

Rivista N°: 4/2017  
DATA PUBBLICAZIONE: 15/11/2017

AUTORE: Nausica Palazzo\*, Graziella Romeo\*\*

## IL DIRITTO ALLA SALUTE DEI MIGRANTI NEI PAESI BASSI\*\*\*

*Sommario: 1. Introduzione: lo straniero tra diritto costituzionale e human rights law. – 2. La condizione dello straniero e la “cittadinanza sociale” nei Paesi Bassi. – 3. L’assimilazione dello straniero come esito della drammaturgia olandese dello scontro tra civiltà. – 4. Una ricognizione dei flussi migratori. – 5. Il sistema sanitario olandese: un ibrido privatizzato e regolamentato. – 6. Tipologia del migrante e accesso alle cure. – 6.1 I migranti lavoratori. – 6.2 I rifugiati e i richiedenti protezione internazionale. – 6.3 I migranti irregolari. – 7. Annotazioni comparatistiche rispetto all’esperienza italiana. – 8. Conclusioni*

### 1. Introduzione: lo straniero tra diritto costituzionale e *human rights law*

La Costituzione olandese riferisce il godimento dei diritti costituzionali ai soli cittadini e tace sul rapporto tra diritti umani e diritti di cittadinanza. Più in generale, il testo costituzionale dedica solo due disposizioni al tema dell’immigrazione e allo *status* dei non cittadini. In dettaglio, l’art. 2, c. 2 rinvia alla legge la disciplina dell’ingresso e dell’espulsione degli stranieri. Il comma successivo della disposizione citata, oltre a disporre una nuova riserva di legge sulla disciplina dell’estradizione, specifica che essa può avere luogo solo se prevista da un trattato internazionale ratificato. Infine, l’art. 130 consente al Parlamento di riconoscere, con apposita legge, il diritto di voto alle elezioni amministrative (comunali e provinciali) ai non cittadini.

Il dato testuale, la presenza cioè della parola “cittadini” non è di per sé necessariamente dirimente rispetto all’effettiva titolarità di tali diritti. Infatti, per un verso bisogna rammentare la necessità di contestualizzare le disposizioni costituzionali rispetto alle mutate cir-

---

\* Dottoranda di ricerca in Diritto costituzionale comparato nell’Università di Trento.

\*\* Ricercatrice di Istituzioni di diritto pubblico nell’Università Bocconi di Milano.

\*\*\* Il contributo è frutto di riflessioni comuni alle due autrici. Tuttavia, i par. 1, 2 e 7 sono stati scritti da Graziella Romeo e i par. 3-6 sono stati scritti da Nausica Palazzo. Le conclusioni sono state redatte a quattro mani.

costanze storiche nelle quali trovano oggi applicazione<sup>1</sup>, per l'altro occorre considerare la peculiare influenza della giurisprudenza sovranazionale e, più in generale, della *human rights law* nell'ordinamento in questione. E in effetti, i Paesi Bassi si caratterizzano per una spiccata sensibilità rispetto agli orientamenti della Corte europea dei diritti dell'uomo, anche in tema di diritti dei non cittadini. Così, per esempio, il numero di condanne per violazione degli articoli 3 (divieto di trattamenti inumani e degradanti, anche nella forma del respingimento delle domande di rifugio internazionale) e 8 (diritto al rispetto della vita privata e familiare), ossia delle disposizioni convenzionali più immediatamente connesse allo status degli stranieri, è piuttosto contenuto<sup>2</sup>. Più in generale, la giurisprudenza di Strasburgo ha esercitato una notevole influenza tanto sulle corti quanto sul legislatore e, infatti, esiste una certa coerenza tra l'impostazione di fondo della disciplina dei diritti riconosciuti al non cittadino e linee portanti del *case law* della Corte EDU. Al fine di dimostrare questa conclusione, occorre muovere da una ricognizione della giurisprudenza CEDU in materia di diritti a contenuto sociale con particolare riguardo alle garanzie del non cittadino (regolarmente o irregolarmente presente sul territorio nazionale).

Innanzitutto, è opportuno chiarire come i giudici di Strasburgo hanno attratto nell'ambito della propria giurisdizione (taluni) diritti sociali, come noto esclusi dal testo convenzionale. La competenza *ratione materiae* si giustifica in quanto talune prestazioni sociali rientrano, secondo un'interpretazione estensiva del testo convenzionale, nell'art. 1, Protocollo 1, CEDU. Quest'ultimo assicura a ciascuno il diritto a non essere privato arbitrariamente dei propri beni, ma sin da subito la Corte EDU ne ha esteso la portata ben oltre i diritti reali, ricomprendendo nella lettera della disposizione tutti i diritti e gli interessi di natura economica, cosiddetti *pecuniary rights*, in varia misura assimilabili alla proprietà dei beni materiali. Così, i giudici di Strasburgo hanno prima incluso nei diritti patrimoniali tutelati ex art. 1 le prestazioni contributive<sup>3</sup> e, successivamente, persino quelle non contributive.

In particolare, nella sentenza *Koua Poirrez v. France*<sup>4</sup>, ove era in questione il riconoscimento di un'indennità di invalidità civile in favore di un cittadino della Costa d'Avorio residente in Francia, la Corte EDU ha concluso nel senso della violazione dell'art. 1, interpretato in combinato disposto con l'art. 14 CEDU, sebbene la prestazione sociale dedotta in giudizio non derivasse dal versamento di una contribuzione di tipo previdenziale o assicurativo. Così operando, i giudici di Strasburgo privilegiano una lettura sostanziale dell'art. 1, includendovi un interesse economico del tutto potenziale. A bene vedere, essi tendono ad estendere al massimo livello l'ambito materiale dei diritti garantiti dalla Convenzione soprattutto nelle pronunce ove il parametro dell'art. 1 è letto in combinato disposto con l'art. 14, ovvero quando il

---

<sup>1</sup> Sul punto si v. C.A.J.M. KORTMANN-P.P.T. BOVEND'EERT, *The Kingdom of the Netherlands: an introduction to Dutch constitutional law*, Boston, Kluwer Law and Taxation Publisher, 1993, 136 ss.

<sup>2</sup> G.F. FERRARI, *Rights and liberties in the Dutch context*, in corso di pubblicazione in G.F. FERRARI-W. VOERMAS, *The Dutch Constitution in its bicentenary*, The Hague, Eleven Publishing, 2017.

<sup>3</sup> Cfr. *Gaygusuz v. Austria*, del 31 agosto 1996, p.ti 36-37. L'orientamento interpretativo è confermato da *Azinas v. Cipro*, del 20 giugno 2002, p.to 28.

<sup>4</sup> Del 30 settembre 2003, p.to 42. Sul punto v. G. TURATTO, *Riflessioni sulla concezione della cittadinanza che non rispetta i diritti fondamentali garantiti ad ogni persona*, in *Riv. giur. lav.*, 2004, 677 ss.

mancato riconoscimento o la privazione della prestazione è il risultato di un comportamento discriminatorio su base nazionale da parte dell'amministrazione pubblica nazionale. L'orientamento è confermato nella sentenza *Andrejeva v. Latvia*<sup>5</sup>: per un verso la Corte chiarisce che l'art. 1 non conferisce la titolarità di un diritto a prestazioni assistenziali o previdenziali, né tantomeno impone l'istituzione di un sistema di sicurezza sociale, dall'altro, specifica che qualora esistano tali sistemi, essi generano un interesse economico protetto dall'art. 1, in tutti coloro che soddisfano i requisiti generali per accedervi. In questo contesto, gli Stati godono di un certo margine di discrezionalità nello stabilire differenze di trattamento con riguardo al godimento di tali situazioni giuridiche soggettive; tuttavia, queste devono essere fondate su «objective and reasonable justification»<sup>6</sup>.

In altri termini, per la Corte, il legislatore nazionale è vincolato al parametro della ragionevolezza, ricavato nel caso di specie dell'art. 14 CEDU, nello stabilire una differenza di trattamento tra cittadino e non cittadino; cionondimeno, quando le privazioni di assistenza, in specie sanitaria, sono particolarmente gravi, le stesse integrano una violazione dei diritti inderogabili, quali il diritto alla vita, e sono pertanto autonomamente sanzionabili (cioè anche a prescindere dal richiamo contestuale dell'art. 14 CEDU) dal giudice di Strasburgo<sup>7</sup>.

Rispetto a questa impostazione, il legislatore e le corti olandesi paiono muoversi in senso tendenzialmente coerente, seppur con non poche (soprattutto recenti) contraddizioni, come si avrà modo di dimostrare nel prosieguo di questo lavoro<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Del 18 febbraio 2009, p.ti 74-77.

<sup>6</sup> Cfr. sul punto anche *Willis v. United Kingdom*, 11 settembre 2002, p.to 39.

<sup>7</sup> Cfr. *Osman v. Royaume Uni*, sent. del 28-10-1998, cfr. in particolare il par. 116, con riferimento alla violazione del diritto alla salute, come specificazione del diritto alla vita, protetto dall'art. 2 CEDU. La pronuncia ha evidentemente ispirato la decisione della *House of Lords* nel caso *ex parte Limbuela* ove è stato chiarito che il mancato godimento da parte dell'immigrato, anche irregolare, di una serie di prestazioni di assistenza sociale (inclusa quella di natura sanitaria) integra una violazione dell'art. 3 dello *Human Rights Act*, 1998. I *Law Lords* hanno chiarito che un certo set di diritti sociali rientra a pieno titolo tra i diritti fondamentali riconosciuti ad ogni individuo, a prescindere dallo status di cittadinanza. Si tratta invero di un contenuto minimo di tutele, la cui violazione si pone in contrasto con la Convenzione. Cfr. *R. v. SSHD ex parte Limbuela* [2005] UKHL 66. Sul punto v. P. BILLINGS, R. EDWARDS, (*Adam, Limbuela and Tesema*) v. *Secretary of State for the Home Department – A Case of "Mountainish Inhumanity"*, in 13 *J. Soc. Sec. L.*, 167 (2006).

<sup>8</sup> In dottrina è stato sostenuto che, in via generale, gli orientamenti di Strasburgo su questo specifico tema hanno modestamente attecchito sul terreno dei diritti nazionali: v. M.B. DEMBOUR, *Gaygusuz Revisited: The Limits of the European Court of Human Rights Equality Agenda*, in 12 *Human Rights L. Rev.* 689 (2012): l'A. sostiene in particolare che «*Gaygusuz* has not triggered tremendous changes to policy and/or legislation either in Austria or elsewhere. Nor has it generated a quantitatively or qualitatively important case law at Strasbourg» (p. 690). D'altra parte in Italia, la Corte costituzionale non ha ritenuto di applicare, in una vicenda riguardante l'accesso a un beneficio assistenziale da parte gli stranieri, la tesi – pur seguita da alcuni giudici di merito – secondo la quale le disposizioni della CEDU che vietano discriminazioni tra cittadini e stranieri riguardo alle norme concernenti la sicurezza sociale sarebbero entrate a far parte del diritto europeo e sarebbero perciò direttamente applicabili: sul punto sia consentito rinviare a G. ROMEO, *La cittadinanza sociale nell'era del cosmopolitismo: uno studio comparato*, Padova, CEDAM, 212.

## 2. La condizione dello straniero e la “cittadinanza sociale” nei Paesi Bassi

L'uguaglianza di trattamento tra gli stranieri regolarmente residenti e i cittadini è comunque realizzata dalla Legge sugli stranieri del 2000<sup>9</sup>, di recente modificata per adeguarla alle esigenze della lotta al terrorismo internazionale. In via di prima approssimazione, è possibile anticipare che l'ordinamento olandese si conforma alle altre esperienze europee nel parificare il godimento dei diritti, anche sociali, di cittadini e stranieri regolarmente soggiornanti e nell'isolare, invece, la condizione degli irregolari. A questi ultimi sono garantite soltanto le cure necessarie, peraltro in talune specifiche circostanze, mentre se ne prevede la generale esclusione dall'accesso al welfare. La circostanza non può sorprendere sia in ragione della volontà di porre un limite all'eventuale utilizzo opportunistico del sistema di welfare da parte dei migranti sia in ragione della più generale e tendenziale contrazione delle prestazioni sociali che ha caratterizzato pressoché tutti i sistemi europei.

Ciò che pare ugualmente degno di interesse è che, analogamente a quanto accade altrove<sup>10</sup>, il rilascio del permesso di soggiorno è subordinato, tra l'altro, alla dichiarazione di autosufficienza dei propri mezzi, intesa come possibilità di provvedere autonomamente al vitto e all'alloggio senza gravare sull'assistenza pubblica<sup>11</sup>.

Da questo punto di vista, è possibile annoverare i Paesi Bassi tra i sistemi che tendono a condizionare il riconoscimento dei diritti sociali del non cittadino alla sua partecipazione attiva al sistema produttivo<sup>12</sup>. Vi è, generalmente, una connessione tra i termini in cui è riconosciuta la cittadinanza sociale e il tipo di selezione all'ingresso operata da un dato ordinamento. In altre parole, anche in Olanda è possibile rintracciare una tendenza a limitare gli ingressi degli stranieri funzionalizzandoli all'attitudine dello straniero a prestare lavoro. L'inserimento nel tessuto produttivo del paese è, d'altra parte, la migliore garanzia della non essenzialità dell'accesso ai servizi di *welfare*.

Da una prospettiva più generale potrebbe aggiungersi che la scelta di una garanzia dei diritti di seconda generazione, tra cui quello alla salute, limitata all'“essenziale” riflette una certa attitudine a interpretare l'integrazione sociale come il risultato del necessario contributo del non cittadino al sistema produttivo e lavorativo nazionale, piuttosto che come il presupposto per l'effettiva partecipazione dello straniero alla comunità politica di accoglienza. È del resto coerente con questa impostazione la previsione, destinata a coloro che richiedano un permesso di soggiorno, di un test di conoscenza della lingua e della società olandese, a cui si aggiunge un corso di integrazione civica per gli stranieri *neuwkomers* che aspirino all'integrazione stabile<sup>13</sup>.

---

<sup>9</sup> Su cui si rinvia *infra*.

<sup>10</sup> Nel Regno Unito, in Belgio e in Germania per esempio.

<sup>11</sup> Sul punto si v. in particolare la Legge 15 dicembre 1980 e successive modificazioni, disciplinante la condizione dello straniero migrante e la sec. 11, par. 1 e 2 della Legge sugli Stranieri del 2000. Su questi aspetti v. H. GORTER, D. SCHUILING, *Brevi riflessioni sul Codice di diritto dell'immigrazione olandese e sul cammino verso una comune tutela dei diritti in ambito europeo*, in *Diritto, immigrazione e cittadinanza*, n. 2, 2007, 37 ss.

<sup>12</sup> Sul punto sia consentito rinviare nuovamente a G. ROMEO, *La cittadinanza sociale nell'era del cosmopolitismo: uno studio comparato*, cit., 154 ss.

<sup>13</sup> Sul punto si v. *infra* § 3.

L'apparente linearità della ricostruzione dell'accesso ai servizi di *welfare* e, in particolare, a quelli sanitari si complica, però, quando si aggiungono altri elementi, in buona parte estranei alle scelte di politica dell'immigrazione degli anni '90. Per questa ragione, la trattazione che segue analizzerà il tema del diritto alla salute degli stranieri tenendo in considerazione, in primo luogo, l'evoluzione dei flussi migratori e l'attuale consistenza del fenomeno migratorio in Olanda. In secondo luogo, l'indagine isolerà la condizione dello straniero richiedente protezione internazionale/rifugiato in quanto destinatario di norme *ad hoc* e, più in generale, affronterà il tema nella consapevolezza che la diffusione di standard minimi di tutela dei diritti umani ha determinato la tendenza ad estendere talune garanzie fondamentali anche a coloro che si pongano formalmente e sostanzialmente fuori dalla comunità politica di accoglienza o, per meglio dire, a coloro che sono membri solo in via di fatto della società olandese.

### **3. L'assimilazione dello straniero come esito della drammaturgia olandese dello scontro tra civiltà**

Il diritto alla salute dei migranti, e le sue limitazioni, non possono essere compiutamente compresi senza inquadrarli nel contesto storico di "panico morale" (su cui v. *infra*) che caratterizza il continente da ormai almeno un decennio a questa parte.

Si anticipi sin da subito che la tematica dell'immigrazione ha oggi raggiunto un picco di attenzione da parte dell'opinione pubblica, veicolata da un forte sentimento anti-islamista di certo non nuovo per il continente europeo<sup>14</sup>, ma sicuramente cresciuto in estensione e portata. Si è negli anni passati da una cultura dell'integrazione ad una dell'assimilazione, culminata con l'applicazione a partire dal 1998 della politica dell'*Inburgering*<sup>15</sup>, ai sensi della Legge sull'Integrazione civica dei nuovi arrivati (*Wet Inburgering Nieuwkomers*, WIN). La legge ha introdotto infatti l'obbligatorietà di frequenza a corsi (per almeno 600 ore) e dei test di cultura e lingua olandese per tutti gli immigrati non occidentali (*alloctonen* non occidentali)<sup>16</sup>, categoria di migranti che i Paesi Bassi tendono a distinguere, all'interno delle statistiche ufficiali, dai nativi e dagli stranieri occidentali<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> V. T. CHOUDHURY-M. AZIZ-D. IZZIDIEN-I. KHREEJI-D. HUSSAIN, *Perceptions of Discrimination and Islamophobia: VoVoices from Members of Muslim Communities in the European Union*, Report of the European Monitoring Centre on Racism and Xenophobia, 2006.

<sup>15</sup> L. ORGAD, *Illiberal Liberalism Cultural Restrictions on Migration and Access to Citizenship in Europe*, in *The American Journal of Comparative Law*, Vol. 58, No. 1, 2010, 70-74. V. anche C. JOPPKE, *Transformation of Immigrant Integration: Civic Integration and Antidiscrimination in the Netherlands, France, and Germany*, in *World Politics*, Vol. 59, No. 2, 2007, 243-273.

<sup>16</sup> La percentuale di migranti *alloctonen* non occidentali nel 2014 ammontava al 11,87 per cento del totale della popolazione. Si v. E. ERSANILLI, *Country profile, Netherlands*, in *Focus migration*, n. 11, 2014 del Bundeszentrale für politische Bildung-BPB.

<sup>17</sup> Si v. E. ERSANILLI, *Netherlands, Country Profile*, in *Focus Migration*, n. 1-2, 2007, del Bundeszentrale für politische Bildung-BPB.

La pusillanimità delle élites politiche<sup>18</sup>, come aveva a definirla di recente lo studioso Oliver Roy, ha generato negli ultimi anni una reazione identitaria da parte dell'elettorato che vede nell'identità sovranazionale europea (nella quale i migranti ripongono le proprie aspettative) e nella globalizzazione la fonte della propria esclusione dal mercato del lavoro. Tale reazione identitaria da parte del popolo degli esclusi, e la conseguente ostilità verso un astratto, non meglio precisato, migrante-nemico si sono tramutati nel massiccio – seppur inferiore rispetto alle aspettative – sostegno al partito di Wilder nelle trascorse elezioni del 15 marzo 2017, pari al 13,1 per cento del totale dei consensi.

La convivenza all'interno di quello che per tradizione è stato per lungo tempo ritenuto uno dei Paesi più accoglienti e liberali è diventata quindi problematica negli ultimi anni. Lo scontro tra civiltà paventato dagli storici, condito con una significativa dose di populismo e retorica anti-islamica (ostile alla religione islamica) e anti-islamista (ostile al fondamentalismo islamico), è stato alimentato da una serie di sanguinosi episodi e da una pleora di reportage testimonianti la riluttanza dei migranti ad accogliere i valori democratici. Quanto al secondo dei due aspetti citati, in un noto lavoro del saggista olandese Ian Buruma si è ad esempio rimarcata l'indisponibilità della "maggioranza" degli studenti di fede musulmana in Olanda ad anteporre la Costituzione olandese ai principi islamici e alla fede in Allāh<sup>19</sup>. Quanto al primo, il tema è prima giunto alla ribalta delle cronache a partire dagli anni Duemila, quando gli omicidi illustri del politico di estrema destra Pim Fortuyn e, poi, del regista olandese Theo van Gogh, destarono sgomento nell'opinione pubblica, infuocando gli altoparlanti dei partiti populistici di estrema destra e delle frange più conservatrici dell'arena politica. Le preoccupazioni strettamente economiche, che avevano indotto il governo a limitare l'accesso al *welfare* onde evitare il *free-riding* sui benefici sociali da parte di migranti non contribuenti, lasciò il posto alla vulgata anti-islamista, alla retorica dello scontro tra civiltà ("clash of civilizations"); ciò nella convinzione che i residenti extra-europei costituissero una minaccia per la progredita civiltà occidentale, incarnando anti-valori quali la discriminazione nei confronti delle donne e la violenza, nonché una maggiore inclinazione a delinquere.

Secondo alcuni, poi, l'Olanda ospiterebbe un fondamentalismo al rovescio, tenacemente impegnato così com'è a impedire il rovesciamento dei cardini dell'Illuminismo europeo. Non stupisce dunque che proprio i Paesi Bassi, connotati da un forte "pragmatismo" compassato e progressismo sociale, siano diventati scenario di una simbolica resistenza all'ingresso di valori incompatibili con la tradizione giuridica europea (*European legal tradition*), inscenando uno scontro simbolico tra religioni radicali e attaccamento fideistico ai valori dell'occidente (c.d. "liberalismo radicale"). Certo, con ciò non si vuole sostenere che tutta la popolazione sia costituita da "fondamentalisti dell'illuminismo"<sup>20</sup> e che tutte le casalinghe siano *femen*. Ma semplicemente che, accanto al fenomeno, irrazionale per definizione, di pani-

---

<sup>18</sup> L. CREMONESI, *Gilles Kepel & Oliver Roy*, in *La Lettura/Corriere della Sera*, 19.03.2017, 4.

<sup>19</sup> Si v. I. BURUMA, *Murder in Amsterdam: Liberal Europe, Islam, and the Limits of Tolerance*, London, Penguin Books, 2007, 94-95.

<sup>20</sup> *Ibidem*.

co morale<sup>21</sup>, in Olanda esistano segmenti significativi della popolazione tenacemente legati ai valori dell'Occidente e ostili ad una loro rinuncia.

#### 4. Una ricognizione dei flussi migratori

Si procederà ora per brevi cenni a una comparazione diacronica dei flussi migratori.

(1) *L'ingresso di migranti provenienti dalle ex-colonie.* All'indomani della seconda guerra mondiale, il fenomeno migratorio è stato profondamente influenzato dal processo di decolonizzazione. La dissoluzione dell'assetto coloniale dei territori asiatici indusse nel 1945 numerosi cittadini indonesiani ad avvalersi del «diritto al rimpatrio» (circa 350.000 individui) e, successivamente, nel 1975 numerosi surinamesi ad esercitare l'opzione di acquisto della cittadinanza olandese. Tale fase, assieme alla successiva, è caratterizzata dal tentativo di fare ripartire l'economia del Paese, e dal conseguente fabbisogno di lavoratori adibiti a mansioni a bassa qualifica, che la popolazione nazionale non era in grado di soddisfare integralmente.

(2) *La fase dei lavoratori migranti provenienti dal Mediterraneo.* Il periodo dei grandi flussi di migranti di natura economica si sovrappone parzialmente al precedente, iniziando a partire dagli anni '60. In tali anni il Governo firmò accordi di assunzione con singoli Paesi, quali l'Italia (1960), la Spagna (1961), il Portogallo (1963), il Marocco (1969) etc., ed introdusse la regola in base alla quale l'ingresso nel Paese fosse subordinato all'ottenimento di un permesso di lavoro. Le esigenze del mercato del lavoro prevalsero sulle finalità pubbliche di contenimento degli ingressi e condussero il governo a disapplicare le stringenti regole d'accesso. L'ostilità del Governo nei confronti dei migranti, addirittura verbalizzata nel 1970 in occasione del Memorandum sui lavoratori stranieri – “I Paesi Bassi non sono un Paese aperto all'immigrazione e non devono diventarlo” –, si fonda sul concetto di “migrazione circolare”: l'eccesso di offerta di lavoro rende necessaria l'assunzione di lavoratori stranieri; il fabbisogno di lavoro può essere tuttavia soddisfatto da contratti a tempo determinato; di conseguenza si stabilisce che i contratti non possono avere una durata superiore ai due anni, al termine dei quali, i lavoratori sono rispediti nel Paese di provenienza<sup>22</sup>.

Nei periodi (1) e (2) qui considerati, stante la sostanziale assenza di politiche pubbliche mirate, i migranti godono di limitati diritti sociali.

(3) *Il boom di riconsolidamenti familiari e richieste di protezione internazionale.* L'inizio del terzo periodo considerato si riconduce convenzionalmente al 1974, quando il Governo olandese emanò il c.d. Memorandum di replica. In tale occasione il Governo proclamò l'obiettivo di ridurre al minimo i flussi di migranti economici; riconoscendo, tuttavia, l'obbligo di assicurare standard minimi di tutela dei migranti temporaneamente soggiornanti nel Pa-

---

<sup>21</sup> Con la locuzione “panico morale” l'A. intende “the intensity of feeling expressed by a large number of people about a specific group of people who appear to threaten the social order at a given time”. Si v. S. COHEN, *Folk Devils and Moral Panics*, London-New-York, Routledge, 2011.

<sup>22</sup> Nella maggior parte dei casi si tratta dunque di lavoratori scarsamente integrati, recatisi in Olanda senza famiglia al seguito, nell'ottica di tornare in “patria” alla scadenza del contratto.

se. Tale Memorandum coincide dunque con l'introduzione di politiche per l'accesso agevolato all'abitazione. Successivamente, in virtù del principio di sussidiarietà e decentramento, i migranti poterono altresì godere dell'accesso alle cure sanitarie, all'assistenza sociale e all'istruzione grazie all'intervento dei Comuni. Con l'incremento dei flussi migratori, dovuti in particolare ai ricongiungimenti familiari, e delle richieste di protezione internazionale, il Governo tentò negli anni '80 di introdurre procedure aggravate per l'ottenimento dei visti da Paesi ad altro tasso di migrazione, e al contempo di garantire il pieno accesso ai benefici sociali per gli stranieri regolarmente soggiornanti (si v. il Memorandum sulle politiche per le minoranze del 1983). Ai notevoli flussi migratori fece il paio in questa fase la dilagante percezione dei migranti come individui culturalmente distanti e "parassitari", ossia inclini a godere dei benefici sociali senza contribuire alle spese di welfare.

(4) *La ricerca di lavoratori altamente qualificati.* Dagli anni '90 in poi, la politica migratoria dei Paesi Bassi si caratterizza per lo sforzo di favorire l'ingresso di migranti economici altamente qualificati e, specularmente, chiudere i confini per le restanti categorie. La chiusura si tradusse nel rendere maggiormente stringenti i requisiti del ricongiungimento familiare, nel ridurre la frazione di migranti irregolari e, nel 1995 con la Legge sull'impiego dei lavoratori stranieri, nel conferire priorità d'accesso ai lavoratori dei Paesi facenti parte dello Spazio economico europeo. Nel 1998 è poi la volta della Legge sul collegamento, che ricollega l'accesso ai servizi sociali al possesso di un regolare permesso di soggiorno<sup>23</sup>. Il «collegamento» altro non è che la sincronizzazione di tutti i database dell'Amministrazione al fine di identificare i migranti irregolari al momento della richiesta di usufruire di un servizio (es. ospedaliero). Due fattori concomitanti hanno dunque causato una drastica riduzione del ricorso al welfare olandese: da una parte, la mutata natura dei flussi migratori con drastica diminuzione di irregolari e migranti "low-skilled" e contestuale aumento dei lavoratori altamente qualificati (categoria per ovvie ragioni meno vulnerabile e incline a dipendere da sussidi sociali); e, in secondo luogo, con l'introduzione della Legge sul collegamento, il timore dei migranti non regolari di essere identificati e rimpatriati al momento della richiesta di accesso al servizio. Un'ulteriore stretta è giunta nel 2006 con l'approvazione di un emendamento alla Legge sul lavoro e il welfare. La modifica esclude anche i migranti dell'Unione europea, legalmente residenti nel Paese per un periodo di tre mesi, dall'accesso ai benefici sociali.

## 5. Il sistema sanitario olandese: un ibrido privatizzato e regolamentato

Il diritto alla salute e all'accesso alle cure mediche è definito quale diritto umano fondamentale<sup>24</sup>. Tale diritto deve poi essere assicurato indipendentemente dalle sostanze economiche del recipiente e, soprattutto, dal suo status giuridico.

---

<sup>23</sup> Per maggiori dettagli e informazioni sulla legge è possibile consultare il seguente link: <[http://www.lampion.info/documents/doc/linkage\\_act.pdf](http://www.lampion.info/documents/doc/linkage_act.pdf)> [ult. acc. 15 mar. 2017].

<sup>24</sup> P. PACE (ed.), *International Migration Law. Migration and the Right to Health: A Review of European Community Law and Council of Europe Instruments*, Geneva, International Organization for Migration, 2007. Sul



La Costituzione garantisce ai soli cittadini olandesi il diritto all'assistenza sociale<sup>25</sup>. L'affermazione non è del tutto risolutiva per il diritto alla salute dei migranti in quanto, come si vedrà, il sistema sanitario (salvo alcune eccezioni) non è parte del sistema generale di previdenza sociale. Esso infatti è stato in larga parte privatizzato, subordinandone l'accesso alla previa stipula di un'assicurazione sanitaria con un operatore (privato) del settore assicurativo.

Seguono, dunque, alcuni brevi cenni alle riforme sanitarie realizzate in Olanda. Il sistema sanitario olandese presenta alcune caratteristiche tali da renderlo oggetto privilegiato di attenzione da parte degli studiosi, trattandosi di un sistema regolamentato a livello centrale, ma largamente privatizzato. Esso è "privatizzato" nel senso che i servizi sono gestiti interamente da enti assicurativi privati for-profit, ma altresì "ibrido" perché regolato e finanziato (parzialmente) dallo Stato.

La prima grande riforma del 2006 è indirizzata al settore delle malattie acute. L'innovazione è consistita nell'introdurre un sistema di competizione «guidata» dall'alto (regolamentazione del Ministero della Salute e monitoraggio da parte di commissioni indipendenti), al fine di garantire una maggiore efficienza e contenimento dei costi di settore. A partire dal 2006, anno dell'introduzione della Legge sull'Assicurazione Sanitaria, tutti i cittadini (e coloro che pagano le imposte sul reddito delle persone fisiche) sono obbligati a stipulare una polizza medica includente un pacchetto di cure di base, ossia un pacchetto minimo di trattamenti periodicamente aggiornato dal Ministero della Salute, con l'ausilio dell'Istituto di sanità olandese (*Zorginstituut Nederland*)<sup>26</sup>, fino all'aprile 2014 denominato "Commissione olandese per l'assicurazione sanitaria" (*College voor Zorgverzekeringen* - CVZ). Ciò con l'evidente finalità di assicurare uno standard minimo di tutela e una limitazione delle politiche predatorie da parte delle compagnie assicurative che, oltre a far leva sul prezzo del premio, rischierebbero altrimenti di fare eccessivamente leva sul *quantum* di tutela (andando lo Stato per questa via a limitare le pratiche di *dumping*).

Il premio nominale pagato dai cittadini ammonta all'incirca a 1288<sup>27</sup> euro all'anno (cui si aggiunge un contributo proporzionato al reddito pagato dal datore di lavoro). L'originario pacchetto era impostato sulla falsariga del regime del fondo per malattie, ossia di un regime di assicurazione sanitaria obbligatoria per persone al di sotto di una soglia minima di reddito. Il regime, abolito con la riforma del 2006, costituiva il principale strumento di copertura sanitaria, coprendo circa i due terzi della popolazione<sup>28</sup>.

---

punto occorre poi rammentare la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, che ha interpretato l'art. 2 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo come implicitamente fondante di un diritto alla salute almeno in relazione alle cure salva vita: sul punto v. G. ROMEO, *La garanzia dei diritti sociali tra "autosufficienza nazionale" e tutela sovranazionale*, in *Percorsi costituzionali*, 2013, 387 ss.

<sup>25</sup> C.A.J.M. KORTMANN-P.P.T. BOVENDEERT, *Citizenship and the Administration of Justice*, in A. ALLEN-D. HALJAN (eds.), R. BLANPAIN-F. HENDRICKX (General eds.), *IEL Constitutional Law*, Alphen aan den Rijn, Kluwer Law International, 2012, 140.

<sup>26</sup> M. KRONEMAN-J.D. DE JONG, *The basic benefit package: Composition and exceptions to the rules. A case study*, in *Health Policy*, Vol. 119, No. 3, 2015, 245-246.

<sup>27</sup> Dato relativo all'anno 2016.

<sup>28</sup> *Ibidem*, 245.

Il pacchetto di cure mediche di base include: assistenza dei medici di base, servizi ospedalieri e di ostetricia, odontoiatria (fino ai 18 anni), cure legate al parto, servizi di trasporto dei pazienti, cure paramediche (quali fisioterapia, fino ai 18 anni, riabilitazione linguistica, ergoterapia e consulenze alimentari) e terapie per la dipendenza dal fumo. Gli enti non possono rifiutarsi, inoltre, di stipulare in ragione del maggior rischio o della minore solvibilità del contraente. Questi ultimi conservano, inoltre, la facoltà di modificare l'assicurazione (e la compagnia assicurativa) ogni anno. Gli unici esentati dall'obbligo di stipula sono i militari (ammessi a un regime speciale per il quale è responsabile il ministero della Difesa) e gli obiettori di coscienza. L'assicurazione è invece gratuita per i minorenni.

L'intervento regolatorio del Governo centrale resta pervasivo soprattutto in materia di definizione delle priorità del servizio sanitario, cui si aggiunge la competenza in materia di monitoraggio della qualità dei servizi e definizione dei criteri di accesso e dei costi complessivi. Esso si occupa in aggiunta di finanziare (parzialmente) il costo della previdenza sociale per ciò che concerne il pacchetto di cure di base, drenando fondi dalla tassazione generale, mediante redistribuzione dei contributi (variabili in base al reddito) tra assicurati tramite un sistema di adeguamento dei rischi, e attraverso il sistema di assicurazione sanitaria di lunga durata obbligatoria. I contributi sono raccolti a livello centrale e poi redistribuiti tra compagnie assicurative in base a una formula che prende in considerazione fattori di rischio quali l'età, il genere, l'attività lavorativa, la regione, e il rischio di salute (calcolato a partire dall'uso di farmaci e dalla richiesta di accesso a strutture ospedaliere).

Per ciò che concerne i servizi non coperti dalla polizza, è prevista la facoltà di ricorso a sistemi di assicurazione complementare, su base volontaria. Circa l'84 per cento della popolazione ha stipulato un'assicurazione complementare, al fine di coprire servizi non ricompresi in quella obbligatoria quali cure odontoiatriche, fisioterapia, servizi di medicina alternativa, contraccettivi e ticket per farmaci (il cui costo è pari alla quota di prezzo eccedente il costo del farmaco generico)<sup>29</sup>. La differenza consiste in ciò: che a differenza dell'assicurazione obbligatoria il mercato non è regolato, e le compagnie hanno piena facoltà di esimersi dalla stipula del contratto, tenuto conto del profilo di rischio del soggetto.

Le misure di prevenzione non sono ricomprese all'interno del programma di previdenza sociale, ma risultano comunque finanziate attraverso la tassazione generale e affidate ai comuni. A seguito di tale riforma le cure di base sono fornite dai privati e gli ospedali gestiti prevalentemente da enti no-profit di carattere privato. Vigge ad oggi un divieto di distribuzione dei dividendi. Gli enti assicurativi dovranno prevedere strategie d'acquisto efficienti e competere tra di loro sia sulla base del costo della polizza sia sulla base della qualità dei servizi forniti. In base a recenti statistiche il mercato è attualmente coperto al 90 per cento da quattro gruppi assicurativi.

Un'ulteriore riforma approvata nel 2015 con la Legge sulle cure a lungo termine (*Wet langdurige zorg*) ha infine trasferito ai comuni la competenza in materia di definizione ed

---

<sup>29</sup> J. WAMMES-P. JEURISSEN-G. WESTERT, *The Dutch Health Care System*, in *International Health Care System Profiles*, consultabile al seguente link: <<http://international.commonwealthfund.org/countries/netherlands/>> [ult. acc. 2 mar. 2017].

erogazione di servizi per malattie a lunga degenza e di cura alla gioventù. In virtù del principio di sussidiarietà verticale e orizzontale, tali servizi sono ora decentrati, nel senso che saranno interamente gestiti dai comuni (cure a domicilio, case di cura per anziani...) e da compagnie assicurative (servizi infermieristici a domicilio)<sup>30</sup>. Le cure a lungo termine includono: le cure di breve o lungo periodo in un istituto di cura; il trattamento delle malattie a lunga degenza, servizi di cura personale (es. assistenza nell'espletamento delle attività di igiene personale), cure di supporto come sport e riabilitazione. Il Centro per la valutazione dei bisogni di cura (*Centrum Indicatiestelling Zorg*, CIZ) si occupa di scrutinare le domande e di chiarire se il richiedente abbia diritto o meno di accesso ai servizi. Tenzialmente, facendo parte del sistema nazionale di previdenza sociale, detti servizi sono coperti dalla contribuzione generale. È possibile, tuttavia, che sia richiesta una contribuzione personale aggiuntiva che dipenderà dalle condizioni di salute ed esigenza di cura del soggetto (in media pari a 800 euro al mese e di ammontare massimo, nei casi di grave malattia, pari a 2,301.40 euro al mese).

## 6. Tipologia del migrante e accesso alle cure

Una premessa è doverosa. Un limite fondamentale della ricerca che segue consiste nella disponibilità prevalentemente di letteratura grigia e nella scarsa reperibilità di materiale ufficiale in lingue diverse dall'olandese. Chiarito ciò, quanto al metodo d'analisi, si è deciso di suddividere il paragrafo in tre parti, corrispondenti a tre diverse categorie di migranti: i migranti lavoratori regolarmente soggiornanti, i richiedenti protezione internazionale e i rifugiati, e infine i migranti irregolari. Quanto all'ultima delle tre categorie, conviene precisare che la qualifica di immigrante irregolare si riferisce non solo ai gruppi di persone entrate illegalmente nel territorio dello Stato, e ivi rimaste, ma anche a coloro i quali non lasciano il Paese a seguito della scadenza dei permessi di soggiorno e ai richiedenti protezione internazionale che si sono visti rigettare la relativa richiesta<sup>31</sup>, non ancora rimpatriati.

### 6.1. I migranti lavoratori

In prima battuta, la categoria dei migranti lavoratori non presenta problemi particolari in quanto la riforma ha equiparato, ai fini dell'accesso alle cure sanitarie, i residenti e i non residenti che pagano l'imposta sul reddito delle persone fisiche. Tali soggetti sono obbligati a stipulare un'assicurazione sanitaria con un ente assicurativo privato, al pari dei cittadini. Si ricorderà, tuttavia, che il sistema sanitario non è incluso nel novero di servizi coperti dalla

---

<sup>30</sup> M. KRONEMAN-W. BOERMA-M. VAN DEN BERG- P. GROENEWEGEN-J. DE JONG- E. VAN GINNEKEN, *The Netherlands: health system review*, in *Health Systems in Transition*, Vol. 18, No. 2, 2016 166.

<sup>31</sup> La percentuale di accoglimento delle richieste di asilo nell'arco temporale che va dal 2010 al 2014, è stata ad esempio del 44 per cento. Dati disponibili qui: C. GONZALEZ SIERRA-S. GUETTACHE-A. KOVTUN, *Irregular Human Rights: The Status of Immigrants in the Netherlands*, in *Humanity in Action*, 2014. Disponibile al seguente link: <<http://www.humanityinaction.org/knowledgebase/559-irregular-human-rights-the-status-of-immigrants-in-the-netherlands>> [ult. acc. 19 mar. 2017].

previdenza sociale, ad eccezione delle cure a lungo termine. Per i restanti servizi (diversi dalle cure a lungo termine), vige l'obbligo generale di stipulare un'assicurazione sanitaria (v. *supra* § 3). Per quanto riguarda categorie particolari, si possono citare lavoratori subordinati, onerati alla stipula secondo lo schema apposito di assicurazione sanitaria obbligatoria per lavoratori dipendenti<sup>32</sup>, e i migranti che hanno richiesto il permesso di soggiorno. Questi ultimi, nelle more dell'accettazione del permesso di soggiorno, sono obbligati alla stipula a meno che non siano coperti da una polizza sanitaria ovvero dal sistema sanitario nazionale del Paese di origine. L'obbligo non si applica ai richiedenti protezione internazionale e a coloro che hanno presentato una domanda di ricongiungimento familiare.

L'evoluzione dei flussi migratori più sopra evidenziata chiariva la tendenza a privilegiare l'ingresso, in tempi recenti, di lavoratori altamente qualificati, che tendono a non pesare sul welfare e sistema sanitario nazionale. Un'ulteriore tendenza piuttosto recente è consistita nell'introdurre misure finalizzate ad impedire agli stranieri soggiornanti in via temporanea di richiedere l'accesso al *welfare*.

Una prima misura è giunta in forma di emendamento alla Legge sul Lavoro e sul Welfare (con l'approvazione della Legge sul collegamento). In base alla nuova normativa di riferimento, un individuo ha la facoltà di accedere al *welfare* se, e solo se, è dotato di regolare permesso di soggiorno nei Paesi Bassi. Tuttavia, se il permesso di soggiorno include una condizione in base alla quale non è consentito l'accesso a fondi pubblici, una richiesta di accesso comporterà la revoca del permesso di soggiorno. Conviene precisare che è frequente l'inclusione di una simile condizione nei permessi di soggiorno.

Per i cittadini dell'Unione è prevista una disciplina speciale: è precluso in via generale l'accesso al *welfare* ai cittadini dell'Unione europea soggiornanti per un periodo di tre mesi, nel corso dei tre mesi. Mentre, se un cittadino UE, con regolare permesso di soggiorno, richiede l'accesso al sistema sociale entro i primi cinque anni, il Servizio Immigrazione e Naturalizzazione potrà decidere discrezionalmente, con una disamina caso per caso, se revocare il permesso di soggiorno. Un potenziamento dei sistemi informatici dei comuni e del Servizio di Immigrazione e Naturalizzazione farà sì che d'ora in avanti i migranti che richiedono accesso al sistema sociale si vedranno negare un rinnovo del permesso di soggiorno (di default, nel caso di immigranti extra-UE, o con scelta discrezionale dell'amministrazione nel caso di immigranti UE).

Ulteriori problemi si presentano se si va ad analizzare l'accesso di detti soggetti al sistema di previdenza sociale (includente, ad esempio, il diritto a ricevere una pensione di vecchiaia, una pensione di reversibilità, congedi di maternità, sussidio di disoccupazione, e, come si chiarirà meglio a breve, il diritto all'accesso alle cure di lungo termine).

Si è dunque pervenuti a una situazione paradossale in cui, da una parte, i migranti lavoratori hanno l'obbligo di contribuire al pagamento delle imposte e della previdenza sociale, e, dall'altra, questi restano esclusi dalla ricezione di qualsiasi beneficio sociale. La ragione

---

<sup>32</sup> *Social security in the Netherlands: Your Dutch social security benefits*, in *Expatica*, disponibile qui: <[http://www.expatica.com/nl/about/Dutch-social-security-system-explained\\_100578.html#SocialsecurityBenefits](http://www.expatica.com/nl/about/Dutch-social-security-system-explained_100578.html#SocialsecurityBenefits)> [ult. acc. 10 mar. 2017].

della mancata esenzione dal pagamento delle imposte per questi soggetti, come si è avuto modo di anticipare, risiede nella convinzione che tale privilegio comporterebbe una forma di concorrenza sleale a danno dei lavoratori olandesi, che risulterebbero per questa via più «costosi»<sup>33</sup>.

## **6.2. I richiedenti protezione internazionale e i rifugiati**

Lo strumento disciplinante l'accesso alle cure mediche da parte dei richiedenti protezione internazionale è invece il Regolamento sui trattamenti sanitari dei richiedenti protezione del 2015 (*Regeling Zorg Asielzoekers*). I richiedenti sono affidati a centri di medicina generale appositi, dove possono accedere senza sostenere alcun costo ai trattamenti elencati dal Regolamento (in cui non sono tuttavia inclusi, a differenza dei rifugiati, i trattamenti emergenziali)<sup>34</sup>. Tale categoria di migranti è dunque esentata dall'obbligo di stipula dell'assicurazione sanitaria. Ad essi è riservato un trattamento di favore, essendo per lo più individui che giungono sul suolo olandese in condizioni precarie dal punto di vista psicofisico.

Il diritto alla salute dei richiedenti protezione internazionale trova poi una particolare tutela in ipotesi di trasferimento a un altro Paese membro dell'Unione. Al di là delle specifiche tutele sedimentate dalla giurisprudenza in materia di divieto di trasferimento verso Paesi che non assicurano un sufficiente standard di protezione<sup>35</sup>, l'applicazione dell'art. 32 del Regolamento di Dublino fa altresì sì che, ove si tratti di individui particolarmente vulnerabili ovvero affetti da una malattia, siano trasmessi allo Stato di destinazione i dati sensibili in materia di salute, previo consenso dell'interessato o del suo rappresentante legale. Lo scambio di informazioni ha come noto la finalità di assicurare una continuità nelle cure mediche e la conoscibilità, prima ancora dell'arrivo nel nuovo Stato, delle esigenze mediche del soggetto interessato.

Al momento del respingimento della richiesta di protezione, il migrante diventa immediatamente irregolare, e conseguentemente sarà gravato dall'obbligo di abbandonare il Paese. L'unica eccezione a tale obbligo consiste nella facoltà di richiedere un "permesso speciale temporaneo", che sarà rilasciato al ricorrere di stringenti condizioni, quali l'impegno del migrante a lasciare il Paese non appena possibile e a cooperare con le autorità olandesi a tal fine. Il permesso speciale può essere ottenuto sia ove vi siano condizioni ostative al ritorno in patria (*buitenschuldvergunning*) sia per ragioni mediche, ai sensi dell'articolo 3.48 § 2° della Legge sugli Stranieri e dell'articolo B8/4.1 delle Linee guida all'applicazione della Legge sugli Stranieri (*Vreemdelingencirculaire* 2000). Dette Linee guida dettano requisiti ulteriori e assai stringenti in base ai quali, per ottenere il permesso temporaneo, è necessario che il migrante

---

<sup>33</sup> M. SIEGEL-C. DE NEUBOURG, *A historical perspective on immigrants and social protection in the Netherlands*, UNU-MERIT Working Paper Series, 2011, 11.

<sup>34</sup> *Ibidem*, p. 163.

<sup>35</sup> *Ex multis*: Cons. di Stato, dec. 18 gennaio 2017, n. 201608443/1; dec. 5 settembre 2013, n. 201205236/1; dec. 5 febbraio 2015, n. 201403670/1; dec. 1 dicembre 2016, n. 201502436/1; dec. 9 agosto 2016, n. 201507801/1; dec. 19 febbraio 2016, n. 201505706/1; dec. 26 novembre 2015, n. 201507248/1.

dimostri di essersi rivolto ad una ONG per facilitare il ritorno in patria, e al Servizio Rimpatri per facilitare l'ottenimento dei documenti dalle autorità del Paese verso il quale è possibile recarsi (non necessariamente il Paese di origine). La possibilità di ottenere un permesso speciale si rende nella prassi del tutto virtuale.

Al momento dell'accoglimento della richiesta di protezione, i migranti diventano automaticamente rifugiati, e in tal caso dovranno stipulare la loro polizza medica al pari degli altri cittadini. Quanto qui si va affermando rende immediatamente evidente come al momento dell'accoglimento della domanda, tali soggetti si trovino paradossalmente in una condizione peggiore, gravando su questi l'obbligo di pagare premi annuali, che ammontano in media intorno ai 1288 euro all'anno, e di corrispondere i primi 385 euro di tasca propria. Inoltre, il costo dell'interprete non sarà più coperto dal sistema sanitario nazionale, con conseguente impossibilità nella maggioranza dei casi di comprendere i pacchetti offerti dalle compagnie assicurative e quali spese mediche sono deducibili dai 385 euro di franchigia<sup>36</sup>.

Da un punto di vista storico, il primo intervento a protezione della salute dei rifugiati avvenne nel 1979 con l'istituzione del Centro per la salute dei rifugiati. Il Centro offriva cure di prima accoglienza per i rifugiati accolti nel Paese, fungendo da ponte per il successivo passaggio di questi nel sistema sanitario comune. I servizi del Centro furono poi estesi nel 1987 altresì ai richiedenti protezione internazionale. Tali poli avevano il compito di fornire consulenza e formazione, oltre che di raccogliere informazioni da trasmettere ai medici di base del comune di accoglienza, concernenti lo stato di salute e l'eventuale *background* del migrante (assai spesso problematico e connotato da violenza).

A partire dal 2000, il Ministero della Salute pubblica, di concerto con il COA (Agenzia centrale per l'accoglienza dei richiedenti protezione) e il Servizio di salute collettiva decisero di assorbire i rifugiati nel sistema sanitario nazionale, superando dunque l'esperienza dei centri di accoglienza.

È riconosciuto lo status di rifugiato a tutti coloro i quali integrano i criteri stabiliti dalla Convenzione di Ginevra, e i relativi partner e figli fuggiti insieme al richiedente principale. Ai rifugiati è concesso un permesso di soggiorno di un anno, rinnovabile. Al termine di cinque anni può essere loro riconosciuto un permesso di soggiorno permanente, previo superamento dell'esame di integrazione civica (v. *supra* § 2). Alla categoria è riconosciuto oggi l'accesso al pacchetto dei benefici di base, ricordando che con tale locuzione ci si riferisce al paniere base di cure che gli enti assicurativi sono obbligati a riconoscere ai sensi della Legge sull'Assicurazione Sanitaria del 2006. Sono esclusi dal pacchetto soltanto la procreazione artificiale *in vitro* e il trattamento della dislessia acuta, mentre in alcuni casi tali migranti possono ricorrere a cure non ricomprese nel paniere per i comuni cittadini, quali il rimborso delle spese delle lenti da vista. I rifugiati possono accedere ai benefici qui elencati previa registra-

---

<sup>36</sup> *Access to health care: also for refugees?*, in *Leiden Law Blog*, 9.02.2016, disponibile qui: <<http://leidenlawblog.nl/articles/access-to-health-care-also-for-refugees>> [ult. acc. 15 mar. 2017].

zione presso l'agenzia centrale per l'accoglienza dei richiedenti protezione (*Centraal Orgaan opvang Asielzoekers*, COA)<sup>37</sup>.

### 6.3. I migranti irregolari

Il tema dei migranti irregolari ha raggiunto un picco di visibilità negli ultimi anni all'interno dell'Unione europea, a causa del notevole aumento dei relativi flussi migratori. Per ovvie ragioni è difficile fornire una stima accurata del numero di migranti irregolari. Basti qui ricordare come nel 2010 si è stimato che vi siano in Olanda tra 60000 e 225000 unità di migranti irregolari (corrispondenti allo 0,4-1,4 per cento della popolazione olandese), mentre nel 2013 è stata affinata tale stima e ricondotta a un *range* di 60000 e 133000 individui<sup>38</sup>. La disciplina dell'accesso alle cure da parte di tali soggetti è interamente rimessa al margine di apprezzamento dei Paesi membri, e può oscillare dal pieno accesso all'accesso limitato alle sole cure di emergenza.

La titolarità dei diritti sociali dei migranti è regolata dalla Legge sugli stranieri del 23 novembre 2000 (*Vreemdelingenwet* 2000), modificata dalla nota Legge sul collegamento. L'art. 10 della legge stabilisce che gli individui non regolarmente residenti nel territorio olandese sono esclusi dal diritto di ricevere qualsiasi beneficio sociale offerto dall'Amministrazione, ad eccezione dei seguenti: trattamenti medici «necessari», e trattamenti indispensabili per la tutela della salute pubblica, istruzione primaria per i propri figli, e assistenza legale limitata. La legge statuisce inoltre il divieto per i migranti non dotati di permesso di soggiorno di stipulare un'assicurazione sanitaria<sup>39</sup>.

Restano dunque esclusi dal novero dei diritti garantiti non solo diritti sociali basilari quali il diritto al cibo e all'abitazione<sup>40</sup> (sanciti dalla Carta sociale europea, ratificata dai Paesi Bassi nel 1980, e dunque vincolante sin da tale anno), ma anche le restanti cure sanitarie (non urgenti). La ragione per la quale il Ministero della Salute e dello Sport ha dichiarato di non voler concedere accesso alle cure non urgenti risiede nella convinzione che una simile apertura genererebbe un aumento dell'immigrazione e una sorta di turismo sanitario, al fine di usufruire gratuitamente delle cure messe a disposizione dallo Stato<sup>41</sup>. Dal 1998, anno di introduzione della Legge sul collegamento (che esclude per la prima volta i migranti irregolari dal servizio sanitario nazionale) e il 2009, i *provider* potevano tentare di ottenere dallo Stato il

---

<sup>37</sup> M. KRONEMAN-W. BOERMA-M. VAN DEN BERG- P. GROENEWEGEN-J. DE JONG- E. VAN GINNEKEN, *The Netherlands: health system review*, cit., 163.

<sup>38</sup> Le stime sono riportate nelle memorie di replica della CEC nel caso Conferenza delle Chiese europee (CEC) v. Paesi Bassi, Appello n. 90/2013, doc. n. 6, presentato dinanzi alla Commissione Europea dei Diritti Sociali.

<sup>39</sup> R. BAGHIR-ZADA, *Illegal Aliens and Health (Care) Wants: The Cases of Sweden and the Netherlands*, Tesi di dottorato, Malmö, Malmö University, 2009.

<sup>40</sup> Si v. la recente pronuncia Commissione Europea dei Diritti Sociali, *Hunde c. Paesi Bassi*, sent. 1 luglio 2014, app. n. 17931/16.

<sup>41</sup> K. GRIT-J.J. DEN OTTER-A. SPREIJ, *Access to Health Care for Undocumented Migrants: A Comparative Policy Analysis of England and the Netherlands*, in *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 37, No. 1, 2012, 50.

rimborso delle sole cure mediche necessarie e dei trattamenti indispensabili per la tutela della salute pubblica.

Dal gennaio 2009, per rimediare ai vuoti di tutela generati dalla Legge sugli stranieri e dalla riforma sanitaria del 2006, il Governo istituisce un fondo speciale per il rimborso delle cure mediche dei migranti irregolari (*Koppelingsfund*), mediante la Legge per il Rimorso delle Cure dei Migranti Irregolari (*Wet tegemoetkoming in de kosten voor de zorg voor illegale vreemdelingen*).

La novità principale dello schema consiste nel rimborsare alle strutture e i professionisti impegnati nell'erogazione del servizio dall'80 al 100 per cento del costo sostenuto, a patto che si dia dimostrazione dell'aver diffidato previamente al pagamento il migrante, e che questi risulti incapiente o impossibilitato a pagare<sup>42</sup>.

Il nuovo contesto legislativo non distingue più tra servizi primari e secondari, bensì tra servizi direttamente e indirettamente accessibili. Le cure emergenziali diventano inoltre un sottogruppo delle cure direttamente accessibili, sotto forma di cure "necessarie" (concetto ben più ampio delle cure strettamente emergenziali e salva-vita). Tale legge consente ai migranti irregolari di accedere dunque a due tipologie di servizi: a) servizi direttamente accessibili, quali assistenza di medicina di base, odontoiatria, fisioterapia; b) servizi non direttamente accessibili, quali servizi ambulatoriali, accesso a reparti ospedalieri specializzati.<sup>43</sup> Mentre nel primo caso qualsiasi operatore può offrire il servizio, non così nel secondo caso: soltanto le strutture convenzionate possono offrire i servizi *sub b)* e richiedere il rimborso. Per accedere a tali strutture è inoltre richiesta una prescrizione medica apposita o il rinvio a un medico specialista; e nel caso di errore (relativo alla struttura convenzionata) da parte del migrante o del medico che effettua la prescrizione o il rinvio, il paziente sarà costretto a sobbarcarsi l'intero costo delle cure mediche.

La nozione di servizio medico necessario fu fatta coincidere con la nozione di "copertura sanitaria di base", ai sensi della Legge sull'Assicurazione Sanitaria del 2006. Ciò in contrasto con le raccomandazioni della Commissione Klazinga (2007), mirante a far sì che fossero i medici di volta in volta a decidere quale trattamento si rendesse "necessario" per la tutela della salute del migrante.

Il paniere di cure riconosciuto ai migranti è dunque ben più ampio di quello riconosciuto nella maggioranza dei Paesi in Europa (l'Italia costituisce un'eccezione, come si dirà). Ciò perché il lemma "necessario" non è sinonimo né di "emergenziale" né di "essenziale".

Una novità rilevante rispetto al precedente contesto legislativo consiste nell'obbligo per gli ospedali e gli altri fornitori di servizio di contrattare con la Commissione per l'assicurazione sanitaria per ottenere il rimborso. Ad esempio, nel 2012, soltanto 62 operatori del settore su 120 erano convenzionati, e avevano dunque possibilità di offrire assistenza

---

<sup>42</sup> C. BJÖRNGREN CUADRA, *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27. Country Report: The Netherlands*, Malmö, Malmö University, 2010. Disponibile al seguente link: <<http://files.nowhereland.info/667.pdf>> [ult. acc. 19 mar. 2019].

<sup>43</sup> D. AN BISWAS-B. TOEBES-A. HJERN-H. ASCHER-M. NORREDAM, *Access to health care for undocumented migrants from a human rights perspective: A comparative study of Denmark, Sweden, and the Netherlands*, in *Health and Human Rights*, No. 2, 2014.



sanitaria ai migranti irregolari. I restanti ospedali conservavano il solo diritto di presentare una domanda di rimborso in ipotesi di trattamento medico urgente<sup>44</sup>.

L'onere di previa «escussione» del patrimonio del migrante ha costituito e costituisce un forte disincentivo alla richiesta di accesso alle cure sanitarie, anche urgenti. La scarsa conoscenza della disciplina in materia, che prevede un obbligo giuridico per le strutture sanitarie accreditate e i medici generali di fornire assistenza in caso di emergenza, accompagnata all'incapacità per i migranti irregolari di pagare i propri trattamenti, quando richiesto, e dalla paura di essere rispediti nel Paese di origine, fa sì che, ad oggi, il numero di migranti richiedenti accesso a dette cure resti relativamente esiguo<sup>45</sup>.

## 7. Annotazioni comparatistiche rispetto all'esperienza italiana

Se si vuol guardare al sistema olandese nella prospettiva dell'esperienza italiana, al fine di valutare, per esempio, l'esportabilità o meno delle sue soluzioni giuridiche<sup>46</sup> occorre innanzitutto premettere che, soprattutto negli ultimi anni, si assiste ad una generale uniformazione delle tutele nei confronti del non cittadino nell'ambito degli Stati membri dell'Unione europea. E ciò per due ragioni: innanzitutto per il maggior attivismo del legislatore europeo sul tema dell'immigrazione, che ha condotto, per esempio, all'adozione della cosiddetta Direttiva sull'accoglienza<sup>47</sup>. In secondo luogo, per il ruolo della giurisprudenza della Corte di giustizia: quest'ultima è intervenuta in numerose occasioni in materia di condizione del non cittadino, benché abbia trattato principalmente, e per ragioni intuibili avendo riguardo all'assetto competenziale, la situazione del cittadino di Paese terzo lavoratore<sup>48</sup>. Non deve, in altri termini, sorprendere una certa vicinanza tra le legislazioni nazionali in questa materia.

In questo quadro, rimangono ferme alcune differenze, dovute per un verso alle vicende politiche proprie di ciascun ordinamento (che evidentemente influiscono immediatamente sulla materia di cui si discute) e, per l'altro, all'assetto istituzionale e, nel caso di specie, all'esistenza o meno di una giurisdizione costituzionale.

Più in dettaglio, nell'ordinamento olandese il trattamento del lavoratore migrante non suscita apparentemente particolare interesse, dal momento che egli è equiparato ai fini dell'accesso alle cure al lavoratore cittadino. Ebbene, la differenza di trattamento riguarda però il resto delle prestazioni sociali, posto che il permesso di soggiorno implica (nel senso che è condizionato a) la contestuale rinuncia all'accesso al *welfare*. La situazione (per molti

---

<sup>44</sup> K. GRIT-J.J. DEN OTTER-A. SPREIJ, *Access to Health Care for Undocumented Migrants*, cit., 48.

<sup>45</sup> *Dutch health care for illegal migrants*, in *RNW*, disponibile al seguente link: <https://www.rnw.org/archive/dutch-health-care-illegal-migrants-below-par> [ult. acc. 10 mar. 2017].

<sup>46</sup> Utilizzando cioè la comparazione secondo quella che talvolta è definita la funzione di *test* del diritto comparato, la sua utilizzabilità cioè al fine di testare le possibili conseguenze di una certa soluzione giuridica: . B. MARKESINIS, *The Judge as Comparatist*, in 80 *Tulane Law Review*, 37 (2005).

<sup>47</sup> Cfr. Direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio 2013/33/EU, del 26 giugno 2013 recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale.

<sup>48</sup> V. da ultimo la decisione Corte giust. Unione europea, settima sezione, in causa C-449/16, *Martinez Silva v. INPS* del 21 giugno 2017.

versi paradossale) è, dunque, quella per cui una richiesta da parte dello straniero di accedere alle cure offerte dal sistema sanitario, comporta la revoca del titolo di soggiorno.

Ora, il legislatore italiano si era mosso, probabilmente con meno accortezza, in direzione analoga. Infatti, l'art. 80, c. 19 della l. n. 388 del 23 dicembre 2000 (legge finanziaria per il 2001) subordinava il riconoscimento dell'assegno sociale e di altre prestazioni assistenziali al possesso di precisi titoli di soggiorno (la carta di soggiorno e il permesso di soggiorno di durata non inferiore a un anno). Il rilascio di questi ultimi, tuttavia, richiede la titolarità di un certo reddito, del quale il riconoscimento della provvidenza sociale, invece, presuppone l'inesistenza. In tale contesto, dunque, l'adempimento del requisito contemplato dalla legge (quello previsto per il riconoscimento delle prestazioni) comportava necessariamente la mancata soddisfazione dell'altro (quello richiesto per ottenere il permesso di soggiorno).

La disposizione è stata però censurata dalla Corte costituzionale per violazione degli art. 2, 3, c. 1, 32 e 38 Cost. Con la pronuncia n. 306/2008 la Consulta ha, infatti, chiarito che la norma esibisce un'intrinseca irragionevolezza dal momento che esclude dal beneficio proprio gli stranieri maggiormente bisognosi di assistenza<sup>49</sup>. Essa, inoltre, viola il diritto alla salute «inteso anche come diritto ai rimedi possibili e, come nel caso, parziali, alle menomazioni prodotte da patologie di non lieve importanza», riconosciuto dagli art. 32 e 38 e, nella sua dimensione di diritto universale, dall'art. 2 Cost.

La Consulta ha affrontato anche il profilo della violazione dell'art. 10, c. 1 Cost. specificando che la mancata garanzia del diritto alla salute integra anche una violazione di detta disposizione, dal momento che tra le norme del diritto internazionale generalmente riconosciute figurano certamente quelle che vietano discriminazioni nei confronti degli stranieri legittimamente soggiornanti nel territorio dello Stato e ne garantiscono i diritti fondamentali «indipendentemente dall'appartenenza a determinate entità politiche»<sup>50</sup>.

In sostanza, la Corte costituzionale ha accolto, a partire dalla sentenza in commento<sup>51</sup>, il principio per cui il legislatore possa subordinare, non irragionevolmente, l'erogazione di determinate prestazioni allo straniero al possesso di un titolo di legittimazione al soggiorno nel territorio dello Stato, idoneo a dimostrarne il carattere non episodico e di breve durata; cionondimeno una volta che il diritto a soggiornare sia riconosciuto, è incostituzionale discriminare gli stranieri attraverso la fissazione di limitazioni per il godimento dei diritti fondamentali della persona riconosciuti invece ai cittadini.

---

<sup>49</sup> I giudici costituzionali si sono orientati in senso analogo nella pronuncia n. 11/2009 con la declaratoria di incostituzionalità della disposizione in commento nella parte in cui esclude che la pensione di inabilità possa essere attribuita agli stranieri non cittadini UE soltanto perché essi non risulta in possesso dei requisiti di reddito stabiliti per i titoli di soggiorno previsti dalla legge: sul punto v. G. BRUNELLI, *Welfare e immigrazione: le declinazioni dell'eguaglianza*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2008, 541 ss.

<sup>50</sup> Cfr. sent. 306/2008, *cons. dir.* 10.

<sup>51</sup> V. anche le sent. 40/2011; 2/2013; 4/2013; 172/2013 e 222/2013 in cui la Corte ha affermato che la garanzia delle prestazioni sociali, specialmente quando finalizzate a fornire sostegno in una condizione di bisogno, devono essere riconosciute allo straniero regolarmente presente sul territorio dello Stato, senza essere subordinate alla dimostrazione della consistente durata della residenza. Si deve infatti ritenere sufficiente un soggiorno continuativo e non meramente occasionale. Sulla giurisprudenza costituzionale relativa alla condizione del non cittadino rispetto all'accesso al welfare v. in particolare A. RUGGERI, *I diritti dei non cittadini tra modello costituzionale e politiche nazionali*, in *Consulta on line*, 1/2015, 1 ss.

È possibile concludere, dunque, che nel caso italiano il legislatore è stato, a partire invero dai primi anni duemila<sup>52</sup>, costantemente incalzato dalla Consulta nella direzione di riconoscere una tendenziale parità di trattamento tra cittadini e stranieri regolarmente residenti quanto all'accesso alle cure e, più in generale, al sistema di *welfare*. Ciò ha precluso la sopravvivenza nel nostro ordinamento di norme analoghe a quelle contenute invece nella disciplina olandese in materia di condizione giuridica soggettiva del non cittadino lavoratore.

Se si sposta la comparazione al piano della condizione giuridica dell'irregolare, è interessante notare come quelle stesse garanzie che, in Italia, sono state soprattutto acquisizioni della giurisprudenza costituzionale corrispondono, nell'ordinamento olandese, a precise scelte del legislatore. Così, la categoria delle cure essenziali è, nel nostro ordinamento, frutto di elaborazione giurisprudenziale<sup>53</sup>. Infatti, la Consulta ha chiarito che il diritto alla salute è protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana e, pertanto, deve essere riconosciuto anche allo straniero a prescindere dalla legittimità della sua presenza sul territorio dello Stato. Ne consegue che al non cittadino benché sprovvisto di un legittimo titolo di soggiorno sono garantiti non soltanto gli interventi di assoluta urgenza, come previsto dalla legge<sup>54</sup>, ma tutte le cure necessarie e anche continuative per malattia e infortunio. Il diritto alla salute è dunque interpretato come diritto universale per quanto attiene al suo significato essenziale; tutte le prestazioni non includibili nel "nucleo essenziale" di tutele restano, invece, nella disponibilità del legislatore, nel senso che quest'ultimo può differenziarne il godimento anche in ragione dei vincoli di bilancio, trovando quale unico limite l'irragionevolezza della legge.

Al contrario, nei Paesi Bassi la categoria delle cure necessarie è contenuta in una disposizione legislativa e, in particolare, nell'art. 10, della citata legge sugli stranieri del 23 novembre 2000.

Una prima conclusione dunque riguarda il ruolo determinante della giurisprudenza costituzionale italiana nel contribuire a disegnare un assetto normativo, non solo in linea con le garanzie riconosciute nel resto d'Europa, ma addirittura, sulla carta, più rispettoso della condizione soggettiva del migrante comunque presente sul territorio nazionale.

Il protagonista, nei Paesi Bassi, è invece e prevedibilmente il Parlamento, posta l'inesistenza di un controllo di costituzionalità delle leggi. A ciò deve essere aggiunta la sensibilità delle corti alla giurisprudenza sovranazionale, soprattutto della Corte EDU.

Sul piano dell'accesso concreto alle cure cosiddette necessarie, l'ordinamento italiano è, almeno stando al tenore della legislazione così come plasmata dall'opera della Consulta, più avanzato nel senso della pressoché completa equiparazione tra cittadino e non cittadino (comunque presente sul territorio).

---

<sup>52</sup> Deve infatti essere menzionata la sent. 252/2001 in cui la Corte ha precisato, con riguardo all'assistenza sanitaria in favore dello straniero irregolarmente soggiornante, che benché il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute sia costituzionalmente condizionato alle esigenze di bilanciamento con gli altri interessi protetti dalla Costituzione, la garanzia di un "nucleo irriducibile" di tutele deve essere assicurata al fine di evitare la costituzione di situazioni prive di protezione.

<sup>53</sup> Cfr., oltre alla sopraccitata sent. 252/2001, le pronunce n. 269/2010; 299/2010 e 61/2011.

<sup>54</sup> Cfr. art. 35, d.lgs. 25 luglio 1998, n. 286.

Tuttavia, vi sono difficoltà applicative della disciplina che dipendono sia dalla scarsa conoscenza della normativa da parte dei possibili utenti<sup>55</sup>, sia dalle “resistenze” di taluni legislatori regionali, i quali talvolta introducono restrizioni o condizioni ulteriori per ridurre il peso finanziario dell’assistenza in favore degli stranieri irregolari<sup>56</sup> sui bilanci regionali. Le difficoltà sono evidentemente maggiori nell’ordinamento olandese posta la natura pubblico-privata del servizio sanitario e la regola della previa escussione del patrimonio del migrante, la quale come anticipato funge da disincentivo per l’accesso al sistema sanitario.

In ultima analisi, almeno con riferimento al diritto alla salute, il modello olandese appare nel complesso meno garantista di quello italiano, benché in concreto si riscontrino problemi al piano della reale fruibilità delle garanzie riconosciute.

## 8. Conclusioni

Il diritto alla salute degli stranieri nell’ordinamento olandese deve essere inquadrato, per un verso, nell’ambito delle peculiarità del sistema sanitario di quel paese e, per l’altro, avendo in mente la più generale attitudine verso il fenomeno dell’immigrazione. È stato notato che l’accesso al *welfare* è stato gradualmente ristretto rispecchiando ora preoccupazioni di carattere economico tendenti a denunciare la concorrenza sleale dei lavoratori migranti a danno dei cittadini olandesi, ora ragioni di carattere squisitamente culturale e (pseudo)morale. Il riferimento è qui alle ondate di sentimento anti-islamico e anti-islamista, che, soprattutto quando coincidenti con la difesa dei valori occidentali rispetto alla presunta invasione musulmana, fungono da giustificazione politica per la limitazione dell’accesso al *welfare* degli immigrati.

Tuttavia, si deve altresì rammentare che esiste, in via generale, una continuità logica tra il privilegiare l’immigrazione economica e consentire l’accesso ai servizi di *welfare* agli immigrati lavoratori. Tale continuità logica consiste per un verso nella “promessa di restituzione” di servizi nel caso in cui l’immigrato contribuisca attivamente al benessere della comunità politica di accoglienza; per l’altro nella circostanza per cui l’attività lavorativa costituisce di per sé una garanzia rispetto a un uso limitato delle risorse pubbliche, diminuendo la vulnerabilità del soggetto.

In Europa, la crescente attenzione alla condizione dei rifugiati e, dunque, il progressivo intensificarsi delle tutele loro accordate, testimoniato per esempio dalla direttiva europea in tema di condizione del rifugiato e dell’asilante, lascia sullo sfondo il fenomeno dell’immigrazione clandestina. Di conseguenza, gli stranieri irregolari rimangono una catego-

---

<sup>55</sup> Sulle barriere linguistiche e culturali all’accesso ai sistemi di *welfare* da parte degli stranieri v. G. Zincone, *Da sudditi a cittadini. Le vie dello Stato e le vie della società civile*, Bologna, il Mulino, 1992, 288. L’A. sottolinea che la possibilità di utilizzare gli strumenti del *welfare* dipende, invero anche per i cittadini, dalla capacità di disporre di indicazioni utili e di impiegarle consapevolmente.

<sup>56</sup> Sul punto v. in particolare il rapporto sulla legislazione sanitaria italiana per gli immigrati irregolari e sull’attuale fruibilità delle prestazioni a livello regionale, disponibile all’indirizzo internet [https://www.naga.it/tl\\_files/naga/comunicati/4-6%20ON%20LINE%20LEGISLAZ.%20SANIT%20E%20FRUIBIL..pdf](https://www.naga.it/tl_files/naga/comunicati/4-6%20ON%20LINE%20LEGISLAZ.%20SANIT%20E%20FRUIBIL..pdf)

ria tendenzialmente sprovvista di tutele. Ciò segnala peraltro la persistente considerazione dei diritti sociali come diritti “di secondo livello”, diritti in qualche misura “meno fondamentali” dei diritti civili. Essi rappresentano situazioni giuridiche per le quali può avere ancora senso la distinzione tra diritti di cittadinanza e diritti umani. In ultima analisi, la cittadinanza autenticamente cosmopolitica, di cui spesso si discorre, rimane soprattutto di questi tempi una “cittadinanza minima”, una condizione dalla quale rimangono esclusi coloro che non sono percepiti come integrabili nella comunità politica.

Il sistema olandese si pone invero in parziale controtendenza, nel senso ch'esso si preoccupa di assicurare, sulla carta, un paniere di cure relativamente ampio agli irregolari (includente, ad esempio, assistenza di medicina di base, odontoiatria, fisioterapia, servizi ambulatoriali, accesso a reparti ospedalieri specializzati). Ciò nondimeno, i dati statistici forniscono un quadro allarmante laddove, come si è anticipato, si ponga mente alla tendenza dei clandestini ad evitare di ricorrere al sistema sanitario per paura di ripercussioni di qualunque tipo, compresa la rivelazione della condizione di irregolarità. Da questo punto di vista, infatti, l'accesso alle cure potrebbe diventare un momento di emersione dalla clandestinità.

In termini non dissimili, la formale equiparazione del migrante lavoratore al cittadino, è priva di reale effettività se si considerano tutta una serie di limitazioni (es. le frequenti clausole di divieto di accesso al sistema di welfare) e preclusioni (soprattutto legate al sistema di previdenza sociale).

In definitiva, un sistema così avanzato in termini di tutela dei migranti, sconta un difetto di effettività che rischia di compromettere l'impianto complessivo delle riforme attuate. L'auspicio è dunque quello per cui i Paesi Bassi si impegnino negli anni a venire a ricucire il vistoso iato venutosi a creare tra la lettera della legge e il piano dell'effettività della tutela del diritto alla salute dei migranti.