

La protezione del diritto alla salute per i minori stranieri non accompagnati tra integrazione sociosanitaria e profili di tutela

di Maria Camilla Spena

SOMMARIO: 1. Riflessioni introduttive: la nuova dimensione del diritto alla salute. – 2. Flussi migratori e misure di accesso ai servizi sociosanitari. – 3. MSNA e crisi pandemica. – 3.1. Il ruolo del tutore volontario. – 4. Il conflitto tra diritti e libertà nell'autodeterminazione del minore: il problema del consenso informato. – 5. Conclusioni minime e prospettive di sviluppo.

1. *Riflessioni introduttive: la nuova dimensione del diritto alla salute*

La pandemia¹ da Covid-19 ha progressivamente cambiato il modo attraverso cui leggere le dinamiche del sistema² e, con esso, ha ridefinito le categorie dommatiche grazie alle quali i cittadini comunicano³ i loro bisogni e disagi. Il diritto alla salute è apparso, oggi più di ieri, un necessario canale di indagine, un concetto da riempire di significati molteplici e attuali sganciati da visioni tradizionaliste, guardando alla salute come categoria “mobile” capace di contribuire alla realizzazione della persona e al suo benessere psico-fisico purché in armonia con quanto disciplinato dai Padri Costituenti.

L'analisi di come la legislazione emergenziale abbia influito sul fondamentale diritto alla salute e sul rischio di aggravare l'esclusione e la discriminazione per quelle categorie di individui particolarmente deboli, non può prescindere, pertanto, dal dettato costituzionale che all'art. 32 (facente parte del nucleo duro della Costituzione)⁴ attribuisce alla Repubblica il dovere positivo di porre in essere le azioni e di organizzare i servizi necessari ad assicurare il diritto alla salute, qualificato come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Parlare di diritto individuale e interesse collettivo significa esprimere la consapevolezza del legame indissolubile esistente tra salute e persona, tra indi-

¹ Per un approfondimento sul tema dal punto di vista scientifico e psicologico, si v. M. BOLOGNA, A. LEPIDI, *Covid-19. Virologia e Patologia*, Torino, 2020; I. CAPUA, *Il dopo. Il virus che ci ha costretto a cambiare mappa mentale*, Milano, 2020; C. GAMBERALE, *Come il mare in un bicchiere*, Milano, 2020.

² P. CARETTI, *I riflessi della pandemia sul sistema delle fonti, sulla forma di governo e sulla forma di Stato*, in *Osservatorio sulle fonti*, fasc. speciale, 2020. Disponibile su <http://www.osservatoriosullefonti.it>; S. STAIANO (a cura di), *Nel ventesimo anno del terzo millennio. Sistemi politici, istituzioni economiche e produzione del diritto al cospetto della pandemia da Covid-19*, Napoli, 2020.

³ Sulla costruzione del linguaggio giuridico per la comunicazione tra consociati all'interno della società civile, si v. N. IRTI, *Riconoscersi nella parola*, Bologna, 2020.

⁴ Si v. per approfondire, A. RUGGERI, A. SPADARO, *Lineamenti di giustizia costituzionale*, Torino, 2022; P. GROSSI, *Il diritto costituzionale tra principi di libertà e istituzioni*, Padova, 2005.

viduo e dimensione collettiva, quale presupposto per l'autodeterminazione del singolo all'interno della società civile. Nello scenario pre-costituzionale, invece, l'intervento pubblico in materia sanitaria aveva una funzione prevalentemente igienico-preventiva, perché i regimi totalitari si basavano sulla subordinazione della persona allo Stato sovrano, limitando il concetto di salute e le sue possibili traiettorie di sviluppo. La rigidità del binomio salute-malattia e di una concezione eminentemente biologica della salute collegata alla sola integrità fisica e funzionale del corpo e della mente è stata messa in discussione solo con l'affermarsi di una visione personalistica del sistema costituzionale e con l'emergere di sensibilità specifiche a livello sovranazionale. Il legame, sia pure non strettamente funzionale, tra individuo e collettività/comunità⁵ individua un preciso sistema di valori di riferimento all'interno del quale la dimensione sociale assume un ruolo predominante nella crescita dell'individuo. L'art. 2 della Costituzione, infatti, nel valorizzare le formazioni sociali – quali sede per lo sviluppo della persona – recepisce la duplice opzione del principio, ad un tempo, personalista e pluralista: il singolo sperimenta sé stesso proprio attraverso la dimensione relazionale, divenendone un'articolazione necessaria per quanto definito nella sua autonomia ed unicità. Si tratta di un fattore determinante non solo delle dinamiche dell'ordinamento giuridico ma anche del processo decisionale di cui i provvedimenti adottati sono la manifestazione esteriore. Questa prospettiva condiziona la lettura di tutti i principi che gravitano intorno alla persona e che concorrono alla definizione della stessa, compreso il diritto alla salute. A questo, si aggiunge la dimensione europea, dalla quale non si può prescindere se consideriamo la fisionomia costituzionale del rapporto tra diritto interno e diritto esterno così come delineata dall'art. 117 co. 1 della Costituzione nella versione entrata in vigore dopo la riforma costituzionale (legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3). L'attenzione alla "persona", avvertita sul piano sovranazionale anche e soprattutto dopo l'entrata in vigore della CEDU (Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo), diventa il momento dal quale indagare le nuove sfumature che caratterizzano il diritto alla salute e le nuove modalità di trattazione del tema con particolare riguardo a quelle categorie sociali maggiormente meritevoli di tutele.

La tutela del diritto alla salute si carica di profili problematici se calato nella complessità dei fenomeni migratori e nel tentativo di garantire misure di protezione ai minori stranieri non accompagnati. Le misure adottate per fronteggiare l'emergenza coronavirus hanno determinato un peggioramento della situazione in cui versano migranti e richiedenti asilo, spesso fuori dai percorsi di accoglienza

⁵ Per una più ampia disamina del tema, si v. R. FERRERO CAMOLETTO, *Una vecchia storia: il processo di individualizzazione nella seconda modernità*, in *Quaderni di Sociologia*, 2003, 32; A. RUGGERI, *Il principio personalista e le sue proiezioni*, in *federalismi.it*, 2013, 17; GOODMAN, ADAMO (a cura di), *Individuo e comunità*, trad. G. LOGOMARSINO, Milano, 2014; M. FIORAVANTI, *Costituzione italiana: art. 2*, Roma, 2017; ALVEZZI DEL FRATE, *Individuo e comunità. Considerazioni storico-giuridiche sull'individualismo*, Torino, 2020.

za, ammassati in luoghi in cui è molto complicato rispettare le misure igieniche e di distanziamento sociale, e dove spesso mancano strumenti di protezione, senza contare la difficoltà ad accedere al servizio sanitario per chi è sostanzialmente invisibile. Nonostante gli appelli delle Organizzazioni internazionali⁶ per un approccio inclusivo nei confronti dei migranti e rifugiati, capace di proteggere i diritti alla vita e alla salute di ogni singolo individuo, appare evidente l'inefficienza dei piani sanitari nazionali emergenziali nel garantire a queste categorie di individui parità di accesso ai servizi sanitari. L'inclusione, che è un valore ispiratore dell'azione europea, permette non solo di proteggere i diritti di rifugiati e migranti, ma anche di tutelare la salute pubblica e contenere la diffusione globale del COVID-19⁷.

La questione dei flussi migratori, quindi, pone un problema sui temi dell'accoglienza e dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria degli stranieri che, in numero sempre crescente, sbarcano in Italia, con particolare riguardo alla figura dei minori non accompagnati⁸. Si tratta di soggetti che si trovano in condizioni di estrema vulnerabilità tenuto pure conto delle dinamiche legate alla pandemia da Covid-19⁹ che ha inciso profondamente sui temi della legislazione delle attuali

⁶ Si pensi, a titolo meramente esemplificativo, all'appello congiunto presentato – alla vigilia del lancio del nuovo Patto sulla migrazione e l'asilo presentato dalla Commissione Europea (COM/2020/609 final) – da OIM (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni) e dall'UNHCR (Agenzia ONU per i Rifugiati) nel settembre 2020 al fine di promuovere un approccio comune sugli aspetti relativi alla *governance* delle questioni migratorie, ulteriormente compromesse dall'emergenza pandemica o ancora al comunicato stampa congiunto UNHCR/OIM (aprile 2021) sull'urgenza di definire azioni atte ad impedire il crescente numero di vittime nel Mediterraneo centrale.

Si rinvia, in questa sede – sempre a titolo esemplificativo – anche all'appello dell'Alto commissario dell'ONU per i rifugiati in occasione del settantesimo anniversario della Convenzione di Ginevra per i rifugiati – novembre 2021 – sulla necessità di prevedere un sostegno più incisivo per una gestione più efficace dei flussi migratori capace di mitigare eventuali strumentalizzazioni dei migranti per scopi politici (si v. situazione migranti al confine con la Bielorussia). L'Alto commissario, in quella circostanza, ha ribadito la necessità che l'UE faccia di più per difendere lo stato di diritto *per essere ancora un esempio per gli altri*.

⁷ La riduzione dell'accoglienza ai soli richiedenti asilo ha causato una drastica diminuzione di un'accoglienza di qualità, anche e soprattutto sotto un profilo igienico-sanitario dei luoghi e degli spazi ad essa dedicata.

⁸ Cfr. M.R. SPASIANO, *Principi sull'immigrazione*, in F. ASTONE, F. MANGANARO, A. R. TASSONE, F. SAITTA (a cura di), *Cittadinanza inclusiva e flussi migratori*, Soveria Mannelli, 2009; G.M. GIUFFRÈ, *Il regime di assistenza sanitaria dei minori stranieri non accompagnati alla luce della legge n.47 del 2007*, in *Osservatorio di diritto sanitario*, 2017 su www.federalismi.it.

⁹ Si v. il Report di *Protecting Rights at Borders* (PraB) pubblicato ad aprile 2021 (*prab-report-january-may-2021_final_10052021.pdf*), riporta le testimonianze di respingimenti illegali di migranti e rifugiati da parte della polizia di frontiera lungo i confini monitorati (Italia-Francia, Italia-Slovenia, Serbia-Romania, Grecia-Turchia, Croazia-Bosnia). Ad essere vittima di questi trattamenti sono soprattutto gli uomini, ma nel 13% anche bambini. A differenza dell'Italia, altri contesti europei,

policiis italiane ed europee. Il cuore della questione riguarda proprio la tutela del diritto alla salute, principio fondamentale degli ordinamenti costituzionali nazionali dell'UE nonché criterio di ponderazione e bilanciamento dei valori ad esso sottostanti (diritto al lavoro, all'istruzione etc.). L'ampiezza del principio personalista tracciata all'interno di un ordinamento fondato sull'uguaglianza sostanziale trova oggi spazio anche all'interno del sistema multilivello dei diritti e anzi ne costituisce un tratto imprescindibile. L'attenzione al fenomeno migratorio acquista ancor più valenza se connesso alla centralità della persona all'interno dell'ordinamento giuridico, persona intesa come paradigma di sintesi di una pluralità di valori costituzionalmente protetti, tra cui la salute assume un valore dirimente e, con essa, la dignità della persona. È proprio nella dimensione dinamico-relazionale¹⁰ del diritto alla salute che si coglie la peculiarità dei profili legati alla tutela dei minori stranieri non accompagnati, una figura che attraverso l'apparato normativo, che di qui a poco sarà analizzato, trova la sua definizione sociale. Il problema non è solo capire come accedere ai trattamenti sanitari in senso stretto, quindi legati ad una concezione classica di salute, ma anche come potenziare i processi di integrazione dei minori stranieri non accompagnati all'interno di un tessuto normativo non sempre garantista sul piano dell'inclusione sociale.

2. *Flussi migratori e misure di accesso ai servizi sociosanitari*

Il Legislatore italiano, a differenza di altri Paesi dell'Unione Europea, offre una maggiore tutela nei confronti dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) – rispetto agli adulti e ai minori accompagnati dai loro familiari o da altri soggetti per loro legalmente responsabili – sotto il profilo del diritto di ingresso e di soggiorno, prevedendo misure volte ad agevolare il processo di integrazione. La *ratio* della tutela risiede nell'attenzione alla loro giovane età e, quindi, al tasso di maggiore vulnerabilità degli stessi che certamente risente dello stress psico-fisico subito dal minore al momento del suo arrivo nel Paese

come l'Austria, il Belgio, la Germania, l'Olanda e la Svezia, prevedono un sistema più rigoroso di respingimento alla frontiera anche nei confronti del minore straniero non accompagnato. Bénédicte Jeannerod, direttrice per la Francia a *Human Rights Watch*, ha dichiarato che la polizia francese espelle sommariamente verso l'Italia dozzine di minori non accompagnati, violando leggi francesi e internazionali, cfr. su [www. https://www.brw.org/it/news/2021/05/05/378427](https://www.brw.org/it/news/2021/05/05/378427). Le autorità francesi, svizzere e austriache procedono a rinviare in Italia i minori da loro intercettati, violando sistematicamente l'obbligo di protezione e alla conseguente presa in carico dei minori, previsto dall'art. 3 comma 1 del Regolamento Dublino III. In tal modo, non vengono esaminate le richieste di protezione internazionale, incluse quelle dei minori, negando materialmente la possibilità per i migranti di inoltrare la richiesta di protezione.

¹⁰ Si v. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2020.

di accoglienza e alle sue prevedibili esigenze relazionali condizionate dal diverso *background* culturale di provenienza. È facilmente comprensibile come molteplici fattori (sociali, culturali, religiosi) influiscano sulla promozione della salute degli immigrati e, in particolare, sul contrasto delle disuguaglianze sanitarie che di fatto impediscono un eguale accesso ai servizi di assistenza sanitaria¹¹.

Il tema delle disuguaglianze sanitarie è al centro delle politiche dell'UE, considerato che l'universalità, l'accesso a cure di qualità elevata, l'equità e la solidarietà sono valori e principi comuni sui quali poggiano i sistemi sanitari degli Stati membri. Le disuguaglianze sanitarie sono il risultato non soltanto di una moltitudine di fattori economici e ambientali ma anche di problemi relativi all'accesso stesso ai servizi di assistenza sanitaria, certamente accentuati nei confronti dei migranti (regolari o irregolari) per i quali si rende necessaria un'adeguata formazione del personale medico-sanitario, un approccio interculturale basato sul rispetto delle diversità sociali, culturali e comportamentali e delle sensibilità di persone provenienti da Paesi differenti¹². Si tratta, cioè, di una politica interculturale¹³ che non tende ad annullare le diversità ma a valorizzarle in quanto tali al fine di creare una rete di integrazione che faccia della diversità un punto di forza e non un limite all'interno del sistema.

Pur essendo l'Italia, sul piano normativo, tra i Paesi più evoluti nello scenario europeo per politiche sanitarie verso gli immigrati – risalendo il primo intervento in materia alla Legge 6 marzo 1998, n. 40 (c.d. Turco Napolitano)¹⁴ – molte questioni in materia di diritto alla salute, di accesso ai servizi sociosanitari e di assistenza nei confronti della popolazione migrante presente in Italia, restano ancora irrisolte sul piano giuridico ed applicativo¹⁵.

¹¹ La risoluzione approvata dal Parlamento Europeo dal titolo "Riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'Unione Europea" (Risoluzione n. 2010/2089 (INI) dell'8 marzo 2011) invita gli Stati membri «ad assicurare che i gruppi più vulnerabili, compresi i migranti sprovvisti di documenti, abbiano diritto e possano, di fatto, beneficiare della parità di accesso al sistema sanitario».

¹² In alcuni Stati membri la direttiva 2000/43/CE del Consiglio non trova ancora applicazione e le donne appartenenti a minoranze etniche dispongono di una protezione sociale scarsa, se non nulla, o di un accesso ai servizi sanitari molto limitato, se non inesistente. La necessità di superare le disuguaglianze in materia sanitaria viene affermata sia nella Dichiarazione di Bratislava (novembre 2007) sulla salute, i diritti umani e le migrazioni che nelle Conclusioni e le Raccomandazioni della Conferenza Europea "Health and Migration in the UE. Better Health for all in an inclusive society", tenutasi a Lisbona (settembre 2007).

¹³ A. FUCILLO, *Diritto, religioni, culture. Il fattore religioso nell'esperienza giuridica*, Torino, 2019.

¹⁴ Legge 6 marzo 1998, n. 40, *Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*. G.U. n. 59 del 12.3.1998, in <http://www.camera.it/parlam/leggi/98040l.htm>. Il regolamento d'attuazione di questa legge (D.P.R. n. 394 del 31 agosto 1999) e una Circolare del Ministero della salute (n. 5 del 24 marzo 2000) completavano l'impianto normativo.

¹⁵ Solo a titolo di esempio, si pensi alle problematiche relative all'infezione da HIV e alle altre IST nelle persone straniere presenti nel nostro Paese. L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. L'esperienza italiana*, in *Rivista AIC*, 2018, n. 1, 11 e ss.

La realizzabilità degli obiettivi relativi all'applicazione del diritto alla salute, e quindi, al passaggio da un diritto formale ad un diritto reale, dipende sia da un'organizzazione dei servizi idonea a rispondere alla domanda di salute che dal coinvolgimento e dalla partecipazione degli attori istituzionali nella misura in cui la loro attività ha conseguenze di rilievo sulla salute stessa¹⁶.

Nonostante il T.U. sull'immigrazione preveda la gratuità dell'iscrizione al SSN per i cittadini stranieri iscritti alle liste di collocamento o l'esenzione dal *ticket* per richiedenti asilo e detenuti, la differente normativa regionale – figlia della Riforma del Titolo V della Costituzione (Legge cost. 3/2001) – sulla compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria crea confusione e non favorisce l'accesso degli immigrati ai servizi sanitari¹⁷. I Sistemi sanitari regionali, in relazione all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, operano in modo molto difforme tra loro, derogando, nei fatti, al principio di uguaglianza sostanziale soprattutto nei confronti dei soggetti più vulnerabili (come i migranti irregolari o soggetti socialmente fragili)¹⁸. È indubbio che i diritti abbiano un costo, nel senso che per garantirne l'effettività è sempre necessario l'impiego di risorse finanziarie¹⁹, ma il discorso assume un tenore differente allorché ad essere oggetto della prestazione è l'erogazione di servizi che consentano l'esercizio di diritti inviolabili e incompressibili della persona. A ciò si aggiunga la non sempre leale collaborazione tra Governo e Regioni, nonché le istanze di un regionalismo differenziato, rischiose per i conti pubblici, ma anche penalizzanti per la coesione

¹⁶ Si pensi alla tutela della salute materno-infantile, al fenomeno dei migranti forzati e delle vittime di tratta.

¹⁷ I. MORANDI, *Il ticket per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Principali caratteristiche dei sistemi regionali vigenti al 10 aprile 2011*. Sezione monitoraggio costi e tariffe, disponibile online su <http://www.agenas.gov.it>.

¹⁸ La Fondazione Gimbe ha monitorato l'andamento delle prestazioni inserite nei Lea ed erogate tra il 2010 ed il 2017: dal report emerge il divario fra le regioni del Nord e del Sud del Paese. La percentuale dei servizi erogati e delle prestazioni fornite è del 53,9 % in Campania e diventa del 92,2 % in Emilia – Romagna. È evidente come le disuguaglianze socioeconomiche condizionano anche l'adempimento delle prestazioni sanitarie e, quindi, la realizzazione del principio di uguaglianza sostanziale sull'intero territorio nazionale. Tuttavia, Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE, evidenzia che «la griglia dei Lea non è più uno strumento adeguato per verificare la reale erogazione delle prestazioni sanitarie e la loro effettiva esigibilità da parte dei cittadini» si v. Fondazione GIMBE, *Adempimenti Lea 2008-2017*. Nel quarto *Rapporto sulla sostenibilità del Ssn* della Fondazione GIMBE, presentato al Senato in data 11 giugno 2019 (www.rapportogimbe.it) si è sottolineato che «per riallineare la sanità pubblica italiana agli standard degli altri Paesi europei servirebbero nel 2025 circa 230 miliardi di spesa sanitaria». In realtà, si è invece assistito al defianziamento del settore sanitario che, unitamente alla non sostenibilità, inefficienza ed inesigibilità dei Lea costituiscono fattori fondamentali che influiscono sullo stato di salute del nostro Paese.

¹⁹ In tal senso, G. RIVISECCHI, Editoriale. *Bilancio, democrazia, diritti e autonomie territoriali*, in *Diritto & conti. Bilancio, comunità, persona*, 2020, 1, 4 ss.; C. BUZZACCHI, *Il ruolo del "servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale" alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Forum di Quad. cost.*, 2020, 2.

sociale²⁰. In relazione ai LEA, infatti, la giurisprudenza costituzionale ha sempre ribadito l'indefettibilità della spesa ad essi destinata, vincolando il legislatore al prioritario finanziamento per garantire l'erogazione dei LEA rispetto all'equilibrio di bilancio²¹. D'altronde è «la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di quest'ultimo a condizionarne la doverosa erogazione»²², sicché, Stato e Regioni sono costituzionalmente obbligate – in un rapporto di dipendenza reciproca e in ossequio al principio di leale collaborazione – ad anteporre la garanzia dei LEA a quella delle altre spese²³ e ad assicurare la qualità ed indefettibilità del servizio sanitario «ogni qualvolta un individuo dimorante sul territorio regionale si trovi in condizioni di bisogno rispetto alla salute»²⁴. Secondo la Corte, una volta predisposti a livello statale gli strumenti e determinato il fabbisogno finanziario per i LEA, sarà compito del legislatore regionale distinguere lo stesso per spese incomprimibili da quello assoggettabile a un giudizio di sostenibilità economico-finanziaria²⁵. È chiaro che la valutazione del Legislatore non può essere arbitraria. Il criterio individuato dalla giurisprudenza costituzionale per il bilanciamento è quello della “non manifesta irragionevolezza” fra esigenze di spesa per l'erogazione delle prestazioni ed equilibrio dei bilanci. La Corte, infatti, pur riconoscendo un margine di discrezionalità al legislatore regionale, ne sottolinea però i limiti²⁶ al fine di assicurare un livello minimo di garanzia dei diritti fondamentali²⁷. «Una volta normativamente identi-

²⁰ L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in *AIC*, 2020, 3; R. BALDUZZI, D. SERVEITI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *AIC*, 2019, 2; V. ANTONELLI, *Regionalismo sanitario. Verso una sanità a macchia di leopardo?* in *Il Sole 24 Ore Sanità*, 13 febbraio 2019, disponibile on line al seguente link <https://www.sanita24.ilssole24ore.com/>; G. BASCHERINI, A. CIERVO, *L'integrazione difficile: il diritto alla salute e all'istruzione degli stranieri nella crisi del welfare state*, in *L'evoluzione costituzionale delle libertà e dei diritti fondamentali*, a cura di R. NANIA, Torino, 2012, 343-383; A. RUGGERI, C. SALAZAR, “*Ombre e nebbia*” nel riparto di competenze tra Stato e Regioni in materia di emigrazione/immigrazione dopo la riforma del Titolo V, in *Quaderni regionali*, 2004, 1, 27-54.

²¹ Si rinvia sul tema alle pronunce della Corte Costituzionale nn. 275/2016, 169/2017, 6/2019, 60/2020. Si v. altresì, B. PEZZINI, *Risorse e diritti: qualche spunto per tornare a parlare di effettività dei diritti sociali*, in *Diritto & conti. Bilancio, comunità, persona*, 2020, 1, 45.

²² In tal senso, Corte Costituzionale n. 62/2020, Par. 4.5, Considerato in diritto, cit.

²³ F. MASCI, *I LEA non sono assoggettabili ad alcun vaglio di sostenibilità economico-finanziaria: un trend giurisprudenziale in consolidamento*. Nota a Corte costituzionale, sentenza n. 62 del 10 aprile 202, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, Rassegna, 121, 7/11/2020, www.forumcostituzionale.it.

²⁴ Si v. sentenza della Corte costituzionale n. 62 del 2020, Par. 4.3, Considerato in diritto, cit.

²⁵ Si vedano, Corte costituzionale sentenza n. 169 del 2017, Par. 9.3.1, Considerato in diritto e Corte costituzionale sentenza n. 273 del 2013, Par. 4.2, Considerato in diritto.

²⁶ Su “la notevole discrezionalità implicata dalla latitudine della formula” dell'art. 117, c.2, lett.m), cfr. M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione*, in *Politica del diritto*, n. 3, 2002, 352; C. PINELLI, *Sui “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali” (art. 117, co. 2, lett. m), Cost.*, in *Diritto Pubblico*, n. 3, 2002, 895.

²⁷ In tema di disabilità e diritto all'istruzione, la Corte Costituzionale ha dichiarato incompi-

ficato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [alla salute] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali», perché, come ricordato, «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la diversa erogazione»²⁸. La previsione di alcune prestazioni come livelli essenziali di assistenza, e quindi, come i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ai sensi dell'art. 117, 2 c., lettera m) della Costituzione, attiene fondamentalmente al rapporto Stato e Regioni, nel senso che la Regione non può individuare un livello di prestazione che sia inferiore allo standard definito a livello statale²⁹. Del resto, il Piano sanitario nazionale prevede – tramite il fondo sanitario – le risorse necessarie per garantire tali livelli di prestazione. L'entità del finanziamento, peraltro, oltre a determinare l'erogabilità o meno delle prestazioni diverse da quelle definite come livelli essenziali a livello statale, può incidere sulle modalità ed i tempi del servizio da erogare, ed eventualmente sul concorso dell'utente alla spesa tramite ticket.

Una diversa questione si pone, invece, sulla legittimità di atti amministrativi che sono concretamente capaci di incidere sulla garanzia di questi diritti. La pubblica amministrazione è vincolata nell'applicare la legge e, in presenza di un diritto esigibile, non può negarlo neanche per accertate esigenze di spesa o di carattere organizzativo³⁰. Ed essendo la funzione sanitaria pubblica esercitata su due livelli di governo si rende necessario un sistema di regole e di competenze reciproche che «preveda la separazione dei costi “necessari”, inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica»³¹. Si pensi ad esempio, ai tempi dell'erogazione delle prestazioni che sono qualificate come ‘programmabili’ rispetto a quelle urgenti, che debbono essere erogate tempestivamente, e come tale fattore incida nei confronti dei MSNA; in tali ipotesi, di fronte a prassi di rinvio a lunghissimo termine dell'erogazione, esse configurandosi in concreto come illegittime,

mibili i diritti all'assistenza scolastica per i disabili (sent. n. 80 del 2010) dichiarando l'incostituzionalità delle norme che, limitando il numero di posti di insegnanti di sostegno e vietando l'assunzione in deroga, in presenza di disabilità grave, impedivano di fatto di assicurare a tutti gli studenti di usufruire del diritto fondamentale all'istruzione.

²⁸ Cfr. sentenza della Corte Costituzionale n. 275 del 2016, punto 11 del Considerato in diritto, cit.

²⁹ R. BIFULCO, “Livelli essenziali”, *diritti fondamentali e statuti regionali*, in T. GROPPI, M. OLIVETTI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie – Regioni ed enti locali nel nuovo titolo V*, Torino, 2003, 137, sul rapporto tra lettera m), c. 2, art. 117, e comma 4, art. 117, ritiene che «tutto ciò che non rientra nella determinazione dei livelli essenziali ma che comunque tocca la materia dei diritti civili e sociali [...], ricade nella competenza legislativa residuale delle Regioni».

³⁰ Sulle ragioni di contenimento della spesa, si v. Corte costituzione n. 80 del 2010 e Tar Lombardia, sent. n. 23 del 2017 in relazione all'integrazione della persona disabile.

³¹ Cfr. sentenza della Corte Costituzionale n. 62 del 2020, Par. 4.3, Considerato in diritto.

darebbero luogo ad interventi giudiziali che ordino agli organi del SSN di erogare la prestazione e magari di risarcire il danno da ritardo eccessivo³². E qui si collega l'ulteriore problematica della carenza di dotazione di personale esistente nelle strutture pubbliche, e come la Regione vi debba provvedere sostenendone il maggior costo, o aumentando la disponibilità di prestazioni rese da strutture convenzionate. Ancora una volta il problema si sposta sul lato finanziario, ma è più difficile a questo proposito configurare situazioni in cui si possa parlare di un diritto "incomprimibile" da soddisfare entro termini di tempo inferiori a quelli massimi stabiliti. Appare evidente come il rapporto fra diritti fondamentali della persona, esigenze di equilibrio dei bilanci e discrezionalità del legislatore e dell'amministrazione costituisca il nodo del problema. Ma in relazione alla discrezionalità del legislatore va ricordato che la Corte costituzionale ha più volte confermato la soccombenza delle esigenze finanziarie, salvo che ciò non determini la lesione di altri diritti fondamentali. Ciò significa che dinanzi a esigenze di tutela del nucleo di diritti incomprimibili previsti dal quadro costitutivo, è possibile prevedere degli scostamenti di bilancio che ridefiniscano l'allocatione delle risorse. Pertanto, per la Corte, anche se il diritto alla salute può subire dei condizionamenti nel momento in cui il legislatore procede nella distribuzione delle risorse disponibili, senza però che possa essere compromessa la garanzia del suo nucleo essenziale, «le determinazioni sul fabbisogno sanitario complessivo non dovrebbero discostarsi in modo rilevante e repentino dai punti di equilibrio trovati in esito al ponderato confronto tra Stato e Regioni in ordine ai rispettivi rapporti finanziari, senza che tale scostamento appaia giustificabile alla luce di condizioni e ragioni sopraggiunte»³³.

In questo contesto, le carenze nell'assistenza sanitaria agli immigrati sono state colmate dall'attività svolta da organizzazioni del terzo settore o pubblico-private. Una breve ricostruzione normativa del fenomeno consente di evidenziarne luci ed ombre, ponendo l'accento sulle prospettive di sviluppo della disciplina senza lasciarsi troppo condizionare dal fascino della patologia e accogliendo i risultati che, in materia, sono stati ottenuti, al netto di quanto ancora c'è da fare.

Il Legislatore italiano, infatti, si è specificamente preoccupato dei MSNA con la Legge 7 aprile 2017, n. 47 (c. d. Legge Zampa), dettando specifiche «Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati»

³² Il d.lgs. n.124 del 1998 all'art. 3, comma 10 stabilisce che le aziende sanitarie ed ospedaliere devono determinare, secondo i criteri disciplinati dalla regione, il tempo massimo che può intercorrere fra la richiesta delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale e l'erogazione delle medesime, e il successivo comma 13 stabilisce che se l'attesa si prolunga oltre il termine stabilito l'assistito può chiedere che la prestazione sia resa nell'ambito dell'attività libero professionale intra-muraria a spese delle unità sanitarie locali.

³³ Corte Cost., sent. n. 192/2017, considerato in diritto p.to 9.2.4.

e definendo all'art. 2 come MSNA «il minore non avente cittadinanza italiana o dell'Unione europea che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello Stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione italiana, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano»³⁴. La legge Zampa, conformandosi altresì alle norme della Convenzione (ONU) di New York sui diritti del fanciullo del 1989³⁵ – ratificata in Italia e resa esecutiva con Legge 27 maggio 1991, n. 176 – integrava e modificava le già esistenti disposizioni contenute a tutela di questa categoria di immigranti nel T.U. sull'immigrazione (decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286), nelle normative sull'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale (decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, c.d. Decreto accoglienza) e sull'asilo (decreto legge 30 dicembre 1989, n. 416, convertito con legge 28 febbraio 1990, n. 39) e nella legge contro la tratta delle persone (legge 11 agosto 2003, n. 228). In conformità a tali principi, la l. 47/2017, all'art. 1, stabilisce che i minori stranieri non accompagnati sono titolari dei diritti in materia di protezione dei minori a parità di trattamento con i minori di cittadinanza italiana o dell'Unione Europea³⁶. Questo dato non deve sorprenderti perché già il decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142, conformemente a quanto previsto dalla Convenzione di New York, prevedeva che – nell'applicazione delle misure di accoglienza – il superiore interesse del minore assume carattere di priorità, al fine di assicurare condizioni di vita adeguate alla minore età, con riguardo alla protezione, al benessere e allo sviluppo anche sociale del minore. La valutazione dell'interesse superiore del minore vive una dimensione costituzionale che presuppone, in primo luogo, il diritto all'ascolto del minore che tiene conto di una serie di parametri (età, grado di maturità e di sviluppo personale) al fine di conoscerne le esperienze pregresse e verificare la possibilità di ricongiungimento familiare, purché rispondente all'interesse superiore del minore³⁷.

³⁴ Secondo la giurisprudenza della Corte di Cassazione, rientrano in tale definizione anche i minori affidati di fatto a parenti entro il quarto grado, in quanto questi minori, pur essendo assistiti, sono comunque privi di rappresentanza (ord. 9199/2019 Corte Cass.).

³⁵ Convenzione ONU sui diritti del fanciullo, artt. 2 e 3. La Convenzione stabilisce che in tutte le decisioni riguardanti i minori deve essere tenuto in conto come considerazione preminente il superiore interesse del minore, e che i diritti da essa sanciti devono essere garantiti a tutti i minori senza discriminazioni, a prescindere anche dalla nazionalità e dallo status relativo al soggiorno; si v. Comitato ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, Commento generale n. 6: Trattamento dei bambini separati dalle proprie famiglie e non accompagnati, fuori dal loro Paese d'origine, 2005, par. 12.

³⁶ Si rinvia al testo dell'art. 1 primo e secondo comma della legge n. 47/2017. Secondo la giurisprudenza della Corte di Cassazione, rientrano in tale definizione anche i minori affidati di fatto a parenti entro il quarto grado, in quanto questi minori, pur essendo assistiti, sono comunque privi di rappresentanza (Cass., ord. n. 9199/2019). Per approfondimento, si v. MOROZZO DELLA ROCCA, *Immigrazione, asilo e cittadinanza*, Santarcangelo di Romagna, 2019; M. PELLERONE, V. SCHIMMENTI, *Percorsi migratori e cambiamenti identitari nella sfida all'integrazione*, Milano, 2019.

³⁷ Si v. d.lgs. n. 142/2015, art. 18, commi 1 e 2. Il principio del superiore interesse del minore

Un altro profilo che appare di particolare interesse, in questa sede, per i suoi riflessi sul nodo dello sviluppo della persona umana – stante l’elezione del principio personalista a criterio ermeneutico della trattazione – è la ricostruzione del dibattito formatosi intorno alla questione dell’iscrizione anagrafica dei MSNA perché in grado di condizionare in maniera concreta la protezione del diritto alla salute. In seguito all’approvazione del decreto-legge 4 ottobre 2018, n. 113 convertito con modificazioni dalla Legge 1 dicembre 2018, n. 132 (c.d. Primo Decreto sicurezza)³⁸ – provvedimento da più parti criticato in quanto riduceva il problema immigrati ad una mera questione di sicurezza, privando sostanzialmente i migranti dei diritti fondamentali riconosciuti dalla Costituzione italiana e dai Trattati internazionali in materia – il “Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati” (SPRAR) è stato modificato e rinominato in “Sistema di Protezione per Titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati” (SIPROIMI), divenendo il Sistema di accoglienza per tutti i minori stranieri non accompagnati, indipendentemente dallo *status* giuridico di provenienza. Tuttavia, con il succitato decreto sicurezza venivano esclusi i richiedenti asilo, realizzandosi così un’irragionevole disparità di trattamento e rendendo ingiustificatamente più difficile ai richiedenti asilo l’accesso ai servizi loro garantiti³⁹. Le modifiche introdotte dal Decreto sicurezza non stabilivano un divieto *tout court* di iscrizione anagrafica dei richiedenti asilo, ma unicamente l’impossibilità di procedervi tramite la mera esibizione del permesso di soggiorno per richiesta asilo, in quanto per espressa disposizione normativa non avrebbe

è codificato dall’art. 3 della Convenzione delle Nazioni Unite sull’Infanzia e l’Adolescenza, secondo il quale in tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza sia delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l’interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente”. Sul diritto del minore ad essere ascoltato oltre alla Costituzione italiana (artt. 2, 3, 13, 32), e alla succitata Convenzione ONU adottata nel 1989, numerose norme di diritto internazionale specificano questo diritto e sottolineano che gli Stati devono promuovere e sostenere la partecipazione dei minori a qualsiasi livello, fra le quali, la Convenzione europea di Strasburgo per l’esercizio dei Diritti dei minori del 1996, la Convenzione di Oviedo del 1997 e la Carta fondamentale dei Diritti dell’Unione Europea proclamata a Nizza nel 2000.

³⁸ Si v. il d.l. n. 113/2018 (Decreto sicurezza), convertito con modificazione con l. n. 132/2018. Il Decreto sicurezza *bis*, decreto-legge 14 giugno 2019, n. 53 convertito con modificazioni dalla legge 8 agosto 2019, n. 77 è stato oggetto di numerosi rilievi; per approfondimenti, si v. A. MORELLI, *La “ribellione” dei sindaci contro il ‘decreto sicurezza’: la tortuosa via per la Corte costituzionale*, su *Consulta On Line*, 2019, n. 1, 1 ss.

³⁹ Per un approfondimento, si v. N. ZORZELLA, D. CONSOLI, *L’iscrizione anagrafica e l’accesso ai servizi territoriali dei richiedenti asilo ai tempi del salvinismo*, su *Questione Giustizia.it*, 2019; ASGI (Associazione per gli studi giuridici sull’immigrazione), *La tutela dei minori stranieri non accompagnati. Manuale giuridico per l’operatore*, <https://www.retsai.it/wp-content/uploads/2019/11/La-tutela-dei-minori-stranieri-non-accompagnati.pdf>; si v. altresì, Osservatorio Nazionale sui minori stranieri non accompagnati in Italia, *Primo Rapporto 2020* su https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Rapporto_MSNA_2020.pdf.

più rappresentato “titolo per l’iscrizione anagrafica”. Inoltre, l’art. 13 del d.l. n. 113/2018 disponeva l’abrogazione di un meccanismo semplificato di iscrizione anagrafica per richiedenti asilo ospitati nelle comunità di accoglienza (art. 5 *bis* del d.lgs. n. 142 del 2015). Con la sentenza n. 186/2020, pubblicata il 31 luglio 2020, la Corte costituzionale ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 13 del d.l. n. 113/2018, convertito con modificazioni nella Legge n. 132/2018, condividendo l’effetto discriminatorio e l’irragionevolezza delle disposizioni. Il sistema di iscrizione anagrafica, d’altronde, rientra a pieno titolo nel riconoscimento dei diritti della personalità dell’individuo che, per mezzo della clausola generale contenuta all’art. 2 della Costituzione, contribuiscono allo *sviluppo integrale* della persona e, quindi, al suo percorso di crescita all’interno dell’ordinamento giuridico. La confusione legislativa in materia sembra, al contrario, svilire la centralità della persona, soprattutto quando nel mirino finisce un immigrato che, nelle more di un cambiamento culturale radicale, ha bisogno della legge per veder riconosciuto sé stesso.

Il SIPROIMI è stato poi sostituito con il SAI dal decreto-legge 21 ottobre 2020, n. 130, convertito con modificazione Legge 18 dicembre 2020, n. 173⁴⁰, che, pur ricalcando il modello degli SPRAR, reintroduce, fra l’altro, la possibilità per i richiedenti asilo di accedere ai percorsi della seconda accoglienza⁴¹. L’art. 4 del provvedimento prevede due livelli differenziati di erogazione dei servizi: un primo livello, destinato ai richiedenti asilo ai quali sono destinati «prestazioni di accoglienza materiale, l’assistenza sanitaria, l’assistenza sociale e psicologica, la mediazione linguistico-culturale, la somministrazione di corsi di lingua italiana e i servizi di orientamento legale e al territorio»; ed un secondo livello, destinati ai titolari di protezione internazionale e «finalizzati all’integrazione, tra cui si comprendono, oltre quelli previsti al primo livello, l’orientamento al lavoro e la formazione professionale». Questa suddivisione rischia però di creare, da un lato, disparità di trattamento e differenti percorsi di inserimento (si pensi, ad esempio, a come debbano essere articolati i servizi destinati ai richiedenti asilo rispetto a quelli titolari di altro *status* giuridico) e, dall’altro, di porsi in contrasto con l’obiettivo di accoglienza e di inclusione sociale degli immigrati stabilito sul piano europeo. L’Agenda 2030 (programma d’azione ONU), inoltre, ha riaffermato, come principi ispiratori per l’attività legislativa in materia, il principio universal-

⁴⁰ Cfr. d.l. n. 21 ottobre 2020, n. 130, convertito in l. n. 173/2020, *Disposizioni urgenti in materia di immigrazione, protezione internazionale e complementare, modifiche agli articoli 131-bis, 391-bis, 391-ter e 588 del codice penale, nonché misure in materia 51 di divieto di accesso agli esercizi pubblici ed ai locali di pubblico trattenimento, di contrasto all’utilizzo distorto del web e di disciplina del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale*, consultabile online su <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/10/21/20G00154/sg>.

⁴¹ *Amplius*, Report di Monitoraggio. I Minori stranieri Non Accompagnati, su <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Documents/Report-di-Monitoraggio-MSNA-31-dicembre-2020.pdf>.

stico, che non fa differenza fra cittadini e non cittadini e fra soggetti con o privi di permesso di soggiorno e il principio di accoglienza globale, secondo cui la “persona” va inserita all’interno di un ambiente ben determinato e in una rete di opportunità.

Con specifico riguardo ai MSNA, l’art. 13 della legge 47/2017 aveva previsto che il mancato rilascio del parere positivo da parte della Direzione Generale dell’Immigrazione e delle Politiche di integrazione del Ministero del Lavoro per la conversione del permesso di soggiorno dei minori stranieri al compimento del diciottesimo anno di età, non potesse legittimare il rifiuto del rinnovo del permesso; veniva altresì previsto che il decorso del termine del procedimento fosse considerato come silenzio assenso ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241 (articolo 20, c. 1, 2 e 3). Entrambe queste novità sono state dapprima abrogate dal d.l. 113/2018 e successivamente ripristinate dal d.l. n. 130/2020, convertito poi in legge n. 173/2020⁴². L’attuale impianto normativo, quindi, stabilisce che per la conversione del permesso di soggiorno dei minori stranieri non accompagnati al compimento della maggiore età, vige l’istituto del silenzio-assenso nel procedimento per il rilascio del parere necessario del Comitato per i minori stranieri per motivi di studio, accesso al lavoro, lavoro subordinato o autonomo⁴³.

⁴² Il testo del comma 1-bis dell’art. 32 del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, modificato dal d.l. n. 130 del 2020, conv. nella l. n. 13 del 2020, è il seguente: «1-bis. Il permesso di soggiorno di cui al comma 1 può essere rilasciato per motivi di studio, di accesso al lavoro ovvero di lavoro subordinato o autonomo, al compimento della maggiore età, ai minori stranieri non accompagnati, affidati ai sensi dell’art. 2 della legge 4 maggio 1983, n. 184, ovvero sottoposti a tutela, previo parere positivo del Comitato per i minori stranieri di cui all’articolo 33 del presente testo unico, ovvero ai minori stranieri non accompagnati che siano stati ammessi per un periodo non inferiore a due anni in un progetto di integrazione sociale e civile gestito da un ente pubblico o privato che abbia rappresentanza nazionale e che comunque sia iscritto nel registro istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri ai sensi dell’articolo 52 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394. Il mancato rilascio del parere richiesto non può legittimare il rifiuto del rinnovo del permesso di soggiorno. Si applica l’articolo 20, commi 1, 2 e 3, della legge 7 agosto 1990 n. 241 e successive modificazioni». La disposizione introdotta dalla l. n. 47/2017, poi abrogata da d.l. n. 113/2018 è stata reintrodotta dal d.l. n. 130 del 2020.

⁴³ La richiesta di parere non deve essere inviata alla Direzione Generale dell’immigrazione e delle politiche di integrazione nei seguenti casi: a) minori stranieri non accompagnati che risultano presenti in Italia da almeno tre anni, ammessi a un progetto di integrazione sociale e civile per un periodo non inferiore a due anni; b) minori stranieri affidati a parenti entro il 4° grado, anche se in possesso del permesso di soggiorno per minore età; c) minori stranieri non accompagnati per i quali il Tribunale per i minorenni abbia ordinato il prosieguo amministrativo delle misure di protezione e di assistenza oltre il compimento del 18esimo anno di età; d) minori stranieri non accompagnati che a 18 anni siano in possesso di un permesso di soggiorno per asilo, per protezione sussidiaria o per motivi umanitari. Cfr. Linee Guida per i minori non accompagnati per la conversione del permesso di soggiorno al raggiungimento dei 18 anni (Decreto direttoriale del 27 febbraio 2017).

Inoltre, le Linee – Guida del Ministero del Lavoro, dedicate al rilascio dei pareri per la conversione del permesso di soggiorno dei minori stranieri non accompagnati al raggiungimento della maggiore età, laddove affermano che «il parere si configura come un atto endo-procedimentale, obbligatorio ancorché non vincolante, ai fini dell'adozione da parte della Questura territorialmente competente del provvedimento relativo al rilascio del permesso di soggiorno al compimento del diciottesimo anno d'età»⁴⁴, attestano come in capo alla Questura territorialmente competente residui un margine di discrezionalità valutativa in ordine all'adozione dei provvedimenti che riguardano la conversione del permesso di soggiorno. Adeguandosi alla sentenza della Corte costituzionale n. 186 del 9 luglio 2020⁴⁵ – che aveva dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'intero complesso

⁴⁴ Sulla natura di atto endoprocedimentale del parere e conseguentemente di adempimento procedimentale che grava sull'Amministrazione stessa e non sul richiedente, Cons. Stato, sent. 20 ottobre 2016, n. 4394; Tar Bologna, sentenza n. 136 del 7 febbraio 2019; Tar Liguria sent. n. 1441 del 15 novembre 2012; Tar Emilia, sent. n. 145 del 11 febbraio 2015. Sulla qualificazione del parere come atto obbligatorio ma non vincolante, Cons. Stato, sent. n. 3082 del 14/05/2020; sent. n. 3431 del 1 giugno 2020; sent. n. 4812 del 29/07/2020; Cons. Stato, ordinanza n. 231 del 22 gennaio 2021, www.giustiziamministrativa.it.

Con orientamento costante il Consiglio di Stato ha ritenuto che l'art. 32, comma 1-bis, d.lgs. n. 286 del 1998, «distingue nettamente, ai fini dell'accertamento della sussistenza dei presupposti per la conversione, la situazione dei 'minori stranieri non accompagnati, affidati ai sensi dell'articolo 2 della legge 4 maggio 1983, n. 184, ovvero sottoposti a tutela' da quella dei 'minori stranieri non accompagnati che siano stati ammessi per un periodo non inferiore a due anni in un progetto di integrazione sociale e civile gestito da un ente pubblico o privato che abbia rappresentanza nazionale', prevedendo solo per i primi la previa acquisizione del parere positivo del Comitato per i minori stranieri», ribadendo la natura non vincolante del parere (Cons. Stato, sent. 1° giugno 2020, n. 3431; 14 maggio 2020, n. 3082; 21 aprile 2020, n. 2546; 17 dicembre 2020, n. 8132).

⁴⁵ La Consulta ha ritenuto che l'esclusione dei richiedenti Asilo dall'iscrizione anagrafica, invece di aumentare il livello di sicurezza pubblica, finisca col limitare le capacità di controllo e monitoraggio dell'Autorità pubblica su persone che soggiornano regolarmente nel territorio statale, anche per lungo tempo, in attesa della decisione sulla loro richiesta di asilo. Inoltre, negare l'iscrizione all'anagrafe a chi dimora abitualmente in Italia significa trattare in modo differenziato e indubbiamente peggiorativo, senza una ragionevole giustificazione, una particolare categoria di stranieri. Pertanto, è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale dell'art. 4, c. 1-bis, del d. lgs. 18 agosto 2015, n. 142, come introdotto dall'art. 13, c. 1, lettera a), numero 2), del d.l. 4 ottobre 2018, n. 113, convertito, con modificazioni, nella legge 1° dicembre 2018, n. 132, rilevando la fondatezza del contrasto con l'art. 3 Cost. e non con l'art. 77 Cost.

Cfr. A BUZZI, F. CONTE, *L'iscrizione anagrafica dei richiedenti asilo prima e dopo il "Decreto Lamorgese"*, in *Rassegna Quaderni costituzionali*, su www.forumcostituzionale.it/wordpress/wp-content/uploads/2021/01/07-Buzzi-Conte-FQC-1-21.pdf.

Sulla giurisprudenza costituzionale, si v. E. GROSSO, *Stranieri irregolari e diritto alla salute: l'esperienza giurisprudenziale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, Corti e Salute*, Padova, 2007, p.157, G. VOSA, "Cure essenziali". *Sul diritto alla salute dello straniero irregolare: dall'autodeterminazione della persona al policentrismo decisionale*, in *Diritto pubblico*, 2016, 721 ss. – D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, III ed., 2018, 145-166; A. PITINO, *Gli stranieri nel diritto pubblico italiano. Profili attuali della parità di trattamento con i cittadini tra Stato, autonomie e Unione europea*, Torino, 2018, 68 e ss.

normativo disciplinato dall'art.13 del d.l. n. 113/2018 (primo Decreto sicurezza) che, come innanzi detto, precludeva l'iscrizione anagrafica degli stranieri richiedenti asilo – l'art. 3, co. 2, lett. a) del d.l. n. 130/2020 ha reintrodotto, benché con una formulazione parzialmente diversa, l'art. 5 *bis* del d.lgs. n. 142/2015 (c.d. Decreto accoglienza), riaffermando il diritto alla iscrizione anagrafica per i richiedenti asilo, sia nelle forme ordinarie sia nelle liste di convivenza, e per i richiedenti ospitati nei centri. Infine, il decreto interviene anche sul termine di definizione dei procedimenti aventi ad oggetto la richiesta di cittadinanza italiana, riducendolo da 48 a 36 mesi.

In materia di minori stranieri non accompagnati, il Servizio Centrale garantisce agli EE.LL., afferenti alla rete di accoglienza, orientamento costante sul tema specifico, supportandoli nella relazione con gli altri attori istituzionali, svolgendo azione di supporto ai servizi sociali dei comuni nella realizzazione delle attività dell'accoglienza, in base a quanto disposto dalla normativa vigente e con quanto indicato dalle linee guida previste all'interno del D.M. 18 novembre 2019⁴⁶. Il decreto, fra l'altro, per quanto concerne la posizione dei MSNA all'interno dei SAI, prevede l'inserimento oltre dei minori stranieri non accompagnati e dei titolari di protezione internazionale, anche dei richiedenti asilo e dei titolari dei seguenti permessi di soggiorno: protezione speciale, cure mediche, protezione sociale, violenza domestica, calamità, particolare sfruttamento lavorativo e atti di particolare valore civile⁴⁷. Con l'emergenza Covid-19, i Centri di accoglienza

⁴⁶ L'art 35 del D.M. 18 novembre 2019, per quanto riguarda i MSNA in relazione ai servizi aggiuntivi, dispone quanto segue: «Attività e servizi specifici aggiuntivi in favore di minori stranieri non accompagnati. Fermi restando i servizi minimi indicati all'art. 34 e in applicazione a quanto previsto dalla legge 7 aprile 2017, n. 47, i progetti destinati all'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati devono prevedere: a) attività di sostegno agli affidamenti familiari, full-time e part-time, in linea con il progetto educativo individualizzato del minore, come intervento anche complementare all'accoglienza in struttura; b) servizi destinati a sostenere e accompagnare il minore verso l'autonomia, ponendo attenzione alla transizione dello stesso all'età adulta, anche con riferimento al periodo di permanenza nel territorio autorizzato dal Tribunale per i minorenni ai sensi dell'art. 13 della legge n. 47/2017. Sono altresì previste misure di accompagnamento all'inclusione sociale e lavorativa con particolare riferimento all'istruzione e alla formazione professionale. Tali servizi possono includere specifiche misure di accoglienza sia in strutture dedicate che attraverso forme di sostegno all'autonomia abitativa; c) attività che favoriscano un proficuo raccordo con i tutori volontari dei minori accolti al fine di assicurare la più stretta collaborazione fra le istituzioni coinvolte per la salvaguardia del superiore interesse dei minori; d) servizi dedicati a minori con particolari fragilità quali ad esempio: minori vittime di tratta, minori con necessità di assistenza sanitaria specialistica e prolungata, minori con fragilità psicologica e comunque tutte le fattispecie previste dall'art. 17 del decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142. Nel caso di minori che presentino tali vulnerabilità, sono attivate le misure specialistiche più idonee in modo da assicurare ad ogni beneficiario effettiva protezione e tutela».

⁴⁷ In relazione all'accoglienza degli MSNA, con Decreto n. 12232 del 06/11/2020, il Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione del Ministero dell'Interno ha pubblicato un Avviso pubblico per la presentazione di progetti da finanziare a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Inte-

e le comunità hanno dovuto stabilire dei protocolli di gestione dell'emergenza all'interno delle strutture di accoglienza per MSNA, garantire la gestione dei periodi di quarantena o isolamento fiduciario, provvedere alla sanificazione degli ambienti, organizzare la vita dei minori anche limitandone la libertà di uscita, tutti fattori che possono creare tensioni nei rapporti con coloro che gestiscono le strutture.

3. *MSNA e crisi pandemica*

La pandemia da Covid-19 ha profondamente cambiato le priorità dell'Agenda di Governo perché da crisi sanitaria è divenuta, nel tempo, crisi economica, giuridica e sociale⁴⁸. L'assenza di una copertura costituzionale del concetto di emergenza, nel nostro ordinamento giuridico, ha reso necessario il consolidamento di un modello, per prassi, certamente non immune da errori e contraddizioni. La trasversalità del tema e la rilevanza delle questioni hanno inciso anche sulla garanzia dell'assistenza sanitaria ai MSNA, ricollegandosi, come ricordato in apertura, alla più ampia tutela del diritto alla salute nei confronti degli extracomunitari. Queste considerazioni incidono, quindi, sulla trattazione del diritto alla salute e ne ampliano lo spettro conoscitivo, evidenziandone gli eventuali cedimenti. Nonostante l'art. 168 T.F.U.E. proclami che nelle politiche dell'Unione vada garantito un livello elevato di protezione della salute umana, infatti, la competenza delle istituzioni comunitarie può essere utilizzata soltanto per completare e coordinare le disposizioni nazionali, spettando agli Stati, la definizione della politica sanitaria, l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari di assistenza medica (art. 168, c.7 T.F.U.E.), così come la gestione delle risorse destinate a questi servizi⁴⁹. Di certo i MSNA godono di una maggiore

grazione 2014-2020 – Obiettivo Specifico 1 – Obiettivo nazionale 1 – lett. e – «Promozione dell'affido nel quadro del sistema nazionale di accoglienza dei Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA)», Si v. <https://www.interno.gov.it/it/amministrazione-trasparente/bandi-gara-e-contratti/avviso-promozione-dellaffido-nel-quadro-sistema-nazionale-accoglienza-dei-minori-stranieri-non-accompagnati-msna>. Progetti finalizzati alla promozione dell'istituto dell'affidamento familiare in favore di minori stranieri non accompagnati, quale misura preferenziale di accoglienza rispetto al collocamento in comunità, al fine di agevolare il processo di inclusione sociale e autonomia, in coerenza con quanto previsto dalla legge n. 47/2017 art 7. Le risorse stanziare ammontano a € 3.000.000,00 a valere sull'Obiettivo Specifico 1, Obiettivo Nazionale 1 Accoglienza/Asilo, del FAM. In relazione all'adeguamento alla legge n. 47/2017, le Commissioni parlamentari (Affari Costituzionali e Bilancio) hanno dato parere positivo nel giugno 2020 allo schema di regolamento trasmesso dal Governo che introduce modifiche ed integrazioni al D.P.R. n. 394/1999, recante misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati.

⁴⁸ Si v. CARETTI, *I riflessi della pandemia sul sistema delle fonti, sulla forma di governo e sulla forma di Stato*, in *Osservatorio sulle fonti*, fasc. speciale, 2020.

⁴⁹ Per approfondimenti sull'assistenza sanitaria garantita agli stranieri extracomunitari nel nostro ordinamento, si v. A.M. GIUFFRÈ in *op.cit.*, 5 ss.

tutela rispetto agli altri immigrati e ai minori accompagnati, ma le disposizioni contenute nel T.U. immigrazione e la normativa sull'organizzazione sanitaria, costituiscono un mosaico normativo variegato, complesso e spesso frammentario, che evidenzia un problema di allocazione delle competenze tra i diversi livelli di governo territoriale.

L'art. 32 della Costituzione si apre sancendo che «la Repubblica tutela come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti». Si tratta di un diritto fondamentale e inviolabile della persona ma anche di un interesse imprescindibile della collettività. Si tratta di un obbligo positivo teso ad assicurare determinati standard di tutela, cioè che rimanda alla necessità di assicurare un livello di soddisfazione al di sotto del quale non si può scendere, neanche in considerazione di limiti organizzativi e finanziari (artt. 2, 32 e 38 Cost)⁵⁰. È un diritto riconosciuto anche nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (art. 35 c.d. Carta di Nizza), oltre che in disposizioni di legge ordinaria (art. 35 co. 3 del d.lgs. n. 286/1998).

Secondo la Corte Costituzionale, la salute è un diritto che la Repubblica italiana “riconosce” all'individuo in quanto tale e non “concede” in relazione a condizioni determinate, perché nucleo irriducibile della dignità umana⁵¹. La salute, infatti, è una dimensione all'interno della quale la persona manifesta sé stessa e, in quanto tale, deve essere riconosciuta, come diritto, anche allo straniero, qualunque sia la sua posizione rispetto alla normativa sull'ingresso e soggiorno, nel rispetto dei vincoli derivanti da ordinamento comunitario e obblighi internazionali⁵²: in altri termini, anche lo straniero irregolare ha diritto di fruire di tutte le prestazioni che risultino indifferibili ed urgenti⁵³. Anche la Corte di Cassazione si è più volte pronunciata in materia, sicché può affermarsi che l'accesso alle cure è

⁵⁰ Sulla giurisprudenza costituzionale garantista, si v. Corte Cost., sentenza n.203/1977; n.105/2001; n.252/2001 in *www.giustiziacostituzionale.it*.

⁵¹ Cfr. Corte di Cass. 19 marzo 2018, n. 6775; Corte ost. nn. 354 del 2008, 432 del 2005, 252 del 2001, 509 del 2000, 309 del 1999, su *www.cortecostituzionale.it*.

⁵² Corte Cost., 17 luglio 2001, n. 252, §2; Corte Cost., 103/1977, in *www.cortecostituzionale.it*; cfr. C. CORSI, *Il diritto alla salute alla prova delle migrazioni*, in *Istituzioni del Federalismo*, 2019, 1, 45 e ss.

⁵³ Corte Cost. sent. n. 432 del 2005, in *www.cortecostituzionale.it*. La Corte in relazione al diritto ai trattamenti sanitari degli stranieri ha sempre affermato il principio che l'immigrato, anche irregolare, è titolare di tutti i diritti che la Costituzione attribuisce alla persona umana. Nella sentenza n. 252/2001 la Consulta collega l'interpretazione dei diritti sociali in modo indissolubile alla dignità umana, confermando che «seppure tale diritto sia condizionato da esigenze di bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti, è fatta salva, comunque, la garanzia di “un nucleo irriducibile del diritto alla salute”, che in quanto 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». Conformi a tale orientamento, Corte Cost., sent. n. 148/2008; n. 269/2010; n. 299/2010, in *www.cortecostituzionale.it*.

oggi, nel sistema europeo, un vero e proprio diritto fondamentale dell'individuo, che prescinde dalle sue condizioni personali⁵⁴.

Pur essendo un diritto che risente dei condizionamenti finanziari rappresentati dall'obbligo di osservanza dell'equilibrio di bilancio e dei vincoli sovranazionali⁵⁵, come specificato e precisato negli anni dalla giurisprudenza costituzionale, il vincolo finanziario non può assumere un carattere predominante rispetto ad altri elementi che devono orientare la discrezionalità legislativa⁵⁶, tale da determinare la compressione di quel "nucleo irriducibile"⁵⁷ del diritto alla salute, e quindi, non garantire a tutti coloro che si trovano sul territorio italiano non solo le prestazioni di pronto soccorso e di medicina d'urgenza, "ma anche [a] tutte le altre prestazioni essenziali per la vita"⁵⁸. La Corte nella sentenza n. 169/2017, in riferimento al rapporto tra Livelli essenziali di assistenza⁵⁹ e finanziamento della spesa sanitaria, ha precisato che «ferma restando la discrezionalità politica del legislatore nella determinazione – secondo canoni di ragionevolezza – dei livelli essenziali, una volta che questi siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica. In tale ipotesi verrebbero in essere situazioni prive di

⁵⁴ Corte di Cassazione, sez. I Civile, sent. n. 20561/2006; Cassazione, Sez. I, Civile, 24 gennaio 2008, n. 1531; Corte di Cassazione, SS.UU. Civili, sent. n. 14500, 10 giugno 2013. Analogamente anche il giudice amministrativo: Cons. Stato, sent. n. 4863/2010; n. 5286/2011.

⁵⁵ F. MERUSI, *Servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990, 30, utilizzò l'espressione '*diritto finanziariamente condizionato*', osservando che «Se si inquadra il fenomeno sotto il profilo soggettivo si deve constatare che I diritti di prestazione di un servizio pubblico non sono diritti assoluti, come i diritti politici, bensì diritti finanziariamente condizionati. Ne deriva che anche I diritti sociali garantiti dalla Costituzione, ai quali corrisponde la prestazione di un servizio, non sono diritti assoluti, ma relative, e come tali non identificabili con I diritti fondamentali del Cittadino, il che non significa riscoprire Carl Schmitt e la programmaticità dei diritti sociali. Significa solo dire che I diritti sociali hanno un contenuto diverso dai diritti di libertà. Ciò porta anche ad escludere che l'utente coincida col cittadino e conseguentemente che l'organizzazione dei pubblici servizi debba necessariamente seguire il modulo rappresentativo». Sul rapporto fra diritti e disponibilità di bilancio: M. LUCIANI, *Costituzione, bilancio, diritti e doveri dei cittadini*, in Aa.Vv., *Scritti in onore di Antonio D'Atena*, Milano; ID., *La giurisprudenza costituzionale nel tempo della crisi*, in M. D'AMICO, F. BIONDI (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica*, Milano, 2017, 15; Corte Cost. sent. n. 248/2011; Corte cont. Sez. contr. reg. Campania, 26 gennaio 2015, n. 7; Sez. contr. Veneto, 3 agosto 2017, n. 426; Cons. Stato, Sez. III, 20 luglio 2016, n. 3297; 23 gennaio 2017, n. 267.

⁵⁶ Cfr. Corte Cost. sent. 309/1999, punto 3; 203/2016, in www.cortecostituzionale.it.

⁵⁷ Al riguardo, Corte Cost., sent. 509/2000, in www.cortecostituzionale.it.

⁵⁸ Cfr. Corte di Cass., Sez. Un., 10 giugno 2013, n. 14500. La Circolare n. 5 del 24 marzo 2000 del Ministero della Salute chiarisce che per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona e per «cure essenziali» quelle 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.

⁵⁹ Rideterminati dal D.P.C.M. del 12 gennaio 2017.

tutela in tutti i casi di mancata erogazione di prestazioni indefettibili in quanto l'effettività del diritto ad ottenerle «non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto». Di qui «la doverosa separazione del fabbisogno Lea dagli oneri degli altri servizi sanitari»⁶⁰. In tal modo la sentenza collega l'intangibilità alla determinazione dei Lea, sicché una tutela identificata come componente costitutiva dei Lea non può essere, poi, negata per motivazioni finanziarie. (1) Tuttavia, se «i diritti fondamentali – anche quelli sociali di prestazione – non sorgono direttamente limitati dalle esigenze finanziarie ma lo diventano per effetto delle scelte compiute dal legislatore, cui è affidato il compito di operare le opportune graduazioni imposte dalla limitatezza delle risorse disponibili, secondo un criterio di ragionevolezza»⁶¹.

Si comprende quindi, l'importanza del ruolo del legislatore al quale spetta il bilanciamento fra diritti fondamentali ed esigenze finanziarie (valori non equiparabili), allorché la cogenza sociale del fenomeno migratorio mostra la vulnerabilità della condizione materiale dello straniero e la necessità di aprirsi alle problematiche giuridiche del pluralismo sociale e culturale, e ad una riflessione più ampia su quale sia, oggi, il ruolo dei diritti sociali nel contesto europeo, sul livello di garanzia essenziale affinché una prestazione sia esigibile⁶² e quali siano gli strumenti a tutela della stessa⁶³.

⁶⁰ Corte Cost., sent. 169/2017, punto 9.3.2 del Considerato in diritto.

⁶¹ Cfr. Corte dei Conti, Sez. giur. reg. Liguria, 15 marzo 2016, n. 23. Il Giudice costituzionale nella sentenza n.62/2020, aderendo all'orientamento di una giurisprudenza costituzionale consolidata sui Lea, che colloca la spesa sanitaria tra le «spese costituzionalmente necessarie» (sent. 266/2013 e 6/2019), emancipa il diritto sociale alla salute dal vincolo di bilancio, precisando che l'intreccio di competenze tra i livelli di governo e gli eventuali conflitti di competenza, non debbano mortificare la persona umana. Con specifico riferimento alla determinazione dei Lea concernenti i diritti sociali: R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, a cura di F. ROVESI MONACO, C. BOTTARI, Rimini, 2012, 79-95; R. NANIA, *Il diritto alla salute tra attuazione e sostenibilità*, in *L'erogazione delle prestazioni sanitarie tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, a cura di M. SESTA, Santarcangelo di Romagna, 2014, 29-43 M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *www.federalismi.it*, 2017.

⁶² Nella sentenza n. 275/2016, la Corte afferma che è «la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». A. SPADARO, *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un nuovo "modello sociale europeo": più sobrio, solidale e sostenibile)*, in *Rivista AIC*, 4, 2011, 1 ss.; D. MORANA, *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, in *Rivista AIC*, 4, 2013, 1 ss.; S. GAMBINO (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica. Problemi e prospettive*, Torino, 2015; M. D'AMICO, F. BIONDI (a cura di), *Diritti sociali e crisi economica*, Milano, 2017; A.M. POGGI, *Crisi economica e crisi dei diritti sociali nell'Unione europea*, in *Rivista AIC*, 1, 2017, 1 ss.; F. DI DONATO, *Crisi economica, sovranità statale e diritti sociali nell'era dell'austerità di bilancio e del neoliberalismo europeo*, in *Osservatorio costituzionale*, 1, 2017, 1 ss.; F.G. CUITAIA, *Il condizionamento finanziario del diritto sociale alla salute: fondamento e prospettive evolutive*, in *Astrid*, 9, 2017.

⁶³ Per lo straniero irregolare sono garantite le prestazioni minime essenziali e le cure ospedaliere urgenti ed essenziali. Come osservato da S. D'ANTONIO, in tal modo si determina una ulteriore

Fondamentale, in tale prospettiva, è stato l'Accordo Stato-Regioni del 2013⁶⁴, con il quale si è inteso assicurare, per la prima volta nel contesto di un'intesa tra Stato e autonomie locali, la parità di trattamento, a livello nazionale, tra cittadino italiano e persona straniera sotto il profilo dell'assistenza sanitaria e dell'accesso alle cure per i soggetti più vulnerabili. Anche per le persone straniere prive del permesso di soggiorno e per i cittadini comunitari privi dell'iscrizione anagrafica si è voluto così riaffermare l'esistenza, su tutto il territorio italiano, di un diritto di accesso alle cure essenziali e urgenti con l'utilizzo, rispettivamente, del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) e del codice ENI (Europeo Non Iscritto). Analogamente, adeguandosi a fonti di rango internazionale, quali la Convenzione sui diritti del fanciullo⁶⁵ e la Risoluzione A7-0032/2011 (punti 5 e 22) del Parlamento Europeo (8 febbraio 2011), si è inteso, inoltre, garantire l'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale di tutti i minori stranieri, pur in assenza del permesso di soggiorno, in ragione del superiore interesse a tutelare il minore.

Adeguandosi a questo orientamento solidaristico e garantista, il t.u. sull'immigrazione (d.lgs. n. 286/1998) prevede all'art. 35, co. 3, che anche agli stranieri non in regola con le norme sull'ingresso e soggiorno vengano assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e siano estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva, incluse la tutela della maternità, le vaccinazioni e la profilassi delle malattie infettive; il successivo co. 5 del medesimo articolo stabilisce che l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

Come innanzi detto, il legislatore con la legge n. 47/2017 si è specificamente preoccupato dei MSNA, disciplinando in maniera organica e puntuale la tutela dei minori stranieri non accompagnati, ed introducendo misure rivolte al rafforzamento dei diritti e delle tutele proprio «in ragione della loro condizione

discriminazione in quanto si evidenzerebbero due essenzialità diverse: una per i Lea e una per le cure dello straniero irregolare. Si v. S. D'ANTONIO, *Appunti introduttivi sul diritto alla salute degli stranieri nell'ordinamento italiano*, in F. RIMOLI (a cura di), *Immigrazione e integrazione. Dalla prospettiva globale alle realtà locali*, Napoli, 2014, vol. I, 97 ss. Per i MSNA irregolari, anche se la normativa prevede un'assistenza sanitaria privilegiata, rispetto a quella garantita agli adulti irregolari, permangono molteplici disparità fra regione e regione.

⁶⁴ In G.U. n. 32, 7 febbraio 2013 – Suppl. Ordinario n. 9.

⁶⁵ La Convenzione sui diritti del fanciullo del 1989, con particolare riferimento al diritto alla salute del minore straniero, non consente di effettuare distinzioni tra migranti in base ai rispettivi Stati di provenienza alla regolarità o meno della presenza sul territorio nazionale e di condizionarne così la fruizione dei diritti fondamentali ivi contemplati, tra i quali si annovera, come visto, quello alla salute.

di maggiore vulnerabilità», riconoscendo la titolarità di tutti i «diritti in materia di protezione dei minori a parità di trattamento con i minori di cittadinanza italiana o dell'Unione europea»⁶⁶. La legge, oltre a riordinare le precedenti disposizioni normative, disciplina l'intero percorso dei minori stranieri non accompagnati, dal loro ingresso sul territorio sino al loro inserimento sociale, ovvero il rientro nel Paese di provenienza o in diverso paese nel quale sia possibile un ricongiungimento con altri familiari⁶⁷.

Dal punto di vista definitorio, bisogna tenere conto, insomma, dell'identità multipla di cui l'MSNA è detentore: minore, solo e straniero. Stando alla definizione enucleabile dalla norma (art. 2 della l. n. 47/2017)⁶⁸, e precedentemente analizzata, la definizione di MSNA richiama tre requisiti: la minore età (per la quale occorre fare riferimento alla legge nazionale dell'interessato⁶⁹); la cittadinanza di un paese estraneo all'Unione Europea; l'assenza in Italia di un adulto per lui legalmente responsabile. Non rientrano dunque nella categoria degli MSNA: i minori stranieri non accompagnati che non possono essere espulsi (art. 19, co.2 *lett. a*) del d.lgs. 286/1998), con conseguente diritto al rilascio del permesso (è il caso dei bambini o dei ragazzi affidati nel Paese di origine dai genitori a familiari o conoscenti residenti in Italia in forza di un affidamento, per esempio la *kafalab*⁷⁰, che possa essere riconosciuto nel nostro ordinamento. Lo

⁶⁶ Per comprendere le problematiche aventi ad oggetto i MSNA si v., la *Relazione annuale* presentata al Parlamento, nel giugno 2019, dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, pubblicata sul sito www.garanteinfanzia.org, che contiene una sezione dedicata ai MSNA. A. DI PASCALE, C. CUTITTA, *La figura del tutore volontario dei minori stranieri non accompagnati nel contesto delle iniziative dell'Unione europea e della nuova normativa italiana*, in *Dir. immigr. cittad.*, 2019, 1, 1 e ss.; S. PENASA, *L'acertamento dell'età dei minori stranieri non accompagnati: quali garanzie? Un'analisi comparata e interdisciplinare*, 2019, 2, 99 ss., in www.federalismi.it; S. GIOVA, *I minori stranieri non accompagnati nella l. n. 47 del 2017: la necessità di un intervento organico per un effettivo esercizio dei loro diritti*, in *Dir. succ. fam.*, 2019, 109 e ss.; F. DI LELLA, *Minori stranieri non accompagnati: strumenti privatistici per la tutela delle identità culturali*, in *Diritto e Religioni*, 2018, 2, 209 e ss.; R. MASONI, *Protezione dei minori stranieri non accompagnati nella l. n. 47/2017: un primo commento*, 2017, in www.personaedanno.it; R. SENIGAGLIA, *Considerazioni critico-ricostruttive su alcune implicazioni civilistiche della disciplina sulla protezione dei minori stranieri non accompagnati*, 2017, 6, 710 e ss. in www.juscivile.it; M. GIOVANNETTI, M. ACCORINTI, *I minori stranieri non accompagnati tra accoglienza e integrazione*, in *Minorigiustizia*, 2017, 3, 96 e ss.; C. CASCONE, *Brevi riflessioni in merito alla legge n. 47/17 (Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati): luci e ombre*, in *Dir. immigr. cittad.*, 2017, 2, 1 e ss.; F. ALBANO, *Minori stranieri non accompagnati nella prospettiva dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza*, in *Minorigiustizia*, 2017, 55-64.

⁶⁷ A seguito dell'emergenza Covid-19 il MSNA è collocato presso strutture dedicate per lo svolgimento del periodo di quarantena. Il trasferimento presso le strutture di accoglienza potrà avvenire previo rilascio di idonea certificazione sanitaria.

⁶⁸ Corte di Cass., 3 aprile 2019, n. 9199, in *Mass. Giust. civ.*, 2019, per esteso, in *DeJure.it*.

⁶⁹ Ai sensi dell'art. 23 della legge n. 218 del 1995, infatti, «La capacità di agire delle persone fisiche è regolata dalla legge nazionale».

⁷⁰ Per l'approfondimento dell'istituto si rimanda a MOROZZO DELLA ROCCA, *Uscio aperto, con porte socchiuse, per l'affidamento del minore mediante kafalah al cittadino italiano o europeo*, in *Corriere giuri-*

sono invece quelli che giungano soli in Italia per ricongiungersi a un familiare residente nel nostro Paese?⁷¹.

Coerentemente a questa impostazione, è previsto che il permesso di soggiorno per minore età abbia efficacia sino al raggiungimento della maggior età. L'art. 13, co. 2, della l. n. 47/2017 attribuisce, altresì, al Tribunale per i minorenni la competenza di disporre il prosieguo amministrativo, in tutti i casi in cui al compimento della maggiore età, sia necessario, per il completamento del percorso personale di inserimento sociale, un supporto prolungato. La richiesta per la prosecuzione del collocamento in comunità sino al ventunesimo anno di età deve essere presentata alla Procura presso il Tribunale per i minorenni o al Tribunale per i minorenni competente territorialmente, prima del compimento dei 18 anni, così analogamente, può essere richiesta la conversione del permesso di soggiorno da minore età a motivi di lavoro.

Inoltre, in ambito sanitario, il nostro ordinamento dispone che tutti i minori, compresi quelli “non accompagnati” anche se privi del permesso di soggiorno, devono essere in ogni caso iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a parità di condizioni con i cittadini italiani⁷². Quindi, il diritto all'assistenza sanitaria è stato esteso anche a coloro che sono presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità, garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali.

Dal quadro delineato si rileva che il sistema di protezione coinvolge, a diversi livelli e competenze, molteplici attori, sia istituzionali che privati, i quali intervengono nel processo di integrazione sulla base delle diverse funzioni attribuite dalla normativa e dalle politiche pubbliche.

3.1. *Il ruolo del tutore volontario*

In questo scenario – come precedentemente accennato – l'incidenza della dimensione europea, quale cornice entro cui la tutela dei migranti prende forma, diventa dirimente per spiegare le trasformazioni legislative del settore. Con l'entrata in vigore della legge 24 dicembre 2012 n. 34, è cambiato il modo in cui l'Italia partecipa alla formazione e all'attuazione della normativa europea (fase

dico, 2015, 12, 1497-1503; L. RACHELE, *Le sezioni unite dettano le condizioni affinché la kafalah di diritto islamico sia presupposto per il ricongiungimento familiare* in *La nuova giurisprudenza civile commentata*, 2014, 3, 264-278; M. NISTIVÒ, *Brevi osservazioni intorno alla rilevanza della kafala nell'ordinamento italiano*, in F. GIUFFRÈ, I. NICOTRA (a cura di), *La famiglia davanti ai suoi giudici*, Napoli, 2014, 419-436.

⁷¹ In questi casi il minorenni ben potrà essere collocato con un provvedimento di affidamento familiare presso il familiare, giudicato dalle competenti autorità italiane idoneo a prendersi cura del ragazzo

⁷² Cfr. Accordo Stato-Regioni del 2013, che espressamente richiama in tal senso la Convenzione sui diritti del fanciullo, nonché la Risoluzione A7-0032/2011, punti 5 e 22, del Parlamento Europeo dell'8 febbraio 2011.

ascendente e discendente) con lo scopo di rendere più omogenee e soddisfacenti le attività di *policy making* adottate dai Parlamenti nazionali. L'ingresso dell'Italia all'interno del sistema multilivello dei diritti ha determinato una nuova forza dialogica fra la dimensione nazionale e quella sovranazionale, a vantaggio di un più efficace ed effettiva tutela dei c.d. diritti fondamentali. Questa stratificazione dei livelli di tutela viene assicurata dai meccanismi di *control governance* fondati, difatti, su un'azione di coordinamento tra Istituzioni europee, Stati membri e gli enti regionali e locali e sempre nel rispetto dei principi di sussidiarietà e proporzionalità. È all'interno del sistema di *governance* multilivello, fondato altresì sul principio di solidarietà, che diventa più agevole comprendere la figura del Tutore volontario, previsto dalla l. n. 47/2017, assume un ruolo di fondamentale importanza nel progetto di inclusione sociale del minore⁷³.

La l. n. 47/2017 dispone che, presso ogni Tribunale per i minorenni⁷⁴, venga istituito un elenco dei Tutori volontari (art.11), a cui possono essere iscritti privati cittadini, selezionati e adeguatamente formati da parte dei Garanti regionali per l'infanzia e l'adolescenza, disponibili ad assumere la tutela di un minore straniero non accompagnato o di più minori, nel numero massimo di tre, salvo che sussistano specifiche e rilevanti ragioni. Il tutore diventa rappresentante legale e portavoce degli interessi del minore straniero non accompagnato (MSNA) in Italia, seguendolo nella crescita e nell'inserimento, consentendogli di superare gradualmente le barriere linguistiche e culturali che separano il minore dal sistema nel quale si è ritrovato.

La norma istitutiva della figura del Tutore volontario costituisce, per molti aspetti, una novità nel panorama della legislazione e dell'assistenza a favore dei minori stranieri non accompagnati. Per la prima volta, una legge statale, riconosce a pieno titolo un ruolo ed attribuisce compiti precisi ai Garanti regionali per l'infanzia e l'adolescenza. Il tratto più interessante risiede però nel coinvolgimento dei privati nel percorso di inserimento sociosanitario dei MSNA con importanti riflessi sul rapporto tra filiera pubblica e attori alternativi e, quindi, sulle forme di protezione del diritto alla salute. Una novità assoluta se si considera che, fino al 2017, la tutela dei minori è stata attribuita quasi esclusivamente all'ente pubblico: sindaci o loro delegati – per lo più assessori con delega ai servizi sociali – presidenti o direttori dei consorzi dei comuni per la gestione dei servizi sociali. Questi esercitano la funzione attraverso i loro uffici e servizi che si avvalgono dell'attività di operatori qualificati (assistenti sociali, educatori professionali, operatori sociosanitari e mediatori culturali a cui delegano atti o inca-

⁷³ Si v. J. MARZETTI (a cura di), *Tutori volontari per minori stranieri non accompagnati*, Santarcangelo di Romagna, 2018, 11.

⁷⁴ Cfr. d.lgs. 220/2017 ha spostato dal giudice tutelare al Tribunale per i minorenni la competenza ad aprire la tutela e a nominare il Tutore, in modo da concentrare tutte le fasi procedurali giurisdizionali relative ai minori stranieri non accompagnati presso uno stesso giudice.

richi singoli). Pur riconoscendo che si tratta di un'attività caratterizzata da una forte professionalità assai utile nell'esercizio delle funzioni richieste, di fronte all'aumento negli ultimi anni dei flussi migratori di minori non accompagnati sul nostro territorio, questa funzione potrebbe essere arricchita dalla presenza di un adulto di riferimento che, interpretando il ruolo ed i compiti previsti dalla legge e dal codice civile, può diventare un punto di riferimento importante per un/a ragazzo/a straniero/a solo/a nel nostro Paese, che possa proseguire nell'accompagnamento del minore anche oltre il compimento del diciottesimo anno⁷⁵.

La presenza ed il ruolo che può svolgere il Tutore volontario in ogni fase del percorso di assistenza e accoglienza sono di fondamentale importanza. Il Tutore volontario, infatti, non deve essere una figura abilitata allo svolgimento di meri compiti di assistenza al minore di carattere amministrativo (si richiede ad esso la rappresentanza legale del minore, che in quanto tale non ha capacità di agire), ma può, anzi deve, svolgere un ruolo più sottile e, per questo, fondamentale: ottenere la fiducia del minore e costruire un percorso condiviso, cooperando con gli operatori sociosanitari nell'individuazione dei servizi necessari per l'inserimento del minore. Il ruolo del Tutore volontario non solo è condizionato dal rapporto con le istituzioni, catalizzatori principali dei bisogni dei cittadini, ma diventa ancor più importante perché risponde soprattutto all'esigenza del minore di contare su un adulto di riferimento in grado di interpretarne i bisogni, garantirne i diritti, anche nei confronti degli stessi enti, ed aiutarlo a riconoscere i propri doveri⁷⁶. Oltre al Tutore volontario, disponibile ad assumere la tutela di un minore straniero, è quindi indispensabile il coinvolgimento e la collaborazione

⁷⁵ Il Tutore viene nominato dal giudice a ogni persona minorenni sul territorio italiano (indipendentemente, dunque, dalla cittadinanza) priva di genitori che possano esercitare la responsabilità genitoriale su di lui o su di lei (art. 343 cod. civ.). Può essere un privato individuo (es. il nonno del minore, ma anche una persona che assuma l'incarico senza aver avuto previa conoscenza diretta del minore e che intenda svolgere tale funzione a titolo di volontariato come esperienza di cittadinanza attiva) o in via residuale un ente pubblico (art. 354 cod. civ.). Il Tutore non è un mero rappresentante legale, cioè non si limita ad agire in nome e per conto del tutelato compiendo per suo conto atti giuridici (es. firma della domanda per il rilascio del permesso di soggiorno), ma deve avere «cura della persona del minore» ed eventualmente, amministrarne i beni (art. 357 cod. civ.). L'ufficio tutelare è gratuito (art. 379 cod. civ.). Al Tutore volontario non viene richiesto di accogliere nella propria abitazione il minore – non si tratta infatti di affidamento familiare – così come non è richiesto alcun contributo alle spese per l'assistenza e l'educazione dello stesso.

⁷⁶ Nonostante che il legislatore abbia statuito che il Tutore svolga la propria funzione gratuitamente, un elevato numero di cittadini si è reso disponibile a svolgere tale ruolo; tuttavia, si ritiene, in questa sede, al riguardo, che non sia possibile chiedere al T.V. oltre ad un grande impegno educativo e responsabilità anche un sacrificio economico, tant'è che in merito a tale criticità l'ufficio del Garante nazionale per l'infanzia e l'adolescenza sta cercando di superarla prevedendo la possibilità di ottenere il rimborso delle spese vive sostenute dal Tutore (spese di viaggio: benzina e trasporti) permessi dal lavoro retribuiti e assicurazione per il Tutore per possibili danni arrecati dal minore quando si trova con il suo Tutore.

di tutte le istituzioni e degli operatori che in esse operano al fine di canalizzare competenze previste dall'ordinamento nei confronti di un minore straniero non accompagnato, in quanto solo e bisognoso di particolare assistenza.

Il lavoro del tutore è quindi di relazione, sinergico con le strutture di accoglienza e le istituzioni di riferimento, ciascuna nell'ambito delle proprie competenze con l'obiettivo di creare un rapporto uno a uno che vada oltre l'aiuto nello svolgimento delle pratiche burocratiche (che in ogni caso sono molteplici e andranno svolte con grande puntualità e precisione). Si tratterà infatti, di accompagnare il minore nella richiesta del permesso di soggiorno, nelle esigenze sanitarie che richiedano il consenso informato ed anche nella eventuale richiesta di protezione internazionale. Questa prospettiva è certamente rispondente alla visione personalistica che domina il disegno costituzionale e le sensibilità europee, nell'ambito della quale lo sviluppo della persona passa per una molteplicità di fattori che vengono acuiti nelle ipotesi di stranieri accolti in un Paese diverso da quello di origine. La codificazione di un linguaggio che faccia da ponte tra culture, esperienze e dimensioni differenti è la prima sfida di un Paese democratico che deve fare dell'inclusione un valore e una missione.

Il Tutore dovrà conoscere il vero "progetto migratorio", dovrà cioè comprendere quali siano le ragioni reali che hanno indotto il minore a lasciare la propria famiglia, il proprio Paese avventurandosi in un viaggio spesso molto lungo e pericoloso. Solo con questa conoscenza il Tutore, in collaborazione con gli operatori dei servizi, potrà accompagnarlo in un reale percorso di integrazione, mettendo a disposizione quelle che sono le proprie conoscenze e risorse sociali e relazionali, senza perdere di vista naturalmente gli obblighi istituzionali. Si tratta, pertanto, di un'attività da svolgere in rete con tutti coloro che, a diverso titolo, sono coinvolti nel sistema di tutela del minore (autorità giudiziaria, servizi sociali, sanitari, questura, prefettura, scuola). Certamente è un progetto complesso e finanziariamente impegnativo che richiede però cambiamenti anche di natura organizzativa da parte dei servizi e degli uffici e di coloro che vi lavorano all'interno, dovuti alla necessità di confrontarsi con una nuova modalità operativa che richiede di relazionarsi con più soggetti, come i tutori volontari, con cui collaborare per trasferire sia le informazioni relative al minore ma anche le informazioni necessarie per consentire loro di ben operare nel sistema dei servizi in coerenza alla normativa e all'organizzazione vigente. I benefici di questa novità verosimilmente si riverbereranno fin da subito sui ragazzi e di conseguenza poi anche sui servizi e sulle istituzioni, che non potranno che beneficiare dell'attività di tanti volontari qualificati.

Altra questione di particolare interesse, che richiede particolare attenzione e impegno, è costituita dalla necessità di individuare modalità che consentano l'abbinamento tra Tutore e minore in considerazione delle caratteristiche di entrambi. Si comprende, in questa fase, come sia importante ed intensa l'attività

del Tribunale per i minorenni, dei servizi sociali e delle organizzazioni impegnate nell'accoglienza dei minori, al fine di poter al meglio sfruttare la disponibilità e la professionalità di ciascuno e avviare una sperimentazione che abbia l'obiettivo di trasformare l'accoglienza dei minori in risorse future straordinarie per loro e per noi Paese accogliente, stante il *background* di saperi e culture. In relazione all'assistenza che il Tutore deve fare in tutto il percorso educativo assistenziale (legale, sanitario, scolastico), uno snodo critico è rappresentato dal genere, poiché la maggioranza dei MSNA è costituita da individui maschi, mentre le persone, compreso i tutori, che lavorano a stretto contatto con loro sono, per la maggior parte, di genere femminile; trattasi di un elemento davvero sostanziale nella misura in cui fa i conti con le elevate conflittualità, subordinazioni e disparità riscontrate alla luce di modelli e stereotipi socioculturali propri di ogni Paese.

Il Tutore ed il mediatore interculturale svolgono un ruolo di ponte fra due mondi culturali diversi: il Paese di origine, con le sue tradizioni, ed il Paese di arrivo, dove solitamente i minori arrivano presso le strutture e i servizi di riferimento accompagnati dalle forze dell'ordine; quindi uno dei primi impatti, oltre alla scarsa o nulla conoscenza del dove ci si trovi e di che cosa stia accadendo, è rappresentata dal contatto con figure autorevoli/autoritarie estranee al proprio vissuto e al proprio passato che esercitano, su di essi, un forte controllo. Va ricordato che a livello europeo, la diversità culturale, è vista come un valore da preservare e da rafforzare, al fine principalmente di promuovere un costruttivo dialogo fra gli immigrati e i cittadini del paese ospitante.⁷⁷

Conoscere diritti, doveri e responsabilità dei tutori volontari di MSNA è oggi una necessità per numerosi soggetti pubblici e privati: sarà infatti il contesto a dover valorizzare la funzione dei tutori volontari, funzione non inedita ma certamente fortissimamente potenziata dagli ultimi interventi del legislatore. Fra i compiti del Tutore volontario si comprende come l'assistenza in materia sanitaria costituisca un compito molto delicato. La legge prevede l'iscrizione obbligatoria e gratuita al S.S.N. dei minori stranieri non accompagnati, anche nelle more del rilascio del permesso di soggiorno (art. 34, co.1, del T.U. sull'immigrazione)⁷⁸; a parità di condizioni con i minori italiani, accedono a tutti i servizi e alle presta-

⁷⁷ Il diritto alla "diversità", ad un trattamento differenziato in ragione delle proprie prerogative specifiche (culturali, linguistiche, religiose) attinge ad una pluralità di fonti, *in primis*, l'art. 22 della Carta di Nizza, che si limita a proclamare che l'Unione europea rispetta la diversità culturale, linguistica e religiosa. Si v. G. FLICK, *Minoranze ed eguaglianza: il diritto alla diversità e al territorio come espressione dell'identità nel tempo della globalizzazione*, *Pol. dir.*, n.1, 2004, Il Mulino, 3 e ss.; si v. G. CATALDI, V. GRADO (a cura di), *Diritto internazionale e pluralità delle culture*, 2014, Napoli, 361 e ss. Sulla "diversità culturale" come valore da preservare nella protezione dei gruppi minoritari (nel caso di specie, nella protezione delle popolazioni nomadi), si veda altresì la sentenza della Corte CEDU del 18 gennaio 2001, ric. n. 238/95, Chapman v. United Kingdom, al par. 93.

⁷⁸ Una volta rilasciato il permesso è valido fino alla maggiore età (articolo 10 della legge 47/2017).

zioni fornite dal SSN, inclusa l'assegnazione di un pediatra (fino a 14 anni) o di un medico di libera scelta. Quindi, sono iscritti obbligatoriamente al SSN: sia i MSNA in possesso di un permesso di soggiorno a qualsiasi titolo (per minore età, motivi familiari, richiesta di asilo, asilo, protezione sussidiaria, motivi umanitari ecc.) o che abbiano chiesto il rinnovo o la conversione di tale permesso di soggiorno (d.lgs. 286/1998, art. 34 co. 1, lett. a) e b); Circ. Ministero della Sanità del 24.3.2000), sia i MSNA in attesa del rilascio del permesso di soggiorno, a seguito delle segnalazioni di legge dopo il loro ritrovamento nel territorio nazionale (d.lgs. 286/1998, art. 34 co. 1, lett. c); d.p.c.m. 12.1.2017, art. 63 co. 4). In ogni caso, il minore fino a quando non sia iscritto al SSN ha diritto all'accesso alle prestazioni sanitarie di emergenza, previo rilascio della tessera STP, che deve essere richiesta dal Tutore.

Fra i vari compiti in materia sanitaria, nei casi di minore straniero non accompagnato, il Tutore deve provvedere alla vaccinazione ed i relativi certificati devono essere presentati al momento dell'iscrizione ad un istituto scolastico. Tenuto conto delle complesse dinamiche contingenti, inoltre, con circolare n. 168 del 20 maggio 2020, il Ministero della Salute ha concluso un accordo di collaborazione con la Società Italiana di Pediatria (SIP) e *Save the Children* Italia per l'educazione alla prevenzione e alla salute rivolta a bambini, adolescenti e genitori, che assume particolare importanza per un'azione di ostacolo alla diffusione del virus Covid-19. È evidente come il ruolo del tutore assuma centralità nel percorso di autodeterminazione dell'individuo che vive della dimensione sociale concepita ad un tempo come personalista e pluralista. Nel primo senso guardando cioè ai diritti del singolo, nel secondo guardando alla funzionalizzazione del singolo all'interno della collettività nella quale e per la quale ciascun cittadino deve agire. Le questioni legate ai diritti e alle libertà degli individui, specie se minori, presuppongono necessarie considerazioni, di cui si dirà di qui a poco.

4. *Il conflitto tra diritti e libertà nell'autodeterminazione del minore: il problema del consenso informato*

Alla luce delle considerazioni sin qui svolte, si comprende come il Tutore volontario rivesta un ruolo fondamentale nella “relazione di cura”, essendo “figura vicina” al paziente MSNA e nella prestazione del consenso informato. Per norma e giurisprudenza costituzionale, ogni trattamento sanitario, a prescindere dall'età del destinatario, richiede il consenso informato dell'interessato all'intervento medico⁷⁹: il fine è di garantire la libera e consapevole scelta da

⁷⁹ Si v. legge 22 dicembre del 2017, n. 219, «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»; art. 32, co. 2, art. 13 e art. 2 Cost.; Corte Cost. sent. n. 438/2008, n. 253/2009, n. 262/2016, www.cortecostituzionale.it.

parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente a quanto sancito dall'art. 32, co. 2, della Cost.⁸⁰. È una chiara questione che attiene al bilanciamento di interessi costituzionalmente protetti, al rapporto tra libertà di autodeterminazione e tutela della salute, specie se nel mirino del problema ricadono i minori, per giunta stranieri.

La legge 22 dicembre del 2017, n. 219, recante «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento», disponendo che il consenso informato al trattamento sanitario del minore sia espresso o rifiutato «tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità», si è orientata verso la condivisione del minore delle scelte terapeutiche, che va in ogni caso commisurata al grado di maturità del minore e alla sua capacità di valutazione autonoma. Al riguardo, l'art. 3, co. 1, dispone che «la persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1» e «deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà». Nell'ipotesi in cui «il rappresentante legale della persona minore rifiuti (revochi) le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria» (art. 3 co. 5).

La problematica della relazione medico-paziente MSNA è molto delicata in quanto, ai medici, in base al codice deontologico (art. 29), è assegnato un compito di assistenza che consiste nel contribuire a proteggere i minori, in particolare qualora si ritenga che l'ambiente, familiare o extra-familiare nel quale vivono, non sia sufficientemente sollecito alla cura della loro salute, e nell'adoperarsi, in qualsiasi circostanza, perché il minore possa fruire di quanto necessario ad un armonico sviluppo psico-fisico della sua persona. Nel caso dei MSNA tale compito è ancor più delicato, poiché la relazione medico-paziente è mediata dalla presenza del Tutore volontario. Si tratta di decisioni “con” e “per” il minore che possono dare luogo a molteplici conflitti: si pensi, ad esempio, al contrasto tra esercente tutela e medico che richiede trattamento, o a quello tra esercente tutela e medico che si oppone a cure richieste (si pensi alle cure di sostegno vitale per il minore). Di non facile gestione è poi il contrasto tra esercente la rappresentanza legale e minore che sia dotato di una sufficiente capacità di discernimento (neomaggiorenne/cd. grande minore) in ordine alle cure e ai trattamenti da intraprendere: in questo caso, la volontà del paziente assume un ruolo fonda-

⁸⁰ Corte Cost., sent. n. 438 del 2008, par. 4), in www.cortecostituzionale.it.

mentale nell'esercizio del diritto personale alla salute e ad essa potrebbe doversi dare valore preminente⁸¹. Ma qual è l'interesse del minore in materia sanitaria in questi casi?

Il problema origina dal fatto che la l. n. 219/2017 non menziona espressamente l'interesse del minore come criterio di orientamento delle decisioni sanitarie da assumere⁸² che riguardino gli incapaci legali, al netto di quanto previsto dall'art. 2 sull'irragionevole accanimento terapeutico anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico⁸³. In tali ipotesi valgono, infatti, i riferimenti alle norme costituzionali e alla Carta dei diritti fondamentali UE contenuti all'art. 1 co. 1, così come l'indicazione dello scopo di «tutela della salute psicofisica e della vita del minore, nel pieno rispetto della sua dignità» sancito nel co. 2 dell'art. 3.

Così gli articoli 4 e 5 della l. n. 219/2017 disciplinano alcuni strumenti di programmazione delle decisioni sanitarie che consentono, appunto, l'esercizio del diritto di autodeterminazione terapeutica in particolari situazioni che hanno in comune la previsione di una futura perdita di coscienza e di capacità (anche naturale) di agire del soggetto: le DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento) e la PCC (Pianificazione Condivisa delle Cure). Dal tenore letterale delle norme sembrerebbe che entrambi gli atti siano preclusi ai minori, neanche nel caso in cui siano maturi, cioè prossimi alla maggiore età e capaci di intendere e volere in concreto. Conseguentemente, richiedendo la norma la maggiore età, il minore che dovesse redigere la DAT compirebbe un atto privo di effetti⁸⁴. La suindicata previsione ha suscitato critiche in dottrina, in quanto non in linea con la attuale tendenza del legislatore che è stata quella di attribuire maggior importanza alla volontà del minore, lasciando semmai al giudice la valutazione del suo grado di maturità, come si rileva nell'art. 3, co. 5, della l. n. 219/17⁸⁵, o ad esem-

⁸¹ Cfr. Trib. Roma, sez. I, 16.02.2017 sul contrasto su cure tradizionali prescritte e cure omeopatiche seguite.

⁸² Sulla regola del coinvolgimento del minore nelle scelte terapeutiche in base all'età e al grado di maturità, cfr. <https://giuricivile.it/lautodeterminazione-terapeutica-dellincapace-riflessioni-alla-luce-della-legge-219-2017/>.

⁸³ Il Comitato Nazionale per la Bioetica nel parere reso il 26.01.2016 avente ad oggetto il tema della 'Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte', al par. 5 si occupa della sedazione del minore d'età ed affronta il tema della distinzione concettuale tra eutanasia e astensione/interruzione di trattamenti sanitari di sostegno vitale.

⁸⁴ In tal senso, G. BALDINI, *L. n. 219/17 e disposizioni anticipate di trattamento (DAT)*, in *Famiglia e dir.*, 2018, 814, il quale esprime perplessità sul fatto che il c.d. grande minore non abbia la possibilità di esprimere anticipatamente le proprie volontà in ordine alle cure da ricevere nell'eventualità in cui dovesse divenire incapace. Sulla volontà del minore, si v. L. D'AVACK, *Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: una analisi della recente legge approvata in Senato*, in *Dir. famiglia*, 192 ss.

⁸⁵ Sul potere dell'amministratore di sostegno in merito al consenso informato ai trattamenti sanitari di sostegno vitale e sulla necessità dell'atto di nomina, si v. Corte Costituzionale sent. 13 giugno 2019 n.144, www.cortecostituzionale.it

pio negli artt. 315 *bis*, 336 *bis* e 337 *octies* del Codice civile. Difatti, la dottrina più recente propende per una modulazione della capacità di compiere atti giuridici basata sull'effettiva capacità di discernimento, e non sull'età del paziente, e, quindi, l'ascolto del minore (capace di discernimento), oltre a garantire una condivisione attiva del minore nel piano terapeutico e negli obiettivi prefissati, realizza una effettiva tutela delle sue situazioni esistenziali e la libera autodeterminazione nell'ambito dei diritti personali e di libertà. Seguendo questa impostazione, in relazione al PCC, si osserva che la normativa sul consenso informato non vuole precludere *tout court* al minore l'accesso alla PCC, cioè alla partecipazione insieme al tutore o al rappresentante della valutazione e pianificazione delle cure. Una condivisione che si manifesta ancor più importante allorché la prognosi si rivela, a breve, infausta e si annulla la speranza di vita accettabile: solo in quei momenti si forma nel malato la decisione di cessare una vita non più tollerabile e diventa determinante il ruolo dell'esercente la rappresentanza legale ed il suo rapporto con il minore e, di quest'ultimo, con il medico nelle scelte rivolte ad evitare dolori e afflizioni al malato, in questo caso MSNA, nel rispetto della sua dignità⁸⁶. La comunicazione e la relazione rappresentano il *focus* centrale del processo decisionale. Si comprenderà la delicatezza della problematica nell'ipotesi in cui il minore rifiuti le cure, non solo qualora ci siano dei genitori, ma qualora essi non siano presenti sul territorio italiano.

Come innanzi detto, l'art. 336 *bis* c.c. dispone che «il minore che abbia compiuto gli anni dodici e anche di età inferiore ove capace di discernimento è ascoltato dal presidente del tribunale o dal giudice delegato nell'ambito dei procedimenti nei quali devono essere adottati provvedimenti che lo riguardano»; il principio è ripreso anche dall'art. 315 *bis* co. 3 cc, oltre che dall'art. 147 cc, «doveri verso i figli» e, soprattutto, nell'art. 30 Cost. Principi che assumono particolare rilevanza per le conseguenze che possono aversi⁸⁷, se contestualizzati e ricostruiti nell'ambito delle scelte sanitarie nei confronti dei minori, soprattutto dinanzi alla «resistenza» del minore ai trattamenti, al principio di incoercibilità dei trattamenti (art. 32, co.2, Cost.) ed al progressivo riconoscimento, negli ultimi anni, del principio di autodeterminazione in capo a dei soggetti formalmente incapaci, quali i minori, con graduale considerazione della volontà del minore (superati 12 anni di età) nell'ambito sanitario. Di certo, centrale è l'interesse ed i bisogni del minore e gli interventi sanitari a beneficio dello stesso. Al riguardo, gli artt. 330 e ss. del Codice civile prevedono l'intervento del Tribunale dei minori con provvedimenti ablativi della responsabilità genitoriale ex artt. 330 e ss c.c., «qualora manchi l'assenso dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale e

⁸⁶ Il comma 8 dell'art. 1 della Legge 219/17 precisa che «Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura».

⁸⁷ A. CORDIANO, *Dal principio dell'ascolto all'autodeterminazione dispositiva del minore: il consenso informato in pediatria*, 2012, http://www.comparazioneidiritto.civile.it/prova/files/cordiano_principio.

non già quando difetta l'assenso del minore, che pure deve essere sentito se ha compiuto gli anni 12».

Il passaggio da un modello di medicina di tipo paternalista, di derivazione ippocratica, ad un modello di scelte condivise e del rispetto del valore della autodeterminazione, trovava già conferma, del resto, nella legge 27 maggio 1978, n. 194 (*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*), il cui art. 2, ult. comma, prevede espressamente che «da somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori»; la disposizione conferma l'orientamento che tende al coinvolgimento del minore nelle decisioni terapeutiche. Il c.d. *best interest of child* si presenta, dunque, come una clausola generale, un principio importante volto a garantire il rispetto dei diritti fondamentali dei minori, tanto utile quanto pericoloso se del concetto, alquanto inafferrabile, si fa un uso retorico e/o ambiguo⁸⁸.

Il diritto di ascolto (art. 12 Convenzione di New York, 1989) e quello di comunicazione sono strumenti fondamentali per l'effettiva partecipazione dei minorenni nelle scelte terapeutiche; ma i diritti dei minori si scontrano, tuttavia, con un problema giuridico non facilmente superabile quale l'incapacità legale dei soggetti in quanto solo per i cd. grandi minori la giurisprudenza applica il principio dell'autodeterminazione sancito dall'art. 32 Cost. (secondo cui vige il divieto di trattamenti sanitari imposti a persone capaci di comprendere la propria condizione sanitaria)⁸⁹.

Il settore sanitario è luogo privilegiato per il contrasto dei diritti perché da un lato indaga sulla dimensione, in continuo divenire, del diritto alla salute, valorizzandone l'aspetto dinamico-relazionale, dall'altro pone il problema del contrasto tra diritti e libertà. La figura del tutore volontario funge da volano per la definizione sociale del minore straniero non accompagnato e da punto di riferimento per l'assistenza medico-sanitaria ma, al tempo stesso, si arresta dinanzi alle questioni legate al fine vita e alle pratiche del consenso informato per i trattamenti terapeutici.

Dallo scenario delineato, si comprende come l'emergenza sanitaria da

⁸⁸ Sul *best interest*, F. VENTURI, *Il principio dei best interests of the child nel caso Gard tra paternalismo, autonomia e indeterminatezza*, su www.federalismi.it, 2017, n.3, 2 e ss. Sul caso Charlie Gard e l'autorizzazione alla sospensione respiratoria, decisione Corte EDU, Sez. I, *Charlie Gard and others v. United Kingdom*, ric. n. 39739-17, www.echr.coe.int; S. SCETTINO, *Il diritto di autodeterminazione e la rappresentanza dell'interesse del minore. Brevi note sul (triste) caso di Charlie Gard*, in www.diritti.fondamentali.it, fasc. 2/2017; E. LAMARQUE, *Prima i bambini. Il principio dei best interests of the child nella prospettiva costituzionale*, Milano, 2016.

⁸⁹ Si v. A. R. FAVRETTO, *I bambini e la salute: il diritto alla salute come «diritto partecipato»* in A. R. FAVRETTO, S. FUCCI e F. ZALTRON, *Con gli occhi dei bambini. Come l'infanzia affronta la malattia*, Bologna, 2017, 22, 27 e 43.

Covid-19 influisca sulle condizioni dei MSNA e di coloro che hanno compiuto, in questo arco di tempo, la maggiore età (o che si accingono a compierla), rendendo maggiormente vulnerabili questa categoria di soggetti, amplificandone le ricadute sui percorsi di inclusione socio-lavorativa e di autonomia personale dei MSNA, sia quelli già avviati o in procinto di esserlo, interrotti a causa della pandemia. Da qui, la necessità di riflettere sulle conseguenze della pandemia che ha determinato un aumento dei flussi migratori, anche dei minori, a causa del peggioramento delle già precarie condizioni di vita nei Paesi di partenza. Una delle situazioni più critiche riguarda l'adozione di misure rivolte alla tutela dei diritti dei MSNA, come: l'applicazione del "silenzio-assenso" che consente di convertire il permesso di soggiorno "per minore età", al compimento dei 18 anni, in permesso per studio, lavoro o attesa occupazione anche in caso di ritardo del parere del ministero del Lavoro; la semplificazione delle procedure di identificazione e accertamento dell'età del minore, prevedendo che tale accertamento sia disposto solo in casi dubbi e solo dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i minorenni (art. 19 *bis* co. 4 del d.lgs. n. 142/2015). Si tratta di una semplificazione orientata ad accelerare la nomina dei Tutori volontari in quanto, di fronte a difficoltà obiettive nell'accesso all'informazione legale e all'intera procedura di richiesta e rilascio del titolo di soggiorno, il minore – temendo il provvedimento di espulsione – potrebbe allontanarsi dalla struttura in cui è accolto. Viene cioè richiamato il rapporto tra filiera pubblica e attori alternativi, quanto alla necessaria partecipazione di soggetti ulteriori, privati, che velocizzino i processi di integrazione dei minori e ne tutelino i profili di vulnerabilità.

5. *Conclusioni minime e prospettive di sviluppo.*

Il percorso argomentativo fino a qui condotto, ha evidenziato come la pandemia abbia amplificato i problemi di giustizia sociale e di scarsa accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari, escludendo tutti coloro che non rientrano nei programmi di prevenzione o di accoglienza e che di fatto, a diversi livelli, sono "invisibili"⁹⁰ all'Amministrazione⁹¹. È un problema di classificazione delle categorie a livello sociale, ostativo dei processi di integrazione e inclusione dei soggetti vulnerabili all'interno di un "sistema Europa" ancora troppo poco sensibile al tema della razionalizzazione dei flussi migratori. Si tratta di capire, quindi, come declinare le nuove forme di tutela del diritto alla salute incentrate sulla persona

⁹⁰ Cfr. II Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla salute globale, ed. ETS 2006; M. RAVAZZINI, Covid – 19 Gli invisibili, in *www.saluteinternazionale*, 31.03.2021.

⁹¹ Cfr. *Insedimenti informali. Marginalità sociale, ostacoli all'accesso alle cure e ai beni essenziali per migranti e rifugiati*. Secondo Rapporto. Medici senza frontiere, febbraio 2018; *La pandemia diseguale*, *www.intersos.org*; *Cruscotto statistico giornaliero. Libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it*, 28.02.2021.

in senso ampio, portatrice di istanze e bisogni specifici. La figura dei minori stranieri non accompagnati diventa l'esempio di una necessaria rivoluzione culturale e normativa, recettiva della nuova dimensione del diritto alla salute ma ancora impreparata nella definizione di misure di protezione dei minori efficaci a livello sia sanitario in senso stretto che socioculturale.

Si comprende come sia urgente, in questo contesto di fragilità sociale, introdurre una flessibilità amministrativa volta ad agevolare la procedura che consenta la vaccinazione a chi si trova sul territorio regionale, anche se non iscritto al SSN, prevedendo la possibilità di iscriversi/prenotarsi alla vaccinazione al di fuori dei portali istituzionali attivando risorse territoriali.

Quello della vaccinazione è un tema complesso perché coinvolge i temi della libertà, dell'autodeterminazione – di cui il consenso⁹² rappresenta un'estrinsecazione esterna – e della salute come diritto individuale e interesse della collettività. Il Legislatore con l'art. 5 del d.l. n. 1 del 5 gennaio 2021, abrogato dalla l. 29 gennaio 2021 n. 6 recante ulteriori disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19⁹³, (il cui contenuto è stato riproposto nell'allegato della legge), ha disciplinato la problematica del consenso al trattamento vaccinale degli incapaci. La norma prevede che la manifestazione del consenso avvenga a mezzo del tutore, del curatore o dell'amministratore di sostegno ovvero, se formalmente nominato, del fiduciario e comunque nel rispetto della volontà eventualmente già espressa dall'interessato, ovvero di quella che avrebbe presumibilmente espresso ove capace di intendere e di volere (c. 1). La legge demanda, altresì, al Giudice tutelare la risoluzione in caso di conflitti⁹⁴.

⁹²A. RUGGERI, *La vaccinazione contro il Covid-19 tra autodeterminazione e solidarietà*, in www.diritti-fondamentali.it, 2021, n. 2. L'A. soffermandosi sulle problematiche relative al consenso informato osserva come la solidarietà non sia solo un valore dotato di un proprio significato giuridico, ma anche un valore-mezzo» al servizio di altri valori fondamentali, in nome del quale «l'autodeterminazione della persona [...] può andare (ed effettivamente va) incontro a limiti e vincoli dalla varia natura ed intensità, specificamente fondati sul dovere di solidarietà, e perciò giustificati in nome dei diritti degli altri o – il che è praticamente lo stesso – dell'interesse della collettività».

⁹³ Cfr. L. 29 gennaio 2021 n. 6 («Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 dicembre 2020, n. 172, recante ulteriori disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19»).

⁹⁴ Art. 5 co. 4 d.l. n. 1/2021: «Il consenso di cui al comma 3, reso in conformità alla volontà dell'interessato espressa ai sensi degli articoli 3 e 4 della legge n. 219 del 2017 o, in difetto, in conformità a quella delle persone di cui al primo periodo dello stesso comma 3, è immediatamente e definitivamente efficace. Il consenso non può essere espresso in difformità dalla volontà dell'interessato, espressa ai sensi degli articoli 3 e 4 della legge n. 219 del 2017 o, in difetto, da quella delle persone di cui al primo periodo dello stesso comma 3. Nondimeno, in caso di rifiuto di queste ultime, il direttore sanitario, o il responsabile medico della struttura in cui l'interessato è ricoverato, ovvero il direttore sanitario della ASL o il suo delegato, può richiedere, con ricorso al giudice tutelare ai sensi dell'articolo 3, comma 5 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, di essere autorizzato a effettuare comunque la vaccinazione».

Specularmente, nel campo sanitario, si sono riconosciuti progressivamente ai minori capaci di discernimento sempre maggiori spazi decisionali in linea con la visione sovranazionale dei diritti del minore⁹⁵. In caso di rifiuto del cd. grande minore, manifestato da una persona capace di autodeterminarsi, cioè capace di assumere una decisione libera ed informata, ed esso oltre ad essere rispettato dal medico⁹⁶ dovrebbe avere un autonomo accesso alla giustizia per la tutela dei loro diritti di scelta autonoma. Favorire l'accesso alle prestazioni sanitarie è determinante non solo per favorire le politiche di integrazione ma per facilitare il processo di inclusione dei nuovi arrivati e quindi contrastare l'aumento della disuguaglianza registrata tra gli immigrati, se non adeguatamente regolata⁹⁷.

Come evidenziato da Papa Francesco «la pandemia ha messo allo scoperto la difficile situazione dei poveri e la grande ineguaglianza che regna nel mondo. La risposta alla pandemia è quindi duplice. Da un lato, è indispensabile trovare la cura per un virus piccolo ma tremendo, che mette in ginocchio il mondo intero. Dall'altro, dobbiamo curare un grande virus, quello dell'ingiustizia sociale, della disuguaglianza di opportunità, della emarginazione e della mancanza di protezione dei più deboli»⁹⁸.

⁹⁵ L. LENTI, *Il consenso informato ai trattamenti sanitari per i minorenni*, in *I diritti in medicina*. Tratt. BioDiritto, diretto da S. Rodotà-P. Zatti, II, Milano, 2011, 417 e ss.

⁹⁶ Art. 3, c.1, l.219/2017: «La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà. 2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità». S. CACACE, *Il trattamento sanitario su minore o incapace: il miglior interesse del paziente vulnerabile fra (più) volontà e scienza*, in AA.VV., *La relazione di cura dopo la legge 219/2017*, a cura di M. Foglia, Pisa Ospedaletto, 2019, 72 ss. Il Codice di deontologia medica del 2014, aggiornato al 2020, all'art. 33 impone al medico di comunicare con l'interessato, anche minore o maggiorenne infermo di mente, al fine di promuovere, in relazione alle singole capacità di comprensione, la partecipazione alle scelte, in <https://portale.fnomceo.it/>

⁹⁷ Dal Rapporto 2021 sull'economia della Immigrazione della Fondazione Leone Moressa, esaminando a livello fiscale solo i cittadini stranieri, si è stimato un volume di Redditi dichiarati per 30,3 miliardi di euro e di Irpef versata di 4,0 miliardi, con un saldo tra gettito fiscale e contributivo e spesa pubblica per l'immigrazione positivo (+0,6 miliardi), in www.fondazioneleonemoressa.org.

⁹⁸ Udienda generale del 19 agosto 2020, Catechesi – “Guarire il mondo”: 3. *L'opzione preferenziale per i poveri e la virtù della carità*, su www.vatican.va.

Abstract

Il diritto alla salute costituisce un fondamento degli ordinamenti costituzionali nazionali, un diritto recettivo del vento della storia e la cui accezione si è progressivamente sganciata da una prospettiva meramente medica trovando nell'aspetto dinamico-relazionale dell'individuo uno spazio all'interno del quale valorizzare la persona, quale centro del sistema giuridico. L'emergenza pandemica ha posto sotto la lente di ingrandimento vecchie e nuove sfide, tra queste, certamente, quella della razionalizzazione dei flussi migratori, con particolare riguardo alla figura dei minori stranieri non accompagnati (MSNA). La necessità di consolidare misure di protezione e di tutela nuove, capaci di contribuire ai processi di integrazione e inclusione sociale, è uno degli scenari con i quali l'ordinamento deve fare i conti tenendo, pur sempre, come riferimento, il sistema multilivello dei diritti all'interno del quale l'Italia è inserita.

Protection of the right to health for unaccompanied foreign minors between health protection and socio-cultural integration

The right to health is an essential element of national constitutional systems. The meaning of the right to health has changed over time and today involves the person and his needs and not only the health practices. The pandemic emergency has focused on old and new challenges, in particular on the issue of immigration and unaccompanied foreign minors. The need to promote measures of protection and social and cultural inclusion must be one of the aims of the Italian legal system, also in a European view.