



Medici Senza Frontiere - Missione Italia

I FRUTTI DELL' IPOCRISIA

Storie di chi l'agricoltura la fa. Di nascosto.



Indagine sulle condizioni di vita e di salute dei lavoratori stranieri impiegati nei campi del Sud Italia.
Marzo 2005

INDICE

Introduzione	3
I. Analisi generale dei dati raccolti.....	5
1.1 Premessa	5
1.2 Condizioni di vita.....	6
1.3 Situazione sanitaria.....	24
1.4 Accesso alla salute.....	39
II. Schede delle Regioni	48
2.1 Campania: accesso alle cure negato e violenza urbana.....	48
2.2 Puglia: drammatiche condizioni abitative e patologie legate alla povertà ...	59
2.3 Sicilia: migrazione di lungo periodo e patologie legate al lavoro.....	70
2.4 Calabria: esclusione sociale e salute della donna.....	81
Conclusioni	94
Condizioni di vita	94
Salute	95
Status Giuridico	96
Lavoro.....	96
Diritti.....	97
Violenza	97
Allegati	100
Background legale.....	100
La voce degli addetti ai lavori	120
Metodologia.....	125
Glossario	129
Ringraziamenti	132

Introduzione

Il presente rapporto è il frutto di un'indagine svolta da Medici Senza Frontiere - Missione Italia sulle condizioni di vita e di salute dei lavoratori stranieri stagionali.

L'esigenza di studiare questa realtà è nata nell'estate 2003, quando MSF è venuta in contatto con gli immigrati impegnati nei lavori agricoli a Cassibile (in provincia di Siracusa) e a Stornara (in provincia di Foggia). Subito è stato chiaro che si trattava di persone costrette a un'esistenza al limite dell'incredibile, tra fatica e stenti; persone bisognose certamente di assistenza sanitaria, ma anche di riacquistare una dignità uscendo dall'invisibilità in cui si trovano.

L'inchiesta si è svolta tra maggio e dicembre 2004, parallelamente al "progetto stagionali", il cui obiettivo era fornire assistenza sanitaria diretta agli immigrati impiegati stagionalmente per lavori agricoli nel Sud Italia, attraverso un sistema di clinica mobile.

Il lavoro di indagine ha coperto geograficamente cinque regioni: Campania, Basilicata, Puglia, Calabria e Sicilia. Per nove mesi MSF ha guidato in lungo e in largo un camioncino attrezzato ad ambulanza per tutto il Sud Italia, portando assistenza sanitaria ed ascoltando le storie che troverete nelle pagine che seguono.

Le 770 persone intervistate hanno svelato un mondo impressionante per la precarietà delle condizioni di vita e di salute a dir poco preoccupanti.

Le testimonianze raccolte parlano di vite passate tra campi e stanze sovraffollate, in baracche di legno e in case abbandonate dove troppo spesso mancano persino l'acqua e i servizi igienici. Sono standard di vita ben al di sotto dei parametri minimi stabiliti dall'Alto Commissariato ONU per i Rifugiati (Acnur) per i campi profughi, cioè per situazioni di grande emergenza in cui dare un'accoglienza minima e inevitabilmente precaria a migliaia di persone.

I redditi medi percepiti da questi lavoratori li pongono quasi sempre al di sotto della soglia di povertà. Spesso i soldi guadagnati sotto il sole non bastano nemmeno per mangiare e la condizione di emarginazione è resa ancor più pesante dalla lontananza dalle proprie famiglie, dal razzismo e dai maltrattamenti subiti, dall'incertezza del proprio status.

La pesantezza del lavoro associata ad un'alimentazione inadeguata e a condizioni abitative ed igieniche precarie, provocano ricadute serie anche sulle condizioni di salute dei cosiddetti "stagionali".

La popolazione presa in esame, composta soprattutto da uomini, in genere in età compresa tra i 18 e i 45 anni, è la tipologia di persone che nell'immaginario di ognuno di noi (e nell'ordine naturale delle cose) incarna l'idea stessa di salute.

Le malattie contratte, spesso più di una, non solo confermano la gravità delle condizioni di vita, che ovviamente facilitano il verificarsi e la trasmissione di infezioni, ma rivelano anche drammaticamente il problema dell'accesso alle cure.

Nonostante la legge italiana assicuri, dal 1998, l'assistenza sanitaria a tutti gli stranieri a qualunque titolo presenti nel nostro Paese, la percentuale delle persone intervistate che non hanno mai avuto accesso ad alcun tipo di assistenza medica è altissima, persino tra gli stranieri "regolari". 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.

Una popolazione invisibile, che vive nel paradosso di non esistere ufficialmente e allo stesso tempo essere l'insostituibile motore dell'agricoltura italiana. Come è paradossale in assoluto l'atteggiamento del nostro Paese verso il problema dell'immigrazione: da una parte si vuole far credere che sia in corso un'invasione di immigrati, si evoca il pugno di ferro e si costruiscono sempre più centri di permanenza temporanea; dall'altra, nelle campagne del ragusano, del foggiano, di Rosarno, macchine della Polizia di Stato sfilano lungo le strade davanti a centinaia di immigrati (regolari e non) in attesa che il caporale di turno li porti al lavoro.

Sono migliaia, dunque, i lavoratori ignorati dagli stessi sindacati, inesistenti (e non necessari secondo chi regola i flussi di entrata degli stranieri in Italia) per le istituzioni locali, per le ASL, tutti coinvolti nell'assurdo gioco del "non vedo, non sento, non parlo".

Ma utilizzare forza lavoro a basso costo e in nero, sotto gli occhi di tutti, negando condizioni di vita decenti, imponendo caporalato e paghe da fame è un atteggiamento non solo ipocrita, ma, a nostro avviso, eticamente e istituzionalmente particolarmente grave. La situazione è ancora più inaccettabile nel momento in cui, non potendo più nascondere l'evidente presenza di questo popolo silenzioso e del suo dramma, si sceglie la strada degli interventi d'emergenza per affrontare una situazione che è tutt'altro che imprevista e improvvisa, ma profondamente strutturale. Siamo consapevoli dell'ampia portata di un fenomeno che coinvolge tutta l'Europa: per la raccolta del pomodoro arrivano sub-sahariani, est europei, magrebini, e tanti altri. Persone che poi affrontano una "transumanza" nel nostro Paese, spostandosi dalla Puglia alla Calabria, dalla Campania alla Sicilia, affidando la propria sopravvivenza a un reddito incerto e insufficiente.

MSF ha potuto testimoniare le storie di queste persone e questo rapporto ne è il resoconto fedele.

"Relativamente ai lavoratori del suolo ciò che si può dire è che la storia loro non potrebbe essere più triste in Italia. Schiavi la maggior parte durante l'Impero Romano, poi servi della gleba, poi liberati, ma resi soggetti a ogni specie di angherie, di soprusi, di tirannie dei signorotti di campagna fin presso ai nostri giorni".

Stefano Jacini
da "I risultati della inchiesta agraria"
anno 1884

I. Analisi generale dei dati raccolti

1.1 Premessa

Medici Senza Frontiere ha realizzato un progetto di assistenza sanitaria diretta agli stranieri impiegati in agricoltura nel periodo compreso fra maggio e dicembre 2004. Il progetto si è svolto grazie ad un sistema di clinica mobile in grado di visitare gli stranieri al termine del lavoro direttamente nei luoghi in cui vivevano o si riunivano. Le visite si sono concentrate esclusivamente nelle regioni del Sud Italia in particolare in Campania, Calabria, Puglia, Basilicata e Sicilia. Il viaggio dell'unità mobile ha inoltre cercato di seguire quello che MSF ha definito come il *circuito stagionali*. Le aree sono state visitate in coincidenza dei momenti di raccolta di primizie quando l'afflusso di lavoratori stagionali stranieri e non raggiunge il suo apice.

Parallelamente alle visite dei medici MSF è stato realizzato uno studio sulle condizioni sanitarie e umanitarie per questi lavoratori. Attraverso due questionari (uno medico, l'altro socio umanitario) sono state raccolte 770 interviste. Gli operatori MSF, nel corso delle visite, hanno sempre cercato di verificare con l'osservazione diretta le condizioni di vita e di lavoro degli stranieri visitati. L'obiettivo era quello di ottenere una visione completa ed approfondita del fenomeno immigrazione e agricoltura nel Sud Italia.

Gli operatori MSF hanno così visitato gli stranieri all'interno delle case abbandonate o affittate in cui dormono durante le settimane di raccolta, si sono recati all'alba per monitorare le piazze dove gli immigrati attendono il caporale, hanno percorso i campi coltivati dove gli stranieri lavorano per 10, 12 ore al giorno sotto il sole.

Il capitolo che segue è dedicato all'analisi dei dati complessivi raccolti sia dal punto di vista socio-umanitario, che da quello strettamente sanitario e per quanto riguarda l'accesso alle cure.

Il secondo capitolo è dedicato alla descrizione delle caratteristiche specifiche di ogni regione visitata. Nel corso del progetto MSF si è resa conto che ogni contesto presenta comunque specificità molto marcate. Il rapporto si conclude con le considerazioni finali sulle realtà drammatiche emerse nel corso dell'indagine.

1.2 Condizioni di vita

Informazioni sulla popolazione

Le persone visitate e intervistate nel corso del progetto sono soprattutto uomini (91,4%) e cittadini sub-sahariani (67,1%).

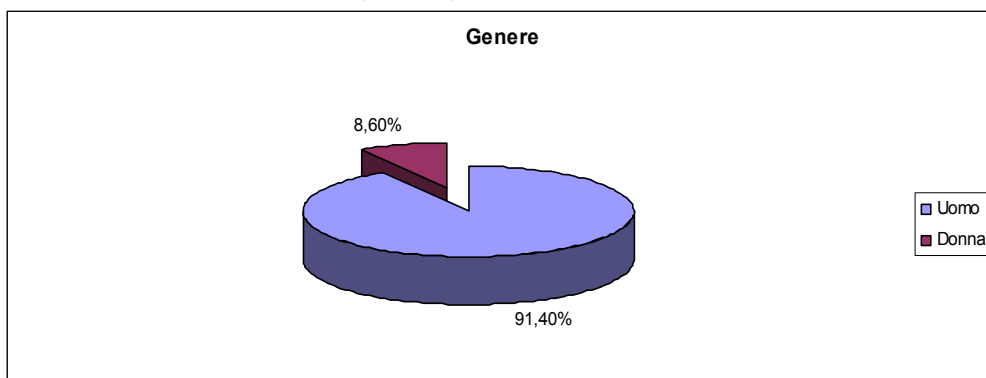


Grafico 1.1 Sesso dell'intervistato

I lavoratori stagionali incontrati da MSF provengono non solo dall'Africa sub-sahariana ma anche dal Maghreb (20%), dall'Europa dell'Est (12,5%) e, per una piccolissima parte, dal Medio Oriente (0,4%). Mentre tra i cittadini sub-sahariani la distribuzione uomo-donna rispecchia la tendenza generale (in tutto il 67,1% degli intervistati divisi tra il 64,9% di uomini e un 2,2% di donne), tra i cittadini dei paesi dell'Europa orientale si registra una consistente presenza di donne: nell'insieme gli est-europei rappresentano il 12,5% degli intervistati, divisi tra un 6,7% di uomini e il 5,8% di donne. I cittadini sub-sahariani intervistati tendono dunque ad essere maschi, giovani e soli; mentre in una popolazione come quella dell'Est Europa l'incidenza di donne e bambini, quindi di nuclei familiari, risulta bilanciata quasi perfettamente. Si tratta di gruppi che seguono percorsi migratori differenti dettati da ragioni non solo geografiche ma anche culturali e politiche. Gli stranieri provenienti dall'Africa sub-sahariana seguono solitamente la rotta attraverso il deserto del Sahara per arrivare sulle coste libiche o tunisine in attesa di imbarcarsi per raggiungere l'Italia. Si tratta di un viaggio estenuante e pericoloso, dalle testimonianze raccolte molti non sopravvivono al tragitto, per una donna è dunque estremamente rischioso e complesso arrivare nel nostro Paese seguendo questa rotta. Questo tipo di migrazione è dettata non solo da ragioni economiche ma anche da motivi legati alla situazione politica del paese di provenienza. Cittadini provenienti da Sudan, Etiopia, Eritrea, Liberia o Costa d'Avorio, solo per citarne alcuni, fuggono da guerre e persecuzioni personali per aver salva la vita.

La migrazione dall'Europa orientale ha invece caratteristiche molto diverse: spesso si tratta di famiglie che arrivano in Italia, anche per un periodo determinato di tempo, alla ricerca di opportunità lavorative per migliorare la propria condizione economica. Una volta terminata la stagione tendono a far ritorno nel paese d'origine ed eventualmente ripartire dopo un periodo di pausa.

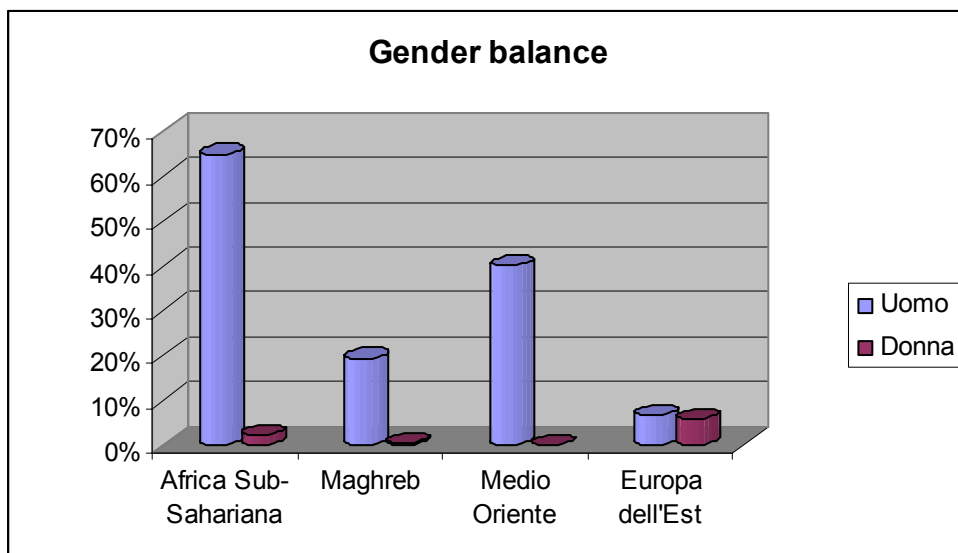


Grafico 1.2 Bilanciamento uomo - donna per area geografica di provenienza

Per quanto riguarda lo specifico paese di provenienza la maggioranza degli intervistati proviene dal Ghana (16,2%), seguito da Marocco (13%), Liberia (12%), Sudan (11%), Burkina Faso (6,5%), Romania (6%), Bulgaria (5,1%) e Tunisia (4,7%).

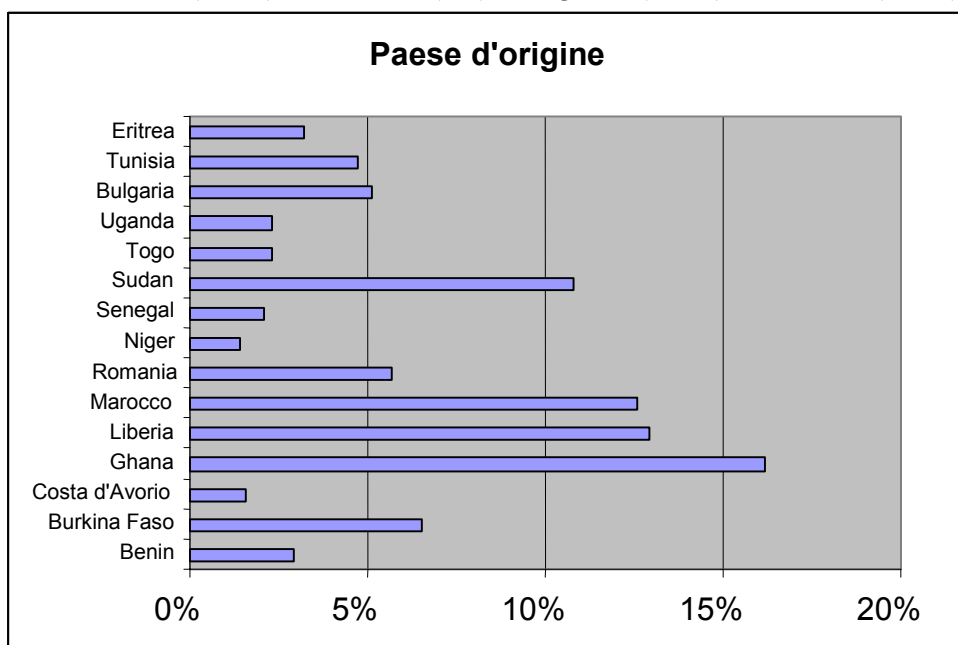


Grafico 1.3 Paese specifico di provenienza

Gli stranieri intervistati hanno un'età media di 30,5 anni, il 21,8% degli intervistati ha meno di 25 anni, il 28,3% ha un'età compresa tra i 25 e i 30 anni, il 21,5% tra i 30 e i 35. Le percentuali diminuiscono progressivamente con l'aumentare dell'età fino ad arrivare a un 6% con un'età superiore ai 45 anni. Il 2% degli intervistati è minorenne. La popolazione di riferimento è dunque giovane formata da persone prevalentemente di sesso maschile impiegate in un lavoro fisicamente impegnativo, la manodopera agricola.

I pazienti visitati hanno dichiarato di trovarsi in Italia in media da 25 mesi. Tuttavia il 47% è arrivato nel nostro Paese da meno di un anno, il 27% da un periodo compreso fra i 12 e i 24 mesi. La percentuale diminuisce progressivamente con l'aumentare degli anni per risalire alla fine con un 5% di intervistati che si trovano in Italia da un periodo

superiore ai nove anni. In media gli stranieri si trovavano nella specifica area di lavoro in cui MSF li ha incontrati da 11 mesi anche se questo dato ha caratteristiche molto diverse a seconda dei contesti. Mentre in Puglia, in Calabria e in Sicilia si riscontrano i caratteri tipici di una forte stagionalità (si veda il grafico 1.4), questo non vale per la Campania. Nei primi tre casi la linea si impenna in coincidenza del periodo di permanenza inferiore ai tre mesi: significa che la maggior parte di queste persone si spostano nell'area di lavoro nelle settimane in cui si concentra la raccolta di primizie. La linea della Campania mostra invece un andamento irregolare con due picchi. Il primo in coincidenza con i 12 mesi di permanenza nell'area, il secondo con un periodo superiore ai due anni. La Regione campana risulta in un certo senso il centro di quello che abbiamo definito come il *circuito stagionali*. Molti stranieri scelgono la Campania come zona di residenza semi permanente. Questo avviene per una serie di ragioni quali la maggiore facilità a risiedere nell'area senza permesso di soggiorno, contatti pregressi con comunità di connazionali già presenti in zona, possibilità di essere reclutati quasi tutto l'anno grazie alla presenza di serre nei mesi invernali, etc. Qui gli stranieri hanno la possibilità di affittare uno spazio dove lasciare le proprie cose in caso di spostamento temporaneo.

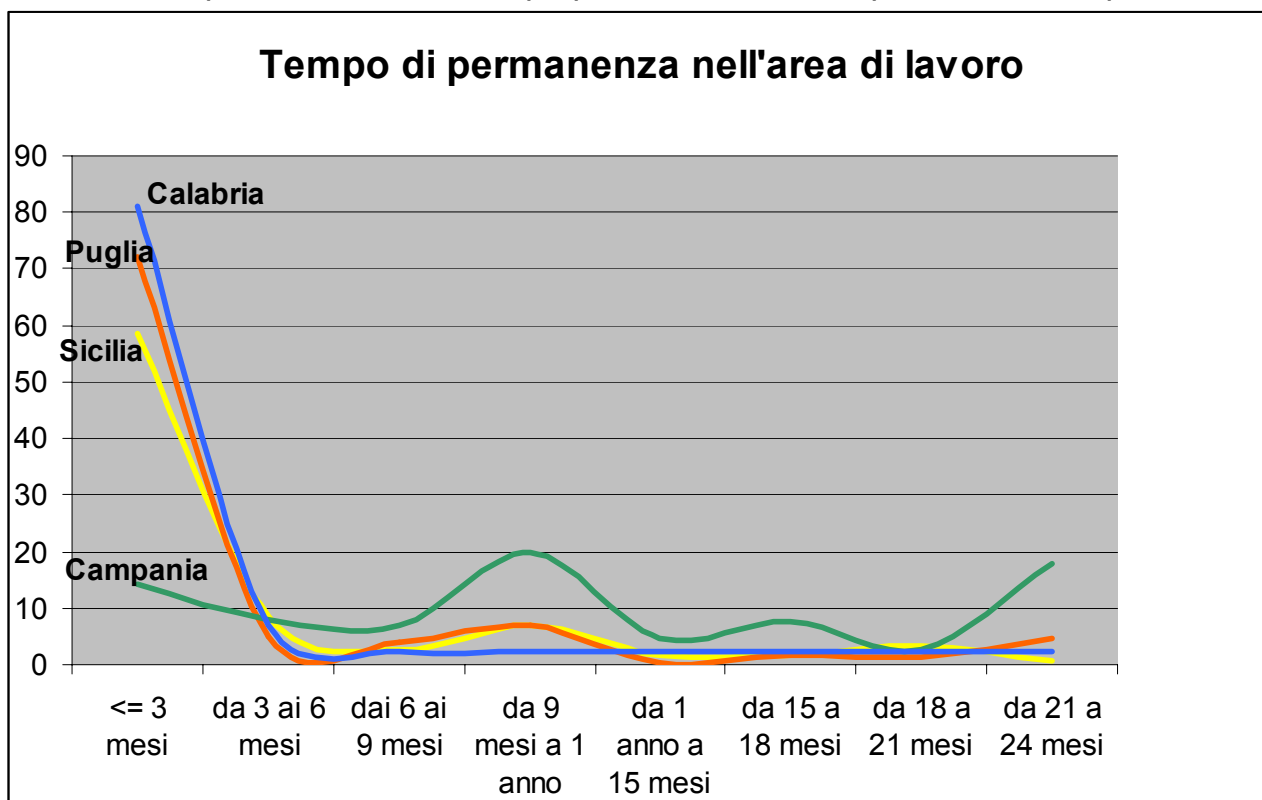


Grafico 1.4 Tempo di permanenza (in mesi) nell'area di lavoro

Per quanto riguarda lo status giuridico oltre la metà degli intervistati non ha un permesso di soggiorno, il 23,4% è in possesso di un permesso per richiesta d'asilo, il 18,9% ha un permesso di soggiorno per altri motivi (lavoro, studio, famiglia), il 6,3% ha già ottenuto lo status di rifugiato o la protezione umanitaria. Come si vedrà nelle schede dedicate a ciascuna Regione, la concentrazione di irregolari e richiedenti asilo cambia in maniera significativa nei diversi contesti di rilevazione, anche se rimane costante la massiccia presenza di lavoratori che, secondo la normativa, non avrebbe diritto a lavorare¹.

¹ Ricordiamo che ai sensi della legge italiana non è permesso lavorare non solo agli stranieri privi di permesso di soggiorno, ma anche alle persone che hanno un regolare permesso per richiesta d'asilo.

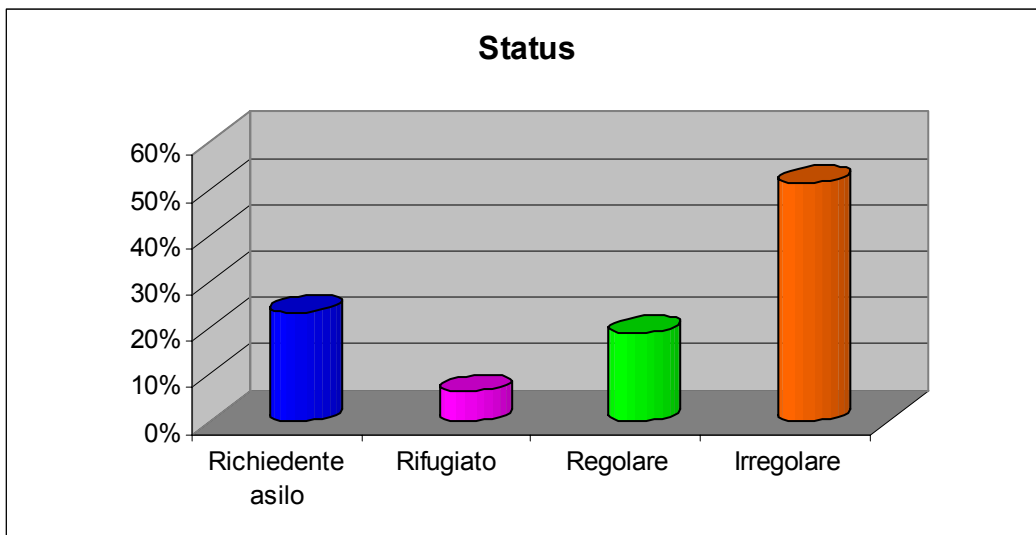


Grafico 1.5 Status giuridico dell'intervistato

L'86,5% degli intervistati non ha mai frequentato un corso di lingua italiana, l'8,8% lo ha fatto ma solo per un periodo limitato di tempo (massimo 4 settimane), mentre solo il 4,6% dei lavoratori ha frequentato un corso completo di lingua italiana. In media queste persone si trovano in Italia da oltre due anni e il fatto che oltre l'85% degli intervistati non abbia avuto accesso a un corso di lingua è un indicatore significativo dello scarso livello di integrazione. Nel corso delle visite MSF ha incontrato stranieri che dopo oltre due anni di permanenza in Italia si esprimono solo nella loro lingua madre, non avendo alcuna interazione con la società italiana. La barriera linguistica rimane dunque, per queste persone, uno degli ostacoli principali per avviare un reale processo di integrazione.

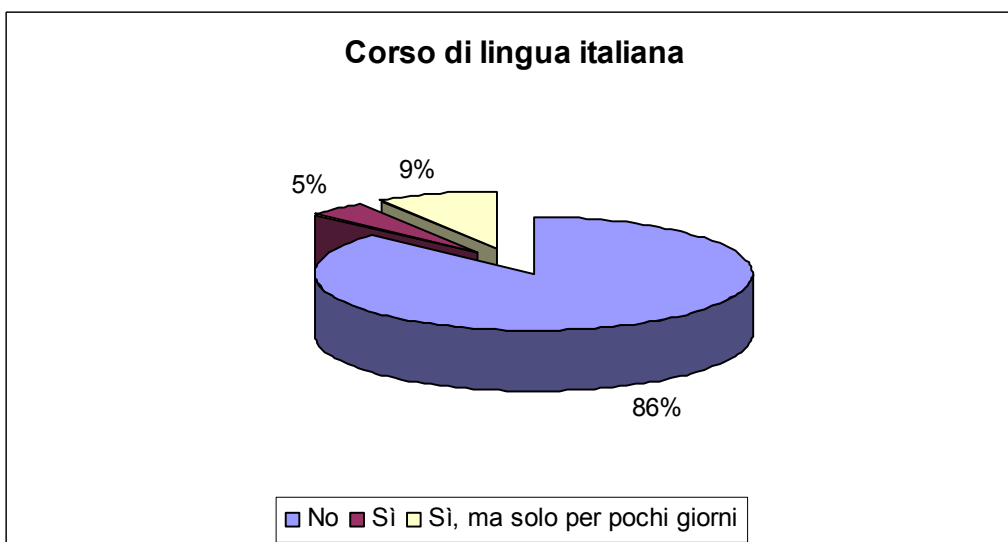


Grafico 1.6 Percentuale di intervistati che ha frequentato un corso di lingua italiana

Il 45,7% degli intervistati non ha famiglia (intesa come marito/moglie o figli), mentre per il 46,5% la famiglia risiede nel paese d'origine dello straniero, solo il 6,3 % ha almeno un membro della propria famiglia in Italia. L'1,4% dei casi ha parte della famiglia in Italia e parte nel paese d'origine, solo una persona ha dichiarato di avere la propria famiglia in un altro paese membro dell'UE. Tra coloro che hanno famiglia il 72% ha dichiarato di essere la principale fonte di reddito della propria famiglia. Il fatto che oltre il 90% delle persone intervistate non abbia accanto a sé almeno un componente

della propria famiglia è un ulteriore indicatore significativo del livello di malessere sociale per questi lavoratori.

Situazione abitativa

Nel corso delle visite e delle interviste effettuate è emerso chiaramente il fatto che l'alloggio e le condizioni abitative rappresentano uno dei problemi maggiori per i lavoratori immigrati stagionali. Il 40% degli intervistati vive in una casa abbandonata, il 37% in uno spazio affittato, il 9,4% in un campo *ad hoc* gestito da un'organizzazione (si tratta quasi sempre di tendopoli), il 5,2% in un centro di accoglienza, il 4,5% non ha nulla mentre solo il 3,4% dei casi dorme in una casa del proprietario terriero ceduta gratuitamente al lavoratore.

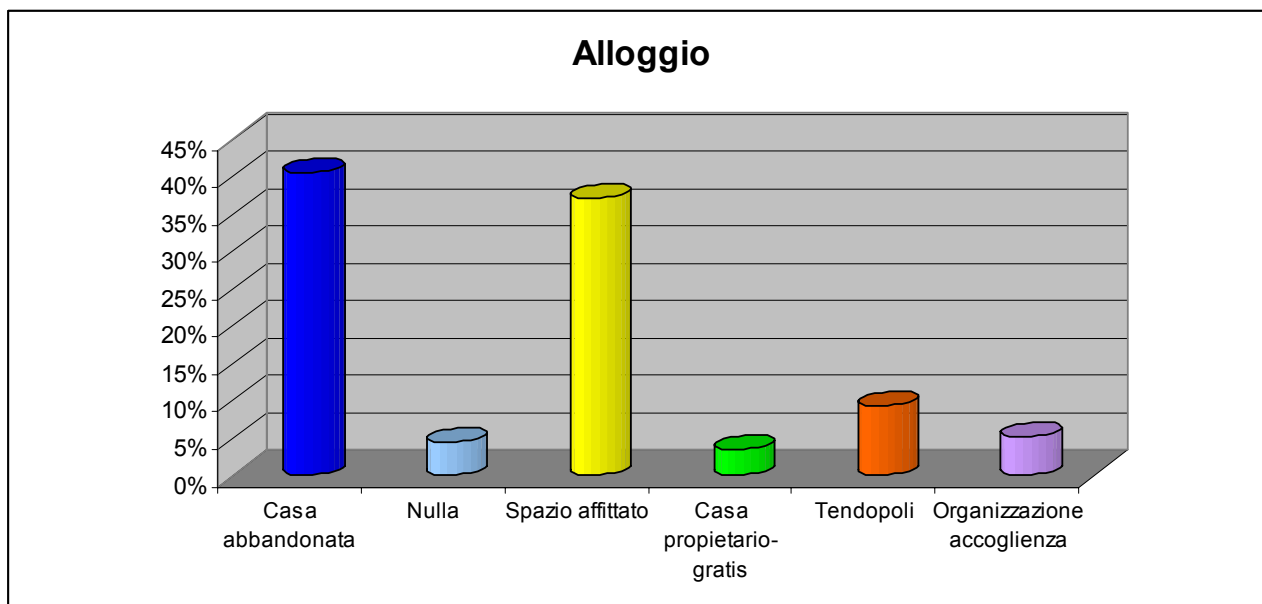


Grafico 1.7 Dove vive l'intervistato durante il periodo di lavoro stagionale

La situazione abitativa ha caratteristiche molto diverse a seconda dei contesti di rilevazione (si vedano le singole schede sulle Regioni), tuttavia è possibile delineare alcune linee generali comuni a tutte le aree visitate.

Il fatto che la maggioranza di questi lavoratori viva in case abbandonate - per lo più si tratta di ruderi in mezzo alla campagna ma anche di palazzi semicostruiti o pericolanti, di fabbriche in disuso - si riflette sui servizi minimi a loro disposizione. Nel corso del progetto l'iniziale definizione *casa in affitto* è stata sostituita con *spazio affittato*. Una scelta dettata dall'esperienza sul terreno che ha evidenziato situazioni drammatiche in cui gli stranieri pagano un affitto in cambio di box auto, strutture pericolanti o originariamente adibite a magazzino. In molti casi gli affitti sono a tal punto economicamente inaccessibili che gli stranieri si trovano a condividere gli spazi, per poter abbassare le spese, con un numero altissimo di connazionali. La definizione *tendopoli* è stata utilizzata per definire tutti i campi di accoglienza montati da organizzazioni o istituzioni locali per far fronte al massiccio flusso di lavoratori stagionali che arriva in coincidenza con l'inizio della stagione.

La valutazione della situazione abitativa ha tenuto conto dei seguenti parametri: sovraffollamento abitativo, presenza di servizi minimi quali acqua, luce, gas, bagni e approvvigionamento di acqua potabile.

L'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (Acnur) ha definito² gli standard minimi di accoglienza per i campi profughi in situazione di emergenza: i criteri sono elencati nella tabella seguente.

Norme quantitative per l'allestimento di campi profughi	
Area calpestabile per persona	30mq
Area a disposizione all'interno del modulo abitativo per persona	3,5 mq
Numero di persone per latrina	20
Distanza dal primo punto acqua	150m max
Distanza tra la latrina e l'alloggio	30m
Distanza tra la latrina ed il punto acqua	100m
Distanza tra due moduli abitativi	2m min

Purtroppo dall'analisi dei dati risulterà chiaro come, in moltissime situazioni, **gli standard presenti nel nostro Paese per l'accoglienza di lavoratori stagionali stranieri siano assolutamente lontani da quelli definiti dall'Acnur**. Gli standard Acnur indicano criteri applicati a contesti di emergenza per i primi venti giorni in cui la popolazione fugge da situazioni di guerra o da catastrofi naturali. I campi profughi sono inoltre pensati per ospitare migliaia di persone.

Il grafico seguente mostra come la maggioranza delle persone intervistate (36%) viva una situazione di sovraffollamento abitativo. Il rilevamento è stato eseguito sul numero di persone, tutte straniere - solitamente appartenenti alla stessa nazionalità o gruppo linguistico culturale -, alloggiate in una o più di abitazioni nel raggio di poche decine di metri. Il problema del sovraffollamento ha caratteristiche molto diverse a seconda del contesto, ma in alcune aree, soprattutto in Campania, raggiunge livelli drammatici.

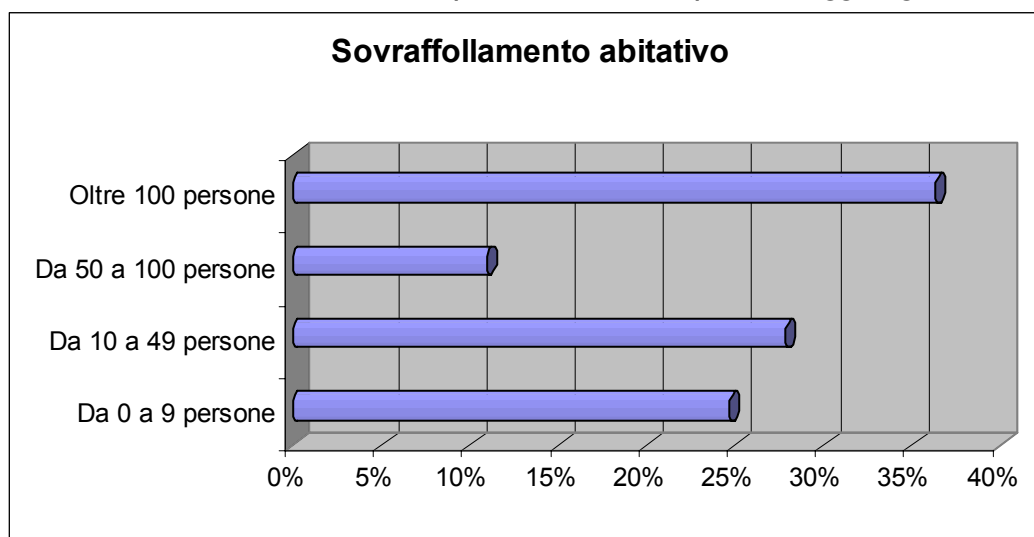


Grafico 1.8 Sovraffollamento abitativo nell'area in cui vive l'intervistato

Il sovraffollamento viene anche evidenziato dal numero di persone che dormono nella stessa stanza: in media sono 6. **Il 70% degli intervistati deve condividere lo spazio in cui dorme con un più di 4 persone.** Non stupisce dunque che il 30% degli intervistati abbia dichiarato di dover condividere il materasso con almeno un'altra persona.

² *Refugee health. An approach to emergency situation* by Medecins Sans Frontieres – MacMillan Education, 1997

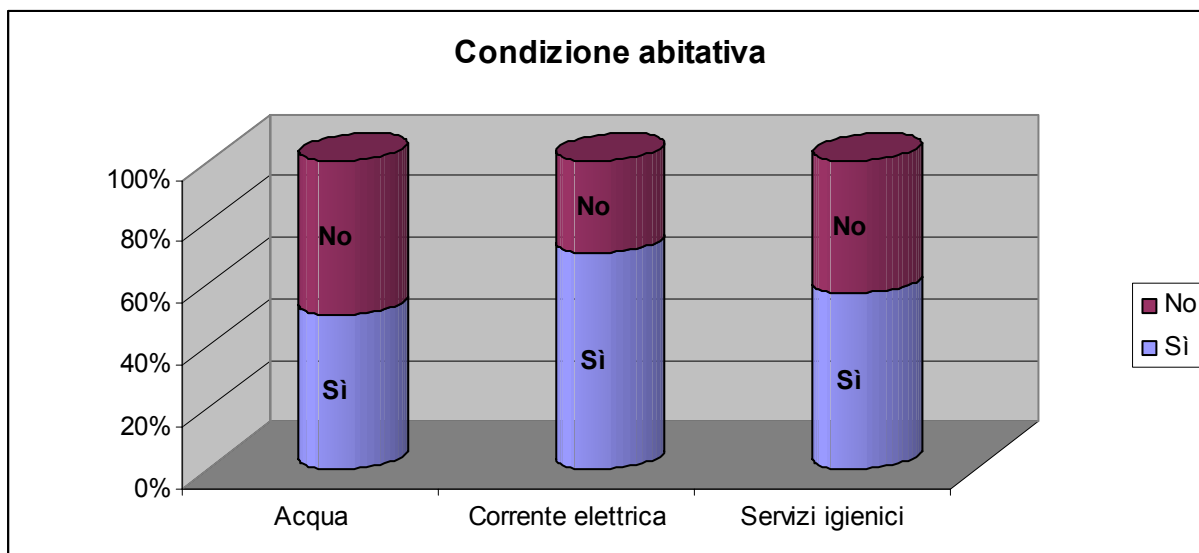


Grafico 1.9 Presenza di acqua, luce e bagni nell'alloggio dell'intervistato

L'alto numero di situazioni precarie (case abbandonate, tendopoli...) si riflette sulla carenza di standard minimi di accoglienza. **Oltre la metà delle persone intervistate non ha acqua corrente nel luogo in cui vive, il 30% non ha luce elettrica, il 43,2% non ha bagni.** Tra coloro che non hanno acqua corrente nel luogo in cui vivono il 42,7% deve percorrere una distanza compresa tra 0 e 150mt per raggiungere il primo punto acqua (distanza massima secondo i parametri Acnur), il 7,1% percorre una distanza compresa fra i 150mt ed i 300mt mentre il restante 50,2% percorre una distanza superiore ai 300mt che in alcuni casi si traduce in svariati chilometri. **Oltre la metà delle persone intervistate senza acqua corrente nel luogo in cui vive deve percorrere una distanza doppia rispetto agli standard minimi definiti dalle Nazioni Unite per una situazione di emergenza.**

Per quanto riguarda l'approvvigionamento di acqua potabile: il 35,5% degli intervistati ha dichiarato di acquistarla in un negozio, il 15,4% beve l'acqua del rubinetto di casa, il 15,7% di un rubinetto esterno, il 23,9% da una fontana pubblica, il 6,8% beve acqua proveniente da impianti per l'irrigazione dei campi, il 2,9% quella di taniche esterne, infine l'1% beve acqua estratta da pozzi di fortuna.

La definizione *rubinetto esterno* comprende diverse modalità di approvvigionamento d'acqua. Questi rubinetti si trovano di solito posizionati nel cortile o nelle immediate vicinanze dell'abitazione. In diversi casi l'acqua proviene da cisterne situate nei pressi delle case: la funzione originale di queste cisterne è l'irrigazione degli orti o dei campi. In alcuni casi le cisterne erano approssimativamente chiuse con lastre di marmo. Questa modalità di conservazione ovviamente non offre alcuna garanzia circa la qualità dell'acqua che resta esposta alla contaminazione da agenti esterni (insetti, roditori, etc). Il 36,7% degli intervistati ha inoltre affermato di conservare l'acqua *potabile* in taniche.

Igiene personale

Il 70% degli intervistati ha dichiarato di potersi lavare ogni giorno, il 13,5% lo può fare dalle 3 alle 5 volte nell'arco di una settimana, mentre il 16% non riesce a lavarsi più di tre volte ogni sette giorni. Il luogo in cui i lavoratori stagionali intervistati possono dedicarsi all'igiene personale è, nelle maggioranze dei casi, la propria abitazione (78%), seguono organizzazioni di accoglienza (13,2%) e il campo di lavoro (6%). Infine il 2,5% ha

affermato di lavarsi in un luogo pubblico (ad esempio fontane, bagni di bar o stazioni ferroviarie).

Per quanto riguarda il lavaggio dei propri indumenti il dato rispecchia quello dedicato all'igiene personale: la maggioranza degli intervistati lo fa nella propria abitazione (79,1%). I restanti sono costretti si rivolgono ad un'organizzazione di accoglienza (11,5%), oppure lavano i propri indumenti direttamente nel campo (6,3%) o in un luogo pubblico (1,5%). E' interessante notare che un piccolo gruppo di persone (pari all'1,5% del totale) abbia dichiarato di non poter lavare affatto i propri abiti a causa delle precarie condizioni abitative.

Poiché gli spazi sono così limitati gli stranieri lavano sé stessi e gli indumenti all'aria aperta, riempiendo d'acqua un secchio o bottiglie, cercando di arrangiarsi con i pochi mezzi a disposizione.

Cibo

Il 51,7% degli intervistati non mangia nulla a colazione, il 31% non pranza, mentre la quasi totalità dei pazienti visitati ha dichiarato di cenare (96,3%). I lavoratori stranieri stagionali si recano dunque sul campo a stomaco vuoto e considerano la cena il pasto principale. Come si vedrà nelle schede regionali e nell'analisi della situazione sanitaria questo tipo di comportamenti alimentari produce conseguenze da non sottovalutare, soprattutto per quanto riguarda l'apporto calorico giornaliero di giovani uomini impiegati in un'attività fisica per 8-10 ore al giorno.

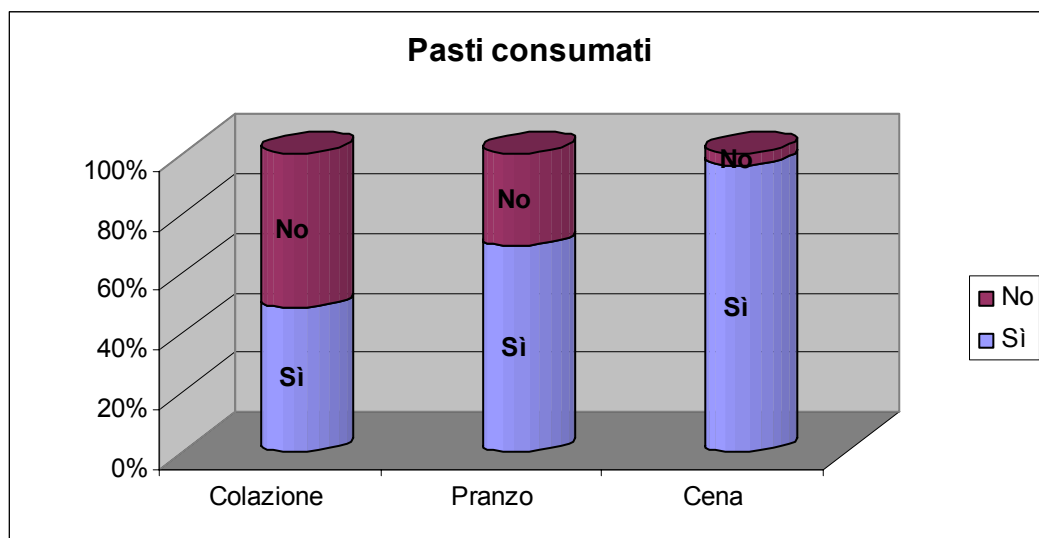


Grafico 1.10 Pasti consumati quotidianamente dall'intervistato

Il 19,1% degli intervistati prepara il proprio cibo con una cucina da campo, il 12,4% utilizza il fuoco su legna, infine il 19,5% degli intervistati non è in grado di cucinare. Per questa ultima fetta di popolazione le soluzioni alla mancata possibilità di cucinare sono varie: alcuni mangiano solo cibi freddi o in scatola altri acquistano cibo preparato da altri membri del gruppo con cui vivono (si veda il capitolo sulla Puglia).

Il 60% degli intervistati non è inoltre in grado di conservare il cibo, il restante 40% lo fa grazie a un frigorifero.

I pasti vengono consumati principalmente a casa (55% dei casi), a casa e sul campo di lavoro (27,4%), a casa e in organizzazioni di accoglienza (9,1%), solo in organizzazioni di accoglienza (7,8%), infine solo nel campo di lavoro (0,6%).

Come mostra il grafico 1.11 i cibi consumati principalmente sono pasta e riso, seguiti da semolino o *cous cous* accompagnato da pane carne e verdure. Come si vedrà in alcuni

contesti particolari le differenze culturali si riflettono sulle abitudini alimentari ma la condizione di precarietà e povertà incide sulla dieta che queste persone possono seguire.

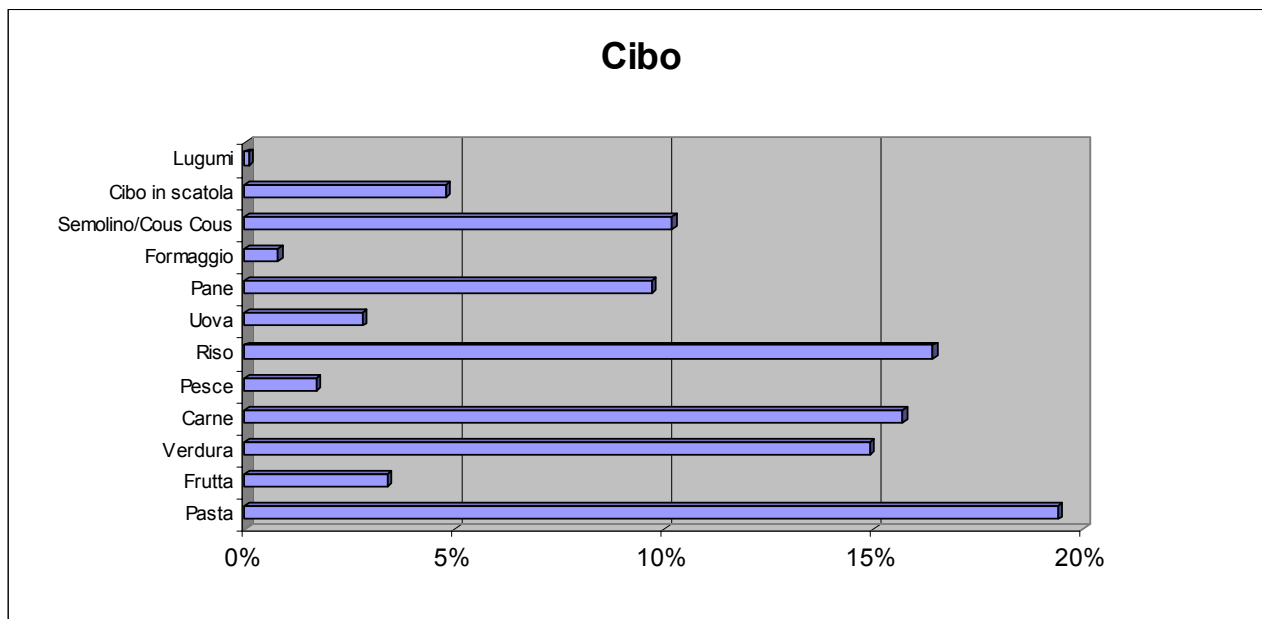


Grafico 1.11 Cosa mangia l'intervistato abitualmente

Lavoro

Il 92% degli intervistati ha dichiarato di essere un lavoratore stagionale impiegato in agricoltura, di questi il **95,8% non ha un contratto di lavoro**. Il 74,5% ha dichiarato di lavorare esclusivamente in campo aperto, il 9,6% solo in serra, il 3,1% lavora sia in serra che in campo aperto, il restante 8% si divide tra persone che svolgono le mansioni più disparate (muratore, operaio, collaboratore domestico, giardiniere...).

Il 75,5% degli intervistati dall'arrivo nel nostro Paese non ha mai avuto un contatto con un'organizzazione di tutela, un sindacato o i servizi sociali.

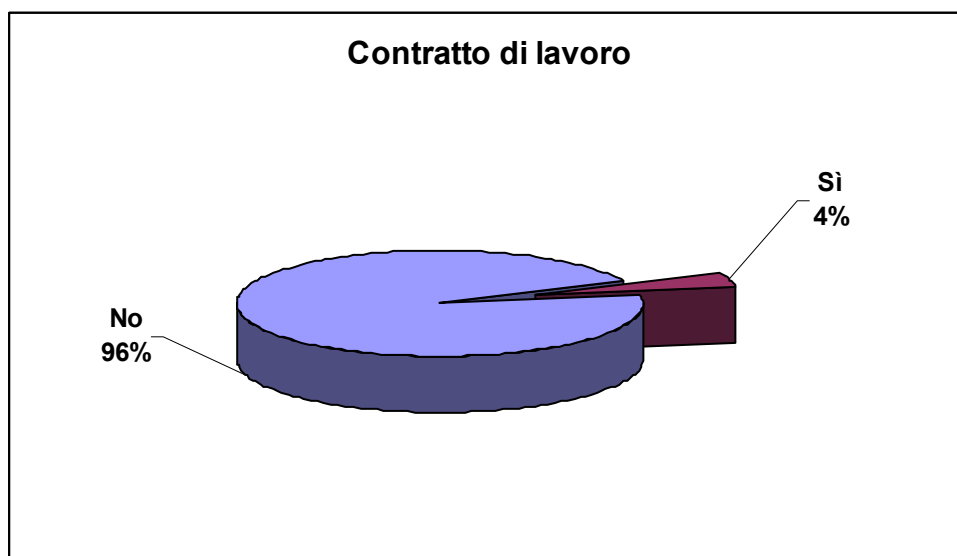


Grafico 1.12 Contratto di lavoro stagionale

Per il 24,5% che ha avuto un contatto con un ente di tutela si tratta, nella maggioranza dei casi, di organizzazioni attive sul territorio nel fornire assistenza agli immigrati dal punto di vista legale o socio-sanitario.

Il sistema lavoro ha caratteristiche diverse a seconda dei contesti, della coltura e della stagione. Tuttavia sono stati riscontrati alcuni denominatori comuni alla base dell'impiego di lavoratori stranieri in agricoltura.

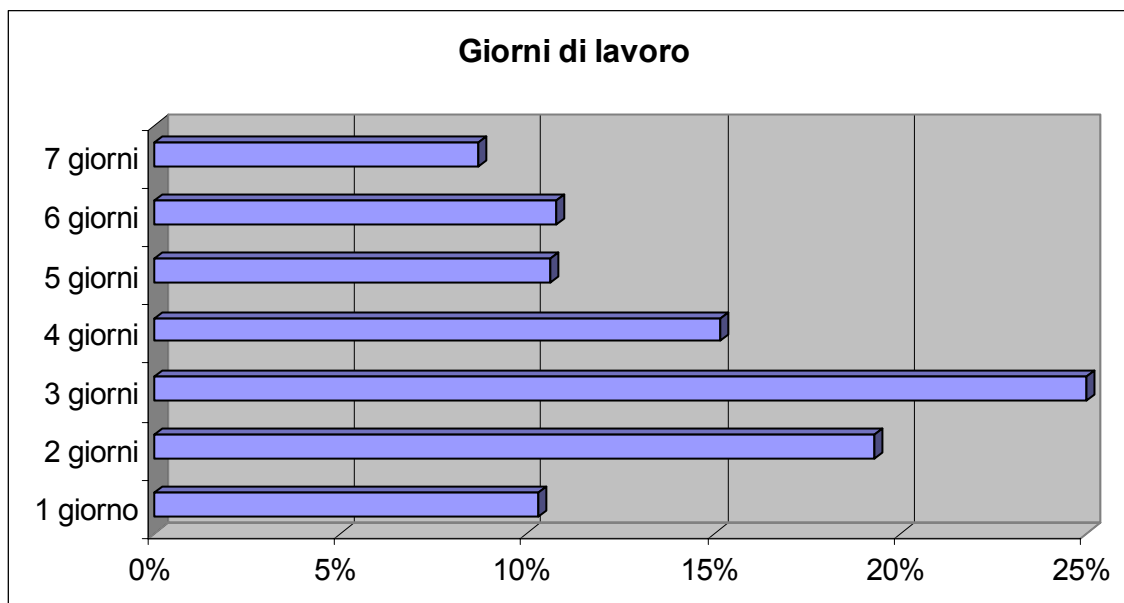


Grafico 1.13 Numero di giorni, nell'arco della settimana, in cui in media l'intervistato lavora

Dalle testimonianze raccolte e dall'osservazione diretta il sistema-lavoro stagionale risulta strutturato nel seguente modo. Gli stranieri si alzano molto presto, intorno alle 4.30 - 5 (nei mesi invernali un paio d'ore dopo) per recarsi in luoghi *ad hoc* dove attendono l'arrivo di caporali o datori di lavoro. In alcuni casi i reclutatori arrivano direttamente negli agglomerati dove vivono gli stranieri all'alba. L'incidenza del caporalato varia da a contesto a contesto. Il grafico 1.13 mostra la volatilità di questo sistema: gli stranieri si recano ogni giorno nel luogo del reclutamento, ma la maggior parte di loro riesce a lavorare circa 3 o 4 volte per settimana. Solitamente i reclutatori, siano caporali o proprietari terrieri, concordano un compenso al momento della chiamata che viene pagato a fine giornata. Il compenso può essere pattuito a cottimo (per esempio per la raccolta del pomodoro) o a giornata. Gli stranieri possono essere reclutati per una sola giornata o per più giorni in caso di un campo particolarmente grande o una raccolta specifica.

Il 33% degli intervistati ha affermato di guadagnare per una giornata di lavoro una cifra compresa tra i 25 ed i 40 euro, il 26,4% guadagna 25 euro, il 22,7% meno di 25 euro, il 16,4% guadagna più di 40 euro al giorno. Solo un 0,8% dei casi infine lavora a mezzadria: avendo quindi come guadagno il 50% del raccolto.

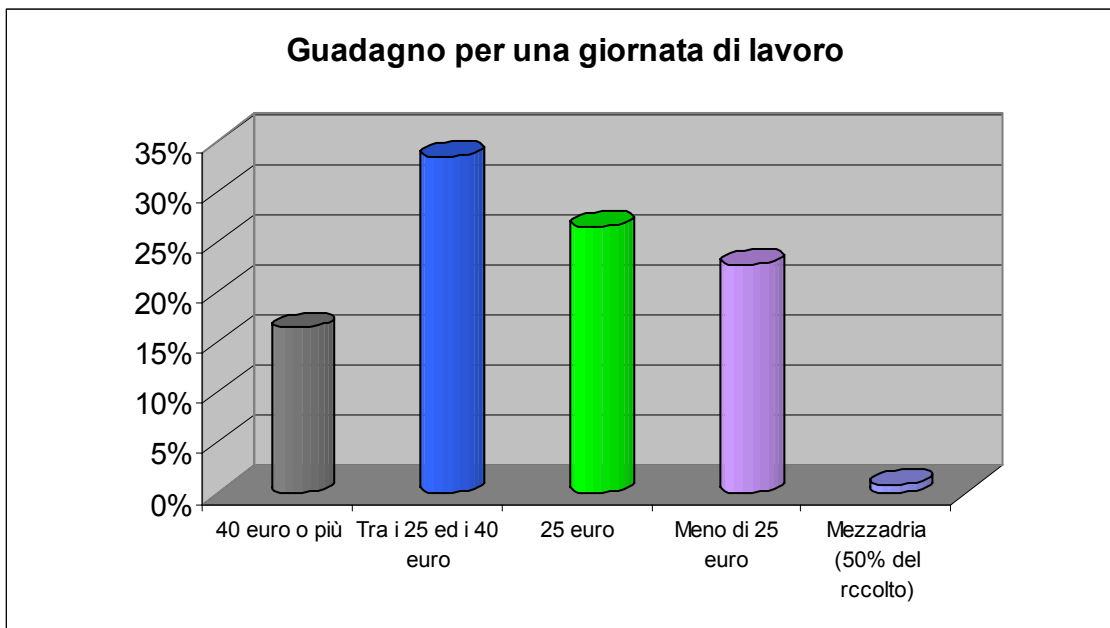


Grafico 1.14 Guadagno per una giornata di lavoro

Il grafico mostra dunque come la maggioranza delle persone intervistate (in tutto il 48%) percepisca un guadagno pari o inferiore ai 25 euro. Questo a fronte di una giornata di lavoro che in generale è di otto (62,2%) o dieci (21,8%) ore. L'8,5% degli intervistati ha dichiarato di non venire pagato regolarmente dal proprio datore di lavoro, per il 12,8% questo dipende dal datore di lavoro che incontra.

Sul bilancio giornaliero di queste persone gravano poi altre due variabili: il peso delle rimesse nel paese d'origine e l'incidenza del caporalato.

Il 53,7% degli intervistati non è in grado di inviare alcuna somma di denaro mensilmente alla propria famiglia, mentre circa il 20% ha dichiarato di riuscire a inviare 100 Euro o più al mese, il 17% invia una cifra compresa fra i 50 ed i 100 euro, infine il 10% invia meno di 50 euro.

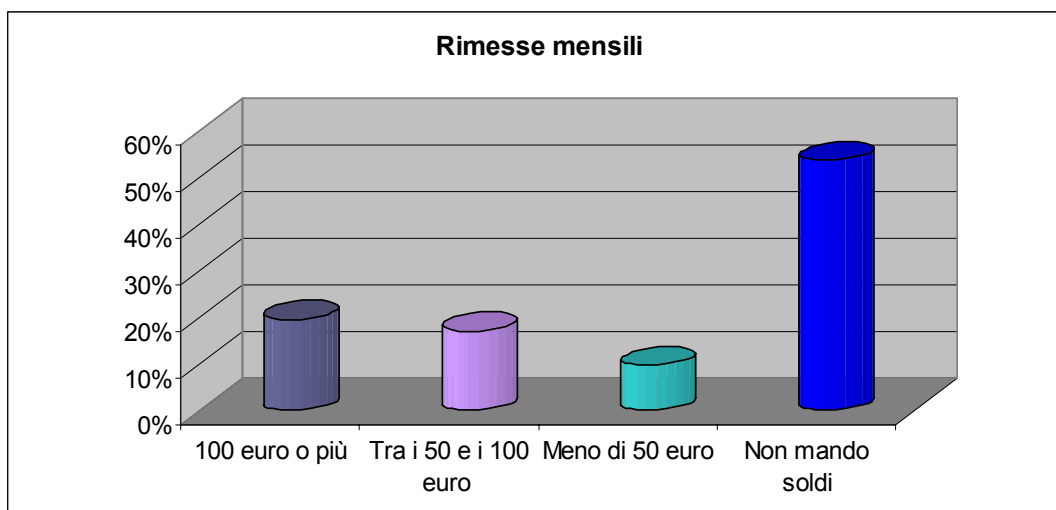


Grafico 1.15 Rimessa mensile nel paese d'origine dell'intervistato

Se è vero che circa il 70% degli intervistati non deve pagare nulla per il trasporto fino al luogo di lavoro, un terzo di chi fa fronte a questa spesa si deve fare carico di un costo giornaliero di 5 euro. A fronte di un guadagno di 25 euro o meno il peso di questa spesa è evidentemente molto forte sul bilancio giornaliero. Anche questa variabile ha

caratteristiche diverse a seconda dei contesti ma risulta particolarmente presente in Puglia dove il *caporalato* è un fenomeno tutt'altro che in via d'estinzione.

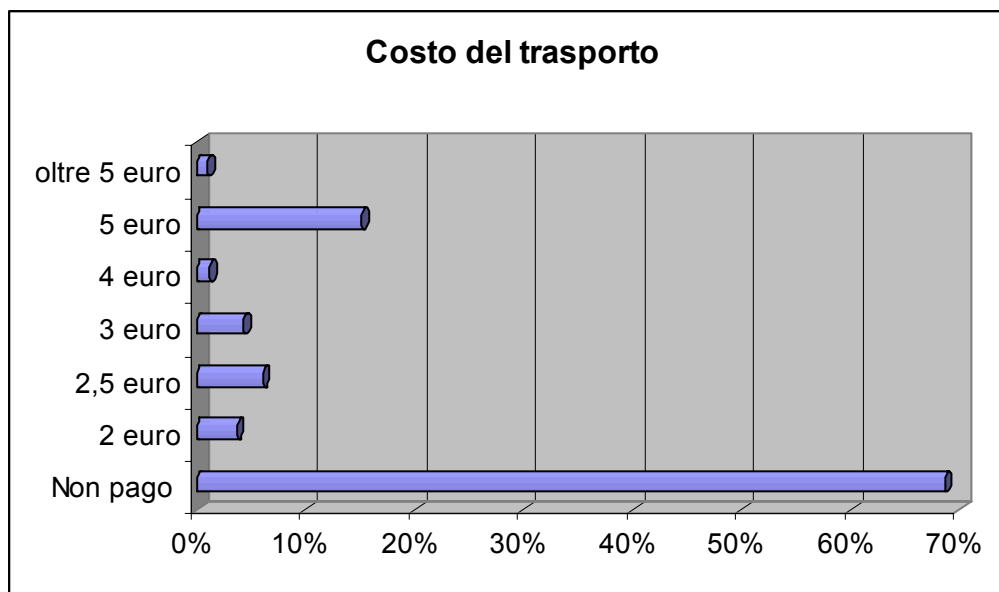


Grafico 1.16 Costo giornaliero del trasporto che l'intervistato paga al caporale (tragitto fino al campo di lavoro e ritorno)

Dall'analisi dei dati raccolti risulta che il circa il 55% degli stranieri intervistati lavora due o tre giorni a settimana guadagnando in media una cifra pari o inferiore a 25 euro giornaliera. Si può dunque supporre che una buona parte della popolazione visitata arrivi a percepire un guadagno mensile di circa 350 euro: se a questi vengono sottratti i costi del trasporto, le eventuali rimesse mensili o le spese di affitto la situazione economica risulta drammatica.

Nel grafico 1.17 è interessante notare come la linea blu (persone che guadagnano 40 euro a giornata) si impenni in coincidenza del lavoro sette giorni su sette. Si tratta di una piccola fetta di lavoratori stagionali esperti e specializzati che riescono sia a contrattare al rialzo il salario giornaliero sia ad assicurarsi una fidelizzazione con il reclutatore tale da garantire loro una certa continuità lavorativa.

La percentuale maggiore di casi si ha tuttavia tra coloro che guadagnano una cifra compresa tra i 25 ed i 40 euro al giorno lavorando per due, tre giorni a settimana.

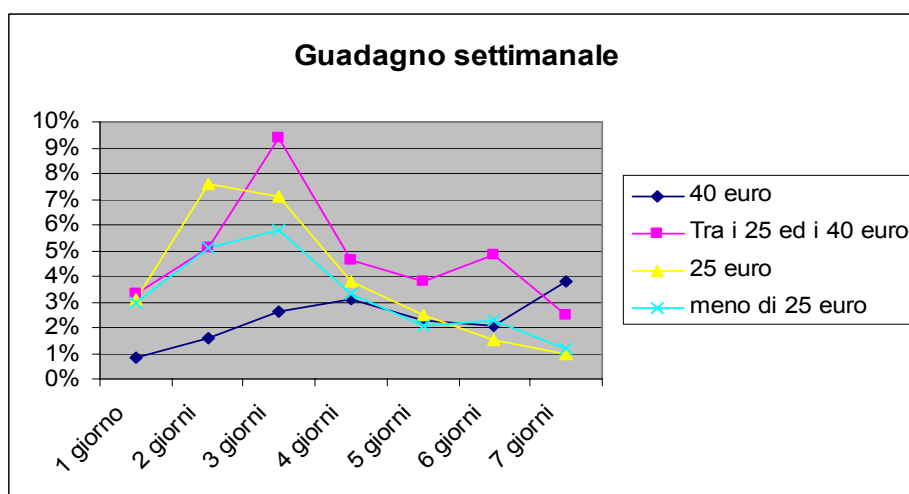


Grafico 1.17 Guadagno giornaliero percepito incrociato con il numero di giorni in cui l'intervistato riesce mediamente a lavorare nell'arco di una settimana

Uno degli obiettivi del progetto è stato quello di cercare di delineare il cosiddetto "circuito stagionali" nelle Regioni del Sud Italia, ovvero il percorso che gran parte di questi lavoratori stranieri segue nel corso dei mesi per poter essere impiegato in agricoltura.

Dalle testimonianze raccolte, la Campania risulta il luogo in cui una parte considerevole di stranieri tende a risiedere per buona parte dell'anno per poi spostarsi verso le altre Regioni per la raccolta. In Campania gli stranieri hanno la possibilità di affittare uno spazio dove lasciare le proprie cose in caso di spostamento temporaneo. Come mostra il grafico 1.1.8, le Regioni in cui gli intervistati hanno lavorato negli ultimi 12 mesi sono soprattutto Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. Molti stranieri hanno dichiarato di vivere e lavorare in Campania durante i mesi invernali, quando la coltivazione di prodotti ortofrutticoli prosegue quasi ininterrottamente grazie alla presenza di serre. All'inizio dell'estate si verifica un massiccio spostamento di popolazione verso la provincia di Foggia dove la raccolta del pomodoro richiama ogni anno centinaia, migliaia di lavoratori. Al termine della raccolta molti stranieri si fermano in Puglia per raggiungere un altro importante centro agricolo: Andria e i suoi uliveti. Infine la stagione si chiude nella Piana di Gioia Tauro, in Calabria, dove la raccolta delle arance offre possibilità di lavoro nei mesi che vanno da novembre fino all'inizio della primavera (febbraio-marzo). Terminata la stagione i lavoratori stranieri tendono a rientrare nelle loro case per prepararsi a una nuova annata. Ovviamente non tutti seguono questo percorso: in Sicilia il movimento sembra soprattutto interno alla Regione, in altre aree molti lavoratori vengono dalle Regioni settentrionali o da altri paesi europei. Tuttavia una grossa fetta di lavoratori stranieri si muove sicuramente seguendo il cosiddetto *circuito stagionali*.

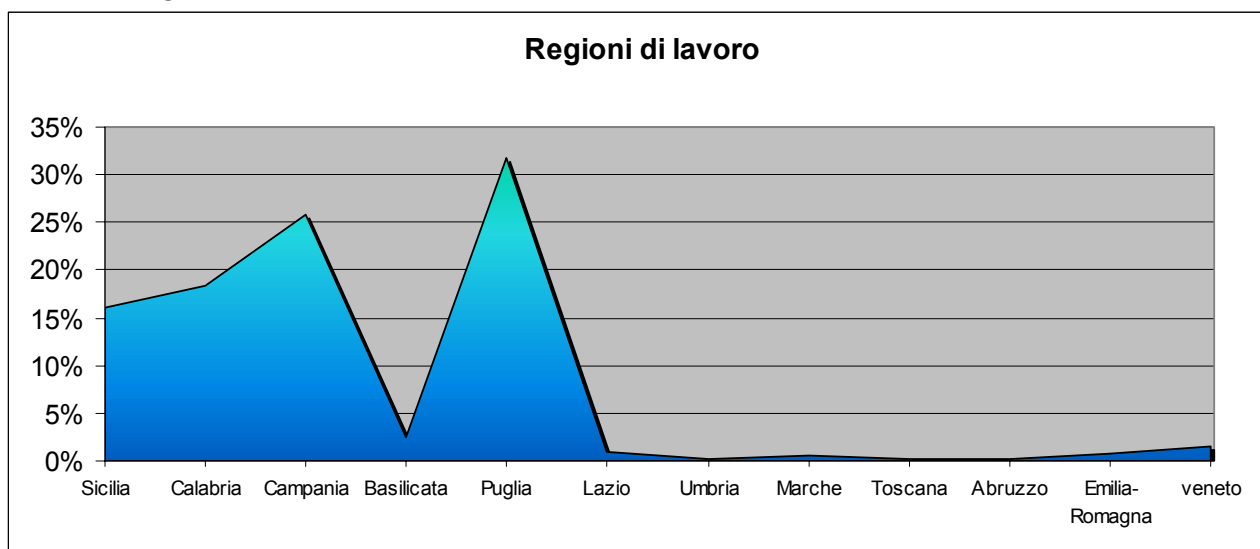


Grafico 1.18 Regioni italiane in cui l'intervistato ha lavorato in agricoltura negli ultimi 12 mesi

Il 58% degli intervistati ha dichiarato di aver lavorato alla coltivazione di frutta negli ultimi 12 mesi. Di questo l'87% lo ha fatto esclusivamente in campo aperto, il 7% ha lavorato solo in serra mentre il restante 5,7% è stato impiegato sia in serra che in campo aperto. Dalle interviste l'arancia (soprattutto in Calabria, nella Piana di Gioia Tauro) risulta la coltivazione principale in cui gli stranieri sono stati impiegati, seguita dalla pesca (principalmente in Campania), l'uva (ad Alcamo, in provincia di Trapani), il melone (in Basilicata), la mela (di nuovo Campania), e infine albicocca, fragola, kiwi, pera e limone.

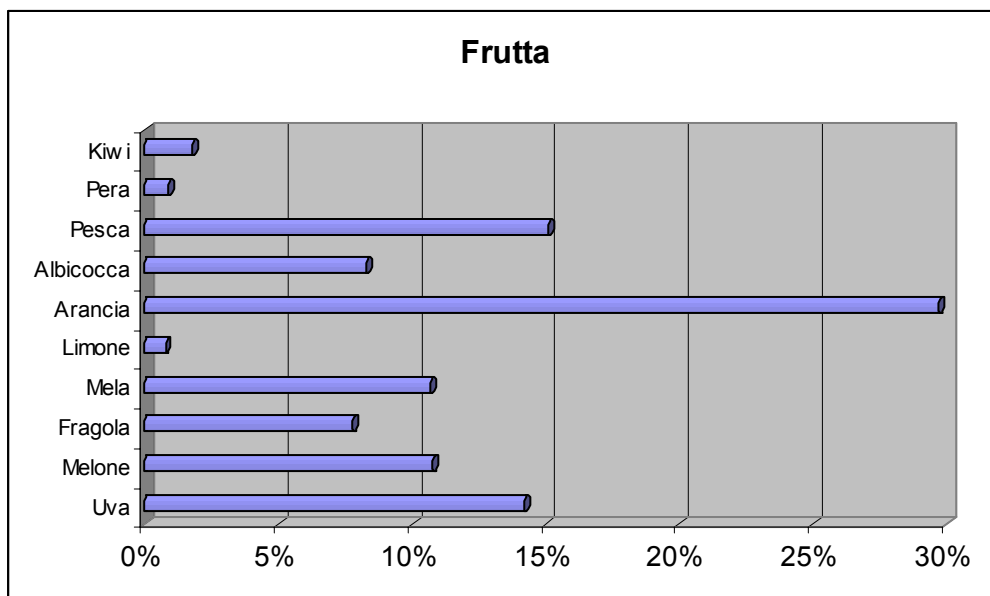


Grafico 1.19 Principali colture fruttifere in cui l'intervistato è stato impiegato per la raccolta negli ultimi 12 mesi

Il 72,7% degli intervistati ha dichiarato di aver lavorato alla raccolta di verdura negli ultimi 12 mesi. L'83% di questi lo ha fatto esclusivamente in campo aperto, il 9,6% ha lavorato solo in serra mentre il 7% ha lavorato sia in campo aperto che in serra.

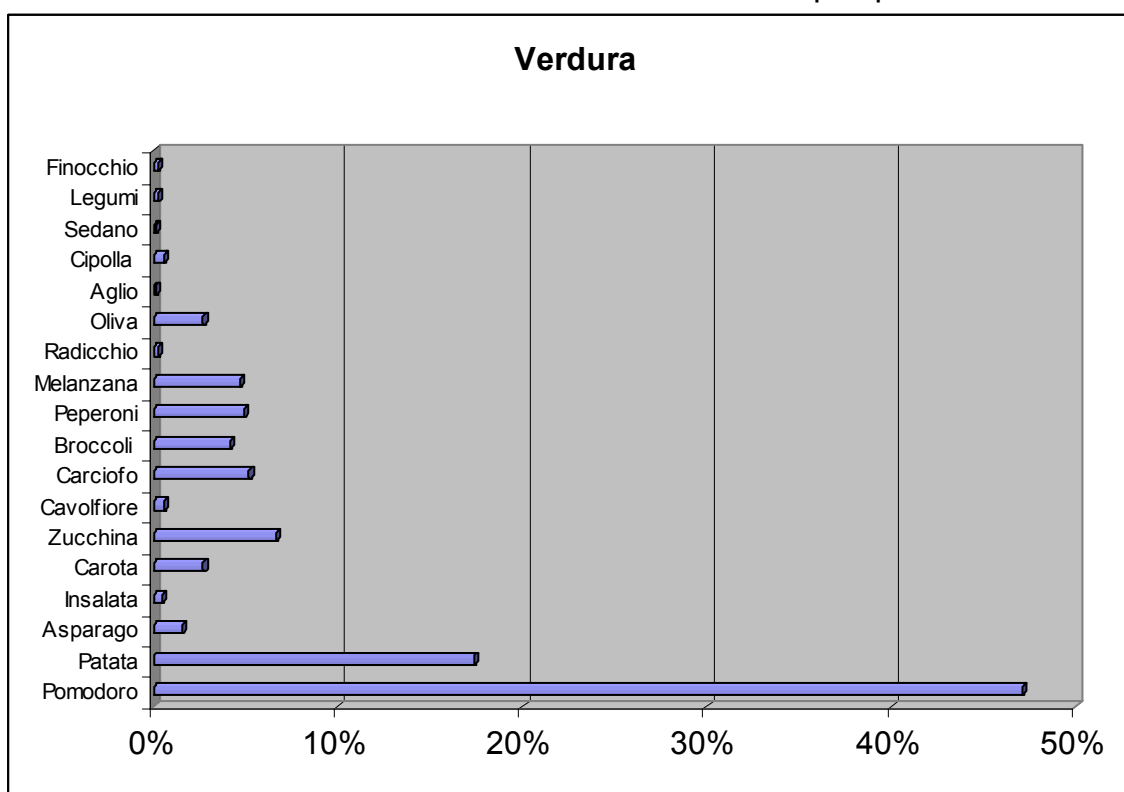


Grafico 1.20 Principali coltivazioni di ortaggi in cui l'intervistato è stato impiegato per la raccolta negli ultimi 12 mesi

Come mostra il grafico gli stranieri hanno lavorato soprattutto alla raccolta del pomodoro (nel foggiano, ma anche in Campania) seguita dalla patata (soprattutto in Sicilia, nel siracusano), la zuccina, il carciofo, il broccolo, i peperoni, la melanzana, la carota, l'asparago e il cavolfiore.

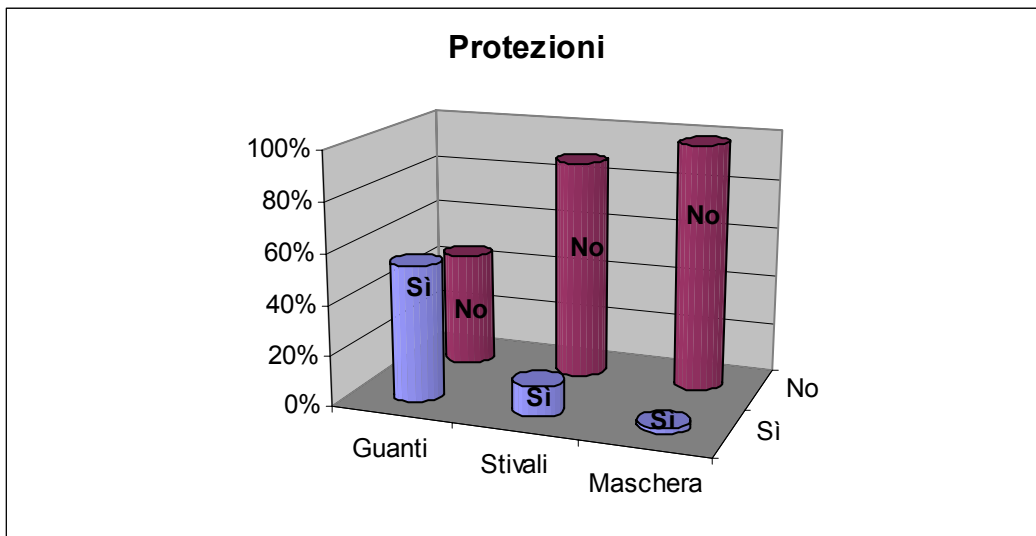


Grafico 1.21 Utilizzo di protezioni durante il lavoro in agricoltura da parte del lavoratore

Il 56% degli intervistati ha affermato di utilizzare protezioni durante il lavoro in campagna, di questi il 91,8% provvede personalmente all'acquisto del materiale, mentre il 6,3% lo riceve direttamente dal proprio datore di lavoro, il restante 1,6% dei casi si procura le protezioni sia da solo che tramite il datore di lavoro. Il 54,3% degli intervistati indossa abitualmente guanti, il 12% stivali e appena l'1,8% degli intervistati ha dichiarato di utilizzare una maschera durante il lavoro (solo in serra).

Violenza e altre difficoltà

L'ultima sezione dell'indagine è dedicata a un'analisi delle problematiche che gli stranieri affrontano nel nostro Paese. Questo settore dell'intervista è stato diviso in due parti: la prima dedicata a episodi di violenza e maltrattamento che l'intervistato dichiara di aver subito nei sei mesi precedenti al momento dell'intervista. In caso di risposta affermativa è seguita una descrizione qualitativa dell'evento, alcune di queste descrizioni sono state inserite nelle schede-regione.

La seconda e ultima parte, è stata invece dedicata alla percezione che l'intervistato ha di ciò che è la difficoltà maggiore da affrontare in Italia. Per la natura stessa delle rilevazioni - struttura mobile e da campo che non garantiva una completa privacy, né tranquillità - non è stato possibile approfondire oltre l'indagine in questo senso.

Il 30% degli intervistati ha subito un episodio di maltrattamento negli ultimi sei mesi. Nel 48,8% dei casi il maltrattamento è stato di natura intimidatoria, nel 46,5% si è trattato di percosse, nel 2,9% dei casi l'intervistato ha subito un furto, infine per l'1,9% il maltrattamento era di natura sessuale, dalle semplici molestie allo stupro.

Per quanto riguarda l'aggressore: nell'82,5% dei casi si è trattato di italiani, nel 5,3% di persone appartenenti alla stessa nazionalità dell'intervistato, nel 5,3% ad una comunità straniera diversa, infine nel 5,8% gli intervistati hanno individuato in un rappresentante delle forze dell'ordine italiane l'aggressore.

Per il 26,4% degli intervistati la difficoltà maggiore in Italia è rappresentata dalla mancanza di un lavoro regolare e continuativo, seguito dall'assenza di documenti, ovvero del permesso di soggiorno (24,1%). E' interessante notare come il problema dell'alloggio sia centrale nella percezione degli stranieri visitati (13,5%). Per il 7,8% degli intervistati la difficoltà maggiore è legata al permesso di soggiorno: in genere si tratta di stranieri in possesso di permesso per richiesta d'asilo che lamentano l'impossibilità di lavorare da un lato e la totale assenza di un sistema d'accoglienza

dall'altro. Colui che presenta domanda d'asilo al nostro Paese ha infatti diritto ad un permesso di soggiorno fino al momento dell'intervista presso la Commissione Centrale che decide se riconoscere o no lo status di rifugiato. In questo periodo di attesa (in media 14 mesi) il richiedente asilo non può lavorare per legge. Tuttavia meno del 7% dei richiedenti asilo accede a un programma di accoglienza³, per il restante 93% lo stato italiano eroga un contributo di 17 euro per 45 giorni al quale non fa seguito alcun tipo di assistenza.

Tra le altre difficoltà emerse spiccano la mancanza di denaro e i problemi di salute. E' interessante notare che per il 3,3% degli intervistati la risposta alla domanda "Che cos'è per Lei la difficoltà maggiore in Italia?" sia stata "Nessun problema, qui le condizioni sono identiche al mio Paese". Poiché queste persone provengono da paesi democraticamente fragili, economicamente instabili e in via di sviluppo è rilevante il fatto che non percepiscano alcuna differenza tra l'Italia e il loro paese d'origine.

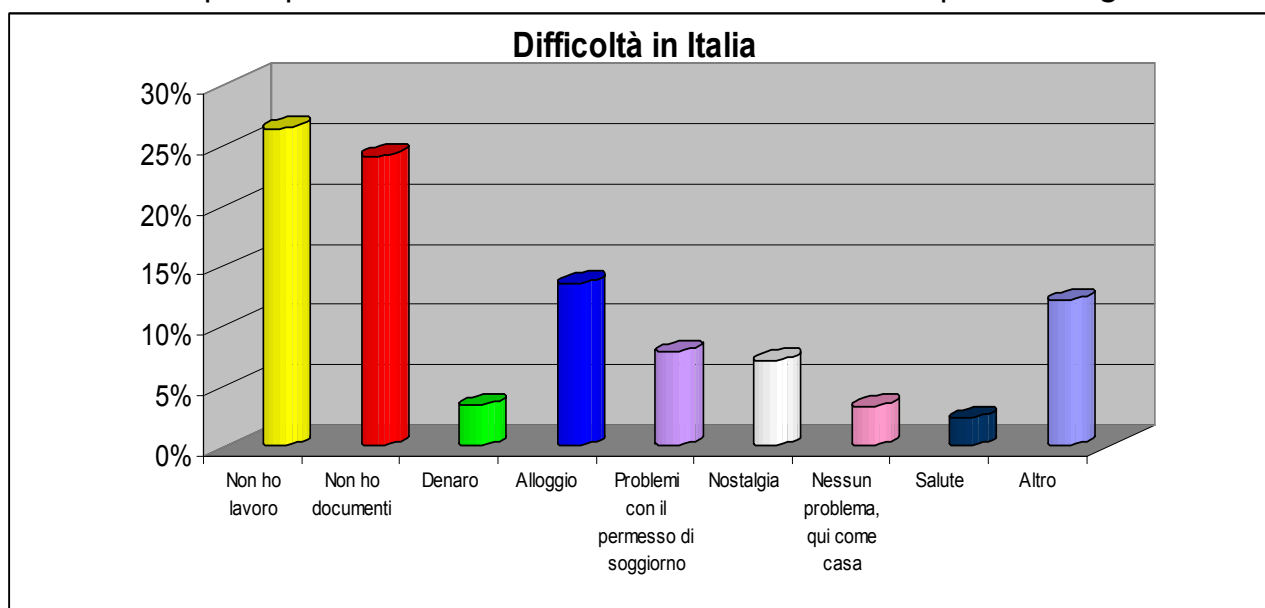


Grafico 1.22 Difficoltà maggiore per l'intervistato in Italia

Infine nella categoria *altro* sono state registrate una vasta gamma di risposte quali: lo stress, il razzismo da parte degli italiani, la mancanza di integrazione, l'impossibilità di andare a scuola, la mancanza di informazioni per gli stranieri, le condizioni di vita generalmente precarie, la mancanza di cibo e la sensazione di ansia rispetto al futuro.

³ Il Sistema di Protezione per richiedenti asilo e rifugiati, rete di centri di seconda accoglienza finanziata dal governo utilizzando anche la quota del FER (Fondo Europeo Rifugiati), risponde solo al 6,67% del reale bisogno di accoglienza (fonte: ICS_ Rifugiati in Italia: la protezione negata. Primo rapporto sul diritto di asilo in Italia).

Storia di N. M.

N.M. è un richiedente asilo eritreo di circa 40 anni giunto a Lampedusa alla fine del 2003. In questa breve intervista N.M. racconta come la sua vita, dal momento del suo arrivo in Italia, sia stata caratterizzata da un generale disorientamento e mancanza di sostegno. Questo ha influito sulla possibilità per N.M. di strutturare un ciclo sociale completo che comprendesse non solo il network amicale ma anche una situazione abitativa stabile, un'occupazione giornaliera e relazioni sociali esterne al suo spazio di socializzazione composto quasi esclusivamente da connazionali di sesso maschile. Questa è la sua esperienza che ci è stata raccontata in uno degli stabili dell'ex-scalo merci della stazione Tiburtina a Roma il 18 ottobre 2004.

Dopo aver lasciato l'Eritrea ho aver attraversato il deserto e il Mediterraneo sono arrivato a Lampedusa nel novembre del 2003. Nell'isola ho passato solo qualche giorno e da lì sono stato trasferito nel centro di accoglienza di Borgo Mezzanone (FG). Nel centro sono rimasto circa quattro mesi ma non ricordo con precisione, so solo che sono rimasto al campo fino al momento in cui ho ricevuto il permesso di soggiorno per richiesta d'asilo e avuto la prima parte del contributo statale che spetta ai richiedenti asilo. Le autorità presenti al campo ci avevano detto che una volta incassato il contributo avremmo dovuto lasciare la struttura e così ho dovuto fare. A parte questo nessuno ci ha mai informato su nient'altro.

Tra febbraio e marzo ho lasciato il centro ma non sapevo dove andare perché gli unici soldi che avevo in tasca erano i 250 euro del contributo statale. Per circa un mese quindi ho vissuto in un magazzino abbandonato della stazione ferroviaria di Foggia. Non ero solo, con me c'erano altre persone, altri richiedenti asilo usciti anche loro dal campo di Borgo Mezzanone. Ho vissuto in quel magazzino per un mese, andavo a cercare lavoro tutte le mattine ma non lo trovavo mai, in un mese ho lavorato solo due giorni in un campo di vigne per 20 euro al giorno.

Nell'aprile del 2004 ho lasciato Foggia per andare a Roma dove avevo alcuni amici che vivevano in uno dei due palazzi abbandonati dell'ex scalo merci della stazione Tiburtina. Ero andato a Roma per trovare lavoro e ho vissuto nelle palazzine abbandonate per circa 40 giorni. Non ho mai trovato lavoro in quel periodo e allora mi sono trasferito a Palermo, al centro di accoglienza Biagio Conte, dove vivevano alcuni amici che erano arrivati in Italia prima di me. Ho vissuto al centro di Biagio Conte per circa due mesi e ho lavorato come guardia notturna al mercato ortofrutticolo. Lavoravo 5 notti a settimana per 20 euro a notte. Quando il mercato ha chiuso ad agosto per le vacanze estive anche io mi sono trovato senza lavoro e allora sono tornato a Roma: intanto i capannoni di Tiburtina erano stati sgomberati, io non ero riuscito ad entrare nelle liste per l'assegnazione di un posto presso un centro di accoglienza del Comune perché sono arrivato quando lo sgombero era già finito.

Non avevo quindi più un posto dove stare e comunque ero diretto a Stornara in provincia di Foggia per la raccolta del pomodoro. Una volta arrivato in Puglia alcuni di noi hanno fatto un accordo con il *patron*⁴ secondo cui ogni *cascione* sarebbe stato pagato 4 euro. Al momento del pagamento però la quota è stata ridotta a 3.5 euro in quanto il *patron* detraeva i soldi del trasporto e del panino che ci veniva dato sul lavoro. Praticamente lavoravamo gratis anche perché non c'erano abbastanza *cascioni* per tutti e quindi

⁴ I termini dialettali *patron* e *cascione* sono utilizzati dagli stranieri per identificare il caporale e la cassa di pomodoro da 350 chili.

potevi riempire al massimo due o tre *cascioni* al giorno. Ho lavorato per loro una settimana e poi me ne sono andato perché lavoravo tutto il giorno e alla fine non guadagnavo nulla. Riuscivo a riempire solo due *cascioni* al giorno e non aveva alcun senso svegliarsi la mattina all'alba e rimanere tutto il giorno sotto il sole per guadagnare così pochi soldi. La raccolta dei pomodori per me era molto faticosa a causa di un dolore cronico alla schiena causato da sforzi fatti durante il servizio militare in Eritrea, dovevamo costruire delle trincee e trasportavamo a braccia enormi tronchi d'albero, da allora ho un persistente dolore alla schiena.

Sono ritornato a Roma dove sono rimasto in attesa della stagione della vendemmia. Sono ritornato a Foggia a vivere nel magazzino abbandonato ma era molto difficile trovare un lavoro perché il *patron* con cui ero in contatto aveva già a disposizione altri lavoratori albanesi e tunisini. Sono rimasto a Foggia quasi due mesi perché ho trovato lavoro a Palazzo San Gervasio (FG) e questa volta ci siamo accordati per 4 euro a *cascione*. Dopo la raccolta dei pomodori e la vendemmia sono tornato a Roma per l'audizione con la Commissione Centrale per il Riconoscimento dello Status di Rifugiato. Nel frattempo ho provato a ricontattare il padrone del mercato ortofrutticolo di Palermo per vedere se era possibile ritornare a fare quel lavoro ma non riesco più a trovarlo. Al momento sto aspettando di avere dei contatti per la raccolta delle olive ad Andria.

Ho passato la mia vita tra l'esercito e l'attività di muratore e sono venuto in Italia in cerca di protezione, attendo la decisione sulla mia domanda di asilo però ho anche bisogno di un lavoro per vivere. Sapevo che la situazione e la vita in Europa non sarebbe stata facile ma non immaginavo di dover affrontare simili difficoltà. Se mi verrà concesso lo status di rifugiato cercherò un lavoro regolare per poter stabilizzare la mia vita, nel caso non dovessi riuscire aspetterò l'anno prossimo per ritornare nei campi a raccogliere pomodori.

1.3 Situazione sanitaria

Pazienti (popolazione)

Nel corso dei sei mesi di durata del progetto stagionali, il team di Medici Senza Frontiere (MSF) ha effettuato 770 visite mediche, di cui l' 83,1% in estate (da maggio a settembre) e il 16,9% in dicembre.

La popolazione di riferimento è composta da persone che, informate dell'arrivo di una clinica mobile nel luogo in cui vivevano, si sono rivolte a MSF per una consulenza medica.

Le condizioni climatiche durante le visite hanno assunto un particolare significato per ciò che riguarda la **frequenza delle patologie**, (es. in estate sono più frequenti patologie gastroenteriche, in inverno malattie respiratorie).

Complessivamente MSF ha visitato 704 uomini (91,4% del totale) e 66 donne (8,6 %). Le donne incontrate erano quasi tutte originarie di Paesi dell'Est Europa. (cfr. il paragrafo su "Salute e malattia della donna" - Calabria).

L'età media delle persone visitate è di 30 anni e mezzo, un'età nella quale le persone dovrebbero essere per definizione "sane". Basti pensare che secondo i dati Istat del 2000, il tasso di persone in buona salute di età compresa fra i 14 e i 64 anni⁵ era in Italia del 70,7% e nel Sud Italia del 72,4 per cento. Tra tutti gli stranieri visitati da MSF, invece, soltanto il 5,6% è risultato sano, cioè con diagnosi di "buon stato di salute".⁶

Quanti pazienti con una sola patologia, quanti con due, quanti con tre?

Per ogni paziente MSF ha registrato i motivi per cui è stata richiesta la consultazione del medico che, dopo l'esame obiettivo e l'anamnesi specifica e generale, si sono tradotti in un massimo di tre sospetti diagnostici indipendenti tra loro⁷. Ogni sospetto diagnostico è stato anche registrato genericamente in funzione dell'apparato corrispondente⁸ (esempio: Sintomo 1: tosse > Sospetto diagnostico 1: bronchite > Apparato 1: respiratorio).

Si parla di **sospetti diagnostici** perché i medici di MSF, nel corso del progetto, hanno visitato i pazienti in cliniche mobili senza la possibilità di realizzare molte analisi complementari⁹, in condizioni molto simili a quelle delle guardie mediche. Per questo, per esigenze di rigore scientifico, non si parla di "diagnosi certe", tranne nei casi in cui i sospetti diagnostici di MSF sono stati confermati da analisi complementari.

MSF ha cercato di risolvere questo problema in due modi:

- 1) Con un team medico esperto nell'effettuare diagnosi su base puramente clinica con la realizzazione **sempre** dell'esame fisico obiettivo accurato.

⁵ Si noti che l'intervallo di età considerato dall' Istat comprende persone ben più anziane e più giovani del campione visitato da MSF. Descrizione indicatore: Persone classificate per età diverse che hanno dichiarato un buon stato di salute su 100 persone con le stesse caratteristiche. Classificazione: età (14-64, 65-74, 75+) e genere (maschi, femmine)

⁶ E' bene ricordare che MSF non ha fatto una "ricerca attiva del caso" (ACF = active finding case) ma ha visitato tanti contesti diversi, in base al numero di persone concentrate in un'area, senza un triage sanitario precedente.

⁷ Da segnalare che nella maggior parte dei casi i motivi per cui i pazienti hanno chiesto di consultare il medico corrispondono in ordine di presentazione a l'importanza o gravità dei sospetti diagnostici poi effettivamente riscontrati: nell'esperienza di MSF gli stranieri hanno mostrato un' **adeguatezza nella domanda di assistenza medica** particolarmente elevata.

⁸ Da segnalare che la numerazione degli apparati corrisponde alla gravità o importanza della diagnosi (p.es. Sospetto diagnostico 1: Bronchite, più importante del Sospetto Diagnostico 2: Verruca plantare).

⁹ Vedere capitolo "metodologia".

- 2) Dove era possibile, con l'accompagnamento del paziente presso la struttura del SSN corrispondente. Il paziente veniva poi seguito da operatori MSF presenti stabilmente nelle diverse zone per rilevare eventuali difficoltà di accesso al servizio sanitario pubblico, problemi di diversa natura, offrendo eventualmente una mediazione linguistico- culturale ove possibile. I medici di MSF hanno provveduto a raccogliere le conferme diagnostiche.

Ogni sospetto diagnostico viene specificato come cronico o acuto¹⁰ e al momento dell'inserimento dei dati, se è di eziologia infettiva o meno.

Su 770 persone visitate, 723 (pari al 93,9%) sono malate e solo 41 in buon stato di salute. Questa cifra sarà il denominatore della morbilità generale.

Come spiegato sopra, c'è chi ha una sola malattia, chi ne ha due o chi ne ha tre (ci sono dunque più sospetti diagnostici che persone).

MSF ha registrato un unico sospetto diagnostico a 390 persone (il 53,9% del totale), almeno 333 persone con due patologie diverse (46,0%)¹¹ e 68 persone con tre diagnosi indipendenti (9,4%). Il totale delle diagnosi di patologia sono 723 + 333 + 68 = 1.124 sospetti diagnostici.

Questo dato sarà il denominatore per le frequenze delle patologie.

Malattie infettive o non infettive?

L'eziologia infettiva o meno di una patologia è una caratteristica semplice in base alla quale si possono classificare le malattie. All'origine delle patologie infettive c'è:

-un agente eziologico¹² responsabile (un organismo - virus, batterio, etc.- che provoca malattia nell'uomo);

-un meccanismo/via di contagio;

-situazioni che favoriscono la presenza nell'ambiente di questi organismi, la loro trasmissione all'uomo e la comparsa della malattia. Tanto più l'ambiente circostante sarà pulito pulito, quanto meno la carica batterica presente potrà provocare patologie trasmissibili e viceversa. Ad esempio in mancanza di latrine e senza un adeguato controllo sui vettori (mosche), la possibilità che una gastroenterite si trasmetta da una persona all'altra è molto elevata.

In un Paese come il nostro ci si aspetterebbe che i fattori che facilitano lo sviluppo di malattie infettive (precarie condizioni igieniche e abitative, etc.) siano ridotti al minimo. Ciò che appare ancora più inaccettabile è che una volta che la malattia è conclamata non ci sia in pratica, possibilità di terapia adeguata per una consistente fetta di stranieri impiegati in agricoltura.

Tra tutti i sospetti diagnostici relativi agli apparati dermatologico, respiratorio, genito-urinario, metabolico, gastroenterico, orale, otorinolaringoiatrico, oftalmico o articolare (pari a un totale di 621 sospetti diagnostici), il 50,9 % delle diagnosi individuate è riconducibile a un agente eziologico "infettivo" mentre il 49,1% si può considerare "non infettivo".

¹⁰ Cronico: "sintomatologia o segni di inizio o insorgenza superiore a un mese". Acuto: "sintomatologia o segni di inizio o insorgenza inferiore o uguale a una settimana".

¹¹ Un indice simile è quello di comorbilità (vale a dire la presenza di due o più patologie croniche) rilevato dall'Istat nel 2000. Dall'analisi dell'indicatore complessivamente risulta che il fenomeno di comorbilità interessa il 19,4 per cento della popolazione italiana.

¹² Si intende patologia infettiva in senso molto ampio: sono incluse patologie dovute a parassiti.

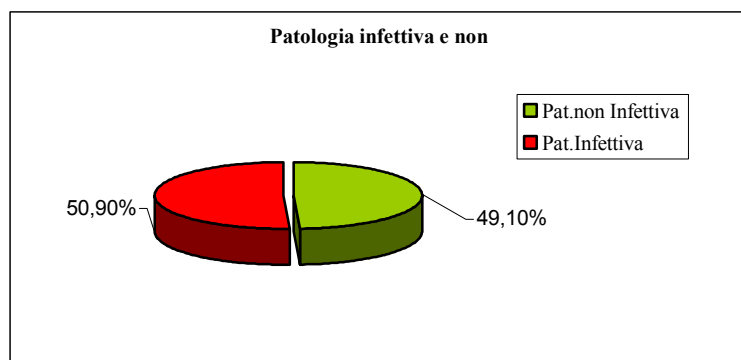


Grafico 1.23 Ripartizione dei sospetti diagnostici tra infettivi e non infettivi

Tale rapporto si mantiene costante indipendentemente dal tempo di permanenza in Italia e dal tempo di permanenza nella Regione, a dimostrazione che le condizioni generali di vita¹³ dei lavoratori stranieri in Italia:

- sono più o meno omogenee in tutto il territorio (con una variazione massima del 10%), perché laddove un aspetto migliora, altri peggiorano;
- si mantengono precarie indipendentemente dal tempo di permanenza in Italia.

Il tempo trascorso dall'arrivo in Italia (pari a un mese, meno di sei mesi o più di due anni) non influenza la proporzione tra le percentuali "patologia infettiva"/ "patologia non infettiva" ma modifica il tipo di malattia: tra gli stranieri che vivono in Italia da più tempo (tra 18 e 24 mesi) si riscontrano con maggiore frequenza patologie più gravi. (cfr.paragrafo su "Patologia severa o cronica").

¹³ Le condizioni di vita – soprattutto accesso all'acqua potabile e latrine-sono il fattore che influisce di più sulla caratteristica infettiva/ non infettiva della malattia.

Diagnosi di malattia infettiva / non infettiva in relazione al tempo di permanenza in Italia

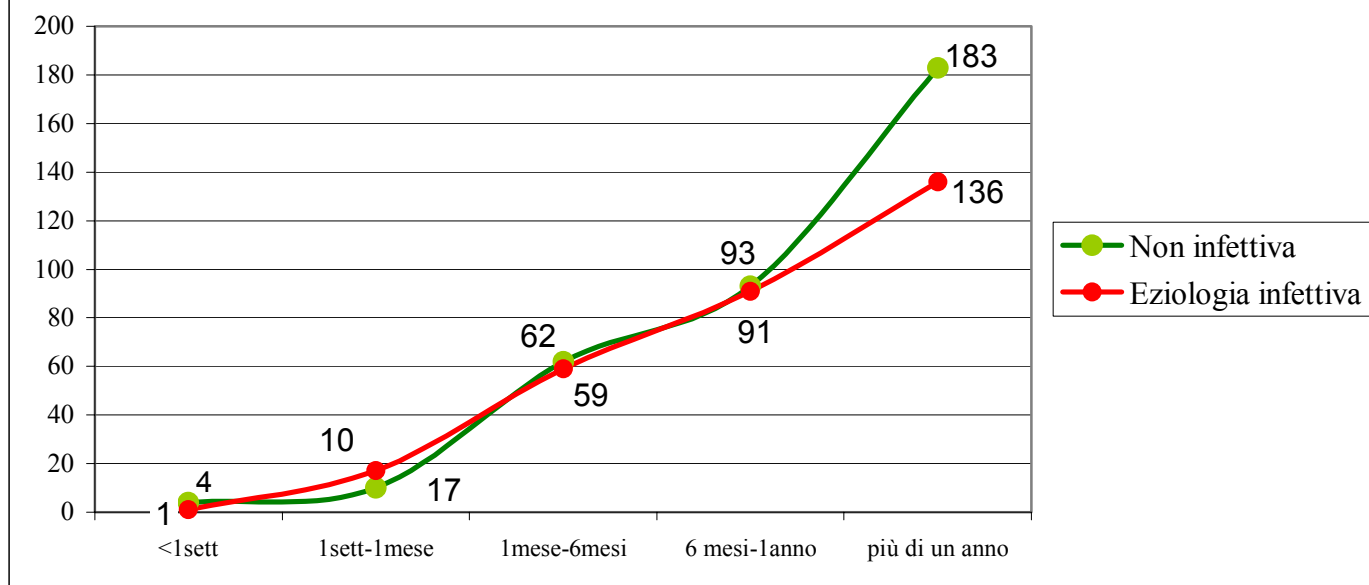


Grafico 1.24 Diagnosi di malattia infettiva/non infettiva in relazione al tempo di permanenza in Italia

Malattie acute o croniche?

In medicina, quando si parla di un sintomo o di un segno è necessario sapere da quanto tempo questo segno o sintomo è presente. Così la caratteristica più elementare per qualificare le malattie è: cronico o acuto¹⁴. La divisione in patologia cronica o acuta è puramente temporale: si considera acuta la patologia che ha avuto inizio da una settimana o meno; la patologia cronica è invece quella che va avanti da un mese o più.

Le malattie che si sono manifestate da più di una settimana ma meno di un mese, vanno analizzate una a una (es. patologie dermatologiche a esordio lento come le micosi possono essere considerate patologie acute anche se l'inizio risale a circa un mese; le fratture o amputazioni, in sé acute, mantengono conseguenze per molto tempo e possono essere considerate croniche).

In tutte le visite svolte da MSF, su 1117 sospetti diagnostici rilevati, 295 sono considerati "acuti" (26,4%), mentre i restanti 822 (73,6%) sono sospetti diagnostici di malattie croniche¹⁵.

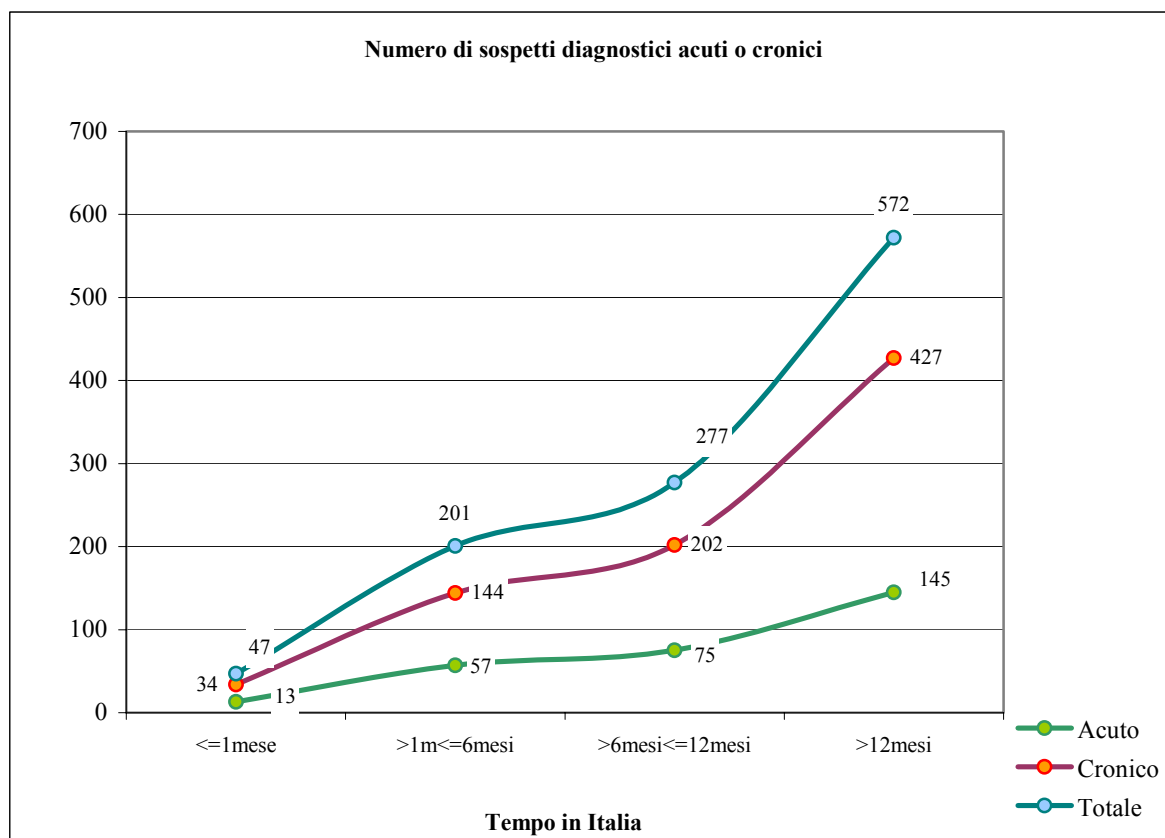


Grafico 1.25 Numero di sospetti diagnostici acuti, cronici e totali in relazione al tempo di permanenza in Italia

La distribuzione delle malattie tra acute e croniche si mantiene invariata indipendentemente dal tempo trascorso dallo straniero in Italia, nella specifica Regione e dalla quantità di persone: un terzo della popolazione di stranieri visti da MSF presenta patologia acuta e due terzi patologia di tipo cronico.

¹⁴ Anche se esistono altre categorie come per esempio "subacuta", si è scelto volontariamente di lavorare soltanto con i due grandi gruppi, acuto e cronico.

¹⁵ Secondo dati dell'Istat del 2000, la quota di popolazione italiana che dichiara di essere affetta da almeno una malattia cronica è pari al 35,9%, si registra che il 38,8% sono donne e il 32,9% sono uomini.

Come si vedrà nel paragrafo “Patologie severe o croniche”, ciò che cambia in funzione del tempo di permanenza dello straniero in Italia è la **gravità della malattia**: se appena arrivato in Italia una tosse, nella maggior parte dei casi, corrisponde a una semplice malattia da raffreddamento, dopo poco tempo di permanenza in Italia lo stesso sintomo “tosse” indica spesso una bronchite acuta e in alcuni casi addirittura una tubercolosi.

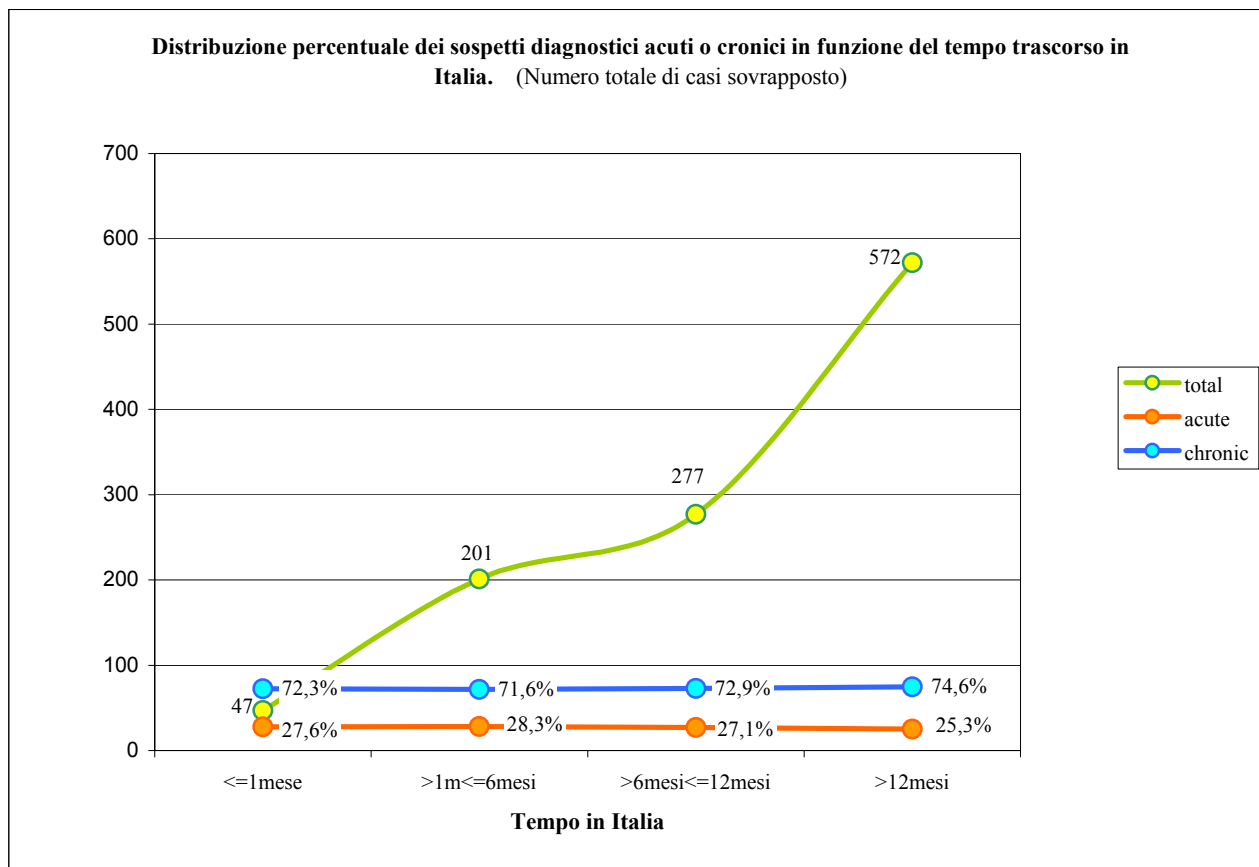


Grafico 1.26 Patologia cronica/acuta in funzione del tempo in Italia.

Fino a questo punto abbiamo analizzato due aspetti delle malattie separatamente: Acuto o Cronico e Infettivo o non Infettivo^{16 17}.

In realtà, le patologie presentano queste caratteristiche allo stesso tempo:

¹⁶ Tutti gli apparati possono presentare sia patologie infettive che non infettive. Sono descritte all'interno del rapporto patologie infettive a carico degli apparati gastroenterico, genito - urinario, dermatologico, articolare, oftalmico, otorinolaringoiatrico e respiratorio. Le affezioni degli apparati gastroenterico, dermatologico e respiratorio compongono il gruppo delle patologie associate a povertà.

¹⁷ E' molto importante ricordare che in queste percentuali NON rientrano i sospetti diagnostici di tipo muscolo-scheletrico (abituamente i primi per frequenza / prevalenza fra i lavoratori stagionali).

Acuto¹⁸ { **Infettivo:** Patologia di solito direttamente relazionata con fattori ambientali e condizioni igienico sanitarie. 152 sospetti diagnostici (pari al 68,5 %).

{ **Non Infettivo:** Patologia acuta dovuta ad alterazioni del normale funzionamento dei diversi organi, non causata da un agente patogeno. 70 sospetti diagnostici (pari al 31,5 %).

- Nel 25% dei casi le patologie acute non dovute a infezioni sono **traumi** di diversa entità: da lesioni di grandi articolazioni come il ginocchio, a lesioni oculari o dermatologiche come ferite, amputazioni, etc.
- Almeno nel 23,5% si tratta di patologie di tipo dermatologico.
- Il 22% consiste in patologie articolari, di cui la metà sono dovute direttamente a grandi traumi, l'altra metà sono patologie dovute a micro-traumatismi ripetitivi.
- Nel 13,2% dei casi si tratta di dolori addominali, di cui quasi il 90% sono dolori epigastrici che potrebbero evocare la presenza di ulcera gastrica/duodenale (c'è stato un caso di ulcera sanguinante¹⁹ con pericolo di vita per il paziente).
- Nell'8,8% dei casi erano punture di insetto/ zanzare.
- Nel 7,3% si trattava di lesioni oculari di entità moderata (2 cheratiti, 3 traumi).
- Nel 5,9% dei casi si trattava di donne con patologia gineco-ostetrica (sospetto aborto incompleto, sospetta gravidanza extra uterina, amenorrea).

¹⁸ Il 75,3% di tutte le patologie acute nella popolazione visitata da MSF sono a carico di dell'apparato gastroenterico, genito-urinario, dermatologico, articolare, oftalmico, otorinolaringoiatrico e respiratorio. Questi apparati possono presentare sia patologie infettive che non infettive (cf. note 18 e 19).

¹⁹ Ulcera gastrica "attiva" dunque sanguinante: clinicamente si caratterizza per dolore addominale, ematemesi e/o melena (emissione di vomito o feci con sangue), diminuzione della pressione arteriosa con il rischio di arrivare allo shock e alla morte se non trattata tempestivamente.

Cronico²⁰

Non Infettivo: Esiti di traumi o lesioni che perdurano nel tempo. Alterazioni permanenti del normale funzionamento dei diversi organi. La patologia cronica non infettiva esige il più delle volte ambulatori specialistici e terapia mantenuta nel tempo con i rispettivi controlli. 268 dei sospetti diagnostici sono di origine non infettiva. (62,5 %).

Infettivo: La patologia infettivo-cronica è correlata a condizioni igienico-ambientali o di vita scadenti, perduranti nel tempo. Il fatto di aver riscontrato tra gli stranieri visitati frequenti casi di malattie croniche dovute a infezioni, evidenzia il mancato accesso alle cure o nel caso di avvenuto accesso un inadeguato orientamento terapeutico²¹.
161 (il 37,5 %) sospetti diagnostici cronici sono risultati di origine infettiva.

Patologia cronica ad eziologia infettiva

Le patologie croniche dovute a infezione sono di per sé inusuali per qualsiasi apparato: in un'epoca e luogo in cui ci sono decine di antibiotici a disposizione non può essere giustificabile riscontrare la presenza di malattie croniche a eziologia infettiva trascurate.

La patologia cronica infettiva, indica la presenza di malattie che sono a priori controllabili in un Paese del primo mondo che dispone di antibiotici, un SSN e medici. L'origine di queste malattie è strettamente collegata all'igiene ambientale e personale. La presenza in Italia di lavoratori stranieri affetti da patologie croniche infettive induce a una serie di considerazioni:

1. I lavoratori stranieri non si rivolgono al SSN per:
 - mancanza di informazioni su dove si trovi la struttura sanitaria (quando esiste);
 - mancanza di informazioni sul diritto all'assistenza;
 - paura di entrare in contatto con una struttura pubblica ed essere denunciati (per esempio nel caso di stranieri senza documenti o di incidenti sul lavoro in mancanza di un contratto di lavoro);
 - difficoltà fisiche di accesso al SSN (es. lontananza, incompatibilità con gli orari di lavoro, mancanza di mezzi di trasporto, mancanza di mediatori culturali).
2. Gli stranieri che accedono a una struttura sanitaria non sono correttamente valutati per:
 - problemi di comunicazione;
 - mancata formazione dei medici di base su alcune patologie (malattie sessualmente trasmissibili, patologia dermatologica);

²⁰ Nella popolazione straniera visitata da MSF, il 52,2% delle patologie croniche sono risultate essere a carico dell'apparato gastroenterico, genito-urinario, dermatologico, articolare, oftalmico, otorinolaringoiatrico e respiratorio. Questi apparati possono presentare sia patologie infettive che non infettive (cf. Note 18 e 19).

²¹ La presenza di malattie croniche di origine infettiva è uno dei tanti indicatori della qualità e accessibilità dei servizi sanitari di un Paese.

- sovraffollamento di pazienti (che aumenta a causa dalla mancanza di ambulatori specifici per gli stranieri);
 - mancata informazione dei medici su obblighi e leggi in materia di assistenza agli stranieri;
 - mancanza di un secondo livello di controllo o diagnosi.
3. Gli stranieri che ricevono una corretta diagnosi presso una struttura sanitaria pubblica non effettuano poi la terapia correttamente per:
- problemi di comunicazione;
 - problemi economici;
 - mancata compliance per ragioni culturali del paziente;
 - necessità di lavorare;
 - incompatibilità della terapia con le condizioni di vita (dove e da chi farsi fare le punture? Come lavare a 100° le lenzuola e cambiare materasso in caso di scabbia?).

Su 161 sospetti diagnostici cronici e di eziologia infettiva, MSF ha riscontrato:

- nel 15,5% dei casi presenza di parassiti intestinali²² .
- nel 15,5% dei casi patologia orale: carie, piorrea, gengivite. ²³
- nel 23,6% dei casi patologie dermatologiche infettive (cellulite, impetigo, parassiti fra cui 12 casi di scabbia e una filariosi).²⁴

²² Amebiasi, oxiuriasi, teniasi, giardiasi, anchilostomiasi. Alcuni di questi parassiti producono per esempio un quadro di diarrea altamente invalidante e quindi scarsamente compatibile con attività lavorative. A volte, i pazienti lavorano comunque con le conseguenze igieniche che si possono immaginare. I parassiti producono caratteristicamente alterazioni dell'assorbimento intestinale e portano a malnutrizioni di diversa entità (in alcuni casi portano ad anemia, alterazione dell'assorbimento delle vitamine liposolubili) e alterazioni del sonno. Il sovraffollamento abitativo e le condizioni igieniche scadenti favoriscono la trasmissibilità della malattia e quindi potenzialmente inabilitano un'intera comunità. Nel caso dei bambini le verminosi producono alterazioni del sonno, anemie, ritardo della crescita e dell'apprendimento. Questo tipo di parassiti sono ampiamente distribuiti nell'ambiente -anche se sono facilmente controllabili- l'acqua non potabile unita a la mancata possibilità di una corretta igiene favorisce la loro comparsa e perpetua il ciclo infettivo. A livello individuale, una nutrizione inadeguata aumenta la sintomatologia e le conseguenze per la salute della persona.

²³ Carie, piorrea e gengivite, sono patologie che fanno parte delle "patologie dovute a povertà", anche se sono un indice meno "acuto" delle patologie respiratorie, gastroenteriche e dermatologiche. L'assistenza sanitaria Italiana come quella di altri Paesi è particolarmente carente su questo punto anche per gli italiani stessi.

Per gli stranieri aumenta la difficoltà di prevenzione: non soltanto perché manca l'educazione sull'igiene orale ma soprattutto perché la prevenzione avviene solamente quando i bisogni primari sono soddisfatti. L'alimentazione partecipa alla genesi, perpetuazione e aggravamento della patologia orale (es. carenze vitaminiche e proteiche alla base di perdita dentaria e gengivite). Un'alimentazione scorretta favorisce anche la carie.

Sul fronte delle cure gli stranieri sono costretti (se hanno i soldi) a rivolgersi a privati che spesso si limitano a estrazioni dentarie, soluzione che porta ad altre complicazioni: si altera la masticazione (con alterazione del ciclo dell'alimentazione). Le conseguenze finali sono perdita dei denti, complicazioni infettive, limitazioni al lavoro e alla realizzazione di una vita normale (episodi di dolore, abuso di sostanze per il controllo del dolore, diminuzione della autostima, limitazioni nel trovare lavoro dovute all'apparenza fisica).

²⁴ La patologia dermatologica infettiva e quella dovuta a parassiti è molto più invalidante di quanto si possa supporre. Quando è di origine infettiva in genere non è contagiosa, ma può essere molto grave. Questo è per esempio il caso della cellulite: un'infezione dei primi strati della pelle, comunemente dovuta a Streptococco Aureus. La terapia richiede una corretta diagnosi; una corretta terapia con antibiotici quasi mai topici nonché una corretta igiene. Può essere limitante per un lavoratore per il quadro infettivo che produce (febbre, dolore, gonfiore) e per la necessità di osservare un periodo di riposo. La patologia infettiva dermatologica denota condizioni di vita poco igieniche alla base. La patologia dermatologica dovuta a parassiti (in particolare la scabbia) è un problema di salute pubblica e per questo considerata "malattia di dichiarazione obbligatoria" e rivela non tanto mancanza di igiene personale – come spesso si crede -, ma sovraffollamento e condizioni abitative scadenti. Sfortunatamente molte volte MSF ha riscontrato visite mediche precedenti incomplete, mancata abitudine al riconoscimento e alla segnalazione di questa patologia da parte dei medici italiani. La scabbia, sebbene non sia mortale, può essere molto invalidante (il prurito è continuo e intenso per 24 ore al giorno soprattutto di notte, non lascia dormire, comparsa di lesioni da grattamento con potenziali sovra infezioni

-nel 14,3% dei casi patologie respiratorie: **23 persone, tra cui 12 casi di Tubercolosi** (9 con diagnosi di "sospetta tubercolosi" in attesa di analisi complementari e 3 casi di TBC confermata). Altri due casi presentano patologia severa polmonare (da confermare se sono rispettivamente complicazioni polmonari di un paziente HIV positivo e di un paziente affetto da carcinoma polmonare).

-nel 13,7% dei casi patologia genitale²⁵: 22 casi, tutti maschi, di cui 1 sospetta pielonefrite²⁶, 16 casi di malattie sessualmente trasmissibili (condilomatosi genitale, secrezioni non specifiche, sospetta sifilide e gonorrea). Nessuno di loro aveva ricevuto una terapia adeguata.

-nel 14,9% dei casi si è trattato di sospetti diagnostici ORL e oculari (sinusiti croniche, otite medie quasi tutte con perforazione timpanica - senza terapia hanno un pronostico sfavorevole: ipoacusia residuale- e congiuntivite).

-altri: fanno parte dei sospetti diagnostici severi (cfr. paragrafo "Patologia Severa e cronica").

L'insieme di questi 161 sospetti diagnostici riguardano 93 persone di cui il 9,7% non aveva mai consultato il medico prima di incontrare MSF: ovviamente queste persone presentavano un problema medico-infettivo ormai cronico. Il 90,3% aveva consultato un medico, **ma di questi, il 72,5% non aveva risolto il problema sanitario.** Venticinque persone avevano consultato un medico meno di un mese prima della visita di MSF, ma 21 continuavano a presentare la stessa patologia per cui avevano cercato assistenza. Trentadue persone avevano consultato un medico nell'intervallo fra 1 e 6 mesi prima della visita di MSF, di cui 25 continuavano a presentare lo stesso problema medico. Ventitrè persone avevano consultato il medico più di sei mesi prima dell'incontro con MSF, ma 12 di loro non consideravano risolto il problema.

batteriche,etc.). L'agente patogeno della scabbia é difficile da eliminare a causa delle condizioni di vita degli stranieri stagionali: la cura richiede interventi sanitari a livello comunitario.

²⁵ Senza includere sospetti HIV.

²⁶ Pielonefrite: infezione delle alte vie urinarie caratterizzata clinicamente per minzioni scarse ma molto frequenti o riduzione della quantità di urina , con o senza bruciore urinario, dolore alla percussione della zona renale (PPR +), febbre alta e brividi. Molte linee guida sanitarie consigliano il ricovero.

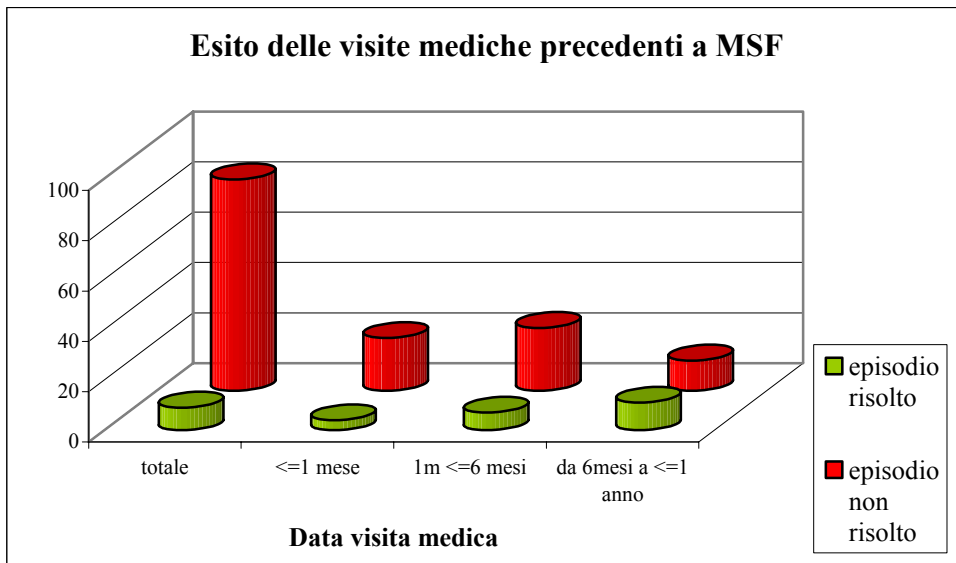


Grafico 1.27 Numero di malati con patologia cronica e infettiva che hanno consultato il medico in Italia, data ed esito della visita

Condizione acuta o cronica in relazione all'accesso all'assistenza sanitaria

Se si considera soltanto il primo sospetto diagnostico per ogni paziente visitato, risulta che tra le persone che presentano una patologia acuta, almeno il **75,8 % non gode di alcun tipo di assistenza sanitaria** (iscrizione a SSN o STP). Un fatto ancora più allarmante se si considera che le malattie acute più frequenti tra gli stagionali sono quelle di tipo infettivo.

Per il gruppo di persone con patologia cronica, il **79,5% come minimo, non usufruisce di alcun tipo di assistenza sanitaria.**

Momento dell'insorgenza della malattia

Molti lavoratori stranieri presentano patologie infettive e non, acute o croniche, occasionalmente anche molto gravi. A questo punto la domanda sembra spontanea: **arrivano malati o si ammalano in Italia?**

I dati per rispondere a questa domanda sono stati raccolti attraverso:

- a. **Un'anamnesi accurata** (intervista che si fa nel corso della visita medica e raccoglie dati come patologie pregresse, da quanto tempo si presentano segni o sintomi della patologia motivo della richiesta di consultazione medica, caratteristiche nel tempo di questi segni o sintomi)³⁰.
- b. **Un'intervista dettagliata su eventuali ricoveri o accesso a strutture sanitarie.** Come per le diagnosi attuali, il database permette di classificare per apparato la patologia pregressa riferita e quando possibile³¹ documentata (foglio di dimissione del Pronto Soccorso, scheda di dimissione ospedaliera, etc.) dal paziente. MSF ha confrontato questi dati uno a uno con i sospetti diagnostici attuali stabilendo se esisteva o meno una correlazione.
- c. **Accurato esame obiettivo (e.o.).** In tutti i casi in cui è stata riferita tosse anche se pregressa, oltre all'esame obiettivo, è stata eseguita l'**intervista standard dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per lo screening della tubercolosi nelle prigioni**³². Nel caso di sospetto diagnostico di scabbia (che non è grave ma è un esempio di problema di salute comunitaria) o patologia grave (per es. cancro) è stata effettuata un'anamnesi particolarmente dettagliata. Nel caso di sospetti diagnostici pregressi o anamnesi / segni / sintomi attuali orientativi di HIV³³ - in mancanza della possibilità di eseguire il test nella clinica mobile - è stata somministrata un'intervista standard appositamente predisposta da MSF. In tutti questi casi i pazienti sono stati orientati o accompagnati presso le strutture sanitarie pubbliche di riferimento.

MSF ha registrato il dato delle malattie insorte per 736 persone da quando erano arrivate in Italia.

Su 331 persone che hanno riferito di non essersi mai ammalati prima dell'episodio per cui hanno chiesto la visita di MSF, 317 risultano malate e solo 14 (pari al 2%) continuano a essere sane. Questo dopo una media di 19 mesi trascorsi in Italia.

I pochi lavoratori stranieri che sono riusciti a mantenere la propria condizione di salute sono distribuiti in modo omogeneo nelle Regioni visitate da MSF e non sembrano

³⁰ Si è evitata la domanda letterale: "Ma questi sintomi li avevi prima di arrivare in Italia o sono apparsi qui?" che avrebbe potuto falsare le risposte.

³¹ MSF ha constatato che molti Pronto Soccorso e occasionalmente ospedali - dopo i ricoveri - NON rilasciano documentazione ai pazienti stranieri.

³² Tosse > 2 settimane / Sputo e caratteristiche / Perdita importante di peso negli ultimi 3 mesi / Perdita recente dell'appetito / Sudorazione notturna / Dolore toracico. Dettagli riguardanti il percorso terapeutico: scelta dei farmaci, posologia, durata del trattamento.

³³ **Sintomi** suggestivi di infezione per HIV sono: perdita di peso importante, diarrea (2-3 scariche al giorno >1 mese), deglutizione dolorosa (suggerisce candidasi orofaringea), sensazione di bruciore ai piedi (suggerisce neuropatia sensitiva periferica). L'**anamnesi** suggestiva di HIV include: herpes zoster (vescicole), polmoniti ricorrenti, partner sessuale sieropositivo, decessi in famiglia prossimi sospetti. **Segni** fisici suggestivi di infezione per HIV: candidasi orale, leucoplachia villosa, cicatrici di herpes zoster, sarcoma di Kaposi, rash papulare, linfonodi simmetrici generalizzati o di due regioni (non inguinali), ulcera genitale dolorosa.

presentare alcun requisito caratteristico, se non condizioni di vita particolarmente buone (casa in affitto con servizi e buon livello di integrazione).

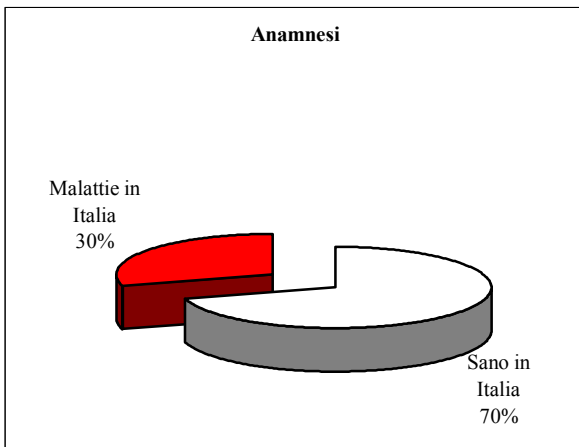


Grafico 1.28 Dati raccolti attraverso intervista medica su malattie sofferte in Italia.



Grafico 1.29 Dopo una media riferita di 19 mesi di permanenza in Italia, risultati sullo stato di salute al termine della visita con MSF

Mantenere lo stato di salute, non è facile nelle condizioni di vita dei lavoratori stagionali. Da rilevare che soltanto 41 persone (pari al 5%) sul totale delle 770 visitate da i medici di MSF lungo i sei mesi del progetto sono state considerate in "buon stato di salute". Di questo 5%, soltanto 14 persone (pari al 2% del totale) si sono mantenute sane dal momento dell'arrivo.

Sigarette, alcool e patologie

Il 66,8% delle persone visitate si è dichiarato "non fumatore", il 68,1% riferisce di "non bere alcool". I "non fumatori" sono per il 78,7% sub sahariani. Considerando lo scarsissimo guadagno giornaliero di queste persone è facile comprendere la difficoltà a acquistare le sigarette: il 52,2% degli intervistati guadagna 25 euro al giorno o meno e lavora per meno di tre giorni a settimana. Il 60% dei "fumatori" (soprattutto magrebini e persone dell' Est Europa) ha dichiarato invece di guadagnare più di 25 euro al giorno. Curiosamente i sub-sahariani "non fumatori" presentano patologie respiratorie in proporzione quasi di 5:1 rispetto ai sub-sahariani "fumatori" e la patologia dei "non fumatori" si è rivelata quasi sempre più severa di quella dei "fumatori". Questi dati potrebbero indicare che per gli stranieri visitati da MSF guadagnare meno di 25 euro al giorno (e la condizione di vita che ne deriva) è un "fattore di rischio" per malattie respiratorie più elevato rispetto al fumo.

Quanto a coloro che non fanno uso di alcool, il 70,9% sono sub sahariani (soprattutto musulmani³⁴). Solo 63 persone (pari al 29,1%) hanno riferito di consumare alcool: tutte (tranne una) indicano come ragione del consumo di alcool diversi tipi di disagio fisico (condizione di vita difficili, sovraffollamento, troppo rumore, freddo, dolori muscolari, presenza di insetti, poco cibo) e psichico (paura, vergogna, preoccupazione per la famiglia lontana, tristezza, solitudine, troppi pensieri). Un dato interessante risulta la

³⁴ La religione gioca un ruolo molto importante per gli stranieri immigrati: è una delle poche cose che aiuta a mantenere il senso di appartenenza a un gruppo, le radici. I casi di mancato rispetto del divieto di bere rivelano la presenza di un grave disagio.

chiara associazione fra il consumo di alcool e l'assenza di famiglia in Italia o la perdita totale dei propri cari.

Intervallo di Salute

Mentre nel 1993-1994 si considerava che l'intervallo di salute dell'immigrato (il cosiddetto Well Being Interval: il lasso di tempo trascorso da quando l'immigrato sano arriva a quando fa la prima richiesta di consulenza medica) era di 10-12 mesi dopo il suo arrivo, nel periodo tra il 1995 e il 1998 era sceso a 2-3 mesi³⁵.

Nel gruppo di lavoratori stranieri stagionali visitati da MSF, il 32,2% della popolazione immigrata é già ammalata dopo meno di 6 mesi in Italia (cfr. Grafico tempo in Italia vs malattia).

MSF ha riscontrato che le prime richieste sanitarie si manifestano dopo meno di una settimana dall'arrivo.

Tra tutte le persone visitate sette erano arrivate in Italia da meno di una settimana e 4 di loro avevano già chiesto una consultazione medica: i sub sahariani presentavano patologia poco rilevante (gastroenterite virale, dolore muscolare, ipotensione); le persone dell'Est Europa, in Italia da meno di una settimana, presentavano patologie croniche o acute di tutti i tipi e gravità diversa.

Il numero di persone che cerca assistenza sanitaria cresce esponenzialmente fino all'anno di permanenza in Italia.

Del totale delle persone che si sono ammalate nel primo anno di permanenza in Italia, il 10,4% si sono ammalati dopo meno di un mese in Italia, il 39,7% dopo 1-6 mesi di permanenza nel nostro Paese.

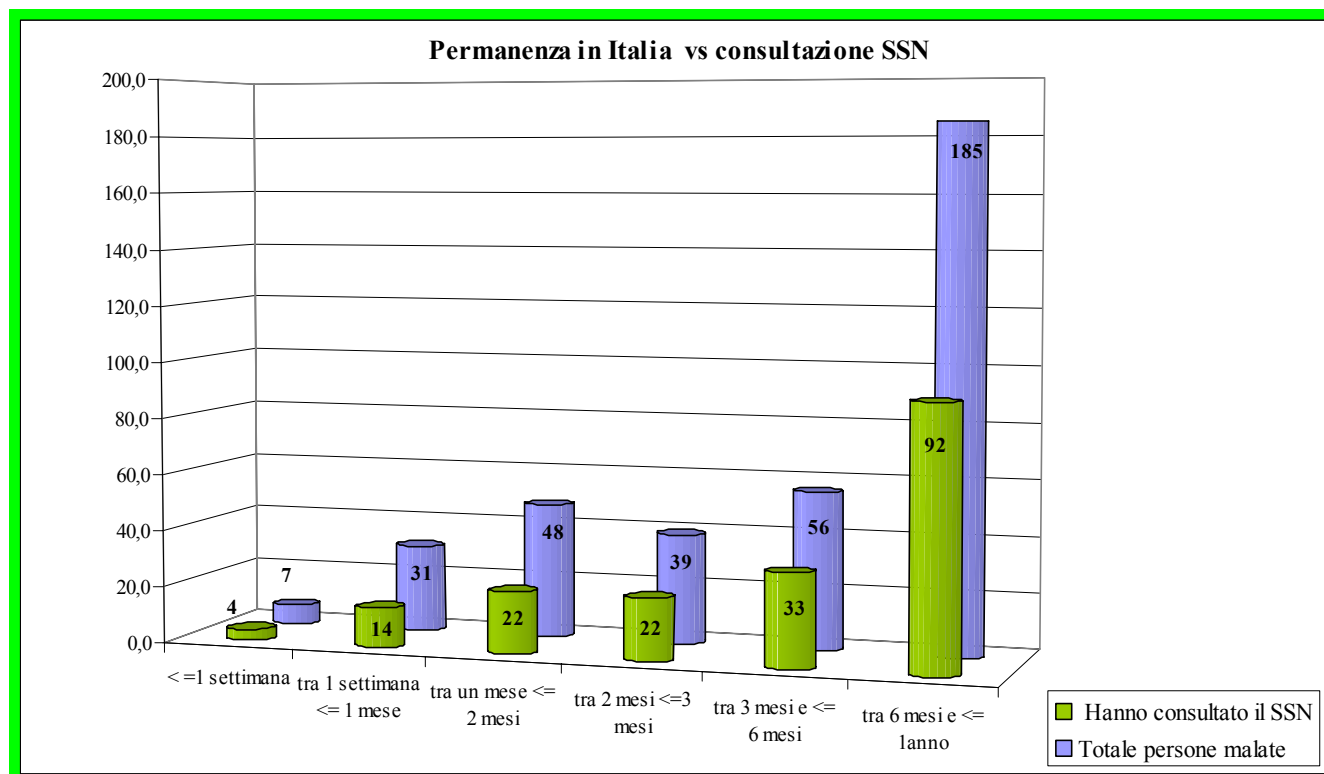


Grafico 1.30 Numero di stranieri malati e che hanno chiesto una consultazione medica al SSN, nel primo anno di permanenza in Italia.

³⁵ "Health for all, all in health" European Experiences on Health Care for Migrants. Ed.Cidis/Alisei 2000. "Immigration phenomenon and right to health in Italy". Aldo Morrone.

Sebbene il lasso di tempo tra l'arrivo in Italia e la comparsa della malattia per circa il 40% degli intervistati è compreso tra 1-6 mesi (un tempo che dovrebbe essere sufficiente per accedere a informazioni sul funzionamento del SSN italiano), ben la metà degli immigrati malati **NON ACCEDE** al SSN.

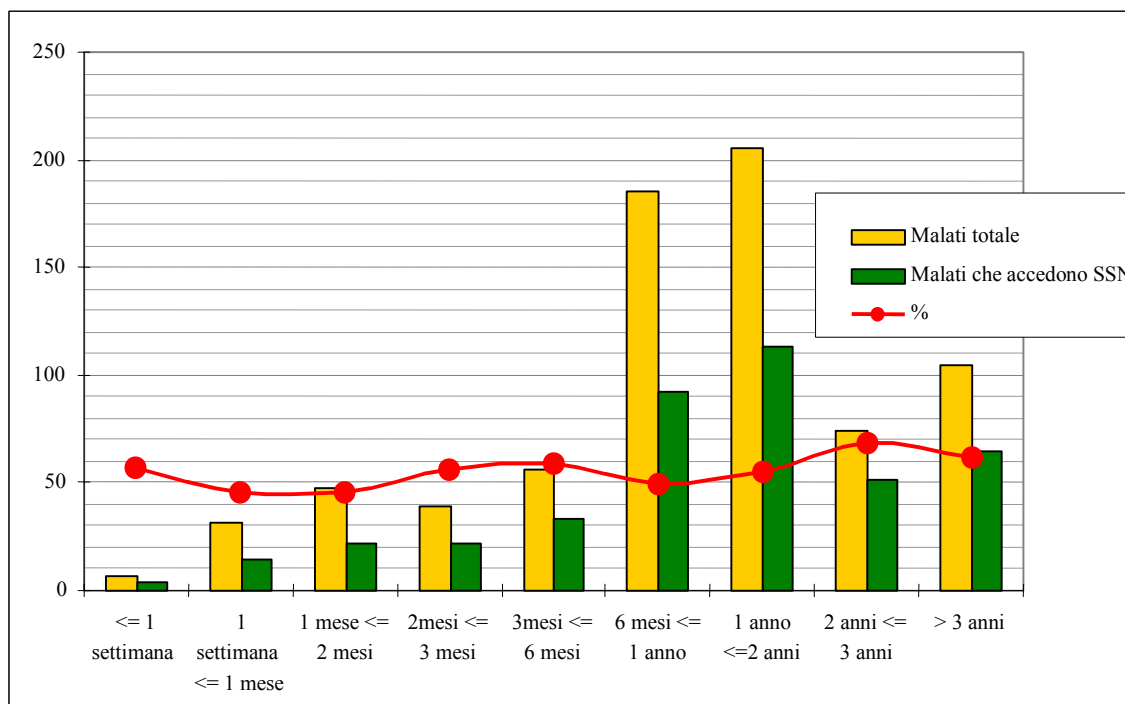


Grafico 1.31 Differenza percentuale tra gli stranieri malati e quelli che accedono al SSN in funzione del tempo in Italia

La grande maggioranza di stranieri arriva sana e si ammala dopo poco tempo in Italia. Il tipo di migrazione è un dato da tenere in considerazione: la popolazione proveniente dall'Est Europa per le sue caratteristiche (età media degli adulti più alta, migrazione del nucleo familiare completo, etc.) può aver contratto patologie prima dell'arrivo ed è generalmente più abituata ad accedere ai servizi sanitari.

Gli immigrati sub sahariani o nord africani quasi sempre sono sani all'arrivo. Allo sbarco gli stranieri vengono visitati all'interno dei centri di primissima accoglienza. Nonostante questo approccio da parte del SSN, molti degli stranieri arrivati in Italia malati - secondo i dati raccolti da MSF - continuano ad esserlo un mese dopo l'arrivo (si veda il capitolo Puglia).

Il "Well Being Interval" si è ristretto: le prime richieste mediche al SSN incominciano intorno a una settimana dopo l'arrivo ma la maggioranza di richieste si verifica prima dei sei mesi di permanenza. Secondo i dati raccolti nel gruppo di lavoratori stagionali, almeno un 50% degli stranieri non ha un contatto con il SSN, per cui si può sospettare che il lasso di tempo tra l'arrivo nel nostro Paese e la comparsa della malattia sia sottostimato.

Traumi

La variabile "traumi" raccoglie tutte le patologie dovute a un trauma fisico avvenuto in Italia indipendentemente della causa o dall'apparato colpito (es. trauma può essere una

lesione oculare per un corpo estraneo, l'amputazione di un dito nel corso del lavoro, una frattura dovuta a un'aggressione).

Le persone colpite da trauma sono 70, di cui:

- il 73% non ha assistenza sanitaria;
- almeno il 43,4% presenta traumi dovuti ad aggressioni (ustioni, fratture, una ferita da arma da fuoco, due casi di violenza sessuale su donne);
- almeno il 79% presenta lesioni permanenti con maggior o minor grado di invalidità;
- il 92,6% non ha un contratto di lavoro;
- la più elevata percentuale di traumi è stata registrata a Castelvoturno e Rosarno (in queste località sono state registrate il 25,4% delle consultazioni richieste a MSF per traumi).

Il 57,1% degli stranieri colpiti da trauma sono sub-sahariani; il 31,7% magrebini; l'11,1% Est Europei.

1.4 Accesso alla salute.

Il Sistema Sanitario Nazionale Italiano (SSN)

Tutti gli stranieri in possesso di regolare permesso di soggiorno, tra cui i titolari di permesso di soggiorno per richiesta asilo, devono essere iscritti³⁶ obbligatoriamente al SSN del luogo di domicilio riportato sul permesso di soggiorno.

Secondo la legge italiana vigente al periodo dello svolgimento dell'indagine, infatti, tutti gli stranieri che presentano richiesta d'asilo ricevono un permesso di soggiorno e hanno diritto all'iscrizione al SSN³⁷. Il richiedente asilo deve essere iscritto alla ASL del luogo del domicilio³⁸ riportato sul permesso di soggiorno rilasciato, generalmente, dalla questura ove lo straniero ha presentato domanda di asilo³⁹.

Sarebbe molto utile, a questo fine, che le questure di origine informassero gli stranieri del loro diritto/dovere di iscriversi al SSN e delle procedure burocratiche da seguire.

La mancata iscrizione al SSN dei richiedenti di asilo riflette pertanto un' inadeguata informazione da parte degli uffici immigrazione e degli operatori che entrano in contatto con questa categoria di immigrati.

A causa delle carenze del sistema della accoglienza in Italia, i richiedenti asilo sono spesso costretti, inoltre, a muoversi sul territorio nazionale alla ricerca di migliori condizioni alloggiative e di mezzi di sussistenza.

Lo straniero che dimori stabilmente in un luogo diverso da quello riportato sul titolo di soggiorno, può, esibendo documentazione relativa al nuovo domicilio, chiedere il trasferimento della pratica alla Questura di arrivo. Tale cambio di domicilio può però comportare un allungamento dei tempi necessari per l'esame della domanda di asilo, cosa che spesso induce gli interessati a non farne richiesta. I richiedenti asilo non riescono quindi ad accedere, in molti casi, ad un diritto riconosciuto per legge a cause delle condizioni di vita cui sono costretti.

³⁶ Se lo straniero non ha provveduto all'iscrizione, la ASL di competenza (quella che corrisponde all'indirizzo riportato sul permesso di soggiorno) che riceve lo straniero deve effettuare l'iscrizione di ufficio.

³⁷ Si ricorda infatti che, con l'entrata in vigore del regolamento 303/2004, i richiedenti asilo riceveranno un permesso di soggiorno solo nei casi in cui non si disponga il trattenimento o la procedura non si concluda nel termine previsto.

³⁸ Il domicilio va distinto dalla residenza. Nel caso del richiedente asilo, il domicilio è spesso costituito da associazioni o centri di accoglienza, sia che lo straniero vi alloggi effettivamente, sia che vi abbia semplicemente la domiciliazione degli atti.

³⁹ Per esempio gli stranieri trasferiti al Centro di accoglienza S. Anna, a Crotone, hanno permesso di soggiorno rilasciato dalla Questura di Crotone con l'indicazione, nell'indirizzo, del Centro Santa Anna. La ASL di competenza sarà pertanto quella di Crotone territorialmente competente per l'indirizzo in questione.

Nel caso di **stranieri irregolari**, come si è già avuto modo di notare, la legge prevede la possibilità di accedere alle cure urgenti essenziali, continuative e agli interventi di medicina preventiva (tutela della gravidanza e della maternità, profilassi internazionale, ecc.). L'accesso alle prestazioni avviene senza oneri a carico dei richiedenti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa (ticket) a parità di condizioni con i cittadini italiani. In sede di rilascio del codice STP viene inoltre, generalmente, sottoscritta una dichiarazione di indigenza ed una certificazione relativa alla tipologia della prestazione richieste.

MSF ha raccolto i dati su status e assistenza sanitaria per 755 persone visitate.

Richiedenti asilo

Sono 177 persone (70 sudanesi, 50 liberiani, 30 eritrei, 9 ghanesi. Con l'eccezione di un palestinese, il resto provengono di Paesi sub-sahariani diversi dai quelli già elencati).

- 8 sono donne, 169 uomini.

- **Soltanto l' 8,5 % è correttamente iscritto al SSN (15 persone).**

- L'85,3% non ha nessun tipo di assistenza sanitaria; il 2,8% ha il codice STP.

- Organizzazioni caritatevoli offrono assistenza sanitaria al 2,8% restante.

- La mancanza di forme regolari di presa in carico da parte del SSN è una costante nonostante il 91% di queste persone sia presente in Italia in media da 10 mesi

Persone senza permesso di soggiorno - irregolari

-MSF ha visitato 388 irregolari (224 sub-sahariani, 86 di diversi paesi dell'Est Europa, 77 persone provenienti dal Maghreb).

-45 donne (il 91,1% dell' Est Europa, la metà del totale delle persone dell'Est), 343 uomini.

-**Soltanto l'8% ha correttamente assegnato il codice STP.**

-L'88,6% non ha nessun tipo di assistenza sanitaria pur essendo in Italia da una media di 1-3 anni. Il 2,1% è iscritto al SSN senza averne il diritto.

Persone con regolare permesso di soggiorno per motivi di lavoro

MSF ha visitato 143 persone con regolare permesso di soggiorno per lavoro (62 sono magrebini, 22 ghanesi, 19 del Burkina Faso, 8 persone provengono dell'Est Europa, le 34 persone restanti vengono da diversi Paesi sub-sahariani).

-10 donne, 134 uomini.

-**Il 50% è correttamente iscritto al SSN (sono in Italia in media da quasi 5 anni).**

-L'altro 47,6% non ha nessun tipo di assistenza sanitaria e un 2,4% ha un STP (persone che sono in Italia da 3 anni e mezzo in media).

Persone con permesso di soggiorno come rifugiato o protezione umanitaria

MSF ha visitato 47 persone in possesso dello status di rifugiato o protezione umanitaria (20 liberiani, 10 sudanesi, 2 maghrebini, il resto di diversi paesi sub-sahariani)

-1 donna, 46 uomini.

-**Soltanto il 16,7% ha una corretta iscrizione al SSN (in media sono da più di due anni in Italia).**

-Il 75% non ha nessun tipo di assistenza sanitaria (in media sono in Italia da 15 mesi).

Accesso alle cure in Italia e risoluzione del problema sanitario

All'interno della scheda clinica si è domandato ai pazienti se precedentemente alla visita con il medico MSF ci fossero stati:

accessi al sistema sanitario; quanto tempo prima;

quale attore sanitario era stato consultato (medico privato, pronto soccorso/guardia medica, organizzazione, nessuno).

se il paziente considerasse risolto l'episodio dopo la visita.

MSF voleva in questo modo rintracciare le storie cliniche, ricostruire in alcuni casi il percorso sanitario dei pazienti, acquisire informazioni sul trend di accesso degli immigrati alla salute, sulle cause che impediscono di accedere al SSN, la soddisfazione che ricavano gli stranieri dopo l'accesso e il tipo di segni o sintomi che spingono gli stranieri a cercare un medico.

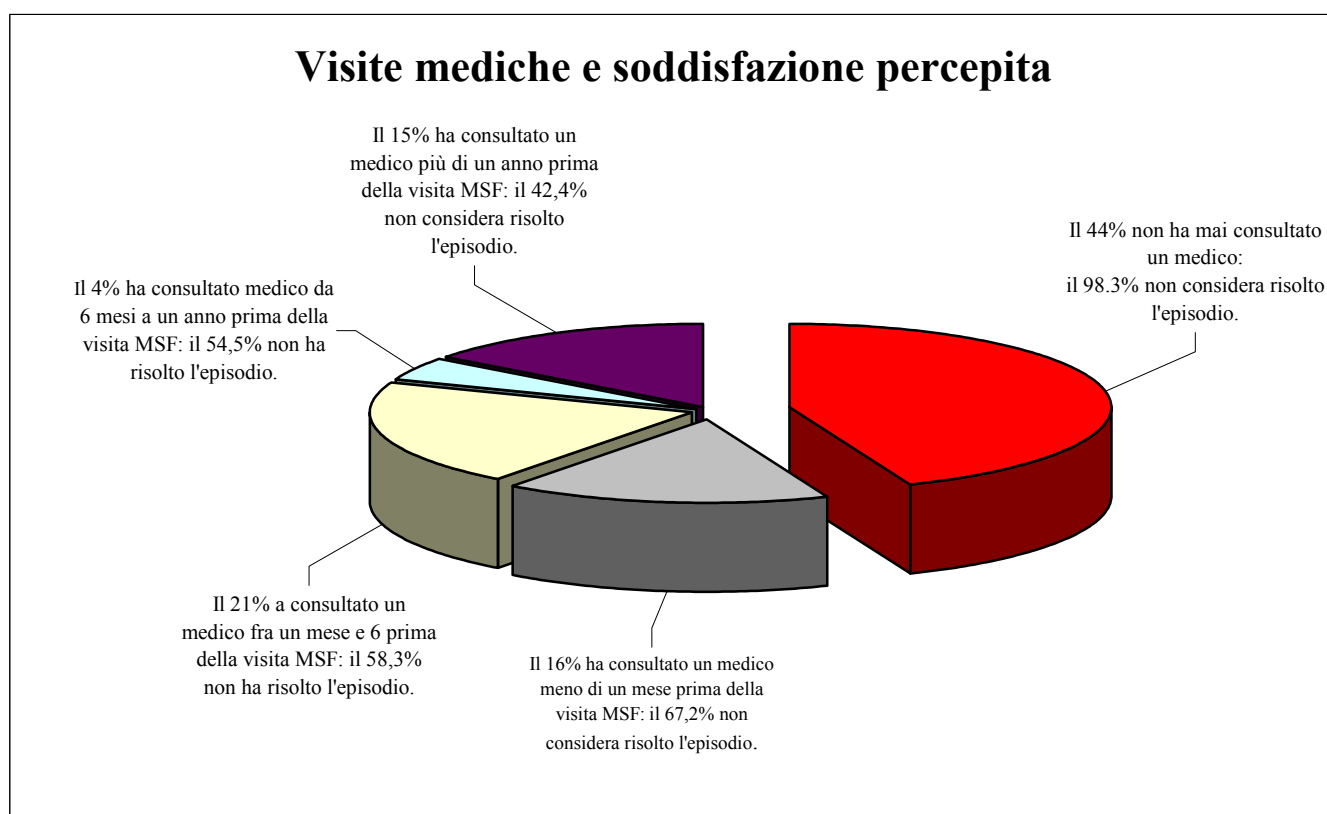


Grafico 1.32 Accesso al SSN precedentemente alla visita MSF e soddisfazione percepita

Strutture a cui si rivolgono gli stranieri che non godono di assistenza sanitaria (SSN o STP).

Su 753 persone intervistate da MSF, soltanto 313 avevano consultato un medico in precedenza: 111 sono andate da un medico privato a pagamento o da organizzazioni caritatevoli; 202 si sono rivolte al Pronto Soccorso o alla Guardia Medica. Le 389 restanti, anche se malate, non sono andate dal medico. Cinquantuno persone non hanno risposto.

Il 91% delle persone che sono andate da un medico privato a pagamento non hanno l'iscrizione al SSN che gli spetterebbe e non erano informate di questo diritto. La

percentuale è invece del 49,4% per le persone senza iscrizione al SSN che hanno domandato assistenza medica alle organizzazioni caritatevoli. Praticamente il 100% degli stranieri che si rivolgono al privato e la metà di coloro che accedono alle organizzazioni non hanno assistenza sanitaria pubblica e quasi nessuno di loro era a conoscenza di averne diritto.⁴⁰

Duecentodue persone (pari al 64,5% del totale di chi ha consultato un medico) si sono rivolte al pronto soccorso o alla guardia medica. Tra loro 122 (60,4%) sono persone senza assistenza sanitaria di nessun tipo, nonostante ne abbiano tutti diritto⁴¹. Più della metà di coloro che si sono rivolti a un servizio di urgenza **non ha risolto l'episodio per cui era andato dal medico**. Il 72% degli stranieri ha chiesto di consultare il medico di MSF per la stessa malattia per cui aveva cercato assistenza sanitaria precedentemente.

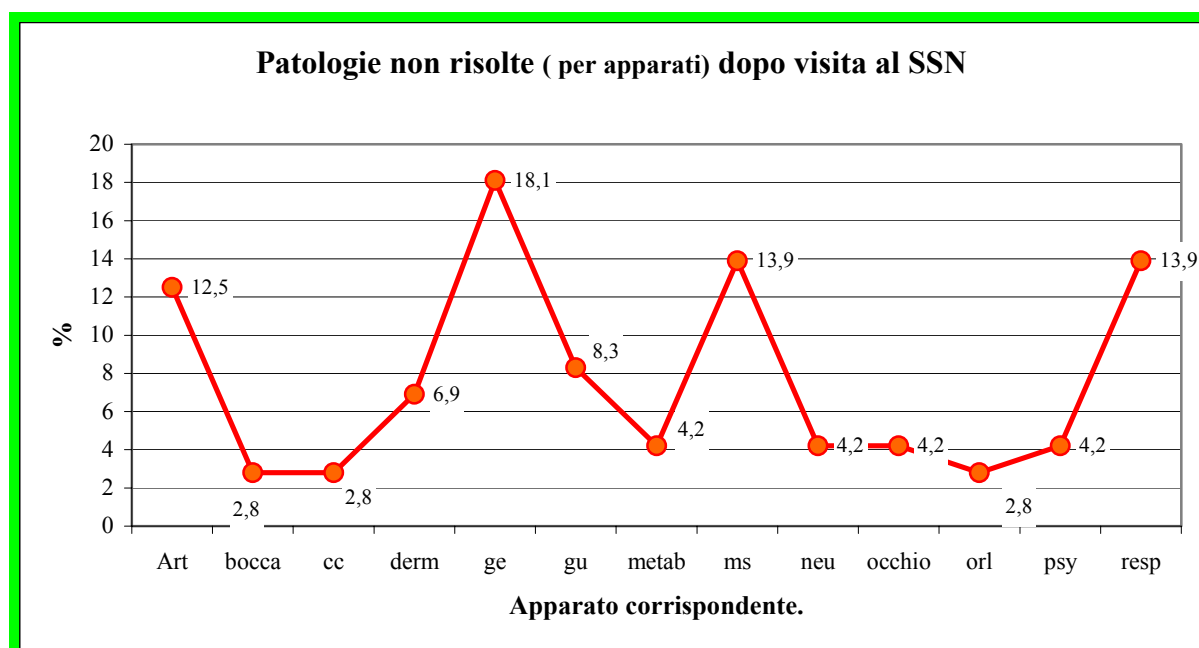


Grafico 1.33 Consultazioni, suddivise per apparati, ai servizi d'urgenza del SSN (PS/Guardia Medica).

Per quel gruppo di pazienti che si sono rivolti a MSF per lo stesso problema di salute per cui in passato avevano già consultato i servizi pubblici di urgenza, è stato rilevato che i sospetti diagnostici erano abbastanza "generici"⁴². Soltanto in alcuni casi si trattava di diagnosi più complicate: diabete, pancreatite subacuta, ulcera gastrica, asma, tubercolosi.

Queste diagnosi avrebbero richiesto che la struttura d'urgenza consultata dallo straniero avesse riferito il paziente verso ambulatori di specialistici, cosa che puntualmente non è avvenuta.

Dallo studio emerge che l'insoddisfazione dell'assistenza ricevuta non è legata né alla comunità di appartenenza, né alla Regione nella quale le prestazioni sono state erogate.

⁴⁰ Si evince dunque che alcune organizzazioni di volontariato e/o i medici privati spesso non offrono informazioni sul diritto degli stranieri all'assistenza sanitaria nazionale. Essi d'altra parte forniscono un servizio medico – gratuito o a pagamento - alternativo a quello del SSN.

⁴¹ Tra chi si è rivolto ai servizi di urgenza 31 pazienti sono richiedenti asilo, 66 sono irregolari, 17 persone hanno permesso di soggiorno per motivi di lavoro, 8 sono rifugiati. Dunque 56 di loro hanno diritto all'iscrizione al SSN e 66 all'assegnazione del codice STP.

⁴² Si trattava di sintomi che non richiedevano necessariamente uno specialista.

Conclusioni generali sull'accesso alla salute

Assistenza Sanitaria

Il 78,9% degli stranieri visitati NON ha assistenza sanitaria di alcun tipo.

Soltanto 94 persone su 367 aventi diritto⁴³ sono iscritti al SSN.

Soltanto 31 persone irregolari su 387 aventi diritto⁴⁴ hanno il tesserino STP .

Strutture sanitarie

Il 64,5% degli stranieri che consultano il medico in Italia si rivolge al Pronto Soccorso o alla Guardia Medica. **Di questi il 72% non gode di nessun tipo di assistenza sanitaria.** Accedono per patologie che necessitano di un'assistenza medica di secondo livello (ospedali o ambulatori specialistici); cure di primo livello (medicina di base). Sebbene le zone visitate da MSF siano servite da strutture sanitarie pubbliche, i sistemi per attivare i servizi continuativi o complementari sono praticamente inesistenti. Così l'assistenza medica si riduce alla risoluzione puntuale del sintomo senza l'attuazione di una vera terapia. Per esempio, una persona affetta da ulcera gastrica è stata trattata al pronto soccorso con la somministrazione di un farmaco gastroprotettore, mentre sarebbero stata opportuna un'endoscopia gastro-duodenale poiché si trattava di ulcera attiva a cui avrebbe dovuto far seguito anche l'impostazione di una terapia di lunga durata.

Oltre il 50% dei pazienti visitati presentavano riacutizzazioni di patologie che richiedevano reiterati accessi ai servizi d'urgenza.

Circa il 35% degli stranieri che necessita di assistenza medica consulta organizzazioni o medici privati.

Nessuno viene adeguatamente informato sui diritti in materia di assistenza sanitaria.

Problemi di salute

MSF ha deciso di sviluppare tre approcci ai problemi della salute della popolazione immigrata impiegata in agricoltura :

1) Calcolare la frequenza delle patologie per apparati ⁴⁵.

2) Analizzare la morbilità della popolazione⁴⁶ (quanto è malata una popolazione e di cosa è malata). Questa analisi mette in luce la relazione delle patologie con le condizioni di vita delle persone visitate. Si possono individuare cinque grandi gruppi: patologie dovute al lavoro e alle sue condizioni; patologie dovute a povertà; patologie dovute a scorretta alimentazione; alterazioni della sfera psico-affettiva; patologie grave o croniche.

3) Un'analisi particolare è stata dedicata alle patologie specifiche delle donne (si veda il capitolo Calabria) con un accenno alla popolazione infantile.

Morbilità

La morbilità di una popolazione indica all'interno di una popolazione quante persone sono malate, di cosa e quanto è grave lo stato di malattia.

Le grandi categorie trovate da MSF tra i lavoratori stagionali sono cinque, presenti in modo variabile nelle diverse zone visitate, ma sempre presenti.

⁴³ Richiedenti asilo, persone con permesso di soggiorno per lavoro e rifugiati.

⁴⁴ Il codice STP va rilasciato agli stranieri irregolari che hanno bisogno di cure essenziali o urgenti, a quelli che entrano in programmi di prevenzione, alle donne in gravidanza e ai bambini (tutela della salute materno infantile).

⁴⁵ Si prende come denominatore il totale delle diagnosi di malattia.

⁴⁶ In questo caso il denominatore è il numero di persone malate.

Patologie legate al lavoro e alle sue condizioni

Le patologie legate al lavoro si possono dividere in due grandi tipi quando si parla di lavoratori stagionali:

- **intossicazione cronica o acuta per fitofarmaci**, la diagnosi di questo tipo di intossicazioni, che si verifica soprattutto nelle serre, è molto complessa. MSF ha formulato alcuni sospetti diagnostici in questo senso, ma i mezzi a disposizione non hanno consentito di accertare le diagnosi;
- il secondo tipo è la **patologia "ergonomica"** dovuta a condizioni estreme di lavoro, con posizioni forzate ripetute allo sfinimento e sforzi muscolo-scheletrici (ad esempio sbucciare arance per 10 ore per di seguito). Queste patologie sono peggiorate dalle condizioni di vita.
- si includono in questo capitolo anche i **traumi** fisici procurati durante il lavoro (ferite, amputazioni, ustioni).

La patologia legata al lavoro è stata esplorata sistematicamente attraverso un questionario sintetico redatto sulla base della scheda del dipartimento di medicina del lavoro della ASL di Ragusa (si veda in particolare il capitolo Sicilia).

Patologie legate al lavoro

- 15 persone presentano un sospetto diagnostico di intossicazione per fitofarmaci acuta o pregressa. Tutte sono state visitate a Ragusa (Sicilia).
- 299 persone (il 41,4% del totale della popolazione visitata da MSF) presentano patologia muscolo scheletrica o articolare.

Patologie dovute alla povertà

Per patologie dovute a povertà si intende affezioni dei seguenti apparati: respiratori, gastro-enterico, dermatologico, patologie del cavo orale, in stretta relazione alle condizioni igieniche abitative (potabilizzazione dell'acqua, sovraffollamento). Il peso di qualsiasi di questi fattori può variare a seconda del clima.⁴⁷

Patologie dovute a povertà

- Il 45,9% delle persone visitate da MSF presenta patologie dovute a povertà.
- Il 57,4% delle patologie dovute a povertà sono di origine infettive.
- Il 75,7% delle persone con patologia respiratoria o dermatologica o gastroenterica, non ha assistenza sanitaria.
- In Puglia le patologie legate alla povertà rappresentano il primo gruppo per morbilità, mentre nella altre Regioni visitate rappresentano il secondo gruppo (dopo la patologia muscolo scheletrica legata al lavoro).

Alterazioni della sfera psico-affettiva

La sfera psico-affettiva è stata esplorata con l'aiuto di un questionario non strutturato (cfr. Metodologia) che contemplava almeno quattro aspetti importanti per un individuo: la relazione della persona con sé stessa; la relazione con gli altri; il ciclo sonno-veglia; stati di ansietà -depressione. Nei pochi casi in cui è stato necessario, per la valutazione

⁴⁷ MSF ha visitato la Calabria a inizio dicembre 2004. Alcune persone nonostante il freddo dormivano praticamente all'aria aperta. Nelle prime settimane del 2005, mentre la raccolta delle arance era ancora in corso, l'intera regione è stata interessata da eccezionali nevicate e freddo. Una situazione climatica eccezionale per il Sud ma piuttosto comune nel Nord d'Italia.

della memoria si è usato il Minimental test⁴⁸. La rilevazione di alterazioni nella qualità della percezione della realtà si è basata sull'esperienza professionale dei medici presenti nel team.

Alterazioni psico-affettive

- 76 persone hanno chiesto di consultare il medico MSF specificamente per problemi relativi alla sfera psico-affettiva (es. "ansietà", "insonnia").
- Per molti pazienti oltre all'esplorazione strettamente legata al motivo di consultazione è stata valutata anche la sfera psico-affettiva.
- 565 persone - che domandavano una consulenza medica per altri sintomi- sono state sottoposte anche a valutazione della sfera psico-affettiva. Tra queste, 223 presentavano disturbi di diversa entità (39,5%).

Patologia legata ad alimentazione scorretta o inadeguata

La patologia relazionata con una inadeguata alimentazione può essere:

- a. **malnutrizione esclusivamente proteica:** non ricercata da MSF tra la popolazione immigrata.
- b. **malnutrizione proteico energetica:** negli adulti normalmente è cronica e può essere dovuta a
 - un apporto scarso o comunque minore del fabbisogno giornaliero di proteine e di carboidrati (poco cibo e/o povero in qualità);
 - situazioni di malattia concomitante;
 - uno "stato" di malattia (successione di diverse malattie ininterrottamente) o una malattia cronica;
 - parassiti intestinali che provocano p.es. riduzione dell'assorbimento.
- c. **malnutrizione per mancanza di oligoelementi e vitamine:** è di difficile conferma diagnostica e caratterizzata da segni e sintomi clinici di carenza vitaminica⁴⁹.

Nel corso delle visite mediche MSF ha riscontrato soprattutto segni di discreta malnutrizione proteico energetica e solo occasionalmente di carenza di oligoelementi o vitamine.

Indipendentemente da questi casi specifici, c'è da rilevare che moltissime delle patologie riscontrate nella popolazione immigrata (le patologie gastroenteriche sono il 18,8% di **tutte** le patologie registrate) riguardano il mal assorbimento e l'alterazione della digestione. Alcune patologie, ad esempio malattie infettive, malattie tumorali o patologie croniche come la tubercolosi richiedono un incremento del fabbisogno energetico. In caso apporto insufficiente si determina una malnutrizione secondaria.⁵⁰

Patologie severe o croniche

MSF ha incontrato 71 pazienti affetti da malattie gravi o croniche.

La maggior parte dei pazienti affetti da patologie gravi si trovano in Italia da 18-24 mesi. Tale lasso di tempo corrisponde molte volte al periodo trascorso nell'area di lavoro, con pochi mesi di assenza dovuti agli spostamenti richiesti dal lavoro stagionale.

⁴⁸ Minimental test: serve per la valutazione del deterioramento mentale. Focalizza l'indagine alla sola cognitività ed è applicabile in pochi minuti (5-10). Si è dimostrato valido ed affidabile non solo nella discriminazione dei pazienti con disturbi mentali organici rispetto agli altri, ma anche nel documentare l'evoluzione dei disturbi cognitivi.

⁴⁹ Per esempio lesioni mucosa bucale, lingua disepitelizzata, ragadi commissurali, stomatite, perdita di denti, alterazioni gengivali, xerostomia, possono indicare deficit di vitamina C e/o A.

⁵⁰ Ministero della Salute: "Guide cliniche sulla malnutrizione" 2004.

Ecco le caratteristiche generali del sottogruppo di stranieri con patologie gravi o croniche:

- tutti, indipendentemente dalla condizione di malattia, lavorano;
- il 57,1% è coniugato: di questi, almeno la metà ha la famiglia nel proprio paese di origine e come minimo il 75% delle famiglie dipende da chi lavora in Italia per vivere;
- il 56,1% guadagna meno di 25 euro al giorno, lavora in media 6 giorni alla settimana (in Campania molto di meno) e solo 5 persone guadagnano più di 40 euro al giorno;
- il 64,6% è irregolarmente presente sul territorio italiano, il 10,4% ha un permesso di soggiorno per richiesta d'asilo e il 25 % ha un regolare permesso di soggiorno per lavoro;
- il 75,1% non ha alcuna assistenza sanitaria (pur avendo diritto al tesserino STP o all'iscrizione al SSN) nonostante sia presente nel territorio da quasi due anni;
- almeno il 30% dei pazienti visitati non ha mai consultato un medico;
- quasi il 60% delle persone visitate con patologia severa presenta problemi di tipo psico -affettivo.

- Sette persone presentano sospette alterazioni della funzione tiroidea
- Quattro persone hanno una diagnosi compatibile con diabete e 3 persone presentano alterazioni della regolazione della glicemia
- Sei persone presentano alterazione cardiache, una di origine iatrogeno (ipercalcemia)
- Ipertensione: 7 persone
- 12 persone sono affette da processi polmonari severi orientativi di Tubercolosi
- 12 persone presentano sintomi clinici orientativi di processi infettivi gravi tipo HIV⁵¹
- Otto persone presentano patologia compatibile con processi tumorali
- Tre persone presentano segni che suggeriscono epatopatia e una persona ha consultato MSF per esiti di pancreatite
- Cinque persone presentano alterazioni neurologiche di cui due neuropatie periferiche
- Una persona presentava sintomi clinici compatibili con infarto retinano
- Una persona presentava segni compatibili con insufficienza renale severa
- A una persona è stata diagnosticata la Sindrome di Klinefelter

⁵¹ **Sintomi** suggestivi di infezione per HIV sono: Perdita di peso importante, diarrea (2-3 scariche al giorno >1 mese), deglutizione dolorosa (suggerisce candidasi orofaringea), sensazione di bruciore ai piedi (suggerisce neuropatia sensitiva periferica). L'**anamnesi** suggestiva di HIV include: herpes zoster (vescicole), pneumonia ricorrente, partner sessuale sieropositivo, decessi in famiglia prossima sospetti. **Segni** fisici suggestivi di infezione per HIV : candidasi orale, leucoplachia villosa, cicatrici di herpes zoster, sarcoma di Kaposi, rash papulare, linfonodi simmetrici generalizzati o di due regioni (non inguinali),ulcera genitale dolorosa.

I pazienti con sospetti diagnostici di sieropositività HIV, tubercolosi, diabete e astenie che meriterebbero un studio approfondito non si comportano diversamente rispetto al resto della popolazione dei lavoratori stagionali: finché riescono lavorano lo stesso, per lo stesso numero di ore, per lo stesso -scarso- salario si trovano a dover mantenere una famiglia oltretutto lontana e dunque incapace di offrire il supporto emotivo indispensabile in alcune delle suddette patologie.

Il caso della tubercolosi

Il controllo medico, indispensabile, diventa quasi impossibile nelle condizioni in cui vivono i lavoratori stagionali: frequenti spostamenti, assoluta necessità di lavorare, condizioni abitative precarie. Ad esempio una persona con sospetta tubercolosi attiva, soltanto per effettuare la diagnosi dovrebbe trascorrere almeno un giorno in un ospedale attrezzato per effettuare prove complementari specifiche. In caso di positività, il paziente dovrebbe essere ricoverato in isolamento per qualche settimana; successivamente dovrebbe sottoporsi a frequenti controlli anche radiografici comparando radiografie precedenti e nuove. Il paziente straniero dovrebbe continuare la terapia adeguata, seguendo con attenzione posologia e dosaggi, pagando il ticket o l'intero importo del farmaco (qualora per mancanza d'informazioni, non abbia richiesto l'esenzione a cui ha diritto⁵²). Tutto questo può essere molto difficile per una persona che si alza all'alba, dorme poche ore, non ha acqua calda né riscaldamento, si nutre inadeguatamente.

Salute e patologia della donna. Accenni al bambino.

La natura dell'intervento MSF nel corso del progetto comportava visite in ambulatorio da campo con un notevole numero di persone in lista d'attesa, con difficoltà oggettive nel tutelare la privacy (es. donne bulgare accompagnate dal partner durante la visita medica o con tre bambini al seguito). Per questo l'indagine sulla salute della donna si è dovuta limitare a un'anamnesi veloce su parti pregressi, aborti, figli in vita. In alcuni casi sono state fatte domande sull'accesso ai consultori, sul ricorso alla pianificazione familiare. Compatibilmente con il rispetto della privacy è stato eseguito sulle pazienti un esame obiettivo completo (palpazione mammaria in caso di noduli, controllo altezza uterina in caso di sospetta gravidanza, controllo genitali esterni in caso di lesioni genitali etc).

La maggior parte della popolazione di cui tratta questo paragrafo è costituita donne e bambini provenienti dell'Est Europa che lavorano come stagionali in Calabria (si veda il capitolo Calabria).

⁵² Regolari e irregolari hanno diritto all'esenzione per malattia con le stesse modalità degli italiani.

II. Schede delle Regioni

2.1 Campania: accesso alle cure negato e violenza urbana

Premessa

L'elevato numero di coltivazioni e le importanti presenze di stranieri impiegati in agricoltura come lavoratori stagionali hanno spinto Medici Senza Frontiere a intervenire in Campania. La prima visita nella zona è stata effettuata nel dicembre 2003 con lo scopo di formulare una valutazione del territorio, delle concentrazioni di popolazioni immigrate e dei relativi bisogni, nonché avviare un contatto con le istituzioni e la società civile direttamente o indirettamente coinvolte nel fenomeno immigrazione. Nel corso dei primi mesi del 2004 un team MSF ha visitato le province di Napoli e Caserta per effettuare sia la *mappatura*⁵³ del territorio sia un'attività di *outreach*⁵⁴, premessa necessaria per l'intervento nell'ambito del progetto stagionali.

Le visite nella Regione sono state effettuate dal 10 al 14 giugno 2004 e dal 5 al 10 luglio. Le esplorazioni si sono concentrate nelle aree di Casal di Principe (CE), Castelvoturno (CE), Giugliano (NA), Qualiano (NA) e Varcaturò (NA).

Nel complesso MSF in Campania ha visitato 198 lavoratori stagionali.

Agricoltura e illegalità in Campania

La Confederazione Italiana Agricoltori (CIA) con un rapporto⁵⁵ diffuso nel 2002 delinea i tratti di una situazione estremamente complessa per quanto riguarda la relazione fra agricoltura e illegalità nella regione campana.

Il rapporto segnala nella provincia di Napoli la presenza di criminalità diffusa, in particolare furti e intimidazioni verso l'agricoltura a titolo estorsivo e/o per il controllo del territorio. Nella provincia operano ben 60 gruppi di malavita organizzata. Colonie di stranieri presenti nell'area (soprattutto nigeriani, albanesi e nord africani) sono impiegati nello spaccio di droga, nella prostituzione e nello sfruttamento di immigrati. Nel comprensorio di Giugliano il rapporto della CIA registra i seguenti reati: furti di mezzi agricoli con conseguente estorsione e ricatto (il cosiddetto "cavallo di ritorno"), azioni minatorie e aggressioni a mano armata. La criminalità organizzata è storicamente radicata nell'area, si muove in maniera capillare sul territorio impiegando piccoli criminali locali e, raramente, extracomunitari.

Nella provincia di Caserta la criminalità è diffusa nel settore del contrabbando, delle rapine, dei furti delle estorsioni e degli scippi. Furti e rapine ai danni di agricoltori vengono perpetrati in cambio di pagamenti di riscatti per riavere i beni. Si registra la

⁵³ *Mappatura*: termine tecnico dell'attività socio sanitaria di MSF. Per *mappatura* del territorio si intende un'attività di conoscenza esaustiva e sistematica dell'area volta ad individuare tipologia della popolazione presente, luoghi di aggregazione e risorse disponibili. (Vedi Metodologia)

⁵⁴ *Outreach*: termine tecnico dell'attività socio-sanitaria di MSF. Per *outreach* si intende l'attività di contatto diretto con le comunità immigrate volta ad individuare referenti di comunità, stabilire un rapporto di fiducia con gli stranieri e un canale di comunicazione per informare la popolazione target circa attività e scopi dell'azione del lavoro di MSF. (Vedi Metodologia)

⁵⁵ Confederazione Italiana Agricoltori e Consiglio Regionale Unipol, "Campania, campagne sicure" – Ricerca sul sommerso e sconosciuto fenomeno dell'illegalità in agricoltura e nella Regione Campania - 2002

presenza di 17 organizzazioni camorristiche operanti nella zona. I clan camorristici impediscono o controllano l'arrivo di criminalità straniera (sono presenti clan di nigeriani, marocchini e albanesi), supervisionano il "lavoro nero", la prostituzione e il commercio di droga nonché il commercio ambulante. I principali reati riscontrati vanno dai furti di Bufali da allevamento, alla presenza di discariche abusive, dalle rapine a mano armata e aggressioni, ai furti di mezzi agricoli con conseguente estorsione (sempre il cosiddetto "cavallo di ritorno") e racket.

Il rapporto della CIA denuncia per la provincia casertana una situazione gravissima definendo *"l'area in questione soggetta a numerosi, gravi, fenomeni criminali che assumono, in alcuni casi, forti connotazioni imperialistiche imposte dalla camorra..."*⁵⁶

Medici Senza Frontiere nel corso del progetto stagionali ha subito, nel mese di giugno 2004, il furto di un'ambulanza nei pressi di Castelvolturmo. Nonostante la denuncia alle forze dell'ordine l'ambulanza non è mai stata ritrovata.

Informazioni generali sulla popolazione intervistata

In Campania i pazienti visitati risultano nella quasi totalità dei casi uomini (97%) e cittadini sub-sahariani. Provengono soprattutto da paesi dell'Africa occidentale quali Ghana, Burkina Faso, Liberia, Benin, e Togo. Sono giovani uomini che hanno scelto la Campania come punto di residenza semi-permanente e che si spostano in occasione dei periodi di raccolta nelle altre Regioni del Sud Italia.

In Campania si registra un'alta percentuale di stranieri privi del permesso di soggiorno (62% degli intervistati), seguiti da richiedenti asilo (circa 15%) e rifugiati (7%). Per una serie di ragioni - la facilità di risiedere nell'area senza permesso di soggiorno, contatti pregressi con connazionali già presenti nell'area, possibilità di lavorare per buona parte dell'anno grazie alla presenza di serre anche nei mesi invernali - molti stranieri scelgono la Campania come luogo di residenza.

Dalle interviste effettuate e dall'osservazione diretta emergono le caratteristiche della Regione: **sovraffollamento abitativo; povertà degli stranieri impiegati in agricoltura; complesso quadro sociale della Regione stessa.**

In Campania la situazione alloggiativa più diffusa è risultata quella di uno *spazio affittato* (91%). Come spiegato nel capitolo generale la definizione *spazio affittato* è stata scelta in maniera consapevole in quanto non si tratta esclusivamente di appartamenti o case indipendenti, in molti casi gli stranieri vivono in box auto o in strutture originariamente adibite a magazzino. Il team MSF ha monitorato le condizioni di diverse strutture situate in zone periferiche o in campagna. Gli stranieri a fronte di un limitato guadagno sono costretti a prendere in affitto uno spazio e dividerlo con il numero maggiore di persone possibile. Il 62% degli intervistati ha infatti dichiarato di guadagnare una cifra pari o inferiore ai 25 euro al giorno, riuscendo a lavorare per due, tre giorni a settimana. **MSF ha visitato palazzine di uno o due piani in cui vivevano oltre 100 persone.** Nel napoletano sono state individuate diverse situazioni in cui box auto per una sola autovettura sono stato ceduti in affitto a stranieri. I garage sono ovviamente privi di finestre o vie di fuga, assolutamente inadatti a ospitare 25-30 persone, come invece avviene. I proprietari italiani affittano l'abitazione, in genere senza contratto di locazione, ad uno o più immigrati i quali a loro volta condividono le spese con altri stranieri. Un impossibile affitto di 3-400 euro arriva così a scendere a 10-20 euro a persona, il massimo che questi lavoratori riescono a permettersi mensilmente. Nel corso delle visite il team MSF è stato testimone di situazioni in cui 10-12 persone dividevano una camera matrimoniale.

⁵⁶ Vedi nota 56.

“Siamo 13 uomini a dormire in questa stanza per una coppia. Qui abbiamo solo tre letti e ci stiamo in sei, gli altri a terra. In questa palazzina abitano 100 persone e i bagni sono solo due. E’ difficile ma non abbiamo altra scelta, guadagniamo così poco che non potremmo permetterci di fare diversamente”.
Cittadino del Ghana, 33 anni, in Italia dal 2002

Cibo

Circa il 70% degli intervistati in Campania ha affermato di non mangiare nulla a colazione, il 23% non pranza. Il pasto principale viene consumato la sera, mentre gli stranieri si recano nel campo a stomaco vuoto. Dalle testimonianze raccolte risulta infatti che anche il pranzo viene consumato dopo il lavoro ovvero nelle prime ore del pomeriggio quando termina la raccolta. Nel corso delle interviste molti stranieri hanno dichiarato di non avere denaro sufficiente per comprare cibo regolarmente; la cena, il pasto principale per tutti gli intervistati, consiste solitamente in riso o *fou fou* (piatto tradizionale dell’Africa occidentale), una polenta preparata con semolino e accompagnata non più di due volte a settimana, da una zuppa di verdure e raramente carne. L’apporto calorico è dunque gravemente inferiore alle 2100 kcal al giorno indicate come fabbisogno dell’intervistato-tipo incontrato in Campania: maschio, giovane e impiegato in agricoltura.

Come mostra il grafico seguente il cibo consumato nella più alta concentrazione di casi è il riso seguito da pasta, semolino, carne e verdura: tutti ingredienti per la preparazione del *fou fou*. Il *fou fou* viene solitamente cucinato in grandi recipienti e diviso tra gli stranieri presenti nella casa. L’apporto di carboidrati e proteine *ad personam* diminuisce quindi in maniera significativa.

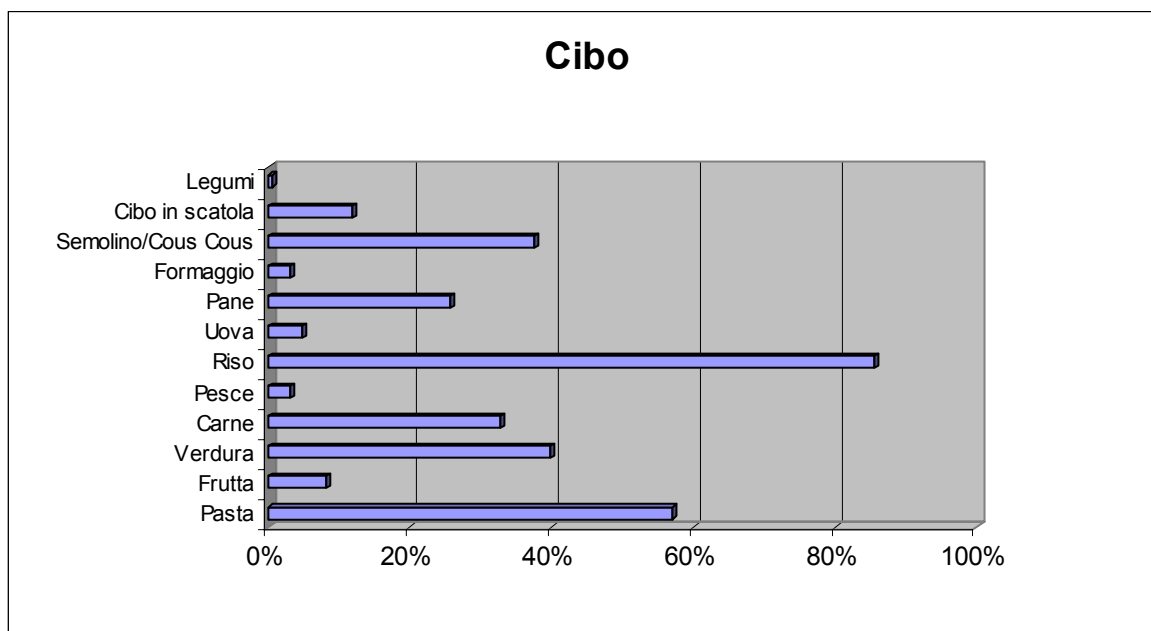


Grafico 2.1 Cosa mangia l’intervistato abitualmente - Campania

Malnutrizione in Campania

I problemi legati alla malnutrizione in Campania occupano il quarto posto nella morbilità degli immigrati visitati da MSF (ne soffre il 9,6% degli stranieri visitati in questa zona). Tutti i casi sono sospetti diagnostici basati esclusivamente sulla clinica: i sospetti non sono stati confermati con misure antropometriche (ad esempio l'Indice di Massa Corporea).

Le persone colpite da malnutrizione appartengono a tre tipologie diverse:

- Persone appena arrivate, o più inesperte, che presentano sostanzialmente ipoglicemia e/o disidratazione di diversi gradi (questo per due ragioni: non conoscono ancora alcune attitudini preventive da adoperare durante il lavoro in agricoltura o guadagnano troppo poco; non conoscono le dinamiche che permettono di trovare lavoro nella zone e quindi spesso non hanno letteralmente nulla da mangiare).

- Persone che vivono in zona da più di un anno e mezzo, che presentano segni/ sintomi o patologie chiaramente collegate a iponutrizione cronica. Si tratta di una popolazione che, sia dall'osservazione diretta che dalla raccolta di dati socio-umanitari, presenta un apporto calorico minimo insufficiente per il lavoro svolto. Per assicurare 2100 Kcal (il minimo giornaliero per un uomo adulto sano) con carboidrati a rilascio lento come riso, patate, semolino, sarebbero necessari circa 700 grammi di prodotto secco al giorno, soltanto per l'apporto energetico.

- Persone affette da patologie che producono malnutrizione secondaria per alterazioni dell'assorbimento, per perdite croniche, per aumentato catabolismo (vedere capitolo medico generale).

Violenza urbana

Il particolare contesto socio-politico delle province di Napoli e Caserta richiede un'analisi approfondita per comprendere quali siano le difficoltà quotidiane a cui lo straniero deve far fronte vivendo nell'area. Il disagio sociale raggiunge per gli stranieri, ma non solo, livelli estremamente alti soprattutto in termini di esclusione, povertà e distanza dalle istituzioni politiche e civili.

L'osservazione diretta e le testimonianze raccolte durante le visite evidenziano una situazione alquanto complessa per quanto riguarda il rapporto fra stranieri e popolazione italiana. L'area è nota per l'incidenza di episodi legati alla macro e micro criminalità e l'intero territorio è storicamente controllato da organizzazioni criminali. La percezione di questo sistema parallelo è tangibile anche per gli stranieri i quali nel corso delle interviste hanno più volte espresso un forte disagio in tal senso.

Il 45,8% degli intervistati ha dichiarato di aver subito un episodio di maltrattamento negli ultimi mesi. Una percentuale così elevata di casi si registra solo in Campania. Nel 98,8% dei casi il maltrattamento è stato perpetrato da italiani, solo in un caso l'aggressore era uno straniero di nazionalità diversa dell'agredito. I tipi di maltrattamenti subiti sono percosse di varia natura (54,3%), intimidazioni (43,2%) o tentativi di rapina (2,5%).

Per quanto riguarda le percosse subite la descrizione dell'evento ha portato alla luce una vasta gamma di episodi che vanno dagli sputi, al lancio di uova o pietre, fino alle botte tramite oggetti contundenti, rapine a mano armata e in un caso tentato omicidio.

Soprattutto per i primi episodi (sputi, lancio di uova e pietre) l'origine dei maltrattamenti va ricercata in comportamenti di natura razzista.

Dalle testimonianze raccolte e dall'esperienza diretta risulta evidente come un extracomunitario africano sia un facile obiettivo per questo tipo di episodi. Unica colpa quella di camminare sul ciglio di una strada statale.

Nei pressi di Melito (NA) MSF ha visitato un paziente che nel maggio 2004 è stato vittima di una gravissima aggressione.

"Nel garage dove viviamo il telefonino non riceve quindi sono uscito per telefonare quando due ragazzi in motorino si sono avvicinati, quello dietro ha estratto la pistola e ha esploso tre colpi contro di me. I proiettili mi hanno perforato una mano e lesionato seriamente l'avambraccio sinistro. Non ho potuto vedere il volto dei miei aggressori in quanto portavano il casco. Credo che abbiano sparato per uccidermi altrimenti avrebbero mirato alle gambe o al muro, mi sento molto fortunato ad essere sopravvissuto".

G.B. 25 anni, richiedente asilo liberiano, colpito da spari

Secondo testimonianze raccolte un episodio simile può essere interpretato come un avvertimento molto chiaro a una comunità sgradita alla criminalità organizzata (clan camorristici) che controlla l'area. Gli abitanti del garage, temendo nuove ritorsioni, hanno poi trovato un'altra sistemazione.



Foto 1. Il medico MSF benda una ferita da arma da fuoco - Melito (NA) - Foto Francesco Cocco/Contrasto

Nel corso di un'intervista un cittadino ghanese ha riportato quanto segue: *"Un mattino mi trovavo a un incrocio in attesa, insieme a molti ragazzi africani, di essere reclutato, quando un uomo a bordo di un'auto si è fermato e mi ha offerto 25 euro per raccogliere pesche nella sua campagna. Ho accettato e sono salito in macchina, effettivamente dopo poco siamo arrivati in un campo, io sono sceso ma invece di indicarmi il luogo del lavoro l'uomo ha estratto una pistola e l'ha puntata contro di me. L'uomo mi ha intimato di consegnargli immediatamente tutti i soldi che avevo altrimenti mi avrebbe ucciso. Gli ho detto che non avevo nulla, poteva perquisirmi lui stesso se non mi credeva. Lui lo ha fatto e si è convinto da solo. Dopo poco mi ha lasciato andare"*.

Durante una delle viste nel comprensorio di Giugliano il medico MSF ha assistito un giovane proveniente dal Benin che lamentava dolori dovuti a un violento colpo di bastone alla schiena: *"...stavo rientrando a casa dal lavoro - ha denunciato l'uomo - quando alcuni giovani italiani su di un'auto hanno estratto un bastone e mi hanno colpito alla schiena con forza..."*.

Un cittadino liberiano ha chiesto un consulto odontoiatrico al medico MSF perché *"circa due mesi fa stavo rientrando a casa quando alcuni giovani mi hanno sorpreso alle spalle e scaraventato a terra con grande violenza. Ho sbattuto il volto contro il cemento ed ho perso i sensi. Nella semicoscienza li ho sentiti gridare: "E' morto! E'morto!" Quando ho ripreso i sensi avevo il volto ricoperto di sangue e i due incisivi dell'arcata superiore in frantumi"*.

Sempre nel comprensorio di Giugliano testimonianze raccolte da diverse persone hanno portato alla luce il seguente episodio: *"Una notte quattro giovani italiani si sono introdotti nella nostra abitazione. Hanno iniziato a gridare svegliando tutti, dicevano di essere della polizia e ci hanno intimato di consegnare immediatamente il permesso di soggiorno. Oltre a questo hanno preteso che consegnassimo tutti i soldi che avevamo e i nostri telefonini. Ci hanno derubato di tutto e il giorno dopo abbiamo ritrovato i nostri permessi di soggiorno accartocciati nell'erba"*. Lo stesso episodio si sarebbe verificato a un mese di distanza in un'altra palazzina a poche centinaia di metri di distanza: *"Questa volta eravamo stati avvisati dai nostri connazionali e abbiamo intuito che si trattava di un furto. E' scoppiata una colluttazione e alcuni di noi hanno chiamato i carabinieri. Due ladri sono riusciti a fuggire mentre gli altri due sono stati arrestati. Non so se ci sia mai stato alcun procedimento contro di loro."*

Episodi simili insieme alle percosse e al generale senso di insicurezza che si respira nella zona hanno instillato un sentimento di profondo timore negli stranieri rispetto alla realtà circostante. Molti di loro hanno dichiarato di non uscire la sera per paura di essere aggrediti e di evitare in questo senso qualsiasi contatto con la popolazione italiana che non sia strettamente necessario. **Tutto questo non fa che aumentare l'enorme divario che separa il mondo degli stranieri, spesso relegati in veri e propri ghetti, dal contesto in cui vivono.**

Due intervistati hanno dichiarato di non poter frequentare il corso serale d'italiano per timore di uscire la sera, quando le aggressioni nelle strade si fanno più frequenti. Un intervistato ha raccontato di aver iniziato a seguire le lezioni, è stato costretto a interrompere il corso per ripetute aggressioni subite sulla via del ritorno a casa la sera tardi. A Casal di Principe (CE), secondo le dichiarazioni raccolte, vigerebbe un vero e proprio coprifuoco in tal senso: dopo le 22 tutti gli stranieri si rifiutano di uscire per paura.

2.2 Conseguenze mediche della situazione degli stranieri in Campania: traumi fisici e disagio psichico

La violenza urbana descritta determina situazioni di grande stress a livello psichico ma anche a livello fisico. La bassissima qualità di vita, il lavoro precario e scarso, il razzismo, la situazione legale degli stranieri, l'insicurezza costante, la sensazione -a volte veritiera- di pericolo per la propria vita producono grande stress.

In Campania, in particolare, diritti essenziali come il diritto alla salute o all'assistenza medica, sono diritti praticamente inesistenti: il 90,9% degli intervistati non ha assistenza sanitaria. Soltanto il 7,6 % ha una corretta iscrizione al SSN. **Da rilevare che nessuno dei 30 richiedenti asilo incontrati, pure essendo nella zona da una media di un anno, aveva l'iscrizione al SSN. In pratica in Campania, più che altrove, vi è una maggiore difficoltà di accesso alla salute.**

In maniera schematica si possono identificare almeno due tipi di patologie: le patologie fisiche e le patologie psichiche.

- Tra le patologie fisiche direttamente derivate dalla violenza ci sono di carattere traumatico.
- Fra le patologie psichiche, ci sono le alterazioni psico - affettive nonché tutte le patologie dette "psicosomatiche"⁵⁷.

Tra tutte le Regioni visitate, più di un terzo (il 40%) delle patologie fisiche muscolo-scheletriche o articolari sono derivate da trauma.

In Campania tutti quelli che hanno subito un trauma presentano lesioni permanenti. La metà di loro (52,9%) riferisce di aver subito maltrattamenti negli ultimi sei mesi.⁵⁸

Nel 100% dei casi, il trauma è considerato l'unica patologia durante la permanenza in Italia, anche se si possono ipotizzare altre patologie "comuni" (quali l'influenza), visto che la media del tempo trascorso in Italia si aggira intorno ai due anni.

Le aggressioni sono responsabili del 68% dei traumi in Campania. A livello puramente fisico, hanno svariatissime conseguenze: da semplici contusioni, fratture, lesioni fino agli effetti di colpi da arma da fuoco.

Il restante 31% corrisponde a lesioni avvenute nel corso dell'attività lavorativa. Le persone che hanno subito traumi sul lavoro fanno parte del gruppo più sfavorito: sono privi di contratto di lavoro, la grande maggioranza (76%) guadagna meno di 25 euro al giorno e lavora soltanto 2-3 giorni alla settimana. Una lesione permanente, seppur piccola, riduce la possibilità di proporsi per la giornata o costringe a lavorare con un certo handicap, che nel caso di lesioni diminuisce il rendimento perché coinvolge le parti del corpo usate per l'attività⁵⁹. Molti dei pazienti hanno paura di non resistere alle condizioni di lavoro, di rimanere seriamente handicappati o con invalidità permanenti. La peggior paura è quella di morire (nel caso delle aggressioni, essere ucciso) e che nessuno mai lo sappia.

In Campania, le alterazioni della sfera psico-affettiva rappresentano il terzo motivo per frequenza di consultazione del medico di MSF: dopo la visita medica si conferma che il 67,8% delle persone presentano alterazioni di tipo ansioso severo (con limitazione delle attività della vita quotidiana), il 14,3% dei sospetti diagnostici riguardano alterazioni non

⁵⁷ Dal DSM-IV-R l'origine psicosomatica potrebbe spiegare quasi la totalità di tutti i sospetti diagnostici possibili e i risultati di tante analisi complementari. Esiste certamente una forte **componente** psichica in patologie. Ad esempio le patologie gastriche si aggravano spesso in relazione dell'umore del paziente.

⁵⁸ Se si considerano tutte le Regioni visitate, la percentuale di persone che riferisce maltrattamenti è notevolmente più bassa: 37%.

⁵⁹ Per esempio chi lavora alla raccolta di frutta e ortaggi usa soprattutto le mani quindi più facilmente subirà incidenti che riguardano gli arti..

specifiche affettive e comportamentali, il 17,8% degli stranieri presentano come sospetto diagnostico "depressione".

L'82,3% delle persone visitate in Campania indipendentemente del motivo di consultazione, sono state valutate a livello psico-affettivo. Di queste 163 persone, soltanto il 17,2% avevano fatto una esplicita domanda per alterazioni psico-affettive (per es. "insonnia", "malattia dell'anima e del corpo", "sensazione di essere malato e morire").

La voce degli addetti ai lavori

Intervista a Biagio Savinelli, Direttore Generale Ispettorato del Lavoro di Caserta e Giovanni Pisanti, Responsabile Servizio Ispettivo Direzione Caserta

MSF. Ci sono dati circa il numero di ispezioni che avete effettuato nel 2004 presso aziende agricole?

Biagio Savinelli. Ogni anno svolgiamo una vigilanza specifica in agricoltura. L'ultimo controllo è stato fatto tra il 9 giugno e il 6 agosto 2004: abbiamo ispezionato 224 aziende, intervistando 437 lavoratori italiani e 191 extra-comunitari. Di questi 123 erano privi del permesso di soggiorno.

Come funziona il lavoro dell'ispettorato?

B. S. La vigilanza viene effettuata congiuntamente alle forze dell'ordine perché gli ispettori spesso non trovano ambienti sereni al loro arrivo in azienda. Gli ispettori si recano sul posto e valutano le aziende a vista: vedono dove c'è utilizzo di manodopera ed entrano nelle imprese, quindi verificano chi è in regola e chi non lo è. Le visite vengono sempre fatte a sorpresa.

Voi avete un'idea di quanti siano i lavoratori irregolari presenti sul territorio?

B. S. Credo che gli irregolari utilizzati in agricoltura si aggirino intorno all'80% e tra questi irregolari abbiamo clandestini e coloro che preferiscono non essere regolarizzati. Percepiscono così una paga maggiore, questi lavoratori non intendono rimanere in Italia sono qui solo per accumulare denaro per poi tornarsene nelle loro terre. Questi non hanno il senso della tutela previdenziale, quanto più riescono a guadagnare meglio è. I clandestini abbondano e non sono facilmente individuabili perché ruotano sul territorio dove trovano occasioni di lavoro. Non hanno titolo per poter essere assunti e sono maggiormente destinati ad essere sfruttati dai datori di lavoro, non solo in agricoltura.

Con l'80% di manodopera irregolare il lavoro per l'ispettorato è notevole.

B. S. Abbiamo una mole di lavoro immane: non siamo in grado di assicurare una presenza capillare sul territorio, anche perché le risorse umane sono limitate. Abbiamo circa 30 ispettori attivi, su un territorio vastissimo dove il lavoro nero abbonda.

Quindi qual'è il problema reale?

B. S. I lavoratori ci sono, basta regolarizzarli evitando l'immissione di altri che non fanno altro che aumentare il numero di lavoratori a nero, di disoccupati. Le liste di collocamento sono quanto mai sufficienti a coprire il fabbisogno di manodopera. Tutti questi che vengono in Italia, ottengono un permesso di soggiorno con regolarizzazioni fasulle: non hanno l'intento di lavorare ma spesso vanno a vivere ai margini della società

incrementando la delinquenza, la prostituzione. Secondo me, si tratta di un mio calcolo, il 20% di quelli che vengono in Italia veramente lavorano. Sono pessimista, lo so.

Forse esiste anche una difficoltà legislativa per cui un irregolare o accede ad una sanatoria o in alcuni casi si compra un contratto di lavoro.

B. S. Non in alcuni casi, il 60-70% dei casi si compra il permesso di soggiorno.

Si tratta di un'irregolarità da parte dello straniero ma è anche un'irregolarità pesante da parte del datore di lavoro. Si chiama truffa.

B. S. Sì c'è connivenza, ci sono truffe. Il datore di lavoro italiano si fa corrompere dallo straniero che ha bisogno del permesso di soggiorno.

Poi queste persone le trovate nei campi quindi un certo bisogno esiste.

B. S. Le troviamo nei campi perché loro amano lavorare in forma irregolare.

In base al nostro studio tuttavia esistono anche moltissimi lavoratori privi del permesso di soggiorno e che quindi non possono essere iscritti alle liste di collocamento.

B.S. Lei mi deve dire con tutte le persone iscritte alle liste di collocamento perché a lavorare sono i clandestini? Quelli che abbiamo autorizzato prima non lavorano più ma sfruttano i clandestini. E vivono ai margini della legalità. GP. Sono caporali stranieri che gestiscono i clandestini. Lei va in una piazza al mattino presto e si trova tutti questi extracomunitari che aspettano il caporale che li porti al campo. Un imprenditore agricolo ha necessità di avere questi lavoratori con immediatezza, magari per due giorni per la raccolta di patate o dei pomodori ho bisogno di ulteriori 10 -15 dipendenti rispetto al numero abitualmente impiegato. Una volta ci si rivolgeva all'ufficio di collocamento oggi è più semplice reperirla in modo da non doverla dichiarare andando in queste piazze. Per chi non ha un permesso di soggiorno il primo impatto lavorativo è proprio in agricoltura per poi risalire verso il Nord.

Allora non sarebbe più facile snellire le procedure di regolarizzazione per chi già si trova sul territorio italiano?

B.S. Vede le regolarizzazioni secondo me hanno il grosso difetto di non essere corrispondenti all'effettivo fabbisogno di manodopera. Se ci fosse un'altra regolarizzazione domani noi avremmo un mare di richieste non collegate all'effettive esigenze di un posto di lavoro. Perché il datore di lavoro che regolarizza lo fa con il fine di favorire quella persona. Noi pensiamo a Caserta, una provincia con una disoccupazione del 30%, dove sta questo fabbisogno? La soluzione al problema non sta nell'immettere altre persone ma nel bloccare i flussi di arrivo, non far venire più nessuno e cercare di far lavorare continuamente in maniera fidelizzata nel tempo quelli che già sono qui.

Tuttavia esiste una necessità di emersione, una soluzione potrebbe essere regolarizzare i presenti ed eventualmente fornire un permesso per ricerca di lavoro a quei lavoratori che terminata la stagione si trovano momentaneamente disoccupati?

B.S. Anche quelli che sono in Italia possono avere un ulteriore permesso di soggiorno di sei mesi anche se non hanno un rinnovo del contratto. L'Italia però non può essere il *rifugium peccatorum* di tutto il mondo, qua non possiamo raccogliere tutti, cosa vogliamo fare un'apertura delle frontiere? "*Venite tutti in Italia!*", ma l'Italia ha la possibilità di tenerli? Oltretutto abbiamo anche problemi di natura assistenziale e

medica. Tutti questi extra comunitari che sono in una posizione non regolare dal punto di vista lavorativo comunque pesano sulla società. La Caritas ci dice che abbiamo una marea di immigrati, 2 milioni e oltre. Ma quanti di questi hanno un rapporto lavorativo in regola? Se invece di 2 milioni ne mettiamo 5 milioni comunque ci sarà bisogno di manodopera. Il problema non si risolve facendo venire altre persone lo si risolve dicendo a chi c'è già tu lavori oppure te ne vai.

In conclusione secondo Lei se a queste persone venisse offerta la possibilità di un contratto in regola accetterebbero oppure no?

B.S. Secondo me no, non accetterebbero perché questi amano girovagare e solo una fascia ridotta di loro vuole un lavoro stabile, gli altri preferiscono buttarsi in tutta una serie di attività occasionali.

Storia di A.

Molti dei lavoratori stagionali sono richiedenti asilo, persone che fuggono da Paesi in guerra, da situazioni di pericolo diffuso. Purtroppo nel nostro Paese non riescono ad avere accesso a un sistema di accoglienza e si trovano inseriti nel circuito stagionali.

A. ha 33 anni e viene dalla Sierra Leone. Medici Senza Frontiere lo ha incontrato nel luglio 2004 Campania. Vive in una palazzina affittata in mezzo alla campagna in provincia di Napoli insieme ad altri 102 africani. Per lo più vengono dal Ghana e dalla Liberia, lui è il solo cittadino della Sierra Leone. Questa è la sua storia.

“Ho lasciato la Sierra Leone il 7 marzo 2002. L’ho abbandonata a causa dell’instabilità del mio Paese quando tanti uomini, donne e bambini fuggivano per aver salva la vita. Sono nato e cresciuto nella capitale con la mia famiglia. Purtroppo mio padre è morto molti anni fa per una malattia che nessun medico ha saputo curare. Mia madre è cieca, siamo rimasti soli cercando di sopravvivere con dignità. Io facevo il falegname e lavoravo onestamente.

Purtroppo la Sierra Leone non è un Paese stabile e democratico come l’Italia, la guerra civile lo ha devastato per anni.

Un giorno mi trovavo in casa di amici, siamo usciti nel barrio per incontrare altre persone quando la conversazione è degenerata in una lite per questioni politiche legate al governo e alla situazione interna al Paese. Un uomo, probabilmente un combattente di un gruppo ribelle ha tirato fuori un machete e mi ha ferito con violenza, ancora oggi sul mio volto è visibile la cicatrice della ferita. A quel punto sono scoppiati i tumulti, qualcuno ha iniziato a sparare, la situazione è degenerata velocemente: non appena ho potuto sono fuggito.

Mi sono riparato a casa, mia madre spaventata ha chiamato un medico amico che mi ha medicato la ferita. Esattamente in quel momento ho deciso che me ne sarei andato. Nel marzo 2002 ho lasciato la mia casa e ho visto per l’ultima volta la mia famiglia. Ho iniziato un lungo viaggio per raggiungere il Nord Africa e da lì imbarcarmi verso l’Europa. Lungo il cammino ho incontrato decine di persone in fuga dalla guerra e dalla fame come me. All’inizio ho trovato un passaggio a bordo del loro camion. In questo modo ho attraversato facilmente la frontiera con la Guinea e da lì mi sono diretto al

Nord, verso il deserto e la Libia. Ho dovuto pagare molti soldi per acquistare un biglietto che mi garantisse un passaggio attraverso il Sahara. Da questo momento in poi non so dirti per quanti giorni abbia viaggiato. E' iniziata per me un'odissea simile a un'allucinazione in cui mi ricordo solo la sete, la fame e il caldo insopportabile. Sul camion perdevo spesso i sensi a causa della fatica, i giorni passavano e io continuavo a essere in uno stato di semi incoscienza. Eravamo in molti sul pianale di un camion stipati l'uno contro l'altro. Viaggiavamo tutto il giorno sotto il sole. Non so dire come sia riuscito a sopravvivere ma dopo giorni di traversata sono arrivato in Libia. Mi sono fermato in una città vicino al confine con la Tunisia. Non avevo più soldi, per continuare il mio viaggio dovevo assolutamente lavorare. Ho trovato lavoro in un negozio come sguattero del proprietario: in cambio del mio lavoro il padrone mi permetteva di dormire nel retrobottega del negozio. Intanto cercavo disperatamente qualcuno che mi aiutasse a trovare una barca per l'Europa. Un giorno un uomo è entrato nel negozio dove lavoravo e ha chiesto di parlarmi in privato. Siamo andati nel retrobottega e l'uomo mi ha detto che se ero interessato nel giro di poco una barca sarebbe partita per l'Italia.

L'appuntamento era per la mezzanotte del giorno dopo. Sulla spiaggia c'erano molte persone con me, io pensavo solo ad arrivare a destinazione sano e salvo. Abbiamo navigato per ben sei giorni, la traversata non è stata facile abbiamo perso la rotta e l'acqua e il cibo non sono più bastati per tutti. Alla fine siamo arrivati in Italia. Non ho idea di dove fossimo so soltanto che dopo 48 ore di primissime cure siamo stati tutti trasferiti nel centro di accoglienza di Crotone. Sono rimasto lì per diverse settimane. Quando mi hanno fatto uscire ho preso un treno e sono arrivato qui dove ho trovato un posto per dormire insieme ad altri africani.

Questa casa non è molto grande e noi siamo in 102 a dormirci dentro. Vengono tutti dal Ghana, io sono l'unico cittadino della Sierra Leone e molto spesso mi sento solo.

Qui la vita è dura: ogni mattina mi alzo alle 4 e vado all'incrocio aspettando che qualcuno mi offra un lavoro per la giornata.

Purtroppo la mia situazione è al momento precaria tanto quanto lo era in Africa. L'ambiente che ci circonda mi sembra molto povero e disagiato, il Governo non fa nulla per aiutarci. Io ho presentato la mia domanda d'asilo al Governo italiano, ho un permesso di soggiorno ma non posso lavorare secondo la legge nonostante attenda da oltre un anno che la mia domanda venga esaminata.

In Africa la gente è convinta che in Europa tutto sia semplice. Purtroppo qui in Italia non ho trovato la protezione che speravo di avere in quanto profugo. L'unica cosa che posso fare per sopravvivere è lavorare come raccoglitore di frutta a giornata nei campi qui intorno. E' un lavoro duro, pagato poco ma soprattutto precario: oggi lavori e domani non sai. Inoltre devo vivere qui in questa casa con altre cento persone e pagare anche l'affitto. Nella mia stanza siamo in dieci: dividiamo un materasso in tre e gli ultimi arrivati dormono a terra.

Cosa mi aspetto dal futuro? Al momento tutto dipende dalla mia condizione di richiedente asilo, ma vorrei poter andare a scuola per imparare l'italiano, magari trovare un lavoro, cambiare casa, farmi degli amici. Vorrei solo un po' di normalità.

2.2 Puglia: drammatiche condizioni abitative e patologie legate alla povertà

Premessa

Medici Senza Frontiere ha iniziato a lavorare in Puglia nel 2000 con l'obiettivo di fornire assistenza agli stranieri che sbarcano sulle coste. Fino al 31 Dicembre 2002 MSF ha poi tenuto in vita un Centro di Accoglienza per donne vittime di tratta.

All'inizio del 2003 gli sbarchi lungo le coste pugliesi sono progressivamente diminuiti e MSF ha ridimensionato l'intervento nell'area. Da allora nella Regione lavora un responsabile di terreno che monitora continuamente la situazione delle coste oltre a verificare le condizioni di vita all'interno dei Centri di Prima e Seconda Accoglienza e il rispetto delle norme di accesso alla procedura di asilo nei suddetti centri.

L'idea originaria del progetto stagionali è nata nell'estate 2003 quando, nella provincia di Foggia, MSF è stata testimone delle drammatiche condizioni in cui vivevano circa 1400 richiedenti asilo impiegati nella raccolta del pomodoro come lavoratori stagionali.

Nei primi mesi del 2004 la responsabile di terreno in Puglia ha realizzato un monitoraggio completo nelle province di Foggia e Brindisi. Il lavoro si è concentrato sull'attività di *mapping*⁶⁰ e *outreach*⁶¹ condizione indispensabile per realizzare le visite del team stagionali. Nello stesso periodo gli operatori di MSF hanno più volte sollecitato le istituzioni e gli enti locali interessati a cercare soluzioni alternative che consentissero almeno un'accoglienza minima per i lavoratori stranieri in arrivo. Nonostante ciò l'estate 2004 è trascorsa, per gli stagionali impiegati nella raccolta del pomodoro, esattamente come tutte le altre.

Dopo aver ricevuto una serie di segnalazioni da parte di alcuni stranieri, Medici Senza Frontiere ha poi deciso di effettuare una visita anche in Basilicata, nella zona di Metaponto. Nella periferia del paese una fabbrica abbandonata, in condizioni di estrema fatiscenza, era stata occupata da diverse decine di immigrati impiegati nella raccolta delle angurie. La visita a Metaponto è stata preceduta da un paio di ricognizioni di operatori MSF per verificare la situazione e avviare un contatto con la comunità straniera presente.

MSF ha visitato la Puglia due volte: la prima dal 1 al 7 agosto 2004, la seconda dal 30 agosto all'8 settembre 2004. Le visite in Puglia si sono concentrate in provincia di Foggia, nelle aree di Borgo Segezia, Borgo Mezzanone, Stornara, Rignano, e nelle campagne tra Cerignola e Borgo Libertà, e inoltre a Brindisi. MSF ha condotto un'unica visita nell'area di Metaponto (MT), precisamente dal 28 al 31 luglio 2004. In Puglia e Basilicata MSF ha visitato complessivamente 248 persone, 226 in Puglia e 22 in Basilicata.

⁶⁰ *Mappatura*: termine tecnico dell'attività socio sanitaria di MSF. Per *mappatura* del territorio si intende un'attività di conoscenza esaustiva e sistematica dell'area volta ad individuare tipologia della popolazione presente, luoghi di aggregazione e risorse disponibili. (Vedi Metodologia)

⁶¹ *Outreach*: termine tecnico dell'attività socio-sanitaria di MSF. Per *outreach* si intende l'attività di contatto diretto con le comunità immigrate volta ad individuare referenti di comunità, stabilire un rapporto di fiducia con gli stranieri e un canale di comunicazione per informare la popolazione target circa attività e scopi dell'azione del lavoro di MSF. (Vedi Metodologia)

Informazioni generali sulla popolazione intervistata

Anche in Puglia e Basilicata i pazienti intervistati sono soprattutto uomini (90%) e cittadini sub-sahariani (80%). I principali Paesi di provenienza dei lavoratori incontrati sono il Sudan, il Ghana, la Liberia e la Romania.

In Puglia e Basilicata si registra una percentuale significativa sia di stranieri in possesso di permesso di soggiorno per richiesta d'asilo (37% del totale), sia di persone che hanno già ottenuto lo status di rifugiato o la protezione umanitaria (6%). **In queste Regioni il fenomeno di richiedenti asilo impiegati come lavoratori stagionali assume dunque dimensioni notevoli.** L'idea di assistere gli stranieri impiegati in agricoltura è nata proprio nel foggiano quando MSF, nell'estate 2003, è stata testimone delle condizioni in cui vivevano circa 1400 richiedenti asilo costretti a lavorare alla raccolta del pomodoro per sopravvivere.

Una delle ragioni che spiega il fenomeno può essere ricercata nella presenza di Centri di Identificazione⁶² (Borgo Mezzanone e Bari Palese) nelle province di Foggia e Bari. Colui che presenta domanda d'asilo in Italia viene infatti ospitato in un centro d'identificazione fino al momento in cui gli viene consegnato il permesso di soggiorno e un contributo statale (si tratta di 17 euro per 45 giorni)⁶³. I richiedenti asilo una volta usciti dal centro sono privi di mezzi di sostentamento e vedono nel lavoro in campagna un'opportunità di guadagno per sopravvivere. **La presenza di richiedenti asilo come lavoratori stagionali è la diretta conseguenza dell'esistenza, nel nostro Paese, di un inadeguato sistema d'accoglienza per chi fugge da guerre o persecuzioni personali⁶⁴.**

Coloro che si trovano sul nostro territorio, non avendo avuto accesso a un centro di seconda accoglienza (una situazione che riguarda circa il 90% dei richiedenti asilo), sono costretti a lavorare in modo irregolare per sopravvivere fino alla data dell'intervista finale per la concessione dello status di rifugiato (come detto più volte il permesso di soggiorno per richiesta d'asilo, secondo la legge italiana, non dà la possibilità di lavorare a fronte di tempi d'attesa che superano i 14 mesi).

Un efficace sistema di passaparola richiama così nell'area centinaia di aspiranti lavoratori per la raccolta di primizie.

Le drammatiche condizioni abitative

Nel corso delle visite in Puglia e Basilicata MSF ha monitorato una situazione drammatica per quanto riguarda l'alloggio dei lavoratori stagionali stranieri. Oltre il 70% delle persone intervistate vive in una casa abbandonata, il 12% non ha a disposizione alcun tipo di alloggio, il 9% dorme in un campo allestito da un'organizzazione. Solo il 4% vive in una dimora ceduta gratuitamente dal proprietario terriero, soluzione che, secondo la legge italiana in materia di lavoratori stagionali immigrati, dovrebbe sempre avviare al problema dell'alloggio⁶⁵.

Una così alta percentuale di situazioni precarie si riflette nei servizi minimi a disposizione di questi lavoratori. Il carattere strettamente stagionale del movimento

⁶² Tipologia di centro istituita dalla legge 189/2000. In queste strutture si prevede il trattenimento del richiedente asilo per il tempo strettamente necessario alla definizione delle autorizzazioni alla permanenza nel territorio dello Stato, al fine di determinare o verificare la sua nazionalità o identità. In realtà in Puglia i due centri citati – oltre a quelli denominati “Lorizzonte” a Squinzano e Don Tonino Bello a Otranto – funzionano con queste modalità e finalità già dal 1997.

⁶³ Per meglio comprendere le attuali evoluzioni della normativa italiana in materia d'asilo si veda il capitolo Background legale – Il diritto d'asilo in Italia.

⁶⁴ Il sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati, rete di centri di seconda accoglienza finanziata dal governo utilizzando anche la quota del F.E.R. (Fondo Europeo Rifugiati), risponde solo al 6,67% del reale bisogno di accoglienza (fonte: ICS_ Rifugiati in Italia: la protezione negata. Primo rapporto sul diritto di asilo in Italia).

⁶⁵ Si veda il capitolo Background legale – Normativa nazionale.

verso la Puglia spiega la bassa percentuale di alloggi in affitto, ma non può giustificare la totale assenza di strutture d'accoglienza e di standard minimi abitativi.

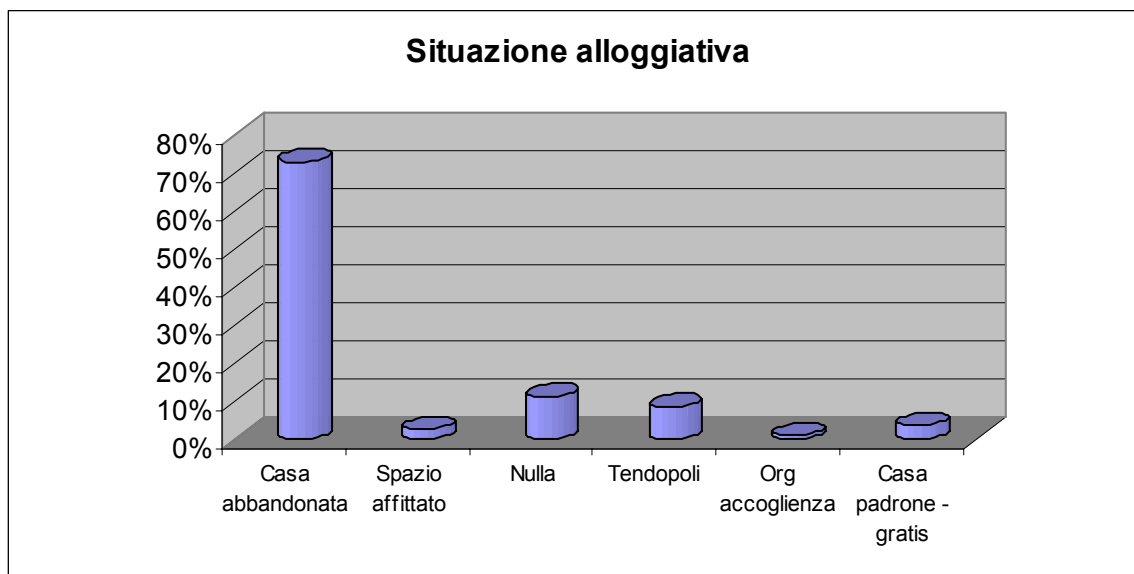


Grafico 3.2 Tipologia di alloggio in Puglia e Basilicata

La definizione *casa abbandonata* raccoglie un'insieme di situazioni diverse, tutte visitate direttamente dagli operatori MSF. In Basilicata, più precisamente nei pressi di Metaponto, MSF ha lavorato in una fabbrica in disuso dove nei primi mesi del 2004 diversi stranieri avevano trovato rifugio. Nell'estate dello stesso anno erano circa 150 i sudanesi che si erano installati nei locali disabitati della fabbrica. Molti di loro lavoravano alla raccolta di angurie nelle vicine campagne. Queste persone dormivano all'aria aperta, senza bagni, con un solo punto acqua situato all'esterno del cancello di ingresso, cucinando con un fuoco improvvisato. Gli occupanti dell'area erano tutti sudanesi la maggior parte proveniente dal Darfur, regione del Sudan occidentale dove nel febbraio 2003 è scoppiato un violento conflitto interno definito dall'ONU come "la più grave crisi umanitaria in corso". A Metaponto MSF ha visitato 22 persone: di queste 17 erano richiedenti asilo, 2 rifugiati e solo 2 irregolari. Mentre le *equipages* di MSF lavoravano in Ciad nei campi profughi allestiti per soccorrere la popolazione del Darfur in fuga dalla guerra, le stesse persone che avevano faticosamente raggiunto l'Italia per mettersi in salvo si trovavano nel nostro Paese in situazioni di assoluta indigenza, lontani dai riflettori del mondo.

Dalle notizie raccolte la fabbrica abbandonata è stata sgomberata dalle forze dell'ordine a fine estate 2004, alla fine della stagione di raccolta.

Hanno dato fuoco al mio villaggio. Hanno sgozzato gli animali, violentato le nostre donne e giustiziato gli uomini. Mio padre è morto davanti ai miei occhi. Io sono scappato, ho attraversato il deserto e raggiunto l'Italia. La mia famiglia si trova in un campo profughi del Ciad ma non riesco a mettermi in contatto con loro, non so se siano vivi o morti.

Richiedente asilo sudanese, 30 anni, visitato in una fabbrica abbandonata a Metaponto (MT)

All'ingresso di Stornara, in provincia di Foggia, MSF ha lavorato in una palazzina semi-costruita. La struttura, lo scheletro di un edificio a quattro piani, da diversi anni veniva

puntualmente occupata da decine di lavoratori stagionali che in estate si recano nell'area per la raccolta del pomodoro. Qui i lavoratori vivevano in condizioni di estrema precarietà: senza acqua corrente, bagni, luce elettrica e gas. Tra le persone visitate nella palazzina il 60% erano richiedenti asilo o rifugiati. Anche questa palazzina è stata sgomberata dalle forze di polizia nel mese di agosto 2004.

MSF ha visitato, nella provincia di Foggia, diversi agglomerati di case abbandonate dove gli stranieri si trasferiscono durante la raccolta del pomodoro. Gli agglomerati si trovano nel mezzo della campagna lontani decine di chilometri dai centri abitati. Si tratta di veri e propri "villaggi fantasma" che nei mesi estivi rinascono e arrivano a ospitare centinaia di persone. Qui, stranieri provenienti soprattutto dall'Africa sub-sahariana ricreano un nucleo abitativo sul modello sociale e culturale del paese d'origine.

In queste strutture rurali abbandonate si concentrano centinaia di persone che vivono per mesi senza acqua, bagni e luce elettrica.

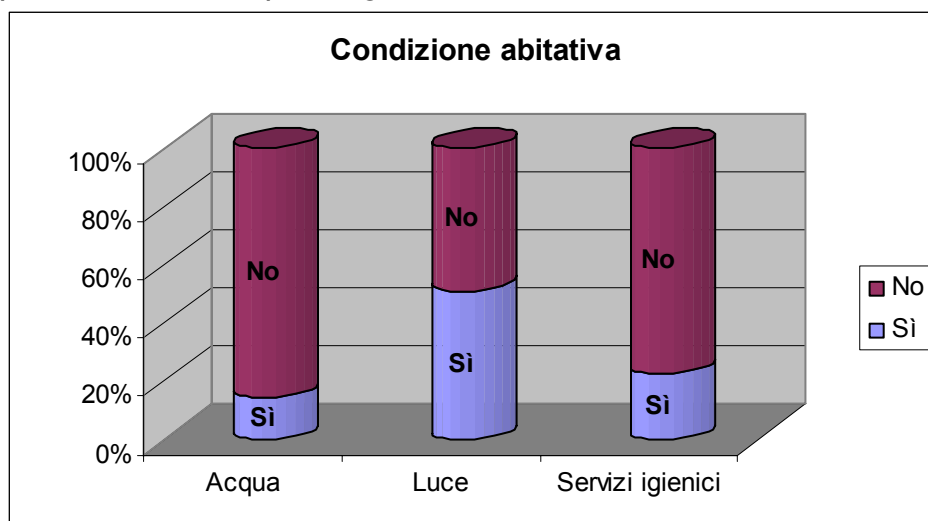


Grafico 3.3 Presenza di acqua, luce elettrica e bagni nel luogo di residenza - Puglia e Basilicata

Come mostra il grafico 3.3 le persone visitate in Puglia e Basilicata vivono in condizioni di assoluta precarietà: **l'85% degli intervistati non ha acqua corrente nel luogo in cui vive, circa il 50% non alcun mezzo per illuminare la propria abitazione, quasi l'80% non ha servizi igienici.**

Ancora una volta poi si presenta il problema del sovraffollamento abitativo all'interno di strutture inadeguate per ospitare esseri umani: circa il 60% degli intervistati vive insieme ad oltre 100 persone nella stessa struttura o agglomerato di case abbandonate.

I dati dimostrano come in Puglia, più che negli altri contesti analizzati, non vengono raggiunti neppure gli standard fissati dall'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.



Foto 2. Un rudere in mezzo alla campagna abitato da lavoratori stagionali moldavi - Foggia - Foto MSF

MSF ha monitorato situazioni in cui centinaia di persone non hanno a disposizione neanche un bagno o una latrina nel luogo in cui vivono. Tra coloro che non hanno acqua corrente solo il 28% percorre, per raggiungere il primo punto acqua, una distanza uguale o inferiore ai 150mt. Per il restante 72% la distanza non solo è superiore ai faticosi 150mt ma in molti casi si traduce in svariati chilometri. Si ricorda che i parametri Acnur/Unhcr sono pensati per campi profughi allestiti in situazioni di emergenza per migliaia di persone in fuga da guerre o catastrofi naturali. Anche l'approvvigionamento d'acqua potabile risulta un elemento preoccupante nell'analisi della condizione umanitaria in cui vivono i lavoratori stagionali. Solo il 30% degli intervistati può infatti permettersi di acquistarla in negozio, mentre i restanti casi si dividono tra chi beve l'acqua utilizzata per irrigare i campi (20%), chi la raccoglie da fontane pubbliche (30,3%) o utilizza rubinetti esterni alle abitazioni (12,2%). In uno dei villaggi visitati l'acqua veniva raccolta da un bacino artificiale scavato nel terreno dagli agricoltori per irrigare. Tale acqua non aveva ovviamente alcuna caratteristica di potabilità essendo a contatto diretto sia con la terra che con agenti atmosferici e animali.

Lavoro

Il 97,5% degli intervistati ha dichiarato di essere un lavoratore stagionale impiegato in agricoltura, il **100% delle persone visitate non ha un contratto di lavoro**. MSF ha visitato la Puglia nelle settimane in cui si concentra la raccolta del pomodoro, attività che ogni anno richiama migliaia di lavoratori stagionali dalle più disparate regioni d'Italia e non solo. Dalle testimonianze raccolte il sistema-lavoro durante la stagione del

pomodoro risulta strutturato nel seguente modo. Gli stranieri si alzano molto presto, intorno alle 4.30-5 a.m., per recarsi in luoghi *ad hoc* dove attendono l'arrivo di caporali e datori di lavoro. In alcuni casi i reclutatori si recano direttamente negli agglomerati dove vivono gli stranieri. Dalle interviste effettuate risulta che il compenso venga pattuito a cottimo. Per un cassone di pomodori da conserva da 350kg gli stranieri sono pagati dai 3 ai 4 euro a seconda del datore di lavoro. Per un cassone di pomodorini da tavola il compenso è invece di circa 7 euro. Nella raccolta del pomodoro il guadagno giornaliero dipende così dalla forza fisica, dalla resistenza individuale e dall'esperienza maturata negli anni.

L'elemento più significativo del sistema-lavoro in Puglia rimane il fenomeno del caporalato. Dalle testimonianze raccolte e dall'osservazione diretta (operatori MSF si sono più volte recati all'alba nei luoghi di reclutamento per assistere alle operazioni di chiamata) moltissimi lavoratori vengono reclutati da intermediari o meglio *caporali*. In molti casi questi ultimi non sono italiani ma stranieri. Si tratta per lo più di ex lavoratori stagionali che, negli anni, si sono guadagnati la fiducia del proprietario terriero il quale ha appaltato loro il reclutamento di lavoratori. L'incidenza del caporalato sui guadagni risulta evidente dalla cifra che i lavoratori devono corrispondere per il trasporto dal luogo del reclutamento al campo di lavoro.

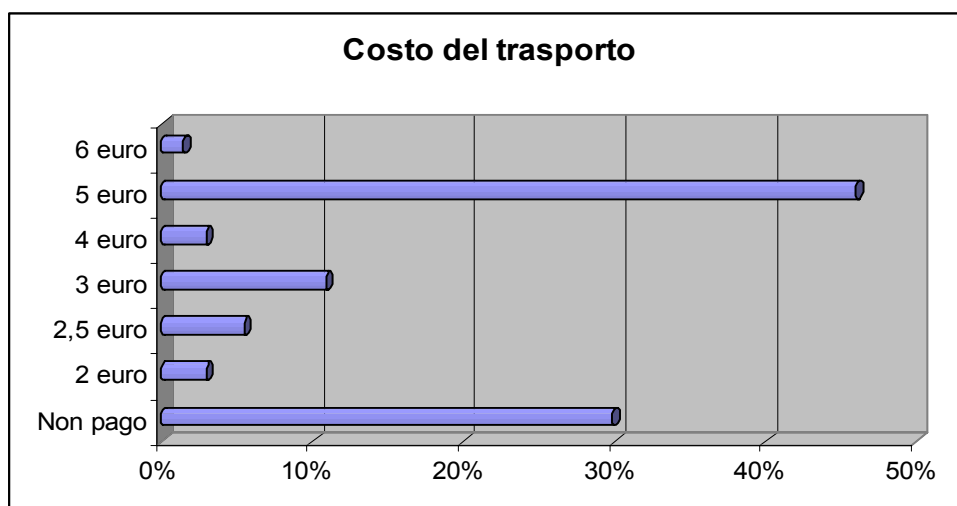


Grafico 3.4 Costo del trasporto che l'intervistato paga al caporale - Puglia e Basilicata

Il 48% degli intervistati paga per il trasporto 5 euro al giorno, una cifra estremamente alta a fronte di un guadagno che nella maggioranza dei casi è pari o inferiore ai 25 euro. MSF non è in grado di affermare se oltre al trasporto il caporale percepisca una percentuale del compenso giornaliero.

Se è vero che la maggior parte degli intervistati si divide tra chi è in possesso di permesso per richiesta d'asilo e chi è irregolarmente presente sul territorio, durante le interviste 18 persone con permesso di soggiorno hanno dichiarato di avere un altro lavoro regolare, di questi 8 sono operai in fabbriche del nord Italia. La tendenza di questo piccolo gruppo è dunque quella di trascorrere il mese di agosto, in cui le fabbriche solitamente interrompono le attività, non in vacanza ma nei campi del Sud per lavorare alla raccolta del pomodoro. Alla naturale domanda su quali fossero le ragioni di un simile comportamento la risposta è sempre stata la necessità pressante di incrementare le rimesse nel paese d'origine per aiutare la propria famiglia.

La voce degli addetti ai lavori

Intervista a dott. Matteo Valentino, Vicepresidente Confederazione Italiana Agricoltori (C.I.A.) Regione Puglia

Avete dati sulla presenza di lavoratori stranieri regolari in Provincia di Foggia?

Il dato certo sono le circa 1000 assunzioni delle nostre aziende in Puglia. Nella Provincia di Foggia sono impiegati soprattutto per la raccolta del pomodoro e nei settori viticolo, ortofrutta e zootecnia.

E dati relativi all'impiego di lavoratori stranieri irregolari?

Dipende dalle attività. Per quelle che durano tutto l'anno, come l'allevamento, è difficile che la manodopera impiegata sia irregolare. Mentre nei mesi estivi, per la stagione delle grandi raccolte, si possono stimare fino a 10mila lavoratori stranieri in Puglia, quasi tutti clandestini.

Come giudica il sistema delle quote?

Noi abbiamo sempre denunciato che il numero degli ingressi è insufficiente rispetto alle esigenze del sistema agricolo locale. Il Ministero ci risponde sulla base dei dati che arrivano dal sistema del collocamento, secondo cui circa il 50% degli iscritti rimane disoccupato.

E allora perché chiedete un innalzamento delle quote?

Il sistema delle quote è troppo lento, farraginoso e vincolante. La maggior parte delle aziende agricole non può garantire l'alloggio perché spesso si tratta di ettari senza nemmeno una costruzione muraria; né presenta il piano d'annata, che è una previsione dell'estensione agricola coltivata e della quantità di manodopera necessaria.

Quindi esiste un sistema di reclutamento irregolare?

È una scelta delle aziende. Vanno nelle piazze e contattano la manodopera direttamente, senza preoccuparsi se è in regola con i documenti di soggiorno o no.

Se fossero regolari, sarebbero regolarmente assunti?

In Italia i contributi sono i più alti d'Europa: se tutta la manodopera venisse assunta regolarmente il sistema non reggerebbe.

Perché? Ci può spiegare come procede la filiera e quali sono i costi?

Le aziende sono legate al sistema dei contratti interprofessionali (tra industrie di trasformazione e produttori). Il sistema di aiuti comunitari assegna quote regionali sulla base della trasformazione del prodotto. La C.I.A. manda un suo rappresentante presso l'industria di trasformazione per verificare e tutelare l'azienda produttrice durante il conferimento del prodotto. Ricevuto il prodotto, le industrie trattano sul prezzo iniziale concordato (110 lire - pari a circa 0.06 euro- al kg il concentrato; 130\140 per il pelato), dicendo che parte del prodotto consegnato è guasto o di qualità scadente, in modo da costringere il produttore ad accontentarsi anche di 20 lire al kg -0.01 euro-. Ormai in provincia di Foggia non ci sono più industrie di trasformazione del pomodoro; e i produttori foggiani conferiscono tutto il prodotto alle industrie campane.

Qual è la sua opinione sulla questione del lavoro in agricoltura?

Il futuro dell'agricoltura è dei lavoratori extracomunitari. Gli italiani si rifiutano di svolgere attività di basso profilo. Le aziende cercano anche figure professionali, occorre fare formazione. E' necessario snellire le procedure di ingresso e assunzione dei

lavoratori extracomunitari; abbattere i costi del lavoro (non le retribuzioni, ma gli oneri contributivi); garantire alloggi in strutture pubbliche, magari prevedendo un pagamento da parte dei lavoratori, così da evitare il degrado in cui vivono. Sono pochissime le aziende che si possono permettere di alloggiare i lavoratori extracomunitari in maniera dignitosa. Ne ho visitate alcune: in condizioni normali, gli stranieri non sono strutturalmente sporchi come generalmente si pensa.

Patologie dovute a povertà

Le patologie dovute a povertà sono patologie immediatamente riconducibili alle condizioni igieniche, alla potabilizzazione dell'acqua e alla situazione abitativa. La Puglia è l'unica Regione visitata dall'equipe di MSF dove queste occupano il primo posto in assoluto tra le malattie che maggiormente colpiscono gli stranieri.

Le patologie dermatologiche, respiratorie, gastroenteriche, hanno colpito in Puglia 102 persone (pari al 44% del gruppo di lavoratori stagionali visitati in Puglia e Basilicata). Questa percentuale è ancora più alta se si aggiungono i casi di scabbia riscontrati a Brindisi (si veda il box). In luoghi come gli agglomerati di case abbandonate nelle campagne nei dintorni di Cerignola e Rignano MSF ha riscontrato vari casi di diarrea muco-sanguinolenta, con tutta probabilità amebica e le condizioni di igiene (acqua e bagni) erano decisamente scadenti. Il 100% degli stranieri in questa località viveva in case abbandonate, il 77,3% dormiva per terra o in un materasso che molto spesso (40% dei casi) condivideva con altri; l'acqua bevuta proveniva dal pozzo di irrigazione in mezzo al campo; i contenitori per acqua, quando esistevano, erano poco protetti dalla contaminazione fecale; c'erano in media 5 persone per stanza. La mancanza di bagni (con conseguente defecazione all'aperto, in prossimità degli spazi dove si vive) aumenta enormemente i rischi igienici.

Se si considera soltanto il primo sospetto diagnostico⁶⁶, risulta che sul totale dei lavoratori stagionali visitati in diverse Regioni durante i sei mesi di progetto, tra le persone che presentano patologia dovuta a povertà, almeno⁶⁷ **il 79,1% non ha alcun tipo di assistenza sanitaria**⁶⁸.

Il 46,6% non ha mai consultato un medico in Italia, nonostante si trovi nel nostro Paese in media da 12 mesi.

Le patologie dovute a povertà si possono dividere in due grandi gruppi:

- Le patologie che appaiono dopo un certo tempo trascorso in condizioni terribilmente precarie. In questi casi gioca un ruolo importantissimo il deperimento progressivo fisico e psichico degli individui. Di questo gruppo due chiari esempi sono la tubercolosi e le verminosi.

⁶⁶ MSF ha raccolto tre sospetti diagnostici massimo per paziente, che tendenzialmente vanno in ordine di importanza o gravità. Il primo sospetto diagnostico tende a coincidere con la patologia più acuta o con la più grave.

⁶⁷ Come minimo perché se si prendono in considerazione i due altri sospetti diagnostici, i casi di acuti aumenteranno così come i cronici. Può darsi che una persona con patologia cronica abbia come seconda diagnosi una acuta poco importante, e viceversa.

⁶⁸ La percentuale diventa molto più alta se si considera soltanto la Regione Puglia.

Il caso della TBC

Nel corso del progetto MSF ha riscontrato almeno 12 casi di sospetta tubercolosi di cui 3 confermati da accertamenti clinici. Nonostante le interviste accuratissime, i medici MSF non hanno trovato riferimenti anamnestici di ricoveri o terapie per i 9 restanti. Per i casi confermati di TBC, la possibilità di realizzare correttamente la terapia e i controlli, con i continui spostamenti, era praticamente inesistente: nessuna delle persone con diagnosi di TBC riceveva assistenza sanitaria e soltanto uno dei casi sospetti era iscritto al SSN. L'ultima visita per quelli che si erano recati da un medico, risale a più di un mese prima.

- Le patologie acute per chi vive in condizioni di povertà sono ad esempio la scabbia⁶⁹ e le patologie diarroiche.

Il caso della Scabbia a Brindisi

A Brindisi MSF ha riscontrato almeno 13 casi di scabbia. I pazienti erano tutti eritrei e richiedenti asilo alloggiati fra i binari della ferrovia e occasionalmente nei dormitori della Caritas. Curiosamente erano persone già conosciute dal medico del team di MSF (in provincia di Ragusa Medici Senza Frontiere collabora con l'ASL locale nel primo screening sanitario effettuato agli sbarchi). La procedura di MSF durante le fasi di sbarco prevede il rilascio di fogli di accompagnamento dove viene compilata - grazie a un mediatore- una anamnesi medica completa dello straniero, l'esame obiettivo ed eventualmente un sospetto diagnostico con il rispettivo orientamento terapeutico⁷⁰.

A questo gruppo di uomini la scabbia era già stata diagnosticata dal team di MSF presente in Sicilia al momento del loro sbarco a Pozzallo (Rg). Lo stesso gruppo è stato ritrovato (circa un mese e mezzo dopo lo sbarco) a Brindisi: tutti avevano ancora la scabbia e a nessuno era stata somministrata alcuna terapia⁷¹. Tutti vivevano in condizioni di estrema precarietà che suggerivano necessità di una terapia specifica a base di Benzoato di Benzile e di un isolamento per 24 ore dall'inizio del trattamento, una conseguente disinfezione di effetti lettereci ed indumenti personali (vestiti e lenzuola dovrebbero subire una disinfezione a vapore a 100°).

In condizioni di promiscuità la scabbia è altamente contagiosa e il prurito può essere particolarmente invalidante. (Si veda capitolo generale su patologie dovute a povertà). La scabbia è una malattia che deve essere obbligatoriamente segnalata⁷² anche se non è mortale. Va tenuta sotto controllo soprattutto quando si ha a che fare con persone che vivono in comunità ad alto tasso di promiscuità (in Puglia il 26,5% degli stranieri condivide il materasso e la media di persone per stanza è di 5 persone).

⁶⁹ La scabbia non dipende tanto dalla mancanza di igiene personale quanto dall'enorme precarietà nelle condizioni di vita.

⁷⁰ Secondo i dati raccolti da MSF sullo stato di salute degli immigrati al momento del loro arrivo in Italia si può dire che gran parte degli immigrati risultano essere in relativo buon stato di salute al momento dell'arrivo in Italia.

⁷¹ Ci sono due momenti importantissimi di approccio sanitario agli immigrati. Il primo è lo screening che si fa al momento dello sbarco. Il secondo, per quegli stranieri che vengono trasferiti ai centri di seconda accoglienza, consiste nella possibilità di avere un'assistenza sanitaria completa - medico responsabile e SSN di riferimento- in caso di necessità.

⁷² La scabbia è classificata, dal D.M. 15.12.1990, tra le malattie infettive di classe 4a. Alla segnalazione del singolo caso da parte del medico curante, da effettuarsi entro 24 ore, deve seguire la segnalazione da parte dell'ULSS alla Regione solo quando si siano verificati "focolai epidemici". Ai fini della segnalazione si definisce "focolaio epidemico" il verificarsi di due o più casi della stessa malattia in un gruppo di persone appartenenti a una stessa comunità (famiglia, scuola, istituto di ricovero, etc.) o comunque esposti a una comune fonte di infezione.

MSF ha effettuato un primo intervento di emergenza e successivamente segnalato il caso alle autorità competenti: una rapida riunione con gli attori presenti, Caritas e amministrazione comunale, ha portato all'adozione di misure pratiche e immediate (avviamento della terapia farmacologica, misure igieniche complementari, riorganizzazione dell'accesso alla struttura di accoglienza per permettere il controllo sulla popolazione potenzialmente contagiata senza privarla dell'alloggio).

Storia di Dadi

Testimonianza raccolta in un agglomerato di case abbandonate situata nella campagna foggiana. Per la raccolta dei pomodori si concentrano qui in estate dalle 500 alle 700 persone. Si tratta di cittadini sub-sahariani, provenienti per lo più dai paesi anglofoni della parte occidentale del continente (Ghana, Liberia, Niger). Insieme a loro vive anche una piccola comunità di magrebini. Gli stranieri vivono e lavorano alla raccolta di pomodori e delle olive, fino alla vendemmia in autunno per poi spostarsi verso altre campagne o rientrare nei luoghi dove risiedono abitualmente.

Dadi è il soprannome che gli abitanti del villaggio africano sulla strada per Borgo Libertà dato al più anziano della comunità che da due anni vive, 365 giorni all'anno, in una masseria abbandonata. Questa è la sua storia.

Ho 56 anni e da 13 anni vivo in Italia, di questi gli ultimi due li ho trascorsi in questo villaggio in mezzo alla campagna pugliese. Tutti qui mi conoscono come Dadi.

Ho un regolare permesso di soggiorno da diversi anni, nonostante questo non ho mai avuto la possibilità in Italia, di esercitare la mia professione quella di ingegnere chimico. Così dopo aver vagato per l'Italia da Nord a Sud ho deciso di trasferirmi qui. Vivo tutto l'anno in una di queste case abbandonate, durante l'inverno rimaniamo in pochi, poi ad agosto il villaggio si anima e decine di connazionali africani arrivano da tutta Italia per lavorare alla raccolta del pomodoro. Anche la mia stanza, solitamente vuota, si popola di quattro, cinque persone, a volte dieci.

Non è facile trascorrere l'inverno in queste condizioni, non c'è acqua corrente e devo camminare per oltre 2 chilometri prima di raggiungere la fontana che altro non è che una pompa di acqua usata per irrigare i campi. Riempio alcune taniche e me le porto a casa. Uso questa acqua per ogni necessità: cucinare, lavarmi e bere. Credo che non sia perfettamente potabile: spesso soffro di dissenteria così quando posso ne compro un paio di bottiglie in negozio, ma durante l'inverno il lavoro scarseggia così tanto che non posso permettermi di acquistarla e bevo sempre quella della pompa.

Non ci sono bagni nella mia masseria, come in tutte le altre.

La vita qui è davvero dura. Ora c'è molta gente e non soffro la solitudine, ma il lavoro nei campi è faticoso soprattutto per un vecchio come me: per riempire un cassone di pomodori mi pagano dai 3.50 ai 4 Euro. In un giorno di lavoro io riesco a raccogliere 4 cassoni per un guadagno intorno ai 16 euro giornalieri. A questi però devo togliere 5 Euro che pago al capò⁷³ per il viaggio di andata e ritorno da casa al campo di pomodori. Ogni mattina un capò arriva verso le 5-5.30 a prenderci e poi ci riporta qui al termine della giornata. Ognuno paga al capò dai 3 ai 5 Euro a seconda della distanza da percorrere, viaggiamo in sette o otto per auto.

⁷³ Termine utilizzato in italiano.

In Ghana le cose erano molto diverse, la mia famiglia mi manca e anche se probabilmente non li rivedrò mai più io continuo a inviare loro denaro ogni mese.

In Ghana lavoravo come ingegnere chimico per una raffineria petrolifera. Avevo un lavoro onesto e guadagnavo bene. Poi all'inizio degli anni '80 sono iniziati i miei problemi con il governo. Di fatto ho manifestato molto chiaramente il mio dissenso nei confronti di alcune decisioni che non condividevo. La democrazia è cosa rara in questo mondo e così per una semplice opinione diversa sono stato incarcerato ad Accra per due anni. Non voglio parlare di quei mesi in prigione, li considero un capitolo chiuso della mia vita e non voglio ripensarci.

Posso solo dire che al termine della prigionia ho fatto di tutto per lasciare la mia terra natale. Mi sono trasferito in Libia dove per otto anni ho lavorato presso una raffineria come ingegnere. Nel 1990 ho pensato di venire in Europa per cercare fortuna. Mi sbagliavo, qui in Italia ho trovato una realtà diversa da quella che speravo. Non ho mai avuto la possibilità di esercitare la mia professione e ora sono troppo vecchio per essere assunto da qualsiasi parte.

Non amo questo posto, la vita è dura e mi sento isolato dal resto del mondo ma dove altro posso andare? Non ho soldi, non parlo l'italiano e non saprei dove vivere. Credo che rimarrò qui ancora per molto tempo, forse ci morirò in questo posto.

2.3 Sicilia: migrazione di lungo periodo e patologie legate al lavoro

Premessa

Medici Senza Frontiere ha iniziato a lavorare in Sicilia nel gennaio 2003 quando fu firmato un protocollo d'intesa tra l'organizzazione umanitaria e l'ASL di Siracusa. Il protocollo prevedeva l'apertura, all'interno delle strutture sanitarie pubbliche, di ambulatori dedicati agli stranieri privi del permesso di soggiorno. E' stato inoltre siglato un protocollo di intesa fra MSF e l'Istituto di medicina del lavoro dell'ASL 7 di Ragusa per il monitoraggio e il trattamento delle patologie correlate al lavoro in agricoltura. L'attività si è estesa nel corso degli anni e MSF ha aperto ambulatori per stranieri irregolari anche in provincia di Ragusa. Oggi tutti gli ambulatori siciliani sono stati riconsegnati alle ASL competenti⁷⁴ che portano avanti il lavoro iniziato da MSF implementando così la normativa vigente sull'immigrazione.

Negli ultimi anni la Sicilia, in particolare l'isola di Lampedusa, è diventata il primo punto di arrivo per le persone provenienti dalle coste africane a bordo di imbarcazioni. Dal 2002 MSF è presente a Lampedusa dove assiste svolge attività di assistenza sanitaria alle persone che sbarcano sull'isola prima che vengano trasferite al Centro di Permanenza Temporanea dell'isola. Ogni anno gli operatori MSF assistono circa 9000 persone. Anche sulle coste della Sicilia orientale un team di operatori è operativo sette giorni su sette, ventiquattro ore al giorno per portare assistenza in caso di sbarchi.

MSF ha avuto il primo contatto con la realtà degli stranieri impiegati in agricoltura proprio in Sicilia, più precisamente a Cassibile (SR) quando nel giugno 2003 monitorava le drammatiche condizioni in cui vivevano i lavoratori sub-sahariani impiegati nella raccolta di patate.

La maggioranza dei pazienti visti negli ambulatori siciliani di MSF erano inoltre lavoratori stagionali impiegati in serra o in campo aperto, queste persone presentavano una serie di sintomi e patologie chiaramente correlate al lavoro in agricoltura. Tutti questi elementi hanno spinto l'organizzazione umanitaria a ideare un progetto dedicato ai lavoratori stranieri impiegati in agricoltura.

Il team presente in Sicilia stabilmente si è occupato, nell'ambito del progetto stagionale, di tutta l'attività di *outreach* e *mappatura* necessaria per la realizzazione delle visite. La presenza di ambulatori MSF ha inoltre garantito il *follow up* di alcuni pazienti.

Il team stagionali ha visitato la Sicilia tre volte: dal 10 al 16 maggio, dal 21 al 27 giugno, infine dal 20 al 26 settembre 2004.

Le visite si sono concentrate nelle aree di: Cassibile (SR), Pachino (SR), Punta Braccetto (RG), Punta Secca (RG), Scicli (RG), Vittoria (RG), Alcamo (TP), Campo Reale (TP) e Palermo.

In Sicilia MSF ha intervistato e visitato, nell'ambito del progetto stagionali, 194 persone.

⁷⁴ ASL 8 di Siracusa e Pachino (SR), ASL 7 di Vittoria, Santa Croce, Scicli e Ispica (RG):

Dati agricoltura in Sicilia, nelle province di Ragusa e Siracusa

L' Istat⁷⁵, con l'ultimo censimento effettuato, segnala in Sicilia la presenza di 365.346 aziende agricole, zootecniche e forestali per una superficie totale pari a 1.504.240 ettari, di cui 1.281.655 ettari sono superficie agricola utilizzata (SAU). La forma di utilizzazioni più diffusa è quella delle coltivazioni legnose agrarie (olivo, vite, fruttiferi...). Le coltivazioni principali sono olivo, uva, agrumi e seminativi, prevalentemente cereali.

Nella provincia di Ragusa sono state rilevate 25.230 aziende agricole disposte su una superficie totale di 115.727,18 ettari dei quali 98.831,86 SAU. 66.244,02 di SAU sono destinati a seminativi (compresi gli orti familiari), mentre 22.506,17 vengono utilizzati per coltivazioni legnose agrarie. Il restante terreno è costituito da prati permanenti e pascoli. Secondo l'Istat sono necessarie per coprire il fabbisogno dell'intera provincia 4.317.579 giornate di lavoro ed una manodopera pari a 25.230 persone. Di queste 5.243 come manodopera extrafamiliare: 217 hanno un contratto a tempo indeterminato.

Nella provincia di Siracusa sono state rilevate 25.432 aziende agricole disposte su una superficie totale di 116.539,50 ettari dei quali 99.766,88 sono classificati come SAU. 46.114,96 ettari di SAU sono destinati a seminativi, 36.276,45 a coltivazioni legnose agrarie. Il restante terreno è costituito da prati permanenti e pascoli. Per coprire il fabbisogno della provincia sono necessarie 2.638.338 giornate di lavoro per una manodopera totale pari a 25.432 persone. Di queste 8.065 come manodopera extrafamiliare, 125 di loro hanno un contratto a tempo indeterminato, i restanti a tempo determinato.

Le principali colture sono cereali e legumi, patate, barbabietole da zucchero, olive, agrumi e fruttiferi.

Informazioni generali sulla popolazione visitata

La Sicilia presenta caratteristiche particolari in termini di popolazione immigrata presente legate al tipo di migrazione che, ormai da anni, si verifica nell'isola. I dati raccolti mettono in luce alcuni aspetti del fenomeno migratorio nella Regione.

La Sicilia, per la sua posizione geografica, è stata una delle prime Regioni italiane a ricevere il flusso di persone provenienti soprattutto da nord Africa ma anche dall'Europa dell'Est. A partire dall'inizio degli anni '90 che il fenomeno inizia ad avere connotazioni rilevanti.

La presenza estensiva di colture, sia in serre che in campo aperto, hanno reso inoltre la Sicilia meta privilegiata dei lavoratori stagionali *tout court* ovvero di quel nutrito gruppo di stranieri che ogni anno trascorre dai sei ai nove mesi nell'area facendo regolarmente ritorno nel paese d'origine. Si tratta di migranti squisitamente economici. Alla fine degli anni '90, con il riorientamento delle principali rotte migratorie, la Sicilia è diventata il primo punto d'arrivo per le persone che attraversano il Mediterraneo a bordo di imbarcazioni. Insieme ai migranti economici si accalcano su queste imbarcazioni cittadini stranieri che dopo aver attraversato il deserto raggiungono le coste del nord Africa per arrivare in Europa. Molte di queste persone fuggono da guerre e persecuzioni e una volta sbarcati presentano domanda d'asilo allo stato italiano. Alla luce di queste riflessioni è interessante delineare le caratteristiche della popolazione intervistata e visitata in Sicilia.

Il 59% degli stranieri intervistati proviene dal Maghreb, il 33% da paesi dell'Africa subsahariana, infine il 7% da paesi dell'Europa orientale. I paesi di provenienza sono soprattutto il Marocco, seguito da Sudan, Tunisia, Algeria, Albania e Romania.

⁷⁵ Istat, 5° Censimento generale dell'Agricoltura –data di riferimento: 22 Ottobre 2000

In Sicilia circa il 40% delle persone intervistate è in possesso di regolare permesso di soggiorno, il 29% è irregolarmente presente sul territorio italiano, il 23,5% ha presentato domanda d'asilo e ha un permesso per tale richiesta, il 5,3% ha già ottenuto lo status di rifugiato o la protezione umanitaria.

Una presenza così massiccia di persone regolarmente presenti sul territorio italiano deve essere considerata alla luce di un particolare contesto visitato: il campo di accoglienza di Alcamo.

Alcamo: campo di accoglienza "Matteo 25,35"

Ogni anno in occasione della vendemmia centinaia di lavoratori stagionali si riversano nel trapanese, più precisamente ad Alcamo, per lavorare alla raccolta dell'uva. Nel 2004 la Misericordia locale, in convenzione con il Comune di Alcamo, si è presa in carico la gestione di un campo di accoglienza per i lavoratori stagionali, l'accoglienza è stata realizzata grazie ad una struttura in muratura e ad alcune tende da campo. Il campo è stato chiamato "Matteo 25,35".

Al momento della visita effettuata da MSF, nel settembre 2004, al campo di accoglienza dormivano circa 250 persone, tutti uomini, provenienti soprattutto dal Maghreb e dall'Africa sub-sahariana. Potevano avere accesso per l'ospitalità notturna solo persone in possesso di regolare permesso di soggiorno. Altri 200 stranieri - gli irregolari - usufruivano solo dei servizi igienici, del servizio mensa e dell'assistenza sanitaria. Alla fine di ogni giornata (dopo la chiusura del cancello) veniva consegnata la lista dei presenti, ovvero i regolari alloggiati al campo, alla Questura locale.

Il centro era aperto dalle ore 9.00 alle ore 13.00, per l'utilizzo dei servizi igienici, e dalle ore 17.00 alle ore 22.00 (mensa, visite mediche). Dalle ore 22.00 alle 5.00 funzionava come dormitorio: alle 22.00 si chiudeva il cancello, **alle 5.00 tutti gli ospiti erano invitati a uscire "per cercare lavoro"**. MSF ad Alcamo ha condotto le visite presso l'ambulatorio, allestito in un magazzino del campo con un presidio di guardia medica dell'ASL locale. In tutto sono stati visitati 45 pazienti, quasi tutti ospiti del campo e quindi in possesso di regolare permesso di soggiorno.

Il grafico seguente mostra come la Sicilia sia una regione dalle caratteristiche particolari rispetto al tempo di permanenza nell'area di lavoro. Come per gli altri contesti la linea tende ad impennarsi in coincidenza con un tempo di permanenza inferiore ai tre mesi: si tratta di quei lavoratori puramente stagionali che si recano nell'area esclusivamente per la raccolta di primizie. La linea come negli altri contesti scende poi progressivamente, ma si impenna alla fine in coincidenza di un periodo di permanenza superiore ai due anni. Si tratta di circa il 15% delle persone intervistate, ovvero di una percentuale significativa **di persone ormai radicate nell'area, che vivono lavorando in agricoltura a ciclo continuo**. La cospicua presenza di serre nell'area, permette a questo gruppo di stranieri, una volta terminata la raccolta in campo aperto, di avere nuove possibilità di lavorare. Alcune di queste persone si trovano in Italia da un periodo di tempo superiore ai quattro, cinque anni: il circuito stagionali è divenuto per loro un circolo vizioso dal quale è molto difficile uscire. Lontani da qualsiasi possibilità di integrazione reale queste persone continuano a non parlare l'italiano, a vivere in condizioni precarie, con un lavoro irregolare. Molti di loro si trovano nel nostro paese da svariati anni e nonostante questo non riescono ad avere accesso alla carta di soggiorno (documento a tempo indeterminato che può essere rilasciato allo straniero dopo sei anni di soggiorno regolare) ma continuano ad essere in possesso di permessi di soggiorno di breve durata.

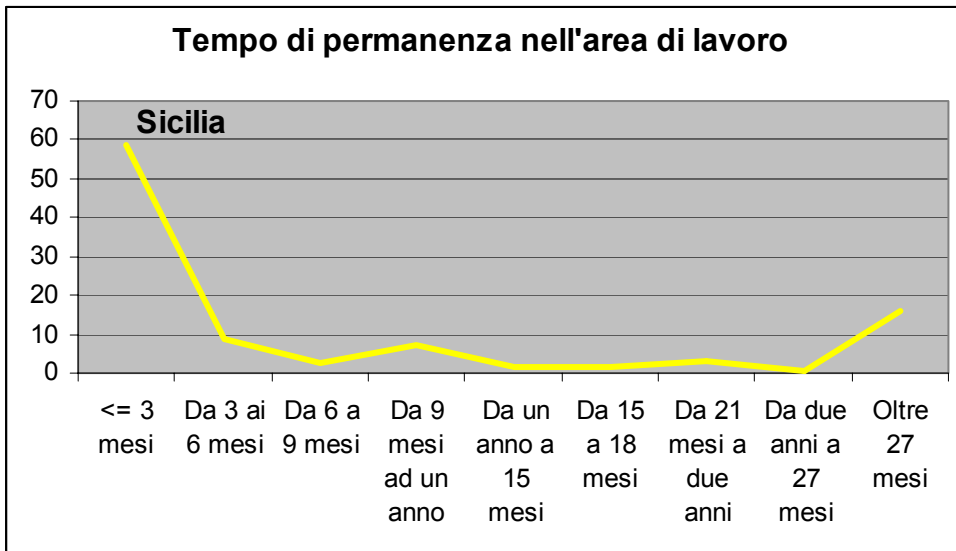


Grafico 3.5 Tempo di permanenza nell'area di lavoro - Sicilia

Il problema dell'alloggio in Sicilia

Anche in Sicilia il problema dell'alloggio è una delle principali difficoltà cui deve far fronte il lavoratore stagionale. Il primo contatto che MSF ha avuto con la realtà del fenomeno immigrazione e agricoltura è avvenuto proprio in questa Regione, precisamente a Cassibile in provincia di Siracusa. Qui, nell'estate del 2003, un gruppo di lavoratori sub-sahariani, viveva in condizioni inaccettabili dormendo a cielo aperto nello stesso campo di patate in cui lavoravano come raccoglitori, senza acqua, luce o bagni.



Foto 3 Le drammatiche condizioni di vita di gruppo di richiedenti asilo sub-sahariani impiegati come lavoratori stagionali - Cassibile 2003 (SR) - Foto MSF

Nell'estate 2003 MSF ha spinto le autorità locali a prendersi cura di queste persone, la risposta di Prefettura e Comune (attraverso la locale sezione della Protezione Civile) è stata la realizzazione di un campo d'accoglienza temporaneo. Il campo, montato con tende, all'interno dello stadio comunale ha ospitato anche nel 2004 i lavoratori che si riversano nell'area in occasione della raccolta delle patate.

Cassibile

Cassibile è un piccolo borgo situato in provincia di Siracusa. Il paese conta poco più di 5000 abitanti, tuttavia nel corso della stagione della raccolta si riversano nell'area centinaia di stranieri.

Per affrontare questo massiccio afflusso di lavoratori stagionali il 7 aprile 2004 il Prefetto di Siracusa, su sollecitazione di MSF, convoca le forze dell'ordine, le associazioni di categoria degli agricoltori e i sindacati: chiede alle associazioni di categoria la disponibilità a fornire ai braccianti un alloggio dignitoso. I delegati delle associazioni rispondono che la loro manodopera è costituita quasi per intero da italiani, i pochi stranieri impiegati sono regolarmente assunti o ingaggiati, non capiscono cosa siano venuti a fare i trecento nuovi arrivati. Il Prefetto non insiste, si opta per il secondo anno consecutivo per le tende.

Nel maggio 2004 MSF registra la presenza di **tre campi** nel piccolo paese del siracusano. Il **primo** è stato allestito all'interno dello stadio comunale. La Protezione Civile ha montato 14 tende in grado di ospitare circa 10 persone l'una. Al momento della visita - maggio 2004 - MSF ha verificato la presenza di circa 140-150 persone, la maggioranza proveniente da paesi del Magreb. Il Comune di Siracusa, che in un primo momento si era offerto di provvedere alla pulizia dei servizi igienici, ritira tale disponibilità. L'acqua potabile viene raccolta dagli stranieri presso la fontana del paese. All'ingresso del campo la comunità magrebina si è organizzata con una cucina improvvisata, grazie ad un fornello con bombola e a turni "volontari" gli stranieri preparano tè, pasta, riso distribuito per gli abitanti del campo. La Ausl si impegna a distaccare a Cassibile, per un giorno alla settimana, il medico dell'ambulatorio dedicato per gli stranieri irregolari: il servizio dura poche settimane, poi il medico decide che non può continuare a essere retribuito solo in giornate di riposo.

All'interno dello stadio sono alloggiati anche un piccolo gruppo di cittadini sub-sahariani si tratta per lo più di eritrei e sudanesi. Le relazioni fra magrebini e cittadini sub-sahariani sono spesso tese per motivi legati alla convivenza coatta e alle modalità di reclutamento da parte dei caporali per lo più nordafricani. Tali difficoltà hanno spinto le organizzazioni presenti nell'area a chiedere l'allestimento di un **secondo campo**. Questo è stato effettivamente montato in una strada laterale situata all'ingresso del paese. Nel maggio 2004 sei tende della Protezione Civile ospitano circa settanta persone: tutti richiedenti asilo provenienti per lo più dal Sudan. Le tende tuttavia costituiscono l'unico servizio a disposizione: mancano acqua, luce elettrica e bagni.

Infine un **terzo campo** è nato spontaneamente in un'altra area periferica del paese. In aperta campagna diversi cittadini sub-sahariani hanno improvvisato tende di fortuna costruite per lo più con sacchetti e teloni di plastica. **Le condizioni di vita per queste persone sono drammatiche:** manca qualsiasi tipo di servizio, gli stranieri dormono a terra, cucinano con legna e fuoco non hanno acqua, servizi igienici né un sistema di smaltimento dei rifiuti. Sono tutti richiedenti asilo e rifugiati.

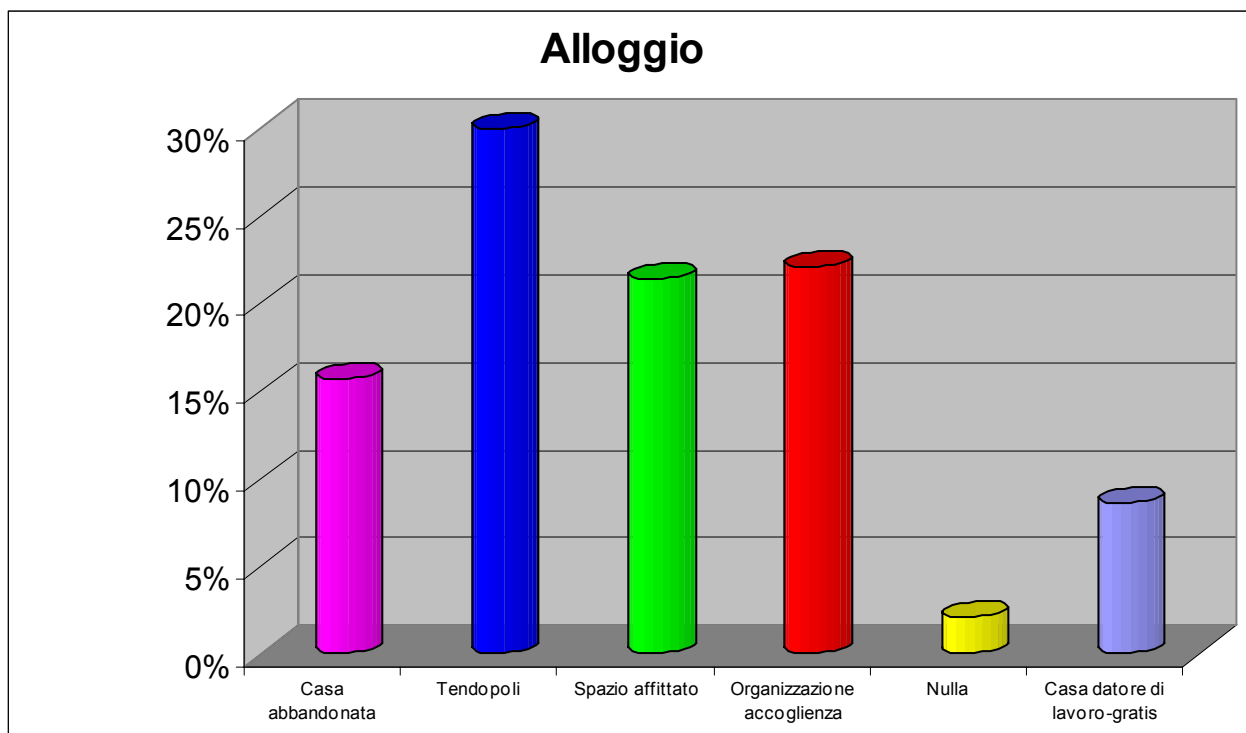


Grafico 3.6 Tipologia di alloggio a disposizione dell'intervistato - Sicilia

Come mostra il grafico è la tendopoli la soluzione più frequente al problema dell'alloggio, segue l'organizzazione di accoglienza. Il dato mostra come in Sicilia vengano proposte una serie di risposte emergenziali ad un problema che in realtà è strutturale e reiterato negli anni. Sia a Cassibile che ad Alcamo le amministrazioni locali hanno dimostrato la presa in carico del problema stagionali attraverso l'istituzione di apposite strutture per l'accoglienza dei lavoratori per un periodo determinato di tempo. Questo garantisce ai lavoratori una serie di standard minimi necessari nel breve periodo (acqua, bagni, un posto dove trovare ricovero) ma non può assolutamente essere considerata una soluzione dignitosa nel lungo periodo.

In Sicilia il fenomeno stagionale è ormai strutturato: non a caso è questa l'unica Regione in cui la soluzione dell'alloggio fornito gratuitamente dal datore di lavoro è presente nel 9% dei casi. Tuttavia in alcuni casi monitorati direttamente questa soluzione si rivelava estremamente precaria. In un caso si trattava infatti di un'abitazione di fortuna situata all'interno della serra stessa in cui veniva impiegata una numerosa famiglia di cittadini albanesi. La situazione igienico - sanitaria all'interno della serra era preoccupante: la famiglia composta da donne e bambini viveva nella serra a temperature estremamente elevate. Sempre all'interno della struttura gli stranieri cucinavano con un fuoco improvvisato sulla nuda terra. La presenza di topi era divenuta a tal punto un'abitudine che i bambini avevano costruito nel muro un piccolo "nido" per i roditori.

Dalle interviste raccolte pare che anche i bambini (tutti al di sotto dei dieci anni) lavorassero saltuariamente nella serra per aiutare i genitori.

La soluzione dell'alloggio fornito dal datore di lavoro dovrebbe rappresentare l'*optimum* per chi lavora stagionalmente, tuttavia è necessario che anche in questi casi sussistano standard minimi di accoglienza per le persone ospitate.

Lavoro

Dalle testimonianze raccolte il sistema lavoro è decisamente complesso soprattutto per la varietà di colture presenti nell'area. La Sicilia è la Regione in cui è presente il maggior numero di lavoratori con contratto di lavoro (intorno al 15%): si tratta di

persone che hanno fidelizzato il rapporto di lavoro nel corso degli anni fino a regolarizzare la propria posizione.

Per quanto riguarda la tipologia di lavoro, nella raccolta fruttifera il 64,3% degli intervistati ha dichiarato di aver lavorato solo in campo aperto, il 27,4% lo ha fatto solo in serra mentre il 7,1% lo ha fatto sia in serra che in campo aperto.

Per quanto riguarda la raccolta di ortaggi il 36,7% delle persone intervistate ha lavorato esclusivamente in serra, il 33,3% lo ha fatto solo in campo aperto, mentre il restante 20% ha lavorato sia in serra che in campo aperto.

Un mercato particolare: la manodopera irregolare

Durante le interviste effettuate in Sicilia, in provincia di Ragusa, è emerso un fenomeno interessante. A quanto pare nella primavera del 2004 la nutrita ed organizzata comunità di magrebini aveva creato un vero e proprio cartello rifiutandosi di lavorare per un compenso inferiore ai 30 euro a giornata. Con l'arrivo massiccio di stranieri dell'Est Europa, soprattutto rumeni, la situazione è cambiata. I rumeni alla ricerca disperata di lavoro erano disposti a lavorare anche per 15 euro al giorno. Il risultato è stato un crollo del costo del lavoro oltre alla conseguente forte tensione fra comunità magrebina e rumena.

La Sicilia è la regione in cui si è registrata la più alta percentuale di lavoratori in serra, questo produce conseguenze anche piuttosto serie sulla salute di questi lavoratori (si veda in fondo a questo capitolo il paragrafo sulle conseguenze mediche).

Le particolari condizioni di lavoro fanno sì che in Sicilia si registri un utilizzo più massiccio di protezioni per quanto riguarda guanti e stivali (circa il 50% in entrambi i casi), ma rimangono troppo pochi i lavoratori che utilizzano la maschera protettiva durante il lavoro in serra (appena lo 0,9% dei casi).

La voce degli attori

Intervista a Giuseppe Zappulla, segretario provinciale CGIL; **Paolo Scienzabella**, rappresentante territoriale CGIL; **Paolo Nigro**, segretario provinciale FLAI.

MSF. Quanti sono gli stranieri impiegati in agricoltura in provincia di Siracusa?

Gli immigrati stranieri nel settore agricolo sono un migliaio, in particolare nella parte meridionale della provincia [Pachino, Rosolini, Cassibile]. Il problema principale è costituito dai diritti negati agli immigrati regolari: la cifra indicata sulla busta paga solo in rarissimi casi coincide con quella effettiva, più bassa in media del 50%.

Qual è la percentuale di lavoratori assunti regolarmente?

Una piccola parte è impiegata stabilmente (da 50 a 200 unità a Pachino), gli altri sono più precari, cambiando continuamente aziende nei diversi periodi dell'anno. Una minima parte lavora con un regolare ingaggio, ma possiamo dire che la legalità è un'eccezione.

E il numero di irregolari?

Non possiamo dato certi sul numero di stranieri irregolari impiegati in agricoltura.

Quali sono le azioni intraprese dal sindacato in difesa dei lavoratori stagionali?

La CGIL non ha patrocinato alcuna vertenza di lavoro nel 2003 e nel 2004. Nel 2003 la CGIL ha seguito 150 domande di disoccupazione da parte di lavoratori agricoli stranieri (si tratta, in pratica, del numero degli iscritti alla CGIL di Siracusa).

Come funziona qui il sistema delle quote?

Le quote di ingresso per i lavoratori stranieri - anche in agricoltura - sono decise direttamente dal Ministero in base al tasso di disoccupazione regionale, senza che vi sia alcuna concertazione preventiva con le associazioni di categoria e con il sindacato. Alle richieste nominative di lavoratori presentate all'Ufficio provinciale del lavoro, quasi mai seguono le assunzioni: dunque si registra una generale sfiducia verso questa procedura sia da parte delle aziende che dei lavoratori

E il caso di Cassibile?

Su Cassibile c'è stata tolleranza cristiana da parte di Prefettura e Questura, perché sapevano che quasi tutti erano senza contratto di lavoro e/o permesso di soggiorno; oltre a chiedere, inascoltati, soluzioni strutturali alla Prefettura, ad esempio nel campo dell'accoglienza dei lavoratori, che altro potevamo fare? [...] Quello del Marchese di Cassibile è un feudo invalicabile.

Patologia dovuta al lavoro

La patologia dovuta al lavoro, nel caso dell'agricoltura, si può dividere in due grandi gruppi⁷⁶:

- Patologia dovuta a intossicazione acuta o cronica per fitofarmaci: accade soprattutto nel lavoro nelle serre, di cui la Sicilia è l'esempio per eccellenza.
- Patologia dovuta a posizioni ergonomiche forzate o micro traumatismi ripetitivi. La frequenza di questo tipo di patologia, muscolare o articolare, è al primo posto in tutte le Regioni tranne in Puglia dove occupa il secondo posto per frequenza. Rientrano in questa tipologia anche i traumi subiti durante il lavoro, quando interessano muscoli o articolazioni.

Patologia dovuta a Fitofarmaci

MSF ha incontrato 14 casi con sospetto diagnostico per intossicazione dovuta a fitofarmaci. Tutti i casi sono stati trovati in provincia di Ragusa: l'unica provincia visitata da MSF durante la raccolta di prodotti in serra.

Tra tutte le persone visitate dal team di MSF nel corso del "Progetto Stagionali", 95 lavoravano in serra al momento della visita, e di queste, il 77,9% si trovava in Sicilia. Il 79,1% erano provenienti dal Nord-Africa (Algeria, Tunisia, Marocco); solo una piccola percentuale di chi lavorava in serra proveniva dall'Est-Europa⁷⁷.

La patologia dovuta a intossicazione per fitofarmaci è particolarmente difficile da diagnosticare anche clinicamente in quanto è poco specifica tranne nei casi in cui l'intossicazione è intensa e acuta (nel qual caso esiste anche pericolo di vita). L'intossicazione cronica, dopo lunghi periodi di esposizione, produce sintomatologia permanente⁷⁸ ma è difficile dimostrare la causalità legata al fitofarmaco.

Quello che è assolutamente dimostrabile è che:

⁷⁶ Si veda il capitolo medico generale

⁷⁷ Questa piccola percentuale è drammatica perché sebbene siano poche le persone viste da MSF, le loro condizioni di vita sono le peggiori in assoluto, anche quando si tratta soltanto di uomini. In altri casi si parla di famiglie che lavorano in regime di mezzadria all'interno della serra, con i pericoli per i bambini che questo implica.

⁷⁸ Nelle zone di lavoro in serra con fitofarmaci si è dimostrata una aumentata frequenza di tumori, sterilità, alterazioni del sistema nervoso centrale, etc.

- In serra si usano fitofarmaci che - autorizzati o non - sono dei veleni. Per esempio si usano spesso farmaci che interagiscono con il sistema nervoso centrale. L'utilizzo di fitofarmaci, come più in generale il lavoro in serra, dovrebbe essere effettuato da persone formate all'uso dei pesticidi: esiste un "patentino" che tutela il datore di lavoro dal punto di vista legale e in teoria forma il lavoratore. Per avere il patentino il lavoratore dovrebbe avere regolare contratto: ma il 53,7% dei pazienti che lavorano in serra visti da MSF sono irregolarmente presenti sul territorio, il 4,2% sono richiedenti di asilo che non potrebbero lavorare. Il 66% di loro, in ogni caso, non gode di alcun tipo di assistenza sanitaria.
- In serra si dovrebbe comunque lavorare con protezione adeguata⁷⁹. Ma il 43,2% dei lavoratori visitati da MSF non usa nessun tipo di protezione, il 72,9% di coloro che usano una qualche protezione la acquista personalmente (generalmente guanti di lattice soltanto per evitare i piccoli traumi fisici). Il 100% delle misure di protezione usate sono inefficaci.
- Non si dovrebbe mangiare in serra⁸⁰. Ma il 42,3% mangia sul posto di lavoro, seduto in mezzo al campo. La maggior parte del restante 57,7% fa soltanto colazione e cena.
- Per evitare l'assorbimento cutaneo, il lavoratore si dovrebbe lavare le mani prima di mangiare e comunque lavarsi e cambiare i vestiti prima di tornare a casa. Ma nessuno dei lavoratori visitati può lavarsi e cambiarsi prima di ritornare a casa. Il 26,3% ha la possibilità di fare la doccia massimo tre volte a settimana. Il 21% del totale fa la doccia in situazioni di fortuna (piazza, chiese, acqua di irrigazione del campo).

Almeno il 30% delle persone che lavorano in serra ha presentato in passato patologie riconducibili a intossicazione per fitofarmaci o derivate dal loro uso (problemi respiratori, dermatite, etc.). Questi sintomi o segni non sono quasi mai stati diagnosticati in quanto tali dai servizi di urgenza a cui si sono rivolti gli stranieri.

Il 24,2% presentava invece traumi dovuti al lavoro in serra (amputazioni, lesioni tendinee, incidenti, ferite e un caso di violenza sessuale).⁸¹

Patologia ergonomica

Per la patologia ergonomica, i dati parlano da soli: almeno il 41% di tutte le persone (uomini e donne, di età media di 30 anni) visitate lungo i mesi del progetto stagionali presentano patologia muscolo scheletrica o articolare.

Indipendentemente dal motivo della consultazione, i medici MSF hanno somministrato a 672 persone un questionario prestabilito sulle patologie dovute al lavoro: il 56% del totale (378 persone) risulta avere sofferto di patologia dovuta al lavoro nel passato e di queste il 61,1% (231 persone) mantiene lesioni articolari o continua a presentare patologia muscolo scheletrica al momento della visita del team MSF.

Si parla di persone molto giovani, con patologie muscolo-scheletriche o articolari che già sono croniche per 231 persone su 672⁸², a cui possiamo aggiungere 56 persone con patologia muscolare, articolare o traumatica di recente insorgenza. Come si evince dal

⁷⁹ È dimostrato che il fitofarmaco ha un alto assorbimento cutaneo che per es. semplici guanti di lattice non sempre riescono a bloccare.

⁸⁰ Mangiare in serra aumenta i rischi di assorbimento dei pesticidi per via cutanea e orale.

⁸¹ La parte restante, in genere comprende ragazzi che lavorano da pochissimo tempo e che non sanno riconoscere ancora questo tipo di patologie, o dai veterani che le sanno "evitare" o le sopportano considerandole "normali".

⁸² Le altre presentano altri tipi di patologia dovuta al lavoro non meno importante: neurologica, dermatologica, respiratoria, intossicazione cronica o acuta per fitofarmaci, etc .

rapporto sulle condizioni socio-abitative, per tutti gli immigrati visitati, la possibilità di un miglioramento delle loro condizioni di vita o lavoro non è praticamente possibile senza cambi strutturali a molti livelli. Di sicuro, per la patologia traumatica, articolare o muscolo scheletrica occorre comunque, una terapia adeguata per evitare che questa popolazione diventi più o meno invalida negli anni a venire. Non ci si può limitare alla somministrazione di antidolorifici.

Storia di M.

M. è un tunisino di 58 anni che da 13 trascorre nove mesi l'anno in Sicilia.

Era il 1991 quando, per la prima volta, M. si imbarcò a Tunisi su una nave passeggeri diretta a Napoli. Si fermò solo pochi giorni in Campania, lavorando alla raccolta dei pomodori, poi decise di tentare la fortuna in Sicilia. Da allora sono passati molti anni e M. ha conosciuto il caldo torrido dell'estate siciliana e il duro lavoro in serra. In questi 13 anni si è specializzato nella coltura della melanzana ed ha acquisito un'esperienza tale da diventare *caporale*. Questo significa che il suo padrone ha fiducia in lui e gli appalta il reclutamento di operai a giornata per il lavoro in serra. Per nove mesi l'anno, sei giorni su sette, alle 5.30 i tunisini sanno che l'appuntamento è di fronte alla porta di M. Se saranno fortunati riusciranno ad avere lavoro per una settimana intera. Al termine della settimana il padrone consegna le paghe a M. il quale le distribuisce equamente a tutti gli operai: 30 euro al giorno per sei giorni, ovvero 180 euro.

Dopo 13 anni nel nostro paese M. sa molto bene cosa significa essere un immigrato. Questa è la sua storia.

"Da 13 anni trascorro nove mesi in questo paese e ogni mese mando a Tunisi circa 380 euro. Servono per mantenere la mia famiglia: ho una moglie e sei figli a casa. La più grande ha 25 anni l'ultimo 13, le spese quindi non mancano.

In questi nove mesi la vita non è facile per me, sento molto la mancanza di casa e della mia famiglia, vivere qui da solo è dura per un uomo di 58 anni. Dopo tanto tempo sono conosciuto e rispettato nella mia comunità qui in Sicilia ma il rapporto con gli italiani rimane ancora estremamente difficile.

In quanto stranieri, spesso irregolari, siamo vittima del razzismo della popolazione locale. In tutta franchezza credo che la maggioranza degli abitanti del luogo non siano contenti di averci qui. Per questo viviamo qui in aperta campagna, praticamente dentro la stesa serra dove lavoriamo e per questo quando vai in paese non sai mai quello che ti succederà."

Per raggiungere il primo centro abitato dobbiamo percorrere sei chilometri a piedi: spesso quando camminiamo sul ciglio della strada statale le macchine che ci passano accanto abbassano il finestrino per lanciarci contro oggetti o insultarci.

Circa un anno fa stavo percorrendo la strada verso il paese a bordo della mia macchina quando ho visto un giovane ragazzo magrebino davanti a me su un motorino. La macchina di fronte, una grossa auto rossa, ad un certo punto ha abbassato il finestrino e la persona accanto al conducente ha preso il braccio del ragazzo e lo ha agganciato alla macchina, hanno iniziato ad accelerare fino ad arrivare ad oltre 100 km all'ora. Io vedevo tutto e suonavo il clacson per farli smettere. Ad un certo punto la macchina ha lasciato improvvisamente il ragazzo sul motorino, lui ha perso il controllo ed è caduto a terra. Mi sono immediatamente fermato per soccorrerlo. Si trattava di un tunisino, un

mio connazionale, avrà avuto venti anni ed era completamente ricoperto di sangue. L'ho portato alla guardia medica dove è stato medicato, fortunatamente non aveva nulla di grave ma mi sono chiesto più volte: come può la gente far del male gratuitamente ad un ragazzo la cui unica colpa è quella di venire dal paese sbagliato?

Di episodi come questi purtroppo te ne potrei raccontare molti. A diverse persone è capitato di subire un tentativo di rapina finito male. Un mio amico camminava tranquillamente per la strada, due italiani si sono avvicinati e gli hanno chiesto una sigaretta. Nel momento stesso in cui lui ha provato ad estrarre il pacchetto hanno tirato fuori un coltello e hanno ordinato al malcapitato di consegnare immediatamente tutto il denaro che possedeva. Lui non aveva nulla con sé ed il risultato è stato che per punirlo lo hanno percosso fino a lasciarlo svenuto sul ciglio della strada. Non è la prima volta che capitano episodi del genere, il problema è che nessuno denuncia questi fatti per paura di essere espulso o di essere oggetto di ritorsioni.

Un anno fa un ragazzo magrebino dopo essere stato rapinato è stato picchiato a morte e poi abbandonato in una cisterna dove è morto annegato. Il suo corpo è stato ritrovato solo tre giorni dopo per puro caso, la persona era così sola che nessuno ne ha reclamato il corpo. Credo che tutto questo sia molto triste.

Io non vorrei vivere in Italia, oggi potrei cercare di far venire tutta la mia famiglia qui in Italia grazie al ricongiungimento familiare tuttavia finché posso resisto perché la mia casa è in Tunisia ed è lì che voglio vivere. Anche se ormai ho 58 anni devo continuare a fare questa vita difficile per permettere ai miei figli di crescere nel loro paese. Se poi loro decideranno di emigrare sarà una scelta personale ma io avrò l'orgoglio di aver garantito loro un'infanzia e un'adolescenza dignitosa nel paese in cui sono nati."

2.4 Calabria: esclusione sociale e salute della donna

Premessa

La coltivazione estensiva di agrumi nella Piana di Gioia Tauro e l'elevato numero di stranieri impiegati nella raccolta hanno spinto Medici Senza Frontiere a concludere il progetto stagionali in Calabria, nel periodo invernale in cui si concentra la raccolta di mandarini e arance.

Nel corso delle interviste effettuate nelle altre Regioni, diversi stranieri hanno riferito agli operatori MSF che l'ultima tappa del loro viaggio stagionale sarebbe stata la Calabria, dove speravano di avere buone possibilità di essere reclutati per la raccolta di agrumi.

Due operatori MSF nel mese di novembre 2004 hanno compiuto una prima ricognizione nell'area per monitorare la situazione, prendere contatto con le comunità di stranieri presenti e con le organizzazioni locali legate al fenomeno immigrazione (organizzazioni non governative, associazioni di assistenza, sindacati, organizzazioni di categoria, etc).

La Piana di Gioia Tauro ogni anno si popola di migliaia di stranieri che si riversano nell'area per essere impiegati nella raccolta di mandarini e arance. Secondo le testimonianze raccolte la stagione inizia nei primi mesi autunnali per protrarsi fino alla fine dell'inverno-inizio primavera.

Medici Senza Frontiere ha visitato la Calabria una sola volta, dal 29 novembre all'8 dicembre 2004. Le visite si sono concentrate nella zona di Rosarno (RC).

Nel corso della visita MSF ha visitato e intervistato 130 persone.

Informazioni generali sulla popolazione visitata

Il dato più interessante emerso dalla visita in Calabria è sicuramente la **presenza di donne impiegate in agricoltura come lavoratrici stagionali**. Una presenza significativa di pazienti femminili si è riscontrata solo in questa Regione, dove circa un quarto delle persone intervistate e visitate sono di sesso femminile.

Le ragioni che spiegano il fenomeno sono molteplici. Innanzitutto la tipologia di lavoro: mentre per la raccolta del pomodoro, delle patate o altro è indispensabile una notevole forza fisica, per gli agrumi questo limite può essere superato. La lavorazione delle arance richiede poi una serie di operazioni collaterali in cui anche una donna può essere impiegata (es. lo sbucciamento delle arance per la preparazione del succo). In secondo luogo la provenienza di questi lavoratori: il contesto calabrese è l'unico in cui sono stati visitati un numero significativo di cittadini dell'Europa orientale (nello specifico le persone provenienti dall'Europa dell'Est intervistate sono tante quante i cittadini africani). Il Paese più rappresentato è, infatti, la Bulgaria, con circa il 30% sul totale dei pazienti visitati, seguita da Liberia, Ghana, Mali e Sierra Leone. Dalle testimonianze raccolte la migrazione dai Paesi dell'Europa orientale ha caratteristiche particolari. Si tratta di persone che solitamente si spostano con tutto il nucleo familiare (marito e moglie, spesso accompagnati dai figli) e che raggiungono la Calabria già in possesso di informazioni sulle possibilità di lavorare alla raccolta delle arance. E' una migrazione squisitamente economica, di lavoratori stagionali puri che al termine del lavoro tendono a far ritorno nel proprio Paese d'origine. La comunità dell'Est Europa è inoltre ben radicata nell'area e offre ai propri connazionali una serie di contatti e informazioni pratiche molto utili all'arrivo (es. aiuto nella ricerca di alloggio, di lavoro, contatto con le poche organizzazioni di assistenza che forniscono aiuto quali distribuzione di pasti caldi e/o generi di prima necessità, etc).

L'80% delle persone intervistate si trova in Italia in condizione di soggiorno irregolare: per la popolazione dell'Est Europa (nella maggioranza dei casi Romeni e Bulgari) si tratta principalmente di stranieri che entrano nel nostro Paese con un visto

turistico e non regolarizzano la loro posizione entro l'ottavo giorno di permanenza⁸³, per la popolazione africana si tratta di persone che hanno eluso i controlli di frontiera o richiedenti asilo che hanno ricevuto un diniego⁸⁴.

La presenza di donne spiega un altro dato caratteristico del solo contesto calabro: per la prima volta ben il 17% degli intervistati ha affermato di avere almeno un membro della propria famiglia in Italia, precisamente nel luogo di lavoro.

Esclusione sociale

Nel corso della visita in Calabria la condizione di vita, sociale e lavorativa per gli stranieri impiegati in agricoltura è apparsa decisamente preoccupante. Le problematiche presenti anche in altri contesti, in Calabria diventano più difficili da tollerare proprio perché la stagione degli agrumi coincide con i mesi invernali⁸⁵. Principali problemi sono: **le drammatiche condizioni abitative, il mancato accesso alle cure, la situazione lavorativa e la difficile condizione femminile.**

Anche in Calabria il problema dell'alloggio è emergenziale. Il 60% delle persone intervistate vive in una casa abbandonata, il 40% in uno spazio affittato. Nella Regione non ci sono alternative al problema dell'alloggio per gli stranieri che si recano nell'area: non è stata riscontrata la presenza di alcuna tendopoli montata *ad hoc* per gli stagionali, né di organizzazioni in grado di accogliere persone senza fissa dimora. Questo nonostante l'elevatissimo numero di lavoratori che ogni anno si riversano nell'area. Nel corso della visita gli operatori MSF hanno monitorato situazioni al limite della tollerabilità per quanto riguarda l'alloggio. Sotto un ponte, una sorta di stanza-magazzino fatiscente era stato affittato da un proprietario terriero ad alcuni cittadini africani. Gli inquilini erano tutti richiedenti asilo provenienti dall'Uganda e dalla Repubblica Democratica Del Congo. Gli stranieri hanno affermato di pagare 200 euro mensili per dormire in una struttura più simile a una caverna che a una casa. L'abitazione si trovava di fronte a un piccolo fiume privo di argini e nel mezzo di un aranceto. Il datore di lavoro aveva così fornito un alloggio per i suoi lavoratori che comodamente si potevano recare dal giaciglio al campo di lavoro. Situazioni simili sono state monitorate in diverse zone di campagna nell'area circostante la città di Rosarno (RC).

Sempre nella periferia di Rosarno, in due aree diverse, due fabbriche abbandonate sono state occupate da lavoratori stranieri impiegati in agricoltura. Nella prima la situazione abitativa era assolutamente inaccettabile. Si trattava dello scheletro di un'antica fabbrica utilizzata dagli abitanti della città come discarica abusiva. Qui un piccolo gruppo di lavoratori stagionali (per lo più provenienti dal Maghreb, e da alcuni Paesi dell'Africa occidentale) avevano trovato rifugio nella speranza di essere impiegati come lavoratori stagionali. Ovviamente la fabbrica non aveva alcun tipo di servizio minimo: niente acqua, bagni, gas o luce. La struttura presentava dunque condizioni igienico-sanitarie estremamente precarie oltre a non garantire una condizione termica minimamente accettabile durante i rigidi mesi invernali.

⁸³ Sia i titolari di visto turistico che i cittadini dei paesi che ne sono esenti (es. Romania) sono in ogni caso tenuti a richiedere il permesso di soggiorno turistico alla Questura competente. Il permesso di soggiorno turistico ha validità di tre mesi e non dà diritto all'esercizio dell'attività lavorativa.

⁸⁴ Colui che ha ricevuto un diniego ovvero una risposta negativa alla richiesta dello status di rifugiato da parte della Commissione Centrale, riceve un invito a lasciare il territorio italiano. Lo straniero può presentare ricorso avverso la decisione della Commissione ma il ricorso non sospende l'espulsione dal suolo italiano, per questo lo straniero rimane irregolare fino alla sentenza sul ricorso.

⁸⁵ I mesi da dicembre a febbraio a 2004 hanno registrato eccezionali cali di temperatura e nevicate proprio nell'area Calabrese. Le condizioni atmosferiche hanno conquistato per settimane le prime pagine dei giornali. Vivere in alloggi di fortuna, esposti alle intemperie e senza acqua calda o riscaldamento può essere molto dannoso per la salute.

In un'altra area periferica della città una fabbrica abbandonata da anni viene occupata da lavoratori stagionali. Si tratta di cittadini africani per lo più provenienti da Paesi anglofoni. Un piccolissimo gruppo di lavoratori si è installato nella fabbrica in maniera permanente e lavora come *comitato di gestione* della struttura per sub affittare posti letto durante la stagione di raccolta e fornire contatti con potenziali datori di lavoro. Durante i mesi in cui si concentra la raccolta delle arance, la struttura arriva ad ospitare oltre 150 persone.

Dalle interviste effettuate e dall'osservazione diretta la condizione abitativa generale risulta drammatica: **il 55% delle persone intervistate non ha acqua corrente nel luogo in cui vive, il 54% non ha luce, quasi il 60% non ha servizi igienici e il 91% non ha riscaldamento.** Per la valutazione della situazione umanitaria si è tenuto conto anche della presenza o meno del riscaldamento nel luogo in cui l'intervistato vive. Per il particolare periodo in cui è stata effettuata la visita, il mese di dicembre, la presenza o meno di riscaldamento incide sicuramente sulla salute della popolazione generale e in particolare di soggetti vulnerabili quali donne, bambini o anziani. Il 30% delle persone intervistate dorme inoltre a terra, per lo più su cartoni o giacigli improvvisati.

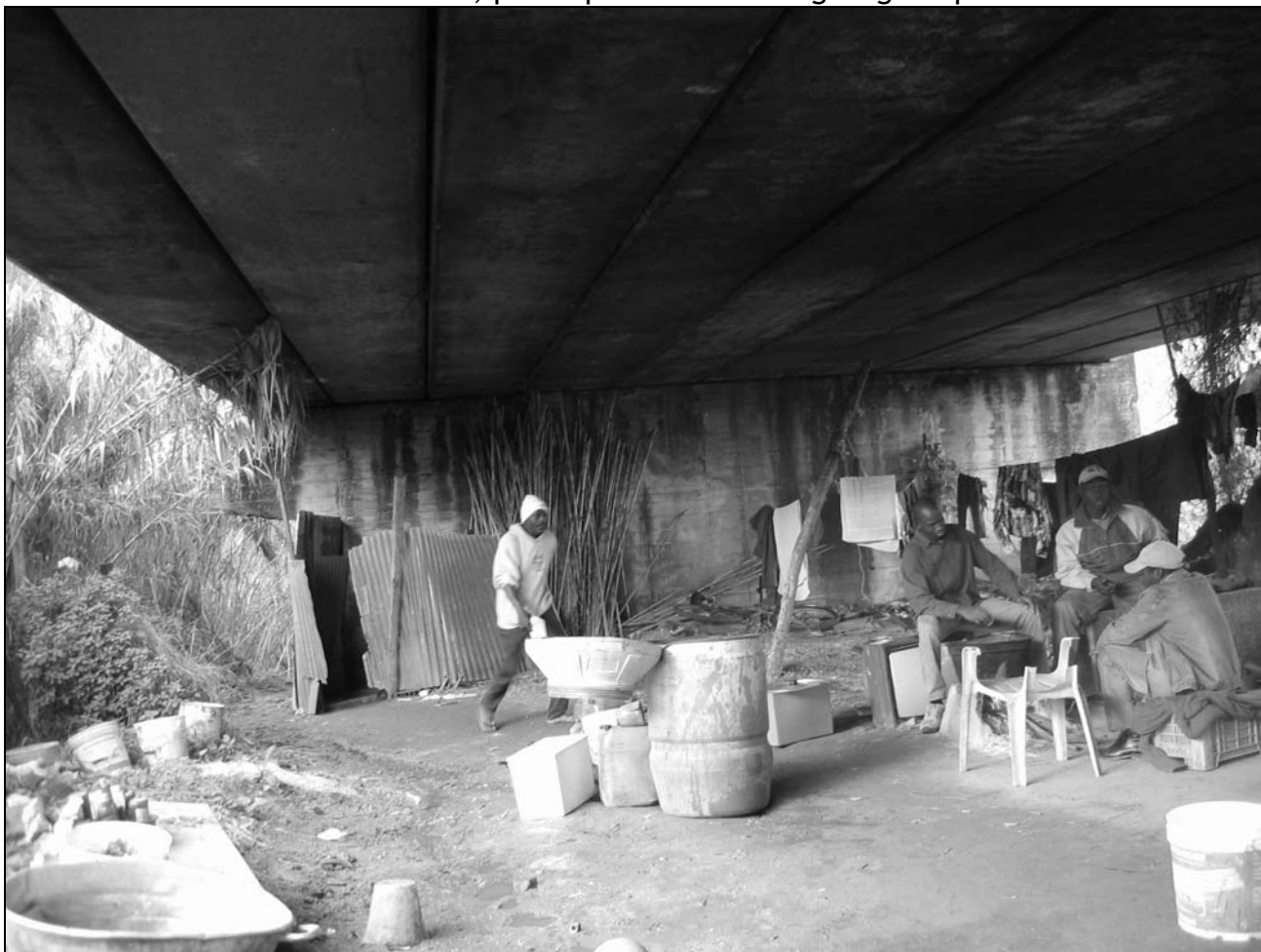


Foto 4. "Abitazione" sotto un ponte affittata ad alcuni richiedenti asilo africani impiegati come stagionali - Rosarno (RC) - Foto MSF

La foto sopra mostra chiaramente quanto si intende per *condizioni di vita precarie*. In fondo sulla sinistra si intravedono i servizi igienici a disposizione degli stranieri: una latrina approssimativamente chiusa con alcune lastre di metallo. La latrina è in realtà un buco scavato nella terra senza alcun tipo di smaltimento reale di urina e feci. In primo piano sono visibili alcune cisterne utilizzate dagli stranieri per lo stoccaggio dell'acqua da bere.

Anche la situazione lavorativa risulta estremamente problematica in Calabria. Il 100% delle persone intervistate non ha un contratto di lavoro stagionale. Il lavoro di raccolta delle arance richiede uno sforzo fisico duro e mal pagato. Il 97% degli intervistati ha affermato di guadagnare una cifra pari o inferiore a 25 euro giornalieri. Non stupisce quindi che l'85% degli stranieri visitati abbia affermato di non riuscire a inviare nulla alla propria famiglia nel Paese d'origine. Oltre al lavoro di raccolta di arance e mandarini gli stranieri vengono impiegati in una serie di lavori complementari alla semplice raccolta di agrumi: ad esempio l'attività di sbucciatura delle arance per la preparazione del succo. Si tratta di un lavoro particolarmente difficile. Per questo tipo di attività vengono impiegate soprattutto le donne, a fronte di un guadagno estremamente limitato. Secondo i dati raccolti con le interviste, il compenso viene pattuito a cottimo tra il datore di lavoro e lo straniero: in alcuni casi le lavoratrici vengono pagate 15 centesimi di euro per ogni chilo di arance sbucciate, per un guadagno medio giornaliero che si aggira intorno ai 15 euro. Queste lavoratrici arrivano dunque a sbucciare 100 kg di arance lavorando in piedi per ore a mani nude.

Di fatto gli stranieri visitati in Calabria vivono in una situazione di **estrema povertà e forte esclusione sociale**.

Mi chiedi cosa mangio di solito? Purtroppo non ho abbastanza soldi per acquistare il cibo, per cui mangio saltuariamente, per lo più quando i miei connazionali avanzano qualcosa.

Richiedente asilo ugandese, 33 anni, in Italia dal 2003

Solo il 16% degli intervistati ha avuto nel corso del soggiorno in Italia un contatto con un'organizzazione di tutela o un sindacato. Nella quasi totalità dei casi si tratta di organizzazioni benefiche impegnate nel portare assistenza ai bisognosi. Nel corso della visita e delle interviste si sono delineati i tratti di una situazione in cui fra gli stranieri e la popolazione locale esiste una profonda separazione, non solo fisica: si percepisce un "muro" fra gli italiani e questi stranieri invisibili.

Le poche organizzazioni di assistenza svolgono un compito non facile, visto l'elevato numero di bisogni e le poche risorse presenti sul terreno. Alcuni di questi attori hanno inoltre raccontato di aver ricevuto da parte di ignoti chiari segnali di minaccia a causa dell'attività di assistenza svolta in favore della popolazione immigrata. (ad esempio un'organizzazione di assistenza che fornisce pasti caldi e un servizio di mensa ha subito in meno di un mese per due volte l'incendio doloso dell'autobus utilizzato per trasportare gli stranieri alla mensa).

Il 33% delle persone intervistate ha inoltre subito un episodio di maltrattamento negli ultimi sei mesi. La descrizione dell'evento ha messo in luce una situazione sociale particolarmente tesa e difficile per gli stranieri. Di fatto gli elementi caratterizzanti sembrano del tutto simili a quelli presenti nella Regione campana. Molti degli intervistati hanno infatti dichiarato: *"Qui come a Napoli noi stranieri siamo vittima del razzismo degli italiani, camminare per la strada può causarti botte, sputi o insulti"*.

La voce degli addetti ai lavori

Intervista a dott.sa Martino, rappresentante Confagricoltura di Reggio Calabria

Qual è la situazione dei lavoratori agricoli extracomunitari nella provincia di Reggio Calabria?

Dalle situazioni che ho potuto rilevare mi sembra che abbiano un tenore di vita dignitoso. Questo vale sia per coloro che sono impiegati in serra, sia nella produzione orticola a pieno campo.

Quanti sono gli extracomunitari impiegati in agricoltura in questa zona?

Non glielo saprei dire. So che nelle nostre aziende non ci sono assunzioni di questo tipo, tranne per qualche indiano nel settore zootecnico.

Per scelta o per mancanza di possibilità? Qual è la sua opinione in merito al sistema delle quote?

Le quote assegnate risultano insufficienti. Ogni anno rimangono delle richieste inevase da parte delle nostre aziende.

Quante aziende della provincia rappresenta la Confagricoltori?

Circa il 60%, compresa la zona della Piana di Gioia Tauro. Si tratta per lo più di grandi aziende, nel settore degli agrumi e delle olive.

Non ci sono extracomunitari assunti dalle vostre aziende, ma ogni anno chiedete di aumentare il numero degli ingressi previsti nel sistema delle quote. Non le sembra che questi elementi contrastino con la stima di oltre 5000 lavoratori extracomunitari impiegati per la raccolta di olive e agrumi nella piana di Gioia Tauro?

Sinceramente non saprei spiegare la presenza di tanti stranieri in questa zona. Tenga conto che gli agrumi di questa zona non sono di buona qualità e che per la maggior parte vengono raccolti solo per finire al macero o nell'industria dei succhi; in entrambi i casi sono previsti contributi comunitari.

Mi può spiegare come funziona la filiera produttiva che comincia con la raccolta delle arance?

In realtà è molto diffusa la prassi della cosiddetta 'vendita di frutti pendenti', cioè l'azienda agricola vende il frutto ancora sulla pianta a ditte individuali (cosiddetti commercianti) che si occupano di raccogliere il prodotto e conferirlo all'industria di trasformazione. Tale rapporto è regolato da una scrittura privata.

In questo modo l'azienda produttrice non si occupa affatto della raccolta e quindi nemmeno dell'eventuale assunzione di manodopera. Qual è il fabbisogno lavorativo per le coltivazioni di agrumi e olive?

Parliamo di 106 giornate\ettaro per le arance, di 95\ettaro per le olive che scendono a 55 nella zona ionica perché le piante sono più basse. Per quanto riguarda le olive, la resa è di circa 300 quintali \ettaro.

Difficili condizioni di vita e salute per le donne

Le drammatiche condizione di vita e l'esclusione sociale generale per la popolazione immigrata in Calabria risultano ancora più preoccupanti per una popolazione vulnerabile come quella femminile. Nessuna delle pazienti intervistate guadagna più di 25 euro al giorno, a fronte di una situazione di stress umano e sociale molto elevato. Le donne sono inoltre particolarmente a rischio per quanto riguarda violenze e maltrattamenti. Circa il 15% delle pazienti visitate ha riferito un episodio di maltrattamento negli ultimi sei mesi. Nel 70% dei casi si tratta di una molestia di natura sessuale. Una donna nel corso dell'intervista ha raccontato di essere stata molestata sessualmente dal datore di lavoro, molestia arrivata fino al tentativo di stupro sventato grazie all'intervento di un amico.

Una paziente bulgara di 27 anni ha subito una violenza carnale da parte di un italiano, nel corso dell'intervista la donna ha raccontato alle operatrici MSF di non aver avuto il coraggio di denunciare la violenza per timore di essere espulsa (la giovane donna non era in possesso di permesso di soggiorno). La donna in seguito allo stupro aveva contratto una Malattia Sessualmente Trasmisibile, motivo per cui si era rivolta al medico MSF.

La natura stessa dell'intervento medico di MSF non garantiva la possibilità di approfondire la situazione sociale delle pazienti. In Calabria le visite si sono sempre svolte in ambulatori di fortuna situati all'interno di associazioni benefiche, parrocchie o in locali fatiscenti abitati dagli stranieri. Le rigide temperature invernali non permettevano infatti agli operatori MSF di utilizzare la clinica mobile per le visite. Il sovraffollamento dell'ambulatorio e l'alto numero di pazienti in attesa di avere un consulto medico non potevano così garantire la *privacy* ed il tempo necessario per affrontare in profondità la tematica. Per questo è ragionevole supporre che molti casi di violenza e maltrattamenti ai danni di donne non siano emersi nel corso delle visite.

Da 13 anni vivo in Italia e continuo ogni anno a seguire il giro che fanno gli africani per la campagne del Sud. Ho le mie cose a Napoli da lì vado in Puglia dove raccolgo i pomodori, poi arrivo qui in Calabria. Quando l'inverno finisce raggiungo di nuovo la Campania dove mi riposo un po' in attesa che ricominci la stagione. La vita è dura: vivo e dormo sempre in case abbandonate come queste, per questo mi stordisco con l'alcool per non pensare alla mia vita. Inizio a bere al mattino, so che non mi fa bene ma non posso fare a meno di bere per sopportare questa vita.

Cittadina del Ghana, 33 anni, da 13 in Italia

Salute della donna

Poiché il campione di pazienti femminili è estremamente piccolo analizzeremo la salute della donna con tutti i dati raccolti nel corso del progetto stagionali.

MSF ha visitato in tutto 66 donne, di queste il 68,1% provengono dell'Est Europa: Albania, Bulgaria, Romania. Le altre sono originarie di diversi Paesi africani sub sahariani. Quattro donne su 66 sono Nord africane.

Il Paese di origine determina notevoli differenze sul tipo di immigrazione delle donne:

- Le donne dell'Est Europa si muovono solitamente con compagno e figli, lavorano in agricoltura alla pari degli uomini e svolgono in più qualche lavoro specifico. Le donne incontrate da MSF si concentrano nel foggiano e nei dintorni di Reggio Calabria. Per la cultura da cui provengono hanno l'abitudine di accedere ai servizi sanitari⁸⁶ quando ne hanno bisogno. La loro età media è superiore a quella degli altri gruppi di donne: arrivano già con classiche malattie croniche europee⁸⁷, non sempre correttamente trattate. I motivi per cui hanno consultato il medico MSF sono: prescrizione di medicine, richiesta di una seconda valutazione delle malattie o delle terapie prescritte nel loro Paese, svolgimento di controlli. Queste donne trascorrono in Italia in media 6 mesi all'anno per poi tornare nel loro Paese e rientrare in Italia all'inizio della nuova stagione. Le consultazioni a MSF sono state richieste anche per problemi correlati a malattie sessualmente trasmissibili (MST) e infezioni urinarie, nonché a controlli di gravidanza o IVG⁸⁸. **Questi ultimi motivi di consultazione sono comuni a tutte le donne indipendentemente dal Paese di provenienza (Est Europa, Africa sub sahariana o Nord Africa) e particolarmente frequenti. Nelle visite effettuate dal medico donna di MSF, il 100% delle donne adulte hanno domandato un controllo ginecologico o riferito di avere malattie sessualmente trasmissibili.**
- Le donne Nord-africane, musulmane, sono difficilmente raggiungibili dai servizi medici. Generalmente seguono il marito nella migrazione e solo eccezionalmente arrivano da sole dal Paese di origine. MSF non ha costatato la loro presenza nei campi.
- Le donne sub-sahariane in molti casi arrivano da sole, il che significa che nonostante esistano in Italia rappresentanti della loro comunità di appartenenza, sono spesso lasciate a loro stesse. Quasi tutte sono richiedenti asilo, la maggior parte delle volte devono trovare un compagno per sopravvivere. Con il tempo, il destino di queste donne (che vivono con un altissimo numero di uomini in condizioni di sovraffollamento) passa per il ruolo di "cuoche" a favore degli uomini del gruppo (procurandosi denaro possono godere di un certo potere e di una fragile indipendenza). Per la grande maggioranza di loro la vita in Italia diventa, però, un continuo sfruttamento sessuale. In generale le donne richiedenti asilo non hanno contatti con il mondo della prostituzione organizzata. Le richiedenti asilo, venendo in Italia, fuggono da stupro, morte, violenza razziale, ma trovano nel nostro Paese una situazione simile a quella che si sono lasciate dietro.

⁸⁶ In alcuni casi le risposte non sono adeguate. Per esempio a Rosarno non esiste un consultorio familiare, in altre località i medici sono solo uomini.

⁸⁷ Diabete, ipertensione, alterazioni funzione tiroidea.

⁸⁸ L'interruzione volontaria della gravidanza è legale in Italia se effettuata entro i primi 90 giorni di gravidanza (Legge 194 del 22 maggio 1978). Dopo, solo se c'è pericolo per la salute fisica o psichica della madre o gravi malformazioni del feto.

Come accennato nel paragrafo precedente, le condizioni di vita scadenti nella popolazione femminile, sono fattori di rischio per lo sfruttamento.

- Il 12,5% delle donne visitate da MSF sono richiedenti asilo, il 17,2% rifugiate o con regolare permesso di soggiorno per lavoro, il 70,3% irregolari;
- Almeno l'81,8% delle donne non ha assistenza sanitaria di alcun tipo;
- Il 30% vive in una sistemazione con più di 100 persone, il 26% in alloggi con 10-100 persone.
- Soltanto il 50% dorme in stanza da sola o con un'altra persona (il compagno);
- Le donne in generale, quale che sia il loro lavoro, guadagnano molto meno degli uomini: il 76,7% guadagna meno di 25 euro al giorno.
- Il 75,8 % delle donne lavora in agricoltura. Il 24,2% non lavora o riferisce di lavorare in ristoranti o come parrucchiere (sono dipendenti dai loro compagni, la maggior parte delle volte costrette a due soli ruoli: cucinare e prostituirsi).

MSF ha constatato la presenza di molte altre donne sub-sahariane soprattutto in Campania, nel foggiano e in Calabria (la migrazione siciliana è invece soprattutto di origine Nord africana) con queste donne è stato possibile parlare ma non assisterle medicalmente: queste donne non erano di fatto libere ma dovevano rendere conto ad un *protettore* che a vario titolo gestiva le loro vite.

La maggior parte delle donne incontrate sono sfruttate sessualmente: i medici MSF hanno lavorato una domenica intera all'interno di una fabbrica abbandonata, nella stanza accanto all'*ambulatorio* due donne ricevevano "visite" ogni 3-4 minuti.

Dai dati riferiti, in alcune delle zone con immigrazione Sub sahariana ed Est Europea, anche italiani che accedono a queste aree "usufruiscono" occasionalmente di questo tipo di prestazioni; nel corso delle visite MSF ha raccolto testimonianze di violenze da parte dei datori di lavoro italiani⁸⁹.

Storia di A.

A. è bulgara, senza figli, accede all'ambulatorio MSF accompagnata dal marito. E' preoccupata perché "in seguito a una IVG⁹⁰ un mese fa non ho più avuto le mestruazioni". Insiste perché suo marito rimanga presente durante il colloquio. Dopo qualche minuto entrambi riferiscono che in realtà A. è stata violentata "qualche volta" dal datore di lavoro. Rimasta incinta, continua a lavorare "se no, come si fa a vivere". "Non si può denunciare: perdi il lavoro e quando sanno che hai denunciato non ti vogliono in altri posti". Ha avuto un aborto spontaneo intorno al secondo mese ma le sono rimasti prurito e sensazioni di malessere genitale, per cui è stata inviata dai medici MSF alla clinica ginecologica più vicina. La possibilità di sostegno psicologico sembra inaccessibile per A. e suo marito.

Non c'è da stupirsi dunque che il 65,3% delle donne riferisca più di tre aborti - con numeri che arrivano fino a 6, 7, 8, 20 e tante che dicono siano "innumerevoli" nonostante la loro giovane età. L'età media è di 30 anni, le gravidanze avute oscilla tra 3 e 8 e la media di nascituri vivi è di 2 (i figli vivi il più delle volte sono nati precedentemente al loro arrivo in Italia).

⁸⁹ Nonostante il continuo sforzo da parte di MSF di assicurare privacy nelle visite alle donne, in molti luoghi, il lavoro dei medici è stato sistematicamente interrotto da parte di uomini italiani che partecipavano attivamente alle consultazioni, dicendo di essere i protettori, i parasanitari oppure operatori umanitari. Gli uomini africani invece non sono mai entrati nell'ambulatorio mentre erano in corso visite su donne della stessa nazionalità.

⁹⁰ Interruzione volontaria della gravidanza.

Da ogni punto di vista, la tutela della donna immigrata nelle zone di raccolta agricola visitate da MSF, è inesistente.

Molti dei segni o sintomi per cui le donne si sono rivolte al team di MSF (che comprendeva sempre almeno un medico donna) orientano a diagnosi meno specifiche di quelle degli uomini. La maggior parte delle volte, la domanda di assistenza medica è stata interpretata da MSF come **vere e proprie domande di aiuto: la valutazione della sfera psico-affettiva⁹¹ è stata effettuata per più del 70% delle donne visitate. Il 52,4% di loro presentava alterazioni severe.**

Storia di L.

L. ha 32 anni. Proviene del Ghana, è a Borgo Libertà (FG) da appena un mese. Richiedente asilo, da un anno e mezzo aspetta di essere convocata per l'intervista con la Commissione Centrale. Non ha l'iscrizione al SSN che le spetterebbe. Appena arrivata in zona fa una visita all'ospedale di Cerignola per un dolore addominale e retrosternale. Ricoverata per studi di diverso tipo (inclusa una ecografia) viene dimessa dopo pochi giorni, senza terapia. La diagnosi è ernia paramediana mobile e riducibile⁹².

L. continua a presentare dolore ma non capisce perché, ed è convinta di avere una malattia grave perché "sennò non si spiegano tanti analisi". Non ha il ciclo da un mese, secondo lei a causa della sua malattia. Anamnesi ginecologica: 8 gravidanze, 4 aborti, 4 nati vivi (di cui uno morto prima che lei venisse in Italia). I suoi tre figli vivono in Ghana, ma lei non può inviare soldi perché non ne ha. Questo è il motivo per cui si è unita agli stagionali (prima viveva alla Caritas a Roma): guadagnare dei soldi da inviare ai figli.

L. vive in una delle case abbandonate del "villaggio" che si affolla di oltre 500 persone in piena estate. Insieme a sua sorella dorme su una coperta nel salotto. Non guadagna soldi ma "paga il posto dove dorme lavorando nel ristorante della sorella".

Quando i medici MSF propongono di fare l'esame obiettivo e applicare una medicazione, L. li porta nella casa dove abita: risulta essere la casa del caporale della zona (subsahariano anche lui) dove ci sono altre cinque donne "in visita". C'è una sola stanza e occupata da un enorme materasso e le comodità del caporale, una cucina dove vengono a mangiare gli uomini, e uno spazio dove si accatastano i diversi materassi per la notte. Solo con l'autorizzazione del caporale, "sono le mie donne, io le proteggo" L. può lasciarsi vedere dai medici.

L. soffre di fortissima depressione e si sospetta una gravidanza.

Il 7,6% (5 donne) si trovava in gravidanza **senza controllo prenatale**, e 12 donne presentavano problemi di tipo ginecostetrico⁹³.

⁹¹ Si veda il paragrafo generale "Alterazioni della sfera psico-affettiva".

⁹² Ernia paramediana: possibilmente dovuta alle sue multiple gravidanze, L rimane con una notevole distensione muscolare degli addominali. Con gli sforzi, il muscolo addominale del lato destro si contrae irregolarmente. Normalmente il dolore consiste in un indolenzimento associato a sforzi.

⁹³ I sospetti diagnostici di problemi ginecostetrici sono stati: aborto recente, aborto incompleto, dolore ovarico – dismenorrea - non specifico, irregolarità mestruale da approfondire, amenorrea di ndd, menopausa, infertilità da approfondire.

Storia di M.

M. consulta MSF, per stanchezza, mancanza di forze. Dopo l'anamnesi risulta che sta ancora allattando un figlio di 10 mesi avuto in Romania. L'esame obiettivo mostra: addome aumentato di volume e morbido; si palpa l'utero a livello dell'ombelico e si percepiscono movimenti fetali dall'esterno. Lavora 10 ore al giorno raccogliendo arance che altri della squadra fanno cadere dagli alberi. MSF la invia alla clinica convenzionata con servizio di ginecologia più vicino (in un'altro paese: a Rosarno non esiste il consultorio familiare) per realizzare un'ecografia dove confermano il 5° mese di gravidanza.

Storia di C.

C. ha 25 anni (5 gravidanze, 2 nascituri vivi, 3 aborti), mostra dolore addominale continuo da una settimana. Non ha le mestruazioni da 3 mesi e l'esame obiettivo evidenzia addome acuto: è stata trattata per più di una settimana con buscopan orale da medici volontari. MSF ipotizza una gravidanza extrauterina. La conferma del sospetto diagnostico arriva un giorno dopo averla inviata al PS dell'ospedale più vicino con la prescrizione del medico MSF orientando la diagnosi e consigliando il ricovero.

Storia di G.

G. è bulgara, dopo aver partorito è stata dimessa in 48 ore. Continuava ad avere importantissime emorragie con alterazioni della pressione arteriosa talmente severe da sospettare una espulsione incompleta della placenta. MSF l'ha rinvia all'ospedale per una nuova valutazione, questa volta con l'aiuto di un mediatore.

Il 30,3% delle donne accede al team di MSF per sospette malattie sessualmente trasmissibili come principale motivo di consulta.

Il 28,8% delle donne visitate presenta sospetti diagnostici di patologia muscolo-scheletrica o articolare (di cui molte lesioni che senza riposo sono destinate ad aggravarsi).

Il 28,8% presenta patologia grave o con coinvolgimento sistemico (sospetta alterazione della funzione tiroidea per 6 donne, un caso di ipercalcemia iatrogena, un sospetto diagnostico di sindrome paraneoplastica, un caso di tumore con metastasi e un caso di dimagrimento con causa sconosciuta, due casi di ipotrofia muscolare congenita, almeno 9 casi di ipertensione arteriosa cronica).

La maggior parte delle patologie croniche riguardano donne dell'Est Europa.

Il 22,7% mostra patologia gastroenterica (nella maggior parte dei casi gastrite dovuta ad ansietà e/o favorita dal consumo di alcool) e infettiva acuta: dermatologica o respiratoria.

Per tutte le donne si rivela necessario un consultorio familiare e la possibilità di corrette diagnosi e terapie. Il consultorio dovrebbe svolgere attività di "outreach", inviando operatori nei luoghi dove gli stranieri vivono per assicurare - grazie alla presenza di un mediatore culturale - una corretta informazione sulla prevenzione di gravidanze indesiderate. Il consultorio d'altra parte - ai sensi del Piano Sanitario Nazionale - è la struttura ambulatoriale che "garantisce la tutela della maternità e salute femminile". Un adeguato servizio di consultorio permetterebbe di trovare i casi di abusi non dichiarati, le donne appartenenti a gruppi etnici nascosti, etc. Il consultorio è la forma

sanitaria più elementare per arrivare a tutelare la popolazione femminile, ancora di più se dispone di un servizio psicologico adeguato⁹⁴.

Nel caso di zone a forte migrazione dell'Est Europa, si rivela indispensabile un servizio che possa controllare le malattie croniche e prescrivere i medicinali per la corretta terapia. E' evidente che la guardia medica, il pronto soccorso, il medico volontario che non può effettuare analisi, rilasciare ricette o inviare le pazienti a specialisti di riferimento, non sono in grado di offrire un servizio adeguato.

Salute dei bambini

Premesso che i bambini non facevano parte della popolazione target, MSF ha incontrato un certo numero di minori, soprattutto (ovviamente) nelle zone dove si trovano nuclei famigliari. La maggior parte di loro proviene dall'Est Europa⁹⁵. In tutto sono stati visitati 26 minori (il 38,5% proveniente dall'Est Europa), di cui 9 minori di 14 anni.

Fra i minori di 14 anni, 77,8% non hanno assistenza sanitaria di alcun tipo. Presentano almeno nel 75% dei casi patologia infettiva, delle stesse caratteristiche di quelle che possono presentare i bambini italiani (influenza, faringite, tonsillite, etc.) con qualche differenza: non sono seguiti da un pediatra, non sono vaccinati, presentano sistematicamente verminosi, in certi casi lavorano accanto ai genitori o li aiutano non potendo rimanere in casa da soli, il che espone i bambini ad agenti tossici e a pericoli fisici tipici del lavoro in agricoltura.

In provincia di Foggia un bambino di otto anni si è rivolto al medico del team MSF per una congiuntivite follicolare severa secondaria a esposizione acuta a pesticidi.

Il 45% dei minori di 14 anni visitati non ha mai consultato un medico in Italia. Tra quelli che hanno consultato il SSN - rivolgendosi al Pronto Soccorso o alla guardia medica, senza il corretto controllo posteriore da parte di un medico - il 75% continua a presentare sintomatologia.

MSF ha visitato soltanto i bambini "malati" su richiesta dei genitori: il team ha constatato condizioni igieniche tanto decadenti per i bambini quanto per i genitori. Bambini sporchi e nudi, nelle zone visitate in estate, senza nessuna vaccinazione o controllo da parte di servizi sociali. Per i bambini visitati nei dintorni di Reggio Calabria le condizioni igieniche sono migliori, ma non quelle di prevenzione in salute. Questo perché i genitori dicono di non avere tempo per portarli dal medico visto che devono lavorare, per una generale mancanza di informazioni sui comportamenti di prevenzione, per problemi di lingua, etc. In tutte le regioni visitate si aggiungono serie difficoltà per avere un pediatra (se si tratta di bambini figli di irregolari⁹⁶) e i programmi di educazione comunitaria sulla prevenzione della salute sono in genere deficitari.

In Calabria, uno dei medici volontari che occasionalmente assiste in una mensa per extracomunitari è pediatra, assicurando così un minimo controllo della salute infantile.

Non è accettabile che la salute materno infantile dipenda della buona volontà o dal tempo a disposizione di volontari. In tutti i Paesi del primo mondo, assicurare il corretto controllo della salute materno - infantile fa parte degli obblighi del sistema sanitario⁹⁷.

⁹⁴ Per dettagli su i componenti del gruppo operativo degli esperti previsti secondo la legge per un consultorio familiare si veda la legge n. 405/1975 (Istituzione del consultorio familiare).

⁹⁵ Ovviamente i bambini si trovano anche in altre zone dove la prostituzione è radicata da anni com'è il caso di Castelvolturo (Caserta), per esempio, con la popolazione nigeriana. Sebbene sia una presenza da tenere in conto per via delle vaccinazioni e del controllo pediatrico, non è stato possibile, per motivi di sicurezza per il team di MSF, visitare né le madri né i figli.

⁹⁶ Anche se, per i bambini irregolari, normativamente esiste il diritto ad avere un pediatra, non è chiaramente definito chi deva essere questo pediatra (quello del consultorio? quello dell'Ospedale?)

⁹⁷ Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 (e così tutti i Piani Sanitari Regionali) prevede di "rafforzare la tutela dei soggetti deboli" e per questo, afferma che "si devono garantire interventi di tutela a minori in situazioni di disagio, di marginalità, specie nei confronti dei soggetti immigrati; garantire la tutela della salute della donna in tutte le fasi della

Ancora di più nei confronti delle popolazioni che sono considerate già di per sé “soggetti deboli” e con i gruppi che vivono in una situazione di particolare stress sociale. La temporaneità della loro permanenza di sicuro rende più difficile un’assistenza medica corretta, per esempio nel caso di analisi, ospedalizzazione, piccola chirurgia, liste di attesa. D’altra parte trovare una soluzione è d’obbligo visto che non si tratta di una popolazione “di passaggio”, ma di individui che trascorrono in Italia almeno 6 mesi l’anno per contribuire ai rendimenti agricoli della Regione.

vita con particolare riferimento alle possibili espressioni della sessualità, alle scelte di procreazione cosciente e gravidanza, al sostegno nel percorso nascita, all’assistenza alla gravidanza fisiologica, alla prevenzione e al trattamento delle patologie materno –infantili ”.

Il caso di Z.

Z. è una giovane donna, di 28 anni, arrivata dalla Bulgaria a Rosarno nel settembre 2004. E' venuta insieme al marito e alle due figlie, una di otto anni l'altra di cinque, con la speranza di lavorare alla raccolta delle arance.

MSF l'ha visitata nel dicembre 2004. Motivo della consultazione: piccoli noduli presenti nell'angolo mascellare destro. Z. era molto preoccupata perché già in Bulgaria era stata operata nella stessa zona per un tumore parotideo.

All'arrivo in Italia Z., in ansia per il suo stato di salute e dovendo realizzare controlli periodici, si era rivolta al SSN locale. Grazie a conoscenze personali è stata sottoposta a una TAC dove si evidenziavano i noduli presenti. Nonostante questo non era stata eseguita alcuna analisi complementare (biopsia, TAC collo, analisi dei marcatori tumorali) e la paziente era stata rassicurata sulla sua situazione.

Al momento della visita le difficoltà che Z. doveva affrontare erano le seguenti:

- non corretto accesso alle cure (essendo irregolare e malata Z. avrebbe diritto all'assegnazione dell'STP, cosa che non era stata fatta);*
- economiche (Z. per sopravvivere deve lavorare, è infatti una delle donne impiegate in una fabbrica di succo d'arance dove sbuccia per 15 cent di Euro al chilo un centinaio di chili al giorno, il tutto per un guadagno giornaliero di 15 euro);*
- linguistiche (Z. non parla l'italiano e nelle strutture sanitarie locali non c'è alcun mediatore);*
- logistiche (Z. non ha modo di lasciare incustodite le figlie né di portarle con sé visto che non ha a disposizione un mezzo di trasporto, né la disponibilità economica, né possibilità di alloggiare nella località del più vicino ospedale, Reggio Calabria).*

I medici MSF hanno preso in cura il caso di Z.

Innanzitutto è stata reclutata una mediatrice per la traduzione di tutta la documentazione medica bulgara. Attraverso la mediatrice è stata realizzata una storia clinica completa della paziente, i medici MSF sono così venuti a sapere che Z. presentava sintomi nuovi e indicativi di attività tumorale (ipostesia facciale, edema del braccio destro, dimagrimento).

I medici MSF hanno quindi predisposto:

- assegnazione del codice STP;*
- avvio pratiche legali per il rilascio di un eventuale permesso di soggiorno per malattia;*
- contatto con diverse strutture ospedaliere e organizzazioni disposte ad accogliere la paziente per il periodo terapeutico.*

Z. ha realizzato intanto analisi elementari nelle strutture locali (marcatori tumorali, emocromo, visita neurologica, RX capo e collo). In seguito a queste indagini è stata ricoverata all'Ospedale di Reggio Calabria dove una seconda TAC e biopsia hanno confermato la recidiva del tumore (adenoma pleomorfo ghiandola parotidea).

Z. è stata quindi sottoposta a un intervento chirurgico per asportazione dei noduli.

In questo momento viene controllata periodicamente dal servizio di oncologia ospedaliero di Reggio Calabria e dovrebbe realizzare un ciclo di elettroterapia stimolante per riabilitare i nervi facciali.

E ora? Nell'intervallo di tempo in cui non ha lavorato Z. ha perso il lavoro alla fabbrica di arance, suo marito non riesce a sostenere le spese per gli spostamenti verso Reggio Calabria. Z. continua a non avere alcun mezzo di trasporto per raggiungere l'ospedale, né possibilità di trasferirsi nella città di Reggio. Il futuro di Z. è dunque le mani della buona volontà di qualche singolo operatore di Rosarno e dell'appoggio che può ricevere dalla sua comunità.

Continua intanto da parte dei medici MSF il follow up della paziente e si mantiene un contatto continuo con l'ospedale di riferimento.

Conclusioni

Il Rapporto di Medici Senza Frontiere - Missione Italia sui lavoratori stranieri impiegati come stagionali in Italia ha messo in luce una quantità di problemi legati alla presenza di questi immigrati che vanno al di là della sfera sanitaria, ma che riguardano aspetti sociali, lavorativi, giuridici. Questo insieme di fattori, letti nella loro complessità e tenendo conto delle reciproche interazioni, rimandano a un quadro assolutamente drammatico, insostenibile per le coscienze di quanti credono nel diritto al rispetto della dignità di ogni essere umano. Emerge lampante la necessità di un profondo e complessivo ripensamento dell'intero sistema dell'accesso al lavoro e ai diritti fondamentali per gli stagionali stranieri in Italia: un compito su cui MSF non pretende di fornire indicazioni alle istituzioni. Quelle che seguono sono conclusioni sul lavoro svolto e considerazioni che MSF ritiene utili per affrontare nell'immediato le emergenze che si porranno con l'imminente inizio della nuova stagione di raccolta.

Condizioni di vita

In qualche modo esiste nel sentire comune una tacita accettazione (e forse anche approvazione) del fatto che le condizioni di vita degli immigrati non abbiano gli stessi standard di quelle dei cittadini italiani. In molti trovano dunque tollerabile che queste persone vivano in condizioni modeste e senza potersi permettere beni superflui. Ma quello che abbiamo potuto vedere in questi mesi di indagine non ha niente a che vedere con una vita "modesta" ma è quanto di più vicino al degrado assoluto.

Già sarebbe difficile accettare situazioni abitative e igieniche come quelle previste dagli standard fissati dall'Alto Commissariato Onu per i Rifugiati⁹⁸, cioè pensate per i campi profughi e giustificate dalla drammaticità dell'emergenza, ma i dati raccolti dimostrano come si sia arrivati ben al di sotto di quel minimo.

La parola "abitazione" non è in grado di descrivere la situazione in cui vivono oltre il 70% dei lavoratori che abbiamo intervistato. Circa il 40% di loro si rifugia in case abbandonate, il 37% è costretto a pagare un affitto per alloggi di fortuna come box auto, magazzini, addirittura una stanza fatiscente sotto un ponte. Infine il 5% non ha nessun tipo di alloggio.

Il sovraffollamento costituisce un serio problema. I pochi spazi di fortuna in cui riescono a sistemarsi sono condivisi da un numero inverosimile di persone: più di dieci per stanza (camere che in condizioni normali sarebbero utilizzate da due, massimo tre persone); cento persone in una palazzina in cui esistono solo due bagni.

Chi non dorme per terra divide spesso il letto con qualcun altro, con tutto ciò che questo comporta anche dal punto di vista della salute.

Le condizioni igieniche sono poi fortemente condizionate dalla possibilità di accesso all'acqua.

⁹⁸ Per l'allestimento di campi profughi in zone di crisi l'Unhcr impone tra l'altro: la disponibilità di 30mq calpestabili per persona, la disponibilità di 3,5mq per persona nei moduli abitativi, la presenza di una latrina ogni 20 persone, la presenza di punti per l'approvvigionamento di acqua potabile a non più di 150 metri dall'alloggio. (cfr. *Refugee health. An approach to emergency situation* by Medecins Sans Frontieres – MacMillan Education, 1997). Il paragone con gli standard Unhcr non vuole naturalmente indicare la richiesta da parte di MSF di allestire campi profughi in Italia a favore di richiedenti asilo o irregolari, ma solo fornire un parametro di riferimento sugli standard minimi di accoglienza che vanno assicurati a ogni essere umano.

Chi può, condivide il bagno con i numerosi coinquilini, ma c'è chi l'acqua riesce a procurarsela solo con grande difficoltà. È il caso, ad esempio, dei lavoratori che vivono nelle masserie: l'acqua corrente non esiste e per l'approvvigionamento occorre percorrere alcuni chilometri. Con quell'acqua si fa tutto, anche se in molti casi il dubbio che non sia potabile è forte (cisterne di fortuna aperte ed esposte alla contaminazione, acqua di irrigazione dei campi usata per bere, etc.). Sono infatti molti i casi dichiarati di diarrea. Ma, quando il lavoro è poco, mancano i soldi anche per acquistarne una bottiglia.

In situazioni del genere, con poca acqua e ancor meno bagni a disposizione, l'igiene personale è assolutamente precaria e crea il presupposto per una serie di patologie altrimenti evitabili.

Un altro fattore di indigenza che ha serie ripercussioni sullo stato di salute dei lavoratori stagionali è l'iponutrizione. Lo scarso apporto calorico diventa ancora più preoccupante per chi affronta lavori pesanti per anche dodici ore al giorno. Durante le visite abbiamo potuto riscontrare diverse patologie chiaramente riconducibili alla povertà dell'alimentazione.

Salute

Chi sono i lavoratori stranieri stagionali? Prevalentemente uomini di età compresa tra i 20 e i 45 anni, cioè soggetti che in condizioni normali dovrebbero essere generalmente sani. Invece oltre il 30% di loro si ammala nei primi sei mesi di permanenza in Italia, dopo 19 mesi di permanenza nel nostro Paese la percentuale di chi ha bisogno del medico sale al 93 per cento.

Le patologie più diffuse sono di origine infettiva, strettamente collegate con le precarie condizioni igieniche in cui gli stranieri sono costretti a vivere. Si tratta di malattie che generalmente si risolvono, per noi cittadini del primo mondo, con un consulto medico e seguendo, ad esempio, una terapia di antibiotici.

Per i lavoratori stranieri stagionali non solo è scarsissima la possibilità di prevenzione, ma è frequente la cronicizzazione di tali malattie. Il fatto di aver riscontrato tra gli stranieri visitati frequenti casi di malattie croniche dovute a infezioni, evidenzia quando grave sia il problema del mancato accesso alle cure e quello delle diagnosi o delle terapie scorrette per i lavoratori stranieri.

Le patologie legate strettamente alle condizioni di povertà⁹⁹ colpiscono oltre il 40% degli stagionali visitati in Puglia e Basilicata, affetti da malattie dermatologiche, respiratorie e gastroenteriche. La mancanza di servizi igienici e di acqua, la condivisione dei posti letto, la promiscuità, sono fattori che amplificano seriamente la possibilità di diffusione di questo tipo di malattie.

Altre patologie sono legate all'alimentazione scorretta o inadeguata. La povertà, gli stenti e le privazioni si riflettono sul mancato rispetto del fabbisogno calorico.

Ma uno dei dati più preoccupanti è il fatto che circa il 40% dei 565 pazienti indagati dal punto di vista psico-affettivo mostrava chiare alterazioni. Non tutti ne erano consapevoli, solo il 15% aveva fatto esplicitamente riferimento a uno stato di disagio psicologico. La solitudine, la lontananza dagli affetti, dai propri punti di riferimento, il mancato riconoscimento della condizione di essere umano, con la negazione dei diritti fondamentali, non possono portare ad altro che a un profondo malessere interiore, senza

⁹⁹ Le patologie dovute a povertà sono patologie immediatamente riconducibili alle condizioni igieniche, alla potabilizzazione dell'acqua e alle condizioni abitative. Queste patologie sono prevalentemente di tipo dermatologico, respiratorio, gastroenterico.

prospettive di soluzione a meno che non avvenga un cambiamento nelle condizioni di vita. Ma molti degli stranieri non hanno una possibilità seppur minima di cambiare le cose, con un conseguente senso di frustrazione e impotenza.

A tutti gli immigrati spetta l'assistenza sanitaria pubblica. In particolare la legge prevede per gli stranieri regolari, quindi anche i richiedenti asilo, l'iscrizione al SSN a parità di condizioni con gli italiani. Per gli irregolari è prevista l'assegnazione del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) che attraverso un numero garantisce l'accesso alle cure mantenendo l'anonimato. Tuttavia anche questo è un diritto che troppe volte resta solo sulla carta e non è altro che l'ennesima amara beffa. Spesso sul territorio preso in esame non ci sono ambulatori delle ASL dedicati e quindi le visite mediche, quando ci sono, vengono effettuate nei pronto-soccorso o sbrigativamente dalle guardie mediche.

- **MSF auspica che le ASL favoriscano l'accesso degli immigrati ottemperando alla legislazione vigente dando risposte sanitarie adeguate attraverso ambulatori dedicati e - dove possibile - operando in orari compatibili con le esigenze dei lavoratori.**
- **Contestualmente MSF chiede alle associazioni che compongono l'articolato mondo della società civile di preferire agli sporadici interventi caritatevoli, l'orientamento razionale all'utilizzo delle strutture del sistema sanitario nazionale.**

Status Giuridico

Oltre la metà degli intervistati non ha un permesso di soggiorno, il 23,4% è in possesso di un permesso per richiesta d'asilo, il 18,9% ha un permesso di soggiorno per altri motivi (lavoro, studio, famiglia), il 6,3% ha già ottenuto lo status di rifugiato o la protezione umanitaria. La concentrazione di irregolari e richiedenti asilo cambia in maniera significativa nei diversi contesti di rilevazione, anche se rimane costante la massiccia presenza di lavoratori che, secondo la normativa, non avrebbero diritto a lavorare¹⁰⁰.

In Italia i richiedenti asilo devono attendere il colloquio con la Commissione Centrale al fine di ottenere lo status di rifugiato, la protezione umanitaria o il diniego, in media 14 mesi con punte di 19 mesi. Nel frattempo per sopravvivere non possono far altro che vivere di espedienti o accettare lavori occasionali. Ovviamente senza diritto alcuno.

Il popolo dei lavoratori stagionali è composto in gran parte da persone irregolarmente presenti e richiedenti asilo, persone di cui in qualche modo non viene neanche riconosciuta l'esistenza. Fino a che punto può arrivare il senso di smarrimento per un'identità negata?

Non esistono come persone, tanto meno come lavoratori. Nessuna tutela sindacale è prevista per questi fantasmi che pure mandano avanti l'economia agricola del Sud Italia.

Lavoro

Questi lavoratori sono assolutamente fondamentali per tutto un sistema economico. Eppure il 95% degli stranieri intervistati da MSF è privo di un contratto di lavoro. E' evidente che il sistema delle quote è gravemente lacunoso se non fallimentare. Il

¹⁰⁰ Ricordiamo che ai sensi della legge italiana non è permesso lavorare non solo agli stranieri privi di permesso di soggiorno, ma anche alle persone che hanno un regolare permesso per richiesta d'asilo. Lo studio è stato effettuato in un periodo antecedente all'approvazione del regolamento di attuazione sul diritto d'asilo, DPR 303/04 che introduce modifiche sostanziali.

sistema è inapplicabile nelle Regioni meridionali. D'altra parte il meccanismo del sistema dei flussi è ben noto: *“La distribuzione dei flussi dei lavoratori stagionali vede la presenza, numericamente più significativa, nella Provincia di Trento (5.600), seguita dall'Emilia Romagna (5.300), dal Veneto (4.500) e dalla provincia di Bolzano, con 1.600 arrivi previsti. L'assegnazione è, infatti, inversamente proporzionale al tasso di disoccupazione - si legge in un articolo pubblicato su “Agrisole - Il Sole 24 Ore” del 4 febbraio 2005 -. Ma è proprio al Sud che le imprese lamentano la mancanza di manodopera. Le liste di disoccupazione sono piene di iscritti (...). L'alto tasso ufficiale di disoccupazione, ostacola l'ingresso “legale” degli extracomunitari. Nelle fasi calde della raccolta al Sud - denunciano gli imprenditori - è sempre più difficile trovare operai. E allora, tenuto conto dei numeri ridotti per il Sud, non resta che il “nero”.*

L'impossibilità di poter far valere qualsiasi tipo di diritto porta a una condizione generale di pesante sfruttamento. Ai lavoratori stagionali vengono imposti tempi e condizioni di lavoro disumani. Lavorano anche per dodici ore al giorno, ore di lavoro pesante, sotto il sole per dei salari miseri che a stento riescono a coprire le spese per la sopravvivenza. I campi sono spesso lontani da raggiungere, imponendo al lavoratore un costo sproporzionato per il trasporto al campo. Ma il lavoro va accettato, a qualunque condizione, non c'è scelta.

Infine, da elencare tra i mancati diritti, c'è l'assenza pressoché totale dei dispositivi di protezione. Le ricadute anche a livello sanitario sono evidenti. I lavoratori stagionali operano, in alcuni casi, a diretto contatto con sostanze altamente tossiche, spesso senza neanche utilizzare dei semplici guanti di lattice.

Diritti

Nell'area studiata da MSF di fatto non esiste alcuna forma di tutela del lavoratore immigrato stagionale; manca una chiara volontà politica di creare un quadro per la protezione di queste persone. Prova ne è la mancata ratifica da parte dell'Italia della Convenzione ONU, adottata con risoluzione 45/158, sulla “Protezione dei diritti di tutti i lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie”. La Convenzione ONU chiarisce che i lavoratori migranti devono poter godere dei diritti umani al di là del loro status legale e stabilisce parità di diritti sindacali, remunerazione e accesso ai servizi sociali, con i lavoratori dello stato ospitante. L'eventuale ratifica della Convenzione vincolerebbe l'Italia a un monitoraggio costante della sua applicazione e quindi alla periodica verifica dello stato di attuazione dei diritti umani dei lavoratori immigrati.

Violenza

Spesso gli stagionali sono oggetto di violenze, essendo più vulnerabili e facili da “sfruttare”.

Specie in Campania il fenomeno dei maltrattamenti raggiunge percentuali importanti (il 46%) e si tratta, praticamente nella totalità dei casi, di episodi perpetrati da italiani. Lo stress sociale in cui vivono gli stranieri facilita poi episodi di violenza all'interno delle comunità.

Il campionario è vario: per la maggior parte sono percosse e intimidazioni, ma anche tentativi di rapina con uso di armi da fuoco. Come potrebbero difendersi i più emarginati degli emarginati?

Sono persone sole che non possono contare sulla tutela da parte delle istituzioni, vivendo nel terrore dell'espulsione. Sono le vittime ideali in un mondo dove il degrado culturale ha portato la violenza a unica forma di autoaffermazione.

Ancora più esposte, perché più indifese, sono le donne, che hanno dichiarato a MSF di essere state oggetto anche di violenze carnali che non possono denunciare per il timore di essere a loro volta denunciate.

Comunque nessun allarme: anche per il 2005 la raccolta è assicurata.

“Ho passato la mia vita tra l’esercito e l’attività di muratore e sono venuto in Italia in cerca di protezione, attendo la decisione sulla mia domanda di asilo però ho anche bisogno di un lavoro per vivere. Sapevo che la situazione e la vita in Europa non sarebbe stata facile ma non immaginavo di dover affrontare simili difficoltà. Se mi verrà concesso lo status di rifugiato cercherò un lavoro regolare per poter stabilizzare la mia vita, nel caso non dovessi riuscirci aspetterò l’anno prossimo per ritornare nei campi a raccogliere pomodori”.

Richiedente asilo eritreo, Roma, 33 anni



Foto 5 *Raccolta del pomodoro nel foggiano* - Foto MSF

Allegati

Background legale

Le convenzioni internazionali

In campo internazionale, gli strumenti di salvaguardia dei diritti dei lavoratori migranti e/o lavoratori stagionali in agricoltura sono molteplici, sia al livello del Consiglio d'Europa che per quanto riguarda le convenzioni prodotte da organismi internazionali quali le Nazioni Unite, l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL/ILO) e la IUF¹⁰¹.

L'Italia non ha sempre recepito questi trattati, non ratificando ad esempio (come non lo hanno fatto d'altronde tutti gli altri stati dell'Unione Europea) la Convenzione Internazionale sulla Protezione dei Diritti di Tutti i Lavoratori Migranti e dei Membri delle loro Famiglie, entrata in vigore nel luglio del 2003. Si applicano quindi all'Italia solo le norme delle convenzioni da essa ratificate, come quelle prodotte in ambito ILO, e le Raccomandazioni pertinenti dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa, in quanto stato membro.

Consiglio d'Europa

Nel luglio 2003 l'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa approva la Raccomandazione n. 1618, '*Migrants in irregular employment in the agricultural sector of southern European countries*'¹⁰² ('Migranti impiegati irregolarmente nel settore agricolo dei Paesi dell'Europa meridionale'), basata sul Rapporto dall'omonimo titolo.

Il Rapporto descrive il quadro generale della crescita esponenziale dell'impiego irregolare in agricoltura di lavoratori migranti stagionali, regolari e non, e delle loro condizioni lavorative e di vita estremamente basse, nei Paesi dell'Europa meridionale. In particolare, il rapporto si sofferma su come l'impiego in nero dei migranti li privi dell'accesso alla sicurezza sociale e li esponga allo sfruttamento ed all'arbitrio dei datori di lavoro. L'impiego in nero non implica necessariamente una presenza di migranti irregolari, poiché molti sono richiedenti asilo. Viene analizzata poi nel dettaglio la situazione della Francia, della Grecia, della Spagna e dell'Italia.

L'analisi della situazione in Italia sottolinea come l'economia sommersa ed il lavoro irregolare, caratteristiche del 'sistema Italia' da sempre, facilitino l'impiego in nero di lavoratori migranti, spesso irregolari, in agricoltura. Dati della Coldiretti e dell'ISMU¹⁰³ mostrano poi la crescita costante della percentuale di migranti sul totale degli impiegati in agricoltura ed i loro Paesi di provenienza oltre ai salari medi stimati. Si deplora la situazione abitativa dei lavoratori migranti e la recrudescenza del fenomeno del caporalato.

La Raccomandazione chiede agli stati membri di attuare una serie di misure, tra cui introdurre un sistema efficiente per far fronte alla domanda di lavoratori stagionali in agricoltura e canali sicuri e trasparenti per il reclutamento dei lavoratori (art. 6, commi

¹⁰¹ International Union of Food, Agricultural, Hotel, Restaurant, Catering, Tobacco and Allied Workers' Associations.

¹⁰² Rapporto del Consiglio d'Europa: <http://assembly.coe.int/documents/adoptedtext/ta03/erec1618.htm>
Raccomandazione: <http://assembly.coe.int/documents/WorkingDocs/doc03/EDOC9883.htm>

¹⁰³ Fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità.

iii.a e b)¹⁰⁴. I Paesi membri devono poi concedere permessi di soggiorno non legati ad un singolo datore di lavoro e che garantiscano l'accesso pieno ai servizi sociali (art. 6, comma iii.c) oltre ad organizzare corsi di lingua e di apprendistato lavorativo negli stati di provenienza ed in quelli di arrivo (comma iii.d), incoraggiare i datori di lavoro e le autorità locali a fornire alloggi e servizi adeguati (comma iii.e), sanzionare i datori di lavoro che impiegano lavoratori irregolari e concedere il permesso di soggiorno a chi collabora con la giustizia nel denunciare casi di sfruttamento e/o impiego in nero ed il permesso di soggiorno per motivi umanitari a chi è stato vittima di lavoro forzato (commi iii.f, iii.h e iii.i). Lo scopo è quello di non punire il lavoratore per la sua irregolarità, ma il datore di lavoro. Ogni stato membro deve poi creare una *taskforce* composta da dipartimenti governativi, associazioni degli agricoltori e rappresentanti dei lavoratori, inclusi quelli dei lavoratori migranti, affinché vigilino che il sistema di sanzioni dell'impiego irregolare funzioni (comma iii.g). Infine, i Paesi membri del Consiglio d'Europa devono firmare e ratificare la Convenzione ONU sui diritti dei lavoratori migranti (comma iii.j).

Nazioni Unite

Nel 1990 l'Assemblea Generale dell'ONU adotta la risoluzione 45/158, '*Convenzione Internazionale sulla Protezione dei Diritti di Tutti i Lavoratori Migranti e dei Membri delle loro Famiglie*'¹⁰⁵, entrata poi in vigore nel luglio 2003 e ratificata, ad oggi, da 27 stati, nessuno dei Paesi dell'Unione Europea incluso.

La Convenzione fa riferimento agli standard lavorativi internazionali ed in particolare alle Convenzioni 97 e 143 dell'ILO, ai Patti internazionali sui Diritti civili e politici e sui Diritti economici, sociali e culturali (1966), alle Convenzioni internazionali contro la schiavitù¹⁰⁶, alla Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale (1965), alla Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (1967), alla Convenzione contro la tortura (1984), alla Convenzione sui diritti dei bambini (1959) ed alla Dichiarazione del IV Congresso delle Nazioni Unite sulla prevenzione del crimine ed il trattamento di coloro che delinquono.

Nucleo fondamentale della Convenzione è il principio che i lavoratori migranti devono poter godere dei loro diritti umani al di là del loro status legale (Parte II: 'Non-discriminazione in materia di diritti'). Il comma 2 dell'articolo 16, infatti, stabilisce che lo stato ospitante deve proteggere tutti i lavoratori migranti, regolari e non, da violenze, minacce o intimidazioni da parte di pubblici ufficiali o privati cittadini. I lavoratori migranti, inoltre, devono ricevere la stessa remunerazione e gli stessi servizi sociali e godere degli stessi diritti sindacali dei lavoratori dello stato ospitante (artt. 25-26). Il comma 1 dell'art. 43, tra altri diritti (accesso all'istruzione ed ai servizi sanitari, all'orientamento professionale ed ai servizi di collocamento, diritto a far parte di cooperative), stabilisce che i lavoratori migranti devono godere delle stesse possibilità di ottenere un alloggio e ad un affitto equo dei cittadini dello stato ospitante.

Nella Convenzione si specificano, per la prima volta nell'ambito del diritto internazionale (sistema ILO escluso), i diritti che spettano ad alcune categorie di lavoratori migranti, tra cui quella dei 'lavoratori stagionali', definiti come 'i lavoratori migranti la cui attività per sua natura dipende dalle condizioni stagionali e non può essere esercitata che per una parte dell'anno' (art. 2, comma 2.b). A questo proposito si stabilisce che i lavoratori stagionali devono poter godere dei diritti enunciati nella IV

¹⁰⁴ principio enunciato nell'art. 66 della Convenzione ONU sui diritti dei lavoratori migranti e delle loro famiglie.

¹⁰⁵ http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/m_mwcp.html

¹⁰⁶ dalla Convenzione del 1927 al Protocollo ed alla Convenzione supplementare, alla Convenzioni contro il lavoro forzato del 1930 e del 1957 ed alla Convenzione per la soppressione del traffico di persone e lo sfruttamento della prostituzione di altre persone del 1949.

Parte della Convenzione ('Altri diritti dei lavoratori migranti e dei lavoratori delle loro famiglie che sono provvisti di documenti o in situazione regolare') che sono compatibili con il loro status di lavoratori stagionali.

Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL/ILO)

L'Organizzazione Internazionale del Lavoro ha affrontato la questione della tutela dei diritti dei lavoratori migranti fin dal 1949, quando venne promulgata la *Convenzione n. 97 su 'Migration for employment' ('Migrazione per Lavoro')*¹⁰⁷, ratificata ad oggi da 42 Stati, Italia inclusa, ed integrata dalla Raccomandazione n. 86. Nel 1975 i principi della Convenzione n. 97 furono aggiornati con la *Convenzione n. 143 sui Lavoratori migranti, 'Migrant Workers (Supplementary Provisions) Convention'*¹⁰⁸, integrata dalla Raccomandazione n. 151 e ratificata da 18 Paesi, tra cui l'Italia. E' rilevante al fine della tutela dei diritti di questi lavoratori anche la *Convenzione n. 105 del 1957 su 'Abolition of forced labour' ('Abolizione del lavoro forzato')*¹⁰⁹, integrata dalla Raccomandazione n. 35 e ratificata da 162 Paesi, Italia compresa. Infine, fornisce tutele aggiuntive per tutti i lavoratori agricoli la *Convenzione n. 184 del 2001, 'Safety and Health in Agriculture' ('Sicurezza e salute in agricoltura')*¹¹⁰, ratificata da 5 Stati, Italia esclusa.

La Convenzione n. 97 non si applica ad alcune categorie di migranti come i lavoratori di frontiera, i marittimi, gli artisti ed i professori universitari. Nella Convenzione si chiede agli Stati ratificanti di attuare una serie di misure tra cui la facilitazione degli scambi di informazioni sui migranti tra Paesi membri dell'ILO (art. 1) e l'adozione di provvedimenti contro la propaganda anti-migranti (art. 3). Gli stati devono poi facilitare la partenza, il viaggio (art. 4) e l'accoglienza (inclusi l'assistenza ed i servizi di informazione gratuiti) dei migranti (art. 2) ed applicare ai migranti regolari trattamenti identici a quelli riservati ai cittadini dello stato ospitante (art. 6) per quanto riguarda la remunerazione, l'alloggio, l'attività sindacale, i servizi sociali.

L'Allegato I si occupa dei migranti che trovano impiego senza l'ausilio delle istituzioni ed i trasferimenti programmati di gruppo tra Stati: in esso si chiarisce che solo gli uffici per il pubblico impiego o altri enti pubblici possono reclutare migranti (art. 3, comma 2), tranne che se leggi nazionali prevedono altrimenti (art. 3, comma 3), ma queste intermediazioni devono comunque essere sempre gratuite (art. 4).

La Convenzione n. 105 è il frutto della decisione, in ambito internazionale, di adottare ulteriori proposte per giungere all'abolizione del lavoro forzato, che non rientrava in trattati precedenti se non come forma di schiavitù o violazione delle norme di retribuzione sul lavoro. La Convenzione vieta il ricorso al lavoro forzato come misura di coercizione o di 'educazione politica' (art. 1, comma a), come metodo di utilizzazione della manodopera a fini di sviluppo economico, (comma b), come misura di disciplina del lavoro (comma c), come punizione per aver partecipato a scioperi (comma d), come misura di discriminazione razziale, sociale, nazionale o religiosa (comma e)

Nella Parte I ('Migrazioni in condizioni illegali') della Convenzione n. 143, che amplia ed aggiorna i principi enunciati nella Convenzione n. 97, gli Stati ratificanti sono chiamati a rispettare i diritti umani di tutti i migranti per lavoro (art. 1) ed a prendere

¹⁰⁷ <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C097>

¹⁰⁸ <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C143>

¹⁰⁹ <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C105>

¹¹⁰ <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C184>

provvedimenti per determinare l'esistenza di movimenti clandestini di migranti (art. 2). Gli spostamenti illegali di migranti devono essere soppressi insieme all'impiego illegale di questi ultimi e deve essere punito, inoltre, chi pratica il traffico di esseri umani (artt. 3-7).

La Parte II ('Eguaglianza di opportunità e trattamento') invita gli Stati ratificanti a promuovere un eguale trattamento dei migranti rispetto ai cittadini dei Paesi ospitanti per quanto riguarda l'impiego, i servizi sociali, l'attività sindacale, i diritti culturali e le libertà individuali e collettive dei migranti (art. 10).

Gli Stati firmatari della recente Convenzione n. 184, che tutela tutti i lavoratori agricoli dal punto di vista della sicurezza sul lavoro e della protezione della salute, sono invitati a formulare e sottoporre a periodiche revisioni una coerente politica nazionale sulla sicurezza e la salute in agricoltura (art. 4), sostenuta da adeguati controlli ed ispezioni (art. 5). Il singolo datore di lavoro ha poi il dovere di tutelare la sicurezza e la salute dei lavoratori in tutti gli aspetti relativi al lavoro e di prendere provvedimenti per evitare infortuni (artt. 6-7). Negli Stati ratificanti i lavoratori hanno il diritto di essere informati e consultati sui macchinari usati e sulle misure di sicurezza (art. 8, commi a e b), e di lasciare il lavoro in caso di pericolo (art. 8.c). L'età minima per essere impiegati in agricoltura è fissato in 18 anni di età (art. 16.1); vi possono essere deroghe nazionali e se la salute del lavoratore è tutelata l'età minima è di 16 anni (art. 16.3).

L'articolo 17 è dedicato ai lavoratori 'temporanei e stagionali', per i quali 'devono essere prese misure per assicurare [loro] la stessa protezione della sicurezza e della salute accordata ai lavoratori agricoli permanenti con mansioni simili'¹¹¹. Allo stesso modo ai lavoratori che vivono temporaneamente o in modo permanente nei pressi dell'azienda agricola devono essere garantiti alloggi adeguati (art. 19.b).

IUF (International Union of Food, Agricultural, Hotel, Restaurant, Catering, Tobacco and Allied Workers' Associations)

Nel 2002 la IUF ha stilato una bozza di proposta per una *Carta dei Diritti per i Lavoratori Migranti in Agricoltura, 'Decent work and equal treatment'*, che ha raccolto il consenso di tutti i membri affiliati a questa organizzazione internazionale durante le consultazioni del periodo 2002-2004.

Gli associati dell'IUF ritengono, infatti, che la necessità della Carta sia resa evidente dalle esperienze dei sindacati di Paesi europei ed africani, i quali concordano sul fatto che la situazione spesso disperata dei lavoratori migranti vulnerabili e soggetti a sfruttamento deprima gli standard per tutti i lavoratori. Tra i principi da enunciare nella Carta sono quindi da includere il diritto alla stessa paga ed alle stesse condizioni di lavoro dei cittadini del Paese ospitante, inclusi i benefici derivanti dalle contrattazioni collettive e dall'attività sindacale. Viene quindi ribadito che i lavoratori migranti non devono subire violenza, trattamenti inumani o deportazioni arbitrarie, devono godere della libertà di movimento e poter lavorare in condizioni sicure oltre ad avere alloggi e fognature adeguate, accesso al sistema sanitario, ai servizi sociali, alla giustizia ed all'istruzione per i loro figli, oltre ad informazioni accurate nella propria lingua, non devono subire discriminazioni, né detrazioni dallo stipendio. E' vietato inoltre l'impiego di bambini. Di fondamentale importanza, infine, è il diritto a far parte di un'organizzazione sindacale.

¹¹¹ traduzione personale.

Legge nazionale sull'immigrazione: disposizioni in materia di lavoro, diritto di asilo e diritto alla salute

La normativa nazionale sui flussi migratori

La disciplina del lavoro degli stranieri non comunitari nel territorio dello Stato italiano è essenzialmente contenuta nel Titolo III del Testo Unico (T.U.) sull'immigrazione 286/1998, come modificato dalla legge 189/2002 (c.d. "Bossi-Fini") e dal DPR 334/2004.

La legge 189/2002 introduce la disciplina del "contratto di soggiorno"¹¹² legando indissolubilmente il soggiorno sul territorio nazionale alla presenza di un regolare rapporto di lavoro.

Il contratto di soggiorno per lavoro subordinato tra il datore di lavoro e il cittadino di uno Stato non appartenente all'UE contiene: la disponibilità da parte del datore di lavoro di un alloggio che rientri nei parametri minimi previsti dalla legge per gli alloggi di edilizia residenziale pubblica; l'impegno al pagamento da parte del datore di lavoro delle spese di viaggio per il rientro del lavoratore nel paese di provenienza.

La sottoscrizione del contratto di soggiorno per lavoro tra le due parti deve avvenire presso lo sportello unico per l'immigrazione della provincia nella quale risiede o ha sede legale il datore di lavoro o dove avrà luogo la prestazione lavorativa¹¹³, previa concessione di un'autorizzazione all'ingresso nei limiti delle quote stabilite nei decreti emanati dal Presidente del Consiglio dei Ministri¹¹⁴.

Lo sportello unico per l'immigrazione, competente per lo svolgimento della procedura di autorizzazione all'ingresso di lavoratori stranieri, è stato istituito solo di recente, pertanto, le domande relative all'ultimo decreto flussi sono state inoltrate al Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale competente per territorio¹¹⁵.

La procedura di chiamata nominativa è piuttosto complessa: a seguito della determinazione dei flussi di ingresso con decreto ministeriale (che, a seguito della legge 189/2002¹¹⁶, può avere anche cadenza infra-annuale), il datore di lavoro presenta una richiesta di autorizzazione all'ingresso alla competente Direzione provinciale del Lavoro, indicando appunto le modalità della sistemazione alloggiativa per il lavoratore straniero¹¹⁷ e le condizioni di lavoro che non possono essere inferiori a quelle stabilite dai contratti collettivi nazionali applicabili¹¹⁸. A

¹¹² Art.6, legge 189/2002

¹¹³ Art.6, legge, comma 3, 189/2002 e art. 30 DPR. 334/200. Il nuovo regolamento stabilisce la composizione dello Sportello Unico: verrà diretto da un dirigente della carriera prefettizia, o da un dirigente della Direzione Provinciale del Lavoro e sarà composto da almeno un rappresentante della Prefettura – UTG, un rappresentante della DPL e un appartenente ai ruoli della Polizia di Stato.

¹¹⁴ Art. 3, comma 4, T.U. 286/1998

¹¹⁵ Art.22, T.U. 286/1998

¹¹⁶ Art. 17, comma 4-bis, legge 189/2002

¹¹⁷ La legge 189/2002 – art. 18, comma 2- specifica ulteriormente i requisiti che il datore di lavoro deve fornire per presentare la richiesta aggiungendo la documentazione di idoneità alloggiativa relativa all'immobile, l'impegno al pagamento delle spese di ritorno nel paese di provenienza, l'impegno a comunicare ogni variazione concernente il rapporto di lavoro. Nel caso in cui il datore non rispetti tale ultimo requisito va incontro al pagamento di una sanzione amministrativa da 500 a 2500 euro. Il regolamento recentemente varato, 334/2004, ribadisce e specifica tali requisiti all'art. 8-bis

¹¹⁸ In base al DPR 334/2004, in particolare, la richiesta di autorizzazione all'ingresso, oltre a contenere le generalità del datore di lavoro e del lavoratore, deve contenere autocertificazione dell'iscrizione dell'impresa alla Camera di Commercio o, per i privati, autocertificazione dei redditi, nonché orario di lavoro e importo della retribuzione che non deve essere inferiore al minimo previsto per l'assegno sociale ai sensi dell'art. 3, comma 6, l. 335/95.

seguito della verifica di queste condizioni, nei limiti delle quote disponibili e sentito il Questore¹¹⁹, la Direzione del lavoro concede l'autorizzazione che dovrà quindi essere inviata allo straniero nel suo Paese di origine al fine di consentire il rilascio del relativo visto di ingresso da parte del consolato italiano.

Lo straniero munito di visto per motivi di lavoro può quindi fare ingresso in Italia e richiedere, entro otto giorni dall'arrivo, permesso di soggiorno alla competente Questura¹²⁰.

Nel caso in cui il datore di lavoro non abbia una conoscenza diretta dello straniero (ipotesi non remota dato che è requisito indispensabile che lo straniero si trovi nel paese di origine al momento della presentazione della domanda) può richiedere il nulla osta al lavoro di una o più persone iscritte nelle apposite liste predisposte a seguito di intese e accordi bilaterali con i paesi di provenienza¹²¹.

L'impianto della nuova legge prevede inoltre restrizioni numeriche all'ingresso di lavoratori di Stati che non collaborano adeguatamente nel contrasto all'immigrazione clandestina e l'assegnazione in via preferenziale di quote riservate ai lavoratori di origine italiana.

Si prevede, inoltre, che lo sportello unico dia comunicazione delle richieste di autorizzazione all'ingresso agli uffici per l'impiego in modo da consentire al lavoratore nazionale e comunitario di presentare domanda e venire in tal caso privilegiato rispetto al lavoratore extra-comunitario. Solo nel caso in cui gli uffici del lavoro rilascino certificazione negativa rispetto alla disponibilità di lavoratori residenti sul Territorio italiano, lo sportello unico potrà rilasciare nulla osta all'ingresso dei lavoratori stranieri¹²².

Il lavoratore straniero che abbia fatto ingresso in Italia seguendo tale procedura, in caso di licenziamento o dimissioni, non perde comunque diritto al soggiorno in Italia e può iscriversi nelle liste di collocamento, ottenendo un permesso di soggiorno della durata di sei mesi¹²³.

La legge 189/2002 aumenta le sanzioni a carico del datore di lavoro che impieghi lavoratori privi di permesso di soggiorno o che non ne abbiano chiesto il rinnovo nei termini di legge: in questi casi è previsto l'arresto da sei mesi ad un anno e un ammenda di 5.000 euro per ogni lavoratore impiegato¹²⁴.

Una recente sentenza del Tribunale di Treviso¹²⁵ afferma però che non può configurarsi il reato nel caso dell'assunzione di un solo lavoratore irregolare, dato che la legge utilizza espressamente il plurale "lavoratori stranieri". Il giudice motiva la decisione chiarendo che quando la stessa legge vuole riferirsi al singolo lavoratore lo fa con molta chiarezza. All'articolo 24 comma 6, ad esempio, il T.U. 286/1998 recita: "*Il datore di lavoro che occupa alle sue dipendenze, per lavori di carattere stagionale, uno o più stranieri privi del permesso di soggiorno è punito...*" in base alle suddette sanzioni. Il legislatore ha probabilmente ritenuto di non punire con l'arresto una categoria di persone che può ricorrere a lavoratori stranieri irregolari non per fini di lucro, ma

¹¹⁹ In base all'art. 31, comma 2, DPR 334/2004, il Questore rilascia nulla osta qualora non risultino carichi penali in capo al datore di lavoro.

¹²⁰ Con la legge 189/2002 – art 18, comma 6., la procedura dovrà invece essere completata presso lo sportello unico per l'immigrazione ove avverrà la sottoscrizione definitiva del contratto di soggiorno.

¹²¹ L'art. 32 del DPR 334/2004 chiarisce modalità e termini di predisposizione delle liste.

¹²² Il DPR 334/2004, stabilisce che gli Uffici dell'impiego devono rispondere nel termine di 20 giorni dalla richiesta

¹²³ Art. 18, comma 11, legge 189/2002

¹²⁴ Il T.U. 286/1998 prevedeva una ammenda massima di 6 milioni di lire.

¹²⁵ Sentenza del Tribunale di Treviso – sezione di Conegliano – n. 193/2004 del 19 maggio 2004

per necessità più impellenti, come avviene nel caso dell'impiego di badanti da parte di persone anziane¹²⁶.

La procedura prevista per l'ingresso dei **lavoratori stagionali** è in tutto simile a quella prevista per il lavoro subordinato: il datore di lavoro presenta domanda a favore di uno straniero di cui abbia diretta conoscenza o iscritto nelle apposite liste e ottiene, nei limiti delle quote disponibili, autorizzazione all'ingresso non oltre venti giorni dalla ricezione della richiesta.

L'autorizzazione al lavoro stagionale ha validità da venti giorni a un massimo di nove mesi, in corrispondenza della durata del lavoro stagionale richiesto. Il lavoratore stagionale che abbia già fatto ingresso in Italia avvalendosi di tale procedura ha diritto di precedenza per il rientro in Italia nell'anno successivo e può, nel caso in cui sussistano le condizioni, convertire il proprio titolo di soggiorno in permesso per lavoro subordinato¹²⁷.

Il regolamento recentemente varato, DPR 334/2004, prevede inoltre la possibilità che il datore di lavoro richieda, a favore dello straniero, nulla osta triennale utile al rilascio dei visti di ingresso per le annualità successive alla prima¹²⁸.

I lavoratori stagionali hanno inoltre diritto - secondo le norme vigenti nei settori di attività - all'assicurazione per invalidità, vecchiaia e superstiti; all'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, contro le malattie e all'assicurazione di maternità¹²⁹. Il datore di lavoro è inoltre tenuto a versare all'INPS un contributo in sostituzione dell'assegno per il nucleo familiare e per l'assicurazione contro la disoccupazione involontaria, in misura pari all'importo dei medesimi contributi.

Nel caso in cui sussistano accordi con i Paesi di provenienza, i contributi pagati dai lavoratori stranieri possono essere ivi trasferiti, mentre, in caso contrario, possono essere liquidati ai lavoratori che lasciano il territorio italiano.

All'interno delle quote stabilite dai decreti ministeriali è inoltre possibile richiedere visto di ingresso al consolato italiano del paese di origine per motivi di lavoro autonomo. In questo caso il lavoratore dovrà dimostrare di disporre di risorse adeguate per l'esercizio dell'attività che intende intraprendere, dei titoli per l'esercizio¹³⁰ (qualora richiesti) e di idonea sistemazione alloggiativa.

La legge stabilisce, inoltre, particolari modalità e termini per il rilascio delle autorizzazioni al lavoro, dei visti di ingresso e dei permessi di soggiorno per alcune categorie di lavoratori: dirigenti di società con sedi o filiali in Italia, professori universitari, traduttori, lavoratori marittimi, lavoratori dello spettacolo, infermieri, giornalisti, ecc.

¹²⁶ Si tratta comunque di una decisione giurisprudenziale che può certamente influire su altre successive sentenze ma che in alcun modo pare volta a giustificare il "lavoro nero". Nel caso di specie il lavoratore è stato comunque espulso, mentre la datrice di lavoro è stata condannata al pagamento di una multa elevata.

¹²⁷ Art. 20 legge 189/2002

¹²⁸ Art. 38-bis, DPR 334/2004.

¹²⁹ Art. 25, comma 1, T.U. 286/1998, invariato nell'attuale legge 189/2002

¹³⁰ in base al DPR 334/2004 "anche per le attività che non richiedono il rilascio di alcun titolo abilitativo o autorizzatorio, lo straniero è tenuto ad acquisire presso la Camera di Commercio, industria, artigianato e agricoltura competente, l'attestazione dei parametri di riferimento riguardanti la disponibilità delle risorse finanziarie occorrenti per l'esercizio dell'attività". Tali risorse non devono essere inferiori all'importo mensile dell'assegno sociale.

Il decreto flussi 2004

Il decreto di programmazione transitoria dei flussi di ingresso per l'anno 2004 è stato approvato con DPCM 19 dicembre 2003 e fissa in 29mila unità le quote di ingresso per lavoratori non stagionali, mentre 50mila unità sono riservate agli ingressi per lavoro stagionale. Delle quote di ingresso per lavoro non stagionale possono poi beneficiare sia lavoratori subordinati che lavoratori impiegati nei servizi domestici (colf e badanti).

La programmazione di flussi di ingresso tiene conto delle segnalazioni relative al fabbisogno di manodopera pervenute dagli Enti Locali e acquisite dal Ministero del Lavoro e dalle associazioni datoriali appositamente interpellate, nonché delle richieste provenienti da determinati settori produttivi con riferimento a lavoratori stranieri in posizione dirigenziale o altamente qualificati.

Le quote vengono quindi ripartite tra le singole Province in modo che ciascuna direzione Provinciale del Lavoro disponga di un numero ben preciso di autorizzazioni da assegnare.

Il decreto flussi fissa inoltre, generalmente, un numero di quote destinate a persone provenienti da determinati Paesi e lascia una quota libera ove confluiscono tutti i cittadini dei Paesi che non beneficiano di quote riservate.

Nella determinazione delle quote riservate a singoli paesi, il Governo ha privilegiato per l'anno 2004 gli Stati che hanno collaborato nella lotta all'immigrazione clandestina. Ventimila ingressi sono infatti stati riservati a Paesi che hanno firmato patti di cooperazione e riammissione con l'Italia¹³¹.

Tra questi paesi sono stati inclusi anche Egitto e Pakistan benché non avessero ancora siglato accordi con il Governo italiano, ma con il fine di abbreviare proprio le trattative in corso per arrivare a un'intesa.

Nello specifico, dei 29.500 ingressi, 6100 sono assegnati ai lavoratori subordinati non stagionali, 2.500 al lavoro autonomo di ricercatori, imprenditori che svolgono attività di interesse per l'economia nazionale, liberi professionisti, soci e amministratori di società non cooperative e artisti di chiara fama internazionale. Infine, 400 quote vengono riservate ai cittadini di origine italiana per parte di almeno uno dei genitori fino al terzo grado in linea diretta di ascendenza, in ossequio alle previsioni della legge 189/2002¹³² ed altre 500 a dirigenti e personale altamente qualificato.

Le 50mila quote di ingresso fissate per i lavoratori stagionali dal decreto flussi per l'anno 2004, hanno invece privilegiato i cittadini provenienti dai paesi che a maggio dello stesso anno sono entrati a far parte dell'UE: Repubblica Ceca, Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Slovacchia, Slovenia e Ungheria, nonché i lavoratori provenienti da Romania, Serbia-Montenegro, Bulgaria, Croazia, Tunisia, Albania, Marocco, Moldavia, Egitto e infine a chi, indipendentemente dal suo paese di provenienza, ha già lavorato in Italia negli ultimi due anni.

Il decreto chiarisce poi che, dopo il 30 giugno 2004, sarà verificata la necessità di adottare un successivo provvedimento diretto a soddisfare eventuali ulteriori fabbisogni di manodopera stagionale.

¹³¹ In particolare, il DPCM per il 2004 assegna 3000 quote all'Albania, 3000 alla Tunisia, 2.500 al Marocco, 2000 alla Nigeria, 1500 a Egitto, Moldavia, Sri Lanka e Bangladesh, 1000 al Pakistan e altri 2500 restano a disposizione in modo che si possa favorire la firma di altri trattati.

¹³² Vedi paragrafo precedente

Il decreto flussi 2005

Il DPCM concernente la programmazione transitoria dei flussi di ingresso per l'anno 2005, registrato alla Corte dei Conti in data 24 gennaio 2005¹³³, fissa una quota massima di 79.500 stranieri extracomunitari da ammettere nel territorio dello Stato ripartita tra ingressi per lavoro subordinato anche a carattere stagionale, e per lavoro autonomo. Le quote per lavoro stagionale sono fissate in 25.000 unità, in considerazione del fatto che una parte importante della domanda di lavoratori stagionali viene soddisfatta da cittadini di paesi diventati membri dell'UE dal 1 maggio 2004¹³⁴.

In particolare le quote di lavoratori stagionali non comunitari riguardano i cittadini di: Serbia - Montenegro, Croazia, Bosnia e Herzegovina, Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia, Bulgaria e Romania; i cittadini di Paesi che hanno sottoscritto o stanno per sottoscrivere accordi in materia migratoria (Tunisia, Albania, Marocco, Moldavia ed Egitto) e i cittadini titolari di permesso di soggiorno per lavoro stagionale nell'anno 2003- 2004. Dei 30.000 ingressi riservati poi ai cittadini di altre nazionalità, 15.000 si riferiscono agli ingressi per motivi di lavoro domestico o di assistenza alla persona. Infine, 2.500 sono le quote per particolari categorie di lavoro autonomo (all'interno di tale quota e nell'ambito dei tipi di attività specificati, sono ammesse un numero massimo di 1.250 conversioni di permessi di soggiorno per motivi di studio), mentre 200 ingressi sono garantiti ai lavoratori di origine italiana.

Per quanto riguarda la modalità di presentazione delle domande, il decreto armonizza alcune prassi difformi utilizzate dalle diverse Direzioni del lavoro presenti sul territorio nazionale, stabilendo la necessità di inoltrare a mezzo raccomandata delle richieste di autorizzazione¹³⁵. Le domande devono contenere i moduli di richiesta debitamente compilati, il contratto di lavoro stipulato con lo straniero¹³⁶, copia del passaporto dello straniero, copia del documento di identità dell'istante e autocertificazione dei redditi.

A tale ultimo proposito, nel caso di autorizzazione al lavoro domestico, la capacità economica del richiedente sarà ritenuta sussistente ogniqualvolta questi possieda un reddito annuo, al netto dell'imposta, di importo almeno doppio rispetto all'ammontare della retribuzione annua dovuta al lavoratore da assumere¹³⁷.

Secondo i dati forniti dalle Direzioni provinciali del lavoro, a poche settimane dall'inizio dell'ultima "corsa alle quote", quando l'istruttoria delle domande in molte Dpl non è ancora iniziata, esiste un'enorme sproporzione tra le esigenze del mercato del lavoro (e quindi le persone e aziende che hanno presentato richiesta di autorizzazione) e la risposta del decreto flussi (quote effettivamente disponibili)¹³⁸.

¹³³ Il DPCM in questione è stato ulteriormente chiarito dalla Circolare del Ministero del Lavoro n. 1/2005.

¹³⁴ Vd. Paragrafo successivo.

¹³⁵ Il provvedimento intende evitare ovviamente il fenomeno delle lunghissime code davanti agli uffici del lavoro verificatosi negli anni precedenti.

¹³⁶ Lo straniero dovrebbe ovviamente controfirmare tramite l'invio di fax, essendo esclusa dalla procedura la sua presenza sul territorio nazionale.

¹³⁷ Tale requisito modifica parzialmente quanto stabilito con circolare n. 55 del 28 luglio 2000, la quale fissava un tetto reddituale particolarmente alto per la richiesta di autorizzazione al lavoro domestico (circa 40.000 euro annui).

¹³⁸ Sono 370mila le domande presentate ai primi di marzo per far entrare in Italia e assumere lavoratori stranieri, a fronte di soli 159mila ingressi autorizzati dal governo. E' il risultato di un'indagine pubblicata il 3 marzo 2005 da www.stranierinitalia.it, il portale dell'immigrazione. L'indagine ha toccato 80 province Italiane, dove complessivamente, fino al 3 marzo 2005, risultavano presentate 258mila domande. Proiettando questi dati anche sulle

Se i dati fino ad ora trapelati verranno confermati, quest'anno potrebbero esserci più di un milione di domande respinte. Considerato che buona parte di quelle richieste riguarda lavoratori stranieri già irregolarmente in Italia, a due anni e mezzo dalla sanatoria, si sarebbe già ricreata una sacca di clandestinità enorme. La distribuzione dei flussi dei lavoratori stagionali vede la presenza, numericamente più significativa, nella Provincia di Trento (5.600), seguita dall'Emilia Romagna (5.300), dal Veneto (4.500) e dalla provincia di Bolzano, con 1.600 arrivi previsti. L'assegnazione è, infatti, inversamente proporzionale al tasso di disoccupazione. *"Ma - si legge in un articolo a firma di Massimo Mirabella su "Agricole - Il Sole 24 Ore" del 4 febbraio 2005 - "è proprio al Sud che le imprese lamentano la mancanza di manodopera. Le liste di disoccupazione sono piene di iscritti, ma quando si cercano braccia difficilmente si riescono a trovare. Una situazione favorita dal meccanismo della previdenza agricola che, con sole 51 giornate di lavoro, dà diritto all'assegno di disoccupazione. Il lavoratore disoccupato spesso continua a prestare la sua opera in nero oppure è impegnato in altre attività. Ma concorre in questo modo a tenere alto il tasso ufficiale di disoccupazione, ostacolando, così, l'ingresso "legale" degli extracomunitari. Nelle fasi calde della raccolta al Sud - denunciano gli imprenditori - è sempre più difficile trovare operai. E allora, tenuto conto dei numeri ridotti per il Sud, non resta che il "nero".*

La programmazione dei flussi di ingresso per i cittadini dei nuovi Stati membri dell'UE

Dal 1 maggio 2004 dieci nuovi Stati sono entrati a far parte dell'UE¹³⁹, pertanto, con circolare 28 aprile 2004, il Ministero dell'Interno ha impartito disposizioni in merito alle procedure da adottare nei confronti dei cittadini provenienti da questi Paesi.

Vengono innanzitutto aboliti i visti d'ingresso. I nuovi cittadini europei possono ormai entrare liberamente in Italia, muniti di un semplice documento di identità, qualunque sia la durata e il motivo del loro soggiorno¹⁴⁰.

Analogamente, non viene più richiesto il nulla osta al ricongiungimento familiare dei cittadini neocomunitari, i cui familiari possono fare ingresso in Italia senza alcuna formalità.

Il Viminale chiarisce poi che si intendono cessati gli effetti delle espulsioni adottate in passato nei confronti di cittadini che sono diventati comunitari, a meno che non siano state dettate da motivi di ordine, sicurezza, o sanità pubblica. Di conseguenza verranno anche cancellate tutte le segnalazioni inserite nel Sistema

province mancanti si possono stimare 370mila domande già presentate in tutta Italia. Anche se a ritmi più blandi, le domande continuano ad arrivare.

A Torino, si legge sul *Sole 24 Ore* del 28/2/2005, sono arrivate 10 domande per ogni posto disponibile, a Milano 12, a Padova 4, a Verona e Genova 3. Scendendo lungo lo stivale la situazione non migliora: a Firenze ci sarebbero già 4 domande per ogni posto in palio, ad Ancona 10, a Roma addirittura 16. A sud abbiamo il dato di Napoli con 15 domande per posto e di Palermo, caso d'eccellenza dove il rapporto è di 1 a 1. In media, secondo il *Sole 24 Ore*, nelle grandi città sono state già presentate dieci domande per ogni posto disponibile.

¹³⁹ Repubblica Ceca, Repubblica di Estonia, Repubblica di Cipro, Repubblica di Lettonia, Repubblica di Lituania, Repubblica di Ungheria, Repubblica di Malta, Repubblica di Polonia, Repubblica di Slovenia, Repubblica di Slovacchia.

¹⁴⁰ Viene pertanto esteso ai cittadini dei nuovi Stati membri il diritto alla libera circolazione sancito dall'art. 18 del Trattato istitutivo CEE e la conseguente libertà di ingresso nel Territorio della Repubblica Italiana stabilita dall'art. 1 del DPR 54/2002.

Informativo Schengen (SiS), la banca dati europea che impedisce a chi è espulso da uno dei paesi membri di riparare in un altro stato dell'Unione. Per quanto però concerne gli ingressi e il soggiorno per motivi di lavoro subordinato, limitatamente a un periodo di due anni, i cittadini dei nuovi Stati membri, ad eccezione di Cipro e Malta, sono comunque tenuti ad acquisire l'autorizzazione della Direzione provinciale del lavoro competente, ma non necessitano del nulla osta della Questura¹⁴¹. Le autorizzazioni degli uffici del lavoro vengono rilasciate nei limiti delle quote stabilite da appositi decreti sui flussi migratori¹⁴².

Il principio delle "preferenza comunitaria" ha pertanto trovato applicazione nel DPCM 29 aprile 2004 che ha riservato 20.000 quote di ingresso, in aggiunta a quelle già fissate per l'anno 2004, ai cittadini provenienti dai paesi di nuova adesione sottoposti alla moratoria riguardante il lavoro subordinato. Successivamente, per l'anno 2005, con DPCM 17/12/2004, è stata assegnata un'ulteriore quota di 79.500 ingressi per i nuovi cittadini europei.

La regolamentazione specifica della procedura di ripartizione e assegnazione delle suddette quote è contenuta nelle circolari 14/2004 e 2/2005 del Ministero del lavoro. Le quote non vengono ripartite a livello regionale, gli Uffici provinciali dovranno avvalersi di un "contatore unico nazionale". Il datore di lavoro che intende effettuare l'assunzione del cittadino neocomunitario è tenuto a presentare la preventiva richiesta di autorizzazione all'ingresso mediante raccomandata, a decorrere dal giorno successivo a quello della pubblicazione del DPCM nella G.U. L'autorizzazione rilasciata dalle direzioni Provinciali del lavoro deve quindi essere trasmessa al datore di lavoro richiedente e alla Questura territorialmente competente, presso la quale dovrà recarsi il datore di lavoro ai fini del rilascio della carta di soggiorno per lavoro subordinato. Il datore di lavoro è tenuto a comunicare, entro i termini previsti, all'INPS e all'INAIL l'instaurazione del rapporto di lavoro ed entro 5 giorni, al Centro per l'Impiego l'assunzione, le eventuali variazioni e la cessazione del rapporto di lavoro instaurato.

La procedura di asilo

Con la legge 39/1990 cessano nell'ordinamento italiano gli effetti della dichiarazione di limitazione geografica della convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951¹⁴³ e viene garantita l'attuazione della norma di cui al comma 1, prevedendosi il riordino degli organi e delle procedure per l'esame delle richieste di riconoscimento dello status di rifugiato¹⁴⁴. Per accedere alla procedura di asilo il richiedente deve presentare una istanza motivata e, in quanto possibile, documentata all'ufficio di polizia di frontiera o alla Questura del luogo di arrivo, allegando una dichiarazione di domicilio. Il questore territorialmente competente

¹⁴¹ Conformemente al Trattato di adesione dei nuovi paesi dell'UE (ratificato dall'Italia con legge 24 dicembre 2003, n.380) l'Italia ha esercitato la facoltà di limitare la libertà di circolazione per l'accesso al mercato del lavoro dei cittadini dei Paesi di nuova adesione, fatta eccezione per Cipro e Malta, con espressa deroga agli articoli da 1 a 6 del Regolamento CEE n. 1612/68.

¹⁴² DPCM 20 aprile 2004 e DPCM 17/12/2004.

¹⁴³ La dichiarazione di limitazione è stata ratificata con legge 24 luglio 1954, n. 722, poste dall'Italia all'atto della sottoscrizione della convenzione stessa

¹⁴⁴ art. 1 legge 39/1990

rilascia, dietro richiesta, un permesso di soggiorno temporaneo, che non dà diritto al lavoro, valido fino alla definizione della procedura di riconoscimento. Qualora si tratti di minori non accompagnati, viene data comunicazione della domanda al tribunale dei minori competente per territorio ai fini dell'adozione dei provvedimenti di competenza. Ai richiedenti lo status di rifugiato privi di mezzi di sussistenza o di ospitalità in Italia spetta un contributo di prima assistenza per un periodo non superiore a quarantacinque giorni.

La procedura ha termine con l'audizione del richiedente davanti alla Commissione centrale per il riconoscimento dello status di rifugiato, avverso la quale, in caso di decisione negativa, è ammesso ricorso giurisdizionale. Attualmente, e per tutto il periodo nel quale è stata realizzata l'indagine oggetto del presente rapporto, la durata media della procedura di asilo fino all'audizione con la commissione Centrale è superiore a 12 mesi, il contributo di assistenza non viene spesso erogato e il sistema dell'accoglienza risulta del tutto insufficiente.

Benché infatti la legge 189/2002 contenga due articoli dedicati alla procedura di asilo¹⁴⁵, l'inquadramento complessivo del diritto d'asilo è stato rinviato *sine die* ad una legge organica ed in mancanza del regolamento di attuazione solo recentemente varato¹⁴⁶, hanno continuato a trovare applicazione le disposizioni della legge 39/1990. Per quanto attiene all'accesso alla procedura¹⁴⁷, vengono mantenute nell'attuale disciplina le condizioni appena menzionate, ivi comprese le ipotesi ostative, previste dalla legge 39/1990, in particolare è impedito l'ingresso nel territorio dello Stato al richiedente che: a) sia stato già riconosciuto rifugiato in altro Stato; b) provenga da uno Stato, diverso da quello di appartenenza, che abbia aderito alla convenzione di Ginevra, nel quale abbia trascorso un periodo di soggiorno, non considerandosi tale il tempo necessario per il transito del relativo territorio sino alla frontiera italiana; c) abbia commesso un crimine contro la pace, contro l'umanità o crimine di guerra, o azioni contrarie ai fini delle NU¹⁴⁸; d) sia stato condannato in Italia per uno dei delitti previsti dall'articolo 380, commi 1 e 2, del codice di procedura penale o risulti pericoloso per la sicurezza dello Stato, ovvero risulti appartenere ad associazioni di tipo mafioso o dedite al traffico degli stupefacenti o ad organizzazioni terroristiche.

Con la legge 189/2002¹⁴⁹ viene introdotto per la prima volta in Italia l'istituto del trattenimento dei richiedenti asilo. Il trattenimento è previsto come misura obbligatoria¹⁵⁰ innanzitutto per coloro che hanno presentato domanda di asilo essendo stati precedentemente colpiti da un provvedimento di espulsione. In questo caso il trattenimento avviene nei centri di permanenza temporanea e assistenza (CPTA), ma l'esecuzione del provvedimento di espulsione è subordinata all'esame della domanda di asilo.

¹⁴⁵ artt. 31 e 32 legge 189/2002

¹⁴⁶ Decreto del Presidente della Repubblica del 1 settembre 2004 "Regolamento relativo alle procedure per il riconoscimento dello status di rifugiato, G.U. 299 del 22 dicembre 2004, n. 303.

¹⁴⁷ Il nuovo regolamento 303/2004, prevede inoltre, art. 1, comma 6, la consegna al richiedente asilo di un opuscolo redatto dalla Commissione Centrale in cui sono spiegati: le fasi della procedura; diritti e doveri dei richiedenti asilo; indirizzo dell'ACNUR e dei principali enti di tutela; modalità di accesso ad altri servizi utili.

¹⁴⁸ vd. art. 1 lettera F, Convenzione di Ginevra

¹⁴⁹ art. 1 bis, legge 189/2002

¹⁵⁰ art. 1bis, II comma lettera a), legge 189/2002

È previsto inoltre il trattenimento presso appositi centri di identificazione (CI)¹⁵¹ sia come misura facoltativa che come misura obbligatoria. Nel primo caso, il trattenimento in CI si applica in modo eventuale ad una serie estesissima di casi e situazioni (per verificare l'identità o nazionalità; per verificare gli elementi su cui si basa la domanda di asilo, qualora non immediatamente disponibili; in dipendenza del procedimento di riconoscimento dello status¹⁵²), mentre nel secondo caso, è atto dovuto nei confronti di quei richiedenti asilo che risultino fermati per aver eluso i controlli di frontiera o che comunque si trovino "in condizione di soggiorno irregolare"¹⁵³. L'allontanamento non autorizzato dai centri comporta rinuncia della domanda¹⁵⁴. L'ente che gestisce il centro di identificazione, il quale viene individuato in base ai criteri stabiliti nell'apposita convenzione¹⁵⁵, deve predisporre servizi al fine di garantire la dignità e la salute dei richiedenti asilo, tenendo conto delle necessità dei gruppi più vulnerabili¹⁵⁶. L'uscita dai centri è garantita, compatibilmente con lo svolgimento della procedura e previa comunicazione al direttore del centro, dalle ore otto alle ore venti, tranne che non si tratti di richiedenti asilo privi di documenti di viaggio o titolari di documenti risultati falsi o che abbiano eluso o tentato di eludere i controlli di frontiera. In questi ultimi casi, l'allontanamento dal centro è consentito solo per comprovati e gravi motivi personali, di salute o di famiglia¹⁵⁷. Le visite sono garantite ai rappresentanti dell'ACNUR, agli enti di tutela autorizzati¹⁵⁸, agli avvocati e ai familiari, in quest'ultimo caso, su richiesta dell'interessato e previa autorizzazione della Prefettura. Per quanto concerne l'assistenza sanitaria, i richiedenti asilo presenti nei centri di identificazione vengono di fatto assimilati agli stranieri irregolari, avendo diritto alle cure urgenti, essenziali e continuative, come previsto dall'art. 35, comma 3, T.U. 286/1998 e non all'iscrizione al SSN, almeno fino all'ottenimento del permesso di soggiorno¹⁵⁹.

Come si può notare la misura del trattenimento viene prevista in modo generalizzato, ponendo una serie di problemi di legittimità sia dal punto di vista del controllo giurisdizionale, che dell'istituto della rinuncia, giacché il diritto di asilo configura un diritto soggettivo e non un mero interesse legittimo.

Bisogna comunque ricordare, a questo proposito, che se pure la libertà da ogni forma di detenzione arbitraria è un diritto fondamentale e la detenzione dei richiedenti asilo è in principio contraria alle norme stabilite dal diritto internazionale, la conclusione n.44 adottata dall'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati

¹⁵¹ l'art. 1 septies, dispone inoltre che "per la costruzione dei nuovi centri di identificazione è autorizzata la spesa nel limite massimo di 25.31 milioni di euro per l'anno 2003".

¹⁵² art. 1bis I comma, lettere a), b), c), legge 189/2002

¹⁵³ "Il questore competente per il luogo nel quale la richiesta è stata presentata dispone il trattenimento dello straniero interessato in uno dei centri di cui all'art. 1 bis, III comma".

¹⁵⁴ art. 1 bis, IV comma, legge 189/2002

¹⁵⁵ art. 7 DPR 303/2004; la convenzione prevede in particolare: l'individuazione del direttore del centro; il numero delle persone necessarie alla gestione; un costante servizio di vigilanza; un servizio di interpretariato; un servizio di informazione legale; modalità per la comunicazione delle eventuali presenze giornaliere e degli allontanamenti; obbligo di riservatezza del personale sulle informazioni riguardanti i richiedenti asilo; le attività e i servizi per garantire il rispetto della dignità e il diritto alla riservatezza degli ospiti.

¹⁵⁶ Art. 8, DPR 303/2004

¹⁵⁷ Art. 9, DPR 303/2004

¹⁵⁸ In base all'art. 11, DPR 303/2004, "le associazioni con comprovata esperienza possono essere autorizzate dal prefetto della Provincia in cui è istituito il Centro"

¹⁵⁹ In questo caso valgono infatti comunque le disposizioni del T.U. che garantiscono la possibilità di iscrizione al SSN ai titolari del permesso di soggiorno per richiesta asilo, vd. Anche DPR 334/2004, art. 42.

(ACNUR) nel 1986, pur ribadendo la “non desiderabilità” della detenzione dei richiedenti asilo, tuttavia esamina le situazioni in cui può risultarne necessario il trattenimento (come previsto dall’art. 31 della Convenzione di Ginevra)¹⁶⁰.

In tutte le ipotesi di trattenimento obbligatorio, sia che avvenga nei CPTA che nei CI, si applica la cosiddetta procedura semplificata, che ha durata massima di 20 giorni¹⁶¹. In tale periodo il richiedente non dispone di alcun titolo di soggiorno¹⁶² e solo nel caso in cui la procedura non si concluda nell’arco di tempo previsto, “allo straniero è concesso un permesso di soggiorno temporaneo fino al termine della procedura stessa¹⁶³”. La procedura ordinaria esiste come possibilità residuale “quando non ricorrano”¹⁶⁴ le ipotesi suddette; in questi casi viene rilasciato permesso di soggiorno fino al termine della procedura. La Commissione Centrale viene sostituita, nell’espletamento dei suoi compiti in merito all’esame delle istanze di asilo, dalle Commissioni territoriali, “presiedute da un funzionario della carriera prefettizia e composte da un funzionario della polizia di Stato, da un rappresentante dell’ente territoriale designato dalla conferenza stato-città ed autonomie locali e da un rappresentante dell’ACNUR¹⁶⁵”.

Alla Commissione Centrale, ora “Commissione nazionale” vengono affidati compiti di indirizzo, coordinamento, formazione e aggiornamento delle commissioni territoriali, “nonché poteri decisionali in tema di concessione di revoche e cessazione degli status concessi”¹⁶⁶.

La convocazione per l’audizione presso la commissione territoriale è comunicata all’interessato tramite la Questura territorialmente competente e può essere rinviata sulla base di certificazione relativa alle condizioni di salute dell’interessato. In ogni fase del procedimento, il richiedente asilo può inoltre inviare memorie e documentazione aggiuntiva sia alla Commissione nazionale che alla Commissione territoriale competente.

L’esame delle domande di asilo deve essere inoltre subordinato alla valutazione delle conseguenze di un eventuale rimpatrio alla luce degli obblighi derivanti dalle

¹⁶⁰ La limitazione della libertà personale nei confronti di questa categoria di soggetti può invocarsi, in base alla risoluzione n. 44 dell’UNHCR, in quattro situazioni determinate:

1. quando risulti necessario verificare l’identità del richiedente;
2. al fine di accertare gli elementi di fatto sui quali si basa la richiesta presentata;
3. nel caso in cui il richiedente abbia distrutto i propri documenti di identità o sia stato trovato in possesso di documenti falsi dall’autorità dello Stato dove intende chiedere asilo;
4. al fine di proteggere l’ordine pubblico o la sicurezza dello Stato.

¹⁶¹ “Nell’ipotesi di trattenimento presso un CPT e quando questo sia già in corso, il questore può chiedere al Tribunale la proroga del periodo di trattenimento per ulteriori trenta giorni”, art. 1-ter, III comma

¹⁶² art. 31, I comma, legge 189/2002

¹⁶³ art. 1-ter, V comma, legge 189/2002

¹⁶⁴ art. 31, I comma, legge 189/2002

¹⁶⁵ art. 1-quater, legge 189/2002 e art. 12 DPR 303/2004. In base a quest’ultimo art. le Commissioni territoriali vengono così individuate: Gorizia (con competenza a conoscere delle domande di Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Trentino Alto Adige), Milano (con competenza su Valle d’Aosta, Piemonte, Liguria, Emilia Romagna); Roma (con competenza su Lazio, Campania, Abruzzo, Molise, Sardegna, Toscana, Marche e Umbria); Foggia (con competenza sulla Regione Puglia); Siracusa (con competenza su Siracusa, Ragusa, Caltanissetta e Catania); Crotone (con competenza su Calabria e Basilicata) e Trapani (con competenza su Agrigento, Trapani, Palermo, Messina e Enna)

¹⁶⁶ art. 1-quater, legge 189/2002 e art. 19, DPR 303/2004

convenzioni internazionali, con particolare riferimento all'art.3 della Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali¹⁶⁷.

In particolare, la Commissione, entro tre giorni feriali dall'audizione, può adottare una delle seguenti decisioni¹⁶⁸: riconosce lo status di rifugiato al richiedente in possesso dei requisiti previsti dalla convenzione di Ginevra; rigetta la domanda in assenza di tali requisiti; rigetta la domanda ma, valutate le conseguenze di un eventuale rimpatrio anche in base alla Convenzione europea sui diritti dell'uomo, chiede al questore di rilasciare un permesso per motivi umanitari¹⁶⁹.

Per quanto concerne i mezzi di impugnazione, viene introdotta dalla legge 189/2002 la procedura di riesame della decisione adottata dalla Commissione territoriale per il riconoscimento dello status di rifugiato e confermata, in subordine, la possibilità di ricorrere al Tribunale in composizione monocratica.

- La richiesta di riesame deve essere presentata alla Commissione territoriale, integrata da un componente della Commissione nazionale, dallo straniero trattenuto nel centro di identificazione entro 5 giorni dalla notifica della decisione. La decisione deve avvenire entro 10 giorni, tempo nel quale lo straniero rimarrà trattenuto nel centro¹⁷⁰.

Il ricorso al tribunale deve essere presentato entro 15 giorni e non sospende l'esecuzione del provvedimento di espulsione, si potrà quindi configurare la necessità di doverlo presentare dall'estero per il tramite della rappresentanza diplomatica nel paese d'origine dello straniero. È possibile eventualmente adire il Prefetto per chiedere l'autorizzazione alla permanenza sul territorio nazionale fino alla decisione sul ricorso e, in questo caso, lo straniero viene trattenuto nel Centro di Permanenza Temporanea e Assistenza, secondo le disposizioni dell'art. 14 del T.U.¹⁷¹

La legge 189/2002 istituisce infine il sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati; i centri di accoglienza vengono finanziati dal Ministero dell'Interno e possono rientrare nei servizi già predisposti dagli enti locali e preposti all'accoglienza di richiedenti asilo, rifugiati o destinatari di altre forme di protezione umanitaria¹⁷². È istituito un servizio centrale, affidato tramite apposite convenzioni all'ANCI (Associazione nazionale Comuni italiani) con compiti di

¹⁶⁷ in particolare la Convenzione menziona, tra i diritti umani fondamentali, il diritto di ciascun individuo alla libertà e alla sicurezza e stabilisce che eventuali limitazioni della libertà possono essere adottate solo in accordo con la procedura prescritta dalla legge e in casi determinati e stabilisce *che "nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamento inumani o degradanti"*

¹⁶⁸ art. 15 DPR 303/2004

¹⁶⁹ In base all'art. 14 DPR 334/2004, il permesso di soggiorno per motivi umanitari da diritto all'esercizio dell'attività lavorativa e può essere convertito, prima della scadenza, in permesso di soggiorno per motivi di lavoro qualora ne sussistano i requisiti.

¹⁷⁰ Ai sensi dell'art. 16 DPR 303/2004, "La richiesta di riesame ha ad oggetto elementi sopravvenuti ovvero preesistenti non adeguatamente valutati in prima istanza, che siano determinanti al fine del riconoscimento dello status di rifugiato". Sebbene la disposizione sia volta a configurare una garanzia ulteriore per il richiedente, il termine di cinque giorni previsto per la richiesta appare del tutto insufficiente rispetto alla possibilità di integrare la documentazione con fatti effettivamente sopravvenuti e non valutati in precedenza.

¹⁷¹ In base all'art. 17 del DPR 303/2004 "La richiesta dell'autorizzazione a permanere deve essere presentata per iscritto ed adeguatamente motivata in relazione ai fatti sopravvenuti che comportino gravi e comprovati rischi per l'incolumità o la libertà

¹⁷² art. 1- sexies, legge 189/2002

informazione, promozione, consulenza, monitoraggio e supporto tecnico agli enti locali che prestano i servizi di accoglienza.

Si tratta quindi di un sistema non istituzionalizzato ma basato sull'iniziativa dei singoli enti locali e che, giova ricordarlo, copre allo stato attuale, il 6.7% delle richieste di accoglienza. Un dato che appare particolarmente grave se si considera che - secondo dati Unhcr - il numero di domande d'asilo inoltrate in Italia nel 2004 risulta tra i più bassi dell'Unione Europea, con 0,12 domande ogni 1.000 abitanti rispetto alla media UE di 0,6. Tra i paesi dell'Unione Europea - dopo Cipro, Lussemburgo e Malta, che comunque hanno ricevuto un numero limitato di domande - si sono registrate punte di 3 domande ogni 1.000 abitanti in Austria e 2,6 in Svezia. L'Italia nel complesso nel 2004 ha ricevuto appena 7.408 richieste d'asilo, contro le 61.600 della Francia, le 40.200 della Gran Bretagna o le 35.600 della Germania. (cfr. www.unhcr.it).

È importante sottolineare, a conclusione di questo *excursus normativo*, che alcuni dei lavoratori stranieri incontrati nel corso della presente indagine, come si vedrà in seguito,¹⁷³ alloggiavano nei centri di identificazione e, di giorno, lavoravano nelle campagne limitrofe. Si può pertanto ipotizzare che l'aumento dei centri di identificazione, con l'attuazione del recente regolamento, non varrà necessariamente a limitare il fenomeno dell'impiego dei richiedenti asilo quale manodopera a basso costo nell'agricoltura. Certamente, comunque, l'implementazione della nuova legge porterà delle modifiche nel panorama incontrato ma, qualora la procedura non dovesse risolversi all'interno del periodo di trattenimento e in assenza di valide politiche di accoglienza e integrazione, le gravi situazioni riscontrate rischiano semplicemente di "slittare" al termine del periodo di permanenza nei centri, della procedura di asilo o riguardare i casi in cui non si dispone alcuna limitazione della libertà personale.

Appare utile infine richiamare, rispetto alla necessità di assicurare ai richiedenti asilo un'adeguata accoglienza, la direttiva dell'unione europea 2003/9/CE del 27 gennaio 2003, alla quale gli Stati membri dovranno adeguarsi entro il 6 febbraio 2005, intesa a garantire ai richiedenti asilo un livello di vita dignitoso e condizioni di vita analoghe in tutti gli Stati membri, senza alcuna limitazione a ipotesi determinate.

Per quanto concerne le condizioni materiali di accoglienza, la direttiva stabilisce in particolare: l'obbligo, da parte degli Stati membri, di informare i richiedenti asilo, in lingua a loro comprensibile, sui benefici e sugli obblighi loro riconosciuti, nonché sulla possibilità di ricevere assistenza legale e sanitaria¹⁷⁴; una qualità di vita adeguata per la salute e il sostentamento, con particolare riferimento alle categorie più vulnerabili, come i minori e le vittime di tortura¹⁷⁵.

Si chiarisce inoltre che gli Stati membri possono stabilire un luogo di residenza per i richiedenti asilo, ma unicamente per motivi di pubblico interesse, ordine pubblico o, ove necessario, per il trattamento rapido e il controllo efficace della domanda e comunque solo in una delle seguenti forme: locali utilizzati per alloggiare i

¹⁷³ Si veda il paragrafo "Informazioni generali sulla popolazione in Puglia"

¹⁷⁴ Art. 6, direttiva 2003/9/CE

¹⁷⁵ Art. 13 e art.17, direttiva 2003/9/CE

richiedenti che hanno presentato la domanda in frontiera; centri di accoglienza che garantiscano una qualità di vita adeguata; case private, appartamenti o alberghi¹⁷⁶. Sono quindi ammesse alcune limitazioni alla libertà di circolazione, ma solo per motivi specifici e nel rispetto di standard di accoglienza adeguati.

Rispetto all'accesso al lavoro, gli Stati membri possono stabilire un periodo dalla presentazione della domanda in cui i richiedenti asilo non possano lavorare, ma, superato il termine di un anno dalla presentazione della domanda senza alcuna decisione sul merito della stessa, è necessario stabilire le condizioni per l'accesso al mercato del lavoro¹⁷⁷.

In Italia, allo stato attuale, i richiedenti asilo non ricevono certamente un'accoglienza che garantisca loro una qualità di vita adeguata per la salute e il sostentamento. Inoltre, i centri di identificazione previsti dalla legge 189/2002, sorti prima ancora del varo del regolamento di attuazione della legge, sono attualmente, non dissimili dai centri di permanenza temporanea previsti per gli immigrati irregolari in attesa di espulsione. In alcuni casi, addirittura, i richiedenti asilo vengono indebitamente trattenuti nei CPTA¹⁷⁸.

Disposizioni in materia di diritto alla salute degli stranieri

La normativa relativa all'accesso alle cure degli stranieri presenti sul territorio dello Stato è contenuta nel T.U. 286/98 e non è stata modificata dall'attuale legge 189/2002; ulteriori disposizioni in tema di assistenza sanitaria degli stranieri sono poi contenute nella circolare 5/2000.

Ai sensi dell'art. 34 del T.U. 286/98, hanno l'obbligo di iscriversi al SSN a parità di trattamento e con piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini italiani, gli stranieri regolarmente soggiornanti nel territorio dello Stato o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno per i seguenti motivi: lavoro subordinato, autonomo, motivi familiari, asilo politico, richiesta di asilo, motivi umanitari, attesa adozione, affidamento e acquisto della cittadinanza. Negli altri casi, lo straniero è tenuto ad assicurarsi contro il rischio di malattie mediante la stipula di apposita polizza o ha facoltà di iscriversi al SSN (titolari permesso di soggiorno per motivi di studio o comunque di permesso di soggiorno superiore a tre mesi), ma deve corrispondere un contributo annuale forfetario di partecipazione.

L'iscrizione al SSN va effettuata nella ASL del luogo di residenza o effettiva dimora del richiedente, come risultante dal permesso di soggiorno, unicamente sulla base dell'esibizione del permesso stesso e di autocertificazione del codice fiscale, dovendosi considerare illegittima ogni richiesta di ulteriore documentazione¹⁷⁹. Il

¹⁷⁶ Art.7 e 14, direttiva 2003/9/CE

¹⁷⁷ Art.11, direttiva 2003/9/CE

¹⁷⁸ Si veda "Anatomia di un fallimento", rapporto di Medici senza frontiere sui CPTA, 2005 "SinnoS"editrice

¹⁷⁹ A fronte di alcune segnalazioni relative a casi di diniego all'iscrizione e richiesta di documentazione aggiuntiva da parte di alcune ASL romane, la Regione Lazio ha emanato la circolare 125821 del 18 novembre 2003, nella quale si chiarisce che ai fini dell'iscrizione al SSN gli stranieri "non sono tenuti ad esibire copia del contratto di lavoro, né ulteriore documentazione comprovante i motivi del soggiorno, in quanto la verifica dei requisiti che inducono al rilascio dei permessi è di stretta competenza delle Questure"

regolamento di attuazione della legge 189/2002 recentemente varato¹⁸⁰ specifica inoltre che "l'iscrizione non decade nella fase di rinnovo del permesso di soggiorno".

È importante sottolineare che l'iscrizione al SSN nel caso della richiesta di asilo è dovuta fin dalla presentazione della domanda in Questura e non dall'ottenimento del relativo permesso di soggiorno e, similmente, devono essere iscritti al SSN anche coloro che hanno presentato domanda di sanatoria o regolarizzazione.

I richiedenti asilo incontrano inoltre difficoltà in merito all'accesso alle cure nel nostro paese a causa degli spostamenti dovuti alla ricerca di mezzi di sostentamento e di una sistemazione alloggiativa. Spesso, infatti, i richiedenti asilo non richiedono l'iscrizione al SSN nel luogo ove ottengono il rilascio del permesso di soggiorno e non possono quindi usufruire dell'assistenza medica in altro Comune a causa del carattere territoriale dell'iscrizione al SSN; per tale motivo, sono spesso costretti a ricorrere alle forme di assistenza previste per gli stranieri non in regola con il soggiorno.

Come si è già avuto modo di notare, all'interno dei centri di identificazione è invece previsto, in mancanza di un titolo di soggiorno, l'accesso alle cure attraverso il rilascio del codice STP. I problemi evidenziati si presenteranno comunque, presumibilmente al momento e nel caso di rilascio del permesso di soggiorno, rimanendo dovuta, in questo caso, l'iscrizione al SSN.

L'assistenza spetta altresì ai familiari a carico regolarmente soggiornanti e viene assicurata fin dalla nascita ai minori figli di stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale, nelle more dell'iscrizione al Servizio stesso.

Inoltre, rispetto alla tipologia dei permessi di soggiorno che consentono l'iscrizione obbligatoria, è possibile che venga rilasciata una proroga del permesso di soggiorno per motivi di salute in tutti quei casi nei quali lo straniero abbia contratto una malattia o subito un infortunio o malattia professionale che non consentano di lasciare il territorio nazionale in caso di scadenza del permesso di soggiorno¹⁸¹.

Si fa presente infine che la tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati, compresi quelli di cittadinanza straniera, rientra nella competenza del Servizio Sanitario Nazionale¹⁸². Tale normativa, dopo aver affermato parità di trattamento e piena eguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, prevede l'iscrizione obbligatoria al SSN di tutti i cittadini stranieri in possesso o meno del permesso di soggiorno, ivi compresi i detenuti in semilibertà o con forme alternative di pena.

Gli stranieri irregolarmente presenti in Italia, hanno invece diritto, in base al T.U. 286/98¹⁸³ "alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti ed essenziali, ancorché continuative, per malattia o infortunio" e sono inoltre garantiti: la tutela della gravidanza e della maternità, la salute del minore, le vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale e la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive.

¹⁸⁰ DPR 334/2004, art. 42, comma IV

¹⁸¹ Circolare 5/2000, Ministero della Sanità

¹⁸² D.Lgs. del 22 giugno 1999 n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria" (S.O. n. 132/L alla Gazzetta Ufficiale n. 165 del 16 luglio 1999), confluito nella circolare 5/2000.

¹⁸³ Art. 35, III comma, T.U. 286/98

Per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona;

Per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

E' stato, altresì, affermato dalla legge il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, "nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso"¹⁸⁴.

L'erogazione delle prestazioni menzionate è subordinata al rilascio, da parte della USL di appartenenza, di un codice identificativo a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente), riconosciuto su tutto il territorio nazionale¹⁸⁵.

Le prestazioni prima definite, sono inoltre erogate agli stranieri irregolarmente presenti, senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi di risorse economiche e l'accesso alle strutture sanitarie non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità di polizia, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto¹⁸⁶.

In Italia quindi uno straniero privo di permesso di soggiorno, si trova in una situazione per cui fintanto che si trova all'interno di un presidio sanitario gode di una specie di "immunità" da eventuali controlli da parte delle forze di polizia; in tal modo può senz'altro godere appieno di quanto previsto dall'art. 35, III comma T.U. 286/98.

Tale "immunità" viene a cessare nel momento in cui lo straniero esce dalla struttura; può infatti essere controllato, tradotto in Questura, in quanto irregolarmente presente sul territorio, ed espulso dallo Stato.

Tale provvedimento, ovviamente, verrebbe ad interrompere il trattamento terapeutico cui è sottoposto.

È auspicio di Medici Senza Frontiere che la situazione appena descritta possa trovare soluzione nella disposizione del DPR 334/2004 che consente il rilascio del permesso di soggiorno per motivi umanitari, oltre che sulla base di apposita decisione della Commissione Centrale, anche "previa acquisizione di documentazione riguardante i motivi della richiesta relativi ad oggettive e gravi situazioni personali che non consentono l'allontanamento dal territorio nazionale"¹⁸⁷. Lo straniero che stia seguendo un trattamento terapeutico nel nostro paese, tale da non poter essere interrotto senza danno per la sua salute e documentando eventualmente l'impossibilità di cura nel paese di origine, potrebbe in tal modo accedere ad un titolo di soggiorno che garantisca efficacemente il principio di continuità della cura presente nell'art. 35, III T.U. 286/1998.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria ai cittadini dei nuovi Stati Membri dell'UE, bisogna distinguere la situazione di coloro che sono in possesso della carta di soggiorno, dal caso del soggiorno di breve durata.

¹⁸⁴ Circolare 5/2000, Ministero della Sanità

¹⁸⁵ Art. 35, III comma, D.P.R., 394/99.

¹⁸⁶ Art. 35, IV e V comma, T.U.286/98

¹⁸⁷ Art. 11, DPR 334/2004

Come si è già avuto modo di chiarire, infatti, i cittadini neocomunitari che intendono rimanere sul T.N per motivi di lavoro devono presentare idonea richiesta di autorizzazione al lavoro nei limiti delle quote fissate dal decreto flussi, e otterranno, di conseguenza, una carta di soggiorno. Nel caso di un soggiorno di lunga durata per motivi di lavoro, sarà quindi consentita regolarmente l'iscrizione al SSN.

Nel caso di soggiorno breve, i cittadini neocomunitari dovranno invece munirsi del modello E111, rilasciato dal paese di provenienza, o della tessera europea di assicurazione malattia (TEAM). Tale tessera è stata introdotta dal 1 giugno 2004 al fine di unificare la maggior parte dei formulari fino ad ora in uso nell'UE per avere accesso ai servizi sanitari durante il soggiorno temporaneo in uno dei 25 Stati membri dell'UE. La TEAM è una tessera personale, individuale e con un unico formato per i 25 paesi e potrà essere separata o integrata nella Tessera sanitaria nazionale. I paesi che hanno adottato tale tessera già dal 1 giugno sono: 10 Stati membri (Belgio, Danimarca, Lussemburgo, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Spagna e Svezia); 3 nuovi Stati membri (Estonia, Slovenia, Ungheria) e 1 Stato EFTA (Norvegia). Tutti gli altri Stati, compresa l'Italia, dovranno adottarla entro il 31/12/2005 e utilizzeranno, nel frattempo, il nuovo modello E111.

Nel caso in cui il cittadino europeo si presenti alla ASL privo di documento E111 o di tessera TEAM, potrà essere richiesta all'istituzione straniera la prova dell'iscrizione del paziente, oppure sarà richiesto il pagamento della prestazione e, successivamente, il cittadino straniero chiederà il rimborso alla propria istituzione.

La voce degli addetti ai lavori

Di seguito riportiamo alcune interviste realizzate da operatori MSF a rappresentanti del governo, delle associazioni di categoria degli agricoltori, dell'ente di tutela preposto alla difesa dei lavoratori impiegati in agricoltura: il sindacato.

Le interviste hanno lo scopo di chiarire alcuni nodi critici del fenomeno immigrazione e agricoltura.

Intervista a Dott. Giuseppe Silveri, Direttore Generale per l'Immigrazione Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Partiamo dal sistema delle quote e del decreto flussi, qual è la posizione del suo Ministero rispetto alla questione e alle pressanti richieste di un innalzamento delle quote?

Voglio esprimere subito la mia posizione in maniera molto franca: la richiesta di un innalzamento delle quote non ha nessun senso. Il decreto flussi del 2004 ha autorizzato l'ingresso di 79.500 extracomunitari, 50mila erano stagionali. Poi sono stati aggiunti 20mila ingressi per i neocomunitari, 12.500 stagionali. Vi rendete conto anche voi che si tratta di un mare di gente.

Dalle nostre rilevazioni risulta che moltissima manodopera, al Sud viene impiegata in maniera irregolare, nel sistema esiste una discrepanza non trova?

Questo è un problema reale. Nella sola provincia di Trento sono state richieste 15mila quote, intorno al 40% del totale di stagionali. Al Sud tutto questo non accade. Perché? Evidentemente gli imprenditori del meridione non sono in grado di avere una visione, una programmazione lucida delle attività di anno in anno utilizzando lo strumento del decreto flussi in maniera efficiente. E' chiaro che in Province dove il lavoro nero per gli italiani si assesta su percentuali altissime il problema è molto più complesso. Il fatto è che al nord esiste un'organizzazione diffusa, ligia al dovere che si differenzia da un Sud Italia dove il sommerso è una realtà "valida" sia per gli italiani che per gli stranieri.

Su quale base il Governo elabora il decreto flussi?

Intanto sulla base della normativa che, come sapete, non ci permette di superare il numero di ingressi concessi nell'anno precedente. Poi tenendo conto della legge del mercato: cerchiamo di favorire l'incontro tra domanda e offerta. Abbiamo anche avviato una serie di progetti transnazionali molto positivi. In Tunisia e Sri Lanka esistono programmi di formazione direttamente nel paese di provenienza: corsi di lingua italiana, di formazione professionale e sulla normativa. Opportunità simili sono state utilizzate da aziende e industrie che ne hanno tratto grande vantaggio. L'agricoltura invece non ne ha mai approfittato.

Comunque queste persone di fatto si spostano da una Regione all'altra per lavorare in questa o quella raccolta e la stragrande maggioranza di loro lavora in maniera irregolare o è illegale.

Il fatto che esista una sorta di vera e propria transumanza è un bene per tutti. Per i lavoratori che lavorano e per gli imprenditori che possono programmare così le loro attività. Quello che non va bene è il lavoro irregolare o ancor peggio l'impiego di manodopera clandestina. Le quote sono più che sufficienti, se gli imprenditori si ostinano a impiegare lavoratori in maniera irregolare possiamo chiaramente immaginare per quali motivi lo fanno. Gli imprenditori che perseverano in atteggiamenti simili si assumono rischi molto grandi: le conseguenze sono penali.

MSF ha monitorato migliaia di persone in condizioni di estrema precarietà senza acqua, luce e gas. Può un paese civile accettare o sopportare questo tipo di situazioni?

Mi auguro che il nuovo decreto di attuazione della Bossi -Fini, che uscirà sicuramente entro la fine del 2004, venga correttamente applicato, soprattutto la parte in cui si dice che il datore di lavoro che assume il lavoratore stagionale deve fornirgli l'alloggio. Spero che la gente smetterà di vivere nelle condizioni che voi mi dite e inizierà ad avere tutti i servizi minimi che devono essere garantiti a un essere umano. Gli imprenditori poi devono imparare a farsi carico del biglietto di ritorno per i lavoratori stagionali, questi costi non possono essere assolutamente a carico delle amministrazioni locali. C'è bisogno di una cooperazione reale tra i vari attori che partecipano della questione.

Il sistema delle quote potrebbe arrivare a comprendere anche coloro che sono già presenti nel paese in maniera irregolare o privi di un contratto di lavoro?

Non credo che esista un Paese civile in cui si permette a un'irregolarità di sostanza di essere sanabile in un modo o nell'altro. Ci sono delle regole e vanno rispettate.

Secondo Lei come è possibile superare questa *impasse* circa l'impiego di manodopera straniera irregolare?

Le indicazioni del ministro Maroni sono di intervenire sul lavoro sommerso. Come? Ad esempio potenziando il collegamento informatico, e non solo, tra il livello centrale e i vari attori a livello locale. Mi riferisco a Inps, Ispettorato del Lavoro, Direzione Provinciale del Lavoro e così via. Vi posso assicurare che questo Ministero si sta dotando di tutta la strumentazione necessaria per contrastare il lavoro irregolare.

Roma, 12 novembre 2004

Intervista a Giuseppe Cacopardi, Direttore generale per i servizi e gli affari generali del Ministero Politiche Agricole e Forestali

Come valuta il Ministero delle Politiche Agricole l'attuale sistema delle quote?

Il sistema delle quote non funziona per tre motivi. Il primo riguarda la tempistica: l'attività agricola non è programmabile o modificabile perché legata all'evento atmosferico. Le procedure di richiesta di permesso di soggiorno nel Paese di origine sono oggettivamente fuori tempo. In secondo luogo il lavoro extracomunitario riguarda la raccolta, sgradita agli italiani. Il terzo fenomeno è legato all'esistenza di immigrati irregolarmente già presenti sul territorio disponibili a lavorare clandestinamente. Nonostante ciò esiste un'importante fetta di lavoro agricolo regolare, soprattutto al Nord. Ogni anno litighiamo amichevolmente con i Ministeri di Interno e Lavoro per avere un numero maggiore di ingressi.

Per superare il divario tra Nord e Sud in termini di trasparenza cosa propone il Ministero delle Politiche Agricole?

Questo è un problema che prescinde dall'immigrato. Una strada percorribile è quella di togliere dall'agricoltura tutto ciò che è abusivo facendo emergere il vero lavoro agricolo. Si potrebbe avere così un carico contributivo più ridotto per le imprese vere. Il secondo punto è l'attività che sta svolgendo il ministro Alemanno per sviluppare le produzioni di qualità. Privilegiando produzioni Made in Italy i margini si possono aumentare. La terza strada è quella sindacale. La contrattazione deve andare sempre di più sul territorio cercando le condizioni economiche per far sì che il bracciantato abbia diritto a una tariffa accessibile all'imprenditore.

Si potrebbero sanare le persone già in Italia irregolarmente ma disposte a lavorare?

Questo dovete chiederlo al ministro dell'Interno.

Cosa fare per superare l'attuale *impasse*?

Bisognerebbe liberalizzare il sistema: ovvero un lavoro stagionale vero, ben pagato, in cui l'imprenditore si impegna a far venire la persona per quattro, sei mesi per poi agevolare il rientro in patria. Così potrebbero venire anche venti milioni: lo straniero viene, lavora e ritorna nel suo Paese. Non si tratta del flusso di extracomunitari destinati a rimanere qui, stabilizzarsi con un contratto a tempo indeterminato per cui ci si deve preoccupare di problemi quali la casa, la sanità, la scuola...Il lavoro stagionale per agricoltura e turismo potrebbe essere libero, senza quote con visto di ingresso e permesso di soggiorno: chi prima arriva trova lavoro.

In questa lotta all'emersione del sommerso che ruolo svolge l'Ispettorato del Lavoro?

L'ispettorato funziona ma con una serie di difficoltà. Perché l'occasionalità del lavoro agricolo non consente un'ispezione tempestiva. I campi sono sterminati, la gente scompare in 25 secondi.

A volte si può quasi parlare di connivenze fra gli attori coinvolti. Ad esempio in provincia di Foggia dove migliaia di persone vivono sotto gli occhi di tutti in condizioni di estremo disagio raccogliendo il pomodoro..

Parlare di connivenza è un po' pesante. Ci sono problemi formali: l'ispettore che interviene in azienda poi deve arrestare l'imprenditore mettendo in imbarazzo i 1000 dipendenti che lavorano per lui, deve mandare i 400 clandestini via, fuori dall'Italia. Non è così semplice risolvere il problema in maniera poliziesca, l'ispettore del lavoro può a volte girarsi dall'altra parte per non vedere. Ci sono situazioni che vanno regolarizzate piano, piano. La strada di far uscire dalla clandestinità lavoratori sarebbe una strada importante. D'altronde l'attuale Governo (*Silvio Berlusconi*, ndr) che passa per essere contro gli immigrati in realtà ha già sanato 600mila stranieri.

Intervista a Claudia Merlino, Responsabile lavoro e relazioni sindacali CIA

MSF ha riscontrato molte difficoltà nell'acquisire dati sul numero di lavoratori extra comunitari, regolari e non, impiegati come stagionali. La CIA ha qualche dato da fornire?

E' difficile sapere quanti sono in generale i lavoratori in agricoltura, senza questo dato è impossibile scorporare il numero di extra comunitari. I dati ISTAT sono talmente generici da non essere utilizzabili, la fonte più attendibile è l'INPS, secondo cui la presenza di extracomunitari in agricoltura si aggira intorno alle 100-120mila unità. Poi ci sono i dati delle organizzazioni di categoria riferiti al fabbisogno di manodopera secondo cui dovremmo avere circa 80mila nuove assunzioni l'anno.

Come risponde il Ministero del Lavoro alle vostre richieste?

Le risposte sono assolutamente insufficienti. Il sistema di rilevazioni del Ministero per l'elaborazione del decreto flussi è sballato. Viene stilato in modo centralizzato senza tener conto delle richieste locali. Dovrebbe esserci una concertazione tra le Regioni e gli attori presenti sul territorio, cosa che manca puntualmente. E' indubbio che le produzioni non si possono fermare perché il Ministero del Lavoro non ha concesso quote di lavoratori stagionali. Il settore agricolo, dove la produzione è un bene deperibile, non può attendere i tempi della burocrazia.

Dunque le organizzazioni sono tutte più o meno sulle stesse posizioni rispetto alle quote e al fabbisogno: allora come mai in alcune Province la quota viene coperta *in toto* e in altre no?

E' un problema soprattutto al Sud. Le Regioni del Nord hanno da sempre più dimestichezza con il decreto flussi. Le aziende del Sud hanno bisogno di extracomunitari in misura forse maggiore, ma non si sanno muovere dal punto di vista organizzativo. Il decreto flussi per loro rimane un oggetto misterioso. Per il Sud esiste poi un problema generale sul costo del lavoro, che rimane insostenibile anche per i lavoratori italiani.

Vuole dire che il costo del lavoro avrebbe un'incidenza tale da non rendere sostenibile la produzione con una copertura totale dei costi?

Non si tratta solo del lavoro ma anche di altri costi: per le aziende di piccole dimensioni che impiegano lavoratori per pochi giorni è impossibile sostenerlo economicamente. Lo stesso vale per gli alloggi: finora ci si è basati sulla buona volontà di chi riesce a ristrutturare fabbricati rurali e adibirli all'accoglienza di lavoratori, ma sono pochissimi i Comuni e le Regioni che danno incentivi. L'agricoltura in meridione soffre in modo particolare ed è chiaro che tutto questo si riflette sull'impiego di lavoratori extracomunitari in nero. Bisogna trovare un modo per far sì che il costo del lavoro si abbassi, cercando una soluzione del problema a monte.

Tuttavia è ovvio che il lavoro in nero costa molto di meno agli imprenditori, come reagirebbero le aziende di fronte ad una regolarizzazione progressiva del mercato?

Il lavoro nero non danneggia solo i lavoratori, ma anche le aziende in regola. Si tratta di un meccanismo di concorrenza sleale. Come reagiranno le aziende che oggi assumono in nero mi interessa poco. Tuttavia la domanda è: perché le aziende assumono questi comportamenti? Parte di queste aziende lo fanno per interesse privato, credo che un'altra parte prevalente vorrebbe assumere regolarmente, ma non ha gli strumenti per farlo. Per questo preferisce rischiare sanzioni pesantissime, perché non ci sono alternative. Il lavoro nero va colpito senza alcun scrupolo, per il grigio, ovvero per le aziende che pagano una parte invece del tutto, sussistono motivazioni che derivano dalla sostenibilità dei costi. In questi casi non si deve agire con l'accetta ma capire quali sono i meccanismi con cui intervenire per far sì che le aziende arrivino alla totale trasparenza.

Roma, 5 novembre 2004

Intervista a Romano Magrini, Capo Servizio Contrattazione e Relazioni Sindacali Confederazione Nazionale Coltivatori Diretti

A quanto pare la stragrande maggioranza dei lavoratori stagionali lavora in nero. Come vede la Coldiretti il funzionamento dell'attuale sistema delle quote?

La Coldiretti è stata la prima organizzazione di categoria ad aver proposto formalmente il superamento del sistema delle quote. Riteniamo necessario un cambiamento perché l'agricoltura è un settore in cui gli italiani tendono a non voler lavorare. Si tratta di attività manuali, come la raccolta del prodotto, ma anche mansioni ad elevato contenuto tecnico come la potatura. La manodopera extracomunitaria è fondamentale, per cui da tempo chiediamo un adeguamento delle quote rispetto alle esigenze. Il sistema

deve tendere alla trasparenza per cui se non ho lavoratori non posso aspettare per raccogliere, non avere la quota significa spingere il sistema verso l'illegalità, cosa che noi non vogliamo. Due sono i percorsi possibili o il superamento *tout court* delle quote con una modifica legislativa, il che mi pare difficile, oppure predisporre le quote in modo da soddisfare il mercato.

Cosa pensate della possibilità di sanare coloro che già si trovano sul territorio e potrebbero avere un contratto magari per lavoro stagionale? Il datore di lavoro sceglie il proprio lavoratore in base alle competenze e alla professionalità. Se devo far lavorare necessariamente Tizio perché si trova nel Cpt di Lampedusa questo discorso non regge, si tratta di pura assistenza. Per coloro che hanno voglia di lavorare e di stare nel mercato del lavoro, non c'è preclusione. Ricordando che il datore di lavoro predilige Tizio che arriva tutti gli anni da Tirana e ormai conosce l'azienda, i colleghi, il modo di lavorare...Tuttavia si rischia di avere una regolarizzazione perenne e non credo sia positivo

Sappiamo che alcuni lavoratori sono nel circuito stagionale da anni, tuttavia non riescono a regolarizzarsi. Cosa fare?

In molti casi queste persone non vogliono il contratto di lavoro, averlo significa pagare i contributi. Non è vero che il datore di lavoro è brutto e cattivo; a parte gli sfruttatori di professione, dobbiamo tendere alla trasparenza. Chi utilizza manodopera in nero lo fa perché molto spesso il lavoratore stesso chiede di non avere il contratto o lo richiede a un mese dalla scadenza del permesso di soggiorno. Anche in questo caso bisogna fare in modo che il lavoro sia trasparente, se non creiamo queste condizioni il datore di lavoro cercherà di risparmiare in tutti i modi possibili

La Coldiretti denuncia la drammatica situazione del settore, a causa del crollo dei prezzi. Crede che sarebbe sostenibile un mercato in cui tutti i lavoratori vengono assunti in regola?

Quando dico che devono essere messe in atto una serie di politiche per rendere trasparente il mercato mi riferisco a questo: se oggi il pomodoro da industria sul campo costa 0,01 Euro come faccio a pagare l'operaio? E' necessario creare le condizioni per far sì che quel prodotto venga riconosciuto come prodotto di qualità, *Made in Italy*, e abbia una giusta remunerazione. Il costo del lavoro deve abbassarsi mantenendo un salario dignitoso per l'operaio. Tra il produttore e il consumatore esiste una filiera, a un certo punto, da qualche parte il prezzo si impenna. Non a caso i prezzi sono competitivi laddove esiste la vendita diretta del produttore.

Qual è il ruolo dell'Ispezzorato del lavoro per far sì che il sistema tenda il più possibile alla trasparenza?

Il problema è che tutti sanno e nessuno dice nulla. Devono esserci le tutele necessarie affinché si possa fornire un regolare contratto di lavoro, pagare i contributi... contemporaneamente è necessario attivare un'azione di prevenzione e repressione per tendere ad aumentare il livello di trasparenza. Non parliamo di un settore fatto al 100% di delinquenti, parliamo di un settore che arranca per chiudere in pari. Evitiamo però di entrare in una sanatoria perenne perché sarebbe difficilmente proponibile dal punto di vista politico, il popolo italiano non capirebbe; allora è chiaro che se ci sono delle regole vanno rispettate da tutti: dagli imprenditori ma anche dai lavoratori.

Nel corso del nostro viaggio abbiamo monitorato condizioni socio-umanitarie in alcuni casi drammatiche...

Non me le racconti perché le conosco, sono dieci anni che faccio questo lavoro. Dobbiamo fare molta attenzione, non dobbiamo dimenticare che ci sono tanti nostri compaesani che vivono nelle stesse condizioni. Occuparsi di immigrazione significa occuparsene a 360°. Il sottoscritto quando lavora sull'immigrazione deve superare difficoltà che vanno oltre le quote, problemi che nascono dalli istituzioni locali, per ottenere il permesso dal comune di turno a mettere la roulotte: i terremotati italiani ci vivono e io devo garantire al lavoratore extracomunitario un albergo a cinque stelle! Ci andiamo al mare d'estate nelle roulotte, non vedo perché non possiamo abitarci. Le situazioni che descrivete in cui le persone non hanno acqua o bagni vanno assolutamente combattute, la nostra organizzazione non può che appoggiare il vostro messaggio in questo senso.

Roma, 19 novembre 2004

Intervista a Luigi Rotella, Ufficio Mercato del Lavoro e Previdenza, Flai - Cgil

MSF ha incontrato una percentuale importante di stranieri impiegati irregolarmente in agricoltura. Quali strumenti adotta il sindacato per difendere questi lavoratori?

Il lavoro del sindacato non è facile in situazioni come queste. La CGIL non può operare andando liberamente nei campi. Al sindacato si rivolgono lavoratori che vivono stabilmente in Italia e hanno una posizione regolarizzata. Per coloro che non hanno un permesso di soggiorno possiamo fare ben poco. Poi ci sono altri lavoratori, quelli arrivati con contratto stagionale, i quali sostanzialmente non godono di alcun diritto. Chi entra nel nostro Paese con contratto stagionale, non ha diritto né al trattamento di disoccupazione, né ai contributi pensionistici.

Qual è la vostra posizione rispetto al sistema delle quote?

La Cgil è per il superamento delle quote: innanzitutto perché l'attuale sistema consente l'ingresso di lavoratori che sostanzialmente non hanno diritti, poi perché tutti quelli che fuoriescono dalle quote diventano automaticamente lavoratori clandestini.

La percentuale di lavoro irregolare è impressionante, cosa fa la vostra organizzazione per combattere questo fenomeno?

Il lavoro irregolare in agricoltura riguarda gli immigrati ma non solo, bisogna fare un battaglia contro il lavoro nero. E' già complicato individuare queste persone. Riteniamo che molto andrebbe fatto sul versante di una vera iniziativa di contrasto ma questo deve avvenire da parte delle istituzioni.

Ci potrebbe fornire i dati circa le vertenze effettuate dalla Cgil nell'ultimo anno in difesa di lavoratori immigrati impiegati in agricoltura?

Vertenze individuali praticamente non esistono. Il lavoratore clandestino a che titolo può presentarsi a un sindacato? Clandestino è e clandestino rimane. Gli imprenditori assumono queste persone perché sono figli di nessuno, sul piano delle rivendicazioni salariali, contributive e quanto altro. A volte l'imprenditore viene meno a una logica di elementare umanità, queste persone sono il nulla. Abbiamo dunque una difficoltà oggettiva: siamo un sindacato che organizza i lavoratori che volontariamente si rivolgono a noi. Il sindacato può fare azioni di denuncia ma serve a ben poco. Se noi non abbiamo un delegato non possiamo entrare in un'azienda. Potremmo fare una denuncia generale e generica, ma non ha nessun valore.

Il problema del caporalato?

Il caporalato è una piaga antica che si ripresenta. Prima riguardava gli italiani, oggi le vittime sono immigrati. La lotta al caporalato non può farla il sindacalista mettendosi davanti al camioncino con un cartello per poi essere denunciato per aver bloccato un mezzo privato.

Abbiamo visto amministrazioni locali gestire l'accoglienza di lavoratori stagionali irregolari con la connivenza di tutti.

Convegno con le vostre osservazioni. Mi permetto di rilevare ancora una volta la difficoltà per un sindacato. L'unica possibilità che abbiamo è quella della denuncia. Ma qui non si tratta solo di denunciare ma di venire a capo di una situazione estremamente complessa. Come può il sindacato parlare a nome di una fetta di lavoratori che esistono ma non esistono? Noi conosciamo queste situazioni, ma come fare? Tutti sanno, dal prete, all'organizzazioni sindacale, al sindaco. Se tutti sanno e nessuno fa nulla ci deve essere una ragione. Quella di scaricare sui lavoratori i costi di un sistema produttivo che non funziona. Quando l'uliveto pugliese ha una redditività più bassa dell'uliveto toscano e non consente di avere un margine di redditività non può che scaricare sui lavoratori i problemi del sistema produttivo. Bisognerebbe dire chiudiamo quella azienda perché non è sostenibile. Cosa verrà dopo l'impiego di lavoratori clandestini?

Roma, 22 novembre 2004

Metodologia

Quelle che seguono sono le linee metodologiche seguite da Medici Senza Frontiere per realizzare il progetto stagionali.

Gli obiettivi del progetto sono stati:

- fornire assistenza medica diretta agli stranieri impiegati in agricoltura come lavoratori stagionali,
- valutare l'accesso al SSN per questi lavoratori;
- monitorare le loro condizioni di vita.

Il progetto stagionali è stato realizzato da un team *ad hoc* composto da:

- Coordinatore,
- Medico,
- Operatore umanitario,
- Mediatore culturale.

Nel corso delle visite un altro sanitario (medico o infermiere a seconda dei casi) ed un altro mediatore hanno sempre supportato il lavoro sul terreno dell'equipe. Inoltre gli operatori dei progetti Sicilia e Puglia hanno lavorato per preparare e supportare le singole visite.

Nella fase di elaborazione del progetto sono state innanzitutto individuate le aree target d'intervento ovvero:

- Sicilia (Provincia di Ragusa, Siracusa e Trapani),
- Campania (Provincia di Napoli e Caserta);
- Puglia (Provincia di Foggia e Brindisi);
- Calabria (Provincia di Reggio Calabria).

Per ogni area individuata gli operatori MSF hanno raccolto informazioni sulle singole coltivazioni e relativi periodi di raccolta. Alla luce di queste informazioni è stato stilato un calendario di visite con l'obiettivo di seguire il circuito stagionali. Le visite (dai 7 ai 10 giorni l'una) sono state spalmate da maggio a dicembre 2004.

Per l'individuazione del campione sono state riscontrate diverse difficoltà, di seguito elencate:

- Mancanza di un denominatore quantificabile: non esistono dati certi sulla popolazione immigrata irregolare in Italia e molti lavoratori stagionali sono privi del permesso di soggiorno; non esistono dati sul numero di persone impiegate irregolarmente in agricoltura, la quasi totalità delle persone intervistate non aveva un contratto per lavoro stagionale;
- Volatilità del sistema: per la natura stessa del lavoro stagionale gli stranieri si spostano nelle regioni del Sud Italia da un'area all'altra in maniera incontrollabile;
- Precarietà del lavoro stagionale: gli stranieri vengono reclutati dal datore di lavoro o dal caporale in maniera occasionale (ad esempio un lavoratore può essere impiegato sette giorni consecutivi in un campo, mentre la settimana successiva in quello stesso campo ogni giorno viene reclutata una persona diversa). L'idea di stabilire il campione moltiplicando il fabbisogno di manodopera per ettaro al numero di ettari coltivabili si è rivelata impercorribile.

Alla luce di questi dati il rapporto non può essere considerato un'analisi statistica ma una fotografia del fenomeno agricoltura e immigrazione nel Sud Italia realizzata da Medici Senza Frontiere nell'estate 2004.

Per raccogliere i dati è stato scelto lo strumento del questionario: uno umanitario, l'altro sanitario.

Il questionario umanitario, di tipo quantitativo, prevedeva le seguenti aree di investigazione:

- **Informazioni generali sulla popolazione** (sesso, età, paese di provenienza, presenza di famiglia - intesa come marito o moglie e /o figli - dove si trova la famiglia, eventuale dipendenza economica della famiglia dell'intervistato, corso di lingua italiana);
- **Situazione abitativa** (dove vive l'intervistato, su cosa dorme, eventuale condivisione materasso, quante persone nella stessa area, quante persone dormono nella stessa stanza, presenza di donne e bambini nell'area, presenza di riscaldamento, luce, bagni, sistema smaltimento rifiuti, approvvigionamento acqua potabile, distanza punto acqua);
- **Igiene personale** (frequenza doccia settimanale, dove l'intervistato può dedicarsi all'igiene personale, dove al lavaggio indumenti);
- **Cibo** (numero di pasti al giorno, modalità cottura cibo, possibilità lavare stoviglie, possibilità conservare il cibo, dove i pasti vengono consumati, cosa mangia abitualmente),
- **Lavoro** (contratto di lavoro, contatto con sindacato, organizzazione di tutela, servizi sociali; numero di giorni lavorativi per settimana, guadagno giornaliero, regolarità nel pagamento, rimesse mensili, incidenza caporalato, ore lavorative al giorno, regioni italiane in cui l'intervistato ha lavorato negli ultimi 12 mesi, principali colture, utilizzo di protezioni),
- **Violenza e problemi** (episodi di maltrattamento negli ultimi sei mesi e relativa descrizione, maggiori difficoltà in Italia per l'intervistato).

Il questionario sanitario prevedeva le seguenti aree di indagine:

Scheda Clinica

Per quanto riguarda i dati raccolti nella scheda, ci sono dati chiusi di tipo quantitativo (ad esempio demografici) e dati "aperti" qualitativi, soprattutto riferiti a sintomi e diagnosi (p.es. esordio clinico della patologia in Italia, motivo della consultazione attuale, diagnosi, etc.).

All'interno della suddivisione per apparati si possono registrare sia patologie infettive che non infettive, ma per alcuni apparati la patologia infettiva presenta un carattere residuale e quindi non è stata presa in considerazione in sede di calcolo statistico. Sono inclusi nel campione delle malattie infettive i seguenti apparati: l'apparato gastroenterico, genito-urinario, dermatologico, articolare, oftalmico, otorinolaringoiatrico, l'apparato respiratorio e le patologie del cavo orale.

Nel calcolo delle frequenze delle patologie infettive, dunque, si escludono gli apparati muscolo scheletrico, articolare, cardiocircolatorio, neurologico, metabolico, le alterazioni della sfera psico affettiva e la sfera materno-infantile.

Particolare attenzione è stata posta alle affezioni degli apparati gastroenterico, dermatologico e respiratorio che per definizione costituiscono il gruppo di patologie associate alle condizioni di vita precarie meglio definite come patologie legate alla povertà (poverty related diseases).

All'interno della scheda clinica sono inclusi **due questionari specifici: il primo prende in esame le patologie associate al lavoro**, l'altro esplora diversi aspetti della sfera **psico-affettiva**.

Il primo è il riassunto di varie schede cliniche di diversi dipartimenti di medicina di lavoro ed esplora intossicazione acuta e cronica per fitofarmaci e patologia ergonomia o da sforzi ripetitivi.

Il secondo, è elaborato per esplorare aspetti molto generici della sfera psico-affettiva: relazione con il proprio corpo; ciclo sonno/vigilia; socializzazione (relazione con gli altri) e un minimo accenno alla esplorazione di segni/sintomi che orientino a definire lo stato emotivo del paziente. L'esplorazione della memoria, nei pochi casi in cui se ne è ravvisato il bisogno, è stata esplorata con il *MiniMental test*¹⁸⁸. Per l'esplorazione della qualità di percezione della realtà (psicosi¹⁸⁹) ci siamo affidati alla esperienza professionale dei medici che hanno collaborato con il team.

Il **foglio di accompagnamento** contiene il riassunto scritto in italiano del caso clinico del paziente, motivo della visita, esplorazione, sospetto diagnostico, orientamento - analisi complementari e orientamento al servizio sanitario adeguato per ogni paziente- e terapia suggerita e/o somministrata. Ci sono anche i telefoni di riferimento dei progetti di MSF in Italia, e un numero che permette rintracciare la scheda del paziente redatta da MSF, più dettagliata del semplice foglio di accompagnamento.

C'è inoltre una mini guida di informazione legale -indispensabile per un corretto orientamento verso il SSN in funzione dello status (regolare, irregolare) della persona- e gli indirizzi di riferimento per i pazienti, nelle diverse province del *circuito stagionali*.

Tutte le persone intervistate si sono dunque rivolte ad MSF per avere una consulenza medica.

Nel corso del progetto stagionali le equipe di MSF hanno visitato gli stranieri che ne hanno fatto richiesta¹⁹⁰. Le persone che intendevano consultare il medico venivano quindi visitate (circa il 90% dei casi, previo questionario umanitario); in caso di necessità sono state effettuate medicazioni e/o somministrate terapie¹⁹¹, naturalmente gratuite. Per ogni straniero veniva compilata una scheda medica e un foglio di accompagnamento con il riassunto dei dati medici remoti e attuali. I pazienti sono stati informati delle modalità di accesso alle strutture sanitarie pubbliche, e, ove necessario, riferiti ai servizi competenti¹⁹².

I dati raccolti sono stati inseriti in un database realizzato con il software SPSS. Il software permette un'analisi approfondita delle variabili. L'inserimento dei dati sanitari, così come la loro analisi, sono sempre stati fatti dallo stesso medico, in base ai criteri definiti dal pool medico di MSF prima dell'inizio del progetto.

¹⁸⁸ Per la valutazione del deterioramento mentale il test più utilizzato è il *MiniMental test*, che focalizza l'indagine alla sola cognitività ed è applicabile in pochi minuti (5-10). Si è dimostrato valido ed affidabile non solo nella discriminazione dei pazienti con disturbi mentali organici rispetto agli altri, ma anche nel documentare l'evoluzione dei disturbi cognitivi

¹⁸⁹ Per psicosi si intende un disturbo generalmente grave che implica la perdita di contatto con la realtà, che comporta sintomi inconsueti in soggetti normali, come deliri e allucinazioni, accompagnati da una scarsa coscienza della malattia.

¹⁹⁰ La media giornaliera di visite: 25 persone al giorno, 20 minuti a paziente. Due sanitari e almeno un mediatore.

¹⁹¹ Per esempio antibioterapia completa orale.

¹⁹² Richiedenti asilo, regolari, rifugiati: iscrizione al SSN del luogo del domicilio riportato sul permesso di soggiorno. Irregolari: rilascio dell'STP da parte delle strutture preposte all'erogazione del codice. I casi che presentavano patologia urgente sono stati inviati o accompagnati al Pronto Soccorso più vicino o, per le patologie ginecologica e la gravidanza, inviate al Consultorio familiare.

Visite

Ogni visita è stata preceduta da un'attività di *outreach* nelle aree target.

Per attività di *outreach* si intende l'insieme di azioni svolte dagli operatori MSF con il fine innanzitutto di individuare i luoghi di residenza, di incontro, di lavoro, i percorsi più frequentati (*phone center, Western Union, food store etnici...*) dalle comunità straniere. Effettuata la mappatura del territorio inizia la fase dell'incontro diretto con le comunità. Il contatto può essere improvvisato, *face to face* con gli stranieri oppure strutturato in incontri di gruppo o assemblee. Gli incontri avvengono grazie alla mediazione di leader di comunità che solitamente svolgono il ruolo di portavoce e intermediazione fra MSF e la comunità di riferimento. L'obiettivo degli incontri è duplice: da un lato ottenere una serie di utili informazioni sulla popolazione, dall'altro spiegare agli stranieri le attività di MSF e il servizio di assistenza sanitaria diretta.

Le informazioni ottenute dal primo contatto permettono di delineare un profilo realistico della popolazione target studiando così le strategie di approccio più efficaci.

Nel corso degli incontri veniva inoltre fissato un appuntamento per l'attività vera e propria, successivamente pubblicizzato tramite volantini e affissione di avvisi tradotti in varie lingue comprensibili alle comunità di riferimento.

Le visite sono state condotte con un sistema di clinica mobile che MSF utilizza in molti dei suoi progetti. L'idea è stata quella di portare la clinica in un luogo *ad hoc* dove gli stranieri potessero beneficiare del servizio di assistenza sanitaria. Medici Senza Frontiere ha utilizzato nella prima visita in Sicilia un'ambulanza MSF. Nel corso della prima visita in Campania questa è stata sottratta da ignoti. Per continuare il progetto l'ambulanza è stata sostituita da un ambulatorio da campo fornito di "One Touch" (esame della glicemia nel sangue), otoscopio, oftalmoscopio, elettrocardiografo a tre derivazioni, tensiometro, fonendoscopio, kit di controllo clorazione dell'acqua e medicinali per la somministrazione di almeno 30 terapie antibiotiche complete per ogni zona visitata. Le visite sono state realizzate principalmente nei luoghi in cui i lavoratori vivevano. In alcune occasioni le visite sono state condotte in spazi gentilmente offerti da istituzioni locali (parrocchie, organizzazioni di assistenza...).

Le visite sono state strutturate nel seguente modo: arrivo nel luogo, allestimento dell'ambulatorio da campo, redazione della lista di persone che desideravano consultare un medico, somministrazione del questionario umanitario, visita medica con somministrazione del questionario sanitario, infine orientamento al SSN tramite foglio di accompagnamento.

Glossario

ACNUR: Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati:

È una agenzia delle Nazioni Unite istituita su decisione dell'Assemblea Generale nel 1950 e ha iniziato la sua attività nel 1951. Attualmente è una delle principali Agenzie umanitarie finalizzata a garantire la protezione dei diritti dei rifugiati, il rispetto degli accordi internazionali sui diritti dei rifugiati e a dare l'assistenza per favorire condizioni di vita migliori. È costituito da un comitato esecutivo di 61 stati membri. Ha il compito di promuovere la stipulazione di accordi internazionali e di supervisionare il rispetto da parte dei governi degli stessi. Il personale dell'ACNUR è presente in diverse parti del mondo, sia nelle città che nei campi e nelle zone di frontiera.

Clandestino:

È colui/colei che risulta presente sul territorio nazionale senza regolare permesso di soggiorno, essendo privo di documento identificativo.

Cdi: Centro di Identificazione

Tale tipologia di centro è stata istituita dalla legge 189/2002. In queste strutture si prevede il trattenimento del richiedente asilo per un periodo strettamente necessario alla definizione delle autorizzazioni alla permanenza nel territorio dello Stato al fine di verificare o determinare la sua nazionalità o identità, qualora non sia in possesso dei documenti di viaggio o d'identità, oppure al suo arrivo, abbia presentato documenti risultati falsi; per verificare gli elementi su cui si basa la domanda di asilo, qualora questi non siano immediatamente disponibili; in dipendenza del procedimento concernente il riconoscimento del diritto ad essere ammesso nel territorio dello stato e a seguito della presentazione di una domanda di asilo inoltrata dallo straniero fermato per avere eluso o tentato di eludere il controllo di frontiera o subito dopo, o comunque in condizioni di soggiorno irregolare.

Commissione Centrale per il Riconoscimento dello Status di Rifugiato:

La commissione nazionale è stata istituita con decreto del Presidente della Repubblica n° 136 del 1990. Tale Commissione è presieduta da un prefetto ed è composta da un dirigente in servizio presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, da un funzionario della carriera diplomatica, da un funzionario della carriera prefettizia in servizio presso il Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione e da un dirigente del Dipartimento della pubblica sicurezza. Alle riunioni partecipa, con funzioni consultive, un rappresentante del delegato in Italia dell'ACNUR. È nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta congiunta dei Ministri dell'interno e degli affari esteri. Ha compiti di raccolta di dati statistici; inoltre fissa le audizioni per ascoltare i richiedenti asilo e valutare la documentazione relativa alle domande presentate. Inoltre ha poteri decisionali in tema di revoche e cessazione degli *status* concessi. Con la legge 189/2002 si prevede l'istituzione delle Commissioni Territoriali, organi decentrati sul territorio per la valutazione delle richieste di asilo.

Extracomunitario

Persona non in possesso della cittadinanza di uno dei 25 paesi che attualmente compongono l'Unione Europea.

Irregolare

E' l'immigrato con permesso di soggiorno scaduto e non rinnovato; di fatto, sono irregolari anche coloro che entrano nel territorio con un permesso di soggiorno per motivi particolari e poi svolgono altra attività.

Lavoratore straniero stagionale

Ai fini della ricerca è stato considerato lavoratore stagionale lo straniero che, nel corso dell'intervista, ha dichiarato di aver lavorato in agricoltura in campo aperto o in serra sia in modo regolare e continuativo che non.

Migrante economico

Con questo termine si indica chi sceglie di lasciare il proprio Paese per stabilirsi, temporaneamente o permanentemente, in un altro Stato. Tale decisione ha carattere volontario e si verifica quando una persona cerca in un altro Paese un lavoro e migliori condizioni per vivere o sopravvivere.

Profugo

Con questo termine generico si indica colui/colei che lascia il proprio Paese a causa di eventi esterni (guerre, invasioni, rivolte, catastrofi naturali).

Protezione umanitaria

Status giuridico riconosciuto dalla Commissione Centrale a seguito dell'audizione del richiedente asilo. La protezione umanitaria viene concessa quando la Commissione giudica non sussistente una persecuzione individuale nei confronti dello straniero ma ritiene comunque non consigliabile il rimpatrio dello straniero a causa di situazioni di guerra e disordine diffuso presenti nel paese di origine. Sulla base di questo riconoscimento la Commissione raccomanda il rilascio dell'omologo permesso di soggiorno da parte della Questura

Permesso di soggiorno

È il documento che permette allo straniero che arriva in un Paese di soggiornare in maniera regolare. Si tratta di un documento rilasciato secondo le norme previste dal Testo Unico 286/98 o di un titolo equipollente rilasciato dall'autorità competente di uno Stato appartenente all'Unione Europea nei limiti e alle condizioni previste in base a specifici accordi. Questo ha una durata limitata nel tempo a seconda del tipo di permesso che è stato richiesto e rilasciato, per tanto deve essere rinnovato qualora si prolunghi la durata del soggiorno.

Richiedente Asilo

E' colui o colei che, lasciato il proprio Paese e avendo presentato la domanda d'asilo, è in attesa di una risposta da parte delle autorità dello Stato ospitante in merito al riconoscimento dello status di rifugiato.

Rifugiato

In molti usano accompagnare sempre la parola rifugiato con l'aggettivo politico: è impreciso, in quanto i cosiddetti rifugiati politici sono solo una sotto-categoria di rifugiati. I rifugiati sono riconosciuti come tali in base all'art. 1 della Convenzione di Ginevra del 1951, secondo il quale rifugiato è *"colui o colei che: temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori dal Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di*

questo Paese". In ambito internazionale con la parola rifugiato si definisce anche chi in italiano viene impropriamente chiamato "profugo".

STP: Straniero Temporaneamente Presente

È un codice attraverso il quale lo straniero presente sul territorio irregolarmente può ricevere prestazioni e prescrizioni da parte del Servizio Sanitario Nazionale; attraverso tale codice, rilasciato dall'Azienda ospedaliera e dalle strutture territoriali individuate dalle USL, lo straniero può ricevere gratuitamente o tramite pagamento del ticket cure urgenti, cure essenziali, prestazioni di primo livello, o su richiesta del medico può ricoverarsi per ricevere le cure mediche necessarie a sanare la patologia riscontrata.

Ringraziamenti

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

Andrea Accardi, Ahed Ababneh, Mahmoud Ali, Aimen Ebied Khalafalla, Alessandra Oglino, Angela Oriti, Andrea Cavalli, Andrea Felappi, Bedros Kendirjian, Bouchaib Najm Ouddine, Carol Chao, Chiara Bannella, Daniel Leek Deng, Domenica de Iaco, Erica Orgiarini, Francesca Zuccaro, Gina Gesa, Giulia Binazzi, Giulia Laganà, Giuseppe De Mola, Lavinia Palmieri, Loris De Filippi, Luigi Leonori, Marinella Cantalice, Monica Sañé Schepisi, Raffaella Binazzi, Rajeh Zayed, Ruggiero Giuliani, Salomé Gensini Gavito, Sandro Mauro, Sarah Khoudja.

Un ringraziamento anche alle organizzazioni sul terreno che hanno supportato il lavoro di MSF - Missione Italia, in particolare: tutti i membri del Centro Sociale "Ex-Canapificio" di Caserta, il parroco di Casal di Principe (CE), Don Ivone di Borgo Segezia (FG), ARCI N.A. di Foggia, Gianluca Nigro, Adele Tundo e la Caritas diocesana di Brinidisi, Don Domenico Facciorusso, Dina Diurno e Filomena Maggi della parrocchia S. Maria del Grano di Borgo Mezzanone (FG), Claudia Carlino e il Collettivo Onda Rossa di Cinquefrondi (RC), CGIL/FLAI di Gioia Tauro, Caritas Diocesana di Rosario (RC), l'associazione "Il Cenacolo Onlus" di Rosarno (RC), dott. Giuseppe Miceli dipartimento Medicina del Lavoro ASL 7 Ragusa (S.Pre.S.A.L.), Associazione "Mauro Adamo" di Pachino (SR), Centro Interculturale "La sorgente" di Scicli (RG) Centro "S.Chiera" di Palermo.

Un ringraziamento sentito a Francesco Cocco, Gustav Hofer e Luca Cambi per le foto e le immagini.

Infine un grazie di cuore a tutti gli stranieri incontrati nel corso di questo lungo viaggio.

