

L'oscuro affidamento «chiavi in mano» alle autorità albanesi della medicina di frontiera nei centri di trattenimento

di Marco Magri

1. L'organizzazione sanitaria nei centri di trattenimento realizzati in base al protocollo italo-albanese. – **2.** Profili contrattualistici dell'affidamento delle cure urgenti alla sanità albanese. – **3.** Le ricadute sul diritto alla salute degli stranieri trattenuti. – **4.** Le possibili conseguenze. – **5.** Conclusioni.

1. L'articolo 4.6 del protocollo italo-albanese, reso esecutivo dalla legge n. 14 del 2024, prevede che Parte italiana istituisca, nelle aree destinate alla realizzazione delle strutture di trattenimento per i richiedenti asilo destinatari della procedura accelerata in Albania (art. 28-bis D.lgs. n. 25 del 2008), apposite «strutture sanitarie al fine di garantire i servizi sanitari necessari» Gli articoli 4.8 e 4.9 consentono alle autorità italiane, responsabili di tali strutture, di avvalersi della «collaborazione» delle autorità albanesi per l'erogazione delle cure mediche «indispensabili e indifferibili», nel caso in cui si verificano «esigenze sanitarie» alle quali la Parte italiana non riesce a «far fronte» nell'ambito delle strutture stesse. In tal caso è previsto che Parte italiana si faccia carico, tramite rimborso alla Parte albanese, della totalità (100%) dei costi dei servizi sanitari da essa «offerti» alla Parte italiana.

Per lo svolgimento delle attività sanitarie italiane, la legge n. 14 del 2024 prevede la costituzione di un'autorità competente denominata «ufficio di sanità marittima, area e di confine» che opererà presso le strutture di trattenimento. A vantaggio di tale ufficio la legge concede, in aggiunta alle vigenti facoltà assunzionali, il reclutamento di undici posizioni di personale: cinque dirigenti sanitari con profilo di medico e sei unità non dirigenziali, di cui quattro con il profilo di funzionario sanitario – dunque, si presume, con incarico di funzione di «complessità base» previsto per i neoassunti dall'art. 31 del CCNL sanità) – e due con il profilo di funzionario amministrativo. Non sono previste unità di personale dell'area degli assistenti e degli operatori sanitari.

Sempre nei luoghi in cui si trovano le strutture di trattenimento, l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti (INMP) svolgerà le proprie «funzioni di assistenza» e di «coordinamento tra i soggetti coinvolti nella gestione sanitaria

e sociosanitaria dei migranti». Anche l’Istituto, in aggiunta alle vigenti facoltà assunzionali, ma «nei limiti della dotazione organica», potrà avvalersi di nuovo personale: 28 unità (il 50 per cento riservato a stabilizzazioni di contratti a tempo determinato) di cui 8 dirigenti medici, 1 unità appartenente alla dirigenza professionale, tecnica e amministrativa, 10 unità appartenenti all’area dei professionisti della salute e funzionari, 1 unità appartenente all’area degli assistenti e 8 unità dell’area degli operatori.

A Parte albanese, le autorità italiane potranno affidare diverse prestazioni, come si evince dal punto C dell’Allegato 2 al protocollo, dedicato agli «oneri rimborsabili» (richiamato dagli articoli 4.9. e 10). Più precisamente:

- 1) servizi di «assistenza ospedaliera», rimborsati «conformemente al prontuario ufficiale dei costi sanitari previsto dalla legislazione albanese applicabile», per i «trattamenti ospedalieri» effettivamente prestati e documentati;
- 2) acquisto di «dispositivi medici e farmaci, inclusi, a richiesta della Parte italiana, i vaccini», rimborsati in base a «contratti di acquisto messi a disposizione della Parte italiana, a richiesta della medesima»;
- 3) acquisto di «beni e servizi diversi da quelli elencati alle lettere a) e b) (...), occorrenti per lo svolgimento delle attività previste dal presente Protocollo» (a modo di norma di chiusura).

2. Le conseguenze di questo accordo-quadro «chiavi in mano» (definizione ovviamente inventata qui, per l’occasione) sono di diverso ordine e si possono analizzare sotto differenti angoli di visuale. Il primo e forse più immediato è proprio quello di un’analisi strettamente «contrattualistica». Dai rapporti della Commissione europea redatti nell’ambito dei negoziati attualmente in corso per l’ingresso dell’Albania nella UE, si evince una modesta capacità amministrativa del *public procurement* albanese, in un contesto da migliorare anche in termini di trasparenza, responsabilità e prevenzione della corruzione. Vero è che l’Albania (dopo l’ultima legge di riforma dei contratti pubblici, emanata nel 2020) ha manifestato chiaramente la volontà di uniformarsi ai principi del diritto UE sugli appalti (cfr. art. 74 dell’«Accordo di stabilizzazione e di associazione» UE-Albania, in GU UE 28/4/2009, L 107/166). Ma il punto è che l’unico vincolo che unisce l’Albania all’Unione sono appunto i negoziati, ragione per cui un’ipotetica violazione del diritto europeo degli appalti potrebbe risolversi in un temporeggiamento strategico della Commissione o, nella più grave (ma anche piuttosto immaginifica) delle ipotesi, in un rifiuto alla domanda di adesione albanese. Parliamo comunque di mezzi inadeguati a rappresentare una garanzia di effettività dell’ordinamento comunitario (il giudice albanese non sarebbe legittimato a interpellare la Corte

di Giustizia dell'Unione europea, la Commissione europea non potrebbe avviare procedure d'infrazione contro l'Albania, e via dicendo).

Aggiungerei che neppure dal punto di vista del diritto italiano il protocollo è del tutto coerente, non potendo essere esercitati, nei confronti delle amministrazioni albanesi, i poteri dell'ANAC, né la giurisdizione della Corte dei conti per eventuali responsabilità erariali, considerato che il protocollo lascia del tutto sguarnito il profilo organizzativo delle modalità di verifica dell'adempimento della prestazione da Parte italiana (il diritto di accesso documentale ai contratti stipulati da Parte albanese è del tutto insufficiente). Tutto ciò, di nuovo, finisce per rendere stridente il contrasto tra l'affidamento all'Albania della prestazione del servizio sanitario e la riserva, invece, all'Italia dei compiti di amministrazione e della committenza per la realizzazione della parte edilizia della strutture di trattenimento, di cui l'amministrazione italiana ha conservato la titolarità diretta, sia pure con la clausola «anche in deroga ad ogni disposizione di legge diversa da quella penale» (art. 3 c. 7 legge n. 14 del 2024).

Non solo stridente; anche più complicato. Le spese per la realizzazione delle strutture di trattenimento sono esenti da imposte indirette e da dazi doganali. Non lo è, invece, il rimborso di corrispettivi pagati per la fruizione di servizi pubblici, tra i quali dunque quello sanitario (art. 5.4). Questa distinzione va correttamente intesa e, così facendo, si intuisce la ragione per cui essa è foriera di complicazioni amministrativo-burocratiche: nel protocollo è scritto che l'Italia «non chiede esenzioni» per le somme che rappresentano corrispettivo di servizi pubblici. Il non chiedere è una clausola, per così dire, solo «politica», un riconoscimento chiarificatore della sovranità fiscale albanese; giacché se il «non chiedere» fosse invece interpretato come «non indagare» le fonti dell'obbligazione di rimborso, e l'Italia rimborsasse a Parte albanese imposte che quest'ultima ha già riscosso dall'esecutore del servizio, la conseguenza sarebbe una sostanziale doppia imposizione o, meglio, doppia riscossione della stessa imposta¹. Che l'Italia non «chieda esenzioni», allora, non può voler dire che il 100% del rimborso è calcolato sempre sul lordo della somma che la Parte albanese ha erogato a terzi. Ma dire questo vale a dire che la contabilità del protocollo italo-albanese impegna l'Italia in una rigorosa serie di controlli sui documenti, ben al di là della mera facoltà di richiedere copia dei contratti di acquisto o dell'accertamento che i servizi da rimborsare siano stati effettivamente svolti. Inoltre, l'articolo 21 dell'«Accordo di stabilizzazione e di associa-

¹ Fermo restando l'Accordo tra Italia e Albania del 12 dicembre 1994 per evitare le doppie imposizioni in materia di imposte sul reddito e sul patrimonio e per prevenire le evasioni fiscali, su cui G. Shkurtaç, *The double tax Treaty between Italy and Albania. Problems with their implementation*, in *Riv. dir. tribut. internaz.*, n. 1, 2023, pp. 171 ss.

zione» UE-Albania (citato) obbliga l'Albania all'abolizione progressiva dei dazi doganali sui prodotti industriali e stabilisce che «le società comunitarie non stabilite in Albania potranno accedere alle procedure di aggiudicazione dei contratti in Albania conformemente alla legge sugli appalti pubblici, beneficiando di un trattamento non meno favorevole di quello riservato alle società albanesi» (art. 74, c. 3). L'ipotesi, tutt'altro che inverosimile, di prodotti industriali forniti (o strumentali all'erogazione dei servizi forniti) da Parte albanese, provenienti da imprese aggiudicatrici stabilite nell'Unione, esige quindi di nuovo di verificare chi è l'esecutore della prestazione da rimborsare, in quale Paese ha sede, se l'Accordo di stabilizzazione e associazione UE-Albania è stato rispettato. Nel far ciò – ed ecco un ulteriore profilo in ordine al quale è bene suggerire prudenza nell'interpretazione del protocollo – Parte italiana non potrà neppure applicare le norme (legittimamente) protezionistiche che limitano le forniture di prodotti provenienti da Paesi terzi a salvaguardia della posizione concorrenziale dell'Unione. L'articolo 170 del Codice dei contratti pubblici permette alle stazioni appaltanti di respingere offerte il cui valore sia composto per più del 50 per cento da prodotti originari dei Paesi terzi (e anzi di motivare adeguatamente la decisione di non respingerle). La norma introduce altresì, in caso di equivalenza tra la valutazione riportata dall'offerta di un'impresa stabilita in un Paese terzo e quella riportata dall'offerta di un'impresa stabilita in uno Stato membro, un criterio di preferenza per l'offerta di prodotti comunitari a scapito di quella dei Paesi terzi. L'articolo medesimo, infine, permette di considerare la bassa percentuale di prodotti dei Paesi terzi tra gli elementi di valutazione dell'offerta economicamente più vantaggiosa. Si tratta di una disposizione che «assume [...] una funzione di tutela della produzione comunitaria e, in primo luogo, a tutela dell'occupazione nell'UE, che può subire compromissioni per effetto dei meccanismi della cd. globalizzazione dell'economia; essa è, dunque, posta a protezione di valori fondamentali, quali la tutela dei lavoratori europei e dei loro standard di occupazione, sicurezza e retribuzione che, se violati, con conseguente maggiore convenienza dei prodotti aventi costi di produzione inferiore, costituiscono forme di concorrenza sleale compromettenti valori fondamentali della persona, inammissibili nel nostro sistema europeo» (Cons. Stato, Sez. V, 8 giugno 2015, n. 2800)². Diversi sono quindi gli elementi oscuri, che, però, potranno, almeno in parte, essere risolti in sede applicativa.

3. Alla stessa conclusione non si perviene, se dall'analisi contrattualistica si passa a quella delle ricadute umanitarie che potrebbero discendere dall'affidamento delle cure

² TAR Lazio, sez. II-ter, 21 giugno 2024, n. 12669.

urgenti alle autorità albanesi. Tra Italia e Albania non v'è reciprocità tra i livelli essenziali delle prestazioni, come si ricava, di nuovo, dalle risultanze documentali dei negoziati ai quali si è fatto cenno nelle considerazioni che precedono. In particolare, nell'ultimo rapporto della Commissione europea sull'Albania, del 30 ottobre 2024³, buona parte dei rilievi circa le carenze della sanità albanese riguardano proprio la garanzia delle cure urgenti: manca una legge sulla sicurezza del sangue, delle cellule e degli organi. Dal Rapporto precedente (2019)⁴ non ci sono stati progressi – neanche in termini di spesa sanitaria – sul piano dei farmaci e dei dispositivi medici, non ci sono cure pianificate per le cure psichiatriche e via dicendo. Gran parte delle «esigenze sanitarie» che potrebbero manifestarsi all'interno delle strutture di accoglienza (le si veda, ad esempio, nel *Programma nazionale "Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti"*, avviato in base all'Accordo di collaborazione tra l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti, l'Istituto Superiore di Sanità e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) sarebbero fronteggiate dalla sanità albanese con garanzie solo parziali di allineamento all'*acquis* comunitario.

Si profila così una discriminazione tra gli stranieri trattenuti in Albania rispetto a quelli che, avendo attraversato altrettanto irregolarmente il confine (o essendo egualmente reduci da un salvataggio in mare), sono sottoposti alla procedura di frontiera e dunque trattenuti in strutture di accoglienza ubicate in Italia.

Nell'ordinamento italiano – su questo i dubbi sono davvero pochi, almeno in termini normativi – le cure urgenti corrispondono all'unico livello essenziale di assistenza garantito agli stranieri indipendentemente dalla regolarità della loro presenza sul territorio nazionale. Lo prevede il testo unico sull'immigrazione (art. 35 d.lgs. n. 286 del 1998), che infatti vieta il respingimento degli stranieri «che versano in condizioni di salute derivanti da patologie di particolare gravità, non adeguatamente curabili nel Paese di origine» e che risultino «tali da determinare un rilevante pregiudizio alla salute degli stessi, in caso di rientro nel Paese di origine o di provenienza» (art. 19.2 lett. d-bis). Precisa, il testo unico, che le cure urgenti devono essere prestate agli stranieri illegalmente presenti sul territorio nazionale attraverso strutture disciplinate dalle leggi italiane: «ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, *nei presidi pubblici ed accreditati*, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali» (art. 35). Questa disposizione è confermata dal regolamento di attuazione del testo unico

³ Commissione europea, 30 ottobre 2024, SWD(2024), 690 final.

⁴ Commissione europea, 29 maggio 2019, SWD(2019), 215 final.

sull'immigrazione (art. 17) e dalla disciplina di rango subordinato alla legge in materia di livelli essenziali di assistenza (art. 63 D.M. 12 gennaio 2017).

La legge di ratifica ed esecuzione al protocollo italo-albanese (n. 14 del 2024) prevede che, agli stranieri trattenuti nei centri albanesi, si applichi in quanto compatibile il D.lgs. n. 286 del 1998 (art. 4). Essa equipara le aree in cui si trovano le strutture di trattenimento allestite in Albania alle «zone di frontiera» individuate ai sensi dell'art. 28-bis D.lgs. n. 25 del 2008 (art. 3, comma 3). Se non che le zone di frontiera individuate ai sensi dell'art. 28-bis D.lgs. n. 25 del 2008 (con D.M. Interno 5 agosto 2019) sono tutte in territorio italiano, quindi per gli stranieri accolti al loro interno valgono le garanzie sanitarie urgenti apprestate conformemente ai LEA italiani.

Non ci sono, mi pare, argomenti che attenuino l'irragionevolezza della discriminazione. Non l'argomento per cui, le persone «vulnerabili», in Albania non vanno, perché là si celebrano solo procedure di frontiera, alle quali esse non sono assoggettabili (art. 28-bis comma 6 del D.lgs. n. 25 del 2008). E ciò per la banale considerazione che le cure urgenti fronteggiano eventi che possono autonomamente insorgere durante il trattenimento e colpire con la stessa probabilità persone vulnerabili e non vulnerabili. Non vale quindi – per la stessa considerazione – l'argomento che il periodo massimo di trattenimento nei centri albanesi corrisponda al tempo strettamente necessario all'espletamento delle procedure di frontiera (giorni, non mesi, come accade nei centri per il rimpatrio); il che riduce forse le probabilità del singolo di aver bisogno di cure, certo non quelle della struttura sanitaria di essere all'altezza della situazione. Non giova l'argomento per cui gli interessati potrebbero essere comunque accompagnati in Italia dalle autorità italiane. Ammesso che il tragitto sia compatibile con la corretta erogazione di una prestazione di tal fatta, presumere una disponibilità dell'emergenza sanitaria territoriale italiana varrebbe a svuotare di significato le clausole del protocollo, che proprio in tal caso prevedono il subentro della sanità albanese.

4. I termini dell'accordo italo-albanese, del resto, non consentirebbero neppure alla giurisdizione albanese di rilevare l'irragionevolezza della discriminazione appena tratteggiata. Vero è che, come ha fatto notare anche la Corte costituzionale albanese nella sentenza n. 2 del 2024, agli stranieri presenti presso le strutture di trattenimento non sono disconosciuti i diritti garantiti dalla Costituzione albanese, oltre alle garanzie stabilite dal protocollo attraverso le disposizioni che abilitano l'esercizio della giurisdizione italiana. Ma questo significa solo, essenzialmente, che l'Albania non ha ceduto all'Italia la propria sovranità, non che si impegna ad assicurare livelli delle cure assimilabili a quelli erogati dal sistema sanitario italiano. In altri termini, il protocollo ha soltanto concesso all'Italia gli spazi per costruire e gestire le strutture di trattenimento.

Per il resto, chiarisce molto bene che Parte albanese considera lecita la permanenza degli stranieri condotti sul proprio territorio solo fin che questi ultimi rimangano in custodia dell'Italia o siano alloggiati all'interno delle strutture di accoglienza.

Se, allora, la collaborazione albanese all'erogazione delle cure urgenti ubbidisce a un interesse di ordine strettamente finanziario, il Paese di cui ci si può chiedere se sia ancora «sicuro», non è l'Albania, che si comporta come un appaltatore di servizi e di forniture; è proprio e soprattutto l'Italia. La legge n. 14 del 2024 può dar vita a un delicato problema di applicazione del principio del *non refoulement* ai cd. «movimenti secondari» degli stranieri, com'è accaduto già in passato. Alcuni anni or sono, dopo la riforma del sistema italiano di accoglienza operata dal D.L. n. 113 del 2018, i giudici svizzeri hanno negato il trasferimento in Italia (Stato competente all'esame della domanda di asilo secondo il Regolamento (UE) n. 604/2013), di uno straniero che aveva chiesto, là, protezione internazionale⁵. La prognosi del Tribunale svizzero, considerati i principi stabiliti nella sentenza *Tarakel* della Corte EDU, è stata che, dopo la riforma del 2018, l'Italia non fosse più un Paese presuntivamente affidabile, pur essendo priva di «carenze sistemiche» nel proprio sistema di accoglienza. Il giudice ha perciò condizionato il rimpatrio a che le autorità svizzere svolgessero specifici approfondimenti sulla nuova situazione italiana.

L'art. 22 della recente direttiva (UE) 2024/1346, recante «norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale», impone agli Stati membri di provvedere affinché, «indipendentemente dal luogo in cui devono essere presenti in base al regolamento (UE) 2024/1351», che ha abrogato il n. 604/2013, «i richiedenti ricevano la necessaria assistenza sanitaria, sia da medici generalisti che, se del caso, da specialisti». Assistenza di «qualità adeguata», comprendente «quanto meno le prestazioni di pronto soccorso e il trattamento essenziale delle malattie, compresi i gravi disturbi mentali (...) l'assistenza in materia di salute sessuale e riproduttiva necessaria per trattare un grave problema fisico (...) i necessari dispositivi medici di riabilitazione e assistenza, ai richiedenti con esigenze di accoglienza particolari, comprese appropriate misure di assistenza psichica».

Dalle cose dette fin qui, vi sono serissimi motivi di dubitare che il protocollo italo-albanese possa adattarsi a questi espliciti livelli essenziali «comunitari» di assistenza sanitaria.

5. Un ultimo aspetto da sottolineare è l'indeterminatezza dei concetti impiegati nel protocollo. Limitiamoci ai più palesemente ambigui. Quattro punti, per l'esattezza, mi

⁵ Tribunale Amministrativo Federale svizzero, Cour V, 19 dicembre 2019, n. 962

sembra che non possano restare senza un commento. Primo. L'attivazione del servizio albanese si giustifica nella misura in cui la Parte italiana non riesca a far fronte a «esigenze sanitarie». Quello di «esigenze sanitarie» è un concetto generico; equivale di fatto a una delega in bianco, in favore dell'autorità italiana, del compito di determinare le situazioni patologiche legittimanti. Secondo. L'impossibilità di Parte italiana di curare le persone trattenute deve materializzarsi «nell'ambito delle strutture». Ma il non riuscire a «far fronte (...) nell'ambito delle strutture» può tradursi nell'esigenza di un trasferimento dello straniero in ospedale: un ospedale albanese? L'alternativa sarebbe presupporre che il perimetro dell'affidamento sia segnato dallo scopo di ristabilire semplicemente, attraverso la «collaborazione» delle autorità albanesi, la capacità operativa che l'Italia non ha. Tal che l'acquisizione di beni e servizi, si potrebbe argomentare, deve avvenire anch'essa nell'ambito delle strutture di trattenimento. Ma ognuno vede che questa, più che un'interpretazione, è un auspicio. Ad oggi, resta in sospeso l'interrogativo sul luogo in cui le autorità albanesi opereranno. Terzo. Il protocollo non si sofferma su chi abbia la responsabilità dell'attivazione del servizio sanitario albanese; se e in base a quale disciplina debba essere informato lo straniero nel momento in cui viene affidato alle autorità albanesi⁶. Quarto. Non è dato sapere se i servizi appaltati alle autorità albanesi – qualunque sia il luogo delle loro prestazioni – siano da erogare in modo diretto o attraverso soggetti privati; e, in tal caso, secondo quali procedure questi ultimi assurgono a erogatori di assistenza sanitaria, e che controllo esercitino su di essi autorità albanesi e quelle italiane.

Qualora poi si dovesse optare per la soluzione interpretativa che riconosce alle autorità italiane il potere di trasferire lo straniero in presidi albanesi, un quinto e forse ancor più grave problema ci si farebbe dinanzi. Occorrerebbe un provvedimento dell'autorità giudiziaria, che lo disponesse o quanto meno lo convalidasse, trattandosi di un cambiamento delle condizioni di una restrizione della libertà personale disposta dal giudice. Alla giurisdizione è infatti generalmente riservato il provvedere sull'accesso alle strutture di accoglienza (art. 10-ter c. 2-ter D.l.gs. n. 286/1998), anche – si potrebbe aggiungere – a quelle costruite in territorio albanese (art. 3 c. 4 legge n. 14 del 2024) e anche nel caso in cui sopravvengano cambiamenti sostanziali delle condizioni di trattenimento.

⁶ Tanto più ciò sarebbe stato necessario, se si tiene conto che anche il diritto albanese accoglie il principio del consenso informato, E. Furrmani, R. Bushati, *Riflessioni sulla libera autodeterminazione del paziente nella scelta delle cure mediche: uno sguardo comparatico tra Italia e Albania*, in *Diritto pubblico europeo Rassegna Online*, n. 1, 2021, pp. 263 ss.

6. Le conclusioni, a questo punto, vengono da loro stesse. È stato sostenuto in dottrina che la garanzia costituzionale di gratuità delle cure agli indigenti (art. 32 Cost.) ha implicazioni più profonde di un'eccezione alla normale onerosità del servizio sanitario nazionale. Significa che la pretesa di essere curato dalle strutture pubbliche «perde (...) il suo contenuto economico quando i costi delle cure non possono essere sopportati (anzi, *ragionevolmente* sopportati), in tutto o in parte, dall'interessato. In questo caso è direttamente il diritto alla salute, che è in gioco. Il diritto a cure pagate in prevalenza con pubblico denaro e lo stesso diritto di avere cure gratuite si risolvono dunque – in questa evenienza – nel diritto di essere curato, senza ulteriori specificazioni»⁷. Questo è il quadro al quale deve essere propriamente ricondotta la nota giurisprudenza della Corte costituzionale sul «nucleo irriducibile del diritto alla salute» che la Costituzione garantisce «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»⁸. Così è per gli stranieri trattenuti alla frontiera italiana. Lo è allo stesso modo – non una garanzia in meno – per quelli trattenuti in Albania.

⁷ M. Luciani, *Salute, I) Diritto alla salute, Dir. cost.*, in *Enc. giuridica*, XXXII, Roma, Treccani, 1994, pp.8-9.

⁸ Corte cost., sentenze n. 252 del 2001 e n. 61 del 2011. Su questa giurisprudenza, G. Cocco, *In direzione ostinata e contraria: spunti in tema di diritto alla salute e immigrazione*, in R. Balduzzi (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2019, pp. 85 ss., 94, 95; A. Randazzo, *La salute degli stranieri irregolari: un diritto fondamentale "dimezzato"?*, in *Consulta Online*, 6 giugno 2012; S. Penasa, *Diritto alla salute, diritto di tutti? Riflessioni a prima lettura sulle possibili innovazioni legislative in materia di accesso alle cure degli stranieri irregolari*, in *forumcostituzionale.it*, 30 aprile 2009; L. Mezzetti, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. L'esperienza italiana*, in *Rivista AIC*, 12 marzo 2018, p. 4; C. Corsi, *Stranieri, diritti sociali e principio di eguaglianza nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in *federalismi.it*, 24 ottobre 2014, p. 17; N. Vettori, *op. cit.*, p. 118. Sulla doverosità delle cure agli stranieri come conseguenza del carattere universale del diritto alla salute, C. Buzzacchi, *I doveri degli stranieri e la sicurezza sociale dei cittadini*, in *Dir. pubbl.*, 2023, pp. 73 ss., 78; A. Pioggia, *Diritti umani e organizzazione sanitaria*, in *Riv. dir. secur. soc.*, 2011, pp. 21 ss., 23; L. Chieffi, *Immigrati irregolari e diritto alla salute*, in R. Pisillo Mazzeschi, P. Pustorino, A. Viviani (a cura di), *Diritti umani degli immigrati. Tutela della famiglia e dei minori*, Napoli, Editoriale scientifica, 2010.