



Una Stagione **all'Inferno**

**Rapporto sulle condizioni degli immigrati
impiegati in agricoltura
nelle regioni del Sud Italia**



**MEDICI
SENZA FRONTIERE onlus**



sommario

sommario

■ 1. Introduzione	pag. 2
■ 2. Premessa	pag. 3
■ 3. Metodologia	pag. 3
■ 4. Analisi generale dei dati	pag. 4
4.1 Informazioni generali sul campione	pag. 4
4.2 Condizioni di lavoro	pag. 5
4.3 Condizioni di vita	pag. 6
4.4 Accesso alla salute	pag. 7
4.5 Condizioni di salute	pag. 10
■ 5. Schede Regioni	pag. 14
5.1 Campania	pag. 14
5.2 Lazio	pag. 16
5.3 Puglia	pag. 18
5.4 Calabria	pag. 20
5.5 Basilicata	pag. 22
5.6 Sicilia	pag. 24
■ 6. Conclusioni	pag. 26
■ 7. Ringraziamenti	pag. 27
■ 8. Allegato scheda legale	pag. 28

Una Stagione all'Inferno



1 Introduzione

Introduzione

Una stagione all'inferno.

Abbiamo deciso di dare questo titolo al rapporto di Medici Senza Frontiere (MSF) perché raccoglie l'idea di quello che ogni anno migliaia di stranieri vivono nelle campagne del Sud Italia quando si spostano da una regione all'altra per essere impiegati in agricoltura come stagionali. Pur di lavorare queste persone accettano paghe da fame e sono costrette a condizioni di povertà estrema ed esclusione. Vittime consapevoli di un sistema economico e politico perverso che li sfrutta e che allo stesso tempo li tollera ma poi li criminalizza.

Con questo rapporto MSF vuole denunciare ancora una volta quest'inaccettabile stato di cose che lede la dignità degli ultimi e tutelare un diritto fondamentale, quello dell'accesso alla salute. Da anni siamo impegnati anche in Italia perché chiamati a rispondere al mandato della nostra organizzazione: assistenza sanitaria di popolazioni vulnerabili e testimonianza. Dai Centri di Permanenza Temporanea agli sbarchi a Lampedusa, dagli ambulatori dedicati agli stranieri irregolari fino all'intervento con gli stagionali la nostra azione umanitaria si è concentrata laddove maggiore erano i bisogni.

Oggi, nel complesso fenomeno dell'immigrazione in Italia, la condizione degli stagionali resta un nervo scoperto ipocritamente nascosto. Già nel 2004, MSF aveva visitato le campagne del Sud Italia per portare assistenza sanitaria agli stranieri impiegati come stagionali e per indagare questa scomoda realtà. Allora avevamo potuto testimoniare le vergognose condizioni di vita e il preoccupante stato di salute in cui gli stranieri versavano.

A distanza di tre anni MSF ha potuto constatare che nulla è cambiato.



Foto: MSF

Tra giugno e novembre 2007 infatti una clinica mobile di Medici Senza Frontiere ha viaggiato nelle regioni del Sud offrendo assistenza sanitaria a quegli immigrati che prestano le proprie braccia nei campi di coltivazione e nelle serre.

Le condizioni drammatiche testimoniate da MSF presentano caratteristiche riferibili a contesti di crisi umanitarie dove il valore della vita dei più vulnerabili è pressoché nullo. Migliaia di stranieri impiegati in agricoltura sono dunque costretti a condizioni di vita e di lavoro inaccettabili per uno stato di diritto e per un paese civile. Un costo umano e sociale altissimo, necessario per assecondare i meccanismi perversi di economie di

mercato. Un costo umano dimenticato da una politica tesa solo a regolamentare i flussi migratori senza avere il coraggio di guardare in faccia la realtà.

Senza avere il giusto coraggio di andare al cuore del problema. Nell'arco di tre anni, dunque, non è stata registrata alcuna discontinuità sostanziale con le precedenti politiche sull'immigrazione. Una mancata inversione di rotta che riflette un atteggiamento ambiguo e ipocrita del sistema istituzionale italiano nei confronti dell'immigrazione irregolare. Da una parte, si registrano misure di contenimento del fenomeno migratorio con politiche dal pugno di ferro tese a combattere la clandestinità a difesa della legalità.

Dall'altra, le stesse istituzioni nazionali e locali si tappano occhi, orecchie e bocche dinanzi al massiccio sfruttamento di stranieri nelle produzioni agricole del Meridione perché necessari al sostentamento delle economie locali. L'utilizzo di forza lavoro a basso costo, il reclutamento in nero, la negazione di condizioni di vita decenti, il mancato accesso alle cure mediche sono aspetti ben noti e tollerati. I sindaci, le forze di Stato, gli ispettorati del lavoro, le associazioni di categoria e di tutela, i ministeri: tutti sanno e tutti tacciono.

E quando decidono di affrontare il problema, come ad Alcamo in provincia di Trapani, strutturano interventi ispirati al rispetto della legalità, generando ulteriori discriminazioni. Infatti, l'allestimento di campi di accoglienza che ospitano esclusivamente lavoratori stranieri con il permesso di soggiorno e le operazioni di polizia che colpiscono solo i lavoratori irregolari mostrano il solito atteggiamento ambiguo di chi cerca di nascondere l'esistenza di un popolo "invisibile" e preferisce perseguire lo sfruttato e non lo sfruttatore.

Da San Nicola Varco a Cassibile, da Foggia a Pachino, da Rosarno ad Alcamo sono echeggiate storie di disperazione, di viaggi della speranza segnati da rotte tragiche, di sogni infranti nel Belpaese dove si vive in condizioni spesso peggiori di quelle lasciate alle spalle. Vessati, sfruttati, ricattati. Picchiati, scacciati, braccati. Gli immigrati stagionali vivono in case abbandonate, in fabbriche in disuso, talvolta per strada.

Pur di sopravvivere offrono le proprie braccia per meno di 25 euro al giorno e per molti l'obiettivo di inviare risparmi alle loro famiglie nei paesi di origine fallisce miseramente.

Sebbene arrivino in Italia in buone condizioni di salute, i lavoratori stranieri si ammalano per le durissime condizioni lavorative. Si ammalano perché quando rientrano dai campi non hanno acqua potabile da bere, né luoghi asciutti e salubri in cui stare.

Queste malattie, per lo più curabili con una semplice terapia antibiotica si cronicizzano perché non si ha un medico a cui rivolgersi, né soldi sufficienti per acquistare medicine.

Queste sono le persone che sostengono l'agricoltura nel Sud Italia. Queste sono le persone sfruttate da un sistema che produce profitti grondanti disperazione e malattia.

Una stagione all'inferno è quella che abbiamo testimoniato viaggiando da una regione all'altra del Sud. Una stagione all'inferno è quella che vivono ogni anno gli stranieri stagionali.

E a tutte queste persone è dedicato questo rapporto. E a loro prestiamo la nostra voce.

Premessa

Premessa

2



Da luglio a novembre 2007 un'equipe itinerante di Medici Senza Frontiere ha condotto un'indagine sulle condizioni di salute, di vita e di lavoro degli immigrati impiegati come lavoratori stagionali nelle regioni del Sud Italia. L'obiettivo dell'indagine è stato quello di verificare le condizioni generali degli stranieri prestati all'agricoltura e un eventuale miglioramento rispetto alla precedente rilevazione effettuata nel 2004¹. Un team composto da un coordinatore, un medico, un'infermiera/operatrice sociale e un mediatore culturale di lingua araba ha fornito assistenza sanitaria diretta agli stranieri stagionali e ha raccolto informazioni sulle loro condizioni di vita e di lavoro. In particolare, è stato indagato lo stato di salute e verificata l'eventuale presenza di barriere

od ostacoli che abbiano impedito un accesso adeguato ai servizi del sistema sanitario pubblico. Nel corso dell'indagine, MSF ha visitato 643 immigrati e somministrato 600 questionari. La popolazione di riferimento è stata stimata in diverse migliaia di stranieri impiegati nei campi e nelle serre in diverse località del Sud Italia. Lo schema in basso mostra le tappe del progetto di MSF evidenziando le regioni, le località e i tipi di colture.

Periodo	Regione	Località	Coltura
9-20/07	Campania	Piana del Sele	Agr. intensiva: pomodori, pesche, fragole, zucchine
22/07-01/08	Lazio	Prov. di Latina	Agr. intensiva: pomodori, kiwi, zucchine, meloni
6-22/08	Puglia	Prov. di Foggia	Pomodori
22-25/08	Basilicata	Metaponto (MT)	Meloni
30/08-22/09	Sicilia	Valle del Belice	Uva
23/09-30/9	Puglia	Provincia di Foggia	Pomodori, uva
1/10-4/10	Basilicata	Palazzo S. Gervasio (PZ)	Pomodori
5-20/11	Calabria	Piana di Gioia Tauro	Agrumi

Metodologia

3

Le visite mediche sono state condotte con una clinica mobile e rivolte a quelle comunità di migranti il cui bisogno di assistenza sanitaria risultava, presumibilmente, più evidente. In questi luoghi, MSF ha visitato gli stranieri che lamentavano problemi di salute o richiedevano un controllo medico². Per poter rendere più efficace l'indagine, le visite si sono svolte in orari compatibili con l'attività lavorativa degli stranieri, generalmente dalle 16 fino a tarda sera. Per ogni paziente visitato è stata compilata una scheda clinica³ e, laddove possibile, somministrato un questionario socio-umanitario⁴.

Dal punto di vista socio lavorativo, il campione intervistato è risultato piuttosto eterogeneo in quanto composto sia da immigrati irregolari che da regolari e rappresentato da braccianti impiegati in produzioni di breve periodo e braccianti impiegati in produzioni intensive di lungo periodo. Poiché la quasi totalità dei lavoratori agricoli intervistati non era in possesso di un contratto di lavoro, risulta evidente che *lavoratore stagionale* non è chi ha un permesso di soggiorno per lavoro e relativo contratto, ma prevalentemente, chi di fatto svolge o cerca di svolgere lavoro nel settore agricolo. Ai fini del presente rapporto, dunque, la definizione di *lavoratore stagionale* si riferisce all'intero campione visitato.

Per ogni paziente è stata formulata una diagnosi o un sospetto diagnostico⁵ classificati in gruppi e sottogruppi di patologie, secondo la classificazione ICD9-CM⁶.

Sono stati inseriti fino a 3 sospetti diagnostici per paziente, ordinati per importanza secondo le linee guida stabilite dal manuale ICD9-CM. I sospetti diagnostici sono stati classificati come acuti o cronici in base al seguente criterio temporale:

Acuto: sintomatologia o segni di inizio o insorgenza inferiore o uguale a 1 settimana.

Cronico: sintomatologia o segni d'inizio o insorgenza superiore a 1 mese.

In caso di sintomatologia o segni d'inizio o insorgenza che durano da più di una settimana e meno di un mese, la patologia è stata definita acuta o cronica a seconda del tipo di patologia⁷.

Nell'analisi delle patologie più ricorrenti sono stati identificati i fattori di rischio riportati in letteratura e confrontati con i fattori di rischio presenti nel nostro campione sulla base del questionario socio-umanitario e dell'osservazione diretta degli operatori MSF. Quando è stato necessario eseguire analisi incrociate tra i dati contenuti nel questionario socio-umanitario e i dati clinici, sono stati ovviamente considerati solo gli individui che hanno eseguito entrambe le valutazioni⁸.

Il rapporto è diviso in due sezioni. Nella prima vengono riportati e commentati i dati raccolti sulle condizioni abitative, di salute e di lavoro⁹ dei pazienti, nonché le cause che ostacolano un accesso appropriato ai servizi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). La seconda sezione è composta da diverse schede per ogni regione visitata, approfondendo le situazioni contingenti del fenomeno di cui si tenta di fornire un quadro esaustivo.

¹ Nel 2004 MSF ha condotto una prima indagine sul fenomeno degli stranieri stagionali i cui risultati sono stati pubblicati nel rapporto: *I frutti dell'ipocrisia*. Sinmos Editore, Roma 2005.

² Tale ricerca è stata agevolata dalla collaborazione con interlocutori locali, da contatti diretti con i rappresentanti delle comunità degli stranieri nonché in base all'esperienza di MSF.

³ La scheda clinica è composta di 10 sezioni: dati anagrafici, anamnesi fisiologica, anamnesi patologica remota, motivo di consultazione attuale, anamnesi medica lavorativa, anamnesi patologica prossima, esame obiettivo, sospetti diagnostici, terapia e referenza ai servizi pubblici.

⁴ Il questionario socio-umanitario è anonimo, non richiede il consenso scritto dell'intervistato e prevede le seguenti aree d'investigazione: informazioni generali sulla popolazione, accesso alle cure, situazione abitativa, igiene personale, cibo, lavoro, violenza e problemi. Si tratta di 41 domande con risposte guidate, alcune delle quali con la possibilità di scelta multipla.

⁵ Si parla di diagnosi per quelle patologie identificabili sulla base dei sintomi e segni clinici presentati dal paziente (per esempio la sindrome influenzale), mentre i sospetti diagnostici vengono formulati per quelle patologie, che, per la loro definizione, richiedono una conferma strumentale o di laboratorio.

⁶ La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumi sono ordinati, per finalità statistiche, in gruppi tra loro correlati ed è finalizzata a tradurre in codici alfa-numerici i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche. Il termine "clinical" è utilizzato per sottolineare le modifiche introdotte: rispetto alla ICD-9, fortemente caratterizzata dall'orientamento a scopo di classificazione delle cause di mortalità, la ICD-9-CM è soprattutto orientata a classificare i dati di morbosità. Essa è utilizzata a partire dal 1 gennaio 2001 per la codifica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 Ottobre 2000, n.380.

⁷ Vedi capitolo "Situazione sanitaria in I frutti dell'ipocrisia", Sinmos Editore, Roma 2005

⁸ Questionari e schede cliniche cartacee sono stati trasferiti su un database utilizzando il software Access2000[®]. L'analisi ed elaborazione dei dati è stata eseguita utilizzando il software SPSS versione 12.0[®]

⁹ Nel capitolo "Situazione sanitaria" vengono approfonditi i sospetti diagnostici più frequenti, per ogni sospetto sono state analizzate le patologie più ricorrenti. I dati vengono presentati come valori assoluti e percentuali.



Foto: Lorenzo Maccotta

4.1

Analisi generale dei dati

Informazioni generali sul campione

“Sono scappato dai conflitti in Sierra Leone e dopo 11 mesi sono arrivato a Lampedusa. Ero molto contento di raggiungere l'Europa, ho fatto domanda d'asilo ma è stata respinta.

Da 4 anni sono senza documenti, non ho un posto fisso dove vivere, mi sposto da un posto all'altro cercando lavoro, dormo in queste case abbandonate in brutte condizioni. Il mio grande problema sono i documenti, senza non si può trovare un lavoro, casa...”

J., 26 anni, viene dalla Sierra Leone, incontrato a Rosarno (RC)

In base alle informazioni raccolte da MSF nel corso dell'indagine, risulta evidente che nel nostro paese è presente una popolazione di stranieri impiegati in agricoltura che si sposta per brevi periodi sul territorio del Sud Italia per lavorare nei campi come manodopera stagionale. Nel campione di riferimento è stato identificato anche un segmento (22%) rappresentativo di stranieri stagionali stanziali che hanno dichiarato invece di trovarsi sul posto da oltre un anno¹⁰.

Sesso ed età

Gli intervistati sono nella quasi totalità uomini (97%) e giovani, la cui età è compresa tra i 20 e i 40 anni (84%). Le donne, che rappresentano appena il 3%, sono principalmente cittadine neo comunitarie (63%).

Paesi di provenienza

Gli stranieri visitati e intervistati provengono da paesi dell'Africa sub-sahariana quali Sudan, Eritrea, Etiopia, Ghana, Camerun, Costa d'Avorio, Burkina Faso, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Mauritania, Nigeria, Senegal e Togo; dai paesi del Maghreb quali Marocco, Algeria, Tunisia ed Egitto e dal Sud Est Asiatico, in particolare dall'India. Per quanto riguarda gli stranieri provenienti dai paesi dell'Unione Europea va sottolineato che il dato relativo al campione intervistato (5%) si riferisce unicamente a cittadini bulgari e rumeni¹¹ di etnia rom.

Status giuridico

I lavoratori stranieri stagionali sono nella stragrande maggioranza irregolari: il 72% degli intervistati non ha un regolare permesso di soggiorno¹², mentre il 28% ha un permesso di soggiorno per motivi di lavoro, motivi umanitari, ha ottenuto lo status di rifugiato o ha presentato richiesta di asilo.

Richiedenti asilo e rifugiati

Rispetto al precedente rapporto di MSF sugli stagionali emerge una generale diminuzione del numero di richiedenti asilo che può essere spiegata con una minore durata della procedura di asilo e con l'introduzione della misura del trattenimento nei centri di identificazione¹³. I richiedenti asilo, spesso, escono dai centri dopo aver completato l'esame della loro domanda e, quindi, con un diniego, un permesso di soggiorno per motivi umanitari o lo status di rifugiato. Rimane tuttavia evidente che la mancanza di un sistema di accoglienza adeguato per questa categoria di migranti contribuisce allo sfruttamento, nelle campagne del Sud Italia, di chi fugge da guerre e persecuzioni.

Nel nostro paese la rete di accoglienza per rifugiati, richiedenti asilo e titolari di protezione umanitaria gestita dallo Servizio di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) dispone, al 2006, di circa 2.500 posti¹⁴, a fronte di oltre 10mila domande di asilo presentate ogni anno e diverse migliaia di rifugiati e titolari di protezione umanitaria già riconosciuti presenti sul territorio. Queste persone, in mancanza di alloggio e di mezzi di sostentamento sono spesso costrette a spostarsi da una parte all'altra del territorio divenendo facile preda del circuito della manodopera irregolare.

Area di Provenienza

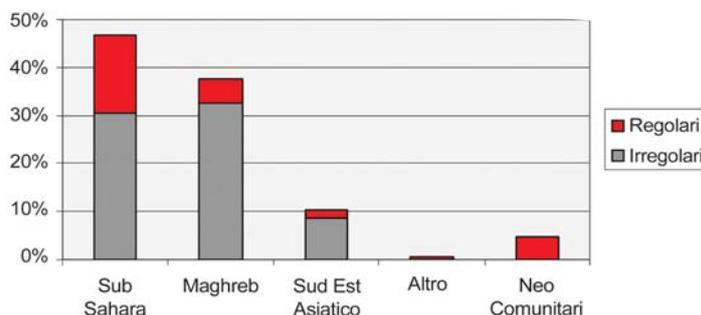


Grafico 1: Percentuale degli immigrati regolari e irregolari a seconda dell'area di provenienza

Periodo di permanenza in loco

Il 66,5% degli intervistati ha dichiarato di trovarsi nel luogo della visita di MSF da meno di 4 mesi. Nelle località di Eboli e Battipaglia in Campania e di Latina nel Lazio si registra una popolazione più stanziale che riferisce di vivere e lavorare in quelle aree da più di 12 mesi. Questo dato si spiega con il tipo di produzioni agricole di lungo periodo.

Tempo di permanenza in loco

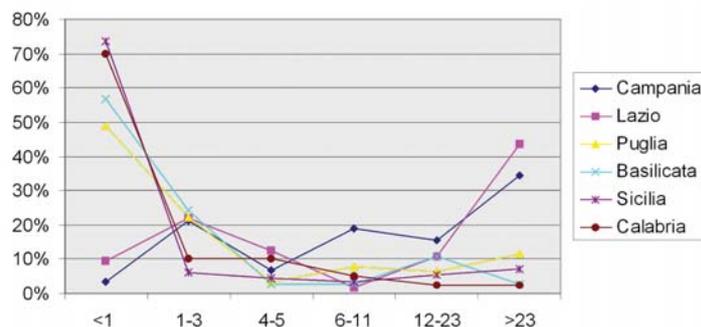


Grafico 2: Percentuale degli immigrati per mesi di permanenza nella regione visitata da MSF

Status lavorativo

L'80% degli stranieri stagionali intervistati ha dichiarato di lavorare nei comparti produttivi agricoli prestando il proprio lavoro nei campi e/o nelle serre. Il 10% ha dichiarato di lavorare in altri settori (edilizia, commercio, altro). Il restante 10% ha riferito di non aver mai lavorato in Italia, di questi il 67% è rappresentato da immigrati giunti in Italia da meno di 4 mesi.

¹⁰ Si tratta di comunità di stranieri impiegati principalmente in allevamenti e produzioni intensive.

¹¹ I cittadini neocomunitari risultano regolarmente soggiornanti sul territorio dal gennaio 2007, non potendo essere più soggetti a provvedimenti di allontanamento, se non per motivi di sicurezza e ordine pubblico, e possono liberamente rimanere in Italia per periodi brevi (inferiori a 3 mesi) senza alcuna formalità.

¹² Tra i regolari vengono anche contati i richiedenti asilo e i rifugiati. Mentre tra gli irregolari sono inseriti coloro a cui è stata negata il riconoscimento dello status di rifugiato. Per un quadro riassuntivo sulle norme italiane in materia di immigrazione, si veda *Allegato Cenni sulla legislazione nazionale in materia di immigrazione* pag.28

¹³ Misure sostanzialmente introdotte con l'entrata in vigore, il 21 aprile 2005, del regolamento sulle procedure di asilo, DPR 303/2004

¹⁴ Dai dati del "Rapporto annuale sul Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati - anno 2006", a cura di Censis - edizioni Anci Servizi, emerge che lo SPRAR ha visto il coinvolgimento di 95 Enti Locali con più di 100 progetti, che hanno messo a disposizione 2.428 posti di accoglienza consentendo di dare protezione a 5.347 persone di cui 440 inserite in progetti destinati a categorie vulnerabili. A questi posti vanno aggiunti i centri e le strutture predisposti da enti locali di maggiori dimensioni con fondi straordinari e la rete del privato sociale.

Analisi generale dei dati

Condizioni di lavoro

4.2



“La giornata tipo di uno straniero impiegato come stagionale inizia verso le 4.30 del mattino quando si reca nei luoghi del reclutamento. Piazze, incroci e strade sono il punto di incontro tra domanda e offerta di lavoro nero. Decine, a volte centinaia di stranieri stazionano nella speranza di essere reclutati da un caporale o dallo stesso proprietario terriero. Chi non viene scelto torna a “casa”, in attesa di un’altra “occasione”.

Riccardo, operatore MSF

Dall’indagine condotta da MSF emerge in tutta la sua drammaticità, il fenomeno del lavoro sommerso nelle produzioni agricole del Mezzogiorno.

Il 90% del campione intervistato ha dichiarato di non possedere alcun contratto di lavoro non godendo dunque di alcuna tutela giuridica in termini di retribuzione, di infortuni sui luoghi di lavoro e di previdenza sociale.

Un fenomeno di sfruttamento massiccio che colpisce anche quegli stranieri stagionali dotati di un permesso di soggiorno. A conforto di questa affermazione, si registra che tra gli intervistati stranieri regolari il 68% lavora in nero.

Gli stagionali lavorano spesso in condizioni di vero e proprio sfruttamento: scarsamente pagati, vessati da intermediari e datori di lavoro, non godono di alcuna tutela sindacale e operano totalmente al di fuori delle norme di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro previste dalla legge.

Dal questionario socio-umanitario, infatti, emerge che sebbene il 95.2% di questi dichiara di usare guanti, nella maggioranza dei casi si tratta di semplici guanti da cucina, inefficaci per contrastare l’esposizione cutanea ad agenti tossici. Il 20% utilizza stivali da lavoro e solo l’8.2% la mascherina. Per lo più, nel 97% dei casi, tali mezzi di protezione non sono forniti dal datore di lavoro ma comprati dallo stesso lavoratore.

Gli operatori MSF hanno inoltre riscontrato che, tra i lavoratori, la maggior parte non cambia e non lava gli abiti da lavoro dopo la giornata nei campi o nelle serre, in linea con le direttive dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹⁵, né rispetta i tempi di rientro in serra dopo l’esposizione a fitofarmaci e pesticidi¹⁶. In media gli immigrati stagionali lavorano meno di 4 giorni a settimana, come il 67% degli intervistati ha dichiarato.

La durata della giornata di lavoro è di 8/10 ore. La metà dei lavoratori guadagna una cifra compresa tra i 26 e i 40 euro a giornata mentre poco più di un terzo guadagna 25 euro o meno.

Il compenso viene pattuito sul luogo del reclutamento e può essere a giornata o a cottimo, ovvero per numero di cassette di frutta o verdura raccolte. Nel foggiano, ad esempio, gli operatori di MSF hanno rilevato che un bracciante straniero guadagna dai 4 ai 6 euro per raccogliere un cassone di pomodori da 350 chili.

Il 37% degli stranieri intervistati dichiara inoltre che alla remunerazione giornaliera vengono sottratti dai 3 a 5 euro destinati ai caporali. Gli intervistati riferiscono di subire vessazioni e soprusi da parte dei datori di lavoro, sembra frequente il mancato o ritardato pagamento del compenso. Il 30% riferisce di non essere pagato regolarmente.

“Il pagamento avviene sempre in ritardo, a volte aspetto fino a 40 giorni. Non siamo trattati bene, ci fanno fare il lavoro più difficile senza vestiti di protezione, ci pagano poco e addirittura qualcuno non paga per niente e siccome siamo senza documenti non possiamo fare nulla”.

M. lavoratore marocchino

Sulla base di un calcolo effettuato dagli operatori di MSF, un immigrato stagionale deve sopravvivere con 240 euro mensili, considerando una media 8 giorni lavorativi al mese con una remunerazione giornaliera di 30 euro circa.

Gli stranieri stagionali contribuiscono con il loro lavoro a sostenere un settore economico importante per il Sud Italia: l’agricoltura. Tuttavia, le condizioni di lavoro rilevate relegano queste persone a condizioni di povertà estrema. Sebbene il fine della migrazione sia spesso quello del sostentamento economico delle famiglie nei paesi di origine, il 38% degli stagionali intervistati da MSF non riesce a inviare rimesse nel paese di provenienza perché può a stento a sopravvivere.



Foto: Lorenzo Maccotta

¹⁵ WHO, Health workers in agriculture, Regional Office for the Eastern Mediterranean

¹⁶ Ibidem.

4.3

Analisi generale dei dati

Condizioni di vita

“Qui come si vede stiamo malissimo: senza acqua, luce, andiamo in bagno in mezzo allo sporco, spesso non abbiamo da mangiare e durante l’inverno rischiamo di morire di freddo. Abbiamo veramente bisogno d’aiuto. Vivendo in queste condizioni non riesco ad immaginare d’averne un futuro.”

A., 20 anni, viene dal Mali, vive nelle campagne di Foggia

Dai dati raccolti da MSF riemerge il quadro scioccante già rilevato nel 2004: la maggioranza degli stranieri impiegati come stagionali vive in condizioni igieniche e sanitarie drammatiche, in un stato di povertà estrema e di esclusione sociale. Questa condizione espone gli stagionali ad atti di violenza e intolleranza e conferma, ancora una volta, l’assenza pressoché totale di misure tese a garantire standard minimi di accoglienza.

Nel corso del progetto itinerante, il team MSF ha incontrato migliaia di immigrati arrangiati in alloggi di fortuna, ruderi di campagna o fabbriche abbandonate, strutture fatiscenti prive di alcun servizio minimo (acqua, luce, bagni), senza infissi e serramenti, con i muri portanti e il tetto spesso pericolanti o parzialmente distrutti. Indecenti condizioni abitative alle quali si aggiunge una preoccupante situazione di sovraffollamento.

Dai dati rilevati risulta infatti che il 65% degli immigrati intervistati vive in strutture abbandonate, il 20% in spazi affittati; il 10% in tende o in un campo di accoglienza allestito dalle autorità locali. Impressionante è il caso di Alcamo (TP): lì, i lavoratori immigrati (5% del campione) sono costretti a dormire nelle strade e nelle piazze del paese non essendo in grado di trovare una soluzione alternativa. Altrettanto allarmanti sono i dati relativi alle preoccupanti condizioni di sovraffollamento e alla scarsa qualità delle strutture abitative.

Dai dati raccolti risulta infatti che oltre la metà degli intervistati divide lo spazio con 4 o più persone, che il 21% deve condividere il proprio materasso con una o più persone e che il 53% dorme per terra sopra un cartone o un materasso.

Anche per chi vive in spazi affittati, il sovraffollamento influisce pesantemente sulla vivibilità degli alloggi: il 69% divide infatti la stanza con 3 o più persone.

Allarmanti sono i dati che rilevano l’assenza di servizi minimi per garantire condizioni igienico sanitarie decenti.

Il 62% degli intervistati non dispone di servizi igienici nel luogo in cui vive. In questi casi gli individui sono costretti a utilizzare gli stessi campi per le proprie funzioni fisiologiche.

Servizi disponibili

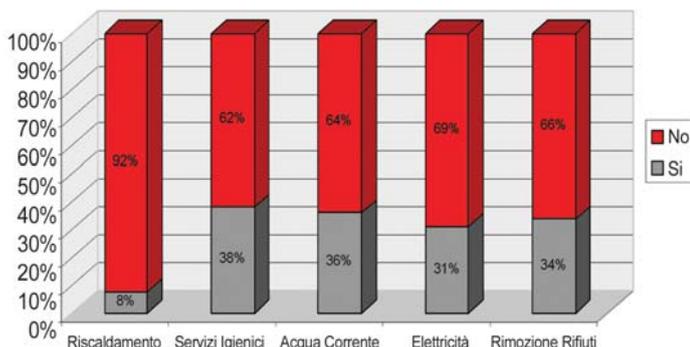


Grafico 3: Percentuale di stagionali che dispongono di servizi minimi nel luogo in cui vivono

Il 64% non ha accesso all’acqua corrente e deve percorrere distanze considerevoli per raggiungere il punto d’acqua più vicino.

Per procurarsi l’acqua il 44% si rifornisce presso fonti di fortuna quali tubi d’irrigazione e rubinetti esterni, il 31% si reca presso una fontana pubblica e il 25% è costretto ad acquistarla. Il 40% ha dichiarato di conservare l’acqua in taniche. Il 72% degli intervistati che dichiara di utilizzare quotidianamente l’acqua per igiene personale, lo fa spesso all’aperto o in docce improvvisate.

Il 69% non dispone di luce elettrica e utilizza candele per l’illuminazione. Il 66% ha dichiarato che nel luogo in cui vive non vi è un servizio di raccolta e smaltimento dei rifiuti. Nel 92% dei casi gli alloggi sono sprovvisti di riscaldamento.

Nei mesi autunnali e invernali, anche a causa delle condizioni di cattivo isolamento termico dei locali, gli immigrati patiscono il freddo e l’umido.

Queste condizioni denunciano la precarietà assoluta di un’alta percentuale degli stranieri impiegati in agricoltura, costretti a vivere senza servizi minimi di accoglienza.

Le difficoltà economiche e le precarie condizioni di vita influiscono anche sulla quantità di cibo consumato e sulla varietà della dieta. Buona parte degli stranieri non consuma alcun pasto prima e durante la giornata di lavoro.

Il 46% utilizza un fornello da campo per cucinare mentre circa il 14% è costretto a utilizzare solo legna da ardere. Poco più della metà degli stranieri non conserva il cibo, mentre il 43% lo fa in condizioni precarie. Solo il 20% possiede il frigorifero. Secondo le testimonianze raccolte in alcuni casi i migranti sono oggetto di atti di intolleranza e violenza, questo a causa delle condizioni di marginalità ed estrema esclusione sociale in cui vivono.

Il 16% denuncia di essere stato vittima di episodi di violenza, come insulti e lancio di pietre o oggetti.

“E poi la notte non posso uscire perché ci sono ragazzi italiani che ci menano con bottiglie di vetro, ci insultano. Ci sono ragazzi che sono stati picchiati qui e abbiamo paura ad andare all’ospedale e alla polizia. Anch’io sono stato picchiato due volte, una con un bastone e la seconda volta mi hanno lanciato bottiglie da una macchina.”

H, viene dal Marocco, incontrato in Campania

A tre anni di distanza dalla prima indagine di MSF sulle condizioni degli stranieri impiegati in agricoltura, nulla è cambiato. Gli immigrati continuano a vivere in situazioni indegne per un paese civile e membro dell’Unione Europea.

Pur contribuendo in maniera fondamentale al settore agricolo del Sud Italia, i lavoratori stranieri stagionali sono costretti a condizioni di vita disumane che li relegano a uno stato di povertà estrema e di esclusione sociale, vittime di sfruttamento, soprusi e atti di intolleranza.

Alla luce di quanto emerso, MSF auspica la responsabilizzazione da parte delle autorità locali e nazionali, associazioni di categoria e sindacati affinché vengano fornite risposte concrete per il definitivo superamento di un’intollerabile condizione che lede la dignità umana.

MSF chiede che vengano garantiti standard minimi di accoglienza a tutti i lavoratori stranieri impiegati in agricoltura a prescindere dal loro status giuridico.

Analisi generale dei dati

Accesso alla salute

4.4



“Lavorando in Italia negli ambulatori dedicati agli immigrati irregolari, mi è capitato più volte di visitare pazienti con patologie croniche, come ipertensione e diabete, che non avevano potuto eseguire i controlli o comprare le medicine perché non sapevano dove andare e non avevano denaro a sufficienza. Questo nonostante fossero in Italia da molto tempo.”

Francesca, medico MSF

Dal 2002 Medici Senza Frontiere opera in Italia per garantire accesso alle cure agli immigrati senza permesso di soggiorno. Sebbene l'impianto normativo garantisca il diritto alla salute per gli stranieri irregolari, in alcune aree del paese non è assicurata dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) la presenza di presidi medici dedicati a questa popolazione. Per questo motivo MSF ha deciso di intervenire per garantire la corretta applicazione della legge collaborando con ASL locali, in diverse regioni, nella gestione di ambulatori pubblici con l'ausilio della mediazione culturale.

L'ignoranza da parte degli stranieri irregolari del loro diritto alle cure urgenti e necessarie e la non appropriata conoscenza delle procedure amministrative da parte degli operatori del servizio sanitario, influiscono negativamente sull'accesso alla salute di questa popolazione. Questa situazione risulta particolarmente grave per una popolazione vulnerabile come quella degli stagionali. I risultati di quest'indagine segnalano la stessa criticità anche per i lavoratori stranieri regolari che, ricordiamo, hanno diritto alle cure alla pari dei cittadini italiani.

Normativa vigente in materia di accesso alle cure per gli stranieri in Italia

Fin dal 1998¹⁷ la legge italiana garantisce l'accesso alle cure per gli stranieri regolari e irregolari. Per i primi, in possesso di regolare permesso di soggiorno¹⁸, è previsto l'obbligo di iscrizione al SSN con rilascio della tessera sanitaria¹⁹.

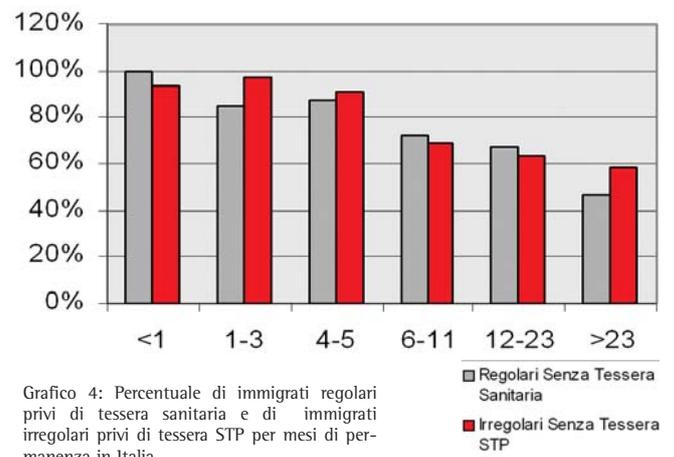
Agli stranieri irregolari è riconosciuto il diritto “alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti ed essenziali, ancorché continuative, per malattia o infortunio²⁰” e agli interventi di medicina preventiva. Allo straniero irregolare che ne fa richiesta viene assegnato un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) valido su tutto il territorio nazionale per sei mesi e rinnovabile. A fronte di questo quadro normativo, i dati raccolti da MSF mettono in luce alcune problematiche legate all'effettivo accesso alle cure da parte dei cittadini stranieri impiegati in agricoltura.

Conoscenza del diritto alla salute

Dai dati raccolti da MSF, il 71% degli stranieri intervistati nel corso dell'indagine risulta privo di tessera sanitaria.

Nello specifico, il 73% degli irregolari non possiede la tessera sanitaria STP ed il 64% dei regolari non è iscritto al SSN. A distanza di 2 anni dal loro arrivo in Italia il 59% di stranieri irregolari risulta ancora privo di tessera STP, mentre il 47% di immigrati regolari non è iscritto al SSN.

Copertura Sanitaria per Tempo di Permanenza in Italia



Accesso alla salute

Il 53% dei pazienti intervistati ha dichiarato di “non aver cercato assistenza sanitaria” all'insorgenza di una patologia.

Per indagare le ragioni del mancato ricorso ai presidi sanitari è stato chiesto ai pazienti quali ne fossero le cause²¹. Il 63% ha risposto che “non sapeva dove andare”.

Il fatto che molti non sappiano dove andare rispecchia la mancanza d'informazioni circa la presenza di strutture sanitarie nella zona e conferma quanto detto sopra circa la scarsa conoscenza del diritto alla salute.

Il 57% valutava la “malattia non abbastanza grave”.

Per quanto riguarda la percezione della malattia, gli immigrati prestano attenzione soprattutto a patologie con una sintomatologia dolorosa e invalidante per l'attività lavorativa.

¹⁷ Artt.34, 35,36 T.U. 286/1998, Legge Turco Napolitano

¹⁸ Tra questi, vale la pena ricordare, rientrano inoltre i richiedenti asilo nella pendenza di una decisione sulla loro domanda.

¹⁹ Art. 34 T.U. 286/1998.

²⁰ Art. 35 TU 286/1998.

Analisi generale dei dati

Accesso alla salute

Lo straniero nel valutare la gravità della malattia considera gli eventuali disagi da affrontare per ottenere un consulto medico: il mancato guadagno giornaliero e l'assenza di mezzi di trasporto.

Il 16% lamentava "la mancanza di mezzi economici o l'eccessiva distanza del presidio medico".

Le voci "altro" e "avevo paura" rappresentano il 19% dei casi. La risposta "avevo paura" si può tradurre come il timore di essere identificati dalle autorità di polizia presso i servizi sanitari.

Mancato Accesso all'Assistenza Sanitaria

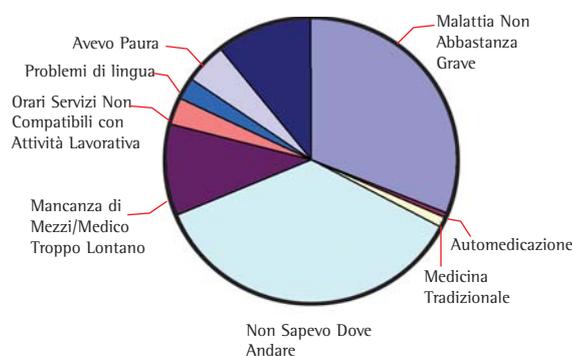


Grafico 5: Motivi per il mancato accesso all'assistenza sanitaria.

Questi motivi evidenziano barriere all'accesso al SSN portando spesso il paziente a trascurare determinate patologie con la conseguenza che, in alcuni casi, le stesse tendono a peggiorare e/o a diventare croniche.

A conferma di un accesso alla salute improprio, tra gli intervistati che hanno cercato assistenza sanitaria, il 50% non ha avuto accesso alla medicina di base ma si è rivolto a un Pronto Soccorso (PS)²².

La decisione di accedere al PS può essere giustificata dal fatto che si tratta di un presidio visibile, aperto 24 ore e di facile e immediato accesso. Inoltre, esso rappresenta per gli stranieri stagionali, l'unica possibilità, laddove manchino ambulatori dedicati.

Per quanto riguarda l'accoglienza ricevuta dagli immigrati stagionali nei servizi sanitari, secondo le testimonianze raccolte, non sono state segnalate attitudini discriminatorie da parte del personale sanitario.

Il 36% dei pazienti che si è rivolto al SSN non ha risolto l'episodio patologico. Questo potrebbe essere in parte spiegato con il dato sulla mediazione culturale che risulta assente nell'86% dei casi di accesso alle strutture sanitarie. Da segnalare che nelle aree interessate dall'indagine solo il 26% degli ambulatori dedicati agli irregolari era dotato di mediazione culturale.

Durante l'iter terapeutico si sono infatti riscontrate difficoltà per lo straniero a comprendere le terapie prescritte, gli esami consigliati e in generale le modalità d'accesso ai servizi sanitari di secondo livello. In conclusione il 75% degli stranieri che si sono ammalati non ha risolto il problema di salute per una serie di cause quali: il mancato accesso ai servizi sanitari e la mancata aderenza alla terapia prescritta. Quest'ultima può dipendere dalla mancata comprensione del percorso terapeutico consigliato.

Risoluzione dell'Episodio Patologico

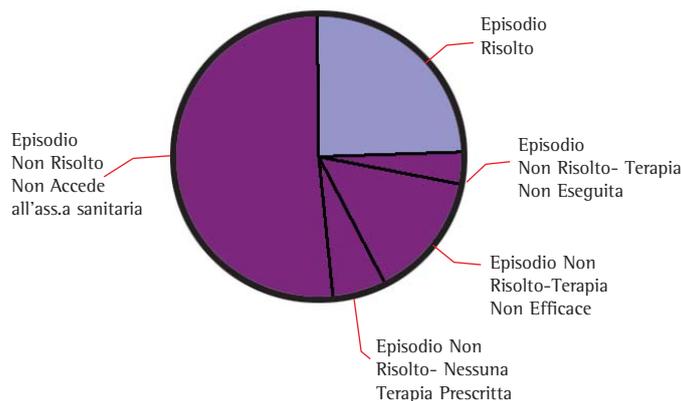


Grafico 6: Risoluzione dell'episodio patologico

L'inchiesta condotta da MSF conferma i risultati già rilevati nel 2004²³. Relativamente all'accesso alle cure, si segnalano dunque le seguenti criticità che evidenziano, a dieci anni di distanza dall'emanazione della Legge Turco-Napolitano, una condotta inadeguata del Sistema Sanitario Nazionale nel garantire il diritto alla salute per gli immigrati presenti in Italia.

Gli stranieri, sia regolari che irregolari, non sono informati sul diritto alla salute di cui godono e sulle corrette modalità di accesso ai servizi sanitari. Nello specifico agli immigrati irregolari non viene garantita un'efficace attività d'informazione sull'esistenza degli ambulatori dedicati STP.

²² Nel questionario socio-sanitario si elencavano: ambulatorio STP pubblico, ambulatorio di organizzazioni di volontariato, medico di base, pronto soccorso, guardia medica, ospedale pubblico, struttura privata, farmacia, altro.

²³ Le conclusioni corrispondono a quanto rilevato nel 2004: "Nella maggior parte dei casi il problema è la mancanza di informazione, ma anche quando esiste la consapevolezza dei propri diritti, rimangono problemi come la difficoltà logistica di entrare in contatto con le strutture sanitarie e di seguire le eventuali terapie, le difficoltà linguistiche e culturali per comunicare il proprio malessere, l'impreparazione dei medici su determinate patologie e sugli obblighi di legge per quanto riguarda l'assistenza agli stranieri" ne *I frutti dell'ipocrisia* Sinmos Editore.

Analisi generale dei dati

Accesso alla salute

Per quanto riguarda i regolari e il loro diritto alle cure, non viene garantito un servizio di informazione sull'obbligo di iscrizione al SSN al momento del rilascio del permesso di soggiorno.

In alcune aree, dove si concentra la presenza di immigrati irregolari in coincidenza dei periodi di raccolta, le ASL locali non istituiscono servizi sanitari dedicati (ambulatori STP).

Dove gli ambulatori STP sono funzionanti si registrano criticità in termini di accesso: difficoltà di contatto e individuazione dei presidi, scarsa aderenza alle terapie.

L'assenza di mediazione culturale presso i servizi ambulatoriali STP incide negativamente sull'aderenza alla terapia e sull'accesso alle cure per diversi motivi: mantenimento delle barriere linguistiche alla comprensione della cura, scarsa comprensione del funzionamento del servizio sanitario nazionale e infine difficile accesso ai servizi di secondo livello per l'eventuale iter diagnostico e terapeutico.

Alla luce di quanto emerso MSF auspica il superamento delle barriere all'accesso alla salute e chiede al Sistema Sanitario Nazionale di garantire:

una maggiore e capillare attività di informazione rivolta sia agli immigrati che agli operatori sanitari circa le condizioni di accesso alle cure per gli stranieri regolari e irregolari.

Tali informazioni devono essere a disposizione anche degli operatori sanitari dei presidi di Pronto Soccorso;

l'allestimento di ambulatori dedicati STP nelle aree interessate dalla presenza massiccia di immigrati stagionali irregolari e la conseguenza predisposizione di attività di informazione relative ai servizi sanitari offerti;

la presenza della mediazione culturale presso gli ambulatori dedicati per immigrati irregolari per consentire l'abbattimento delle barriere linguistiche e culturali.



La situazione dei neo comunitari: il caso di rumeni e bulgari

A seguito dell'ingresso di Romania e Bulgaria nell'Unione Europea (UE) sono cambiate le condizioni per il soggiorno dei cittadini provenienti da questi paesi nell'UE e, conseguentemente, le condizioni per la fruizione dei servizi sanitari. Il campione di lavoratori neo comunitari intervistato durante l'indagine di MSF, rappresenta il 4% del totale, soprattutto rumeni e bulgari di etnia rom. Dai dati rilevati, dalle testimonianze raccolte e dagli incontri effettuati con i dirigenti delle ASL risulta evidente che in molti casi questi cittadini comunitari si sono visti negare prestazioni pediatriche, a tutela della gravidanza o relative a trattamenti terapeutici continuativi. Questo accade perché non riescono a soddisfare le condizioni previste dalla legge (es. nel caso in cui non siano assunti con regolare contratto) e non hanno quindi titolo all'assistenza sanitaria a carico del Sistema sanitario regionale né a carico del paese di provenienza. Di fatto, dopo l'ingresso nell'UE i cittadini rumeni e bulgari si sono trovati, relativamente all'accesso ai servizi sanitari, in una condizione peggiore rispetto a quella goduta dai cittadini extracomunitari irregolari. Per rispondere a questa diffusa situazione di disagio è stata disposta, con circolare del 13 febbraio 2007, la proroga del tesserino STP per i pazienti comunitari fino al 31 dicembre 2007 ed è stata successivamente emanata la direttiva del Ministero della Salute del 3 agosto 2007, che ha lasciato tuttavia irrisolto il problema. MSF chiede che vengano finalmente emanate a livello nazionale e regionale disposizioni volte a incentivare percorsi di "regolarizzazione" del soggiorno di lungo periodo dei cittadini comunitari e quindi l'iscrizione al SSN e di garantire comunque l'erogazione delle cure urgenti e indifferibili ai pazienti che non risultano in grado di soddisfare tali condizioni.



Foto: Lorenzo Maccotta

4.5

Analisi generale dei dati

Condizioni di salute

“M. ci racconta che mentre raccoglieva i pomodori è stato investito da un trattore. Il datore di lavoro si è rifiutato di portarlo al Pronto Soccorso e gli ha intimato di non menzionare l'incidente. M. si è recato in ospedale da solo e non potendo denunciare il datore di lavoro ha dichiarato di essere stato vittima di incidente stradale. Al momento della visita di MSF, M. non stava lavorando poiché la contusione era dolorosa e la caviglia molto gonfia”

Maria, operatrice MSF

Secondo i dati raccolti da MSF gli immigrati impiegati in agricoltura rappresentano una popolazione mediamente giovane. Il 75% delle persone visitate ha meno di 30 anni. Il 76% dei pazienti ha riferito di essere giunto in Italia in buone condizioni di salute²⁴. Nonostante questo, al momento della visita di MSF al 72% dei pazienti è stato formulato almeno un sospet-

to diagnostico, di cui il 73% è risultato una malattia cronica. Nel corso del progetto sono state visitate 643 persone, la quasi totalità uomini (96%). Sono stati formulati 846 sospetti diagnostici. Un unico sospetto diagnostico è stato formulato per 464 pazienti (72%), 2 in 153 pazienti (24%), 3 in 26 (4%).

Solo il 4% (n=28) degli individui che hanno richiesto di essere visitati è risultato essere in stato di buona salute. Il grafico mostra la percentuale di pazienti per i quali sono stati formulati i sospetti diagnostici in base alle categorie ICD9-CM²⁵.

Nelle pagine seguenti sono stati approfonditi i gruppi di patologie più frequenti: malattie osteomuscolari (22%), dermatologiche (15%), respiratorie (13%), gastroenteriche (12%), malattie del cavo orale (11%), malattie infettive (10%). All'interno di questi gruppi sono state messe in evidenza le patologie più ricorrenti.

Situazione Sanitaria

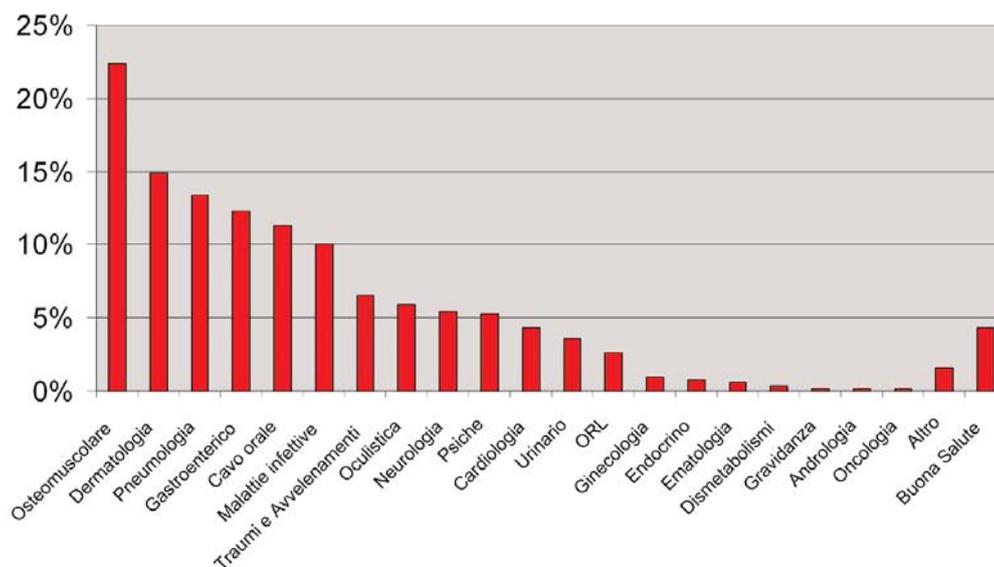


Grafico 7: Percentuale di pazienti con sospetti diagnostici ICD9-CM

Percentuale di pazienti per sottogruppi di patologie più ricorrenti nei diversi gruppi ICD9-CM

Gruppi ICD9-CM	Pazienti	Patologie	Pazienti
Osteomuscolare	22%	Lombosciatalgie	52%
Dermatologia	15%	Micosi	34%
Pneumologia	13%	Infezioni delle vie aeree superiori	59%
Gastroenterico	12%	Gastriti	35%
Cavo Orale	11%	Carie	74%
Malattie infettive	10%	Enteriti	57%
		MST (Malattie Sessualmente Trasmissibili)	15%
		TB	8%

²⁴ Per il restante 24% si trattava per lo più di malattie non gravi.

²⁵ Vedi nota n. 6.

Analisi generale dei dati

Condizioni di salute

Nel 22% dei casi (144 pazienti) è stata diagnosticata una **patologia osteomuscolare**. Lombalgia e/o lombosciatalgia sono le più frequenti. L'eziologia della lombalgia è multifattoriale. Esiste un'associazione tra lombalgia e sforzi da lavoro agricolo quali sollevamento di pesi, mantenimento di posture fisse per lungo tempo, movimenti ripetitivi²⁶. La maggior parte dei pazienti lavora in agricoltura ed è dunque esposta al rischio tipico di questa professione. Per di più, non avendo un contratto regolare, i pazienti non ricevono una formazione specifica, in particolare sulle misure di prevenzione delle malattie professionali. I tempi di rientro previsti dalle linee guida²⁷ non sono mai rispettati.

Generalmente infatti i lavoratori affetti da lombalgia che svolgono lavori pesanti dovrebbero stare a riposo per 7-10 giorni in caso di dolore moderato, 35 in caso di dolore importante o di nevralgia del nervo sciatico²⁸.

In un contesto in cui quasi il 50% degli individui riesce a lavorare in media solo 3 giorni a settimana è difficile rinunciare a una giornata di lavoro per rispettare i tempi di rientro, pur in presenza di una patologia invalidante.

Non solo fattori legati al lavoro ma anche le precarie condizioni di vita determinano l'elevata frequenza della lombalgia e la sua cronicizzazione che tocca il 73% dei pazienti affetti. Tra i vari fattori di rischio in quest'ambito hanno particolare importanza la mancanza di sonno o condizioni che ne causano una cronica riduzione di qualità, come anche un cattivo stato generale di salute e problemi di natura psico-affettiva²⁹. Molti pazienti non hanno a disposizione un letto dove dormire, spesso devono dividere il materasso con più persone e nella maggior parte dei casi vivono in luoghi senza riscaldamento. Si determina quindi una cronica diminuzione della qualità del riposo e del sonno.

In conclusione, colpisce l'elevata frequenza di patologia osteomuscolare nel campione che se da un lato è caratterizzato dall'esposizione a un rischio professionale, dall'altro è composto da soggetti giovani, i quali presentano precocemente le complicanze e la cronicizzazione di questa esposizione. Verosimilmente sono l'intensità e le modalità d'esposizione nonché la coesistenza di altri fattori come le precarie condizioni di vita a spiegare questo dato.

Nel 15% dei casi (96 pazienti) è stata diagnosticata una **malattia dermatologica**. Le più frequenti erano micosi (32% dei sospetti diagnostici) e dermatiti. Il 79% di queste patologie erano croniche. Le micosi più frequenti sono tinea, pityriasis versicolor, candidosi.

Si tratta d'infezioni cutanee da funghi i cui fattori di rischio sono quelli che interferiscono con i naturali meccanismi di protezione cutanea (traumi, irritazione, macerazione, occlusione da parte di materiali non porosi che incrementano la temperatura e umidità cutanea)³⁰. La tinea si trasmette da un individuo all'altro, oppure dal suolo o dall'animale all'uomo. **Scarsa igiene, sovraffollamento e lavoro in campagna sono fattori di rischio**³¹. Pityriasis e candidosi sono causate da funghi che normalmente sono ospiti innocui della cute ma che danno malattia in caso di abbassamento delle difese immunitarie (ad esempio in caso di stress o cattiva alimentazione) o anche a causa di una predisposizione individuale³². La dermatite è invece un'inflammatione cutanea che può avere diverse cause, tipicamente l'esposizione professionale ad agenti irritanti (dermatite da contatto allergica o non allergica)³³. Il lavoro agricolo comporta il contatto con agenti infettivi, irritanti o che causano allergia. Questi agenti si trovano sul terreno o sui raccolti.

Quasi mai i datori di lavoro provvedono all'acquisto degli strumenti di protezione (appena il 7%) che nella maggior parte dei casi devono essere acquistati dagli stessi migranti. Il lavoro in serra espone inoltre la cute a temperature elevate in ambiente umido, favorendo particolarmente le micosi. Il 10% degli intervistati può comprare solo guanti da cucina che non proteggono e che non garantiscono la traspirazione della cute, favorendone la macerazione. Ancora una volta non sono solo l'esposizione professionale a determinare la frequenza di queste patologie, ma anche le condizioni di vita.



Foto: Lorenzo Maccotta

²⁶ Andersson GBJ. 1997.

The epidemiology of spinal disorders. In The Adult Spine: Principles and Practice (Ed. Frymoyer JW) : 93-141, Lippincott-Raven, Philadelphia.

²⁷ <http://www.disabilitydurations.com/bp/724.htm#724.2>.

²⁸ Ibidem.

²⁹ Hoogendoorn WE. Systematic review of psychosocial factors at work and in private life as risk factors for back pain. Spine 2000; 25:2114-25.

³⁰ Hainer BL. Dermatophyte Infections. Am Fam Phys 2003;67:101-8.

³¹ Ibidem.

³² Schwartz RA. Superficial fungal infections. The Lancet 2004;364:1173-82.

³³ Beltrani VS. Contact dermatitis. Ann Allergy Asthma Immunol. 1997;78:160-73.



Molti pazienti vivono in abitazioni abbandonate, prive di adeguati sistemi d'aerazione, in condizioni di sovraffollamento, scarsa igiene e scarso accesso all'acqua. Gli agenti esterni spesso restano a lungo a contatto con la cute a causa della difficoltà a lavarsi adeguatamente dopo il lavoro e/o di cambiarsi gli abiti durante il riposo. È anche difficoltosa l'aderenza alle cure, che richiede talvolta lavaggi quotidiani di cute e abiti, con un conseguente alto rischio di cronicizzazione.

Una **malattia respiratoria** è stata diagnosticata in 86 pazienti (13%). Le patologie più frequenti sono quelle classificate nell'ICD9-CM come infezioni delle alte vie respiratorie in cui rientrano la bronchite (20%), raffreddore (16%), faringite (13%), tonsillite (6%), sinusite (2%), tracheo-bronchite (2%). Le infezioni erano per lo più acute. Sono causate da virus o batteri, che si trasmettono per inalazione diretta tramite aerosol da un individuo infetto oppure tramite contatto con secrezioni infette. Più frequenti nella stagione fredda, ne favoriscono la trasmissione il sovraffollamento, la scarsa aerazione dei locali e l'inalazione di polveri o ceneri (es. da fuochi)³⁴. Nel nostro campione sono numerosi coloro che vivono in queste condizioni. Anche l'immunosoppressione secondaria a patologie sistemiche o anche solo a stress psicologico predispongono a queste infezioni³⁵. Inoltre, lo scarso accesso alla salute pone gli immigrati a rischio di sviluppare le complicanze di queste malattie. Si tratta infatti di patologie solitamente blande, che se non diagnosticate tempestivamente e non trattate adeguatamente possono portare a complicanze anche gravi come ad esempio broncopneumite a partire da bronchite³⁶. È stata diagnosticata una **malattia gastroenterica** in 79 pazienti (12%).

Le più frequenti erano gastriti (35% dei sospetti diagnostici), l'89% delle quali croniche. La causa più frequente di gastrite cronica è l'infezione da parte del batterio *Helicobacter pylori*³⁷.

Il contagio è favorito dal sovraffollamento, dal consumo di acqua contaminata e cibi mal conservati e mal cucinati, da uno scarso consumo di frutta e verdura e da precarie condizioni di vita (stress, scarsa igiene, basso livello socio-economico)³⁸. Non tutti gli individui infetti sviluppano la gastrite che è favorita da fattori quali dieta e scarse condizioni di vita³⁹. In presenza di ulteriori fattori di rischio (genetici ma anche ambientali), la gastrite da *Helicobacter pylori* può portare a pericolose complicanze come ulcera e tumori gastrici⁴⁰.

Le condizioni di vita dei pazienti visitati evidentemente favoriscono non solo l'acquisizione dell'infezione da *Helicobacter pylori*, ma anche la sua progressione a gastrite e le sue complicanze. A un esame incrociato risulta che la maggior parte degli individui con gastrite vive in condizioni di sovraffollamento (il 38% divide il materasso con altre persone), scarsa igiene (il 76% non ha accesso all'acqua corrente, il 68% non ha servizi igienici, il 76% non ha accesso al servizio di nettezza urbana), scarsa igiene nella conservazione degli alimenti e dell'acqua (il 48% ricava l'acqua potabile da fontane pubbliche), dieta non bilanciata (il 28% riferisce di non consumare frutta). L'infezione si può eliminare facilmente con una terapia antibiotica e questo potrebbe prevenire anche le sue pericolose complicanze⁴¹. Tuttavia lo scarso accesso alla salute nega ai pazienti la possibilità di ricevere questa terapia.

Una **malattia del cavo orale** è stata riscontrata in 73 pazienti (11%), per lo più carie dentali (68%). Il problema era cronico nell'89% dei casi e le carie erano multiple con presentazione grave. Nonostante tali patologie siano di riscontro frequente anche in assenza di condizioni di vita precarie, risulta evidente che carenza di calcio e micronutrienti, scarsa igiene orale, consumo di acqua contaminata, povertà aumentano il rischio di sviluppare e aggravare queste patologie⁴². Nel nostro campione, infatti, l'82% dei pazienti non ha acqua corrente nell'abitazione.

Sono stati formulati 62 sospetti diagnostici di **malattia infettiva**. Tra questi le più frequenti erano gastroenteriti (57%). Le gastroenteriti possono essere causate da batteri, virus, parassiti. Il contagio avviene tramite contatto con escrementi infetti (via oro-fecale), ed è dunque favorito dalla scarsa igiene personale dei luoghi abitativi, dalla



Foto: MSF

³⁴ Schwela D. Cooking smoke: a silent killer. *People Planet*. 1997;6:24-5.

³⁵ Cohen S. Keynote Presentation at the Eight International Congress of Behavioral Medicine: the Pittsburgh common cold studies: psychosocial predictors of susceptibility to respiratory infectious illness. *Int J Behav Med*. 2005;12:123-1.

³⁶ R. Garibaldi Epidemiology of community-acquired respiratory tract infections in adults Incidence, etiology, and impact. *Am J Med*.1985;78: 32-7.

³⁷ Il 50% della popolazione mondiale è infetta da questo batterio, in particolare nei paesi in via di sviluppo. Brown LM. *Helicobacter pylori: epidemiology and routes of transmission*. *Epidem Rev*;2000;22:283-97.

³⁸ Chey WD. American College Gastroenterology Guideline on the management of *Helicobacter Pylori* infection. *Am J Gastroenterol* 2007;102:1808-25.

³⁹ *ibidem* - ⁴⁰ *ibidem* - ⁴¹ *ibidem*

⁴² Selwitz RH. Dental caries. *Lancet*. 2007;369:51-9.

Analisi generale dei dati

Condizioni di salute

manca di servizi igienici adeguati oppure dal consumo di cibi e/o acqua contaminata. Tra gli immigrati incontrati affetti da gastroenterite, il 76% degli individui non ha acqua corrente, il 79% non ha bagni, il 66% conserva l'acqua in taniche, il 79% non ha un servizio di nettezza urbana nel luogo in cui vive.

Nel gruppo delle **malattie infettive** vi sono alcuni sospetti diagnostici che, benché non riscontrati frequentemente, meritano di essere discussi poiché sono sia rilevanti dal punto di vista del paziente (aspetti clinici, complicanze) che della salute pubblica: 9 casi di Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) (15%), 5 di tubercolosi (8%), 4 d'epatite B (7%), 2 di HIV (3%). Nel controllo delle MST è universalmente riconosciuto il ruolo cruciale dell'educazione sanitaria a comportamenti sessuali non a rischio e della disponibilità di strutture per diagnosi e trattamento⁴⁴. Per la tubercolosi il cui numero di diagnosi comunque non è elevato (5 sospetti diagnostici di cui solo 2 confermati) la terapia comporta l'assunzione di numerosi farmaci per periodi prolungati e secondo schemi rigorosi: la scarsa aderenza alle cure porta inevitabilmente allo sviluppo di resistenza ai farmaci e aggravamento della sintomatologia⁴⁵. Lo stesso vale per il trattamento dell'infezione da HIV, la cui terapia è oggi in grado di modificarne drammaticamente il decorso⁴⁶. Per queste patologie è necessario quindi garantire al paziente immigrato un più che adeguato accesso alla salute e un inserimento nei programmi di prevenzione e cura, assicurando l'opportunità di ricevere cure specialistiche continuative e un semplice ed immediato accesso ai farmaci. Un agevole accesso alla salute è fondamentale anche per malattie croniche (intese in questo caso come malattie non guaribili) quali **diabete ed ipertensione arteriosa** che comportano l'assunzione quotidiana e a lungo termine di farmaci costosi (insulina, anti-ipertensivi) e necessitano di controlli medici continui. Sono state riscontrate in una bassa percentuale di pazienti (ipertensione arteriosa nel 30% dei casi, diabete nello 0.5%) ma meritano di essere menzionate in quanto se non trattate portano complicanze molto gravi o letali (coma diabetico, ictus, infarto). L'80% degli individui affetti da queste malattie non disponeva di codice STP al momento del contatto con MSF e molti sono giunti alla nostra osservazione con valori di pressione arteriosa o di glicemia molto elevati perché, non avendo disponibilità economica non avevano potuto acquistare i farmaci salva vita, per cui il SSN

prevede invece l'esenzione.

Il gruppo di patologie psichiatriche non viene trattato in base al criterio della frequenza perché relativo al 5% dei pazienti. Tuttavia, problemi di natura psicologica e affettiva quali stress, ansia, depressione ed altre alterazioni cognitive ricorrono come fattori di rischio per molte patologie.

A causa delle condizioni in cui avvenivano le visite non è stato possibile valutare sistematicamente lo stato psicologico dei pazienti⁴⁷, tuttavia gli operatori di MSF hanno riscontrato frequentemente nelle comunità di stranieri visitate segni di un disagio psico-sociale importante. Resta d'intuitiva evidenza che il vivere in una costante condizione di vulnerabilità materiale, emotiva e d'incertezza può avere ripercussioni tangibili sullo stato mentale ed emotivo, e quindi di salute, d'ogni individuo.

In conclusione, la situazione sanitaria generale del nostro campione offre un quadro epidemiologico articolato.

Il miglioramento degli standard di vita e di lavoro e un adeguato accesso alle cure ridurrebbero la frequenza di molte patologie, dalle malattie infettive a quelle dermatologiche e osteomuscolari.

Il miglioramento dell'accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici ridurrebbe la troppo elevata frequenza di cronicizzazione, il peso della malattia sulla qualità di vita e sulla produttività lavorativa e il rischio di sviluppare pericolose complicanze.



Foto: Lorenzo Maccotta

⁴⁴Workowski KA. U.S. Centers for Disease Control and Prevention guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases: an opportunity to unify clinical and public health practice. *Ann Intern Med.* 2002;137:255-62.

⁴⁵Henry M Update on the Treatment of Tuberculosis and Latent Tuberculosis Infection. *JAMA.* 2005;293:2776-84.

⁴⁶Aberg JA. Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus: Recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases* 2004;39:609-29

⁴⁷All'inizio del progetto vi era l'intenzione di valutare il disagio sociale e psico-affettivo degli immigrati tramite l'utilizzo di uno strumento di screening quale il General Health Questionnaire GHQ12. Tuttavia, per le caratteristiche d'intervento di clinica mobile quali i tempi ridotti e i luoghi affollati non è stato possibile somministrare il GHQ12 in maniera sistematica. Il GHQ12 è ampiamente usato in letteratura come metodo di screening che si è dimostrato uno strumento valido e affidabile anche in differenti contesti culturali (Health and Quality of life outcomes; 2003, 1:66, 1477-7225).



5.1

Schede Regioni Campania

Piana del Sele

Campania	Regione	Campania: Provincia di Salerno Eboli e Battipaglia (San Nicola Varco)
	Popolazione incontrata	Maghreb, uomini tra i 20 e 40 anni 92% irregolare 96% dei lavoratori, privi di contratto di lavoro
	Tempo di permanenza	Stanziali: 64% presente in loco da più di un anno
	Tipologia di coltura	Agricoltura intensiva: serre
	Numero ambulatori STP nella zona	2 ambulatori STP della ASL in collaborazione con la Caritas Assenza di mediazione culturale Servizio di clinica mobile dei volontari di "L'altra Italia" in collaborazione con ASL
	Copertura sanitaria: STP	61% degli immigrati ha STP

La Piana del Sele rivela uno **quadro scioccante** che mostra in tutta la sua crudezza il dramma di individui che pur contribuendo all'economia locale vivono e lavorano in condizioni disumane.

La Piana è un'area interessata da un'agricoltura di tipo intensivo che avviene prevalentemente in serra durante tutto il corso dell'anno (coltivazioni di fragole, carciofi e pomodori). Vi è quindi una richiesta di manodopera costante che aumenta durante alcuni periodi delle raccolte. Nel corso delle attività mediche in Campania⁵⁴ MSF ha ricevuto segnalazioni sulle spaventose condizioni di vita e di lavoro in cui vivono parecchie centinaia di immigrati impiegati in agricoltura.

Nel corso dell'indagine MSF ha visitato i comuni di Battipaglia (SA) ed Eboli (SA) nelle prime settimane di luglio 2007. In particolare il team si è recato a San Nicola Varco e in alcune località della frazione Campolongo. Le comunità incontrate provengono dal Maghreb, si tratta principalmente di uomini non sposati, di età compresa tra i 20 e i 40 anni. Nonostante il 64% sia presente in Italia da oltre un anno, solamente il 30% riesce ad esprimersi in italiano. Questo dato riflette la forte esclusione sociale e marginalità di queste comunità. La quasi totalità del campione intervistato (92%) è sprovvisto del permesso di soggiorno.

San Nicola Varco rappresenta un caso emblematico delle indegne condizioni di vita degli stranieri stagionali. Nell'ex mercato ortofrutticolo⁵⁵, vivono all'incirca 600 immigrati in baracche costruite all'interno di edifici abbandonati, circondati da quantità enormi di immondizia.

A San Nicola Varco non vi è servizio di rimozione dei rifiuti.

L'erogazione di acqua corrente si riduce a un'unica fontanella inadeguata a soddisfare i bisogni della popolazione. Non vi sono servizi igienici e manca l'elettricità.

Per quanto riguarda la condizione lavorativa il 96% di chi lavora nella zona non ha un contratto di lavoro. L'87% degli intervistati è impiegato in agricoltura mentre il rimanente 13% è occupato nell'edilizia e nel commercio. La paga media giornaliera si aggira intorno ai 30 euro. Il 53% degli intervistati impiegati in agricoltura deve però pagare 3-5 Euro al giorno al caporale, per un salario netto finale di 25-28 Euro.

Gli immigrati lavorano in condizioni nelle quali non c'è nessun tipo di prevenzione per la salute sui luoghi di lavoro.

Gli intervistati lamentano in particolare le alte temperature nelle serre e dell'impossibilità di avere una pausa anche solo per bere dell'acqua e dell'esposizione ad agenti chimici.

Molte sono le testimonianze di incidenti sul lavoro che sono denunciati come incidenti stradali.

M. è marocchino irregolare, in Italia da 6 mesi. Mentre raccoglieva i pomodori è stato investito da un trattore. Il datore di lavoro si è rifiutato di portarlo al Pronto Soccorso e gli ha intimato di non menzionare l'incidente. M. si è recato in ospedale da solo e non potendo denunciare il datore di lavoro ha dichiarato di essere stato vittima di incidente stradale. Al momento della visita di MSF, M. non stava lavorando poiché la contusione era dolorosa e la cavaglia molto gonfia.

⁵⁴Dal 2005 MSF lavora nelle province di Napoli e Caserta fornendo assistenza sanitaria agli immigrati irregolari tramite l'apertura di ambulatori dedicati STP in collaborazione con le ASL locali.

⁵⁵Dove è attivo un presidio della FLAI CGIL di Salerno.

Schede Regioni

Campania

L'accesso alla salute per gli irregolari è garantito da due ambulatori STP dell'ASL Salerno2 in collaborazione con la Caritas. Non è presente la mediazione culturale. Esiste un servizio di clinica mobile, nato per iniziativa di volontari dell'Associazione *L'altra Italia* che opera in convenzione con l'ASL. Quest'attività ha l'indubbio merito di rappresentare il canale più diretto con le istituzioni sanitarie, oltre che a fornire un aiuto medico immediato. Rispetto ai dati generali, il quadro di accesso alla salute nella zona è tra i migliori. Il 61% degli intervistati è in possesso di tessera STP. Solo il 12% ne è sprovvisto perché "non ne era a conoscenza" e sempre solo il 12% non ha cercato assistenza sanitaria perché "non sapeva dove andare". L'accesso al Pronto Soccorso risulta comunque notevole (il 45% di chi ha cercato assistenza sanitaria). Le ragioni ancora una volta possono ricollegarsi a scarsa confidenza e familiarità con l'iter terapeutico da parte degli immigrati e scarsa conoscenza delle corrette modalità di accesso ai servizi sanitari sia da parte dei migranti che da parte degli operatori sanitari.

H. viene dal Marocco, ha 26 anni, vive a San Nicola Varco. MSF lo incontra alle 11 del mattino. Lamenta da tre giorni forti dolori addominali. Ha chiamato il 118 e sta aspettando l'ambulanza. Chiede un passaggio in auto sino alla strada statale perché l'ambulanza si rifiuta di arrivare all'interno di San Nicola Varco. Alle 17 MSF torna e ritrova il paziente in una situazione di forte dolore.

Il paziente ha riferito di essere stato trattato con una infusione di antidolorifici e dimesso pur riferendo ancora molto dolore. La diagnosi del Pronto Soccorso è "sindrome dolorosa addominale".

Il medico MSF lo visita e sospetta un'appendicite acuta: il paziente viene accompagnato a un altro Pronto Soccorso dove le indagini confermano il sospetto diagnostico.

H. viene operato d'urgenza.

Per quanto riguarda la situazione sanitaria, 65 pazienti sono stati sottoposti a una accurata anamnesi lavorativa.

Di questi molti presentano segni di esposizione a fitofarmaci durante il lavoro (il 30% presenta cefalea, il 29% bruciore oculare, nasale o laringeo, il 26% rinorrea e starnuti, il 31% lacrimazione e sudorazione inusuali, il 16% bruciore o prurito cutaneo).

Solo il 7% dei datori di lavoro fornisce dispositivi di protezione per i lavoratori. Così solo il 7% degli immigrati impiegati in agricoltura indossa la mascherina protettiva. Il 75% indossa guanti da cucina

Le patologie più frequenti sono quelle dermatologiche (15%), tra cui spiccano le micosi (10%), favorite dalle scarse condizioni igieniche e di lavoro.

Numerosi anche i pazienti con lombosciatalgia (15%).

A questa situazione sanitaria, alle condizioni di vita disumane e allo sfruttamento lavorativo si aggiungono inoltre episodi di maltrattamento denunciati dal 16% degli intervistati. Nella maggior parte dei casi si tratta di violenze, lancio di pietre e bottiglie da parte della popolazione locale.

Vivo da 3 anni in Italia, da due anni e mezzo abito qui a San Nicola Varco e lavoro in serra. Anche quando il padrone usa i prodotti chimici dobbiamo entrare subito in serra, spesso ho bruciore agli occhi e prurito, adesso ho problemi alla pelle. Io non ho mai usato nessuna maschera protettiva mentre i guanti a volte il datore di lavoro li compera e possiamo usarli. Il pagamento avviene sempre in ritardo, a volte aspetto fino a 40 giorni. Non siamo trattati bene, ci fanno fare il lavoro più difficile e senza vestiti di protezione, ci pagano poco e addirittura qualcuno non paga per niente e siccome siamo senza documenti non possiamo fare nulla. E poi la notte non posso uscire perché ci sono ragazzi italiani che ci menano con bottiglie di vetro, ci insultano. Ci sono ragazzi che sono stati picchiati qui e abbiamo paura ad andare all'ospedale e alla polizia. Anch'io sono stato picchiato due volte, una con un bastone e la seconda volta mi hanno lanciato bottiglie da una macchina.

H. viene dal Marocco, vive a San Nicola Varco

Alla luce di quanto emerso MSF esprime indignazione per le condizioni di vita degli immigrati stagionali presenti nell'area.

Pertanto, MSF chiede alle istituzioni locali di adottare misure urgenti per garantire condizioni minime di accoglienza per tutti gli immigrati stagionali.

Considerato il quadro sanitario MSF chiede alle associazioni sindacali e di categoria e all'ASL che vengano promosse misure di prevenzione e sicurezza sui luoghi di lavoro.





5.2

Schede Regioni

Lazio

Provincia di Latina

Lazio	Regione	Lazio: Provincia di Latina, Cisterna di Latina, Sabaudia Terracina, Latina, Fondi, Borgo Faiti e Borgo Hermada
	Popolazione incontrata	Indiani Uomini tra i 20 e 40 anni 83% irregolare e il 77% dei lavoratori non ha contratto
	Tempo di permanenza	Stagionali: 55% in Italia da più di un anno
	Tipologia di coltura	Serre
	Numero ambulatori	Ambulatori STP: Latina, Fondi, Pontinia, Terracina, Sabaudia
	Copertura sanitaria: STP	78% non ha tessera STP

In Provincia di Latina si concentrano molte aziende agricole di tipo intensivo, soprattutto per la frutticoltura in particolare modo kiwi, uva ed ulivi.

Vi sono inoltre diversi allevamenti di bufale che vedono impegnati numerosi immigrati di origine indiana.

La visita si è svolta nel nord della Provincia di Latina tra luglio e agosto 2007 nelle località di Cisterna di Latina, Sabaudia, Terracina, Latina Fondi, Borgo Faiti e Borgo Hermada.

Sono stati intervistati 64 immigrati tutti indiani provenienti dalla regione del Punjab ed effettuate 71 visite mediche. Il 97% del campione è costituito da uomini con un'età compresa tra i 20 e i 40 anni. Esiste inoltre un 17% degli intervistati nella fascia successiva fino ai 50 anni.

La maggior parte degli immigrati è irregolare (83%) e il 55% degli intervistati era in loco da più di un anno. Dall'esperienza di Caritas, Famiglia Migrante e Sindacati sembra che la comunità indiana sia poco integrata localmente e in alcuni casi isolata. Solo il 9% delle persone intervistate dichiara, infatti, di aver avuto un contatto con organizzazioni di volontariato o assistenza sociale.

Le condizioni abitative risultano essere decisamente migliori rispetto ad altre aree visitate dal team MSF. Solo l'8% degli intervistati, infatti, vive in case abbandonate.

La maggioranza condivide case affittate. Tuttavia il sovrappollamento è evidente visto che il 70% dorme con 3 o più persone nella stessa stanza mentre circa il 31% divide il letto con altre persone.

Per quanto riguarda le condizioni lavorative, la quasi totalità degli intervistati (86%) lavora in agricoltura, di cui il 73% in serra.

Solo il 23% dei lavoratori in agricoltura dichiara di avere un contratto di lavoro e il 53% è occupato per 5 o più giorni a settimana con salari superiori a 25 euro giornalieri. In tema di sicurezza sul luogo di lavoro è da segnalare l'attenta attività dell'Istituto di Medicina del Lavoro di Latina che ha promosso campagne di prevenzione degli incidenti sul lavoro per i titolari di tutte le aziende agricole. Ancora una volta, però, dato l'elevato numero di lavoratori senza contratto di lavoro, sono stati segnalati abusi da parte dei datori di lavoro.

Mi chiamo G. e sono in Italia da 1 anno e 7 mesi, senza documenti, ho vissuto sempre in provincia di Latina. Lavoro in campagna. Il mio primo datore di lavoro, per il quale ho lavorato 7 mesi, mi ha trattato male. Mi deve restituire 1500 €, che equivalgono a due mesi e mezzo di lavoro. Ho lasciato questo lavoro da un anno perché non ricevevo più il mio stipendio. Al telefono il mio ex datore di lavoro dice che se io vado lui chiama i carabinieri. Io mi fidavo, pensavo che, come in India, loro vedono che si lavora tanto, si lavora con il sudore, con il sangue e per questo ci pagano, non pensavo che in Italia si facessero queste cose.

G., viene dal Marocco, incontrato a San Nicola Varco

Per quanto riguarda l'accesso alla salute dal novembre 2005 è presente un ambulatorio STP nella città di Latina istituito dall'ufficio ASL per l'Organizzazione e Gestione delle Emergenze Sanitarie Immigrati⁶², in collaborazione con i volontari di Famiglia Migrante.

Nel 2007 per rispondere ad un maggiore fabbisogno di cure e per garantire una maggiore e capillare copertura del territorio, l'azienda sanitaria locale ha esteso la rete ambulatoriale STP aprendo ulteriori cinque presidi⁶³.

⁶²Struttura di coordinamento delle attività sanitarie a favore dei cittadini stranieri

⁶³Aprilia, Sabaudia, Pontinia, Terracina e Fondi.

Schede Regioni

Lazio

Negli ambulatori STP dedicati agli stranieri irregolari, la mediazione culturale è garantita grazie ad una convenzione tra la Asl e le associazioni ANOLF e Famiglia Migrante ed è rivolta alle comunità dell'est Europa. Nell'ambulatorio di Pontinia, viene garantito un servizio di mediazione culturale rivolto alla comunità indiana. Quest'iniziativa è stata promossa in collaborazione con le autorità comunali.

Nonostante la presenza di cinque ambulatori STP nessuno dei pazienti visitati da MSF si era recato in un ambulatorio dedicato e il 78% degli intervistati era sprovvisto di tessera STP. Per spiegare questi dati, la maggioranza degli intervistati ha dichiarato: "non sapevo dove andare". L'83% ha dichiarato di essersi recato ad un presidio di Pronto Soccorso all'insorgenza di una patologia.

Nella Provincia di Latina, gli immigrati irregolari possono anche riferirsi alla rete sanitaria dei medici di medicina generale. In questi presidi, come in quelli dove la mediazione culturale è assente, da alcune testimonianze raccolte, si sono verificati ostacoli che hanno inciso negativamente sull'accesso alle cure e sull'aderenza alle terapie.

S. è una donna di 64 anni, da due anni è diabetica. Un anno e mezzo fa è arrivata in Italia irregolarmente per seguire il marito. Ha portato con sé una terapia tradizionale indiana che poi è finita. Ha ottenuto la tessera STP a Latina. Sei mesi fa, con il marito che parla italiano si è rivolta ad un medico di medicina generale perché necessitava di farmaci ipoglicemizzanti. Non le sono stati consigliati accertamenti, né prescritta alcuna terapia. La signora non ha insistito perché non conosce le possibilità in Italia, proviene da un paese molto diverso in termini d'accesso alla salute. MSF ha visitato la paziente e, accertata la gravità della sua condizione (una glicemia di 320 mg/dl, quando normalmente inferiore a 110 mg/dl), l'ha riferita di nuovo al medico in questione con chiare indicazioni sul percorso terapeutico proprio dei pazienti diabetici.

Rispetto al quadro epidemiologico, dalle visite mediche effettuate dal team MSF è interessante evidenziare come le patologie osteomuscolari abbiano una frequenza minore rispetto ad altri contesti (8%), nonostante la maggior parte degli immigrati lavori in agricoltura. Tale situazione, conferma l'importanza delle condizioni abitative e di vita come fattori di rischio per tali patologie. Vi è, invece, un alto numero di pazienti con patologie dermatologiche (38% dei pazienti), in prevalenza dermatiti e micosi che interessano soprattutto i lavoratori in serra.

In Provincia di Latina, considerata la presenza stanziale di lavoratori stagionali, MSF ha registrato un'adeguata

risposta dell'ASL locale e delle associazioni di volontariato in termini di offerta di servizi sanitari indirizzati agli immigrati irregolari mediante l'apertura di ambulatori STP e servizi sociali connessi.

Si evidenziano purtroppo barriere che ostacolano l'accesso a tali servizi a danno soprattutto della comunità indiana. Queste barriere sono riferibili sia alla scarsa conoscenza da parte degli immigrati del diritto alla salute sia alla limitata promozione dei servizi sanitari offerti.

MSF chiede pertanto alle autorità locali, alla ASL di Latina e alle associazioni di volontariato, di avviare un'attività di informazione capillare sui servizi sanitari esistenti.

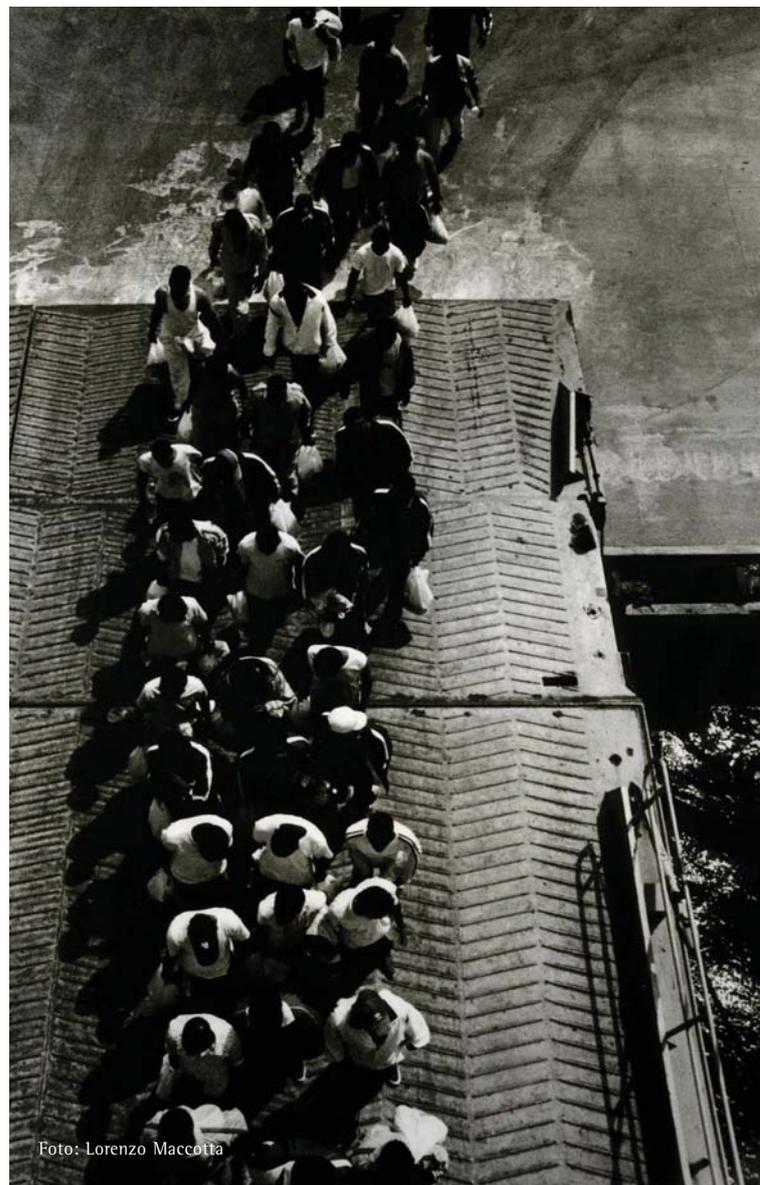


Foto: Lorenzo Maccotta



5.3

Schede Regioni

Puglia

Puglia	Regione	Puglia: Provincia di Foggia (Stornara, Borgo Amendola, Borgo Segezia, Rignano, San Severo, Borgo Libertà)
	Popolazione incontrata	77% Africa sub-sahariana Età tra i 20 e 40 anni 50% irregolare e 88% senza contratto di lavoro
	Tempo di permanenza	Stagionali: 71% in loco da meno di 4 mesi
	Tipologia di coltura	Pomodoro e uva
	Numero ambulatori STP nella zona	14 ambulatori STP
	Copertura sanitaria: STP	80% degli immigrati non ha STP o iscrizione al SSN

la Puglia nei mesi estivi per la raccolta del pomodoro e nei mesi autunnali per la vendemmia è fortemente interessata dal fenomeno dei lavoratori stagionali agricoli. Negli ultimi anni, quest'area è diventata il simbolo dello "scandalo" stagionali ed è proprio qui che MSF è venuta in contatto con questa realtà per la prima volta. Nel 2003, operatori di MSF testimoniavano il dramma di 1.300 richiedenti asilo impiegati come lavoratori sommersi durante la raccolta dei pomodori denunciando una situazione insostenibile per gli immigrati stagionali: sfruttamento, vessazioni, atti di violenza si accompagnavano a condizioni abitative disumane. Aspetti che caratterizzano ancora oggi il fenomeno stagionali in Puglia. Dal 2006 MSF opera nella provincia di Foggia per facilitare l'accesso alle cure sanitarie a beneficio degli immigrati irregolari promuovendo anche l'apertura di ambulatori STP in collaborazione con l'ASL locale⁴⁹. Nel corso dell'indagine MSF ha visitato diverse località: Stornara, Borgo Amendola, Borgo Segezia, Rignano, San Severo e Borgo Libertà nei mesi di agosto e settembre 2007. Sono state effettuate 185 interviste e 200 visite mediche. Il campione è composto egualmente di immigrati regolari e irregolari, prevalentemente uomini con una età media compresa tra i 20 e i 40 anni. Il 77% proviene dai paesi a sud del Sub-Sahara. In Puglia MSF ha incontrato l'unica comunità di cittadini neo comunitari: rumeni e bulgari di etnia Rom (il 15% degli intervistati nella regione)⁵⁰. A conferma dell'afflusso di lavoratori stagionali in occasione della raccolta si può segnalare che il 71% degli immigrati intervistati si trovava in loco da meno di 4 mesi.

Le condizioni abitative degli stagionali nella Provincia di Foggia sono disastrose. Circa l'84% degli intervistati vive in costruzioni abbandonate. In generale, si tratta di cascinali diroccati privi di qualunque tipo di servizio oppure baracche e costruzioni fatiscenti sparse nelle campagne. Il 79% non ha acqua corrente e la maggior parte si rifornisce da fonti d'acqua presso pozzi e canali d'irrigazione, percorrendo spesso distanze considerevoli; il 93% non ha riscaldamento e il 75% non ha servizi igienici.

Mi chiamo H. e vengo da Bor in Sud Sudan. Mio papà e altri due suoi fratelli sono stati uccisi nel conflitto che ha colpito il mio paese. Per paura di essere ucciso a mia volta, ho deciso di cercare rifugio all'estero. Ho viaggiato e raggiunto Kharotum, poi l'Egitto, la Turchia e poi sono arrivato in Italia a Lampedusa. Da lì sono stato trasferito al campo di Crotone dove ho inoltrato domanda d'asilo. Quando sono uscito dal campo sono andato prima a Napoli, poi a Foggia dove mi era stato detto che potevo trovare lavoro in nero, perché sapevo di non poter lavorare, mentre aspettavo l'intervista con la commissione. Quando il lavoro a Foggia era finito mi sono spostato a Rosarno per raccogliere le arance. Sono andato spesso in Questura a Foggia nel corso degli anni, l'ultima volta nel 2004, ma mi hanno detto che dovevo aspettare. Ora sono sposato con una donna polacca e abbiamo un bambino. Viviamo in una casa del padrone dove non c'è riscaldamento e non c'è il bagno. L'acqua la prendiamo ad una fontana pubblica a 5 km di distanza, la portiamo a casa in bottiglie o bidoni. Non abbiamo un servizio di rimozione rifiuti. In compenso abbiamo l'elettricità e il frigorifero. Oltre ai soliti dolori muscolari soffro anche d'ansia perché non so come provvedere per mia figlia e la mia famiglia. Oggigiorno c'è meno lavoro perché i controlli sono aumentati e vi sono sempre più immigrati alla ricerca d'occupazione. Inoltre, non ho avuto ancora alcuna risposta per il permesso di soggiorno dopo tutto questo tempo.

H. viene dal Sud Sudan, vive nelle campagne del foggiano

L'88% degli intervistati impiegati in agricoltura non ha un contratto di lavoro. Il 78% dei braccianti agricoli dichiara di lavorare meno di 4 giorni a settimana per un salario che oscilla dai 30 ai 20 euro al giorno. La metà di coloro che hanno una famiglia, non riesce ad inviare denaro a casa. Il 68% deve inoltre pagare il caporale, per lo più 5 euro per il trasporto sul luogo di lavoro. Le terribili vicende sul caporalato nella provincia di Foggia e lo sfruttamento sul lavoro sono ormai note a livello nazionale e internazionale, tuttavia nulla sembra essere cambiato come emerge dalla seguente testimonianza.

⁴⁹ Da giugno e ottobre 2006 MSF, in collaborazione con l'ASL di Foggia, ha aperto due ambulatori STP a Stornarella e Cerignola.

⁵⁰ Per le problematiche relative all'accesso alla salute di questi cittadini europei, si veda *La situazione ei neo comunitari: il caso di rumeni e bulgari* pag. 9

Schede Regioni

Puglia

A. è un giovane di 22 anni, scappato 3 anni fa dalla drammatica situazione del Darfur. Viene medicato dal team di MSF per una ferita lacero contusa al labbro, riportata in seguito ad un'aggressione del caporale. Qualche giorno prima si era lamentato con gli altri membri della comunità della scarsa retribuzione delle giornate lavorative. Il caporale, a scopo dimostrativo, ha picchiato il ragazzo davanti a tutta la comunità, ferendolo al labbro.

Per quanto riguarda l'accesso alle cure si rilevano una serie di ostacoli e barriere. Infatti, l'80% dei pazienti incontrati in Puglia non è in possesso né di tessera STP né d'iscrizione al SSN. La quasi totalità dichiara di non avere conoscenza del diritto alle cure. A sostegno di ciò, il 57% di coloro che è ammalato non cerca assistenza sanitaria perché "non sa dove andare".

Questo nonostante nel 2007 l'ASL di Foggia, per far fronte al massiccio fenomeno di lavoratori stranieri, abbia promosso un piano per il potenziamento dei servizi sanitari. Infatti, è stata programmata l'apertura di 14 ambulatori dedicati agli immigrati irregolari⁵¹.

Dalle dichiarazioni rilasciate dai responsabili ASL sono emerse criticità che sollevano un serio problema in termini di efficace risposta alle esigenze della popolazione di lavoratori immigrati. Per ammissione del management dell'ASL di Foggia i criteri di individuazione delle località dove istituire i presidi non hanno tenuto conto dell'effettiva localizzazione degli immigrati stagionali.

Inoltre si sono registrati ritardi nei processi di allestimento nella quasi totalità degli ambulatori STP.

Questi ritardi sono dovuti principalmente al mancato reperimento del personale sanitario e della mediazione culturale, alla difficoltà di definizione degli orari d'apertura degli ambulatori compatibili con quelli dell'utenza e a problemi di natura amministrativa e organizzativa.

A conferma di ciò, gli ambulatori STP contattati da MSF, registravano purtroppo una bassa affluenza di utenti.

Questo può essere condotto alle seguenti cause: scarsa informazione da parte degli operatori sanitari preposti, scarsa promozione dei servizi offerti e, soprattutto, difficoltà di accesso dovuta alla distanza⁵².

Di conseguenza, il 60% degli intervistati si rivolge al presidio di Pronto Soccorso all'insorgenza della malattia, mentre il 22% chiede aiuto ad associazioni di volontariato.

A. proviene dal Ghana, ha 39 anni. Da 13 anni si trova in Italia irregolarmente. Non è a conoscenza del servizio STP. Un mese fa si è rivolto al Pronto Soccorso per una ferita alla caviglia. È stato medicato ed ha ricevuto prescrizione per un antibiotico. Nonostante la terapia la situazione non è migliorata e al momento della visita era molto sofferente, l'infezione lo immobilizzava e gli arti inferiori erano in pessime condizioni. A. non voleva recarsi in ospedale perché l'ultima volta che vi si era rivolto non aveva risolto il problema. Nel corso della visita con il medico di MSF gli è stata diagnosticata un'erisipela⁵³ pertanto veniva ricoverato nel reparto di malattie infettive per adeguata terapia.

Per quanto riguarda il quadro epidemiologico, le pessime condizioni igieniche in cui gli immigrati stagionali vivono, le loro condizioni lavorative e lo scarso accesso alla medicina di primo livello possono spiegare la frequenza di patologie osteomuscolari (24%) e l'alta percentuale di malattie infettive e respiratorie (rispettivamente 10% e 16%).

Alla luce di quanto emerso dall'indagine svolta in Provincia di Foggia MSF denuncia l'assenza di misure volte a garantire standard minimi di accoglienza nel pieno rispetto della dignità umana degli stranieri stagionali e chiede alle autorità competenti di adottare misure adeguate in coincidenza delle stagioni di raccolta.

Inoltre MSF chiede alla Azienda Sanitaria Locale di garantire l'effettiva ed efficace copertura dei fabbisogni sanitari dei lavoratori stranieri, dotando i propri servizi dedicati di strumenti adeguati per garantire l'accesso alle cure di primo livello.



Foto: Lorenzo Maccotta

⁵¹ Nel periodo delle attività di MSF nel foggiano 10 ambulatori venivano allestiti e 3 presidi

(Carapelle, Stormarella e Cerignola) venivano gestiti dall'associazione Finis Terrae

⁵² Gli unici ambulatori funzionanti erano, al momento dell'indagine, quelli gestiti dall'Associazione Finis Terrae in collaborazione con l'ASL (Cerignola, Stormarella e Carapelle).

⁵³ Infezione acuta della pelle che coinvolge il derma profondo causata da batteri piogeni. Il punto di ingresso del batterio normalmente è una piccola soluzione di continuità della cute come ad esempio una piccola ferita non medicata adeguatamente.



5.4

Schede Regioni

Calabria

Piana di Gioia Tauro

Regione	Calabria: Provincia di Reggio Calabria Rosarno, San Ferdinando e frazione di Marotta
Popolazione incontrata	Africani sub-sahariani (94%), età < 30 anni (87%) 90% irregolare Nessuno con contratto di lavoro
Tempo di permanenza	Stagionali: 87% presente in loco da meno di un mese
Tipologia di coltura	Agrumi
Numero ambulatori STP nella zona	4 ambulatori STP: a Rosarno, Gioia Tauro, Taurianova e Polistena con presenza di mediazione culturale (associazione OMNIA)
Copertura sanitaria: STP	83% non in possesso di tessera STP

Nei mesi invernali, da novembre a febbraio, migliaia d'immigrati si riversano nelle campagne della Piana di Gioia Tauro per lavorare alla raccolta di mandarini e arance.

Le visite di MSF nell'area si sono svolte a Rosarno (RC), San Ferdinando (RC) e nella frazione di Marotta (RC) durante il mese di novembre 2007. Nel corso dell'indagine MSF è venuta in contatto con comunità di immigrati stagionali che versavano in **condizioni spaventose**: sfruttamento sul lavoro, alloggi totalmente inadeguati, esclusione sociale e in alcuni casi episodi di violenza costituiscono la realtà quotidiana degli stagionali in quest'area.

La situazione nella Piana di Gioia Tauro presenta caratteristiche riferibili dunque a un contesto di crisi umanitaria. Per questo dal 2006 MSF ha operato nell'area anche per garantire l'accesso alle cure agli immigrati irregolari⁵⁶.

I dati seguenti mostrano come le condizioni di vita e di lavoro non siano mutate in questi anni e come l'emergenza continui. Il 90 % degli intervistati vive in strutture abbandonate. Si tratta di fabbriche non più in uso o di cascinali disabitati sprovvisti di riscaldamento, elettricità, acqua corrente e servizi igienici. In alcuni casi i migranti sono costretti a pagare un affitto, come nel caso di una struttura in cemento costruita sotto un ponte e affittata per 500 Euro al mese. Ogni anno, durante i mesi della raccolta, il numero degli immigrati presenti nella zona di Rosarno quadruplica, raggiungendo circa le 4mila unità su una popolazione locale di 15mila. Nel corso dell'indagine è emerso che le autorità locali sono consapevoli dello stato di emergenza igienico sanitaria delle comunità di lavoratori stagionali. Tuttavia, nonostante le pressanti richieste da parte di MSF non è stato possibile realizzare interventi strutturali per garantire condizioni minime di accoglienza, con la motivazione che si trattava di lavoratori stranieri irregolari.

A rendere la situazione ancora più drammatica, gli immigrati intervistati hanno denunciato di essere vittime di maltrattamenti e atti di violenza, come il lancio di pietre e oggetti, da parte di adolescenti per lo più.

Nella Piana di Gioia Tauro sono state raccolte 111 interviste ed effettuate 124 visite mediche. Il 90% del campione è composto da immigrati irregolari, di cui l'87% ha un'età inferiore ai 30 anni.

Dai dati raccolti emerge che solo la metà dei migranti intervistati stava lavorando e di questi **nessuno era provvisto di un contratto di lavoro**. Nella zona gli immigrati lavorano in media 2 giorni a settimana per 25 euro al giorno.

Nell'85% dei casi, gli stranieri devono acquistare stivali e guanti per affrontare il lavoro. Ogni giorno, fin dalle prime ore dell'alba, si riversano nel centro del paese aspettando di essere reclutati da datori di lavoro e caporali. Nel 10% dei casi gli stranieri pagano 5 Euro ai caporali per il trasporto al campo.

Nella zona sono presenti **4 ambulatori STP**. Gli ambulatori STP si avvalgono inoltre di servizi sociali quali la mediazione culturale e attività di promozione dei servizi sanitari offerti presso le diverse comunità⁵⁷.

Nonostante la presenza di un assetto ottimale teso a garantire una risposta adeguata ai fabbisogni sanitari, al momento della visita di MSF, l'83% degli intervistati ha dichiarato di essere privo di codice STP perché non ne conosceva l'esistenza. Questa incongruenza può essere spiegata dall'alta percentuale di immigrati giunti in Italia da meno di 6 mesi e dalla forte stagionalità del campione (l'87% si trovava in loco da meno di un mese).

Di conseguenza non conoscendo i servizi STP ancora una volta gli immigrati stagionali si rivolgono ai presidi di

⁵⁶ Dal 2006 al 2007, in collaborazione con l'ASL locale, MSF ha aperto ambulatori dedicati agli stranieri irregolari. Precisamente a Rosarno, Gioiatauro, Taurianova e Polistena.

⁵⁷ Forniti dall'associazione Omnia

Schede Regioni

Calabria

Pronto Soccorso in quanto rappresentano la modalità d'accesso alle cure più immediata e visibile.

M. ha 18 anni, viene del Mali. A ottobre è stato investito. Il 118 l'ha portato in ospedale dove è stato suturato alla coscia sinistra. Il paziente non ricorda il nome dell'ospedale, non gli è stata rilasciata alcuna documentazione, né prescritta alcuna terapia. Quando MSF lo incontra a novembre non ha nessuna fasciatura sulla caviglia sinistra (molto gonfia) e ha i punti di sutura da almeno un mese. Viene indirizzato all'ambulatorio dedicato dove riceve il codice STP e le impegnative per visita chirurgica, rx e visita ortopedica. Il centralino è in italiano e il paziente ha difficoltà di comprensione. Vista la difficoltà del paziente nella deambulazione e l'aggravarsi della sintomatologia, il team MSF lo accompagna in Pronto Soccorso per la rimozione dei punti ed eventuale RX al piede. Al PS gli operatori sanitari dichiarano di curarlo a titolo di favore procedendo alle medicazioni molto superficialmente. L'ortopedico non è presente per valutare il paziente e la radiografia è negativa, la gamba è dolorante ed edematosa. Il paziente viene dimesso senza aver consultato lo specialista, senza bendatura di supporto alla caviglia e senza terapia.

La Calabria rappresenta una tappa di transito quasi obbligatoria per gli immigrati appena sbarcati in Italia e che escono dai Centri di Prima Accoglienza. Infatti circa il 65% degli intervistati ha dichiarato di trovarsi nel paese da meno di 6 mesi. Da segnalare che il 45% degli intervistati ha ottenuto assistenza sanitaria nei Centri di Prima Accoglienza e tra questi il 40% ha lamentato di non essere stato visitato al momento della consultazione medica.

Tale dato mette in luce un altro aspetto che lede il diritto alla salute degli immigrati: nel sistema dei centri di accoglienza sembra non essere garantita un'adeguata risposta sanitaria ai bisogni degli stranieri ospitati.

L., nativo del Mali, vive in una casa abbandonata. Nel corso della visita medica si è rilevato che aveva sangue nelle urine. Riferisce di averne avuto la prima comparsa durante il viaggio in mare dalla Libia a Lampedusa. Al Centro d'Accoglienza l'esame urine e la visita urologica mostravano la presenza di una patologia urologica (il paziente aveva con sé i referti) e i medici del centro avevano programmato ulteriori indagini a fini diagnostici. Allo scadere dei 60 giorni di trattenimento nel centro il paziente è stato "rilasciato" senza alcuna terapia MSF lo ha accompagnato al Pronto Soccorso. Il ricovero nel reparto d'urologia è stato immediato e gli esami diagnostici hanno evidenziato la necessità di un intervento chirurgico.

Per quanto riguarda le condizioni sanitarie rilevate da MSF, le infezioni delle alte vie respiratorie rappresentano un importante motivo di visita (14% dei pazienti).

Il 30% degli intervistati cucina con il fuoco, spesso in spazi non areati. Probabilmente anche la scarsa protezione dal clima freddo influisce considerevolmente sull'insorgenza di queste patologie. Una certa attenzione meritano anche le malattie gastroenteriche riscontrate nel 15% dei pazienti (5% con gastriti) e quelle osteomuscolari che interessano un'alta percentuale d'immigrati (28%).

Nonostante gli sforzi da parte dell'ASL locale per fornire una risposta strutturata e adeguata ai fabbisogni degli immigrati irregolari, purtroppo l'accesso alle cure resta limitato. Considerata la forte stagionalità degli stranieri e l'alto turnover delle presenze la promozione dei servizi dovrebbe essere quindi potenziata.

MSF chiede che consultazioni mediche, prescrizioni terapeutiche e follow up siano garantiti a tutti gli immigrati presenti nei Centri di Accoglienza in Calabria.

MSF chiede al Ministero dell'Interno di inviare le ASL di competenza per monitorare periodicamente che cure e le prescrizioni terapeutiche all'interno dei Centri di Accoglienza siano garantite.

Considerate le spaventose condizioni degli stagionali nella Piana di Gioia Tauro, MSF chiede alle autorità locali di affrontare un'emergenza ricorrente garantendo condizioni minime di accoglienza per tutti gli stranieri impiegati come stagionali agricoli a prescindere dal loro status giuridico.

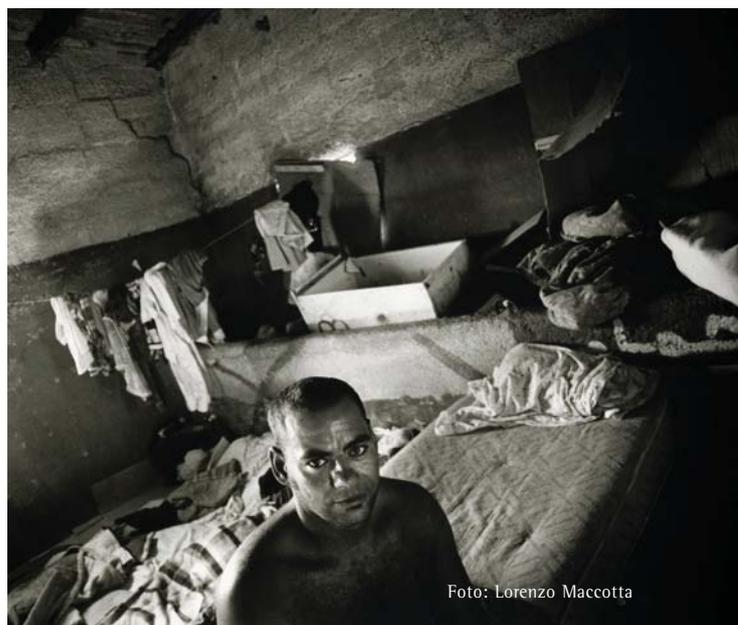


Foto: Lorenzo Maccotta



5.5

Schede Regioni

Basilicata

Palazzo San Gervasio e Metaponto

Basilicata	Regione	Basilicata: Provincia di Matera e Potenza, e Metaponto Palazzo san Gervasio
	Popolazione incontrata	Africa sub-sahariana
	Tempo di permanenza	Stagionali: 87% è in loco da meno di 3 mesi
	Tipologia di coltura	Palazzo San Gervasio: pomodoro Metaponto: melone
	Numero ambulatori STP nella zona	Assenza ambulatori STP Scarsa conoscenza della normativa per rilascio STP, da parte degli operatori sanitari ⁶⁰
	Copertura sanitaria: STP	Nessuno in possesso STP Tra i regolari, 63% non in possesso tessera sanitaria nazionale

In Basilicata la visita si è svolta in due località: Palazzo San Gervasio (PZ) e Metaponto (MT). A Palazzo San Gervasio ogni anno i lavoratori stranieri si riversano dalle regioni circostanti per l'ultima tappa della stagione del pomodoro.

Da alcuni anni, per fronteggiare il forte afflusso di lavoratori nel corso della raccolta, le autorità comunali hanno allestito, in collaborazione con l'associazione locale Amica, un centro di accoglienza per immigrati regolari capace di ospitare fino a 700 persone.

La struttura, collocata in una vecchia fabbrica di laterizi, è dotata di docce e servizi igienici e comprende un capanno capace di ricevere i lavoratori e le loro tende.

Nel corso della visita di MSF, a stagione iniziata, gli operatori hanno potuto rilevare che il centro di accoglienza non era ancora agibile sebbene alcuni lavoratori vi soggiornassero.

A Palazzo San Gervasio, dunque, per tutti gli stagionali irregolari, la situazione non cambia rispetto alle altre località visitate.

Nelle adiacenze della strada principale della cittadina, decine di stranieri trovano sistemazioni di fortuna in casolari abbandonati e restano privi di tutto.

Oltre a evidenziare la scarsissima qualità degli alloggi, MSF ha testimoniato che gli stranieri esclusi possono accedere a una sola sorgente d'acqua, un condotto prossimo alla stra-

da, e che la stessa viene raccolta in taniche e trasportata fino ai casolari.

A Metaponto, località raggiunta da MSF al termine della stagione del melone, le condizioni abitative degli stranieri che lavorano in agricoltura, restano invariate rispetto al 2004⁶¹. Durante il periodo della raccolta, lungo il muro perimetrale di una grande fabbrica murata, gli immigrati dormono su materassi o su cartoni.

Nelle due aree sono state raccolte 37 interviste ed effettuate 39 visite mediche. A differenza di altri contesti, il 70% degli intervistati ha un regolare permesso di soggiorno e circa la metà di questi ha ottenuto lo status di rifugiato. L'83% è giunto in zona da non più di 3 mesi per il periodo di lavoro. Nonostante l'elevata percentuale di immigrati con regolare permesso di soggiorno, il 95% dei lavoratori è sprovvisto di un contratto di lavoro.

Dalle testimonianze raccolte, tutti gli immigrati incontrati guadagnano una retribuzione media di 25 euro e tutti devono versare una percentuale della loro remunerazione giornaliera al caporale.

Mediamente, la maggior parte degli intervistati lavora meno di tre giorni a settimana.

In queste aree, durante le visite mediche, il gruppo di lavoro di MSF ha avuto notevoli difficoltà a indirizzare i pazienti per accertamenti diagnostici e prescrizioni di terapie.

⁶⁰Secondo la normativa regionale, il libretto STP può essere rilasciato in qualsiasi sede amministrativa della ASL. Di fatto, gli impiegati della ASL, per il rilascio del tesserino STP, richiedono una valutazione del medico responsabile del dipartimento di cure primarie che attesti la necessità di cure immediate e urgenti. Contrariamente alla normativa nazionale, alcuni impiegati richiedono un documento di identificazione. In pronto soccorso, il rilascio del tesserino STP avviene più facilmente, al momento della registrazione del paziente all'accettazione.

⁶¹Secondo la normativa regionale non è prevista l'assistenza degli stranieri temporaneamente presenti da parte dei medici di medicina generale

⁶²MSF aveva visitato Metaponto nel 2004 durante la prima indagine sugli stagionali. Si veda *I frutti dell'Ipocrisia*, Simnos Editore, Roma 2005.

Schede Regioni

Basilicata

Nelle località visitate non sono stati istituiti infatti ambulatori dedicati agli immigrati irregolari.

Sebbene il Pronto Soccorso di zona sia l'unico presidio che può garantire agli immigrati l'accesso alle cure urgenti, si pone comunque un serio problema per l'accesso alle cure che richiedono una continuità terapeutica.

Nessun immigrato irregolare incontrato in Basilicata era in possesso della tessera STP e solo il 35% degli stranieri regolari era provvisto della tessera SSN. Questo dato è altrettanto allarmante se si considera che la maggior parte degli intervistati (87%) risiede nel territorio italiano da più di un anno.

Il quadro epidemiologico emerso dalle consultazioni mediche conferma il fabbisogno di accesso alle cure continuative. Le anamnesi prodotte rilevano una elevata percentuale di malattie dell'apparato respiratorio e infettive (28%).

Tra queste, infatti sono stati segnalati 3 casi di sospetta TBC, infezioni intestinali e delle alte vie respiratorie.

A. ha 30 anni, è d'origine sudanese ed è in Italia regolarmente da 2 anni e mezzo. Non ha la tessera sanitaria perché non ne è a conoscenza. MSF lo incontra a Metaponto e poi a Palazzo San Gervasio. Durante la prima visita ha tosse produttiva e febbre. Presenta questi sintomi da alcuni mesi. Pesa 48 Kg: ha perso 17 kg in 4 mesi. Una settimana prima si era rivolto al Pronto Soccorso dove una radiografia aveva evidenziato un addensamento polmonare. Gli avevano prescritto terapia antibiotica ed una visita pneumologica per il mese seguente. La terapia non ha risolto la sintomatologia ed il paziente non ha osato tornare in Pronto Soccorso. Sospettando una TBC si accompagna il paziente in ospedale dove è ricoverato nel reparto di Malattie Infettive. La diagnosi viene confermata.

Sebbene nelle due aree interessate il fenomeno dei flussi di stranieri stagionali non registri le stesse dimensioni di altre zone del Sud Italia, MSF esprime preoccupazione per la totale assenza di servizi sanitari dedicati ai lavoratori immigrati irregolari.

MSF chiede al sistema sanitario locale la predisposizione di misure idonee per rispondere ai bisogni degli stranieri stagionali in coincidenza dei periodi di raccolta anche mediante l'istituzione di ambulatori STP con l'ausilio di servizi di mediazione culturale.

MSF esprime altrettanta preoccupazione per il fatto che interventi per garantire standard minimi di accoglienza vengano indirizzati esclusivamente a lavoratori con il permesso di soggiorno. MSF, nel sottolineare l'atteggiamento discriminatorio a danno degli immigrati irregolari, chiede alle autorità locali di garantire condizioni minime di assistenza a tutti i lavoratori stagionali.

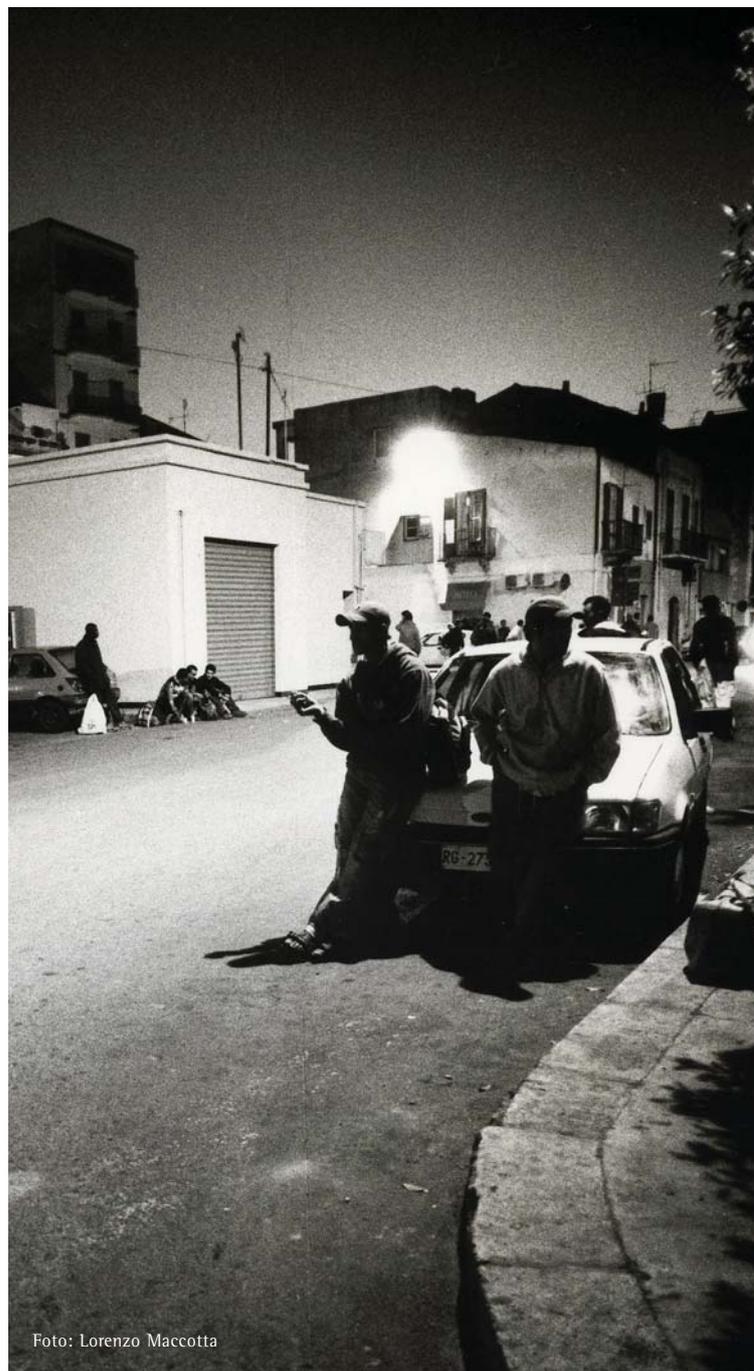


Foto: Lorenzo Maccotta



5.6

Schede Regioni

Sicilia

Valle del Belice

Sicilia	Regione	Sicilia: Provincia di Trapani Alcamo, Salemi, San Padre delle Perriere
	Popolazione incontrata	Maghreb 80% irregolari 88% dei lavoratori non ha contratto
	Tempo di permanenza	Stagionali: 87% presenti nella zona da meno di un mese
	Tipologia di coltura	Vendemmia
	Numero ambulatori STP nella zona	Apertura di un ambulatorio STP ad Alcamo ⁵⁸
	Copertura sanitaria: STP	65% non ha STP

Nella Valle del Belice nei mesi di settembre e ottobre si riversano migliaia di stranieri in coincidenza con la vendemmia e la raccolta delle olive.

La visita di MSF in Sicilia⁵⁹ si è concentrata ad Alcamo (TP), a Salemi (TP) e a S. Padre delle Perriere.

Sono state effettuate 93 interviste e altrettante visite mediche.

La maggior parte dei migranti incontrati proviene dal Maghreb e il tempo di permanenza su questo territorio sottolinea il forte carattere di "stagionalità" legata al tipo di coltivazione: l'87% degli intervistati risiede nella zona da meno di un mese e la maggior parte di loro (64%) è in Italia da più di un anno.

L'80% degli intervistati è privo del permesso di soggiorno.

Da alcuni anni, il Comune di Alcamo, per far fronte al flusso di lavoratori stagionali, ha istituito un centro di accoglienza in collaborazione con la Croce Rossa Italiana e la Misericordia di Palermo.

Come in altre regioni, il centro di accoglienza, capace di ospitare 120 unità, è stato allestito esclusivamente per immigrati regolari.

Per poter accedere al centro, i lavoratori regolari pagano un contributo per pernottare in tende che possono ospitare fino a 20 persone.

In base alle testimonianze degli operatori MSF, i responsabili del centro garantiscono agli immigrati irregolari l'accesso alla struttura solo per l'utilizzo dei servizi igienici e per la consumazione del pasto serale.

Ad Alcamo, dunque, gli immigrati irregolari sono costretti a trovare soluzioni abitative di fortuna.

Lo scenario testimoniato è dei più impressionanti: il 39% dei lavoratori dorme per le strade e le piazze cittadine oppure (27%) in case abbandonate, o arrangiato in tende nei campi limitrofi (25%)

Sono un ragazzo marocchino di 26 anni, vengo da Agadir. Sono passato da Spagna e Francia tra mille problemi e difficoltà. Sono venuto in Italia due anni fa. Qui ho sempre dormito in case abbandonate, stazioni, giardini di molte città italiane: Milano, Roma, Torino, Napoli, Salerno, Palermo, Alcamo...Ho lavorato sempre nell'agricoltura 3 o 5 giorni al mese appena. Ad Alcamo ho lavorato per un paio di giorni nei vigneti dove ho dovuto anche comprarmi le cesoie per raccogliere l'uva. In conclusione mi sento senza futuro, sono molto pentito di aver lasciato il mio paese e il mio lavoro. Mi vergogno di stare qui in queste condizioni ma mi vergogno anche di ritornare a casa con le mani vuote.

M. viene dal Marocco, incontrato ad Alcamo

⁵⁸ In collaborazione con la ASL locale, MSF ha aperto ambulatorio STP con un medico e un mediatore culturale.

⁵⁹ MSF lavora in Sicilia dal 2003, ed in collaborazione con le ASL locali, ha promosso l'apertura di ambulatori dedicati STP nella provincia di Siracusa, Ragusa e Agrigento. Inoltre, partecipa alle attività di assistenza sanitaria durante gli sbarchi sulle coste siciliane e presta attività di triage sanitario e prima assistenza durante gli sbarchi nell'isola di Lampedusa.

Schede Regioni

Sicilia

Per quanto riguarda le condizioni lavorative, l'88 % degli intervistati ha dichiarato di lavorare senza contratto di lavoro.

Interessante è la storia di alcuni ragazzi egiziani che hanno riportato quanto segue.

Sono un ragazzo egiziano di 23 anni. Ho lavorato a Milano come manovale per 8 mesi ma a causa dei controlli sul lavoro nero ho lasciato il nord e sono venuto in Sicilia. Qui con altri 7 egiziani abbiamo lavorato in agricoltura per 4 mesi senza essere mai pagati e addirittura siamo stati minacciati dal datore di lavoro con un fucile solo perché chiedevamo sempre i nostri soldi. Anche senza documenti abbiamo deciso tutti insieme di andare alla polizia e raccontare la nostra storia perché avevamo veramente paura del datore di lavoro. La polizia ci ha ascoltato con grande attenzione e con la CGIL ha cercato di aiutarci; ci hanno consigliato di lasciare il posto dove vivevamo e con il loro aiuto ci hanno trovato dove andare. Grazie alla nuova legge che difende anche persone senza documenti sfruttati dal datore di lavoro, ho avuto il diritto di fare una richiesta di permesso di soggiorno e spero che mi rispondano presto.

T. viene dall'Egitto, incontrato ad Alcamo

Per quanto riguarda l'accesso alla salute, il 65% degli intervistati non è in possesso di tessera sanitaria ed il 70% di questi dichiara di non essere a conoscenza del diritto ad averla.

Durante il periodo delle visite, MSF e l'ASL locale hanno aperto un ambulatorio STP dedicato per rispondere a una richiesta sanitaria che fino a quel momento non era garantita.

Non vi era, infatti, un sistema di medicina di primo livello efficace, né un servizio di mediazione culturale.

Il quadro epidemiologico non si discosta da quello descritto nella parte generale, dove ancora una volta, le condizioni di vita e di lavoro e lo scarso accesso alle cure, favoriscono l'insorgenza di patologie e ne determinano l'evoluzione.

M. vive ad Alcamo da 2 anni. È irregolare. Un anno fa a Salerno era stato operato d'urgenza per occlusione di un'arteria cardiaca. Il proseguimento della terapia si è reso indispensabile, trattandosi di farmaci cardiovascolari salvavita. M. è stato seguito all'ambulatorio STP di Eboli per due mesi ma al ritorno ad Alcamo non sapendo dove richiedere l'impegnativa per i farmaci, ha abbandonato la terapia. È stato visitato dal personale sanitario di MSF in serio pericolo di vita, con gravi problemi di respirazione. Un immediato ricovero presso la Cardiologia dell'ospedale più vicino ha evidenziato un quadro di ipertrofia ventricolare severa. Dopo due settimane di ricovero e un intervento nel reparto di emodinamica, M. è stato dimesso ed è stato seguito dall'ambulatorio STP di Alcamo.

Alla luce di quanto riportato MSF esprime preoccupazione per il fatto che interventi per garantire standard minimi di accoglienza promossi dalle autorità locali vengano indirizzati esclusivamente a lavoratori con permesso di soggiorno. Questo atteggiamento non solo è discriminatorio ma soprattutto non serve a risolvere il problema vista l'alta percentuale di immigrati irregolari tra gli stagionali.

Per questo MSF chiede alle autorità locali di garantire condizioni minime di assistenza a tutti i lavoratori stagionali e chiede alla Azienda Sanitaria Locale che venga garantito l'accesso alle cure anche con l'apertura di servizi sanitari dedicati in coincidenza con le stagioni di raccolta.



Foto: Lorenzo Maccotta



6

Conclusioni

Conclusioni

Le conclusioni che seguono sono considerazioni ritenute utili per affrontare nell'immediato le situazioni con caratteristiche riferibili a contesti di crisi umanitarie e non intendono fornire soluzioni al complesso problema degli stagionali. MSF ha fotografato una situazione drammatica che deve scuotere le coscienze di tutti: rappresentanti delle istituzioni, aziende sanitarie locali, sindacati, associazioni di categoria e società civile.

Nonostante il cambiamento del panorama politico e le reiterate promesse da parte delle istituzioni nazionali e regionali, MSF non ha potuto riscontrare cambiamenti sostanziali nelle inaccettabili condizioni degli stranieri stagionali.

Appare dunque evidente che i meccanismi fino ad oggi approntati per regolamentare i flussi migratori, basati sull'incontro a distanza tra domanda e offerta di lavoro, contribuiscono a generare irregolarità. Di fatto gli stranieri che entrano in Italia attraverso questa procedura coprono solo in parte le richieste di manodopera stagionale.

Nelle Regioni del Sud Italia dove è stata condotta l'indagine i datori di lavoro reclutano, prevalentemente, stranieri già presenti sul territorio in modo irregolare o migranti che hanno presentato richiesta di asilo e non hanno trovato adeguata accoglienza sul territorio.

Ogni anno, in alcune zone del Sud Italia si verifica un massiccio afflusso di stranieri stagionali prestatati all'agricoltura.

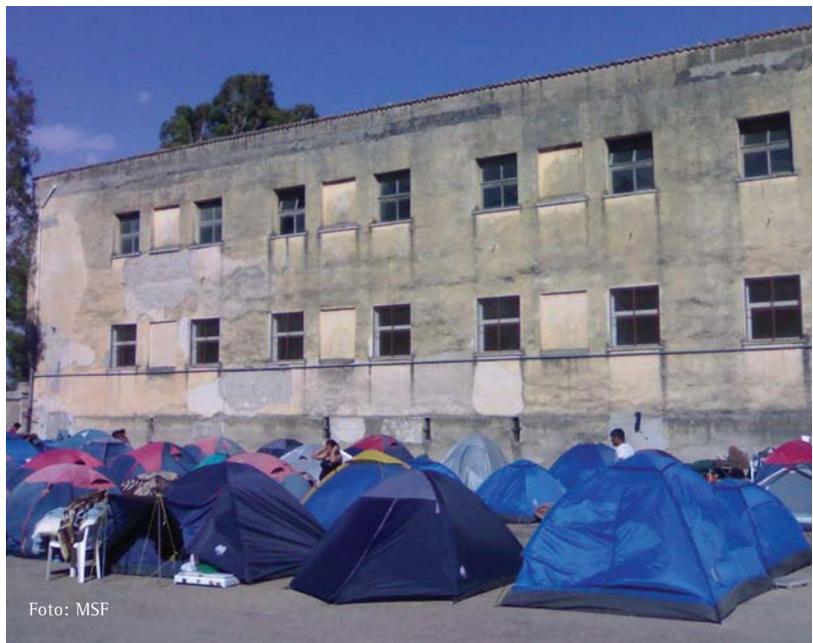


Foto: MSF

Questo fenomeno o non viene affrontato del tutto dalle autorità locali o in casi sporadici, viene gestito attraverso misure rivolte esclusivamente agli immigrati regolari. Questo approccio determina situazioni drammatiche ormai non più accettabili.

Per il superamento di questa situazione MSF chiede alle istituzioni locali, ovvero alle amministrazioni comunali, provinciali e regionali, alle prefetture e alle ASL territoriali di garantire, nelle aree interessate dalla presenza di lavoratori stagionali, condizioni minime di accoglienza a tutti gli immigrati impiegati nelle produzioni agricole.

Inoltre a causa delle condizioni di marginalità ed esclusione sociale in cui gli stagionali vivono e nonostante le garanzie riconosciute dalla legge, queste persone non riescono ad accedere ai servizi sanitari. Ciò è determinato sia dalla mancanza di servizi di informazione rivolti agli immigrati, sia dalla carenza di ambulatori di primo livello dedicati agli stranieri irregolari.

Pertanto MSF auspica che il Servizio Sanitario Nazionale ottemperi alla legislazione vigente garantendo adeguate informazioni agli stranieri presenti sul territorio italiano in merito al loro diritto alla salute e che fornisca adeguate risposte sanitarie nelle aree interessate dalla presenza di lavoratori stagionali mediante l'istituzione di ambulatori dedicati e di servizi di mediazione culturale.



Foto: MSF

Ringraziamenti

Ringraziamenti

7



Un ringraziamento a tutte le persone di MSF-Missione Italia che hanno reso possibile la realizzazione del progetto e di questo rapporto:

Ahmed Saheb, Alberto Barbieri, Alessandra Oglino, Andrea Accardi, Angela Oriti, Antonio Virgilio, Barbara Chiari, Cecilia Francini, Corinna Muzi, Marialuisa Danelli, Francesca Faraglia, Giuliana Troja, Giuseppe De Mola, Francesca Zuccaro, Loris De Filippi, Manuela Roscetti, Riccardo Clerici, Sergio Di Dato, Sophie Decock, Tullia Battaglioli.

Un ringraziamento sentito a tutte le persone che hanno facilitato il lavoro nelle varie località: dott. Zara, direttore del distretto C Ausl 2 di Salerno; dott. Paraggio e dott. Rosario, medici volontari dell'associazione L'Altra Italia di Battipaglia; Anselmo Botte, CGIL di Salerno; dott. Mendico, Direttore del Dip. di Prevenzione e Sicurezza ambienti di lavoro di Latina, il WWF di Terracina, dott.sa Carreca, direttrice del Dip. di Organizzazione e Gestione delle Emergenze Sanitarie Immigrati di Latina; Don Ivone della parrocchia di Borgo Segezia (FG); Adele Tundo e la Caritas di Brindisi, Angelo Leo segretario della Nidil-CGIL di Brindisi; dott. Chiodo, responsabile per gli ambulatori STP della Usl Fg3;

il dott. Scopelliti e la Caritas di Foggia; il sig. Palumbo l'associazione Amica e il Vicesindaco di Palazzo S. Gervasio; tutti gli operatori dell'Associazione Oasi 2 di Trani; la sig.ra Anna e la Caritas di Stomarella. il sig. Gerardo Patruno dell'ASL Fg2 di Cerignola; tutti i volontari della Caritas, Croce Rossa e Misericordia di Alcamo; il dott. Piccichè, coordinatore dell'AUSL 9 di Trapani per l'assistenza agli extra-comunitari; la sig.ra Piera Maltese dell'associazione UNI3 di Alcamo; Peppe Scifo, segretario della FLAI-CGIL di Vittoria; Hasma e Despina dell'Associazione Culturale Omnia di Rosarno; dott.sa Casentino dell'Ausl 10 di Reggio Calabria; avv. Carlo Martelli, sindaco di Rosarno.

Un ringraziamento sentito anche ad Alessandro Nucci per le immagini video e al fotografo Lorenzo Maccotta.

Un grazie di cuore a tutti gli immigrati incontrati nel nostro viaggio e in particolare: Halim, Yusif, Yosef, Bashir, Sony, Ayay, John, Kasim, Pencha (Peppa), il Sig. Gurmukh Singh e tutti gli altri.



Foto: MSF



Cenni sulla legislazione nazionale in materia di immigrazione

Il permesso di soggiorno è il documento che consente la permanenza dello straniero non comunitario sul territorio nazionale e viene rilasciato per i motivi indicati nel visto di ingresso. I requisiti richiesti per l'ingresso regolare e il conseguente rilascio del permesso sono fissati dalla normativa nazionale. L'irregolare è l'immigrato che si trova in Italia sprovvisto di tale documento.

La normativa sull'immigrazione è stata caratterizzata, negli anni, da una forte instabilità. I vari interventi normativi, dalla legge Martelli, alla legge Turco Napolitano (testo unico del 1998), fino alla legge Bossi-Fini (legge 189/2002), hanno avuto caratteristiche diverse, orientate a contemperare esigenze di accoglienza e controllo dei flussi migratori o ispirate unicamente a logiche repressive.

L'attuale legge Bossi-Fini⁶⁴ ha introdotto la disciplina del "contratto di soggiorno"⁶⁵ legando indissolubilmente la presenza di un regolare rapporto di lavoro al soggiorno sul territorio nazionale.

Il datore di lavoro che intenda assumere uno straniero deve presentare richiesta di nulla osta all'ingresso all'interno delle quote fissate dai decreti ministeriali. L'autorizzazione deve quindi essere inviata allo straniero nel suo paese di origine al fine di consentire il rilascio del visto di ingresso da parte del Consolato italiano. Ottenuto il visto, lo straniero può entrare in Italia e richiedere, entro otto giorni dall'arrivo, il permesso di soggiorno alla Questura. La difficoltà di applicazione di questa procedura ha certamente contribuito a rendere necessaria l'adozione di misure "emergenziali". Infatti, mediamente ogni quattro anni, il Governo italiano ha emanato normative di regolarizzazione o "sanatoria" in deroga alle disposizioni che regolano l'ingresso e il soggiorno in Italia dei cittadini stranieri.

Nell'anno 2007 il Governo⁶⁶ ha autorizzato l'ingresso di 170mila lavoratori stranieri non comunitari per motivi di lavoro subordinato non stagionale e di lavoro autonomo (65 mila per lavoro domestico e di assistenza alla persona), attivando peraltro una nuova procedura che ha consentito l'inoltro delle richieste via internet. Come oggi anno, le domande hanno notevolmente superato le quote disponibili e sono state presentate, nella maggior parte dei casi, da lavoratori stranieri già presenti irregolarmente in Italia.

Ulteriori 80mila quote di ingresso sono state destinate, con successivo decreto, ai lavoratori stagionali extracomunitari che potranno fare ingresso in Italia per un periodo che va da un minimo di 20 giorni ad un massimo di 9 mesi. I settori produttivi maggiormente interessati da questa tipologia di lavoratori sono quello del turismo e dell'agricoltura.

Vi sono inoltre alcuni permessi di soggiorno che vengono rilasciati a prescindere dall'ingresso regolare (possessione del visto)⁶⁷ nei confronti di stranieri che non possono, per determinati motivi, essere espulsi. È il caso dei **minori stranieri non accompagnati, dei richiedenti asilo, delle donne in gravidanza e dei congiunti di cittadini italiani**⁶⁸.

Vanno poi ricordate altre particolari tipologie di permesso di soggiorno rilasciate in esenzione da visto: il permesso concesso ai genitori dei minori che presentano gravi problemi "connessi con il loro equilibrio psicofisico" sulla base della decisione del Tribunale dei Minorenni (art. 31 del Testo unico del 1998); il permesso per "protezione sociale" (art. 18 del Testo unico) e il permesso per "motivi umanitari" rilasciato dalle Questure in considerazione di "gravi motivi personali" che non consentono l'allontanamento dello straniero⁶⁹.

È opportuno ricordare che i permessi di soggiorno per gravidanza, per richiesta di asilo e i permessi rilasciati in base all'art. 31 non possono essere convertiti in permessi per motivi di lavoro. Accade pertanto che stranieri che soggiornano nel nostro paese anche da alcuni anni e che hanno regolari contratti di lavoro o datori di lavoro disposti ad assumerli si trovino nell'impossibilità di rinnovare il proprio titolo di soggiorno e rimangono sul territorio in modo irregolare, entrando, talvolta, nel circuito del lavoro nero.

Rispetto al permesso per "protezione sociale", con circolare del 28 maggio 2007, il Ministero dell'Interno è intervenuto per garantire una **piena ed omogenea applicazione** da parte delle Questure di questa disposizione che prevede il rilascio di uno **speciale permesso di soggiorno** alle persone vittime di **violenza e grave sfruttamento** e la loro partecipazione ad un programma di **assistenza e integrazione sociale**. In particolare, si chiarisce che la proposta di rilascio del permesso di soggiorno può provenire dai servizi sociali degli enti locali ovvero da Associazioni ed enti di tutela che, nel corso dei loro interventi, abbiano rilevato situazioni di violenza o di grave sfruttamento nei confronti dello straniero, inoltre, il conseguente rilascio del permesso di soggiorno non è condizionato alla presentazione di una denuncia da parte dello straniero che ne beneficia, né alla sua collaborazione con gli organi di polizia o con l'autorità giudiziaria. Successivamente, il Ministero dell'Interno ha anche disposto, con circolare diretta ai Questori, che "contro accertate situazioni di **sfruttamento e violenza di immigrati nei luoghi di lavoro** sia possibile la concessione di permessi di soggiorno per protezione sociale".

Si tratta evidentemente di misure positive che, tuttavia, possono essere facilmente stravolte e che non modificano i meccanismi di ingresso alla base del fenomeno dell'immigrazione irregolare e, spesso, dello sfruttamento dei lavoratori stranieri.

Nonostante le circolari interpretative, inoltre, permane un margine di discrezionalità nell'applicazione di questa disposizione da parte delle Autorità di Polizia ed è comunque necessaria, per la richiesta di questi permessi, l'attivazione di una specifica rete di assistenza (associazioni; sindacati; programmi di integrazione) oltre che la conoscenza, da parte dello straniero, di tale opportunità.

⁶⁴La disciplina del lavoro degli stranieri non comunitari nel Territorio dello Stato italiano è essenzialmente contenuta nel Titolo III del T.U. sull'immigrazione 286/1998, come modificato dalla legge 189/2002

⁶⁵Art. 6, legge 189/2002

⁶⁶Decreto Flussi 2007, GU n. 279 del 30 novembre 2007

⁶⁷È prevista, nella normativa nazionale, la possibilità di entrare in Italia anche per motivi diversi dal lavoro con appositi visti per turismo; affari; studio; motivi religiosi; ricongiungimento con familiare regolarmente soggiornante; cure mediche.

⁶⁸Art. 19 T.U. 286/1998

⁶⁹Art. 11, comma c-ter DPR 334/2004. L'applicazione di tale disposizione risulta particolarmente disomogenea. Le Questure in molti casi rifiutano di svolgere una valutazione in merito ai "gravi motivi personali" che rendono impossibile il rimpatrio e non rilasciano questo tipo di permessi di soggiorno anche in presenza di situazioni di particolare gravità. In generale, in tutti i casi, in cui non possa essere disposto l'allontanamento dello straniero (trattamenti terapeutici seri o salva-vita; sospensione dell'ordine di allontanamento o autorizzazione alla permanenza disposta dall'autorità giudiziaria) sarebbe opportuno che le Questure rilasciassero i permessi di soggiorno in analogia con quanto previsto dall'art. 19 del legge Turco. In tutti i casi menzionati si è infatti di fronte a stranieri presenti sul territorio e rispetto ai quali non può essere comunque disposto il rimpatrio, ragione per cui il mancato rilascio del permesso di soggiorno non fa altro che confinarli in uno status giuridico "incerto" impedendo l'esercizio dei diritti che conseguono al soggiorno regolare (rilascio della tessera sanitaria, possibilità di stipulare un regolare contratto di lavoro, accesso ai servizi sociali per l'individuazione di una sistemazione abitativa, ecc.).