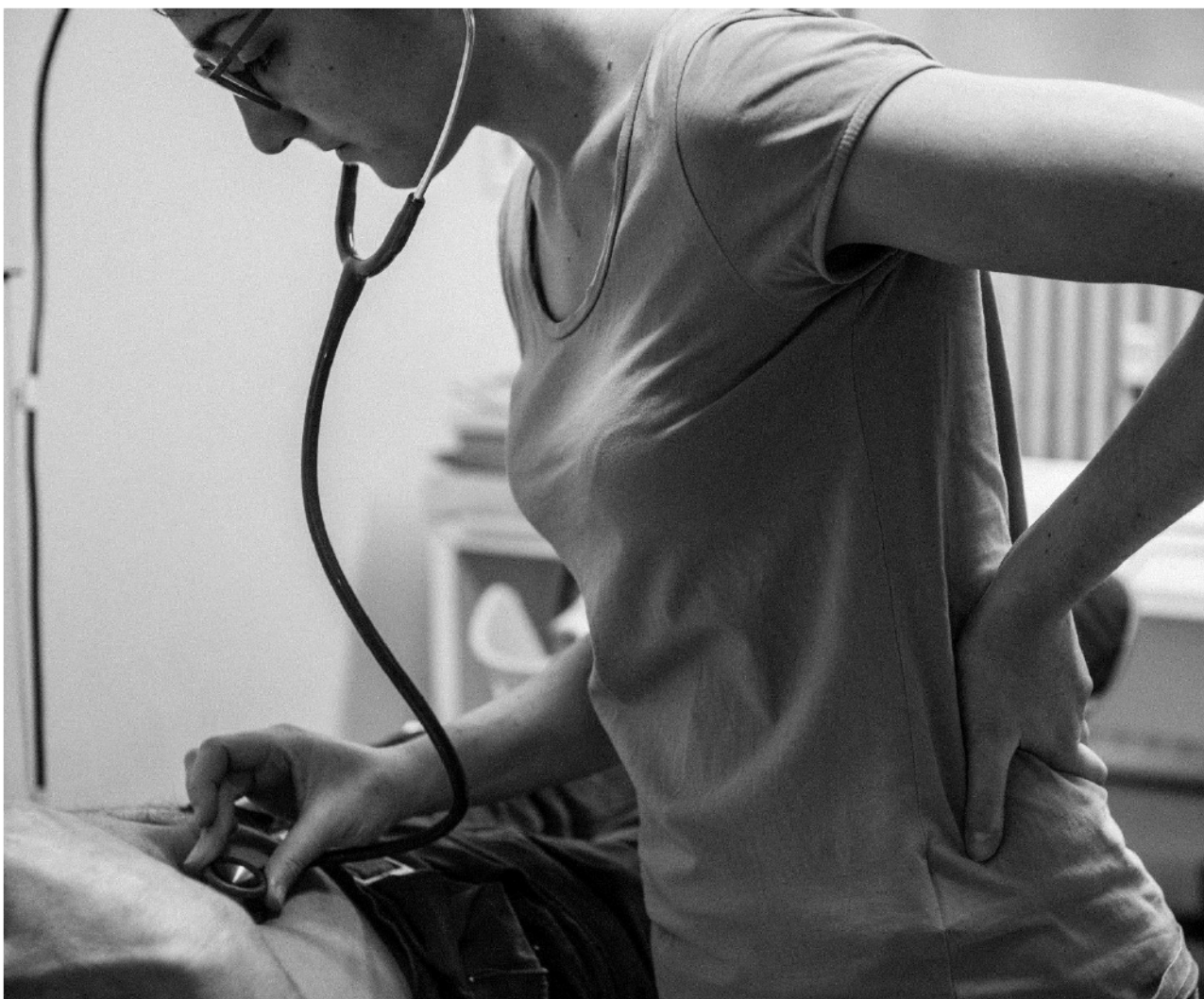


Disagio cronico

La patologia cronica nel paziente irregolare
Uno studio qualitativo

A cura di Naga

Aprile 2018



Ringraziamo i medici e gli operatori del servizio accoglienza dell'ambulatorio del Naga per la raccolta dei dati e i volontari e i dipendenti del Naga che hanno collaborato alla stesura del report.

Si ringrazia, in particolare, il dott. Guglielmo Meregalli per l'ideazione e il coordinamento dell'indagine.

NAGA

Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti - Onlus

Via Zamenhof, 7/A -20136 Milano

Tel: 0258102599 - Cell: 3491603305 - Fax: 028392927

www.naga.it - naga@naga.it

Facebook: www.facebook.com/NagaOnlus

PER SOSTENERE IL NAGA

Donazioni on line su www.naga.it

Conto corrente bancario: Presso Banca Popolare Etica intestato a Naga Onlus.

Codice Iban IT 17 NO 50 180 160 00 00 01 12 41 072

Conto corrente postale: n. 19 42 82 00

Dona il tuo 5x1000 al Naga indicando il nostro codice fiscale nella dichiarazione dei redditi:

97 05 80 50 150

Finito di stampare nel mese di aprile 2018

Quest'opera è distribuita con **Licenza Creative Commons Attribuzione - Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale**. Significa che può essere riprodotta a patto di citare Naga e di condividerla con la stessa licenza.

Foto di copertina: **Giulia Bellezza**

Disagio cronico

La patologia cronica nel paziente irregolare

Uno studio qualitativo

A tutti i nostri pazienti

Indice

1. Introduzione e obiettivi dello studio	6
2. Metodologia e campione dello studio	8
3. Risultati.....	9
Provenienza	9
<i>Grafico 1 – Provenienza del campione di indagine.....</i>	<i>9</i>
Composizione per sesso	9
<i>Grafico 2 – Sesso del campione di indagine</i>	<i>9</i>
Età.....	10
Condizione abitativa	10
<i>Grafico 3 – Abitazione del campione di indagine</i>	<i>10</i>
Scolarizzazione.....	11
<i>Grafico 4 – Scolarizzazione del campione di indagine</i>	<i>11</i>
Condizione lavorativa	11
<i>Grafico 5 – Condizione lavorativa del campione di indagine.....</i>	<i>11</i>
Permanenza in Italia	12
Patologie.....	13
<i>Grafico 6 – Patologie del campione di indagine</i>	<i>13</i>
Accesso al Sistema Sanitario Nazionale.....	13
<i>Grafico 7 – Accesso a SSN del campione di indagine.....</i>	<i>14</i>
4. Conclusioni e proposte	16
5. Fonti.....	17

1. Introduzione e obiettivi dello studio

Secondo la Costituzione italiana, la salute è un *“fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”*. Trattandosi di un diritto *“inviolabile”*, la Corte Costituzionale ha stabilito che *“lo straniero presente, anche irregolarmente, nello Stato ha diritto di fruire di tutte le prestazioni che risultino indifferibili e urgenti, trattandosi di un diritto fondamentale della persona che deve essere garantito”*¹.

Secondo la legge italiana (art. 35, comma 3, *Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 – Testo Unico Immigrazione*), esso è garantito anche per le persone senza permesso di soggiorno².

Per rendere effettivo il godimento di questo diritto il legislatore ha **previsto l'assegnazione del codice STP** (Straniero Temporaneamente Presente), che dovrebbe assicurare le cure *“urgenti, essenziali ancorché continuative”* e **il divieto di segnalazione** dei cittadini stranieri irregolari alle autorità di polizia quando si presentino a presidi sanitari.

La legge riconosce dunque che il diritto alle cure in Italia è un diritto di tutti indipendentemente dallo status giuridico sul territorio. Ma l'applicazione della norma è rimessa alle singole Regioni che applicano la legge con modalità molto diverse e, spesso, il diritto alla salute resta solo sulla carta.

Negli anni sono molte le realtà di ricerca e operative sul territorio che confermano una situazione di questo tipo. Secondo **Open Migration** *“il problema del mancato accesso alle cure dei migranti nel nostro paese è noto da anni”*³. Il Centro Studi Ricerche **IDOS-UNAR** afferma che *“si rileva un'estrema difficoltà nelle pratiche di accesso all'assistenza sanitaria degli stranieri, sia tra le regioni che talvolta all'interno dello stesso territorio, con interpretazioni locali delle norme tali da ostacolare l'inclusione e favorire la discriminazione”*⁴. Allo stesso modo il dott. **Salvatore Geraci**, medico, Responsabile Caritas dell'Area Sanità per Immigrati e Rom e Coordinatore dei GrIS (Gruppi Immigrazione e Salute) afferma che *“nonostante normative sanitarie nazionali inclusive si riscontrano ancora oggi troppe diversità regionali per garantire la tutela sanitaria agli stranieri attraverso il SSN ed interpretazioni restrittive delle norme in particolare per gli ‘stranieri temporaneamente presenti’ e per gli ‘europei non iscritti’”*⁵. Infine, anche secondo **Medici Senza Frontiere** *“il Sistema Sanitario Nazionale attualmente risponde ai bisogni sanitari acuti di rifugiati e richiedenti asilo, ma non è strutturato per rispondere ai loro bisogni all'indomani delle dimissioni ospedaliere. Dopo le cure ospedaliere la maggior parte di loro non riesce ad accedere all'assistenza sanitaria di cui avrebbe bisogno”*⁶.

1. Corte Costituzionale, Sent. n. 252/2001.

2. Circolare del Ministro della Salute n.5 del 24 marzo 2000 e Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 – Testo Unico Immigrazione.

3. Open Migration, *Se il diritto alla cura per gli immigrati è un percorso a ostacoli*, 2017.

4. Centro Studi e Ricerche IDOS-UNAR *Dossier statistico immigrazione 2015*.

5. Salvatore Geraci *Audizione alla Commissioni Igiene e Sanità*, Senato della Repubblica Italiana, 03.02.2015.

6. Medici Senza Frontiere Italia, *Catania, Centro di cura per migranti*, Ottobre 2017.

Per quanto riguarda la Lombardia, il Naga opera a Milano dal 1987 e, grazie alle nostre attività sanitarie e alle indagini svolte nel corso degli anni, abbiamo più volte documentato la negazione del pieno diritto alla salute nei confronti dei cittadini stranieri non in regola con le norme relative al soggiorno e dei cittadini comunitari senza copertura sanitaria (come, ad esempio, i cittadini rumeni e bulgari).

Sintetizzando, possiamo dire che in Lombardia è garantita l'assistenza per la patologia acuta tramite l'accesso in Pronto Soccorso o il ricovero ospedaliero, ma il paziente viene lasciato a se stesso per tutto l'iter di cura successivo (dalla semplice medicazione alla riabilitazione dopo un intervento importante), poiché non è prevista alcuna assistenza continuativa per la patologia acuta ambulatoriale e neanche per la patologia cronica, *focus* di questo studio.

In particolare, con questo lavoro il Naga ha voluto verificare **quali siano, a Milano, le modalità effettive di presa in carico dei migranti irregolari affetti da patologia cronica da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Patologie che, per loro natura, hanno bisogno di cure continuative.**

Riteniamo che svolgere un'indagine di questo tipo in **Lombardia** sia particolarmente interessante perché, come vedremo, si tratta di una regione con caratteristiche emblematiche da tre punti di vista: l'ampia presenza di cittadini stranieri sul territorio, l'applicazione disomogenea e restrittiva della legge, la totale delega al terzo settore.

2. Metodologia e campione dello studio

L'ambulatorio medico del Naga è aperto ogni giorno, e vi operano circa 50 medici volontari; ogni anno vengono svolte circa 10.000 viste mediche.

Da giugno 2017 a febbraio 2018, i medici volontari del Naga hanno somministrato un questionario qualitativo e quantitativo ad un campione di **pazienti stranieri non in regola con le norme relative al soggiorno, affetti da patologia cronica non infettiva, che si sono rivolti al nostro ambulatorio medico.**

La partecipazione allo studio è stata su base volontaria; la somministrazione del questionario è avvenuta su un campione random con l'obiettivo di eseguire una **valutazione qualitativa** dell'assistenza sanitaria fornita a queste persone dal Servizio Sanitario Nazionale.

Con il questionario sono state raccolte le seguenti informazioni:

- dati anagrafici
- provenienza
- situazione abitativa
- lavoro
- diagnosi
- problematiche di accesso al Servizio Sanitario Nazionale
- modalità di assistenza, terapia e monitoraggio clinico della malattia.

3. Risultati

Nei nove mesi di durata dello studio sono stati raccolti ed analizzati i dati relativi a questionari somministrati a **90 pazienti**.

Provenienza

La **provenienza** del campione dell'indagine è rappresentata dal grafico che segue:

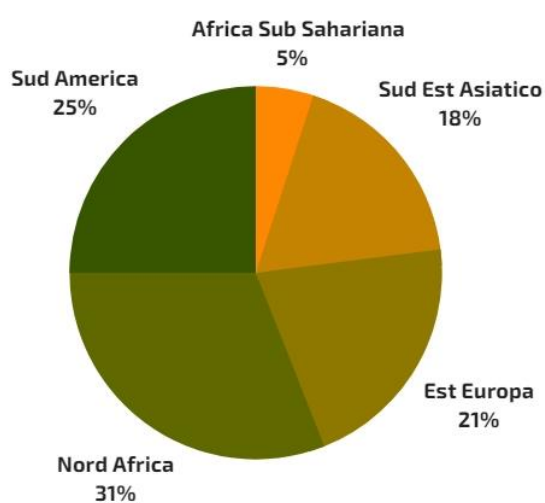


Grafico 1 – Provenienza del campione di indagine

Composizione per sesso

Per quanto riguarda la **composizione per sesso**, il 71% del nostro campione è di sesso maschile.

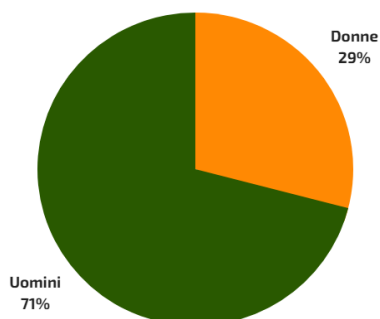


Grafico 2 – Sesso del campione di indagine

Età

L'età media di 48 anni è simile all'età media dei pazienti dell'ambulatorio del Naga nel periodo di indagine, che nelle precedenti rilevazioni è risultata invece inferiore (tra i 33⁷ e i 36⁸ anni).

Si quindi un "invecchiamento" dei pazienti che si rivolgono all'ambulatorio del Naga, probabilmente anche a causa del prolungamento del periodo di irregolarità dei pazienti derivante dalla mancanza di sanatorie e anche dalla caduta nell'irregolarità di molti cittadini stranieri a causa della perdita del lavoro e conseguentemente del permesso di soggiorno (su questo vedi paragrafo sulla permanenza sul territorio).

Condizione abitativa

Per quanto riguarda il **domicilio** il 70% del campione abita presso amici o parenti come ospite, o in affitto con un contratto in nero; il 12% vive in dormitorio o non fornisce l'informazione; l'11% è senza fissa dimora; il 7% vive in insediamenti informali.

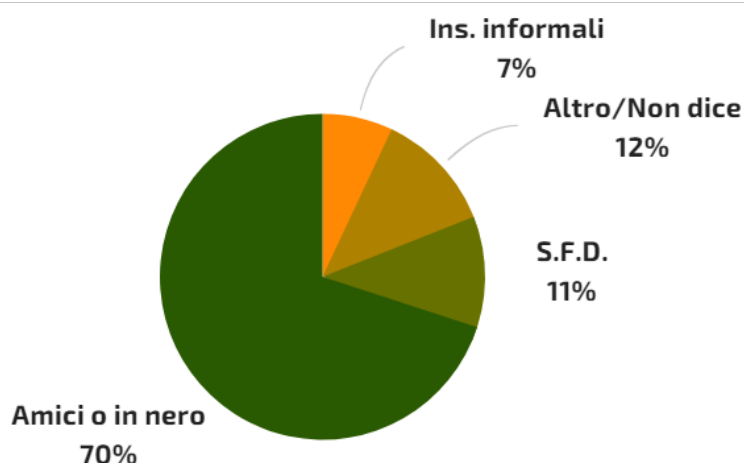


Grafico 3 – Abitazione del campione di indagine

I pazienti affetti da patologia cronica e senza fissa dimora, oppure "residenti" in insediamenti informali sono, dunque, il 18%.

I dati sul domicilio appaiono particolarmente allarmanti se correlati alla patologia cronica: nessuno ha una condizione abitativa stabile e ben il 18% di loro vive in insediamenti informali o per strada.

Le condizioni abitative risultano quindi un grave fattore di rischio sul nostro campione e hanno un effetto peggiorativo sia delle condizioni di salute sia della possibilità di ricevere e seguire cure continuative.

Parallelamente, si osserva nei pazienti dell'ambulatorio (nello stesso periodo di indagine) una migliore situazione abitativa. Infatti il 77% dei pazienti di tutto l'ambulatorio abita presso amici o

⁷ Naga, *Ingombranti Inesistenze. Cittadini senza diritti*, 2009.

⁸ Naga, *Cittadini Senza Diritti. Stanno tutti bene*, 2014.

parenti come ospite, o in affitto in nero (a fronte del 70% rilevato per il campione di indagine); il 13% in dormitorio o non fornisce l'informazione (a fronte del 12% rilevato per il campione di indagine); **il 7% è senza fissa dimora (a fronte dell'11% rilevato per il campione di indagine); il 3% vive in insediamenti informali (a fronte del 7% rilevato per il campione di indagine).**

Scolarizzazione

Per quanto riguarda la **scolarizzazione**, il 32% del campione ha il diploma di scuola media inferiore; il 28% ha il diploma di scuola media superiore; il 21% ha il diploma di scuola elementare; l'8% è laureato; il 7% è analfabeta. Il 4% non fornisce il dato.

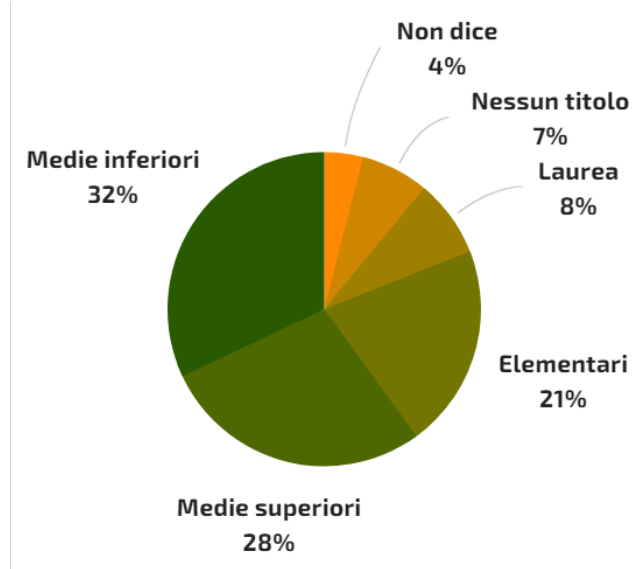


Grafico 4 – Scolarizzazione del campione di indagine

I dati sulla scolarizzazione sopra riportati confermano quelli rilevati tra i pazienti che si sono rivolti all'ambulatorio nel periodo dell'indagine e anche in passato: **la maggior parte possiede un livello di istruzione assimilabile alle scuole medie e superiori italiane**⁹.

Condizione lavorativa

Per quanto riguarda la **condizione lavorativa** il 63% risulta disoccupato, il 17% svolge un lavoro saltuario e il 20% ha un lavoro fisso in nero.

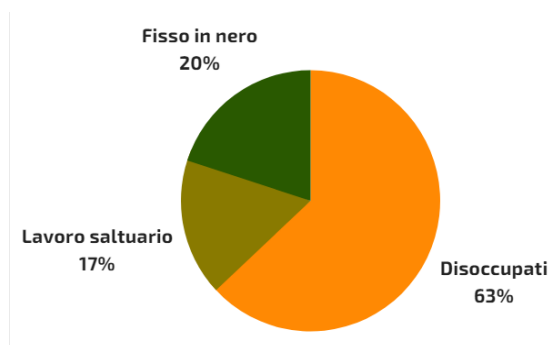


Grafico 5 – Condizione lavorativa del campione di indagine

⁹ Naga, *Ingombranti Inesistenze. Cittadini senza diritti*, 2009 e Naga, *Cittadini Senza Diritti. Stanno tutti bene*, 2014.

Rispetto ai pazienti che si sono rivolti all'ambulatorio nel periodo di indagine, si può osservare che **la condizione lavorativa dei non-cronici è migliore di quella dei pazienti cronici**: molti meno sono quelli che svolgono un lavoro saltuario (solo il 2%) e un po' di più quelli che svolgono un lavoro in nero (36%). Dati che confermano la rilevazione del 2013 (25% con lavoro considerato permanente)¹⁰, ma segnalano una netta diminuzione del lavoro permanente rispetto al 2008 (52%)¹¹.

Dai dati dell'indagine emerge una grave marginalizzazione del nostro campione, che risulta quindi **per l'80% non avere una fonte di reddito fissa** e quindi si trova in una condizione materiale fortemente precaria che si somma a quella abitativa e a quella di salute, restituendo così un quadro di **una popolazione gravemente vulnerabile da ogni punto di vista**.

Per quanto riguarda la salute possiamo considerare sia la mancanza di lavoro sia quella di un'abitazione stabile **due fattori di rischio aggiuntivi** a quelli propri delle patologie croniche.

Permanenza in Italia

Per quanto riguarda la **permanenza in Italia** appare subito evidente che è molto lunga: **mediamente il campione dell'indagine è in Italia da 9,6 anni e il 30% è in Italia da 15 o più anni fino ad un massimo di 31 anni**.

Questo dato dimostra chiaramente **l'inefficacia del meccanismo di ingresso in Italia e soprattutto l'impossibilità di regolarizzarsi essendo già sul territorio**. Secondo la normativa italiana, infatti, si può entrare regolarmente solo attraverso il meccanismo del **decreto flussi**: ogni anno deve essere stabilito quante persone, per ogni Paese di provenienza, possono entrare in Italia¹². Persone che però devono arrivare "su chiamata" di un datore di lavoro (condizione difficilmente realizzabile). Allo stesso tempo **non è previsto alcun meccanismo di regolarizzazione una volta che si è già sul territorio**, se non in occasione delle cosiddette sanatorie (l'ultima nel 2012). **Se un cittadino straniero trova un lavoro non può regolarizzarsi**; ai nostri sportelli di assistenza legale e amministrativa riceviamo, infatti, richieste di datori di lavoro che vorrebbero assumere un cittadino già presente sul territorio e ai quali dobbiamo rispondere che ciò non è possibile.

A un quadro di questo tipo si aggiunge la **crisi economica** e la conseguente perdita del lavoro e del permesso di soggiorno: un cittadino straniero che ha un permesso di soggiorno per lavoro subordinato può rinnovarlo, infatti, solo in presenza di un lavoro o in attesa di occupazione, e in questo caso, per non più di un anno.

Quindi, al di là delle opinioni che si possono avere sul fenomeno migratorio, è evidente che un meccanismo di questo tipo non funziona. Sinteticamente possiamo dire che **è la normativa stessa a creare irregolarità**.

¹⁰ Naga, *Cittadini Senza Diritti. Stanno tutti bene*, 2014.

¹¹ Naga, *Ingombranti Inesistenze. Cittadini senza diritti*, 2009.

¹² Art. 3, comma 4, Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 – Testo Unico Immigrazione.

Al fine della nostra indagine ciò appare rilevante in quanto la mancanza del permesso di soggiorno incide in modo negativo sulla possibilità di accesso alle cure anche per i pazienti cronici.

Patologie

Per quanto riguarda le **patologie** rilevate durante l'indagine, si registra che il 33% è affetto da ipertensione arteriosa; il 28% da diabete mellito (di cui 4 pazienti sono insulinodipendenti); il 13% da asma o bronco-pneumopatia cronica ostruttiva; il 9% da cardiopatia ischemica; il 6% da epilessia; il 4% da psicosi cronica; il 7% da altra patologia cronica.

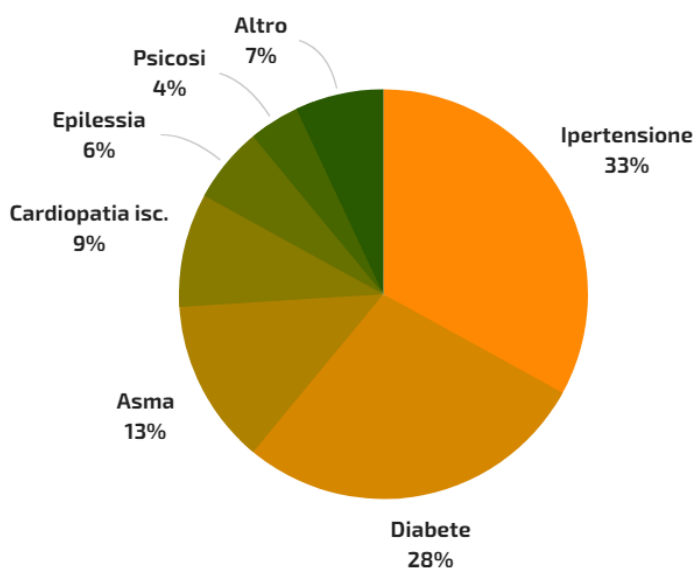


Grafico 6 – Patologie del campione di indagine

Tutte le patologie croniche riscontrate nel corso dell'indagine sono rilevanti dal punto di vista clinico e necessitano di terapia continuativa adeguata e di controlli nel tempo. Alcune sono particolarmente importanti, quali: i 4 casi di diabete insulinodipendente; i 5 casi di epilessia; i 2 casi di asma grave; i 4 casi di psicosi cronica; gli 8 casi di cardiopatia ischemica che negli anni o mesi precedenti alla nostra indagine sono stati tutti ospedalizzati (2 per infarto miocardico acuto, 2 per posizionamento di stent - dilatatore delle coronarie, 2 per cardiopatia ischemica, 1 per fibrillazione atriale acuta, 1 per sostituzione della valvola mitralica) e 1 caso di ischemia cerebrale con emiparesi.

Accesso al Sistema Sanitario Nazionale

Per quanto riguarda l'accesso al Sistema Sanitario Nazionale, il 62% dei pazienti non ha mai avuto contatti con strutture pubbliche e non ha neppure provato ad accedervi.

Di questi, il 2% ha il permesso di soggiorno, ma non la tessera sanitaria in quanto senza fissa dimora e quindi impossibilitato a dimostrare di avere un domicilio a Milano. Da qui il paradosso di essere in regola con le norme relative al soggiorno, ma non poter avere una tessera sanitaria. La mancanza di un domicilio dichiarabile, che già comporta gravi problemi materiali in sé, è quindi “punita” con il mancato rilascio della tessera sanitaria. La povertà e la mancanza di un alloggio non diventano quindi fragilità da tutelare, ma “colpe” che vanno ad incidere sulla garanzia del godimento di un diritto fondamentale quale l’accesso alle cure. Un meccanismo di questo tipo potrebbe essere facilmente superato ad esempio con la concessione di residenze per i senza fissa dimora presso il Comune.

Il 29% del nostro campione ha avuto almeno un accesso in ospedale per un ricovero o per visita urgente in Pronto Soccorso, ed è stato dimesso senza appuntamenti per gli accertamenti o le visite di controllo successive. Il 9% dei pazienti è stato seguito ambulatorialmente presso strutture pubbliche, ma, perso il lavoro e di conseguenza la tessera sanitaria, non vi ha più potuto accedere.

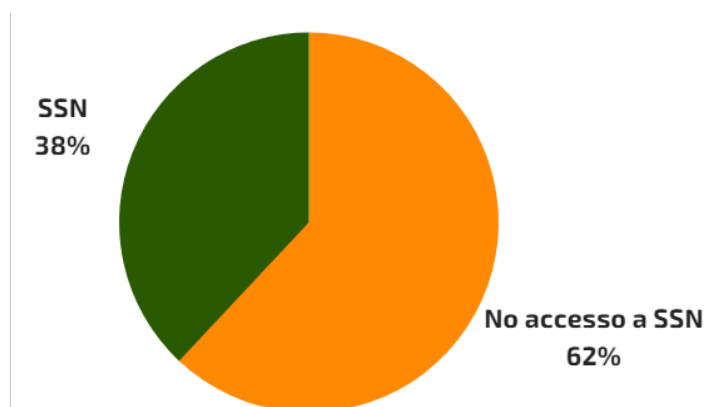


Grafico 7 – Accesso a SSN del campione di indagine

La totalità dei pazienti intervistati è presa in carico, per la patologia cronica, solo da associazioni di volontariato e come conseguenza il 45% effettua controlli saltuari ed inadeguati e il 17% esegue la terapia saltuariamente anche se avrebbe la necessità di eseguirla con continuità.

Del 45% in particolare:

- **14 pazienti ipertesi non hanno mai fatto un elettrocardiogramma** (il controllo dovrebbe essere fatto almeno una volta dopo la diagnosi di ipertensione);
- **12 asmatici non hanno mai eseguito una spirometria** (il controllo dovrebbe essere almeno annuale);
- **10 diabetici non controllano la glicemia da oltre 6 mesi** (andrebbe controllata settimanalmente o quotidianamente a seconda dei casi);
- **3 epilettici non controllano da anni se i valori ematici dei farmaci che assumono sono adeguati** (il controllo dovrebbe essere semestrale);
- **2 pazienti in terapia anticoagulante non controllano regolarmente i valori della coagulazione** (il controllo dovrebbe essere ogni 15 giorni).

E queste sono le **conseguenze**:

- **Il 23% dei pazienti ipertesi ha valori pressori fuori controllo**, alcuni anche in modo grave (pressione arteriosa 170/120 – 150/110 invece di 140/85, o meno, come previsto nella pressione arteriosa sotto controllo farmacologico).
- **Nel 40% dei pazienti diabetici** è stata riscontrata, in occasione della visita al Naga, **glicemia superiore ai 200 mg%** (invece di 80-130 come previsto nel diabete mellito sotto controllo).

Il principale motivo della mancata assistenza da parte del Servizio Sanitario Nazionale sta nella **mancanza in Lombardia di medici prescrittori “dedicati”**, medici che possano cioè utilizzare per questi pazienti il ricettario regionale per prescrivere esami, visite e terapie. Per i pazienti irregolari non è infatti prevista né l’iscrizione al SSN né l’assegnazione di un medico di medicina generale (medico di base). **Il codice STP infatti non permette di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale né, quindi, di avere un medico di medicina generale. Non è nemmeno possibile accedere ad un ambulatorio ASST/ATS¹³ od ospedaliero senza un’impegnativa regionale (che può essere fatta da un medico di base).** Il codice STP all’atto pratico in Lombardia per i pazienti cronici è utile solo per quei pochi, pochissimi, pazienti che vengono presi in carico da un ambulatorio ospedaliero dopo un ricovero. In ogni caso consideriamo auspicabile un’erogazione omogenea e diffusa del codice STP da parte di tutte le strutture sanitarie, quantomeno come primo passo per un effettivo accesso alle cure.

Per quanto riguarda la delega alle associazioni di volontariato si tratta di un’inaccettabile de-responsabilizzazione delle Istituzioni Sanitarie che dovrebbero garantire il pieno godimento del diritto fondamentale alle cure.

Il Naga ha deciso di assumersi temporaneamente questa delega per coprire il grave vuoto lasciato dal Servizio Sanitario Nazionale, ma persegue l’obiettivo di estinguersi una volta che il vuoto sarà colmato. Inoltre il meccanismo di delega è inefficace anche da un punto di vista qualitativo per i vincoli e i limiti che le associazioni hanno, dall’erogazione dei farmaci al poter eseguire tutti gli accertamenti sanitari “di secondo livello” (TAC, risonanza, ecc.).

Certo è che un’assistenza erogata dal medico di medicina generale, e non delegata al volontariato, risolverebbe in gran parte questi problemi: un medico di medicina generale potrebbe infatti prescrivere visite, farmaci ed esami su ricettario regionale, garantendo così una vera continuità di cura e rendendo l’accesso alle cure un iter “normale” e non un percorso ad ostacoli dall’esito incerto e discrezionale, come quello che devono affrontare i pazienti che vediamo tutti i giorni.

¹³ Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST)/ Agenzie di Tutela della Salute (ATS).

4. Conclusioni e proposte

Dal presente lavoro emerge che, a Milano, **i pazienti più vulnerabili e fragili - ovvero quelli con malattie croniche - sono immersi in un sistema che invece di tutelarli ne aumenta e ne aggrava la fragilità.** I dati raccolti, sia sulle condizioni esistenziali materiali sia sull'accesso alle cure **restituiscono la fotografia di una popolazione doppiamente svantaggiata: alla patologia cronica si aggiunge un disagio cronico che ha conseguenze negative sul decorso della patologia.**

In un quadro così negativo, pur credendo fermamente che andrebbe completamente ripensato l'intero approccio al fenomeno migratorio, abbiamo individuato alcuni provvedimenti che, se adottati, potrebbero apportare benefici notevoli alla popolazione oggetto dell'indagine e, in generale, a tutti i cittadini stranieri presenti sul territorio.

Le richieste che poniamo riguardano l'ambito sanitario, ma non solo, dato che, come precedentemente riportato, gli ambiti e le sfere della vita di una persona, dall'alloggio all'accesso alle cure, sono interconnessi e incidono sulle condizioni di salute.

Ecco, quindi, le nostre **proposte:**

Al Comune di Milano

- **Riconoscimento della residenza fittizia (iscrizione anagrafica) ai senza fissa dimora**

Alla Regione Lombardia

- **Iscrizione al Servizio Sanitario Regionale dei cittadini irregolarmente presenti sul territorio nazionale**
- **Assegnazione a ogni medico di medicina generale (medico di base) di una quota di cittadini stranieri irregolari**

Al Governo e al Parlamento italiani

- **Riconoscimento del permesso di soggiorno ai cittadini stranieri presenti sul territorio e affetti da patologia cronica**
- **Abolizione della procedura d'ingresso attraverso il decreto flussi**
- **Introduzione di un visto di ingresso per ricerca lavoro e relativo permesso di soggiorno per ricerca lavoro**
- **Introduzione di un meccanismo di regolarizzazione ordinaria dei cittadini stranieri già presenti sul territorio**

All'Unione Europea

- **Introduzione del permesso di soggiorno europeo, cioè di un permesso rilasciato da ciascun Stato, ma con validità in tutta la UE.**

5. Fonti

1. Decreto Legislativo 25 luglio 1998, n. 286 – Testo Unico Immigrazione
2. Circolare del Ministro della Salute n.5 del 24 marzo 2000
3. Corte Costituzionale Sent. n. 252/2001
4. Naga, *Ingombranti Inesistenze. Cittadini senza diritti*, 2009
5. Naga, *La doppia malattia*, 2011
6. Naga, *Comunitari Senza Copertura Sanitaria*, 2012
7. Naga, *Cittadini Senza Diritti. Stanno tutti bene*, 2014
8. Centro Studi e Ricerche IDOS-UNAR, *Dossier statistico immigrazione 2015*
9. Salvatore Geraci, *Audizione alla Commissioni Igiene e Sanità, Senato Repubblica Italiana*, 03.02.2015
10. Naga, *Curare (non) è permesso*, 2015
11. Open Migration, *Se il diritto alla cura per gli immigrati è un percorso a ostacoli*, 2017
12. Medici Senza Frontiere Italia, *Catania, Centro di cura per migranti*, Ottobre 2017

