



Una Stagione all'Inferno

Rapporto di MSF sulle condizioni degli immigrati impiegati in
agricoltura nelle regioni del sud Italia

Gennaio 2008

Grazie grazie per l'invito e vorrei soltanto introdurre brevemente il contributo visivo che vedrete raccontando veramente in sintesi cosa a medici senza frontiere in Italia e perché qui

Come sapete medici senza frontiere una organizzazione umanitaria indipendente che da oltre trent'anni lavora in tutto il mondo in più di 80 paesi per portare soccorso alle vittime di guerra di catastrofi naturali.

Dalla metà degli anni '90 però all'interno dell'organizzazione è nata questa consapevolezza, questa volontà di seguire le persone che incontravamo a migliaia di chilometri di distanza nel loro progetto migratorio e quindi fino all'arrivo nei paesi europei dove spesso si trovano in condizioni di estrema precarietà e bisogno.

Dal '99, nel '99 nasce il progetto italiano di medici senza frontiere e noi siamo presenti a Lampedusa da diversi anni svolgendo un'attività di triage, di primo soccorso sul molo. A Lampedusa e lungo tutta la costa siciliana. E siamo presenti all'interno degli ambulatori del sistema sanitario nazionale, perché come sapete la legge in Italia garantisce le cure a tutti gli stranieri, anche a coloro che sono senza permesso di soggiorno, ma come spesso succede nel nostro paese questa legge rimane sulla carta.

E qui richiamo il nostro principio di NON-ASSISTENZIALISMO, cioè di non sostituirci alle istituzioni pubbliche, ma di collaborare col sistema sanitario gratuitamente e dopo due anni di questa collaborazione lasciare all'istituzione la gestione degli ambulatori per gli stranieri irregolari perché crediamo che è un diritto che deve essere garantito a queste persone e non una concessione.

Abbiamo gestito dunque questi ambulatori per stranieri in diverse provincie con un'attività non soltanto strettamente medica ma anche con la mediazione culturale, con attività che chiamiamo di outreach cioè di informazione, sensibilizzazione alle comunità straniere sul territorio; quindi una ricerca attiva come dire del bisogno.

Prima si parlava di esclusione, nel senso che c'è o forse non c'è più, ma una cosa è certa, che quando i diritti rimangono sulla carta, non vengono difesi con strumenti nuovi e adeguati alle esigenze nuove, e non so realmente di quali garanzie si stia parlando.

Se la legge stabilisce che gli stranieri possono avere l'assistenza sanitaria ma poi per esempio non appronta servizi di mediazione culturale, non apre ambulatori dedicati, non attiva servizi di informazione sul territorio, questo rimane un diritto sulla carta.

Nel 2005 anzi prima ancora nel 2004 abbiamo svolto un rapporto sui centri di permanenza temporanea che forse alcuni di voi hanno letto o conosciuto, abbiamo visitato tutti i centri presenti sul territorio, nuovi luoghi di esclusione, creati in teoria per trattenere gli stranieri in attesa del rimpatrio e di fatto estensioni dei luoghi carcerari.

Nel 2005 invece rapporto sui lavoratori stranieri stagionali che quest'anno abbiamo in qualche modo ripetuto. Cioè con una clinica mobile abbiamo visitato le regioni del sud Italia seguendo il circuito delle culture della stagionalità ed abbiamo incontrato condizioni che vedrete dal video, inaccettabili.

Con un paragone che volutamente può sembrare eccessivo diciamo che gli stranieri in Italia, in alcuni casi vivono in situazioni al di sotto degli standard stabiliti dall'alto Commissariato Nazioni Unite, per i campi profughi in situazione di crisi: 3mq a testa degli spazi abitativi, senz'acqua, senza servizi igienici o ai margini dei campi ove raccolgono i pomodori d'arance che arrivano sulle nostre tavole.

E a distanza. di tre anni dal primo rapporto dopo l'inchiesta dei propri soldati sull'espresso dopo dibattito per esempio sulla possibilità di ottenere un permesso di soggiorno per motivi di sfruttamento siamo ritornati come dire sui luoghi del delitto abbiamo trovato una situazione assolutamente inalterata, situazioni veramente allarmanti.

Lascio al video le vostre valutazioni.

Mi permetto di aggiungere (nota di LL) un invito: mentre osservate questo video girato in Italia, cercate di richiamare cosa avviene nei diversi paesi europei. In Europa attualmente il flusso migratorio fa problema e paura

PREMESSA

Una stagione all'inferno. Medici Senza Frontiere (MSF) ha scelto questo titolo perché raccoglie l'idea di quello che ogni anno migliaia di stranieri vivono nelle campagne del Sud Italia quando si spostano da una regione all'altra per essere impiegati in agricoltura come stagionali. Pur di lavorare queste persone accettano paghe da fame e sono costrette a condizioni di povertà ed esclusione estreme. Nel complesso fenomeno dell'immigrazione in Italia, la condizione degli stagionali resta dunque un nervo scoperto ipocritamente nascosto.

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

Con questo rapporto MSF vuole denunciare ancora una volta quest'inaccettabile stato di cose che lede la dignità dei migranti e tutelare un diritto fondamentale, quello dell'accesso alla salute.

METODOLOGIA

Da luglio a novembre 2007 un'equipe itinerante di Medici Senza Frontiere (MSF) ha condotto un'indagine sulle condizioni di salute, di vita e di lavoro degli immigrati impiegati come lavoratori stagionali nelle regioni del Sud Italia. L'obiettivo dell'indagine è stato quello di verificare le condizioni generali degli stranieri prestati all'agricoltura e un eventuale miglioramento rispetto alla precedente rilevazione effettuata nel 2004¹.

Nel corso dell'indagine, MSF ha visitato **643 immigrati e somministrato 600 questionari**. La popolazione di riferimento è stata stimata in diverse migliaia di stranieri impiegati nei campi e nelle serre in diverse località del sud Italia.

Lo schema in basso mostra le tappe del progetto di MSF evidenziando le regioni, le località e i tipi di colture.

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

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

INFORMAZIONI GENERALI

Sesso ed età

Gli intervistati sono nelle quasi totalità **uomini** (97%) **giovani**, la cui età è compresa tra i 20 e i 40 anni (84%). Le donne rappresentano appena il 3% del campione e sono principalmente cittadine di paesi neo comunitari quali Bulgaria e Romania.

Paesi di provenienza

Gli stranieri visitati e intervistati provengono:

- da paesi dell’Africa sub-sahariana quali Sudan, Eritrea, Etiopia;
- dai paesi del Maghreb quali Marocco, Algeria, Tunisia ed Egitto;
- dal sud est asiatico, in particolare dall’India;
- dai paesi dell’Unione Europea, cittadini bulgari e rumeni² di etnia rom.

Status giuridico

- **il 72% degli intervistati non ha un regolare permesso di soggiorno³;**
- **il 28% ha un permesso di soggiorno** per motivi di lavoro, motivi umanitari, ha ottenuto lo status di rifugiato o ha presentato richiesta di asilo.

Richiedenti asilo e rifugiati

I richiedenti asilo⁴ escono dai centri di identificazione dopo aver completato l’esame della loro domanda quindi con un diniego, un permesso di soggiorno per motivi umanitari o lo status di rifugiato. La mancanza di un sistema di accoglienza adeguato per questa categoria contribuisce allo sfruttamento, nelle campagne del Sud Italia, di chi fugge da guerre e persecuzioni. In Italia la rete di accoglienza per rifugiati, richiedenti asilo e titolari di protezione umanitaria gestita dallo Servizio di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) dispone, al 2006, di circa **2.500 posti⁵, a fronte di circa 10mila domande di asilo presentate ogni anno** e diverse migliaia di rifugiati e titolari di protezione umanitaria già riconosciuti presenti sul territorio. Queste persone, in mancanza di alloggio e di mezzi di sostentamento sono spesso costrette a spostarsi da una parte all’altra del territorio divenendo facile preda del circuito della manodopera irregolare.

Periodo di permanenza in loco

Il 66,5% degli intervistati ha dichiarato di trovarsi nel luogo della visita di MSF da meno di 4 mesi, questo dato evidenzia il carattere di stagionalità per quei migranti che si spostano seguendo i periodi di raccolta. Nelle località di Eboli e Battipaglia in Campania e di Latina nel Lazio si registra invece una popolazione più stanziale che riferisce di vivere e lavorare in quelle aree da più di 12 mesi. Questo dato si spiega per il tipo di produzioni agricole di lungo periodo.

² I cittadini neocomunitari risultano regolarmente soggiornanti sul territorio dal gennaio 2007, non potendo essere più soggetti a provvedimenti di allontanamento, se non per motivi di sicurezza e ordine pubblico, e possono liberamente rimanere in Italia per periodi brevi (inferiori a 3 mesi) senza alcuna formalità.

³ Tra i regolari vengono anche contati i richiedenti asilo e i rifugiati. Mentre tra gli irregolari sono inseriti coloro a cui è stata negato il riconoscimento dello status di rifugiato. Per un quadro riassuntivo sulle norme italiane in materia di immigrazione, si veda Allegato *Cenni sulla legislazione nazionale in materia di immigrazione* pag.

⁴ persone in fuga da guerre e persecuzioni che presentano domanda di protezione allo stato italiano

⁵ Dai dati del “Rapporto annuale sul Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati – anno 2006”, a cura di Censis – edizioni Anci Servizi, emerge che lo SPRAR ha visto il coinvolgimento di 95 Enti Locali con più di 100 progetti, che hanno messo a disposizione 2.428 posti di accoglienza consentendo di dare protezione a 5.347 persone di cui 440 inserite in progetti destinati a categorie vulnerabili.

CONDIZIONI DI LAVORO

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

Riccardo, operatore MSF

- **Il 90% del campione intervistato ha dichiarato di non possedere alcun contratto di lavoro** non godendo dunque di alcuna tutela giuridica in termini di retribuzione, di infortuni sui luoghi di lavoro e di previdenza sociale. Un fenomeno di sfruttamento massiccio che colpisce anche quegli stranieri stagionali dotati di un permesso di soggiorno.
- In media gli immigrati stagionali lavorano meno di 4 giorni a settimana, come il 67% degli intervistati ha dichiarato. La durata della giornata di lavoro è di 8/10 ore.
- La metà dei lavoratori guadagna una cifra compresa tra i 26 e i 40 euro a giornata mentre poco più di **un terzo guadagna 25 euro o meno**. Il compenso viene pattuito sul luogo del reclutamento e può essere a giornata o a cottimo, ovvero per numero di cassette di frutta o verdura raccolte. Nel foggiano, ad esempio, gli operatori di MSF hanno rilevato che un bracciante straniero **guadagna dai 4 ai 6 euro per raccogliere un cassone di pomodori da 350 chili**.
- Il 37% degli stranieri intervistati dichiara inoltre che alla remunerazione giornaliera vengono sottratti dai **3 a 5 euro destinati ai caporali**.

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

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

CONDIZIONI DI VITA

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

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

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

- Il **65%** degli immigrati intervistati vive in strutture abbandonate,
- Il 20% in spazi affittati;
- Il 10% in tende o in un campo di accoglienza allestito dalle autorità locali.
- Il 5% del campione è costretto a dormire nelle strade e nelle piazze del paese non essendo in grado di trovare una soluzione alternativa.

Altrettanto allarmanti sono i dati relativi alle preoccupanti condizioni di sovraffollamento e alla scarsa qualità delle strutture abitative, il 21% deve condividere il proprio materasso con una o più persone e che il **53% dorme per terra sopra un cartone o un materasso**.

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

- Il **62%** degli intervistati non dispone di servizi igienici nel luogo in cui vive. In questi casi gli individui sono costretti a utilizzare gli stessi campi per le proprie funzioni fisiologiche.
- Il **64%** non ha accesso all’acqua corrente e deve percorrere distanze considerevoli per raggiungere il punto d’acqua più vicino. Per procurarsi l’acqua il 44% si rifornisce presso **fonti di fortuna quali tubi d’irrigazione e rubinetti esterni**.
- Il 69% non dispone di luce elettrica e utilizza candele per l’illuminazione.
- Nel **92%** dei casi gli alloggi sono sprovvisti di riscaldamento. Nei mesi autunnali e invernali, anche a causa delle condizioni di cattivo isolamento termico dei locali, gli immigrati patiscono il freddo e l’umido.

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

H, viene dal Marocco, incontrato in Campania

Secondo le testimonianze raccolte in alcuni casi i migranti sono oggetto di **atti di intolleranza e violenza**, il 16% denuncia di essere stato vittima di episodi di violenza, come insulti e lancio di pietre o oggetti.



Stranieri impiegati come stagionali nel foggiano si riforniscono di acqua – Foto Lorenzo Maccotta

ACCESSO ALLE CURE E CONDIZIONE DI SALUTE

H. viene dal Marocco, ha 26 anni, vive a San Nicola Varco (SA). MSF lo incontra alle 11 del mattino. Lamenta da tre giorni forti dolori addominali. Ha chiamato il 118 e sta aspettando l'ambulanza. Chiede un passaggio in auto sino alla strada statale perché l'ambulanza si rifiuta di arrivare all'interno di San Nicola Varco. Alle 17 MSF torna e ritrova il paziente in una situazione di forte dolore. Il paziente ha riferito di essere stato trattato con una infusione di antidolorifici e dimesso pur riferendo ancora molto dolore. La diagnosi del Pronto Soccorso è "sindrome dolorosa addominale". Il medico MSF lo visita e sospetta un'appendicite acuta: il paziente viene accompagnato a un altro Pronto Soccorso dove le indagini confermano il sospetto diagnostico. H. viene operato d'urgenza.

Fin dal 1998⁶ la legge italiana garantisce l'accesso alle cure per **tutti gli stranieri presenti sul territorio, regolari e irregolari**. Per i primi, in possesso di regolare permesso di soggiorno⁷, è previsto l'obbligo di iscrizione al SSN con rilascio della tessera sanitaria⁸. Agli stranieri irregolari è riconosciuto il diritto "*alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti ed essenziali, ancorché continuative, per malattia o infortunio*"⁹ e agli interventi di medicina preventiva. Allo straniero irregolare che ne fa richiesta viene assegnato un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) valido su tutto il territorio nazionale per sei mesi e rinnovabile.

A fronte di questo quadro normativo, i dati raccolti da MSF mettono in luce alcune problematiche legate all'effettivo accesso alle cure da parte dei cittadini stranieri impiegati in agricoltura.

- **il 71% degli stranieri intervistati nel corso dell'indagine risulta privo di tessera sanitaria**
- A distanza di 2 anni dal loro arrivo in Italia il 59% di stranieri irregolari risulta ancora privo di tessera STP, mentre il 47% di immigrati regolari non è iscritto al SSN.

Secondo i dati raccolti da MSF gli immigrati impiegati in agricoltura rappresentano una popolazione mediamente giovane.

Il 75% delle persone visitate ha meno di 30 anni. Il 76% dei pazienti ha riferito di essere giunto in Italia in buone condizioni di salute.¹⁰

Nonostante questo, al momento della visita di MSF **al 72% dei pazienti è stato formulato almeno un sospetto diagnostico, di cui il 73% è risultato una malattia cronica.**

Principali patologie riscontrate:

- Nel 22% dei casi è stata diagnosticata una **patologia osteomuscolare**. Lombalgia e/o lombosciatalgia sono le più frequenti. L'eziologia della lombalgia è multifattoriale. Esiste

⁶ Artt.34, 35,36 T.U. 286/1998, Legge Turco Napolitano

⁷ Tra questi, vale la pena ricordare, rientrano inoltre i richiedenti asilo nella pendenza di una decisione sulla loro domanda.

⁸ Art. 34 T.U. 286/1998.

⁹ Art. 35 TU 286/1998.

¹⁰ Per il restante 24% si trattava per lo più di malattie non gravi.

un'associazione tra lombalgia e sforzi da lavoro agricolo quali sollevamento di pesi, mantenimento di posture fisse per lungo tempo, movimenti ripetitivi¹¹.

- Nel 15% dei casi è stata diagnosticata una **malattia dermatologica**. Le più frequenti erano micosi (32% dei sospetti diagnostici) e dermatiti. Il 79% di queste patologie erano croniche. **Scarsa igiene, sovraffollamento e lavoro in campagna sono fattori di rischio**¹². Il lavoro agricolo comporta il contatto con agenti infettivi, irritanti o che causano allergia. Questi agenti si trovano sul terreno o sui raccolti. Quasi mai i datori di lavoro provvedono all'acquisto degli strumenti di protezione (appena il 7%) che nella maggior parte dei casi devono essere acquistati dagli stessi migranti. Il lavoro in serra espone inoltre la cute a temperature elevate in ambiente umido, favorendo particolarmente le micosi.
- Una **malattia respiratoria** è stata diagnosticata in nel 13 % dei pazienti visitati. Le patologie più frequenti sono quelle classificate nell'ICD9-CM¹³ come infezioni delle alte vie respiratorie in cui rientrano la bronchite (20%), raffreddore (16%), faringite (13%), tonsillite (6%), sinusite (2%), tracheo-bronchite (2%). Le infezioni erano per lo più acute.
- E' stata diagnosticata una **malattia gastroenterica** nel 12% dei casi. Le più frequenti erano gastriti (35% dei sospetti diagnostici), l'89% delle quali croniche. La causa più frequente di gastrite cronica è l'infezione da parte del batterio *Helicobacter pylori*.¹⁴ Il contagio è favorito **dal sovraffollamento, dal consumo di acqua contaminata e cibi mal conservati e mal cucinati, da uno scarso consumo di frutta e verdura e da precarie condizioni di vita (stress, scarsa igiene, basso livello socio-economico)**¹⁵. Le condizioni di vita dei pazienti visitati evidentemente favoriscono non solo l'acquisizione dell'infezione da *Helicobacter pylori*, ma anche la sua progressione a gastrite e le sue complicanze.
- Una **malattia del cavo orale** è stata riscontrata nell'11% dei casi, per lo più carie dentali (68%). Il problema era cronico nell'89% dei casi e le carie erano multiple con presentazione grave. Nonostante tali patologie siano di riscontro frequente anche in assenza di condizioni di vita precarie, risulta evidente che carenza di calcio e micronutrienti, scarsa igiene orale, consumo di acqua contaminata, povertà aumentano il rischio di sviluppare e aggravare queste patologie¹⁶.

¹¹ Andersson GBJ. 1997. The epidemiology of spinal disorders. In *The Adult Spine: Principles and Practice* (Ed. Frymoyer JW) : 93-141, Lippincott-Raven, Philadelphia.

¹² Hainer BL. Dermatophyte Infections. *Am Fam Phys* 2003;67:101-8.

¹³ La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati, per finalità statistiche, in gruppi tra loro correlati ed è finalizzata a tradurre in codici alfa-numeriche i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche. Il termine "clinical" è utilizzato per sottolineare le modifiche introdotte: rispetto alla ICD-9, fortemente caratterizzata dall'orientamento a scopo di classificazione delle cause di mortalità, la ICD-9-CM è soprattutto orientata a classificare i dati di morbosità. Essa è utilizzata a partire dal 1 gennaio 2001 per la codifica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 Ottobre 2000, n.380.

¹⁴ Il 50% della popolazione mondiale è infetta da questo batterio, in particolare nei paesi in via di sviluppo. Brown LM. *Helicobacter pylori: epidemiology and routes of transmission*. *Epidem Rev*;2000;22:283-97.

¹⁵ Chey WD. American College Gastroenterology Guideline on the management of *Helicobacter Pylori* infection. *Am J Gastroenterol* 2007;102:1808-25.

¹⁶ Selwitz RH. Dental caries. *Lancet*. 2007;369:51-9.

- Infine nel 10% dei casi è stato formulato un sospetto diagnostico di **malattia infettiva**. Tra questi le più frequenti erano gastroenteriti (57%). Le gastroenteriti possono essere causate da batteri, virus, parassiti. Il contagio avviene tramite contatto con escrementi infetti (via oro-fecale), ed è dunque favorito dalla **scarsa igiene personale dei luoghi abitativi, dalla mancanza di servizi igienici adeguati oppure dal consumo di cibi e/o acqua contaminata**. Tra gli immigrati incontrati affetti da gastroenterite, il 76% degli individui non ha acqua corrente, il 79% non ha bagni, il 66% conserva l'acqua in taniche, il 79% non ha un servizio di nettezza urbana nel luogo in cui vive.



Lavoratori stagionali riposano dopo una giornata di lavoro nel foggiano – Foto Lorenzo Maccotta

CONCLUSIONI

Le conclusioni che seguono sono considerazioni ritenute utili per affrontare nell'immediato le situazioni con caratteristiche riferibili a contesti di crisi umanitarie e non intendono fornire soluzioni al complesso problema degli stagionali.

MSF ha fotografato una situazione drammatica che deve scuotere le coscienze di tutti: rappresentanti delle istituzioni, aziende sanitarie locali, sindacati, associazioni di categoria e società civile.

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

Appare dunque evidente che i meccanismi fino ad oggi approntati per regolamentare i flussi migratori, basati sull'incontro a distanza tra domanda e offerta di lavoro, contribuiscono a generare irregolarità.

Di fatto gli stranieri che entrano in Italia attraverso questa procedura coprono solo in parte le richieste di manodopera stagionale. Nelle Regioni del Sud Italia dove è stata condotta l'indagine i datori di lavoro reclutano, prevalentemente, stranieri già presenti sul territorio in modo irregolare o migranti che hanno presentato richiesta di asilo e non hanno trovato adeguata accoglienza sul territorio.

Ogni anno, in alcune zone del sud Italia si verifica un massiccio afflusso di stranieri stagionali prestatati all'agricoltura. Questo fenomeno o non viene affrontato del tutto dalle autorità locali o in casi sporadici, viene gestito attraverso misure rivolte esclusivamente agli immigrati regolari. Questo approccio determina situazioni drammatiche ormai non più accettabili.

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

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

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

PREMESSA

Una stagione all'inferno. Medici Senza Frontiere (MSF) ha scelto questo titolo perché raccoglie l'idea di quello che ogni anno migliaia di stranieri vivono nelle campagne del Sud Italia quando si spostano da una regione all'altra per essere impiegati in agricoltura come stagionali. Pur di lavorare queste persone accettano paghe da fame e sono costrette a condizioni di povertà ed esclusione estreme. Nel complesso fenomeno dell'immigrazione in Italia, la condizione degli stagionali resta dunque un nervo scoperto ipocritamente nascosto.

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

Con questo rapporto MSF vuole denunciare ancora una volta quest'inaccettabile stato di cose che lede la dignità dei migranti e tutelare un diritto fondamentale, quello dell'accesso alla salute.

METODOLOGIA

Da luglio a novembre 2007 un'equipe itinerante di Medici Senza Frontiere (MSF) ha condotto un'indagine sulle condizioni di salute, di vita e di lavoro degli immigrati impiegati come lavoratori stagionali nelle regioni del Sud Italia. L'obiettivo dell'indagine è stato quello di verificare le condizioni generali degli stranieri prestati all'agricoltura e un eventuale miglioramento rispetto alla precedente rilevazione effettuata nel 2004¹.

Nel corso dell'indagine, MSF ha visitato **643 immigrati e somministrato 600 questionari**. La popolazione di riferimento è stata stimata in diverse migliaia di stranieri impiegati nei campi e nelle serre in diverse località del sud Italia.

Lo schema in basso mostra le tappe del progetto di MSF evidenziando le regioni, le località e i tipi di colture.

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

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

INFORMAZIONI GENERALI

Sesso ed età

Gli intervistati sono nelle quasi totalità **uomini** (97%) **giovani**, la cui età è compresa tra i 20 e i 40 anni (84%). Le donne rappresentano appena il 3% del campione e sono principalmente cittadine di paesi neo comunitari quali Bulgaria e Romania.

Paesi di provenienza

Gli stranieri visitati e intervistati provengono:

- da paesi dell’Africa sub-sahariana quali Sudan, Eritrea, Etiopia;
- dai paesi del Maghreb quali Marocco, Algeria, Tunisia ed Egitto;
- dal sud est asiatico, in particolare dall’India;
- dai paesi dell’Unione Europea, cittadini bulgari e rumeni² di etnia rom.

Status giuridico

- **il 72% degli intervistati non ha un regolare permesso di soggiorno³;**
- **il 28% ha un permesso di soggiorno** per motivi di lavoro, motivi umanitari, ha ottenuto lo status di rifugiato o ha presentato richiesta di asilo.

Richiedenti asilo e rifugiati

I richiedenti asilo⁴ escono dai centri di identificazione dopo aver completato l’esame della loro domanda quindi con un diniego, un permesso di soggiorno per motivi umanitari o lo status di rifugiato. La mancanza di un sistema di accoglienza adeguato per questa categoria contribuisce allo sfruttamento, nelle campagne del Sud Italia, di chi fugge da guerre e persecuzioni. In Italia la rete di accoglienza per rifugiati, richiedenti asilo e titolari di protezione umanitaria gestita dallo Servizio di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) dispone, al 2006, di circa **2.500 posti⁵, a fronte di circa 10mila domande di asilo presentate ogni anno** e diverse migliaia di rifugiati e titolari di protezione umanitaria già riconosciuti presenti sul territorio. Queste persone, in mancanza di alloggio e di mezzi di sostentamento sono spesso costrette a spostarsi da una parte all’altra del territorio divenendo facile preda del circuito della manodopera irregolare.

Periodo di permanenza in loco

Il 66,5% degli intervistati ha dichiarato di trovarsi nel luogo della visita di MSF da meno di 4 mesi, questo dato evidenzia il carattere di stagionalità per quei migranti che si spostano seguendo i periodi di raccolta. Nelle località di Eboli e Battipaglia in Campania e di Latina nel Lazio si registra invece una popolazione più stanziale che riferisce di vivere e lavorare in quelle aree da più di 12 mesi. Questo dato si spiega per il tipo di produzioni agricole di lungo periodo.

² I cittadini neocomunitari risultano regolarmente soggiornanti sul territorio dal gennaio 2007, non potendo essere più soggetti a provvedimenti di allontanamento, se non per motivi di sicurezza e ordine pubblico, e possono liberamente rimanere in Italia per periodi brevi (inferiori a 3 mesi) senza alcuna formalità.

³ Tra i regolari vengono anche contati i richiedenti asilo e i rifugiati. Mentre tra gli irregolari sono inseriti coloro a cui è stata negato il riconoscimento dello status di rifugiato. Per un quadro riassuntivo sulle norme italiane in materia di immigrazione, si veda Allegato *Cenni sulla legislazione nazionale in materia di immigrazione* pag.

⁴ persone in fuga da guerre e persecuzioni che presentano domanda di protezione allo stato italiano

⁵ Dai dati del “Rapporto annuale sul Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati – anno 2006”, a cura di Censis – edizioni Anci Servizi, emerge che lo SPRAR ha visto il coinvolgimento di 95 Enti Locali con più di 100 progetti, che hanno messo a disposizione 2.428 posti di accoglienza consentendo di dare protezione a 5.347 persone di cui 440 inserite in progetti destinati a categorie vulnerabili.

CONDIZIONI DI LAVORO

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

Riccardo, operatore MSF

- **Il 90% del campione intervistato ha dichiarato di non possedere alcun contratto di lavoro** non godendo dunque di alcuna tutela giuridica in termini di retribuzione, di infortuni sui luoghi di lavoro e di previdenza sociale. Un fenomeno di sfruttamento massiccio che colpisce anche quegli stranieri stagionali dotati di un permesso di soggiorno.
- In media gli immigrati stagionali lavorano meno di 4 giorni a settimana, come il 67% degli intervistati ha dichiarato. La durata della giornata di lavoro è di 8/10 ore.
- La metà dei lavoratori guadagna una cifra compresa tra i 26 e i 40 euro a giornata mentre poco più di **un terzo guadagna 25 euro o meno**. Il compenso viene pattuito sul luogo del reclutamento e può essere a giornata o a cottimo, ovvero per numero di cassette di frutta o verdura raccolte. Nel foggiano, ad esempio, gli operatori di MSF hanno rilevato che un bracciante straniero **guadagna dai 4 ai 6 euro per raccogliere un cassone di pomodori da 350 chili**.
- Il 37% degli stranieri intervistati dichiara inoltre che alla remunerazione giornaliera vengono sottratti dai **3 a 5 euro destinati ai caporali**.

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

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

CONDIZIONI DI VITA

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

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

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

- Il **65%** degli immigrati intervistati vive in strutture abbandonate,
- Il 20% in spazi affittati;
- Il 10% in tende o in un campo di accoglienza allestito dalle autorità locali.
- Il 5% del campione è costretto a dormire nelle strade e nelle piazze del paese non essendo in grado di trovare una soluzione alternativa.

Altrettanto allarmanti sono i dati relativi alle preoccupanti condizioni di sovraffollamento e alla scarsa qualità delle strutture abitative, il 21% deve condividere il proprio materasso con una o più persone e che il **53% dorme per terra sopra un cartone o un materasso**.

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

- Il **62%** degli intervistati non dispone di servizi igienici nel luogo in cui vive. In questi casi gli individui sono costretti a utilizzare gli stessi campi per le proprie funzioni fisiologiche.
- Il **64%** non ha accesso all’acqua corrente e deve percorrere distanze considerevoli per raggiungere il punto d’acqua più vicino. Per procurarsi l’acqua il 44% si rifornisce presso **fonti di fortuna quali tubi d’irrigazione e rubinetti esterni**.
- Il 69% non dispone di luce elettrica e utilizza candele per l’illuminazione.
- Nel **92%** dei casi gli alloggi sono sprovvisti di riscaldamento. Nei mesi autunnali e invernali, anche a causa delle condizioni di cattivo isolamento termico dei locali, gli immigrati patiscono il freddo e l’umido.

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

H, viene dal Marocco, incontrato in Campania

Secondo le testimonianze raccolte in alcuni casi i migranti sono oggetto di **atti di intolleranza e violenza**, il 16% denuncia di essere stato vittima di episodi di violenza, come insulti e lancio di pietre o oggetti.



Stranieri impiegati come stagionali nel foggiano si riforniscono di acqua – Foto Lorenzo Maccotta

ACCESSO ALLE CURE E CONDIZIONE DI SALUTE

H. viene dal Marocco, ha 26 anni, vive a San Nicola Varco (SA). MSF lo incontra alle 11 del mattino. Lamenta da tre giorni forti dolori addominali. Ha chiamato il 118 e sta aspettando l'ambulanza. Chiede un passaggio in auto sino alla strada statale perché l'ambulanza si rifiuta di arrivare all'interno di San Nicola Varco. Alle 17 MSF torna e ritrova il paziente in una situazione di forte dolore. Il paziente ha riferito di essere stato trattato con una infusione di antidolorifici e dimesso pur riferendo ancora molto dolore. La diagnosi del Pronto Soccorso è "sindrome dolorosa addominale". Il medico MSF lo visita e sospetta un'appendicite acuta: il paziente viene accompagnato a un altro Pronto Soccorso dove le indagini confermano il sospetto diagnostico. H. viene operato d'urgenza.

Fin dal 1998⁶ la legge italiana garantisce l'accesso alle cure per **tutti gli stranieri presenti sul territorio, regolari e irregolari**. Per i primi, in possesso di regolare permesso di soggiorno⁷, è previsto l'obbligo di iscrizione al SSN con rilascio della tessera sanitaria⁸. Agli stranieri irregolari è riconosciuto il diritto "*alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti ed essenziali, ancorché continuative, per malattia o infortunio*"⁹ e agli interventi di medicina preventiva. Allo straniero irregolare che ne fa richiesta viene assegnato un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) valido su tutto il territorio nazionale per sei mesi e rinnovabile.

A fronte di questo quadro normativo, i dati raccolti da MSF mettono in luce alcune problematiche legate all'effettivo accesso alle cure da parte dei cittadini stranieri impiegati in agricoltura.

- **il 71% degli stranieri intervistati nel corso dell'indagine risulta privo di tessera sanitaria**
- A distanza di 2 anni dal loro arrivo in Italia il 59% di stranieri irregolari risulta ancora privo di tessera STP, mentre il 47% di immigrati regolari non è iscritto al SSN.

Secondo i dati raccolti da MSF gli immigrati impiegati in agricoltura rappresentano una popolazione mediamente giovane.

Il 75% delle persone visitate ha meno di 30 anni. Il 76% dei pazienti ha riferito di essere giunto in Italia in buone condizioni di salute.¹⁰

Nonostante questo, al momento della visita di MSF **al 72% dei pazienti è stato formulato almeno un sospetto diagnostico, di cui il 73% è risultato una malattia cronica.**

Principali patologie riscontrate:

- Nel 22% dei casi è stata diagnosticata una **patologia osteomuscolare**. Lombalgia e/o lombosciatalgia sono le più frequenti. L'eziologia della lombalgia è multifattoriale. Esiste

⁶ Artt.34, 35,36 T.U. 286/1998, Legge Turco Napolitano

⁷ Tra questi, vale la pena ricordare, rientrano inoltre i richiedenti asilo nella pendenza di una decisione sulla loro domanda.

⁸ Art. 34 T.U. 286/1998.

⁹ Art. 35 TU 286/1998.

¹⁰ Per il restante 24% si trattava per lo più di malattie non gravi.

un'associazione tra lombalgia e sforzi da lavoro agricolo quali sollevamento di pesi, mantenimento di posture fisse per lungo tempo, movimenti ripetitivi¹¹.

- Nel 15% dei casi è stata diagnosticata una **malattia dermatologica**. Le più frequenti erano micosi (32% dei sospetti diagnostici) e dermatiti. Il 79% di queste patologie erano croniche. **Scarsa igiene, sovraffollamento e lavoro in campagna sono fattori di rischio**¹². Il lavoro agricolo comporta il contatto con agenti infettivi, irritanti o che causano allergia. Questi agenti si trovano sul terreno o sui raccolti. Quasi mai i datori di lavoro provvedono all'acquisto degli strumenti di protezione (appena il 7%) che nella maggior parte dei casi devono essere acquistati dagli stessi migranti. Il lavoro in serra espone inoltre la cute a temperature elevate in ambiente umido, favorendo particolarmente le micosi.
- Una **malattia respiratoria** è stata diagnosticata in nel 13 % dei pazienti visitati. Le patologie più frequenti sono quelle classificate nell'ICD9-CM¹³ come infezioni delle alte vie respiratorie in cui rientrano la bronchite (20%), raffreddore (16%), faringite (13%), tonsillite (6%), sinusite (2%), tracheo-bronchite (2%). Le infezioni erano per lo più acute.
- E' stata diagnosticata una **malattia gastroenterica** nel 12% dei casi. Le più frequenti erano gastriti (35% dei sospetti diagnostici), l'89% delle quali croniche. La causa più frequente di gastrite cronica è l'infezione da parte del batterio *Helicobacter pylori*.¹⁴ Il contagio è favorito **dal sovraffollamento, dal consumo di acqua contaminata e cibi mal conservati e mal cucinati, da uno scarso consumo di frutta e verdura e da precarie condizioni di vita (stress, scarsa igiene, basso livello socio-economico)**¹⁵. Le condizioni di vita dei pazienti visitati evidentemente favoriscono non solo l'acquisizione dell'infezione da *Helicobacter pylori*, ma anche la sua progressione a gastrite e le sue complicanze.
- Una **malattia del cavo orale** è stata riscontrata nell'11% dei casi, per lo più carie dentali (68%). Il problema era cronico nell'89% dei casi e le carie erano multiple con presentazione grave. Nonostante tali patologie siano di riscontro frequente anche in assenza di condizioni di vita precarie, risulta evidente che carenza di calcio e micronutrienti, scarsa igiene orale, consumo di acqua contaminata, povertà aumentano il rischio di sviluppare e aggravare queste patologie¹⁶.

¹¹ Andersson GBJ. 1997. The epidemiology of spinal disorders. In *The Adult Spine: Principles and Practice* (Ed. Frymoyer JW) : 93-141, Lippincott-Raven, Philadelphia.

¹² Hainer BL. Dermatophyte Infections. *Am Fam Phys* 2003;67:101-8.

¹³ La Classificazione internazionale delle malattie (ICD) è un sistema di classificazione nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati, per finalità statistiche, in gruppi tra loro correlati ed è finalizzata a tradurre in codici alfa-numeric i termini medici in cui sono espressi le diagnosi di malattia, gli altri problemi di salute e le procedure diagnostiche e terapeutiche. Il termine "clinical" è utilizzato per sottolineare le modifiche introdotte: rispetto alla ICD-9, fortemente caratterizzata dall'orientamento a scopo di classificazione delle cause di mortalità, la ICD-9-CM è soprattutto orientata a classificare i dati di morbosità. Essa è utilizzata a partire dal 1 gennaio 2001 per la codifica delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), ai sensi del Decreto del Ministero della Sanità 27 Ottobre 2000, n.380.

¹⁴ Il 50% della popolazione mondiale è infetta da questo batterio, in particolare nei paesi in via di sviluppo. Brown LM. *Helicobacter pylori: epidemiology and routes of transmission*. *Epidem Rev*;2000;22:283-97.

¹⁵ Chey WD. American College Gastroenterology Guideline on the management of *Helicobacter Pylori* infection. *Am J Gastroenterol* 2007;102:1808-25.

¹⁶ Selwitz RH. Dental caries. *Lancet*. 2007;369:51-9.

- Infine nel 10% dei casi è stato formulato un sospetto diagnostico di **malattia infettiva**. Tra questi le più frequenti erano gastroenteriti (57%). Le gastroenteriti possono essere causate da batteri, virus, parassiti. Il contagio avviene tramite contatto con escrementi infetti (via oro-fecale), ed è dunque favorito dalla **scarsa igiene personale dei luoghi abitativi, dalla mancanza di servizi igienici adeguati oppure dal consumo di cibi e/o acqua contaminata**. Tra gli immigrati incontrati affetti da gastroenterite, il 76% degli individui non ha acqua corrente, il 79% non ha bagni, il 66% conserva l'acqua in taniche, il 79% non ha un servizio di nettezza urbana nel luogo in cui vive.



Lavoratori stagionali riposano dopo una giornata di lavoro nel foggiano – Foto Lorenzo Maccotta

CONCLUSIONI

Le conclusioni che seguono sono considerazioni ritenute utili per affrontare nell'immediato le situazioni con caratteristiche riferibili a contesti di crisi umanitarie e non intendono fornire soluzioni al complesso problema degli stagionali.

MSF ha fotografato una situazione drammatica che deve scuotere le coscienze di tutti: rappresentanti delle istituzioni, aziende sanitarie locali, sindacati, associazioni di categoria e società civile.

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

Appare dunque evidente che i meccanismi fino ad oggi approntati per regolamentare i flussi migratori, basati sull'incontro a distanza tra domanda e offerta di lavoro, contribuiscono a generare irregolarità.

Di fatto gli stranieri che entrano in Italia attraverso questa procedura coprono solo in parte le richieste di manodopera stagionale. Nelle Regioni del Sud Italia dove è stata condotta l'indagine i datori di lavoro reclutano, prevalentemente, stranieri già presenti sul territorio in modo irregolare o migranti che hanno presentato richiesta di asilo e non hanno trovato adeguata accoglienza sul territorio.

Ogni anno, in alcune zone del sud Italia si verifica un massiccio afflusso di stranieri stagionali prestatati all'agricoltura. Questo fenomeno o non viene affrontato del tutto dalle autorità locali o in casi sporadici, viene gestito attraverso misure rivolte esclusivamente agli immigrati regolari. Questo approccio determina situazioni drammatiche ormai non più accettabili.

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

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

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