



*Costituzionalismo.it*

Fascicolo 3 | 2024

**Sulle cure *offshore* per gli stranieri  
trattenuti in Albania**

di Marco Magri

EDITORIALE SCIENTIFICA

# SULLE CURE *OFFSHORE* PER GLI STRANIERI TRATTENUTI IN ALBANIA

*di Marco Magri*

Professore ordinario di Diritto amministrativo  
Università degli Studi di Ferrara

SOMMARIO: 1. L'AUSPICIO CHE NULLA SI VERIFICHÌ; 2. L'APPALTO ALLA SANITÀ ALBANESE DELLE CURE «INDISPENSABILI E INDIFFERIBILI»; 3. GLI EFFETTI DISCRIMINATORI IN DANNO DELLE PERSONE TRATTENUTE NEI CENTRI ALBANESE; 4. L'APPALTO DELLA SANITÀ A UN PAESE TERZO IN FASE DI PREADESIONE; 5. L'ELUSIONE DELLE NORME DI TUTELA DELLA POSIZIONE CONCORRENZIALE DELL'UNIONE; 6. LO SCIVOLAMENTO IN UN INACCETTABILE MECCANISMO DI «RESPINGIMENTO SANITARIO» (E I POSSIBILI RIMEDI).

## 1. L'auspicio che nulla si verifichi

Può succedere che il giurista receda dall'intento di commentare leggi, pur discutibili, se a tutta prima gli appaiono applicabili a casi di verifica poco probabile. Più difficile è che abbandoni il campo quando auspica, in cuor suo, che quei casi non si verifichino mai, pensando ai diritti delle persone che, anche solo per avventura, dovessero trovarsi a subirne le conseguenze. Questa è la sensazione che si avverte quando si riflette sul diritto alla salute delle persone che lo Stato italiano tratterà in Albania. A sorgere spontanea è la speranza che, nell'enorme sventura loro occorsa, quelle persone non abbiano mai ad aver bisogno di cure urgenti che li portino nella situazione regolamentata dall'art. 4.8 del protocollo italo-albanese, reso esecutivo con la legge n. 14 del 2024.

Ci sono buone probabilità che ciò non accada, ed ecco dove può sorgere il dubbio che sia possibile o preferibile lasciare senza un commento le norme sull'organizzazione sanitaria pattuite con l'Albania: quando si pensa alle cure urgenti, vengono subito in mente le prestazioni di cui necessitano le «persone vulnerabili», come definite dal D.lgs. n. 25 del 2008 (art. 2 lettera h-bis) e dall'art. 17 della legge n. 142 del 2015, che in Albania non dovrebbero essere presenti, 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).

Inoltre il periodo massimo di trattenimento nei centri albanesi è quello strettamente necessario all'espletamento delle procedure di frontiera: si tratta di giorni (in teoria), non di mesi come nei centri per il rimpatrio.

Possiamo allora credere che il bisogno di cure urgenti, per quel breve periodo, possa presumersi complessivamente trascurabile, essendo destinato a essere soddisfatto nel luogo, diverso dall'Albania, in cui le persone trattenute saranno condotte espletata la procedura di frontiera.

Il guaio è che, qualche probabilità, l'ha anche l'ipotesi contraria. Tempi minori di restrizione della libertà personale e solida costituzione psicofisica dei «detenuti amministrativi» (ammesso che questi preconcetti non offendano il comune buon senso) non la rendono meno verosimile. Lo sanno tutti, e lo sanno anche i governi italiano e albanese, che hanno considerato espressamente tale evenienza: la disciplina delle cure indispensabili e urgenti è praticamente *tutto* il diritto alla salute che rimane a chi è trattenuto solo per alcuni giorni. Ed è banale soggiungere che il rischio di non ricevere cure adeguate non si abbassa solo perché è breve la durata della restrizione: gli eventi che possono succedere dentro i centri restano gli stessi che possono accadere all'interno di un carcere.

L'elenco dei «Paesi di origine sicuri» contenuto nel D.L. n. 158 del 2024 fa immaginare un innalzamento di questo rischio e il peggioramento dello scenario complessivo, essendo stato emanato per facilitare lo smistamento verso le zone di frontiera delle persone intercettate mentre attraversano illegalmente il confine (o salvate in mare).

Lo scopo di queste brevi note è sostenere che, tra i – forse molteplici<sup>1</sup> – motivi *tranchant* che possono far crollare l'intera impalcatura dell'operazione italo-albanese, può rientrare a pieno titolo anche la discriminazione, in danno delle persone trattenute, nell'accesso alle cure urgenti, stante la violazione delle norme costituzionali sull'eguaglianza (art. 3 Cost.) e sul diritto alla salute (art. 32 Cost.).

---

<sup>1</sup> L. MASERA, *Il Disegno di legge di ratifica ed esecuzione del Protocollo tra Italia ed Albania in materia di immigrazione: analisi del progetto e questioni di legittimità*, in *Sistema penale*, 28 dicembre 2023; C. SICCARDI, *La legge di ratifica ed esecuzione del Protocollo Italia-Albania per il rafforzamento della collaborazione in materia migratoria: problematiche costituzionali*, in *Osservatorio costituzionale AIC*, n. 2, 2 aprile 2024, pp. 12 ss.; E. TESTI, *Profili di illegittimità del Protocollo Italia-Albania*, in *Quest. Giustizia*, 28 novembre 2023.

Cercherò di darne conto ragionando sulle norme del protocollo che prevedono l'integrale affidamento o «appalto» delle cure urgenti alle autorità albanesi, in caso di impossibilità delle autorità italiane di far fronte alle esigenze sanitarie delle persone trattenute.

Se una legge italiana stabilisse che le cure urgenti (ad esempio il trasporto in ospedale) sono erogate dal Servizio Sanitario Nazionale alle persone straniere rintracciate in occasione dell'attraversamento irregolare della frontiera o giunte nel territorio nazionale a seguito di operazioni di salvataggio in mare – e condotte e trattenute nelle strutture di cui all'art. 9 del D.lgs. n. 142 del 2015 (Centri di Accoglienza per i Richiedenti Asilo e nuovi Centri Governativi di Accoglienza) – solo se il SSN riesce a «farvi fronte», subito ne sorgerebbe una questione di legittimità costituzionale: ognuno vedrebbe la palese discriminazione, ad esempio, rispetto ai detenuti e agli internati, che secondo l'art. 11 della legge sull'ordinamento penitenziario godono degli stessi diritti delle persone libere, e, a quel punto, anche direttamente rispetto alle persone libere<sup>2</sup>.

La conclusione sarebbe che quei Centri, senza il SSN, non possono restare operativi.

Non c'è ragione per cui questo non debba valere anche per i centri di accoglienza realizzati in Albania.

## 2. L'appalto alla sanità albanese delle cure «indispensabili e indifferibili»

In base al protocollo italo-albanese reso esecutivo dalla legge n. 14 del 2024, le strutture di accoglienza realizzate dall'Italia in territorio albanese devono essere corredate di «strutture sanitarie» istituite «al fine di garantire i servizi sanitari necessari» (art. 4.6). Mentre però l'«istituzione» delle strutture sanitarie è di chiara competenza italiana, la

---

<sup>2</sup> Mi riferisco sempre alle cure urgenti ed essenziali; per le altre tipologie di prestazioni, l'art. 35 D.lgs n. 286 del 1998 e la normativa di rango subordinato, su cui tornerò più avanti, garantisce agli stranieri irregolari uno standard inferiore di assistenza rispetto a quelli regolari (N. VETTORI, *Vulnerabilità, salute e persone migranti. Proattività e prossimità: ingredienti essenziali per l'equità nel Servizio Sanitario Nazionale*, in *BioLaw Journal*, 3/2023, pp. 113 ss., 117; G. VOSA, *'Cure essenziali'. Sul diritto alla salute dello straniero irregolare: dall'auto-determinazione della persona al policentrismo decisionale*, in *Dir. pubbl.*, 2016, pp. 721 ss., 746).

responsabilità delle cure urgenti per le persone trattenute è affidata alla «collaborazione» tra i due Paesi.

Più precisamente è previsto che, nel caso in cui si manifestino «esigenze sanitarie» alle quali le autorità italiane non riescano a fare fronte «nell'ambito» delle strutture di accoglienza, siano le autorità albanesi a erogare le cure mediche «indispensabili e indifferibili» di cui necessitano i «migranti ivi trattenuti» (art. 4.8).

In tale evenienza, la Parte italiana rimborserà alla Parte albanese il 100% dei «costi» dei servizi sanitari «offerta» da quest'ultima, inclusi i servizi di assistenza ospedaliera, «conformemente al prontuario ufficiale dei costi sanitari previsto dalla legislazione albanese», per i «trattamenti ospedalieri» effettivamente prestati e documentati.

L'Albania provvederà inoltre alla fornitura di dispositivi medici e farmaci, inclusi, a richiesta della Parte italiana, i vaccini, il tutto rimborsato a piè di lista, ossia in base a «contratti di acquisto», che tuttavia dovranno semplicemente essere «messi a disposizione della Parte italiana, a richiesta della medesima» (artt. 4.9, 10.1, Allegato 2).

In sostanza quindi l'amministrazione italiana realizza direttamente le strutture di accoglienza e, nell'ambito di queste ultime, «istituisce» le strutture sanitarie<sup>3</sup>.

Non è garantito però che sia il Servizio Sanitario Nazionale a erogare direttamente le cure urgenti, delle quali si occupano le autorità albanesi, secondo le leggi albanesi, con costi a carico dell'Italia.

Questo nella misura in cui la Parte italiana non riesca a «far fronte»

---

<sup>3</sup> 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, aerea e di confine» che opererà presso le strutture di trattenimento. A tal fine è previsto, 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 e due con il profilo di funzionario amministrativo. Non sono previste, presso l'ufficio, unità di personale dell'area degli assistenti e degli operatori sanitari. Queste figure, a quanto pare, saranno fornite dall'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti (INMP), che svolgerà le proprie «funzioni di assistenza» e di «coordinamento tra i soggetti coinvolti nella gestione sanitaria e sociosanitaria dei migranti». L'Istituto, in aggiunta alle vigenti facoltà assunzionali, ma «nei limiti della dotazione organica», potrà avvalersi di 28 unità di personale (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 esigenze sanitarie; eventualità che non trova alcuna specificazione nel protocollo e non ha, di conseguenza, alcun significato.

«Esigenze sanitarie» è un concetto allusivo a situazioni patologiche che il protocollo lascia indeterminate, rimesse alle valutazioni dei medici italiani operanti nelle strutture.

La stessa incertezza si percepisce nel leggere che l'impossibilità di Parte italiana di curare le persone trattenute – ossia quelle «esigenze» che consentono l'attivazione del servizio albanese – deve materializzarsi «nell'ambito delle strutture di cui al paragrafo 1» (*rectius* Allegato 1).

Questa espressione può significare, infatti, una cosa e il suo esatto contrario. Può voler dire che la collaborazione albanese in tal caso include l'eventualità del trasferimento dello straniero in un presidio albanese, esterno alle strutture italiane, là dove le cure gli possano essere efficacemente erogate, oppure – il che parrebbe tuttavia meno probabile – l'esatto opposto, ossia il necessario trasferimento, all'interno delle strutture italiane, di cure erogate in un presidio albanese esterno o procurate dalle autorità albanesi su richiesta di Parte italiana, dovendosi interpretare il protocollo nel senso che l'affidamento a Parte albanese delle cure urgenti opera solo al fine di riportare il livello della prestazione italiana al suo minimo garantito nella sede di custodia dello straniero.

Poco chiaro è quindi il luogo in cui le autorità albanesi collaboreranno: se sempre all'interno delle strutture di trattenimento oppure se, ove necessario, all'esterno, previo trasporto delle persone in strutture facenti parte della sanità albanese.

Non è specificato chi abbia la responsabilità dell'attivazione del servizio sanitario albanese; chi informi e di che cosa debba essere informata la persona trattenuta nel momento in cui viene affidata alle cure di quel servizio<sup>4</sup>; se le «autorità albanesi» – dovunque «collaborino», dentro o fuori le strutture italiane – provvedano a erogare il servizio in modo diretto o, a loro volta, si avvalgano di soggetti privati; e, in tal caso, secondo quali procedure questi ultimi assurgono a erogatori di assistenza sanitaria, e che controllo esercitino su di essi le autorità albanesi e quelle italiane.

---

<sup>4</sup> Tanto più ciò sarebbe stato necessario, se si tiene conto che anche il diritto albanese accoglie il principio del consenso informato, E. FURRAMANI, R. BUSHATI, *Riflessioni sulla libera autodeterminazione del paziente nella scelta delle cure mediche: uno sguardo comparativo tra Italia e Albania*, in *Diritto pubblico europeo Rassegna Online*, n. 1/2021, pp. 263 ss.

L'oggetto della «collaborazione» albanese è, in altri termini, sotto il punto di vista organizzativo del tutto impercettibile.

Qualora poi si dovesse optare per la soluzione che ammette il trasferimento della persona in presidi albanesi, non si potrebbe non riconoscere la necessità di un provvedimento dell'autorità giudiziaria che lo disponga o quanto meno lo convalidi – di nuovo la lacunosità della legge impedisce più precise ricostruzioni – trattandosi di un cambiamento delle condizioni di una restrizione della libertà personale disposta dal giudice, al quale è riservato il provvedere sull'accesso ai centri governativi di accoglienza (art. 10-ter c. 2-ter D.l.gs. n. 286/1998), cui sono espressamente equiparate le strutture costruite in territorio albanese (art. 3 c. 4 legge n. 14 del 2024).

### 3. Gli effetti discriminatori in danno delle persone trattenute nei centri albanesi

Molte sono le questioni che si potrebbero sollevare al riguardo, ma i problemi che balzano all'occhio sono, a mio giudizio, essenzialmente tre. Mi limito, qui, a una loro semplice rappresentazione.

Il primo è la discriminazione in danno dei diritti fondamentali degli stranieri ai quali saranno impartite le cure «indispensabili e indifferibili». Che la sanità albanese non equivalga a quella italiana, è ampiamente documentato dai negoziati tra l'Unione europea e l'Albania (Paese candidato dal 2014).

Il recente rapporto della Commissione europea sull'Albania (30 ottobre 2024, COM 690) rileva che la legge sulle sostanze di origine umana è stata adottata solo nel febbraio 2024.

Non può dirsi quindi acquisita la condizione di sicurezza del sangue, degli organi e delle cellule, la cui mancanza era stata segnalata dalla Commissione nel precedente rapporto sull'Albania (2019)<sup>5</sup>.

Non ci sono stati progressi in termini di adeguamento dei medicinali per uso umano e dei dispositivi medici; né sviluppi per quanto riguarda le malattie trasmissibili e le minacce sanitarie transfrontaliere, che rimangono tutte parzialmente allineate all'*acquis* dell'UE.

Il previsto nuovo piano di preparazione alle epidemie e alle pandemie non è ancora stato adottato.

<sup>5</sup> Commissione Europea, 29 maggio 2019, SWD (2019) 215 final.

La spesa sanitaria nel 2023 è stata il 9,03% della spesa pubblica, in calo rispetto al 9,47% del 2022.

Tra il 2014 e il 2024 solo il 13% della spesa sanitaria è stato destinato alle attrezzature mediche, portando molti cittadini a ricorrere a fornitori di assistenza sanitaria privata.

Non esiste ancora un sistema elettronico per la raccolta delle informazioni sanitarie delle cartelle cliniche.

Per la salute mentale è stato adottato un piano soltanto nel settembre 2023.

Le minoranze sono ancora parzialmente discriminate nell'accesso alle prestazioni sanitarie. E così via, altri appunti sostanzialmente analoghi a quelli or ora estrapolati si potrebbero aggiungere.

Se questa, appena riassunta, è la situazione, il confronto tra il protocollo italo-albanese e le leggi italiane suggerisce immediatamente l'esistenza di questioni alquanto delicate.

Nell'ordinamento italiano, le persone sottoposte a restrizioni della libertà personale hanno diritto, «al pari dei cittadini in stato di libertà», alla erogazione di prestazioni sanitarie aventi caratteristiche qualitative predeterminate, tra le quali la «tempestività». Ed è il servizio sanitario nazionale, cioè un'organizzazione con precise responsabilità pubbliche, a dover assicurare agli individui privati della libertà personale «livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi» (art. 1 D.lgs. n. 230 del 1999).

L'articolo 11 della legge sull'ordinamento penitenziario (n. 354 del 1975) conferma l'obbligo per le aziende sanitarie di redigere un'apposita Carta dei servizi per i detenuti e gli internati (art. 1 c. 3 del D.lgs. n. 230 del 1999) e assoggetta a riserva di giurisdizione il potere di provvedere al loro trasferimento in strutture sanitarie esterne di diagnosi e cura. Salva questa ipotesi, «l'assistenza sanitaria viene prestata all'interno degli istituti penitenziari» (art. 17 D.P.R. n. 230 del 2000).

Ora non sarebbe esatto sollevare l'obiezione – giusta forse per altri aspetti – che la legge sull'ordinamento penitenziario non è un corretto *tertium comparationis*, non essendo la condizione di «detenuto» o «internato», alla quale si applica la legge n. 354 del 1975, assimilabile a quella del «trattenuto» o «detenuto amministrativo», che connota le forme di restrizione della libertà personale praticate a fini del disbrigo delle domande di asilo (o, in situazione diversa da quella qui considerata, dei provvedimenti amministrativi di rimpatrio).

A parte il formalismo di questa «truffa delle etichette»<sup>6</sup>, da tempo sottolineato in dottrina<sup>7</sup> e, in tempi recentissimi, condiviso da due ordinanze di rimessione alla Corte costituzionale (per questioni che vertono sull'art. 14 del testo unico sull'immigrazione, in tema di esecuzione delle espulsioni)<sup>8</sup>, con altrettanta rapidità vi sarebbe da ribattere che, sotto il profilo del diritto alla salute e, segnatamente, del diritto a cure indispensabili e urgenti, il nostro ordinamento è già pervenuto a una piena parità di trattamento tra i detenuti e internati, da un lato, e le persone in attesa di ricevere risposta a una istanza di asilo (i «trattenuti»), dall'altro.

Non c'è stata beninteso un'assimilazione espressa, bensì una sorta di moto proprio della disciplina sanitaria<sup>9</sup>, collegata al testo unico dell'immigrazione, che ha finito per annettere ai livelli delle prestazioni sanitarie «urgenti», erogabili ai «detenuti amministrativi», una misura analoga a quella dell'assistenza sanitaria prestata all'interno del contesto penitenziario.

Il D.lgs. n. 286 del 1998 vieta il respingimento delle persone «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,

---

<sup>6</sup> A. PUGIOTTO, *La galera amministrativa degli stranieri e le sue incostituzionali metamorfosi*, in *Quad. cost.*, 2014, pp. 573 ss. Di questo A. si segnala anche *Divieto di retroattività penale, ma non solo: i tanti profili d'interesse della sentenza n. 32/2020*, *ivi*, 2020, pp. 395 ss., dove si ipotizza (p. 397) che al trattenimento degli stranieri si estenda la soluzione raggiunta dalla Corte sulla necessità di estendere le garanzie del diritto penale alle misure che modificano le modalità esecutive delle pene. Anche sotto questo profilo, il trattenimento nei centri albanesi denota vistose criticità, peraltro comuni a quelle verificabili entro le strutture ubicate nel territorio italiano. Sta di fatto che, come sto per dire, esecuzione della pena ed esecuzione dei trattenimenti amministrativi, *dal punto di vista del diritto a prestazioni sanitarie urgenti*, sono già assoggettate sostanzialmente al medesimo regime di garanzie; onde ancor più risalta la discriminazione operata mediante l'affidamento a parte albanese dei servizi sanitari, per la sola ragione del luogo dunque, rispetto alle persone trattenute all'interno delle omologhe strutture italiane.

<sup>7</sup> Per un esempio, A. DALLA BELLA, *Trattenimento*, in C. PIERGALLINI, G. MANNOZZI, C. SOTIS, C. PERINI, M. SCOLETTA, F. CONSULICH (a cura di), *Studi in onore di Carlo Enrico Palliero*, Milano, Giuffrè, 2022, pp. 1951 ss.

<sup>8</sup> Giudice di Pace di Roma, ordinanze 17 ottobre 2024, R.G. n. 61324/2024 e n. 61332.

<sup>9</sup> P. MOROZZO DELLA ROCCA, *Diritto alle cure mediche e prestazioni di assistenza sanitaria connesse alla salute dello straniero irregolarmente soggiornante*, in *Riv. it. med. Leg. (e del diritto in campo sanitario)*, 2015, pp. 545 ss.

in caso di rientro nel Paese di origine o di provenienza» (art. 19.2 lett. d-bis). Non solo. Precisa che le cure indispensabili e indifferibili debbano essere prestate agli stranieri, illegalmente presenti sul territorio nazionale, *attraverso strutture disciplinate dalle leggi italiane*.

Il testo unico prevede infatti che «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).

Analoghe disposizioni sono contenute nell'art. 43 del regolamento di attuazione del testo unico (D.P.R. n. 394 del 1999), nell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 e, da ultimo, con ulteriori precisazioni, nell'art. 63 del D.M. 12 gennaio 2017, di definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)<sup>10</sup>.

Tali disposizioni non fanno altro che codificare quel «nucleo irriducibile del diritto alla salute» che – stando a un consolidato orientamento della Corte costituzionale – 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» (n. 252 del 2001 e n. 61 del 2011)<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Dove anche la precisazione (comma 1) che sono «considerate urgenti le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute (...) essenziali le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita, per complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti». A proposito dei LEA con riferimento al tema in esame, L. MEZZETTI, *I sistemi sanitari alla prova dell'immigrazione. L'esperienza italiana*, in *Rivista AIC*, 12 marzo 2018. Riflessioni più articolate contenuto delle cure urgenti si trovano in E. ROSSI, F. BIONDI DAL MONTE, *Immigrazione e diritto alla salute*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Bioetica pratica e cause di esclusione sociale*, Milano, Mimesis, 2012, pp. 97 ss., 111, 118.

<sup>11</sup> Su questa giurisprudenza, C. SALAZAR, *Lo "statuto costituzionale dello straniero" e il diritto d'asilo*, in *Consulta online*, 2/2021, pp. 338 ss., 340; 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*, cit., 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

Questi essendo i presupposti, non occorre abbandonarsi a ragionamenti elementari – che pure verrebbero spontanei – sulle carenze del sistema albanese a paragone di quello italiano. Prima ancora, sono le «modalità di esercizio» di quel «nucleo irriducibile» ad apparire irragionevoli, *proprio per come sono regolate dal protocollo*.

La legge di ratifica ed esecuzione (n. 14 del 2024) prevede l'applicabilità del testo unico e delle altre leggi sull'immigrazione «in quanto compatibili» (art. 4). Ed è la stessa legge a equiparare le aree in cui si trovano le strutture di trattenimento alle «zone di frontiera» individuate ai sensi dell'art. 28-bis D.lgs. n. 25 del 2008 (art. 3, comma 3).

Orbene, 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; qui i livelli essenziali di assistenza sanitaria e farmaceutica, incluse le cure «indispensabili e indifferibili», sono quelli previsti dalla legislazione italiana (DPCM 12 gennaio 2017).

In Albania questo standard non è garantito e non varrebbe obiettare che, in caso di effettiva necessità di cure «indispensabili e indifferibili», i soggetti in condizioni sanitarie critiche sarebbero comunque assistiti dal SSN e accompagnati in Italia. Ammesso che la lunghezza del tragitto sia compatibile con la corretta erogazione di una prestazione indispensabile e indifferibile, presumere una disponibilità dell'emer-

---

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. sicur. 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. Questo profilo del diritto alla salute potrebbe d'altronde trovare fondamento positivo direttamente nella garanzia costituzionale di gratuità delle cure agli indigenti (art. 32 Cost.), seguendo la traccia di M. LUCIANI, *Salute, I) Diritto alla salute*, *Dir. cost.*, in *Enc. giuridica*, XXXII, Roma, Treccani, 1994, il quale osserva che la pretesa di essere assistito dalle strutture pubbliche «perde tuttavia 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» (pp.8-9). In ordine ad argomenti di analogia impostazione, E. CAVASINO, *Perché costruire il diritto alla salute come 'diritto a prestazione' rende le forme normative dell'uguaglianza dipendenti dal limite economico-finanziario e ridimensiona l'effetto garantistico del 'contenuto minimo essenziale'*, in *Gruppo di Pisa. Dibattito aperto sulla giustizia costituzionale*, 2012.

genza sanitaria territoriale italiana varrebbe a svuotare di significato le clausole del protocollo, che proprio in tal caso prevedono il subentro della sanità albanese.

Già solo per questo, pare piuttosto evidente che l'appalto delle cure mediche alla sanità albanese crei una macroscopica e ingiustificata disparità di trattamento tra i migranti che varcano il confine nelle zone di frontiera «territoriali» e quelli che vengono condotti nelle zone di frontiera «extraterritoriali».

#### 4. L'appalto della sanità a un Paese terzo in fase di preadesione

Il secondo problema nasce da un'analisi strettamente contrattualistica dell'accordo.

Se si trattasse solo della «moderata» capacità amministrativa che la Commissione europea, nel rapporto 2024, accredita al *public procurement* albanese, o dei traguardi ancora insufficienti ivi raggiunti in termini di trasparenza, responsabilità e prevenzione della corruzione, si potrebbe ribattere che anche l'Albania (specie dopo l'ultima legge di riforma dei contratti pubblici, emanata nel 2020) ha una legislazione allineata ai principi del diritto europeo. Del resto tale adeguamento era previsto fin dall'art. 74 dell'«Accordo di stabilizzazione e di associazione» UE-Albania (in GU UE 28/4/2009, L 107/166) ed è sottoposto al costante monitoraggio delle Commissione europea.

La legge di ratifica fa «salvo il rispetto delle disposizioni del codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione (...) e dei vincoli inderogabili derivanti dall'appartenenza all'Unione europea» (art. 3 c. 7).

Ci si può chiedere però se sia conforme al diritto dell'Unione europea che uno Stato membro sottragga al mercato unico una quota di risorse, di importo largamente superiore alla soglia economica prevista dalle direttive in materia di contratti pubblici di servizi e forniture (a giudicare almeno dagli stanziamenti complessivi previsti dall'art. 6 della legge di ratifica) e la affidi direttamente al governo di un Paese terzo, per quanto formalmente candidato all'adesione all'Unione europea e (ammettiamo) diligente nella conduzione dei negoziati. E ciò proprio perché l'unico vincolo che unisce l'Albania all'Unione sono i negoziati, ragione per cui un'ipotetica violazione del diritto europeo degli appalti non potrebbe essere sanzionata altro che con un rinvio

delle trattative in attesa di adeguamento del sistema albanese o – nella peggiore delle ipotesi – con un rifiuto dell’istanza di adesione albanese.

Ma tali evenienze non potrebbero mai rappresentare una garanzia di effettività dell’ordinamento comunitario (comunque, 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 volutamente sguarnito il profilo organizzativo delle modalità di verifica dell’adempimento della prestazione da Parte italiana (come meglio si vedrà nel prossimo paragrafo, il diritto di accesso documentale ai contratti stipulati da Parte albanese e la verifica di effettivo svolgimento della prestazione non hanno alcuna concreta disciplina).

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 «edilizia» delle strutture, di cui l’amministrazione italiana ha conservato la titolarità diretta, sia pure, trattandosi di esecuzione del protocollo, «anche in deroga ad ogni disposizione di legge diversa da quella penale» (art. 3 c. 7 legge n. 14 del 2024).

## **5. L’elusione delle norme a tutela della posizione concorrenziale dell’Unione**

Il terzo «problema» richiede solo poche parole.

Forse anzi non si tratta neppure di un vero problema, bensì di una semplice notazione, per come qui impostata.

Le spese sostenute dalla Parte italiana per la realizzazione delle strutture di trattenimento «sono esenti da imposte indirette e da dazi doganali». Viceversa la Parte italiana «non chiede esenzioni da tasse o altri pagamenti comunque denominati che rappresentano corrispettivi per la fruizione di servizi pubblici» (art. 5 c. 4 del protocollo). I dazi doganali sono quindi compatibili con la circolazione dei prodotti strumentali all’esecuzione dei servizi sanitari e alla fornitura di presidi e me-

dicinali previsti dal protocollo, il cui corrispettivo potrà includere una maggiorazione conseguente all'applicazione dell'imposta albanese<sup>12</sup>.

La poco felice formulazione del protocollo richiede però di precisare che, se il rimborso corrisposto da Parte italiana a Parte albanese ha ad oggetto, come pare, corrispettivi versati da Parte albanese a imprese per le quali il dazio da esse versato è un costo sostenuto per l'esecuzione del contratto, il rimborso dei costi gravante sulla Parte italiana dovrebbe avvenire conseguentemente al netto delle imposte e dei dazi, onde evitare vantaggi indebiti legati a una sostanziale doppia riscossione<sup>13</sup>. Che l'Italia non «chieda esenzioni», in altri termini, non può voler dire che il 100% del rimborso è calcolato sempre sul lordo della somma che la Parte albanese ha erogato a terzi.

Inoltre, l'articolo 21 dell'«Accordo di stabilizzazione e di associazione» UE-Albania (v. sopra) prevede l'abolizione progressiva dei dazi doganali sui prodotti industriali, anche nei confronti dell'Italia, che lo ha sottoscritto assieme agli Stati membri dell'Unione europea.

Di nuovo, dunque, la clausola per cui la Parte italiana «non chiede esenzioni», va interpretata tenendo conto delle esenzioni prescritte dall'Accordo, in forza del quale «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 aggiudicatarie stabilite nell'Unione, esige quindi di nuovo un ridimensionamento della dichiarazione di astensione dell'Italia da ogni forma di sindacato sui profili fiscali e tributari delle somme da rimborsare a Parte albanese.

Se non altro, prima di procedere al pagamento, si presenterà alle autorità italiane il dovere di verificare chi è l'esecutore della prestazio-

---

<sup>12</sup> Per considerazioni d'assieme sull'ordinamento tributario albanese, G. SHKURTAJ, *A General Overview on the Albanian Tax System. A comparative study*, in *Riv. dir. tribut. internaz.*, 3/2019, pp. 315 ss.

<sup>13</sup> 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. SHKURTAJ, *The double tax Treaty between Italy and Albania. Problems with their implementation*, in *Riv. dir. tribut. internaz.*, n. 1/2023, pp. 171 ss.

ne da rimborsare, in quale Paese ha sede, se l'Accordo di stabilizzazione e associazione UE-Albania è stato rispettato.

Non pare quindi cogliere nel segno (e rimandare a operazioni concordate a valle) la clausola per cui, al momento del computo degli oneri rimborsabili, i contratti di acquisto conclusi da Parte albanese devono essere semplicemente «messi a disposizione della Parte italiana, a richiesta della medesima» (Allegato 2, punto C).

Infine, è anche evidente che il protocollo, nella parte in cui affida a Parte albanese la fornitura di dispositivi medici, farmaci e vaccini, pone nel nulla le norme protezionistiche che mostrano «un certo sfavore»<sup>14</sup> nei confronti delle forniture provenienti da Paesi terzi, a salvaguardia della posizione concorrenziale dell'Unione.

L'articolo 170 del Codice dei contratti pubblici consente 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, in caso di equivalenza, un criterio di preferenza per l'offerta di prodotti comunitari a scapito di quella dei Paesi terzi; e permette altresì 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»<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> TAR Sicilia, Catania, 28 settembre 2023, n. 2809.

<sup>15</sup> TAR Lazio, sez. II-ter, 21 giugno 2024, n. 12669, richiamando Cons. Stato, Sez. V, 8 giugno 2015, n. 2800.

## **6. Lo scivolamento in un inaccettabile meccanismo di «respingimento sanitario» (e i possibili rimedi)**

Tornando, per concludere, al primo ordine di considerazioni, non si può fare a meno di domandarsi se la gestione dei centri albanesi possa, nella prassi, inavvertitamente scivolare in una sorta di «respingimento sanitario», occasionato dallo sfortunato bisogno di cure «indispensabili e indifferibili» per gli stranieri.

Situazione che potrebbe venire alla luce, come si accennava all’inizio, proprio ora che il nostro Stato ha dato forma, con il D.L. n. 158 del 2024, a una lista dei «Paesi di origine sicuri», tra i quali l’Albania.

In apparenza – ammettiamo di poter dar credito a questa, assai improbabile, elencazione (sorvolando sulle delicate questioni che il decreto sta ponendo) – la condizione di Paese sicuro dovrebbe escludere il rischio di violazioni di diritti, nonostante le nuove «zone di frontiera» corrispondano ad aree realizzate in territorio albanese.

Si considerino però alcuni aspetti.

L’Albania ha soltanto concesso all’Italia gli spazi per costruire e gestire i centri: il protocollo chiarisce molto bene che l’Albania considera lecita la permanenza dei migranti sul proprio territorio solo fin che questi ultimi rimangono in custodia dell’Italia o siano alloggiati all’interno delle strutture di trattenimento.

La collaborazione albanese all’erogazione delle cure «indispensabili e indifferibili» non è quindi frutto di un interesse diverso da quello di ordine strettamente finanziario.

L’Albania non gioca alcun ruolo sul versante umanitario delle situazioni in cui si trova la persona trattenuta. E proprio per questo, se vi è un 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 l’Italia.

Lo è per la sua decisione di creare, mediante l’accordo, spazi d’oltremare assoggettati alla sovranità italiana, nei quali il nostro Paese sembra aver rivendicato il potere di «esternalizzare» la sanità, trattando le autorità albanesi come una sorta di ente «accreditato», senza considerare che, all’interno delle nuove zone di frontiera «extraterritoriali», non è possibile il rispetto dei LEA vigenti in Italia. D’altronde pretendere dalla sanità albanese il rispetto dei LEA come condizione di fattibilità delle strutture di accoglienza avrebbe significato negare l’evidenza e, in pratica, non realizzare nulla, non le strutture, forse

nemmeno il protocollo. Ecco forse la miglior prova che la ratifica si pone (l'art. 4, commi 8 e 9) in contrasto con gli articoli 3 e 32 della Costituzione.

Provando ad immaginare quali potrebbero essere le conseguenze, occorre a mio avviso distinguere.

Sul versante del diritto interno, una questione di legittimità costituzionale dell'ordine di esecuzione del protocollo contenuto nella legge n. 14 del 2024, per violazione degli articoli 3 e 32 Cost., potrebbe essere sollevata dal giudice italiano competente per il provvedimento che, nel caso previsto dall'art. 4.8 del protocollo (esigenze sanitarie urgenti alle quali le autorità italiane non riescono a far fronte) dispone il trasferimento della persona, trattenuta nella struttura italiana, in una struttura sanitaria albanese; sempre che la decisione dei responsabili sia quella di osservare la riserva di giurisdizione stabilita dall'art. 10-ter del D.lgs. n. 286 del 1998 e di richiedere l'intervento dell'autorità giudiziaria; anche postumo, in questo caso traendo dall'art. 13 Cost., il principio che vieta all'amministrazione qualunque esercizio di potere su libertà costituzionali coperte da riserva di giurisdizione<sup>16</sup>.

Una fattispecie che parrebbe confermare la doverosità «logica» di questo *modus operandi* è nell'art. 17 c. 8 del D.P.R. n. 230 del 2000, attuativo della legge sull'ordinamento penitenziario, che prescrive l'obbligo di comunicazione contestuale al ricovero nelle situazioni di «estrema urgenza» riguardanti i detenuti e gli internati). Se invece il protocollo non verrà interpretato in questo senso, la responsabilità civile delle organizzazioni sanitarie albanesi per le cure prestate alle persone trattenute sfuggirà alla cognizione dei giudici italiani.

È questo, con le dovute approssimazioni, ciò che la Corte costituzionale dell'Albania ha incidentalmente rilevato nella sentenza n. 2 del 2024, giudicando sulla legittimità costituzionale del protocollo italo-albanese, allorché ha sottolineato che la giurisdizione italiana non è espressione di sovranità sui migranti, ma semplice giurisdizione sulle questioni amministrative riguardanti la loro permanenza sul territorio italiano, ferma restando la titolarità, in capo ai singoli, dei diritti garantiti dalla Costituzione albanese<sup>17</sup> (nel che è implicito che della loro violazione possa conoscere il giudice albanese).

---

<sup>16</sup> V. ANGIOLINI, *Riserva di giurisdizione e libertà costituzionali*, Milano, Giuffrè, 1992, pp. 163 ss.

<sup>17</sup> D. VESHI, E. KOKA, K. HAXHIA, *Comments On the Albanian Constitutional*

La discriminazione però rimane, poiché con le sue affermazioni la Corte costituzionale albanese ha voluto significare soltanto che l'Albania non ha ceduto all'Italia la propria sovranità, non, certo, che l'Albania si impegna ad assicurare livelli delle cure assimilabili a quelli erogati dal sistema sanitario nazionale italiano.

Né le persone che dovessero risultare vittime di episodi di malasanità, nell'entrare in contatto con la sanità albanese, potrebbero chiedere ai giudici italiani la condanna dell'Italia al risarcimento dei danni facendo risalire il comportamento dannoso direttamente alla ratifica e all'ordine di esecuzione del protocollo, non essendo configurabile – a meno che non cambi l'orientamento della Cassazione<sup>18</sup> – una responsabilità del legislatore per l'emanazione di leggi incostituzionali (là dove nel caso di specie l'incostituzionalità sta anche e proprio nell'irresponsabilità delle amministrazioni italiane per le cure urgenti alle persone trattenute).

In un'eventuale controversia risarcitoria promossa contro lo Stato italiano, dunque, una ipotetica questione di costituzionalità della legge n. 14 del 2024 incontrerebbe con ogni probabilità eccezioni di irrilevanza, come sia pure sottotraccia la stessa Corte costituzionale, a me sembra, ha lasciato intendere<sup>19</sup>.

A diverse conclusioni si può forse pervenire con riferimento alla violazione di norme internazionali.

Certamente è prematuro intravedere, in quello che abbiamo definito l'«appalto» delle cure all'Albania, una responsabilità dello Stato italiano per trattamenti inumani e degradanti, come quella che ha dato origine alle tre sentenze di condanna «gemelle» emesse nei confronti dell'Italia dalla Corte EDU nel 2023, per fatti accaduti nelle zone di frontiera «territoriali». Una simile evoluzione dipenderà semmai dal (malaugurato) verificarsi di nuove specifiche situazioni dannose, che possono accadere come non accadere.

---

*Court V2-24: Is the Italy-Albanian Protocol Regarding Irregular Migration Constitutional?*, in *Ordine Internazionale e Diritti Umani*, 2/2024, pp. 305 ss.

<sup>18</sup> Peraltro assolutamente consolidato e anche di recente ribadito da Cass. civ., sez. III, 6 ottobre 2023, n. 28142. Vista la notorietà del tema, si permetta di non attardarsi in citazioni di dottrina.

<sup>19</sup> Corte cost., n. 171 del 2022, al punto 3.4. della motivazione. Cfr. in margine al relativo atto di promovimento, le considerazioni di G. SERRA, *Cenni in tema di responsabilità del legislatore per adozione di legge incostituzionale. Note a margine dell'ordinanza T.A.R. per le Marche*, n. 7/2022, in *federalismi.it*, 20 aprile 2022.

L'elemento che sembra più attuale, invece – lo è particolarmente, direi, vista la recente riforma del Regolamento di Dublino<sup>20</sup> – è il problema della «mutua fiducia» tra Stati membri e del rispetto del principio del *non refoulement* all'interno della zona *Schengen*.

Non sembra inutile ricordare che soltanto alcuni anni or sono, per una riforma del sistema italiano di accoglienza dei richiedenti asilo molto meno grave e incisiva del protocollo italo-albanese (mi riferisco al D.L. n. 113 del 2018, cd. decreto sicurezza), i giudici svizzeri hanno negato il trasferimento in Italia (Stato competente all'esame della domanda di asilo), di uno straniero che aveva varcato il confine italo-svizzero e aveva chiesto, là, protezione internazionale (Tribunale Amministrativo Federale svizzero, Cour V, 19 dicembre 2019, n. 962). I giudici svizzeri, facendo applicazione dei principi stabili nella sentenza *Tarakel* della Corte EDU, si sono posti, non infondatamente, il quesito se dopo la riforma del 2018 si fossero venute a creare in Italia «carenze sistemiche» dell'accoglienza dei richiedenti asilo ai sensi del Regolamento (UE) n. 604/2013 o, comunque, se fosse obbligo delle autorità svizzere, come poi è stato deciso, eseguire specifici approfondimenti e richiedere informazioni precise sulle condizioni di assistenza (per qualche spunto si può vedere anche, tenendo presenti le distinzioni, la sentenza della *High Court* Irlandese [2024] IEHC 183 rec. n. 2023/640JR, sulla designazione del Regno Unito quale Paese sicuro dopo la politica degli accordi bilaterali con il Rwanda per la deportazione in territorio rwandese dei migranti illegali).

Né sembra inutile ricordare che 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». La norma prevede che la «necessaria assistenza sanitaria» sia di «qualità adeguata e comprenda quanto meno le prestazioni di pronto soccorso e il trattamento essenziale delle malattie, compresi i gravi disturbi mentali, come anche l'assistenza in materia di salute sessuale e riproduttiva necessaria per

---

<sup>20</sup> Regolamento (UE) 2024/1351 del Parlamento europeo e del Consiglio, sulla gestione dell'asilo e della migrazione, che modifica i regolamenti (UE) 2021/1147 e (UE) 2021/1060 e che abroga il regolamento (UE) n. 604/2013.

trattare un grave problema fisico». Il comma 3 specifica che, «ove necessario per ragioni mediche, gli Stati membri forniscono la necessaria assistenza medica o di altro tipo, come 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.

Il termine per il recepimento da parte degli Stati membri delle disposizioni della direttiva è fissato al 12 giugno 2026; ma, come ha stabilito la Corte di Giustizia UE, l'obbligo di garantire l'effetto utile di una direttiva sussiste anche prima della scadenza del termine per l'adattamento ad essa dell'ordinamento nazionale, nel caso in cui l'ipotesi opposta renda eccessivamente difficile l'esercizio dei diritti conferiti dall'ordinamento comunitario<sup>21</sup>.

Si può quindi considerare probabile che il diritto all'assistenza sanitaria per i richiedenti protezione internazionale sia considerato come corollario del principio del *non refoulement* e trattato, in veste di pretesa a prestazioni essenziali non inferiori allo standard, come diritto conferito direttamente ai singoli dall'ordinamento giuridico dell'Unione, così da risultare tutelabile in sede giurisdizionale anche prima della legge di delegazione europea che sancirà il formale adattamento dell'ordinamento italiano.

\* \* \*

## ABSTRACT

ITA

Il saggio è dedicato all'analisi delle norme del Protocollo tra Italia e Albania reso esecutivo con la legge n. 14 del 2024, che riguardano l'erogazione delle cure urgenti per le persone trattenute in territorio albanese. Premessa l'illustrazione delle disposizioni che prevedono l'affidamento alla sanità albanese delle cure urgenti e indifferibili a cui l'Italia non riesca a far fronte nelle strutture di accoglienza, gli argomenti proposti si articolano in tre rilievi. Il

---

<sup>21</sup> Corte di giustizia UE, 15 aprile 2008, C-268/06.

primo riguarda la disparità di trattamento in danno degli stranieri trattenuti in Albania, assunta a termine di comparazione la pienezza della garanzia sanitaria accordata, per le cure urgenti e indifferibili, agli stranieri trattenuti nelle strutture di accoglienza in zone di frontiera italiane. Il secondo riguarda la disciplina contrattualistica degli affidamenti e mette in luce l'impossibilità di rendere effettive le garanzie offerte dal diritto comunitario degli appalti pubblici in un Paese, come l'Albania, legato alla UE dalla semplice esistenza di negoziati per l'adesione. Il terzo concerne la disciplina amministrativa e fiscale dei corrispettivi dei servizi albanesi ed evidenzia l'inadeguatezza delle clausole del Protocollo sulla verifica degli adempimenti di Parte albanese. Le conclusioni riprendono il filo del discorso sugli aspetti umanitari e si soffermano sui profili di incostituzionalità del Protocollo, ma anche sugli effetti che esso potrà avere sulla «mutua fiducia» tra Stati membri, in termini di rispetto del principio del *non refoulement* all'interno della zona *Schengen*, per finire con alcuni dubbi sulla compatibilità tra il Protocollo e la direttiva (UE) 2024/1346 (adottata nel contesto del nuovo Patto sulla migrazione e l'asilo)

EN

The essay is centered on the Protocol between Italy and Albania made executive by Law No. 14 of 2024, in the part where it provides urgent care for persons detained in Albanian territory. First, the paper focuses on the Protocol's provisions entrusting Albanian authorities with healthcare emergency services for persons detained, that Italy is unable to manage with in the reception facilities. After that, the proposed arguments are divided into three remarks. The first point concerns the inequality of treatment of foreigners detained in Albania, assuming as comparative term the fullness of the health guarantees accorded, for urgent and unavoidable cares, to foreigners detained in reception facilities in Italian border areas. The second point concerns contractual discipline of entrustments and highlights the impossibility of making effective the EU law of public procurement in a country, such as Albania, linked to the EU by the mere existence of adhesion negotiations. The third point concerns the administrative and fiscal regulation of Albanian service fees and highlights the inadequacy of the Protocol's clauses on the verification of the Albanian side's performance. The conclusions pick up the humanitarian aspects and focuses on the unconstitutionality profiles of the Protocol, but also on the effects it may have on mutual trust between member states, in terms of compliance with the principle of *non-refoulement* within the Schengen area, ending with some doubts about the compatibility between the Protocol and Directive (EU) 2024/1346 (adopted by EU institutions in the context of the new Migration and Asylum Pact).



# *Costituzionalismo.it*

*Email: [info@costituzionalismo.it](mailto:info@costituzionalismo.it)*

*Registrazione presso il Tribunale di Roma*

*ISSN: 2036-6744 | [Costituzionalismo.it](http://Costituzionalismo.it) (Roma)*