutela dei principi di universalità e gradualità stabiliti nella legislazione statale²⁹.

questo volume; M. GAGGERO, *Tendenze di centralizzazione e garanzie di efficienza nel modello sanitario scandinavo*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, tutela della salute e servizi sanitari. Prospettive e limiti dell'analisi comparata*, Bologna, il Mulino, 2009, 182 ss. Il processo, peraltro, risulta essere ancora in corso. Si veda OECD, *Territorial Reviews: Sweden 2017: Monitoring Progress in Multi-Level Governance and Rural Policy*.

²⁷ Si v. L. SCAFFARDI, *I sistemi di welfare alla prova delle migrazioni: c'è del sano in Danimarca?*, in questo volume.

²⁸ M. GAGGERO, *Tendenze di centralizzazione e garanzie di efficienza nel modello sanitario scandinavo*, cit., 181.

²⁹ J. CANTERO MARTÍNEZ, *Crisi economica e servizio sanitario in Spagna*, in L.P. TRONCONI (a cura di), *Unione Europea e diritto alla tutela della salute: problematiche giuridiche comparate*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2016, 56.

Altri Paesi presentano un modello universalistico e un sistema di finanziamento più articolato in cui meccanismi di assicurazione pubblica e fiscalità generale si intersecano, pur con diversa intensità. Il sistema francese si fonda su un meccanismo di assicurazione sanitaria pubblica e di tassazione che consegue l'obiettivo di garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie a tutti i cittadini³⁰. Le possibilità di accesso al sistema sanitario sono state, in particolare, gradatamente estese anche agli stranieri residenti, pur in una crescente divaricazione tra le posizioni dei regolari – assimilati alla popolazione nazionale – e degli irregolari, rientranti nel diverso meccanismo dell'*Aide médicale d'Etat* (AME) e sottoposti ai relativi oneri probatori³¹. Nell'impianto universalistico che ha storicamente contraddistinto il modello tedesco si sono innestate dal 2008 alcune componenti di valorizzazione della concorrenza nel meccanismo di assicurazione pubblica³². L'intento di tale riforma è stato quello di sganciare il sistema sanitario tedesco dal modello solidaristico puro³³ e di proseguire, nel solco tracciato dal Tribunale Costituzionale, ad un bilanciamento con le esigenze di concorrenza ed efficacia del sistema³⁴. Nella medesima direzione si è mossa, recentemente, la Gran Bretagna, attraverso la predisposizione di una tassa dedicata specificatamente ai servizi sanitari da versarsi al momento della domanda per la concessione del visto³⁵.

La forma dell'assistenza sociale, mediata attraverso un sistema di casse o

³⁰ Si v. V. FEDERICO, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. La Francia*, in questo volume.

³¹ Difatti, l'erogazione dei servizi attraverso l'AME non ha le caratteristiche di una copertura automatica o onnicomprensiva, essendo previste delle limitazioni riguardo alle prestazioni offerte che sopravanzino quelle ospedaliere d'urgenza. Inoltre, l'accesso alle prestazioni erogate dal programma è consentito solo al richiedente che risulti in grado di dimostrare la propria identità, la presenza documentata in Francia da almeno tre mesi, e la condizione di indigenza. Il riconoscimento ha durata annuale e non è rinnovato automaticamente. Si v. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>.

³² Si v. G. CERRINA FERONI, *Il sistema sanitario tedesco alla prova della immigrazione*, in questo volume.

³³ L. CRISTANELLI, *Il sistema sanitario tedesco: disciplina federale e legge di riforma*, in A. TORRE (a cura di), *Processi di devolution e transizioni costituzionali negli Stati Uniti* (Atti del Convegno dell'Associazione DPCE), Torino, Giappichelli, 2007 e F. SAIITO, *L'esperienza tedesca*, in M. SESTA (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute e principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Rimini, Maggioli, 2014, 147-175.

³⁴ Cfr. BVerfG 1 BvR 706/08. In merito all'ordinamento giurisprudenziale che ha preceduto l'introduzione della riforma e che l'ha ispirata, cfr. *ex multis*, BVerfG, 2 BvF 2/01 (120).

³⁵ DEPARTMENT OF HEALTH (UK), *Overseas Chargeable Patients, NHS debt and Immigration Rules. Guidance on Administration and Data Sharing*, April 2016, 1-9.

assicurazioni, costituisce l'elemento preponderante anche in altri Paesi tradizionalmente riconducibili al modello bismarckiano di *welfare state*. Il sistema sanitario austriaco si fonda sulle casse mutue attraverso le quali passa la domanda di prestazioni sanitarie da parte degli assicurati. Il finanziamento si poggia, quindi, sull'obbligo di tutti i soggetti che svolgono un'attività economica sul territorio austriaco di iscriversi al regime di assicurazione³⁶. La possibilità di usufruire dei servizi sanitari senza contribuzione attraverso tali versamenti è ristretta ad ipotesi eccezionali, in cui interviene la fiscalità generale a parziale detrimento del legame forte tra partecipazione alla contribuzione e diritto alla prestazione propria del sistema austriaco³⁷. Il modello olandese accentua tali elementi, basandosi su un sistema privatizzato di gestione dei servizi, con una parziale regolamentazione e contribuzione da parte dello Stato. Per attenuare i rischi insiti nella scelta, è previsto l'obbligo di stipulare una polizza medica coprente le prestazioni sanitarie minime³⁸. La copertura dei costi degli ulteriori interventi è affidata alla stipula di assicurazioni complementari, cui fa ampiamente ricorso la popolazione olandese³⁹. L'intervento del Governo centrale in termini di contribuzione avviene attraverso un sistema di trasferimenti alle compagnie assicurative per consentire la copertura dei soggetti che si trovino in particolari condizioni di rischio. Il sistema sanitario ungherese, infine, si basa su un meccanismo di assicurazione sociale obbligatoria finanziato principalmente da risorse pubbliche, in cui il diritto alla salute è basato sul possesso della carta identificativa e delle relative condizioni, tra cui il possesso di un permesso di soggiorno e la residenza legale nel Paese⁴⁰.

Infine, tra i casi analizzati, le esperienze ellenica ed elvetica si segnalano per il ruolo preponderante assunto dal finanziamento privato dei sistemi sanitari. La Costituzione greca assegna allo Stato il compito di adoperarsi per assicurare la tutela del diritto alla salute dei propri cittadini e, in parti-

³⁶ Cfr. M. COSULICH, *Il sistema sanitario austriaco: un quadro (fortemente) mutualistico in una cornice (debolmente) federale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, cit., 109.

³⁷ Intervento legittimato sulla base dell'Articolo 10 ASVG.

³⁸ Si v. N. PALAZZO-G. ROMEO, *Il diritto alla salute dei migranti nei Paesi Bassi*, in questo volume.

³⁹ Si v. J. WAMMES-P. JEURISSEN-G. WESTERT, *The Dutch Health Care System*, in *International Health Care System Profiles*, consultabile al seguente link: <http://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/> (ult. acc. 2 marzo 2017).

⁴⁰ Si v. P. GAÁL-S. SZIGETI-M. CSERE-M. GASKINS-D. PANTELI, *Hungary. Health System Review*, in *Health Systems in Transition*, Copenhagen, European Observatory on Health System and Policies, 13, 5, 2011.

colare, di alcune categorie maggiormente protette⁴¹. In attuazione di tale obbligo, il legislatore aveva istituito un servizio sanitario con caratteristiche universalistiche e della cui erogazione era responsabile lo Stato, fondato sulla contribuzione attraverso una rete di fondi sanitari. A seguito della crisi, tuttavia, è venuta meno la capacità del sistema di garantire la piena copertura delle prestazioni sanitarie richieste, specie per l'incremento dei disoccupati non più rientranti nel sistema dei fondi professionali: il Paese ha intrapreso un percorso di riforma del sistema sanitario, anche attraverso una revisione dei costi e delle modalità di finanziamento dei servizi non rientranti nell'assistenza primaria⁴². La sanità elvetica si fonda su un meccanismo di assicurazione privata obbligatoria, la cui gestione è affidata alle casse malati⁴³. La fiscalità generale interviene soltanto a finanziamento dei meccanismi di riduzione dei premi e di sovvenzione cantonale agli ospedali. Il sistema risulta essere assai dispendioso per il privato, costringendo all'introduzione di una pluralità di norme a sostegno delle persone in difficoltà finanziaria, nelle forme, anzitutto, di sussidi annuali destinati alla riduzione dei premi assicurativi. I meccanismi sono aperti anche ai richiedenti asilo e alle persone bisognose di protezione non titolari di un permesso di dimora, benché non siano cumulabili con le prestazioni di aiuto sociale, ai sensi dell'art. 82, 7° comma della Legge sull'asilo.

La diversa intensità delle tutele sociali offerte dagli ordinamenti si incrocia con modelli, in parte derivanti da fattori storico-culturali⁴⁴, di contribuzione assai difforme, rendendo il quadro dei sistemi sanitari e delle sfide che gli stessi incontrano in relazione al fenomeno migratorio particolarmente complesso. Le linee tradizionali dei modelli sono contraddistinte da tentativi di superamento di alcuni degli elementi classici che li caratterizzavano, par-

⁴¹ Si v. G. ARAVANTINO LEONIDI, *Costituzionalismo e crisi economica. I diritti sociali in Grecia*, in *Democrazia e sicurezza*, n. 3/2015.

⁴² Si v. L. CUOCOLO, *Il sistema sanitario greco alla prova dell'immigrazione*, in questo volume.

⁴³ Si v. G. CERRINA FERONI, *Pubblico e privato nella erogazione delle prestazioni sanitarie. Italia, Germania, Svizzera a confronto*, in G.G. CARBONI (a cura di), *La salute negli Stati composti. Tutela del diritto e livelli di governo. Atti del Convegno dell'Associazione di diritto pubblico comparato ed europeo*, Torino, Giappichelli, 2012, 98 ss.; G. GRASSO, *Diversificazione ed uniformità di un modello sanitario federale: il caso della Svizzera*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, cit., 189 ss.

⁴⁴ Si vedano a riguardo le considerazioni sull'impatto dell'etica protestante nella delimitazione di sistemi sociali improntati a un principio di responsabilità in P. CARROZZA, *Diritti degli stranieri e politiche regionali e locali*, in AA.VV., *Metamorfosi della cittadinanza e diritti degli stranieri. Atti del Convegno Internazionale di Studi* (Reggio Calabria 26-27 marzo 2015), Napoli, Editoriale Scientifica, 2015.

ticolarmente attraverso tentativi di restrizione all'accesso nei Paesi con sistemi universalistici finanziati attraverso la fiscalità generale e con l'ampliamento delle ipotesi in cui è lo Stato a dover intervenire a garantire livelli basilari di cura, nei sistemi sanitari improntati su meccanismi di assicurazione sociale o a prevalente finanziamento privatistico. Tali tendenze verso un avvicinamento tra modelli di organizzazione e finanziamento dei sistemi sanitari risulta determinata da fattori economico-sociali similmente registrati nei Paesi analizzati – che hanno reso il *welfare state*, elaborato nella seconda metà del Novecento, più difficilmente sostenibile – e dall'esigenza di garantire tutele minime che ha gradatamente imposto il diritto internazionale e, in particolare, il diritto europeo. Nel corso di questa disamina i principali fattori istituzionali che spingono verso una differenziazione dei rapporti tra soggetti residenti nel territorio e sistema sanitario sono ricostruiti e ne è analizzato l'effetto sui diversi ordinamenti, individuando nella crescente differenziazione degli *status* la chiave di volta principale per la lettura dei percorsi di riforma dei sistemi sanitari intrapresi nel continente europeo.

4. L'accesso alle prestazioni sanitarie come chiave dei processi di integrazione

L'accesso alle prestazioni sanitarie svolge un ruolo centrale nelle politiche di integrazione costituendo, al contempo, un elemento necessario del processo di inclusione dei nuovi arrivati e un potenziale fattore di aumento della disuguaglianza registrata tra questa e i cittadini del Paese di arrivo, se non adeguatamente regolata⁴⁵. Difatti, alcuni elementi contribuiscono a rendere complessa la fruizione da parte dei migranti dei servizi sanitari, a partire dalle barriere d'accesso, connesse a fattori linguistici e culturali⁴⁶. Inoltre, le politiche di integrazione nel settore tendono a sovrapporsi al complesso delle politiche sociali destinate alle fasce economicamente svantaggiate, creando una competizione di problematica risoluzione politica. Difatti, per essere efficaci nei confronti dei migranti queste dovrebbero essere specificatamente a loro rivolte⁴⁷, correndo il rischio di generare pericolose guerre tra poveri

⁴⁵ In un recente studio si sottolinea, difatti, come questa corra il rischio di amplificare la distanza tra nativi e migranti, in specie la prima generazione. Si v. N. BLOM-T. HUIJTS-G. KRAAYKAMP, *Ethnic Health Inequalities in Europe. The Moderating and Amplifying Role of Healthcare System Characteristics*, in *Social Science & Medicine*, 158, 2016.

⁴⁶ Si v. D. INGLEBY, *Ethnicity, Migration and the Social Determinants of Health Agenda*, in *Psychosocial Intervention*, 21, 2012.

⁴⁷ In tale direzione, L. PALÈNCIA-D. MALMUSI-D. DE MOORTELE-L. ARTAZCOZ-M.

con i nativi in similari condizioni socio-economiche⁴⁸. Gli studi sociologici in materia sembrano quindi mostrare una connessione tra intensità ed ampiezza delle politiche integrative e livelli socio-economici e sanitari raggiunti dai migranti⁴⁹. Sulla base dei punteggi elaborati dal *Migrant Integration Policy Index* (MIPEX)⁵⁰, tali analisi hanno individuato una correlazione tra il risultato ottenuto nella graduatoria e le condizioni socio-economiche e di salute riscontrate nei migranti. Nei Paesi che presentano politiche di integrazione più severe – in particolare se combinano criteri più restrittivi di accesso al sistema sanitario a forme di finanziamento dello stesso più improntate sulla contribuzione del richiedente – risulta possibile registrare nei gruppi etnici minoritari condizioni di salute e livelli di benessere deteriori, rispetto ai Paesi che risultano avere politiche integrative maggiormente inclusive⁵¹. Nei modelli che nella classificazione MIPEX sono definiti quali assimilazionisti – e contraddistinti da processi di adattamento per l'assorbimento sociale e culturale dei migranti – si registrano difficoltà nella prima generazione e un miglioramento delle condizioni in quelle seguenti⁵². Difatti, il protrarsi del permesso di soggiorno e l'acquisizione della cittadinanza cui mirano tali ordinamenti contribuiscono a mitigare le condizioni di esclusione

BACKHANS-C. VANROELEN-C. BORRELL, *The Influence of Gender Equality Policies on Gender Inequalities in Health in Europe*, in *Social Science & Medicine*, 117, 2014; P. MLADOVSKY, *Migrant Health Policies in Europe*, in B. RECHEL-P. MLADOVSKY-W. DEVILLÉ-B. RIJKS-R. PETROVA-BENEDICT-M. MCKEE (eds.), *Migration and Health in the European Union*, Maidenhead, Open University Press, 2011.

⁴⁸ Aspetti particolarmente sottolineati nel contributo di C.F. GUIDI-A. PETRETTO, *Cura della salute e immigrazione: un'analisi comparata sotto il profilo economico-finanziario*, in questo volume.

⁴⁹ Si v. D. MALMUSI *Immigrants' Health and Health Inequality by Type of Integration Policies in European Countries*, in *European Journal of Public Health*, 25(2), 2014 e, in seguito, M. GIANNONI-L. FRANZINI-G. MASIERO, *Migrant Integration Policies and Health Inequalities in Europe*, in *BMC Public Health*, 16, 2016.

⁵⁰ Indice realizzato dal *Migrant Policy Group* che prevede la riconduzione a tre categorie degli Stati europei: assimilazionisti, esclusionisti e multiculturali. Si v. B. MEULEMAN-T. REESKENS, *The Relation Between Integration Policy and Majority Attitudes Toward Immigration. An Empirical Test Across European Countries*, paper presented at the Dag van de Sociologie, Leuven, 2008.

⁵¹ Si v., in particolare, A. HADJAR-S. BACKES, *Migration Background and Subjective Well-Being*, cit., 2013. Si v. anche lo studio di U.Z. IKRAM-M.B. SNIJDER-T.J.L. FASSAERT-A.H. SCHENE-A.E. KUNST-K. STRONKS, *The Contribution of Perceived Ethnic Discrimination to the Prevalence of Depression*, in *European Journal of Public Health*, 25, 2015.

⁵² Si v. C. BORRELL-L. PALÈNCIA-X. BARTOLL-U. IKRAM-D. MALMUSI, *Perceived Discrimination and Health Among Immigrants in Europe According to National Integration Policies*, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12, 2015.

socio-economica e sanitaria che determinavano le condizioni di salute peggiori nella prima generazione⁵³.

La distinzione operata dai singoli ordinamenti nel riconoscimento del diritto e nel modello organizzativo del sistema sanitario proposto contribuisce alla definizione delle condizioni di salute della popolazione migrante, peraltro significativamente condizionata anche dalla situazione socio-economica e dal livello di inclusione da questo raggiunto. Tali peculiarità nazionali sono accentuate dalla diversificazione tra gli stranieri residenti nel territorio imposta sia dai cambiamenti nei flussi migratori menzionati all'inizio di questo contributo, sia dalle regole comuni ai Paesi dell'area euro che l'UE ha contribuito a delineare con riguardo sia ai cittadini europei, sia alle tutele minime che ogni Stato è tenuto a garantire ai soggetti provenienti da Paesi terzi, specie se riconducibili ad una delle categorie meritevoli di forme di protezione internazionale. Le diversità di tali soggetti nell'approccio ai sistemi sanitari riguardano sia le forme di contribuzione ideate da ciascuno di essi, sia i modelli di inclusione e accesso al sistema dei servizi sociali che ogni Paese aveva tradizionalmente determinato. Il livello di salute diviene, come di seguito analizzato in dettaglio, crescentemente determinato dallo *status* della persona e dal modo in cui il singolo ordinamento si comporta nei confronti della peculiare categoria di straniero cui il soggetto appartiene.

5. La distinzione tra *status* ai fini dell'accesso alle prestazioni

Lo scenario dell'accesso ai sistemi sanitari risulta, anzitutto, complicato dall'erosione della dicotomia tra cittadino e straniero che si è gradatamente imposta negli ordinamenti occidentali e, nello specifico, nel contesto della UE⁵⁴. In particolare lo *status personae* viene a frantumarsi in una pluralità di ipotesi: cittadini europei, cittadini extra-UE regolarmente soggiornanti, rifugiati politici, titolari di protezione sussidiaria, richiedenti asilo, irregolari (ovvero cittadini extra-UE privi di permesso di soggiorno)⁵⁵. Le condizioni di rifugiato, richiedente asilo, beneficiario di

⁵³ S. ANDRE-J. DRONKERS-F. FLEISCHMANN, *Perceptions of In-group Discrimination by First and Second Generation Immigrants from Different Countries of Origin in EU Member States*, Florence, European University Institute, 2010.

⁵⁴ Cfr. L. FERRAJOLI, *Dai diritti del cittadino ai diritti della persona*, in D. ZOLO (a cura di), *La cittadinanza. Appartenenza, identità, diritti*, Roma-Bari, Laterza, 1994, 263 ss.

⁵⁵ In merito a tale percorso di frammentazione, si v. M.D. FERRARA, *Status degli stranieri e questioni di welfare tra diritti e inclusione sociale*, in *Riv. dir. sicurezza sociale*, 2017, n. 2, 266.

protezione sussidiaria sono definite nel diritto sovranazionale, ad opera, in particolare, della Convenzione di Ginevra del 1951 e della direttiva europea n. 2011/95/CE. Il diritto sovranazionale, anche in considerazione del ruolo essenziale svolto dalla cittadinanza europea e dal complesso dei diritti garantiti dal diritto UE a tutela delle libertà di circolazione e stabilimento, ha quindi assunto un crescente ruolo nella determinazione degli *status personae* e, gradualmente, nelle tutele in ambito sanitario ad essi assegnate.

Il contributo di A. Albanese sottolinea come la UE, non avendo competenze dirette sul funzionamento dei sistemi sanitari nazionali, intervenga nella materia principalmente attraverso il metodo del coordinamento aperto e del finanziamento di progetti e azioni specifiche⁵⁶. Alla carenza di incisività del livello sovranazionale nella materia contribuisce anche la debole tutela del diritto alla salute nella Carta dei diritti fondamentali dell'UE, in cui al diritto di accesso alla prevenzione sanitaria e alle cure, si accompagna un'ampia delega al legislatore nazionale quanto al contenuto delle medesime⁵⁷. Un'efficacia maggiore delle azioni dell'Unione si rinviene nelle possibilità di interventi relativi all'integrazione dei cittadini dei Paesi terzi e all'asilo⁵⁸. L'Unione è, ad esempio, intervenuta attraverso la direttiva 2008/115/CE (Direttiva rimpatri), stabilendo pervasivi obblighi di prestazioni sanitarie di urgenza e cure mediche a carico degli Stati nei confronti dei migranti in attesa di rimpatrio (art. 16) e di quelli in condizioni di trattamento (art. 16). L'elemento emergente dall'analisi comparata è la frammentazione nella tutela del diritto alla salute degli immigrati⁵⁹, da connettersi anzitutto alle diversità di *status* in cui gli stessi possano ricadere, come previsto dal complesso della normativa europea e dalla sua declinazione nazionale⁶⁰. La conseguenza di tali interventi normativi è stata la generale uniformazione delle tutele dei non cittadini registrata negli Stati membri della UE. Tale tendenza è stata determinata, anzitutto, dall'indivi-

⁵⁶ Si v. A. ALBANESE, *La tutela della salute dei migranti nel diritto europeo*, in questo volume.

⁵⁷ Si v. art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

⁵⁸ Si v. in particolare l'art. 79, par. 2, TFUE.

⁵⁹ Cfr. F. BIONDI DAL MONTE, *Dai diritti sociali alla cittadinanza. La condizione giuridica dello straniero tra ordinamento italiano e prospettive sovranazionali*, Torino, Giappichelli, 2013, 36 ss., nonché W. CHIAROMONTE, *Lavoro e diritti sociali degli stranieri: il governo delle migrazioni economiche in Italia e in Europa*, vol. 3, Torino, Giappichelli, 2013, 61 ss.

⁶⁰ Si v., C. PANZERA, *Stranieri e diritti nel sistema della Carta Sociale europea*, in *Dir. pubbl. comp. ed eur.*, 2016, n. 15, 489.

duazione di garanzie minime operata dal legislatore europeo in diversi strumenti normativi, come la c.d. direttiva sull'accoglienza⁶¹.

In via generale le direttive consentono allo Stato di condizionare la concessione della maggior parte delle tipologie di permessi di soggiorno all'acquisizione di una copertura sanitaria equivalente a quella fornita ai propri cittadini⁶². Tuttavia, nelle maglie concesse dalla regolamentazione sovranazionale, gli ordinamenti hanno adottato scelte assai differenti quanto al riconoscimento degli *status* dei soggetti interessati. L'ordinamento italiano, sia attraverso strumenti legislativi⁶³, sia nella giurisprudenza costituzionale⁶⁴, si muove in maniera univoca nel riconoscere allo straniero, comunque presente nel territorio dello Stato, tutti i diritti fondamentali della persona umana derivanti dal diritto interno e sovranazionale. Ai fini delle prestazioni di assistenza sociale, gli stranieri titolari della carta di soggiorno o di permesso di soggiorno sono equiparati ai cittadini italiani: in ambito sanitario, questo implica un obbligo di iscrizione al servizio sanitario nazionale e ai connessi oneri contributivi di tutti gli stranieri regolarmente soggiornanti, nelle ipotesi individuate dall'art. 34 TU, collegate primariamente alla sussistenza di un impiego lavorativo o alla ricerca dello stesso. Il diritto all'assistenza è esteso ai familiari a carico dell'iscritto al servizio sanitario nazionale regolarmente soggiornanti, mentre sussiste un obbligo di iscrizione per i minori anche in attesa di definizione del relativo *status* e per ulteriori categorie di soggetti che versano in condizioni di peculiare difficoltà⁶⁵. Gli stranieri regolarmente soggiornanti, ma non rientranti nelle ipotesi di cui all'art. 34 TU o ai quali tali tutele sono estese, incorrono invece in un obbligo alternativo di stipula di polizza assicurativa o di iscrizione al servizio sanitario nazionale valida anche per i familiari a carico. L'ordinamento prevede ulteriori ipotesi di iscrizione volontaria al servizio sanitario

⁶¹ Cfr. direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 2013/33/UE, del 26 giugno 2013 recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale.

⁶² I riferimenti normativi sono rinvenibili nelle direttive 2003/109, art. 5; 2005/71; 2004/114; 2009/50; 2011/98; direttiva 2003/86; direttiva 2004/38. Per una ricostruzione completa si v. A. ALBANESE, *La tutela della salute dei migranti nel diritto europeo*, in questo volume. La condizione del richiedente protezione internazionale e le modalità di ricongiungimento familiare in favore del rifugiato sono disciplinate rispettivamente nelle direttive 2011/95, 2013/32, 2013/33 e nella direttiva 2003/86.

⁶³ In particolare con le previsioni del d.lgs. n. 286/1998, "Testo unico" delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero.

⁶⁴ Corte cost., sent. n. 148/2008; si vedano, inoltre, in tal senso, le sentt. nn. 203/1997, 252/2001, 432/2005 e 324/2006.

⁶⁵ Per un'ampia trattazione della materia si rimanda a L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. L'esperienza italiana*, in questo volume.

nazionale per gli stranieri presenti in Italia per motivi di studio e per quelli ad essi equiparati o risultanti dall'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012. Infine, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti, o comunque essenziali, ed altre specifiche tipologie di assistenza delineate dal legislatore sono garantite anche agli stranieri privi di permesso di soggiorno che costituiscono l'ultima categoria rilevante nel sistema sanitario italiano.

L'ordinamento spagnolo si muove in una direzione simile, equiparando tendenzialmente il trattamento dello straniero a quello del cittadino spagnolo, garantendogli sia i diritti previsti dalla Costituzione statale, sia l'*acquis* derivante dalle norme sovranazionali e internazionali. La *Ley Orgánica* 14/2003 ha dettagliato e specificato la disposizione dell'art. 13 Cost., prevedendo peculiari tutele concesse agli stranieri in quanto tali. Inoltre, l'ordinamento spagnolo prevedeva in prima istanza anche delle forme di tutela degli stranieri irregolarmente residenti attraverso l'inserimento in un registro comunale che consentiva a tali soggetti di soggiornare nel relativo territorio senza essere espulsi, dando loro anche modo di accedere ad alcune prestazioni sociali, tra cui proprio quelle sanitarie. Nella fase successiva, come meglio puntualizzato nel seguente paragrafo, la riforma del sistema sanitario iberico ha implicato una restrizione dell'utilizzo del registro comunale come strumento di accesso parziale a servizi sociali.

L'ordinamento francese distingue le macro-categorie di immigrati e stranieri, secondo criteri facenti riferimento, rispettivamente, al luogo di nascita e alla nazionalità, che rendono tali elencazioni – anche a fini statistici – non perfettamente sovrapponibili⁶⁶. Le disposizioni sugli *status* riflettono la disciplina europea, con alcune peculiarità connesse alla storia coloniale che sono andate gradatamente scolorendosi, fino ad arrivare alla loro eliminazione e all'introduzione di un modello in cui la primaria condizione per avere diritto ad ottenere un titolo di soggiorno è costituita dalla capacità di ottenere un impiego⁶⁷. L'ordinamento, a differenze dei precedenti casi menzionati, si pone in termini assai severi nei confronti degli stranieri non regolarmente residenti, avendo eliminato, con la legge 24 agosto 1993, n. 93-1027, il diritto a diversi strumenti di protezione sociale – quale, ad esempio, l'alloggio precedentemente concesso con lo strumento del *certificat d'hébergement* – per gli immigrati in posizione irregolare⁶⁸.

⁶⁶ Si v. J.Y. BLUM-LE COAT-M. EBERHARD, *Les immigrées en France*, Paris, La Documentation Française, 2014.

⁶⁷ In particolare con le Circolari Marcellin-Fintanet del 1972.

⁶⁸ Si v. D. TURPIN, *Le statut constitutionnel de l'étranger*, in *Les petits affiches*, 15 mars 1991, n. 32; D. LOCHAK, *Étrangers: de quel droit?*, Paris, Puf, 1985; M. CALAMO SPECCHIA,

Le recenti modifiche legislative in ordine al titolo di soggiorno sono intervenute a uniformare la legislazione stratificatasi nella storia di migrazioni verso il Paese: sono stati individuati due titoli di soggiorno di durata biennale o quadriennale a seconda delle ragioni di immigrazione, cui segue la possibilità di ottenere una *carte de résident* di durata decennale. A favore dello straniero malato, che non avrebbe accesso alle cure nel Paese di origine, viene previsto uno specifico permesso di soggiorno di durata annuale. L'ordinamento olandese si muove in maniera simile: riconoscendo ugualianza di trattamento tra stranieri regolarmente residenti e cittadini ed escludendo – fatte salve le cure necessarie – dall'accesso al *welfare* gli irregolari⁶⁹. Difatti, la Legge sugli stranieri del 23 novembre 2000 (*Vreemdelingenwet* 2000), stabilisce – all'art. 10 – che gli individui non regolarmente residenti nel territorio olandese sono esclusi dal diritto di ricevere qualsiasi beneficio sociale, ad eccezione di alcune ipotesi specificatamente individuate, quali i trattamenti medici “necessari” o indispensabili per la tutela della salute pubblica, l'istruzione primaria per la prole e una limitata assistenza legale. Considerando come il rilascio del permesso di soggiorno sia subordinato ad un'autodichiarazione di autosufficienza economica⁷⁰, il Paese finisce per condizionare il riconoscimento della tutela dei diritti sociali – nelle forme dell'accesso alle prestazioni – alla partecipazione del soggetto al sistema produttivo⁷¹.

Infine, un diverso modello è quello proposto dal sistema svedese, contraddistinto da una maggiore articolazione degli *status* dei migranti: la legislazione nazionale distingue anzitutto tra cittadini UE, residenti, richiedenti asilo e rifugiati, migranti regolari e irregolari e minori d'età. L'accesso ai servizi pubblici avviene sulla base dell'iscrizione ai registri civili e al possesso di un permesso di soggiorno, venendo comunque riconosciuta l'assistenza sanitaria ai minori⁷². Tuttavia, ulteriori differenze nell'erogazione

La condizione giuridica dello straniero extracomunitario in Francia, tra “Droit d'asile” e “Droits de résident”, in *Pol. del dir.*, 29(1), 1998; E.V. ZONCA, *Cittadinanza sociale e diritti degli stranieri. Profili comparatistici*, Padova, Cedam, 2016.

⁶⁹ Si veda N. PALAZZO-G. ROMEO, *Il diritto alla salute dei migranti nei Paesi Bassi*, in questo volume.

⁷⁰ Si v. la sec. 11, parr. 1 e 2 della Legge sugli Stranieri del 2000; H. GORTER-D. SCHULING, *Brevi riflessioni sul Codice di diritto dell'immigrazione olandese e sul cammino verso una comune tutela dei diritti in ambito europeo*, in *Diritto, immigrazione e cittadinanza*, 2007, n. 2, 37 ss.

⁷¹ Si v. G. ROMEO, *La cittadinanza sociale nell'era del cosmopolitismo: uno studio comparato*, Padova, Cedam, 2011, 154 ss.

⁷² A. HANNIGAN-P. O'DONNELL-M. O'KEEFFE-A. MACFARLANE, *How do Variations in*

dei servizi vengono riconosciute sulla base della provenienza e delle ragioni che hanno spinto il soggetto a migrare, oltre alla eventuale presenza di accompagnatori.

La breve disamina consente di cogliere sia alcuni elementi di avvicinamento, sia il preservarsi di distinzioni connesse alle tradizioni dei singoli Paesi e ai rispettivi percorsi evolutivi. Da un lato sembra, difatti, emergere similmente l'esigenza di distinguere le posizioni dei soggetti residenti nel territorio sulla base di un valido titolo di soggiorno e quanti, invece, non siano in tale condizione. Tuttavia, emergono ampie differenziazioni nei trattamenti riservati agli stranieri nei singoli Paesi, registrandosi ipotesi che vanno da una sostanziale equiparazione tra questi e i cittadini (in cui lo *status* maggiormente rilevante pare essere la cittadinanza europea), a situazioni intermedie (in cui si introducono requisiti ulteriori, quali l'idoneità contributiva e/o la condizione di soggetto lavoratore), fino a ipotesi in cui permangono dei regimi particolarmente differenziati tra tali soggetti.

6. Le politiche sanitarie nei confronti degli stranieri. Il quadro comparato

La diversità dei sistemi sanitari, in relazione alle diverse concezioni del *welfare state* e all'ampiezza delle tutele riconosciute ai singoli tipi di stranieri residenti nei territori nazionali, contribuisce a delineare differenti modalità di prestazione dei servizi tra i Paesi analizzati. In tale contesto, come sottolineato nel contributo di L. Mezzetti, l'ordinamento italiano si pone tra quelli maggiormente inclusivi, vedendo gradatamente sostituirsi al requisito della cittadinanza, quello della mera residenza quale strumento di accesso ai diritti sociali⁷³. Tale indirizzo ha progressivamente scolorito la distinzione tra immigrati regolari e irregolari, estendendo a questi anche il godimento dei diritti sociali fondamentali, a partire proprio dalle prestazioni in ambito sanitario, considerate quali bisogni primari della persona⁷⁴.

Definitions of "Migrant" and their Application Influence the Access of Migrants to Health Care Services?, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2016 (*Health Evidence Network (HEN) synthesis report 46*).

⁷³ Cfr. la nota di F. BIONDI DAL MONTE, *Regioni, immigrazione e diritti fondamentali*, in *Le Regioni*, 5/2011, 1086 ss.

⁷⁴ Cfr. P. CARROZZA, *Diritti degli stranieri e politiche regionali e locali*, in C. PANZERA-A. RAUTI-C. SALAZAR-A. SPADARO (a cura di), *Metamorfosi della cittadinanza e diritti degli stranieri*, cit., 85-86.

L'ordinamento spagnolo ha, invece, registrato un'evoluzione in senso inverso, specie in considerazione degli effetti della recente crisi economico-finanziaria sul Paese. Difatti, il regio decreto n. 16/2012 ha previsto che per usufruire del servizio sanitario nazionale, sia necessario rientrare nelle categorie del paziente assicurato o del beneficiario dello stesso, rimanendo fisiologicamente esclusa la categoria degli immigrati irregolari. Tale previsione ha, quindi, posto fine al regime delle registrazioni presso gli enti comunali originariamente prevista dal Paese iberico e ha lasciato agli stranieri irregolarmente presenti sul territorio le uniche garanzie delle prestazioni di cura in caso di malattia grave⁷⁵. I soggetti in tale condizione devono, quindi, sottoscrivere un accordo speciale con l'amministrazione per effetto del quale possono accedere a specifiche prestazioni a pagamento, senza comunque vedersi riconosciuta una tutela generale paragonabile a quella dell'assicurato o beneficiario⁷⁶. La peculiarità del caso greco è, invece, la forte distinzione tra il trattamento dei richiedenti asilo e quello degli immigrati irregolari. Ai richiedenti asilo in condizione di indigenza e privi di assicurazione è garantito l'accesso gratuito ai servizi sanitari, ai medicinali e al ricovero ospedaliero. Per gli immigrati irregolari, al contrario, l'art. 26 del Codice dell'immigrazione prevede esplicitamente che le strutture pubbliche non siano tenute a prestare loro servizi sanitari⁷⁷. Tuttavia, le condizioni della sanità ellenica si sono rilevate tali da impedire un'effettiva garanzia del diritto alla salute, sia ai cittadini sia ai richiedenti asilo: in particolare le modalità di gestione e i servizi medici forniti nelle strutture di accoglienza dei richiedenti asilo sono state più volte censurate dalla Corte EDU, che pure ne ha individuato le ragioni nella drammatica situazione finanziaria delle casse statali⁷⁸.

Il sistema sanitario svedese ha subito fortemente l'impatto della cittadinanza europea e, in particolare, delle disposizioni riguardanti l'assisten-

⁷⁵ L'art. 3-ter della RD Ley 16/2012 stabilisce difatti che "Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica. b) De asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles".

⁷⁶ Si v. L. MELICA, *Il sistema sanitario spagnolo e la tutela della salute degli immigrati: spunti di riflessione*, in questo volume.

⁷⁷ Si v. L. CUOCOLO, *Il sistema sanitario greco alla prova dell'immigrazione*, in questo volume.

⁷⁸ Corte EDU, *M.S.S. c. Belgio e Grecia*, Grande Camera, sent. 21 gennaio 2011; Corte EDU, *Al.K., c. GRÈCE*, n. 63542 dell'11 dicembre 2014; si v. anche Corte giust., sent. *N.S. c. Secretary of State for Home Department* del 21 dicembre 2011 (C-411/10).

za transfrontaliera: il Paese ha cercato di limitare le possibilità di migrazione interna all'Unione per ottenere cure migliori di quelle ottenibili nel Paese di origine, provando a valorizzare gli spazi riservati ai riconoscimenti della capacità contributiva presenti nelle direttive 38/2004⁷⁹ e 24/2011⁸⁰. Solo dal 2008 la Svezia ha allentato un regime di assistenza sanitaria assai punitivo nei confronti dei richiedenti asilo e dei rifugiati⁸¹, riconoscendo il diritto degli stessi a ricevere cure di emergenza e indifferibili. Permane l'obbligo di versare un contributo minimo per ricevere farmaci o visite ed è individuato un limite massimo alle spese sanitarie sostenibili per ciascun soggetto⁸². La restrizione all'accesso connota anche le politiche nei confronti degli immigrati irregolari, cui solo dal 2013 è stata riconosciuta la possibilità di ottenere assistenza sanitaria e odontoiatrica non differibile, senza essere tenuti a pagare il costo delle cure ai *County Councils*⁸³. Come sottolineato dal contributo di G.G. Carboni, la ridefinizione del sistema sanitario svedese, operata dalla più recente legislazione, ha riavvicinato il Paese agli standard richiesti dal diritto UE e ha contribuito a risolvere la problematica dell'accesso alle cure dei cittadini europei che hanno finito per usufruire della normativa destinata all'assistenza sanitaria dei migranti. Il sistema danese prevede che cittadini, immigrati stabilizzati sul territorio (e loro discendenti) e rifugiati abbiano il medesimo accesso al servizio sanitario (fondato sulla concessione di una tessera sanitaria e relativo codice identificativo). Anche nei confronti dei richiedenti asilo è garantita una copertura temporanea in attesa della definizione del loro *status*, per quanto gratuita solo in riferimento al primo soccorso e alle cure non differibili (con gli ulteriori trattamenti detratti dal "denaro di accoglienza" assegnato a ciascuno di essi). Infine, nessun accesso al sistema sanitario è previsto per gli immigrati irregolari, cui viene

⁷⁹ Direttiva 2004/38/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, in *G.U.U.E.* L. 229, 29 giugno 2004, 35.

⁸⁰ Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2011, in *G.U.U.E.* L. 88, 4 aprile 2011, 45; si v. A. SANTUARI, *Il diritto (transfrontaliero) alla salute e la crisi del welfare state. Diritti individuali versus equità e solidarietà dei sistemi sanitari nazionali?*, in *Riv. dir. sicurezza sociale*, 2016.

⁸¹ Tale regime riconosceva, difatti, ai richiedenti asilo e ai rifugiati l'accesso all'assistenza di emergenza, a un costo molto elevato (fino a 10 volte quello richiesto ai residenti) ed escludeva tali soggetti dall'accesso all'assistenza di primo livello.

⁸² Si v. G.G. CARBONI, *I sistemi di welfare alla prova delle migrazioni: il caso della Svezia*, in questo volume.

⁸³ Legge n. 407/2013, *Act on Health care and Medical Services for Certain Aliens Residing in Sweden Without Necessary Permits*.

riconosciuta solo la possibilità di ottenere trattamenti rientranti nella medicina d'urgenza⁸⁴.

Il sistema sanitario francese ha subito, come sottolineato dal contributo di V. Federico in questo volume, un lungo percorso di adattamento alle esigenze connesse al fenomeno migratorio. Dal 1999 è prevista una copertura sanitaria universale gratuita in favore degli stranieri stabilmente e legalmente residenti, senza che gli stessi siano tenuti a rientrare nel regime obbligatorio di assicurazione⁸⁵. Il sistema, riformato con l'incremento delle prestazioni fornite nel 2015⁸⁶, è esteso anche ai richiedenti asilo che abbiano soggiornato nel Paese per un periodo superiore ai tre mesi. Accanto a tale strumento, è previsto un meccanismo per fornire i servizi sanitari complementari gratuito sulla base di un criterio reddituale, contemplato anche per le categorie precedentemente indicate. Il regime degli stranieri regolarmente residenti e della maggior parte dei richiedenti asilo è, quindi, tendenzialmente equiparato a quello dei cittadini, mentre ampiamente inferiori sono le garanzie nei confronti degli stranieri irregolarmente presenti nel territorio: nei loro confronti è prevista una forma di aiuto medico ristretta alle prestazioni ospedaliere d'urgenza. Ulteriori forme di assistenza sono concesse solo dietro attestazione della presenza sul territorio da più di tre mesi e della condizione d'indigenza e, comunque, all'interno di un tetto massimo di spesa e di limitazioni nelle tipologie di assistenza garantite, quali il rimborso dei soli farmaci generici⁸⁷. Anche l'ordinamento tedesco accomuna la situazione degli immigrati regolari di lungo soggiorno a quella dei cittadini: sono tenuti a sottoscrivere una assicurazione medica – necessaria anche per il rinnovo e la sottoscrizione del permesso di soggiorno – e possono accedere agli strumenti di sostegno sociale, nel caso di indigenza⁸⁸. Un diverso trattamento è, invece, riservato a richiedenti asilo, beneficiari di protezione sussidiaria e rifugiati, tendenzialmente parificati tra di loro e tra i quali è, invece, operata una distinzione in due fasi sulla base di un criterio temporale. Fino al 15° mese di permanenza viene garan-

⁸⁴ Si v. L. SCAFFARDI, *I sistemi di welfare alla prova delle migrazioni: c'è del sano in Danimarca?*, in questo volume; D. BISWAS-B. TOEBES-A. HJERN-H. ASCHER-M. NORREDAM, *Access to Health Care for Undocumented Migrants from a Human Rights Perspective: A Comparative Study of Denmark, Sweden, and the Netherlands*, in *Health and Human Rights*, 14/2112.

⁸⁵ Loi n. 99-641 del 27 luglio 1999.

⁸⁶ *Loi de financement de la sécurité sociale pour 2016*, n. 2015-1702 del 21 dicembre 2015.

⁸⁷ Si v. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3079>.

⁸⁸ Si v. G. CERRINA FERONI, *Il sistema sanitario tedesco alla prova della immigrazione*, in questo volume.

tito l'accesso all'assistenza sanitaria per tutte le situazioni a carattere emergenziale, mentre trattamenti sanitari gratuiti ulteriori possono essere concessi dalle autorità responsabili: l'erogazione dei servizi avviene sulla base di *voucher* o della carta sanitaria – per i *Länder* che hanno introdotto tale strumento, fortemente incentivato a livello federale –⁸⁹ ricadendo sulle spese dei Comuni o dei *Länder*, pur presentando notevoli differenze nelle modalità di accesso. Dal 16° mese, invece, tali soggetti vengono parificati agli assicurati tedeschi, vedendosi concessa la carta sanitaria federale e potendo accedere gratuitamente e in maniera similare alle prestazioni del sistema sanitario nazionale. Gli immigrati irregolari, invece, non hanno accesso al meccanismo di assicurazione sanitaria, pur riconosciuta loro la possibilità di accedere alle cure sanitarie di emergenza: tuttavia, l'obbligo di denuncia della situazione di irregolarità e l'acquisizione dei dati personali ai fini del pagamento delle spese rendono difficoltoso l'accesso a tali servizi da parte dei soggetti irregolarmente presenti sul territorio. Il trattamento degli immigrati irregolari ha costituito una problematica rilevante anche nel caso svizzero. In virtù della garanzia prevista dall'art. 12 della Costituzione svizzera, tutti gli ospedali pubblici sono tenuti a fornire cure mediche di base a chiunque ne faccia richiesta, mentre gli istituti di cura e i medici sono tenuti a prestare assistenza nelle situazioni di emergenza. Qualora i residenti irregolari non sottoscrivano – anche con valenza retroattiva – l'assicurazione sanitaria, i costi sono a carico delle autorità cantonali o comunali: si tenga presente che i dati acquisiti a tali scopi sono assai limitati e non includono informazioni sullo *status* di soggiorno⁹⁰. Simili garanzie sono riconosciute ai richiedenti asilo e – seppur con limitazioni discrezionali da parte dei Cantoni – anche nei confronti dei soggetti che abbiano visto rigettata la loro richiesta.

Altri modelli analizzati nel volume adottano politiche di accesso maggiormente restrittive nei confronti degli stranieri. Il sistema sanitario austriaco prevede, anzitutto, un inserimento automatico degli stranieri nel sistema mutualistico, anche senza l'obbligo di contribuire al finanziamento della previdenza pubblica⁹¹. Gli stranieri residenti stabilmente e occupati sono tenuti a iscriversi nella cassa mutualistica loro indicata, similmente a

⁸⁹ Si v. U.A. BIRK, *Das neue Asylbewerberleistungsgesetz*, in *info also*, 2015, 51-53; M. KALTENBORN, *Die Neufassung des Asylbewerberleistungsgesetzes und das Recht auf Gesundheit*, in *Neue Zeitschrift für Sozialrecht*, 2015.

⁹⁰ Si v. S. BONFIGLIO, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione: il caso svizzero*, in questo volume.

⁹¹ Si v. U. HAIDER-QUERCIA, *La tutela della salute degli stranieri in Austria: il precario equilibrio tra garanzia assicurativa e finanziabilità*, in questo volume.

quanto avviene per i cittadini austriaci, nel momento di inizio di un'attività economica. Per gli stranieri residenti non autosufficienti è, difatti, previsto un regime di eccezione al sistema previdenziale austriaco basato sui contributi connessi all'impiego, risultando tali costi coperti tramite la fiscalità generale. L'accesso a tale ipotesi – in cui rientrano anche richiedenti asilo, titolari di protezione sussidiaria, rifugiati e persone non rimpatriabili – è subordinato alla sussistenza di uno stato di insufficienza economica e al bisogno di protezione del soggetto. I cittadini europei accedono in condizioni di parità ai cittadini austriaci ai servizi sanitari se in possesso della tessera sanitaria europea attestante una copertura equivalente e con l'esclusione principalmente dei trattamenti di lunga durata. Il sistema olandese poggia, anzitutto, sull'equiparazione tra residenti e non residenti che paghino l'imposta sul reddito delle persone fisiche: tali soggetti sono accomunati dall'obbligo di stipulare un'assicurazione sanitaria, come i cittadini. L'accesso al *welfare* è condizionato al possesso di un regolare permesso di soggiorno: tuttavia la richiesta di accesso al sistema sociale può costituire un elemento valido a negare il rinnovo del titolo. I richiedenti permesso di soggiorno hanno il medesimo obbligo, se non coperti dal Paese di origine: mentre non risultano obbligati alla stipula i richiedenti asilo e quanti abbiano presentato domanda di ricongiungimento familiare⁹². Se la richiesta di protezione viene accolta, questi sono tenuti alla stipula della polizza medica, al pari dei cittadini, con particolari difficoltà connesse all'esosità della polizza. Particolarmente severa è anche la normativa nei confronti dei cittadini dell'Unione, cui è precluso l'accesso al *welfare* per i periodi di residenza breve e risulta discrezionale anche nelle ipotesi di lungo soggiorno. Agli immigrati irregolari è riconosciuto soltanto il diritto a ricevere i trattamenti medici necessari e indispensabili per la salute pubblica, risultando interdetto l'accesso a qualsiasi altro beneficio sociale o la possibilità di stipulare un'assicurazione sanitaria. Il novero dei servizi concessi agli stranieri irregolarmente presenti nel territorio è stato ampliato nel 2009 con la predisposizione di un sistema di rimborsi statale in caso di incapacienza e l'ampliamento dei servizi inclusi tra quelli "necessari", accessibili agli irregolari.

Il contributo di S. Penasa sottolinea come il sistema ungherese si basi sull'equiparazione tra residenti stabili aventi permesso di soggiorno, rifugiati e cittadini, ai fini dell'accesso al servizio sanitario. I servizi sanitari di accoglienza, coincidenti con l'assistenza sanitaria di base garantita agli stra-

⁹² Si v. N. PALAZZO-G. ROMEO, *Il diritto alla salute dei migranti nei Paesi Bassi*, in questo volume.

nieri legalmente residenti, sono garantiti anche ai richiedenti protezione internazionale, ma risultano essere gratuiti solo per quanti versino in condizioni di indigenza⁹³. Agli stranieri irregolari non è riconosciuta alcuna ipotesi di accesso a prestazioni sanitarie o acquisto di medicinali gratuito, con l'eccezione dell'assistenza di emergenza e solo laddove si riscontri che il soggetto non sia in grado di coprire tali spese⁹⁴. L'ordinamento britannico distingue, anzitutto, tra cittadini di Paesi appartenenti alla *European Economic Area*, inclusa la Svizzera, e provenienti da altri Paesi. Sui secondi ricade un onere di tassazione personale e diretta a carico dei responsabili delle strutture sanitarie per il recupero dei costi delle prestazioni erogate, mentre per i primi il costo dovrebbe essere rimborsato dagli altri Stati membri dell'area⁹⁵. Dal 2015, studenti e migranti temporanei provenienti dai Paesi terzi sono tenuti a versare una sovrattassa alla presentazione della domanda di visto.

L'analisi dei casi comparati conferma, quindi, il ruolo centrale svolto dal diritto UE nella diffusione di livelli minimi di tutela del diritto alla salute nei confronti dei richiedenti strumenti di protezione internazionale e dei titolari di simili tutele. Il livello delle cure in concreto garantito agli stessi sembra, tuttavia, variare ben al di là del dettato formale, essendo determinato soprattutto dalle condizioni finanziarie e dal livello generale dell'organizzazione sanitaria dei singoli Paesi. In tale direzione si segnalano, come particolarmente problematici, i casi della Grecia e dell'Ungheria. Maggiormente differenziato pare essere il trattamento riservato agli immigrati irregolari, spesso soggetti a condizioni afflittive nell'accesso al sistema sanitario che ne rendono *de facto* impossibile l'utilizzo – come nel caso olandese – in cui si registra una diversa intensità nel livello di tutele minime garantito dall'ordinamento e nelle modalità di contribuzione. Il tratto comune emergente riguardo tali soggetti sembra principalmente essere l'adozione, negli anni più recenti, di legislazioni restrittive che hanno contribuito a diminuire ulteriormente il livello di garanzia del diritto alla salute in capo a tali soggetti: emblematico a riguardo può essere considerato il caso spagnolo, con il depotenziamento dello strumento dei registri comunali. Infine, le diversità nei modelli di finanziamento e di organizzazione del model-

⁹³ ASYLUM INFORMATION DATABASE (AIDA), *Country Report-Hungary*, European Council on Refugees and Exiles (ECRE), 2016, 56 reperibile online su http://www.asylumineurope.org/sites/default/files/report-download/aida_hu_2016update.pdf.

⁹⁴ EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS, *Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States*, 2011, 17.

⁹⁵ Si v. C. MARTINELLI, *Immigrazione e sanità pubblica. Il caso della Gran Bretagna*, in questo volume.

lo sanitario – che vanno a combinarsi con condizioni economico-finanziarie degli Stati e dei migranti che vi hanno accesso particolarmente difforni – rendono difficile ricondurre a percorsi similari la regolamentazione dei rapporti tra lo straniero regolarmente residente e i sistemi di accesso ed erogazione delle prestazioni sociali e, *in primis*, sanitarie.

7. La sostenibilità finanziaria dei vari sistemi. Uno sguardo complessivo

L'elemento che accomuna i sistemi sanitari analizzati è costituito dall'esigenza di ripensare le modalità di organizzazione e l'ampiezza del riconoscimento della tutela della salute in connessione all'aumento della pressione migratoria registrato negli anni più recenti e dei relativi costi finanziari. Tali preoccupazioni sono trattate specificatamente nel contributo di C.F. Guidi e A. Petretto. Gli Autori sottolineano come, basandosi sull'analisi di alcuni casi campione, non risulti provato che i migranti legali siano beneficiari netti dei trasferimenti sociali da parte dello Stato⁹⁶. In Paesi con una forte tendenza verso l'invecchiamento, l'arrivo di soggetti in età lavorativa risulta contribuire alla tenuta dei sistemi previdenziali, in cui la spesa pensionistica risulta in costante crescita. La tematica della sostenibilità finanziaria andrebbe, piuttosto, inquadrata alla luce della maggiore dispendiosità delle misure di contrasto alla disuguaglianza sociale che i sistemi di *welfare* – e in particolare i servizi sanitari – dovranno sostenere in relazione all'ampliamento dei soggetti indigenti cui il fenomeno migratorio potrebbe contribuire⁹⁷.

Nonostante tali analisi, diversi Paesi sono intervenuti nella materia, con la preoccupazione principale del contenimento dei costi. Il dibattito politico francese ha, ad esempio, seriamente messo in discussione i meccanismi di assistenza medica in favore degli immigrati irregolari, che pur rappresentavano solo lo 0,36% dei costi totali sostenuti in Francia per spese mediche e circa un quarto del totale delle spese dirette dello Stato e delle co-

⁹⁶ I. PRESTON, *The Effect of Migration on Public Finances*, in *The Economic Journal*, 124, 2014; T. BOERI, *Immigration to the Land of Redistribution*, in *Economica*, 77, 2009; T. BOERI-G. HANSON-B. MCCORMICK (eds.), *Immigration Policy and the Welfare System*, Oxford, Oxford University Press, 2002.

⁹⁷ B. RECHEL-P. MLADOVSKY-D. INGLEBY-J.P. MACKENBACH-M. MCKEE, *Migration and Health in an Increasingly Diverse Europe*, in *Lancet*, 381, 2013; A.A. DAVIES-A. BASTEN-C. FRATTINI, *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants*, Ginevra, Organizzazione Mondiale per le Migrazioni, 2009.

munità locali. Maggiormente complesso risulta determinare l'impatto del fenomeno migratorio sulla spesa sanitaria in generale, nella quale il contributo della tassazione versato dagli stranieri regolarmente residenti, contribuisce a sostenere un sistema sociale alle prese con l'invecchiamento della popolazione e con la necessità di ridurre il peso della tassazione sul minor numero di cittadini in età lavorativa⁹⁸. Inoltre, due elementi contribuiscono a rendere meno dispendioso per il sistema sociale l'afflusso dei migranti: i c.d. "effetto migrante sano"⁹⁹, per cui tendono a mettersi in moto componenti relativamente più sane della popolazione nativa e il c.d. "effetto salmone", ovvero la tendenza a tornare nel Paese di partenza del migrante alla fine del periodo lavorativo¹⁰⁰. Tali caratteristiche della migrazione contribuiscono, da un lato, a rendere meno dispendioso per il sistema sanitario il migrante e, dall'altro lato, rendono tale soggetto un contribuente di lungo corso che riceverà solo in parte i benefici sociali al cui finanziamento partecipa, considerando come molte di tali spese si concentrino in relazione all'insorgere di maggiori problematiche di salute in età avanzata. Di contro, fattori di emarginazione sociale ed economica, condizioni lavorative più dure e difficoltà di comunicazione, contribuirebbero a rendere più a rischio tali soggetti¹⁰¹. Gli effetti della migrazione sul sistema sanitario più che nei costi – per cui come detto sussistono elementi che depongono nelle direzione opposta – andrebbero rinvenuti, da un lato, nell'esposizione e ricorrenza frequente di tipologie diverse di malattie rispetto alle tradizionali dei nativi e, dall'altro lato, nei costi impliciti connessi all'ampia stratificazione amministrativa creata per la gestione dell'accesso e l'erogazione dei servizi sanitari in favore di tali soggetti¹⁰².

L'impatto dell'arrivo delle peculiari categorie di migranti costituite dai richiedenti asilo e dai rifugiati sui sistemi sanitari sembra, al contrario, es-

⁹⁸ Si v. V. FEDERICO, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. La Francia*, in questo volume.

⁹⁹ F. JUSOT-J. SILVA-P. DOURGNON-C. SERMET, *Inégalités de santé liées à l'immigration en France: Effet des conditions de vie ou sélection à la migration?*, in *Revue économique*, 60.2, 2009.

¹⁰⁰ R. BOULOGNE, *Mortality Differences between the Foreign-Born and Locally-Born Population in France (2004-2007)*, in *Social Science & Medicine*, 74.8 2012: 1213-1223; N. VAILLANT-F.C. WOLFF, *Origin Differences in Self-Reported Health among Older Migrants Living in France*, in *Public Health*, 124.2, 2010, 90-98.

¹⁰¹ D. FASSIN, *Repenser les enjeux de santé autour de l'immigration*, in *Hommes et migrations*, 1225.1, 2000.

¹⁰² A.C. HOYEZ, *L'accès aux soins des migrants en France et la culture de l'initiative locale. Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationale*, in *Espaces, Société, Territoire*, 2011.

sere stato di particolare rilievo negli anni recenti. Le spese ingenti sostenute dalla Germania negli anni 2016-17 in tale settore ne costituiscono principale esemplificazione¹⁰³. Le spese per garantire il sostegno sanitario ai richiedenti asilo sono particolarmente elevate nei primi mesi dal loro arrivo, in particolare se comparate a quelle sostenute pro-capite per gli stranieri regolari e i cittadini¹⁰⁴. Tale tipologia di immigrazione si distingue da quella per ragioni di lavoro perché risulta essere, quantomeno in una prima fase, improduttiva e, quindi, particolarmente onerosa per le casse dello Stato. I sistemi con approccio universalistico e gravanti principalmente sull'imposizione fiscale per il finanziamento dei servizi sanitari hanno sofferto l'incremento del numero dei migranti registrato negli anni più recenti. Per ovviare alle problematiche in termine di sostenibilità finanziaria, alcuni Paesi hanno provato a introdurre requisiti temporali di residenza per consentire l'accesso al servizio sanitario, come è, ad esempio, nel caso della Svezia. Tuttavia, anche in tali ipotesi, permane l'onere di provvedere alla prestazione delle cure emergenziali che discende dal complesso delle normative sovranazionali¹⁰⁵. Anche le misure volte ad escludere l'assistenza sanitaria agli immigrati irregolari risultano di dubbia efficacia quanto al contenimento dei costi, data l'estrema convenienza degli interventi preventivi rispetto a quelli effettuati in una fase emergenziale¹⁰⁶.

In tale contesto, l'ordinamento italiano si segnala per la particolare efficacia della tutela del diritto alla salute del migrante offerta dalla giurisprudenza della Corte costituzionale, anche a detrimento delle ipotesi di introduzione di misure simili a quelle adottate in altri ordinamenti. La Corte ha, infatti, ritenuto che la garanzia delle prestazioni sociali – e in particola-

¹⁰³ Le stime parlano di una spesa tra i 43 miliardi e i 50 nel biennio per l'assistenza sanitaria garantita a rifugiati e richiedenti asilo, si v. T. HENTZE-G. KOLEV, *Gesamtwirtschaftliche Effekte der Flüchtlingsmigration in Deutschland*, Kölner Instituts der deutschen Wirtschaft, gennaio 2017 testo in <https://www.iwkoeln.de/studien/iw-trends/beitrag/tobias-bentze-galina-kolev-gesamtwirtschaftliche-effekte-der-fluechtlingsmigration-in-deutschland-318617.html>.

¹⁰⁴ EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (FRA), *Cost of Exclusion from Healthcare, the Case of Migrant in Irregular Situation*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2015.

¹⁰⁵ In particolare dalla direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 2013/33/UE, del 26 giugno 2013 recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale.

¹⁰⁶ Si v. EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS (FRA), *Cost of Exclusion from Health Care, The Case of Migrants in an Irregular Situation*, cit. K. BOZORGMEHR-O. RAZUM, *Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013*, in *PLoS ONE*, 2015, 10(7).

re le misure destinate alle persone maggiormente bisognose – non potesse essere subordinata alla consistente durata della residenza dello straniero, dovendosi ritenere sufficiente la sua presenza, non meramente occasionale, sul territorio dello Stato¹⁰⁷. La stessa subordinazione dell'accesso al sistema sanitaria alla sussistenza di un permesso di soggiorno¹⁰⁸, trova un limite nell'obbligatorietà di garantire anche agli irregolari non solo gli interventi di assoluta urgenza, ma anche tutte le cure necessarie e continuative per malattia e infortunio¹⁰⁹. Tuttavia, anche tenendo conto delle spese sanitarie connesse alla particolare inclusività del sistema italiano, le stime più recenti depongono nella direzione di un effetto favorevole della popolazione migrante sulle finanze del Paese. Difatti, se la ricchezza prodotta dagli stranieri sul territorio è pari a 123 miliardi, ossia l'8,8% della ricchezza italiana¹¹⁰, le stime più avanzate della spesa pubblica complessivamente rivolta ai migranti – che tiene in considerazione anche i costi per le prestazioni sociali, quali sanità, educazione, giustizia, etc. – la quantifica in una cifra prossima all'1,5% del PIL, pari a 12,5 miliardi di euro¹¹¹. In particolare, l'effetto dei versamenti della popolazione residente contribuirebbe alla sostenibilità del *welfare state* italiano che risulta particolarmente sbilanciato nella spesa pensionistica – circa il 15% del PIL – e contraddistinto dall'invecchiamento della popolazione “nativa”.

8. Presentazione del volume

Il volume presenta una rassegna comparata dei principali sistemi sanitari europei che si sviluppa, dopo i primi contributi di introduzione della tematica, attraverso specifiche analisi dei Paesi oggetto di attenzione. I primi tre contributi forniscono le coordinate economiche, demografiche e norma-

¹⁰⁷ Cfr. Corte cost., sentt. nn. 40/2011, 2/2013, 4/2013, 172/2013 e 222/2013; si v. A. RUGGERI, *I diritti dei non cittadini tra modello costituzionale e politiche nazionali*, in *Consulta on line*, 1/2015.

¹⁰⁸ Ritenuta legittima dalla Corte costituzionale in Corte cost., sent. n. 306/2008.

¹⁰⁹ Cfr. Corte cost., sentt. nn. 252/2001, 269/2010, 299/2010 e 61/2011.

¹¹⁰ Si v. FONDAZIONE LEONE MORESSA, *Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione. Edizione 2015 Stranieri in Italia attori dello sviluppo*, Bologna, il Mulino, 2016; S. STROZZA-G. DE SANTIS (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*, Bologna, il Mulino, 2017.

¹¹¹ P. STUPPINI-C. TRONCHIN-E. DI PAQUALE, *Costi e benefici dell'immigrazione in Italia*, in *Neodemos online*, 2014, disponibile in <http://www.neodemos.info/costi-e-benefici-dellimmigrazione-in-italia/>.

tive per le successive analisi. L'introduzione agli aspetti economico-finanziari della sanità nel contesto continentale è offerta da C.F. Guidi e A. Petretto. Gli Autori sottolineano come manchino elementi conclusivi sugli effetti complessivi del fenomeno migratorio sui sistemi sociali – e in particolare sanitari – degli Stati di destinazione, pur sottolineando gli elementi positivi in termini finanziari di tali afflussi. L'esigenza maggiore sembra quella di adattare le politiche di contrasto alla disuguaglianza sociale ai nuovi scenari emergenti dall'evoluzione economica dei Paesi considerati, cui il fenomeno migratorio, in parte, contribuisce. La presentazione della situazione di salute della popolazione residente in Italia è offerta, attraverso l'apporto dell'analisi statistica, nel contributo di G. Caselli, S. Loi e S. Strozza. Gli Autori sottolineano come i migranti presentino all'arrivo migliori condizioni di salute e più bassi tassi di mortalità rispetto agli italiani: tuttavia, le condizioni di vita nel Paese ospitante risultano essere loro sfavorevoli, al punto da portare ad un peggioramento delle loro condizioni che tendono a convergere con la situazione dei nativi. Il contributo di A. Albanese fornisce una chiave di lettura essenziale alle analisi delle esperienze comparate, ricostruendo il ruolo svolto dalla UE e dalle Corti sovranazionali nella tutela della salute dei migranti. In assenza di competenze in materia di sistemi sanitari, l'Unione ha esercitato un ruolo centrale nella determinazione degli standard minimi di tutele degli immigrati attraverso la regolamentazione del loro *status* e delle garanzie minime loro assegnate contenuta nelle direttive europee. Simile percorso di tutela, pur bilanciata con le esigenze economiche e la competenza degli Stati, è stato seguito sia dalla Corte di giustizia, o dalla Corte EDU quando sono state chiamate a intervenire in materia.

Nei successivi tre contributi sono analizzati alcuni casi classici di modelli dei sistemi sanitari in chiave comparata. L. Mezzetti sottolinea il ruolo svolto nell'ordinamento italiano dai principi costituzionali e dalle tutele offerte alla persona in quanto tale, nella costruzione di un modello universalistico e gratuito, inclusivo nei confronti dello straniero soggiornante in modo regolare o irregolare nel territorio nazionale. Il caso italiano si segnala, ad avviso dell'Autore, perché la sussistenza di un forte nesso funzionale tra le politiche sociali erogate da enti diversi – Stato e Regione – ma che concorrono necessariamente al benessere psico-fisico della persona – particolarmente se questa si trova in situazione di acuto bisogno – ha contribuito all'emersione di un conflitto tra le competenze dei livelli di governo, in cui la Corte costituzionale ha svolto un ruolo guida essenziale. Il caso britannico è analizzato nel contributo di C. Martinelli, il quale sottolinea come il sistema sanitario nazionale sia uno dei pochi elementi del *welfare state* del