

«Occorre costruire il rispetto e non la paura»

F. paziente di MDM Francia, Lione, febbraio 2006

Indagine europea sull'accesso alle cure delle persone in situazione irregolare.

Osservatorio Europeo sull'Accesso alle Cure di Medici del Mondo



Guigno 2007.....





L'Unione Europea conta oggi 27 paesi. Tra di essi, alcuni godono di una prosperità di lunga data, altri escono da lunghi anni di povertà e sono in piena crescita. Se l'insieme così costituito permette di creare una zona di libero scambio, in grado di favorire la crescita di tutti i paesi, essa deve comprendere anche, la lotta contro la povertà e la miseria ancora troppo presenti.

*Per questo l'Unione Europea si è dotata di principi forti. Tra di essi, fondamentali sono il rifiuto della pena di morte e il diritto per tutti ad una salute migliore. **Tali principi devono diventare realtà.** Ancora oggi le popolazioni più vulnerabili, e soprattutto le più povere di questo continente, non solo vivono in condizioni rischiose per la loro salute, ma sono anche troppo spesso escluse dalla cure sanitarie più elementari.*

Certamente i sistemi sanitari dei diversi paesi della UE restano ancora troppo dissimili e non sono attualmente in grado di offrire lo stesso livello di cure, ma è a questo obiettivo che l'Unione Europea deve tendere. L'organizzazione dei sistemi sanitari dei paesi membri non è certamente una prerogativa europea, ma la lotta contro le grandi malattie endemiche (HIV, tubercolosi), e i rischi sanitari (influenza aviaria) lo è. Non possiamo trascurare il fatto che le persone più precarie sono anche le più vulnerabili alle epidemie, e le più escluse dal sistema sanitario. Non integrare le popolazioni più povere nel processo di miglioramento del sistema sanitario sarebbe un errore fondamentale in termini umani, di salute pubblica e finanziaria.

Tra i più poveri, i più esclusi, i più discriminati... ci sono gli stranieri, e in particolare le persone senza permesso di soggiorno. E' per questa ragione che abbiamo sperato, attraverso l'indagine che segue, di rilevare qual è il loro accesso alle cure in diversi paesi della UE, sia in teoria, che in pratica. Tutto l'onore dell'Unione Europea, forte dei suoi valori, sarà nel dare loro la possibilità di essere cittadini, attori che godono di tutti i diritti civili... In quest'ottica, l'accesso alle cure e alla salute è una condizione e un obiettivo ineludibile.

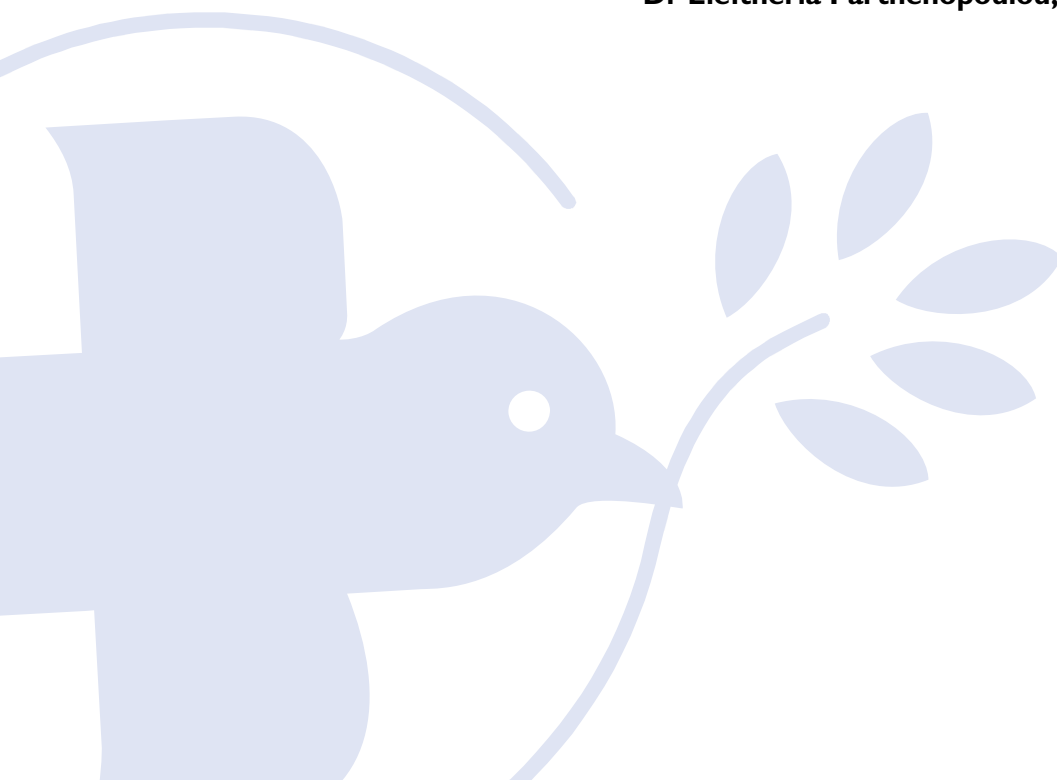
Comitato pilota Salute-Migrazioni della rete internazionale di Medici del Mondo:

Dr Michel Degueudre, presidente di Medici del Mondo Belgio,

Dr Teresa Gonzalez, presidente di Medici del Mondo Spagna,

Dr Françoise Jeanson, ex presidente di Medici del Mondo Francia,

Dr Eleftheria Parthenopoulou, presidente di Medici del Mondo Grecia





Sommaire

EDITORIALE	1
INTRODUZIONE	3
RIASSUNTO DELL'INDAGINE	6
PRESENTAZIONE DELL'INDAGINE	7
CONTESTO E CENTRI DI INDAGINE PER OGNI PAESE	8
- Belgio	8
- Spagna	8
- Francia	9
- Grecia	10
- Italia	10
- Portogallo	11
- Gran Bretagna	11
- Olanda	13
- Germania	14
1 - CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE	15
1 - ETÀ E SESSO	15
2 - ORIGINE GEOGRAFICA	17
2 - SITUAZIONE SOCIALE	19
1 - LE CONDIZIONI DI ALLOGGIO	19
2 - LA VITA DI COPPIA E DI FAMIGLIA	21
3 - LA SITUAZIONE LAVORATIVA	24
4 - I REDDITI	25
5 - LA SITUAZIONE AMMINISTRATIVA	26
3 - ACCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA	28
1 - I DIRITTI TEORICI ALL'ASSISTENZA SANITARIA	28
2 - L'ACCESSO EFFETTIVO ALL'ASSISTENZA SANITARIA: L'OSTACOLO DELL'INFORMAZIONE	31
3 - L'ACCESSO EFFETTIVO ALL'ASSISTENZA SANITARIA : L'OSTACOLO DELLE PRATICHE AMMINISTRATIVE	34
4 - CHI SONO LE PERSONE CHE, PUR AVENDO DIRITTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA DI FATTO NON NE USUFRUISCONO?	34
5 - RIEPILOGO PER PAESE	35
4 - STATO DI SALUTE	37
1 - MOTIVI DI RICORSO ALLE CURE DOPO L'ULTIMA RICHIESTA DI CURA	37
2 - SALUTE PERCEPITA E PROBLEMI DI SALUTE ATTUALI	40
3 - DIPENDENZE	49
4 - ACCESSO ALLO SCREENING E AI TRATTAMENTI PER L'INFEZIONE DA HIV	50
5 - INFEZIONE DA HIV	54
5 - OSTACOLI ALL'ACCESSO E ALLA CONTINUITÀ DELLE CURE	57
1 - GLI OSTACOLI DICHIARATI DAI PAZIENTI	57
2 - I RIFIUTI ALLA CURA DA PARTE DEI PROFESSIONISTI DELLA SANITÀ	60
CONCLUSIONI	63
TESSERA SANITARIA DELLE PERSONE STRANIERE RESIDENTI IN EUROPA	64
RACCOMANDAZIONI METODOLOGICHE	66
QUESTIONARIO	69

Introduzione



Medici del Mondo è un'associazione di solidarietà internazionale che ha per vocazione di curare ogni persona più vulnerabili nelle situazioni di crisi e di esclusione ovunque nel mondo e in ogni paese dove una delegazione nazionale è presente,

- promuovendo l'impegno volontario di medici, di professionale medico, di professionisti di altre discipline, complementari alle sue azioni,
- assicurandosi l'appoggio di tutte le competenze indispensabili alla realizzazione delle sue missioni,
- privilegiando in tutte le occasioni le relazioni di vicinanza con le popolazioni curate

Medici del Mondo, a partire dalla sua pratica medica e in tutta indipendenza,

- rivela i rischi di crisi e minaccia per la salute e la dignità, allo scopo di contribuire alla loro prevenzione,
- attiva dei partners per le azioni di solidarietà riguardanti il campo della salute,
- denuncia con le sue azioni di testimonianza le violazioni ai diritti dell'uomo ed in particolare gli ostacoli nell'accesso alle cure,
- sviluppa nuovi approcci e nuove pratiche della sanità pubblica nel mondo, fondate sul rispetto della dignità umana,
- si impegna presso i suoi donatori a mantenere relazioni di una trasparenza totale,
- si impegna per istituire, in funzione di un'etica della responsabilità, i valori della medicina umanitaria.

Medici del Mondo è oggi presente in 12 paesi d'Europa¹. In tutti questi paesi, l'associazione conduce progetti di promozione della salute presso le popolazioni vulnerabili che più hanno difficoltà d'accesso alla prevenzione e alle cure. Ciò vuol dire che le equipe di MDM in Europa lavorano quotidianamente presso i Rom, i senza fissa dimora, i consumatori di droghe, le persone che si prostituiscono, le persone isolate e senza risorse, i migranti poveri con o senza documenti, i bambini vittime del saturnismo, i bambini che non hanno accesso alla vaccinazione,...

Le prime riunioni della rete europea di *Medici del Mondo* si sono pronunciate per la grande speranza che rappresentava l'Unione Europea nella riaffermazione e l'estensione dei diritti fondamentali di tutte le persone residenti su questo territorio per la tutela della salute.

Infatti, molti testi europei riconoscono il diritto di ogni persona di proteggere la propria salute, come la Convenzione Europea di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali o la Carta sociale europea.

La Convenzione europea di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali ha una portata universale, e dovrebbe essere applicata ad ogni persona che si trova sul territorio di uno degli stati firmatari, indipendentemente dalla nazionalità e dalla situazione nei confronti della legislazione relativa al soggiorno.

Così, la Corte europea dei diritti dell'uomo ha individuato, in particolare a partire dall'articolo 14 della convenzione, un principio d'uguaglianza e di trattamento tra stranieri e cittadini.

Articolo 14 – divieto di discriminazione. *Il godimento dei diritti e libertà riconosciuti nella presente convenzione deve essere garantito, senza distinzione alcuna, fondata in particolare su sesso, razza, colore, lingua, religione, opinioni politiche o qualsiasi altra opinione, l'origine nazionale o sociale, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, la fortuna, la nascita o qualsiasi altra situazione.*

¹. Germania, Belgio, Chypre, Spagna, Francia, Grecia, Italia, Olanda, Portogallo, Gran Bretagna, Svezia, Svizzera.

Così, dal momento che la prestazione sociale è prevista nella legislazione nazionale, si può fare valere il principio di non discriminazione per beneficiarne.

La Carta sociale europea offre una protezione in numerosi settori, in particolare la protezione sociale. Il godimento di tutti questi diritti inoltre è completato da una clausola generale di non discriminazione.

Articolo 11 – ogni persona ha il diritto di beneficiare di tutte le misure che gli permettano di usufruire del migliore stato di salute possibile.

Articolo 13 – ogni persona priva di risorse sufficienti ha diritto all'assistenza sociale e medica.

Articolo 16 – la famiglia, in quanto cellula fondamentale della società, ha diritto ad una tutela sociale, giuridica ed economica adeguata per garantire il suo pieno sviluppo.

Articolo 17 – i bambini e gli adolescenti hanno diritto ad una tutela sociale, giuridica ed economica adeguata.

Articolo 30 – ogni persona ha diritto alla protezione contro la povertà e l'esclusione sociale.

Il Comitato dei diritti sociali del Consiglio d'Europa ha affermato che la protezione della Carta deve andare a vantaggio delle persone in situazione irregolare, e in questo si gioca « l'essenza » et « l'obiettivo generale della carta ». E poiché l'accesso alle « cure sanitarie costituisce un preambolo essenziale » (...) « alla dignità umana », ogni Stato legato dalla carta deve accordare il diritto all'assistenza medica a qualsiasi « cittadino straniero, fosse anche in situazione irregolare »².

È ispirandosi a questi testi che fanno tutti onore all'UE che i MDM in Europa hanno scelto di concentrare la loro attenzione sui più vulnerabili. Si tratta anche di un pubblico presso il quale lavorano TUTTE le equipe MDM in Europa: coloro che non dispongono nel momento in cui li incontriamo di un titolo di soggiorno accettabile nel loro paese di residenza, i clandestini. Uno sguardo oggettivo sull'accesso alle cure di queste donne e uomini nei vari paesi dell'UE deve permettere di individuare le disposizioni più favorevoli ad una vera politica sanitaria pubblica. Occorre in seguito applicarli all'insieme dei paesi, facendo così progredire l'Unione tutta intera. L'obiettivo di MDM è di ottenere in ogni paese l'accesso alle cure per tutti, in particolare per le popolazioni più precarie:

- ottenere un miglioramento dell'accesso alle cure dei migranti, ed in particolare dei bambini e delle persone senza permesso di soggiorno,
- ottenere la non espulsione delle persone affette da patologie gravi che non possono essere curate nel loro paese d'origine, e di garantire loro un accesso alle cure sul territorio europeo.

È per questo che MDM ha creato **un osservatorio europeo dell'accesso alle cure** che deve permetterci di testimoniare delle difficoltà d'accesso alle cure sul territorio europeo delle persone che vivono in situazione di precarietà. Questa testimonianza poggia su constatazioni ed indagini relative alle persone più vulnerabili ha come scopo di convincere i vari governi ma anche le istituzioni europee della necessità di migliorare l'accesso alla prevenzione e alle cure.

MDM non ha la vocazione ad essere un istituto di ricerca. Ciò impone alle nostre indagini un doppio vincolo:

- ogni domanda posta al paziente deve direttamente portargli un plusvalore in materia d'accesso a una copertura sanitaria e alle cure;
- le domande poste devono anche contribuire a costruire una conoscenza delle difficoltà incontrate dai pazienti e del loro stato di salute.

2. Decisione del Comitato dei diritti sociali del Consiglio d'Europa del 3 novembre 2004, resa pubblica nel marzo 2005, in seguito ad un ricorso della Federazione Internazionale delle leghe dei Diritti dell'Uomo (FIDH – Fédération Internationale des ligues des Droits de l'Homme), in collaborazione con la lega dei Diritti dell'Uomo (LDH – Ligue des Droits de l'Homme) e del Gruppo d'Informazione e Sostegno agli Immigrati (Gisti – Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés), depositato nel 2003 (procedura di ricorso collettivo nel caso 14/1003 FIDH c/France)-<http://www.coe.int>

Nel 2005-06, l'Osservatorio Europeo dell'Accesso alle Cure di *Medici del Mondo* ha elaborato e organizzato un'indagine statistica simultanea in 7 paesi presso le persone in situazione irregolare incontrate. Parallelamente, i pazienti intervistati hanno descritto la loro situazione e noi abbiamo raccolto informazioni sulle legislazioni nazionali che disciplinano l'accesso alle cure.

I primi risultati dell'Osservatorio europeo dell'accesso alle cure mostrano l'interesse di condurre questo tipo d'indagine data la debolezza e la scarsità (o addirittura l'inesistenza) di indagini nazionali sulla situazione sociale, sanitaria e medica degli stranieri che vivono in Europa in situazione amministrativa precaria - a maggior ragione di indagini europee comparative.

Tali osservazioni, le statistiche e le testimonianze raccolte, descrivono tutte una popolazione molto precaria, in condizioni di vita difficili, con un notevole bisogno di cure e generalmente senza copertura sanitaria.

È per questo che l'accesso effettivo alla prevenzione e alle cure dei clandestini passa generalmente (a proposito della loro mancanza di risorse finanziarie) per la gratuità attraverso le cure gratuite.

L'Unione Europea sarà in grado di accettare la sfida e garantire che, sul suo territorio, nessuno sia escluso dalle cure a causa di una carta amministrativa, di uno statuto che muta a seconda delle legislazioni o del risultato delle elezioni, seguendo le riforme dell'organizzazione delle cure?

Quanto vale uno statuto amministrativo rispetto alla Comunità degli esseri umani, all'uguaglianza ed all'equità? Quale patologia arriva a leggere i permessi di soggiorno? Per quanto ci riguarda, non riconosciamo che un solo tipo d'essere umano e non conosciamo nessuna patologia che si fermi dinanzi ad una carta.





Riassunto dell'indagine

Le condizioni di vita delle persone interrogate sono difficili. Il 40 % delle persone considera il proprio alloggio precario, l'11 % vive in strada. Tutti sono senza risorse.

Più in generale, riscontriamo che **le persone non sono informate sui loro diritti.**

Un terzo delle persone non è informato del diritto a beneficiare di una copertura sanitaria.

Nel campo dell'AIDS, la maggior parte delle persone ignora che può beneficiare gratuitamente dello screenig sull'Aids e circa i due terzi ignorano che i medicinali sono gratuiti.

Un altro esempio di deficit di informazione: la vaccinazione dei bambini. Nell'insieme della popolazione interessata a questo problema, solamente una piccola maggioranza sa che il bambino può beneficiare gratuitamente della vaccinazione e/o dove deve rivolgersi per averla.

Le persone non hanno, in genere, accesso alla copertura sanitaria, sia per mancanza d'informazione sui propri diritti, sia per la messa in opera dei procedimenti per farli valere, oppure perché le procedure amministrative sono ancora in corso.

Nell'insieme della popolazione interrogata, **due persone su dieci percepiscono il proprio stato di salute come cattivo o molto cattivo.** I principali problemi citati sono problemi digestivi, osteoarticolari e di salute mentale, ma anche, per le donne, ginecologici. **Solo un terzo delle persone con un problema di salute cronico usufruisce di un trattamento in corso.** Circa la metà delle persone che hanno dichiarato almeno un problema di salute ha sofferto **di un ritardo nel ricorso alle cure.**

Abbiamo chiesto alle persone come hanno fatto a curarsi l'ultima volta che si sono sentite malate: tre quarti di loro hanno consultato un medico, mentre il 20 % non l'ha consultato affatto. Al momento dell'ultimo problema di salute al quale sono andate incontro, **una persona su dieci ha subito un rifiuto di assistenza de parte dei professionisti della salute.** Abbiamo constatato che alcuni di questi problemi sono delle urgenze (di solito fratture e ustioni, ma anche gravidanze e disturbi della personalità), malattie gravi (diabete insulino dipendente, epatite virale) o infettive (sinusite, polmonite).

Gli ostacoli più frequenti all'accesso e alla continuità delle cure, espressi dalle persone stesse, riguardano soprattutto la mancata conoscenza dei diritti o dei luoghi dove rivolgersi per essere curati, il costo dei trattamenti, le difficoltà amministrative, la paura di essere denunciati e discriminati, e infine le barriere linguistiche e culturali.

Presentazione dell'indagine



La condizione dei migranti che vivono in Europa in situazione irregolare non è ancora ben conosciuta. Si sa che la loro situazione sociale ed economica è molto precaria³. Diverse testimonianze attestano ugualmente le difficoltà a cui essi vanno incontro per far valere i loro diritti alle cure e ai benefici dell'assistenza del sistema sanitario⁴. Generalmente, i programmi nazionali di cure sanitarie distinguono i migranti temporanei, dai richiedenti di asilo⁵ e da quelli sprovvisti di permesso di soggiorno⁶. Per queste persone, gli ostacoli ad un buono stato di salute sono numerosi e spesso considerevoli, dovuti in particolare alle discriminazioni, al loro statuto giuridico, alle differenze linguistiche e culturali, a diverse difficoltà sociali ed economiche ed alle loro condizioni di vita generalmente molto difficili⁷. Ma, **la grande maggioranza delle indagini nazionali non tiene conto degli stranieri in situazione irregolare, manca di informazioni statistiche sulle loro condizioni di vita, il loro stato di salute, il loro accesso alle cure**⁸.

I risultati qui presentati devono essere letti come una « testimonianza statistica » delle situazioni osservate nei diversi centri di questo osservatorio Europeo. Essi non hanno l'ambizione di presentare un quadro esaustivo delle difficoltà di accesso alle cure di tutte le persone in situazione irregolare in Europa... poiché le persone intervistate hanno potuto per lo meno entrare in contatto con le strutture sanitarie dove è stata svolta l'indagine. Detto questo, per mancanza di indagini sufficientemente rappresentative (che non esistono data la difficoltà di realizzazione), i risultati quantitativi presentati in questo rapporto, permettono di evidenziare alcune tendenze principali e alcune differenze fra le varie nazioni. Malgrado la prudenza che si usa nell'interpretazione di questi dati, essi illustrano e ci informano circa l'entità delle difficoltà di accesso alle cure incontrate da questa popolazione.

Questa prima indagine dell'Osservatorio europeo sull'accesso alle cure ha mobilitato la quasi totalità delle equipe MDM in Europa.

Tutta la rete MDM si è federata ed ha lavorato attorno a questa dinamica, tenendo conto delle differenze e tentando di superarle. Esistono infatti numerose differenze da un paese all'altro, a livello di:

- legislazioni che disciplinano l'accesso alle cure,
- popolazioni incontrate e loro problematiche,
- pratiche dei gruppi in loco,
- contesti,
- mezzi d'intervento,
- definizione dei concetti,
- vocabolario utilizzato,
- lingua, cosa che può portare una comprensione e un'interpretazione diversa delle situazioni

3. Chauvin P, the Europromed Working Group, eds. *Prevention and health promotion for the excluded and the destitute in Europe*. Amsterdam, IOS Press, 2002, 198 p.

4. Brixi O. Salute e migrazione. In: Lebas J, Chauvin P. *Précarité et santé*. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, p. 99-102. Sul problema per esempio del diritto di soggiorno per ragioni mediche, in Francia, leggere il rapporto 2003 del l'Osservatorio del Diritto alla salute degli stranieri. (http://www.odse.eu.org/rubrique.php?id_rubrique=14)

5. Silove D, Stelle Z, Mollica RF. Detention of asylum seekers: assault on health, human rights and social development. *Lancet*, 2001, vol. 357: 1436-37.

6. Verbruggen N, ed. *Health Care for Undocumented Migrants: Germany, Belgium, the Netherlands, United Kingdom*. Brussels, Platform for International Cooperation in Undocumented Migrants (PICUM), 2001.

7. Organisation Mondiale de la Santé. *Migrations Internationales, santé et droits humains*. Genève, OMS, 2005.

8. Lamara F. *Migration et santé publique dans l'Union européenne: une mise en chantier qui se fait attendre*. In: Chauvin P, Parizot I, eds. *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, Editions Inserm, 2005, p. 305-321.

Il questionario che è servito per la raccolta dei dati è il frutto di mesi di scambi e di un seminario di lavoro che ha visto la presenza di almeno un rappresentante di ogni MDM per mettere in atto l'indagine su basi comuni.

La distribuzione dei questionari si è svolta dal luglio 2005 a febbraio 2006.

In totale, **835 persone, stranieri in situazione irregolare, sono stati intervistate in 7 paesi:** Belgio, Spagna, Francia, Grecia, Italia, Portogallo e Gran Bretagna.

I questionari sono stati distribuiti da partecipanti delle equipe di *Medici Del Mondo* (operatori sociali, medici, infermieri, psicologi, operatori dell'accoglienza,...) o, in casi più rari, da operatori di associazioni partner di *Medici del Mondo*.

I risultati intermedi dell'indagine sono stati condivisi e discussi con l'insieme dei MDM in occasione di un giorno di lavoro affinché ciascuno potesse dare il proprio contributo all'analisi.

Contesto e centri di indagine per ogni paese.

Belgio

→ **202 persone** intervistate in 2 programmi di *Medici Del Mondo* e in 2 associazioni partner

→ Per i programmi MDM, si tratta di:

- un gruppo di « medici generici » per persone senza fissa dimora di Bruxelles e dintorni nell'ambito di un Centro d'Azione Sociale Urgente (CASU – Centre d'Action Sociale Urgente), 12 persone intervistate, 1.730 visite mediche nel 2005
- una missione di « specialisti » per le persone escluse dalle cure, all'interno di un policlinico, 145 persone intervistate, 501 visite mediche nel 2005

→ Per le due associazioni partner, 45 persone intervistate. Si tratta di:

- *Zorgwonen*, un'associazione che assiste le persone vulnerabili affette da HIV
- Aide Info Sida, un centro di riferimento per le persone affette da HIV, presso l'ospedale Saint Pierre di Bruxelles.

Quale accesso alle cure in Belgio?

In Belgio, il sistema Sanitario si basa sull'assicurazione delle cure sanitarie e l'assistenza sociale (per garantire l'accessibilità finanziaria). L'assicurazione delle cure sanitarie lascia una parte importante a carico del paziente (dal 25 al 45 %). Le persone prive di mezzi possono essere assistite al 100 %, con una tessera sanitaria. Per gli altri, vari calcoli secondo i redditi permettono di conoscere il resto da pagare.

I farmaci sono divisi in cinque categorie con differenti percentuali a carico del paziente, a seconda dell'importanza terapeutica del medicinale.

Il sistema si compone di 3 regioni: Fiamminga, Wallone e Bruxelles, ogni regione è divisa in 3 parti, e le competenze sono distribuite tra l'autorità federale, le regioni e le comunità. Di conseguenza, un gran numero di persone resta al di fuori del sistema a causa di questa complessità.

I richiedenti asilo devono passare attraverso un Centro Pubblico d'Azione Sociale (CPAS – Centre Public d'Action Sociale), 19 solo a Bruxelles e dintorni, per ottenere il diritto alle cure.

La legge organica dell'8 luglio 1976 relativa ai CPAS riconosce ai clandestini il diritto di ottenere gratuitamente cure mediche, a condizione che siano senza risorse. Infatti possono beneficiare dell'Aiuto Medico Urgente (AMU – Aide Médicale Urgente), la cui urgenza è attestata da un certificato medico, che riguarda al tempo stesso i trattamenti di prevenzione e cura e che può essere dispensato tanto in un ambulatorio che in un ospedale. Il termine « urgente » è ingannevole poiché l'AMU dovrebbe coprire tutte le patologie che siano urgenti o meno. La AMU si occupa di tutto, tranne le cure in ospedale psichiatrico e i farmaci per i quali non è previsto alcun rimborso, come per esempio tranquillanti o sonniferi, oppure gli occhiali e le protesi, di solito dentarie.

Di fatto, l'applicazione della legge dipende da ciascun CPAS.

I tests di screening dell'HIV sono gratuiti per i beneficiari dell' Aiuto Medico Urgente (per gli altri, i costi variano dai 10 ai 30 euro oppure possono essere proposti gratuitamente dalle associazioni).

I trattamenti anti retrovirali sono totalmente gratuiti per tutti (con l'AMU per i clandestini).

Spagna

→ **201 persone** intervistate in 5 programmi di MDM.

→ Si tratta di 5 Centri di assistenza socio-sanitaria - CASSIN (*Centro de Atencion SocioSanitaria a INmigrantes*), per i migranti in difficoltà nell'accesso alle cure:

- Tenerife, 63 persone intervistate, 1.048 visite mediche nel 2005
- Bilbao, 54 persone intervistate, 565 visite mediche nel 2005

- Valenzia, 33 persone intervistate, 1.343 visite mediche nel 2005
- Madrid, 30 persone intervistate, 526 consultazioni mediche nel 2005
- Siviglia-Malaga, 21 persone intervistate, 1.499 visite mediche nel 2005⁹

Quale accesso alle cure in Spagna?

La costituzione spagnola del 1978 e la legge relativa alla salute del 1986 riconoscono « i cittadini stranieri che hanno stabilito la loro residenza sul territorio nazionale hanno diritto alla protezione della salute e all'assistenza per le cure mediche a tutti gli spagnoli e per i cittadini stranieri che abbiano stabilito la loro residenza sul territorio nazionale ».

Il sistema sanitario pubblico è finanziato dalle imposte ed è gratuito. Solo i farmaci hanno un ticket a carico del paziente del 40 % escluse le malattie croniche.

Per accedere alle cure, occorre avere la carta di sicurezza sociale (per chi lavora) o la carta di salute (per coloro che non possono versare i contributi o che sono senza permesso di soggiorno): per questi ultimi, occorre essere registrati nel registro civile locale¹⁰. Gli stranieri registrati nell'archivio del comune in cui risiedono beneficiano, indipendentemente dal loro status sociale, degli stessi diritti degli spagnoli, ossia possono accedere gratuitamente alle cure (legge organica 4/2000 dell'11 gennaio 2000).

Nella pratica, alcuni governi regionali applicano la legge.

Inoltre, dal 2003, la legge permette alla polizia di accedere ai registri locali: ciò ha prodotto che numerosi migranti preferiscono, per prudenza, non registrarsi e non hanno dunque accesso alle cure. In questo caso, se non beneficiando della carta di salute, hanno soltanto diritto alle cure di emergenza (necessarie a seguito di malattia grave o infortunio), ad eccezione dei minatori e delle donne in stato di gravidanza, che beneficiano degli stessi diritti degli assicurati sociali spagnoli.

L'individuazione dell' HIV ed i trattamenti anti retrovirali sono gratuiti con una delle 2 tessere sanitarie della sicurezza sociale.

Francia

→ **152 persone** intervistate in 4 programmi di MDM

→ Si tratta di 4 Centri di Accoglienza, Cure e Orientamento (CASO – Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation), aperti a tutte le persone in difficoltà nell'accesso alle cure:

- Parigi, 50 persone intervistate, 8.595 visite mediche nel 2005
- Lione, 49 persone intervistate, 3.668 visite mediche nel 2005
- Saint Denis, 42 persone intervistate, 5.236 visite mediche nel 2005
- Marsiglia, 11 persone intervistate, 5.729 visite mediche nel 2005¹¹

Quale accesso alle cure in Francia?

In Francia, il sistema di cassa mutua si basa sul principio che « ciascuno versa i contributi secondo i propri mezzi e riceve cure secondo le proprie necessità ».

L'assicurazione per malattia era legata al lavoro. Tuttavia nel 1992 c'è stata la creazione dell'Aiuto Medico Dipartimentale e di Stato riservato a quelli che non potevano versare i contributi.

Dalla creazione nel 2000 della Copertura Malattia Universale (CMU – Couverture Maladie Universelle), ogni persona che risiede legalmente e stabilmente sul territorio (da oltre 3 mesi) ha diritto alla copertura malattia detta di base (che copre circa il 65 % delle spese).

Se i suoi redditi sono inferiori ad una soglia (587,13 euro)¹² in gran parte inferiore alla soglia di povertà in Francia (774 euro)¹³, ha diritto alla copertura complementare (CMU complementare), essendo esonerato da qualsiasi anticipo di spese.

I candidati all'asilo hanno diritto alla sicurezza sociale di base ed alla CMU (per la complementare) fin dalla presentazione della domanda d'asilo.

L'Aiuto Medico di Stato (AME – Aide Médicale Etat) è riservato agli stranieri che risiedono in Francia da oltre 3 mesi, in situazione amministrativa irregolare, con redditi mensili sotto la stessa soglia della CMU complementare. Sono coperti gratuitamente, senza anticipo di spese, per tutte le cure, eccetto le protesi.

9. Si tratta del conteggio delle sole prestazioni mediche. Non si è tenuto conto delle consulenze sociali e psicologiche.

10. Legge organica 47/2000 sui Diritti e le libertà degli stranieri in Spagna e la loro integrazione sociale. Articolo 12 – Diritto all'assistenza sanitaria:

1 - « Gli stranieri che si trovano in Spagna e censiti presso il servizio amministrativo del municipio in cui risiedono abitualmente, hanno diritto all'assistenza sanitaria alle medesime condizioni di cui usufruiscono i cittadini spagnoli. »

11. Si tratta del conteggio delle sole prestazioni mediche. Non si è tenuto conto delle consulenze sociali e psicologiche.

12. La soglia da luglio 2005 a luglio 2006 nel territorio francese era di 587,13 euro. E' passata a 598,23 euro nel luglio 2006.

13. Nel 2003, la soglia di povertà per una persona sola, è di 774 euro al mese (60 % del reddito medio). Fonte : rapporto 2005-2006 dell'Osservatorio nazionale della povertà e dell'esclusione sociale in Francia.

Le persone in situazione irregolare residenti in Francia da più di tre mesi possono essere assistite dall'ospedale e beneficiare di « cure urgenti la cui assenza metterebbe in gioco la vita di persone in situazione irregolare o potrebbe portare ad una alterazione grave e duratura dello stato di salute della persona o di un bambino che deve nascere » (circolare del 16 marzo 2005).

I test per lo screening dell'HIV sono anonimi e gratuiti e dunque accessibili a tutti. L'accesso ai trattamenti anti retrovirali è compreso nella AME e nella CMU.

Grecia

→ **112 persone** intervistate in 2 programmi di *Medici del Mondo*

→ Si tratta di 2 *policlinici*¹⁴ d'accoglienza e di cura, l'accesso alle cure è aperto a tutte le persone in difficoltà :

- Atene, 58 persone intervistate, 13.590 visite nel 2005

- Salonicco, 54 persone intervistate, 3.363 visite nel 2005

Quale accesso alle cure in Grecia?

Il sistema sanitario nazionale greco esiste soltanto dal 1983.

Tuttavia, dagli anni 90, si assiste ad una nuova privatizzazione parziale del sistema e ad un decentramento verso strutture regionali e locali. Per esempio, nove dentisti su dieci esercitano nel privato. Il numero di dispensari pubblici aumenta nel tempo.

Trecento organismi di assistenza sociale propongono più di 40 coperture diverse.

C'è una quota a carico del paziente del 25 % per i farmaci (eccetto per alcune patologie croniche).

I richiedenti asilo hanno diritto allo stesso accesso alle cure dei Greci, a condizione di poter provare il loro stato, condizione che difficilmente si realizza all'inizio della procedura.

L'accesso alle cure dei clandestini è diventato pressoché impossibile dall'entrata in vigore di una legge del 2001, oltre alle urgenze ospedaliere e unicamente per urgenze in cui c'è pericolo di vita.

Il test di screening dell'HIV è gratuito negli ospedali pubblici e nei centri specializzati. L'accesso ai trattamenti antiretrovirali fa parte delle urgenze salvavita.

Italia

→ **136 persone** intervistate in 5 città, all'interno dei programmi di MDM e di Associazioni Partner.

→ Per i programmi MDM :

- A Roma, 72 persone intervistate:

- in parte in un centro universitario di cure ambulatoriali destinate a migranti irregolari

- un'altra parte all'interno di una unità mobile per persone senza fissa dimora, gestita con la Comunità di S. Egidio

- A Milano, 33 persone intervistate in una unità mobile di MDM, che forniva cure essenzialmente a persone senza fissa dimora, 3.057 visite mediche nel 2005.

→ Per le associazioni partner:

- A Firenze, 17 persone intervistate in un centro inter-associativo per persone che si prostituiscono, 189 visite in 2005

- A Siena, 7 persone intervistate in un centro di cure ambulatoriali per migranti irregolari, 230 visite nel 2005

- A Brescia, 7 persone intervistate in un centro di salute per stranieri.

Quale accesso alle cure in Italia?

Il servizio sanitario nazionale è nato nel 1978. È finanziato con i contributi di tutta la popolazione sul principio della residenza. L'organizzazione delle cure e la loro erogazione è gestita dalle Aziende Sanitarie Locali.

Sono previste modalità di esenzione dal pagamento per l'iscrizione al servizio sanitario nazionale sia per persone a basso reddito che per i richiedenti asilo.

Per i clandestini e i minori, l'accesso alle cure gratuite è garantito negli ospedali per le cure essenziali¹⁵ e urgenti¹⁶, la maternità, le vaccinazioni obbligatorie, le malattie infettive (in base al decreto legislativo n.286 del 25 luglio 1998).

L'accesso allo screening dell'HIV è gratuito e anonimo per tutti. I trattamenti antiretrovirali sono forniti dall'ospedale.

14. Policlinici = cliniche cittadine

15. Le cure essenziali sono quelle riferite a patologie che non presentano rischio immediato, ma che potrebbero pregiudicare la vita o la salute dell'interessato a lungo termine.

16. Le cure urgenti sono quelle impossibili da differire, perché qualsiasi ritardo metterebbe in pericolo di vita o di salute l'interessato.

Portogallo

→ **17 persone** intervistate in un programma di MDM

→ Si tratta di una unità mobile a Lisbona che assiste essenzialmente persone senza fissa dimora e sole, 1.861 visite nel 2005.

Quale accesso alle cure in Portogallo?

Il sistema sanitario nazionale portoghese esiste dal 1979. Il diritto di protezione della salute all'interno di un servizio sanitario universale e generale è garantito dalla costituzione. Le cure sono perciò accessibili a tutti nei dispensari locali e negli ospedali del servizio pubblico. Questo sistema è finanziato da una tassa che si basa sul principio di residenza.

Una privatizzazione del sistema è stata introdotta dal 1989. Si sono constatati considerevoli scarti regionali. Delle quote a carico degli utenti (da 1 a 3 euro) restano sia per le visite mediche che per i farmaci in base alla loro classificazione di utilità terapeutica. Allo stesso modo c'è una quota a carico per i ricoveri d'urgenza (da 2 a 9 euro). Determinate categorie possono essere esentate.

Il sistema, legalmente accessibile, crea tuttavia nella pratica numerose difficoltà, in particolare per i senza fissa dimora o per tutte le persone che vivono in uno stato di marginalità: sarebbero spesso lasciate nelle sale d'attesa sia degli studi medici che degli ospedali senza che ci si occupi di loro. Questo sarebbe tra l'altro dovuto ad un grave deficit di informazione sui diritti in ambito medico.

Per gli stranieri, compresi i clandestini, bisogna attestare (con due testimoni) la residenza da più di 90 giorni per ottenere la tessera sanitaria nazionale. Ma dovranno comunque farsi carico di una quota. Sono possibili delle esenzioni per persone senza entrate.

I migranti senza documenti residenti in Portogallo da meno di 90 giorni devono pagare interamente il trattamento, salvo in caso di rischio per la salute pubblica ad esempio per una malattia contagiosa come la Tbc, l'HIV e le MST. Se i dati non sono di fatto trasmessi alla polizia, i clandestini tralasciano spesso di avviare la pratica.

L'accesso allo screening dell'HIV e ai trattamenti antiretrovirali è accessibile a tutti i residenti qualunque sia il loro status.

Gran Bretagna

→ **15 persone** intervistate all'interno del programma di MDM e delle associazioni partner.

→ L'indagine si è svolta al momento stesso dell'apertura della missione « *Project: London* » – un progetto d'accesso alle cure per migranti, persone senza fissa dimora, e lavoratori del sesso, che è partito nel gennaio 2006. Al 30 marzo 2006 solo 35 persone era state assistite, il che spiega lo scarso numero di persone intervistate all'interno di questa indagine. I questionari sono stati forniti dall'associazione *Casa de la Salud* (che fornisce aiuto principalmente a persone originarie dall'America Latina) e l'associazione di aiuto alle persone somale *Dadihiye Somali Development Organisation*.

Quale accesso alle cure in Gran Bretagna?

Il sistema britannico è fondato sul doppio principio di universalità e di equità. Il servizio sanitario nazionale è finanziato attraverso le tasse per più dell'80 %. L'accesso ai medici di base è gratuito per tutti, dal momento che la persona riesce a iscriversi nella lista dei loro pazienti (i clandestini sono ammessi a discrezione del medico di base). I medici di base sono il passaggio obbligato per ogni accesso ad uno specialista (unicamente in ospedale). Una quota a carico considerevole, resta per ogni prescrizione (9 euro) eccetto per i trattamenti prescritti dall'ospedale e per certe categorie di persone: i minori con meno di 16 anni, le donne in gravidanza e le madri di bambini al di sotto di un anno, i beneficiari del sussidio di disoccupazione e di reddito minimo, i diabetici e le persone affette da altre patologie. Le persone con un basso reddito possono fare domanda di esenzione delle tasse di prescrizione. La loro domanda verrà valutata in base a più criteri (entrate da coinquilini, risparmi etc...). Dall'aprile 2004, i clandestini non hanno diritto alle cure gratuite se non presso i medici di base, e non al secondo livello (specialisti, ospedali).

Solo alcune cure sono gratuite per tutti: le cure urgenti, la pianificazione familiare, alcune malattie mentali, le malattie sessualmente trasmissibili, **tranne l'HIV**, le altre malattie contagiose, le SRAS...

Attualmente si è sviluppata una medicina privata a pagamento.

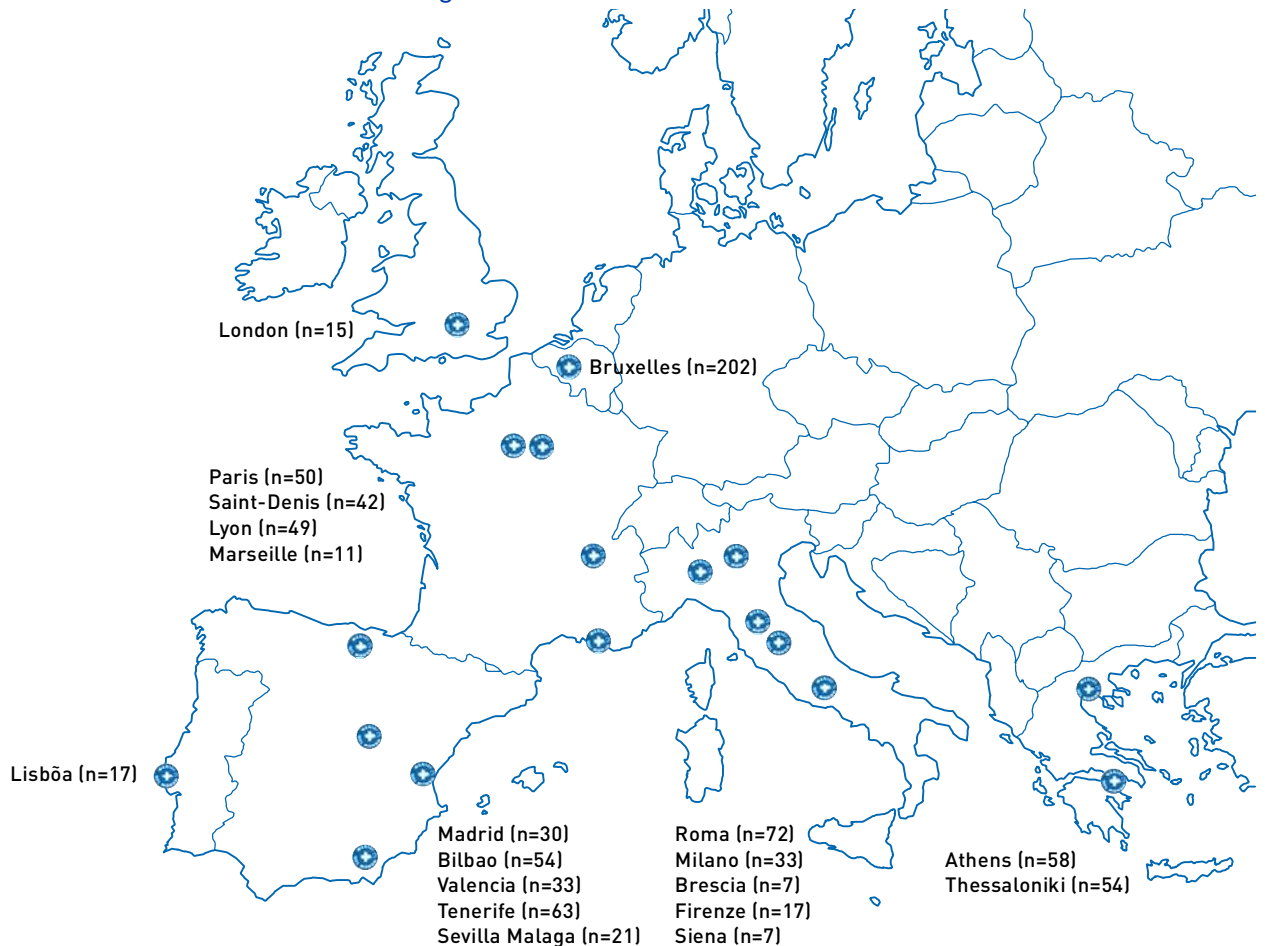
I clandestini non hanno diritto ad alcuna assistenza né per le gravidanze, né per l'HIV, eccetto il test e il sostegno psicologico a partire dal test. Invece le malattie opportuniste godono di assistenza gratuita per le persone iscritte presso un medico di base.

Tavola I. Missioni partecipanti all'indagine e numero di persone intervistate per paese.

	NUMERO DI MISSIONI	NUMERO DI INTERVISTATI	% D'INTERVISTATI NEL CAMPIONE TOTALE
Belgio		202	24.2 %
Specialisti Bruxelles	3	145	17.4
Associazioni partners Bruxelles		45	5.4
CASU Bruxelles		12	1.4
Spagna		201	24.1 %
CASSIN Tenerife	5	63	7.5
CASSIN Bilbao		54	6.5
CASSIN Valence		33	4.0
CASSIN Madrid		30	3.6
CASSIN Seville-Malaga		21	2.5
Francia		152	18.2 %
CASO Parigi	4	50	6.0
CASO Lione		49	5.9
CASO Saint Denis		42	5.0
CASO Marsiglia		11	1.3
Italia		136	16.3 %
Roma	5	72	8.6
Milano		33	4.0
Firenze		17	2.0
Brescia		7	0.8
Siena		7	0.8
Grecia		112	13.4 %
Policlinico Atene	2	58	6.9
Policlinico Salonicco		54	6.5
Portogallo		17	2.0 %
Lisbona	1	17	2.0
Gran Bretagna		15	1.8 %
Londra	1	15	1.8
Nell'insieme	21	835	100 %

Visto l'esiguo numero di persone intervistate in Gran Bretagna e in Portogallo, i dati raccolti in questi due paesi non sono stati utilizzati per le comparazioni internazionali esposte in questo documento (salvo eccezioni debitamente segnalate) ma sono stati considerati nell'insieme del campione per le analisi globali.

Diagramma 1. Carta dei centri in cui si è svolta l'indagine



Le equipe di MDM Olanda e MDM Germania non hanno partecipato alla raccolta dei dati quantitativi per questa prima indagine¹⁷. MDM Olanda ha raccolto comunque delle testimonianze.

Descriviamo qui di seguito le condizioni d'accesso alle cure in Olanda e in Germania.

Olanda

In Olanda, prima del 2006, a tutti i residenti legali al di sotto di una certa soglia di reddito era assicurata una quota di assistenza che copriva tutte le spese correnti (accesso ai medici di base, che potevano prescrivere una visita specialistica). Oltre tale soglia si doveva far ricorso alle casse di assicurazioni private. Il sistema era completato da una copertura per tutti delle cure più onerose e prolungate, dietro versamento di un contributo.

In seguito ad una riforma votata il 1° gennaio 2006 gli olandesi sono ormai costretti ad accollarsi il pagamento di un'assicurazione che copre una gran parte delle cure: circa 90 euro al mese. Un sistema complesso di rimborso per i più poveri è stato messo in atto, a condizione di compilare ogni mese dei formulari... *delle filiali* di cura quindi sono state create dall'assicurazione (l'unico ospedale di riferimento...). Soltanto alcune persone accedono ormai ai trattamenti più avanzati (ad esempio per il cancro).

I richiedenti asilo sono assistiti da una organizzazione medica che è specifica per loro e che è presente nei centri dei richiedenti asilo.

L'accesso alle cure dei clandestini è problematico dal 1998, quando ogni accesso ai servizi pubblici è stato loro vietato. La legge del 1° luglio 1998 concede ai clandestini il diritto alle « cure mediche necessarie ». Sono i professionisti a valutare in che misura la loro richiesta è necessaria. Come regola generale, tutte le cure che possono essere coperte dall'assicurazione malattia sono considerate necessarie. Sembra tuttavia che i dentisti siano restii a curare i clandestini.

Un fondo specifico annuale di 5 milioni di euro (*Koppelings fund*) è stato creato per permettere ai clandestini di accedere alle cure basilari e di ricevere un trattamento sanitario in caso d'urgenza, di malattie infettive o patologie mentali a rischio per gli altri, per le donne in gravidanza e per tutte le cure neonatali.

Lo screening per l'HIV e l'accesso ai trattamenti antiretrovirali possono essere coperti grazie a questo fondo, ma, in realtà, esso non è praticato da tutti gli specialisti.

¹⁷ MDM Germania ha avviato un programma di accesso alle cure ai migranti nel 2006.

Germania

Per quanto riguarda la Germania, il sistema è difficile da descrivere a causa delle grosse differenze regionali esistenti tra i diversi « länder » (regioni).

Tuttavia, alla base, l'assistenza sanitaria è obbligatoria (i soli non coperti sono i clandestini, i lavoratori indipendenti, gli studenti universitari che abbiano superato un certo numero di anni fuori corso): la partecipazione è in funzione al reddito.

In seguito alla riforma del sistema, nel gennaio 2004, i beneficiari sociali devono ormai accollarsi un contributo personale di 10 euro per trimestre, per la copertura delle cure sanitarie. Inoltre, sono tenuti a partecipare finanziariamente alle cure mediche e all'utilizzo di forniture terapeutiche.

La Germania è il solo, tra i paesi studiati, che non offre ai richiedenti asilo lo stesso sistema di accesso alle cure dei propri cittadini: i richiedenti asilo hanno gli stessi diritti dei tedeschi solo dopo che hanno trascorso 36 mesi sul territorio. Nel frattempo hanno accesso solo alle cure urgenti, a quelle legate alla gravidanza, alle vaccinazioni obbligatorie, e agli esami di medicina preventiva.

I clandestini non hanno diritto a niente, tranne all'accesso all'ospedale in caso di dolori intensi o urgenze mediche, o per le cure legate alla gravidanza. Essi possono comunque usufruire delle vaccinazioni obbligatorie e degli esami di medicina preventiva (legge del 1 novembre 1993). Ora, a partire dal gennaio 2005, il personale amministrativo deve segnalare al personale addetto all'immigrazione se viene a conoscenza, nell'esercizio delle sue funzioni, dell'esistenza di uno straniero in situazione irregolare. Essi possono così denunciare alle autorità un clandestino che va a farsi curare in ospedale. Per questo i clandestini esitano a rivolgersi alle strutture ospedaliere, anche in situazione d'urgenza, e preferiscono rivolgersi alle associazioni.

Ed è per questo che l'assistenza per le patologie come l'HIV non è prevista.



I. Caratteristiche Demografiche

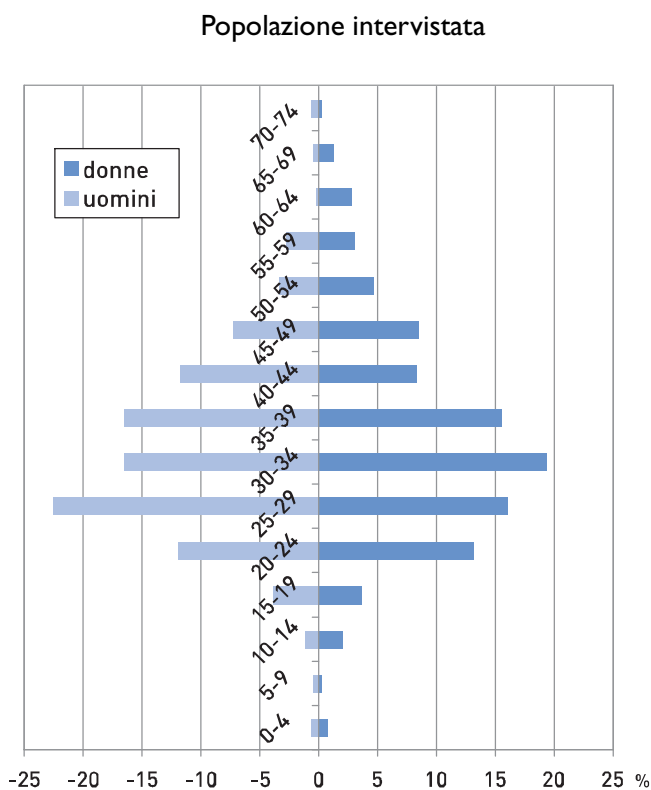


1. Età e sesso

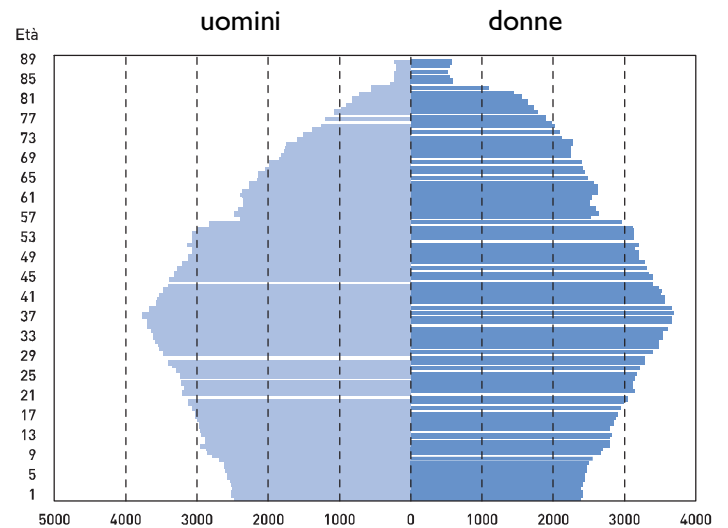
Il campione totale delle persone intervistate comprende 835 persone, 53,4 % uomini e 46,6 % donne (sexe ratio H/F = 1,13), di età compresa tra 0 a 72 anni (media = 33,9 anni).

Tre quarti delle persone intervistate sono tra i 20 e i 44 anni – l'età media è di 34 anni (34,5 anni per le donne e 33,5 anni per gli uomini). Le donne sono anche rappresentate in numero maggiore tra i pazienti più anziani poiché il 12,6 % di loro ha più di 50 anni, contro solo il 7,7 % degli uomini¹⁸.

Diagramma 2. Piramide di età della popolazione intervistata per sesso



Fonte : Unione Europea dei 25 del 2005¹⁹



Secondo i paesi, si notano delle differenze significative per quanto riguarda il profilo demografico dei pazienti interrogati – in particolare per quanto riguarda la ripartizione per sesso. Queste differenze sono dovute in parte alle attività dei centri di *Medici Del Mondo* che hanno partecipato all'indagine²⁰. Soltanto il campione Belga è formato più da donne (60,9 %) che da uomini (39,1 %).

18. La piramide dell'età per sesso presenta delle differenze al limite della significatività statistica ($p=0,07$).

19. Fonte: EPC / Commissione Europea, 2005.

20. Così, riguardo alla ripartizione per sesso, tra le 17 persone intervistate in Portogallo nell'Unità mobile per persone senza fissa dimora c'è una sola donna; i dati del Portogallo non sono quindi rappresentativi per le donne stesse.

Tavola 2. Ripartizione per sesso e per paese.

	Uomini (%)	Donne (%)	Totale (N)
Belgio	39.1	60.9	202
Spagna	60.3	39.7	201
Francia	52.0	48.0	152
Italia	60.0	40.0	136
Grecia	54.5	45.5	112
Nell'insieme	53.4	46.6	832

E' in Francia e in Belgio che l'età media degli intervistati è più elevata (37 anni), mentre non è che di 30 anni in Gran Bretagna, e tra i 32 e i 33 anni in Italia, Spagna, Portogallo e Grecia. Inoltre, solo i centri di Grecia, Belgio e Spagna hanno incluso nel campione pazienti al di sotto dei 18 anni: rispettivamente 20 persone (il 17,9 % del campione) in Grecia, 7 persone in Belgio (il 3,5 % del campione) e una sola persona in Spagna. Per le età più elevate, il campione spagnolo non comprende alcun paziente di più di 60 anni.

Tavola 3. Ripartizione per età secondo i paesi d'indagine (in %).

	Belgio	Spagna	Francia	Italia	Grecia	Insieme
0 - 4 anni	0.5				4.5	0.7
5 - 9 anni	0.5				1.8	0.4
10 - 14 anni	1.5				8.9	1.6
15 - 19 anni	1.5	5.5	2.0	2.9	8.9	3.8
20 - 24 anni	6.5	18.5	9.3	12.5	16.1	12.5
25 - 29 anni	11.4	23.5	19.2	27.9	17.9	19.6
30 - 34 anni	19.9	16.0	17.2	24.3	8.0	17.8
35 - 39 anni	22.9	17.5	15.2	12.5	7.1	16.1
40 - 44 anni	15.9	8.5	11.3	8.8	1.8	10.1
45 - 49 anni	7.5	6.0	10.6	4.4	11.6	7.8
50 - 54 anni	4.0	3.5	6.6	4.4	1.8	4.0
55 - 59 anni	5.5	1.0	2.6	1.5	4.5	2.9
60 - 64 anni	1.5		3.3		3.6	1.4
65 - 69 anni	1.0		1.3	0.7	1.8	0.8
70 - 74 anni			1.3		1.8	0.5
Totale	100 % (n=201)	100 % (n=200)	100 % (n=151)	100 % (n=136)	100 % (n=112)	100 % (n=832)

Tavola 4. Ripartizione per età al di sopra dei 16 anni secondo il paese d'indagine (in %).

	16 - 24 anni	25 - 39 anni	40 - 49 anni	> = 50 anni	Totale
Belgio	8.2	55.6	24.0	12.2	100
Spagna	24.0	57.0	14.5	4.5	100
Francia	11.3	51.7	21.9	15.2	100
Grecia	28.0	39.8	16.1	16.1	100
Italia	15.4	64.7	13.2	6.6	100
Totale campione	16.6	55.1	18.4	9.9	100

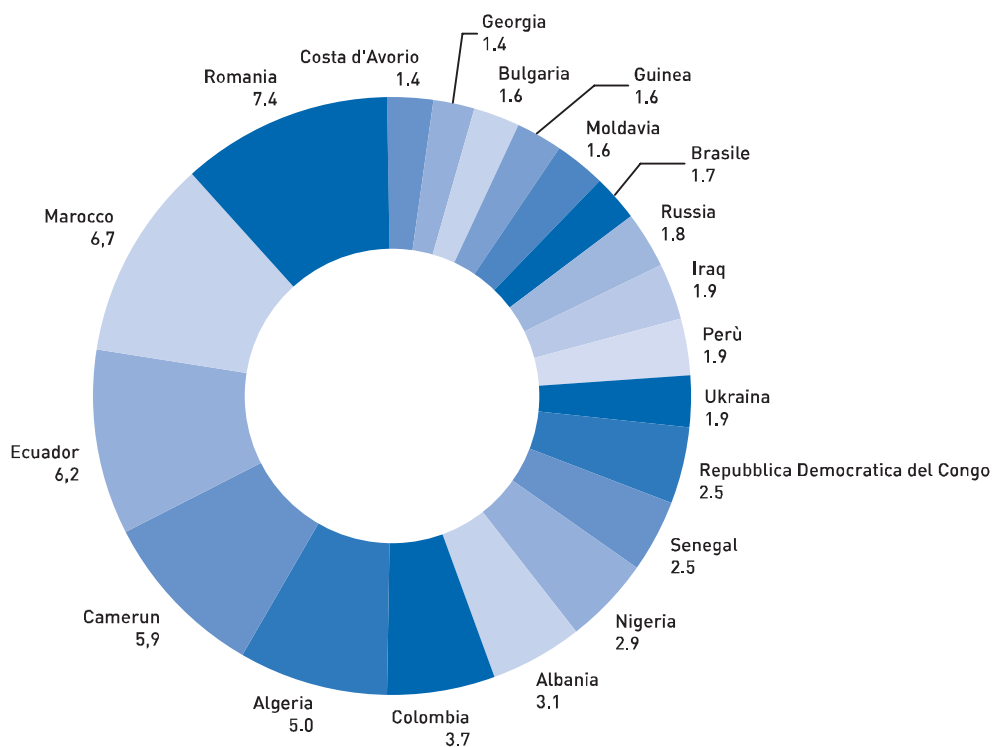
2. Origine geografica

L'origine geografica delle persone intervistate è molto diversa poiché si **contano in tutto 85 paesi**.²¹

Quasi una persona su tre viene da un paese dell'Africa sub-sahariana (29,9 %) - principalmente da Camerun, Nigeria, Senegal e Repubblica Democratica del Congo e **una persona su quattro da un paese dell'America (24,9 %)**: il 23,8 % dall'America Latina, in particolare da Ecuador, Bolivia e Colombia, e l'1,1 % dai Caraibi, in qualche caso da Cuba e Haiti. Tra gli altri, il **22,3 % viene da paesi europei** che non fanno parte dell'Unione Europea (soprattutto Romania e Albania, ma anche dai paesi dell'ex Jugoslavia), il 13,5 % viene dal Maghreb (soprattutto Marocco e Algeria), 5,5 % dal Vicino e Medio Oriente (Iraq e Afghanistan soprattutto e il 3,9 % dall'Asia (in particolare Filippine, India e Bangladesh).

Le nazionalità più rappresentate nel campione sono, in ordine decrescente: Romania (7,4 %), Marocco (6,7 %), Ecuador (6,2 %), Camerun (5,9 %), Algeria (5,0 %), Colombia (3,7 %), Albania (3,1 %), Nigeria (2,9 %), Repubblica Democratica del Congo e Senegal (2,5 % ciascuno). Osserviamo che l'11,5 % delle donne sono dell'Ecuador e il 10,4 % rumene, mentre il 10,6 % degli uomini sono marocchini. Queste **10 nazionalità più rappresentate costituiscono quasi la metà del campione totale (46 %)**.

Diagramma 3. Frequenza dei paesi d'origine: 20 paesi più frequentemente citati (in %).

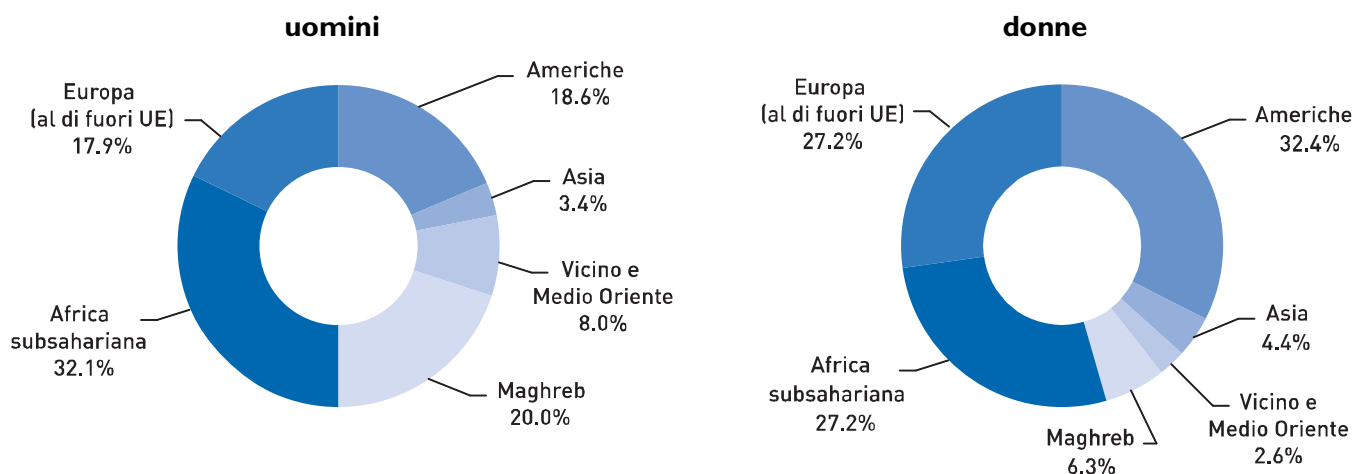


Preso atto che l'immigrazione non riguarda gli uomini e le donne nello stesso modo in tutti i paesi d'origine, non è sorprendente osservare delle differenze significative secondo il sesso in rapporto all'origine geografica dei pazienti.

Così, nel campione totale, gli uomini **arrivano più frequentemente dall'Africa Sub-Sahariana (32,1 %) e dal Maghreb (il 20,0 %)**. Mentre le donne **provengono principalmente dall'America Latina (32,4 %), dall'Europa (al di fuori dell'Unione Europea) e dall'Africa sub-sahariana (27,2 % per ciascuna di queste due zone)** ($p < 0.001$).

21. Per 13 persone, la nazionalità non è stata registrata.

Diagramma 4. Ripartizione tra uomini e donne in relazione al loro continente d'origine (in %).



Allo stesso modo, la storia dei flussi migratori propria di ciascun paese europeo porta ad importanti differenze (statisticamente significative) quanto all'origine dei pazienti accolti nei differenti paesi europei.

Tavola 5. Ripartizione per continente d'origine secondo i paesi d'indagine (in %).

	Belgio	Francia	Spagna	Grecia	Italia	Totale
Europa (fuori UE)	14.5	15.9	10.9	47.7	34.8	22.3
Africa sub-sahariana	32.0	49.7	22.8	18.9	25.9	29.9
Maghreb	12.0	25.8	14.0	5.4	9.6	13.5
Vicino/Medio Oriente	2.5	2.0	0.5	23.4	6.7	5.5
Asia	7.0	0.7	0.0	4.5	4.4	3.9
Americhe	32.0	6.0	51.8	0.0	18.5	24.9
Insieme	100 % (N=200)	100 % (N=151)	100 % (N=193)	100 % (N=111)	100 % (N=135)	100 % (N=822)

Il Belgio e la Francia sono, com'è noto, destinazioni privilegiate e storiche dei migranti sub-sahariani, visti gli antichi legami tra le vecchie potenze coloniali e i paesi dell'Africa Occidentale e Centrale²².

Più recentemente, il Portogallo è diventato una meta d'immigrazione, soprattutto per l'Africa Lusofona. La Spagna, per la sua situazione geografica, è luogo di passaggio o destinazione dell'immigrazione africana, e nello stesso tempo i suoi legami culturali e storici con l'America Latina spiegano, almeno in parte, come la maggior parte (51,8 %) degli intervistati, sia originaria di questo continente. Infine la metà delle persone intervistate in Grecia (47,7 %) viene da paesi europei non appartenenti all'Unione Europea; l'immigrazione di origine sub-sahariana è spesso un'immigrazione di transito, la cui destinazione è verso altri paesi europei.

Le differenze osservate sono legate alle attività specifiche dei centri in cui è stata condotta l'indagine.

Se è vero che la metà dei pazienti intervistati in Francia viene dall'Africa sub-sahariana (49,7 %), questa percentuale globale riconosce però delle disparità regionali importanti. Il CASO di Marsiglia accoglie principalmente persone originarie del Maghreb, e il CASO parigino sottolinea un aumento della frequenza degli utenti cinesi (che tuttavia non hanno potuto essere intervistati per mancanza di interprete il giorno dell'indagine).

Gli intervistati in Belgio vengono principalmente dall'Africa sub-sahariana (32,0 %) e dalle Americhe (32,0 %). L'incremento dei latino-americani è legato alla natura delle attività di uno dei centri che hanno partecipato all'indagine.

22. Per una sintesi documentata e cartografica dei migranti, vedere Wihol De Wenden C. Atlas des migrations dans le monde. Paris, Autrement, 2005, 80 p.

2. Situazione sociale



I diversi indicatori relativi alla situazione sociale delle persone intervistate rivelano la complessiva precarietà della loro situazione nei vari ambiti esaminati: alloggio, situazione familiare, lavoro, reddito.

1. Le condizioni di alloggio

In linea generale le interviste effettuate in Europa mostrano che la situazione degli stranieri in merito all'alloggio è generalmente più svantaggiata di quella dei nativi del paese – sia in termini di condizione abitativa che di comfort degli alloggi²³. Per gli stranieri in situazione irregolare, gli ostacoli all'accesso dell'alloggio sono ancora più consistenti: scarsità o irregolarità di reddito, mancanza di documenti che ufficializzino la permanenza nel paese d'accoglienza, discriminazioni e abusivismi da parte dei proprietari, nessun diritto agli alloggi popolari, debolezza delle reti sociali, paura di denunce, ecc. Oltre le questioni di precariato nell'ospitalità presso parenti, di sovraffollamento forzato, o problemi di attrezzature e di igiene, le aree di segregazione in cui spesso vivono gli stranieri in situazione irregolare possono presentare rischi per la salute e il benessere degli abitanti stessi²⁴...

La situazione relativa all'alloggio, tra le persone intervistate, si è rivelata particolarmente precaria. Solo meno della metà del campione (48,4 %) dichiara di usufruire di un alloggio « fisso » - anche se la definizione di « fissa dimora » in questa indagine è molto ampia (più che nelle abituali indagini statistiche nazionali)²⁵, poiché essa corrisponde alla « felice » situazione di un domicilio personale, eventualmente condiviso, ma anche a situazioni di alloggio presso parenti se l'intervistatore reputa, al momento dell'intervista, che tale alloggio sia stabile.

Per il 40,0 % delle persone intervistate l'alloggio è precario (presso familiari, amici, uno spazio occupato sistemato con acqua ed elettricità, una roulotte, un dormitorio, ecc.). In conclusione, l'11,5 % non ha affatto un alloggio: dormono per strada, in diversi rifugi, spazi occupati senza acqua né elettricità, o in ripari di fortuna.

« Vivo presso altre persone, non posso sempre chieder loro di tener conto della mia dieta particolare nella preparazione dei pasti. »

Stralcio dalle testimonianze raccolte da MDM Olanda: S., 52 anni, diabetico.

» *« Sono diabetico e per me tutto è difficile, a causa di questa malattia devo tener conto di molti fattori, ad esempio i pasti. Vivo presso altre persone, non posso sempre chieder loro di tener conto della mia dieta particolare nella preparazione dei pasti. Dipendo completamente da loro e chiedere di cucinare in funzione della mia dieta o di preparare pasti separati costa denaro supplementare. Tento di seguire la mia dieta, ma mi è molto difficile, non ci riesco fino in fondo. »*

Parimenti, nelle inchieste campione sulla popolazione senza fissa dimora²⁶, ritroviamo che **gli uomini sono più spesso senza alloggio delle donne**: circa un uomo su cinque si trova in questa situazione (18,2 %), contro il 4,0 % di donne ($p < 0.001$). Inversamente, il 56,2 % delle donne intervistate ha un alloggio fisso, contro solo il 41,6 % degli uomini ($p < 0.001$).

23. Per la Francia ad esempio, cf. INSEE. *Les immigrés en France*. Paris, INSEE, 2005

24. Braunschweigs, Carballo M. *Health and Human Rights of Migrants*. Ginevra, Centro Internazionale per la Migrazione e la Salute, 2001

25. La definizione delle situazioni in merito all'alloggio è molto diversa da paese a paese. Ad esempio, le persone ospitate presso parenti sono considerate nella maggior parte delle inchieste nazionali come « senza fissa dimora », definiti in alcuni paesi « senza domicilio ». Vedere in merito: Avramov D, ed. *Coping with homelessness: issues to be tackled and best practices in Europe*. Ashgate Publishing, 1998.

26. Cf. par exemple: Marpsat M. *Un avantage sous contrainte: le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri*. *Population*, 54 (6): 885-932.

Tavola 6. Situazione degli uomini e delle donne rispetto all'alloggio (in %).

	Uomini	Donne	Insieme
Fissa dimora	41.6	56.2	48.4
Alloggio precario	40.2	39.8	40.0
Senza fissa dimora	18.2	4.0	11.5
Totale	100 %	100 %	100 %

« Devo cambiare spesso posto, perché gli amici a un certo punto non possono più aiutarmi e quindi è arrivato il momento di cercare un nuovo logo dove sistemarmi... »

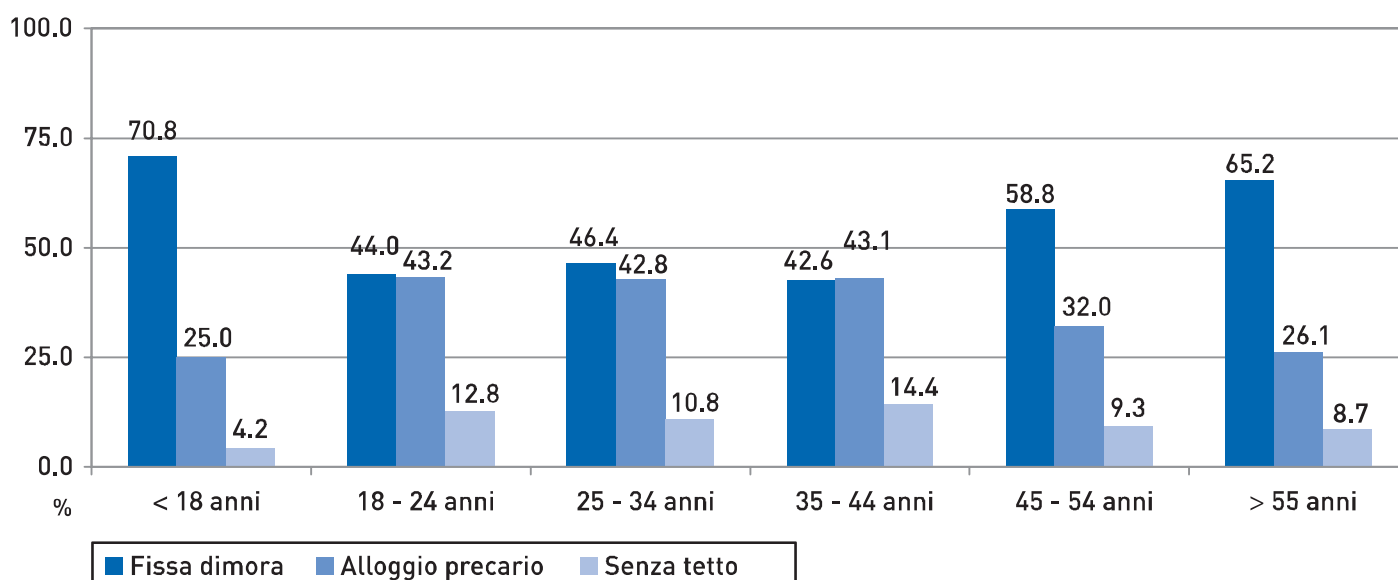
Stralcio delle testimonianze raccolte da MDM Olanda di K., 42 anni, originario del Ghana:



« Mi chiamo K., sono sposato e ho 4 figli. Mia moglie e i miei figli vivono in Ghana. Ho lasciato il Ghana per guadagnarmi da vivere e prendermi cura della mia famiglia. E' molto difficile perché non ho né lavoro né reddito. Dal mio arrivo nel 1999 in Olanda, non ho fissa dimora. Devo cambiare spesso posto, perché gli amici ad un certo punto non possono più aiutarmi e quindi è arrivato il momento di cercare un nuovo posto dove sistemarmi... »

Per quanto riguarda l'età, si può osservare che **la situazione abitativa più critica è quella dei gruppi di età che vanno dai 18 ai 44 anni**. Le persone che hanno 55 anni o più, hanno invece in larga maggioranza un alloggio (65,2 % con fissa dimora e 26,1 % con un alloggio precario). Tra i minori di meno di 18 anni, sei hanno un alloggio precario²⁷ e uno non ha alcun domicilio²⁸.

Diagramma 5. Situazione abitativa in base all'età (in %).



Se da un lato, le differenze osservate tra i paesi sono indubbiamente dovute al censimento specifico di alcuni centri, esse sono determinate anche dalle condizioni della migrazione – solo(a) o con famiglia, in particolare – e ai gruppi migratori diversi da un paese all'altro.

27. Alcuni sono molto giovani. Uno ha soltanto due anni (indagine in Belgio), due hanno 10 anni e gli altri hanno rispettivamente, 13, 14 e 17 anni.

28. Questo ragazzo ha 17 anni, è di origine albanese e vive attualmente in Grecia (in famiglia o con amici), senza risorse.

Tavola 7. Situazione abitativa nei diversi paesi della ricerca (in %).

	Belgio	Spagna	Francia	Grecia	Italia	Insieme
Fissa dimora	54.5	31.7	39.9	69.8	56.8	48.2
Alloggio precario	36.5	56.8	52.0	20.8	26.5	40.3
Senza fissa dimora	9.0	11.6	8.1	9.4	16.7	11.5
Totale	100 % (n=200)	100 % (n=199)	100 % (n=148)	100 % (n=106)	100 % (n=132)	100 % (n=817)

2. La vita di coppia e di famiglia

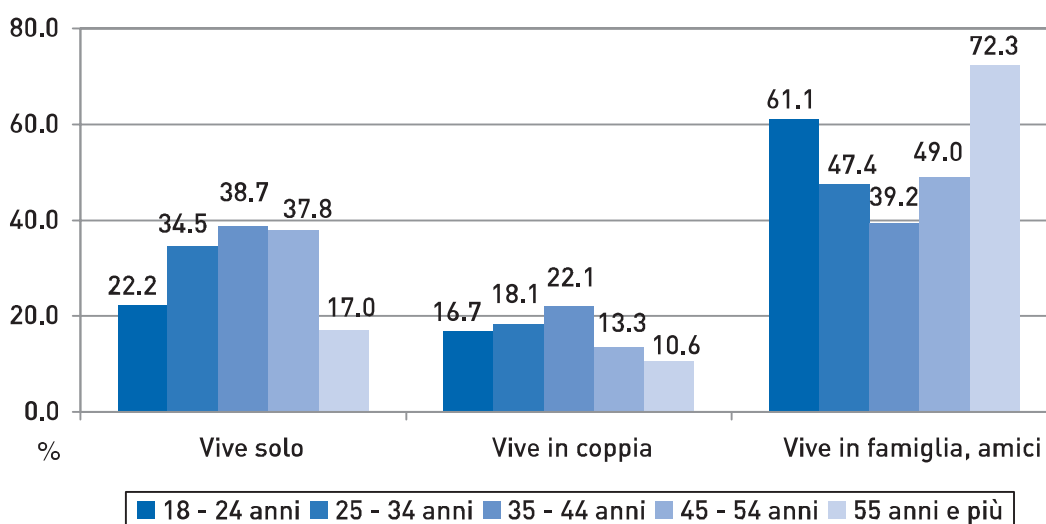
La metà delle persone vive in famiglia o con amici (50,6 %), 32,2 % vivono soli e 17,2 % vivono in coppia. Le donne che vivono in coppia sono due volte più numerose degli uomini (23,0 % contro 12,2 % per gli uomini), mentre gli uomini vivono più spesso soli (sono il 37,2 % in questo caso, contro il 26,4 % delle donne) ($p < 0.001$).

Tavola 8. Situazione degli uomini e delle donne riferita alla vita di coppia (in %).

	Uomo	Donna	Insieme
Vive solo	37.2	26.4	32.2
Vive in coppia	12.2	23.0	17.2
In famiglia, con amici	50.6	50.7	50.6
Totale	100 % (n=435)	100 % (n=383)	100 % (n=818)

La condizione familiare è legata in modo significativo all'età degli individui ($p < 0.001$). Il fatto di vivere soli, come quello di vivere in coppia, aumenta con l'età fino a raggiungere il massimo nella fascia dei 35-44 anni (il 38,7 % di queste persone vive sola, e il 22,1 % in coppia), per poi diminuire oltre questa età. Al contrario, il fatto di vivere in famiglia o con amici è più frequente nelle età agli estremi, con un minimo per la stessa classe dei 35-44 anni (il 39,2 %, contro il 50,6 % in media per l'insieme del campione). Si noti che tutti i minori intervistati vivono in famiglia o con amici, ad eccezione di uno che vive solo.

Diagramma 6. Situazione riferita alla vita di coppia in base all'età (in %).



Si possono ugualmente notare differenze significative a seconda dei paesi esaminati. In particolare, le persone intervistate in Belgio e in Francia sono particolarmente interessate al fatto di vivere sole: il 41,5 % e il 36,9 % sono le percentuali, rispettivamente per ognuno dei paesi.

Tavola 9. Situazione riferita alla vita di coppia secondo i paesi della ricerca (in %).

	Vive solo	Vive in coppia	Vive in famiglia, amici	Totale
Belgio	41,5	24.5	34.0	100 % (n=200)
Spagna	30.7	20.6	48.7	100 % (n=199)
Francia	36.9	11.4	51.7	100 % (n=149)
Grecia	15.6	6.4	78.0	100 % (n=109)
Italia	25.8	17.4	56.8	100 % (n=132)
Insieme	32.0	17.3	50.7	100 % (n=821)

Si noti come la situazione, familiare o di coppia, è allo stesso modo legata alla situazione abitativa ($p < 0.001$). **Quasi tre quarti delle persone senza casa vivono sole** (il 73,4 %), e soltanto il 2,1 % di loro vive in coppia. Le persone con un alloggio precario che vivono sole sono ugualmente numerose (il 31,4 %). Al contrario, le persone con fissa dimora vivono per la maggior parte in famiglia o con amici (55,7 %).

Tavola 10. Situazione relativa alla vita di coppia riferita al tipo di abitazione (in %).

	Vive solo	Vive in coppia	Vive in famiglia, amici	Totale
Fissa dimora	23.2	21.1	55.7	100 % (n=393)
Alloggio precario	31.4	16.5	52.1	100 % (n=328)
Senza fissa dimora	73.4	2.1	24.5	100 % (n=94)
Insieme	32.3	17.1	50.7	100 % (n=815)

Complessivamente, **quasi la metà delle persone intervistate hanno figli** (il 46,8 % delle persone che hanno 15 anni o più). Un solo minore ha figli: si tratta di una donna dell'Africa equatoriale di 16 anni, intervistata in Belgio.

I genitori intervistati hanno in media 2,5 figli (tra 1 e 10 figli). Ma **quasi tre quarti dei genitori non vivono con tutti i loro figli** (73,2 %) – sia perché sono ormai indipendenti, perché vivono con altri parenti in caso di divorzio o di separazione, sia perché la situazione sociale esaminata impedisce loro di vivere con i propri figli²⁹. Quindi il numero di figli che vivono con le persone intervistate varia da 0 a 6, con una media di 0,8.

Tavola 11. Numero medio di figli (che vivono o meno con gli intervistati) in base all'età.

	Numero medio di figli	Numero medio di figli conviventi
16 - 24 anni	1.3	0.8
25 - 39 anni	2.0	0.7
40 - 49 anni	2.7	0.7
50 anni o più	3.9	0.9
Insieme	2.5	0.8

²⁹ Sono ipotesi che avanziamo anche se queste informazioni non sono state raccolte direttamente nel questionario.

Facendo una distinzione tra le persone che vivono con tutti i loro figli e quelle che non vivono che con una parte o nessuno di loro, si osserva una differenza significativa tra uomini e donne. **Per le donne, sono in effetti più numerose, in proporzione, quelle che vivono con tutti i loro figli** (il 31,1 % delle donne di più di 15 anni che hanno figli, contro il solo 19,5 % degli uomini, $p=0,02$).

Ugualmente, come ci si poteva aspettare, i più giovani, (che hanno perciò dei figli più giovani) sono più numerosi a vivere con tutti i loro figli ($p=0,08$), ma si deve tuttavia sottolineare che non è la situazione più frequente: **anche prima dei 25 anni, la maggioranza (52.2 %) dei genitori non vive con tutti i figli**. Tra le persone al di sotto dei 40 anni, solo un quarto (25,5 %) dei genitori vive con tutti i figli, mentre il 72,5 % non vive che con una parte soltanto o con nessuno dei figli.

Tavola 12. Persone conviventi con tutti i figli in base all'età (in %).

	16 - 24 anni	25 - 39 anni	40 - 49 anni	50 anni e +	Insieme
Vive con tutti i figli	47.8	29.7	25.9	13.6	26.8
Non vive con tutti i figli	52.2	70.3	74.1	86.4	73.2
Totale	100 % (n=23)	100 % (n=158)	100 % (n=81)	100 % (n=66)	100 % (n=328)

Che si tratti o meno dei propri figli, un quarto (il 26,0 %) delle persone intervistate vive con almeno un bambino – il numero di bambini nel centro oggetto della ricerca variava da 0 a 10. La maggioranza (il 66,4 %) delle persone conviventi con bambini ha sicuramente un alloggio fisso. **Ma circa un terzo delle persone che vivono con bambini non ha che un alloggio precario** (il 31,3 %), e il 2,4 % (5 persone tra le 211 coinvolte) è senza fissa dimora.

In altri termini, se consideriamo i 425 figli conviventi con le persone intervistate, si potrà notare che 132 minori (il 31,1 %) vivono in un alloggio precario, e 20 minori (il 4,7 %) sono senza fissa dimora (minori appartenenti a 3 famiglie intervistate in Belgio e 2 in Francia)³⁰.

Tavola 13. Ripartizione delle persone intervistate conviventi con figli in base al numero di figli che vivono con loro e in base alla situazione abitativa (in %)

	Abitazione fissa	Alloggio precario	Senza fissa dimora	Totale
1 figlio	62.9	34.8	2.2	100 % (n=89)
2 figli	71.4	27.1	1.4	100 % (n=70)
3 figli	71.4	28.6	0	100 % (n=35)
4 figli	62.5	37.5	0	100 % (n=8)
5 figli	66.7	33.3	0	100 % (n=3)
6 figli	66.7	0	33.3	100 % (n=3)
8 figli	0	100.0	0	100 % (n=2)
10 figli	0	0	100,0	100 % (n=1)
Insieme	66.4 %	31.3 %	2.4 %	100 % (n=211)

30. Verrà esaminata la situazione di un uomo di 36 anni, originario della Repubblica Democratica del Congo intervistato nel centro specialistico di Bruxelles, che ha dichiarato di essere senza fissa dimora e di vivere con 10 figli.

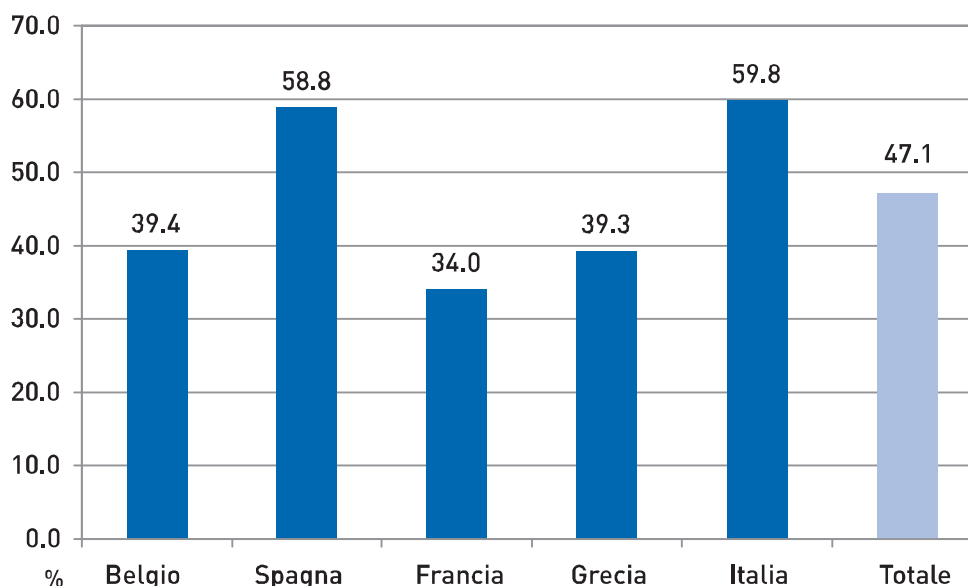
3. La situazione lavorativa

Anche la situazione professionale riflette la precarietà delle persone intervistate. Tra quelle di 16 anni o più³¹, **circa la metà svolge un'attività per guadagnarsi la vita** (47.1 %) – senza differenze significative tra uomini e donne.

E' in Francia, Grecia e Belgio che gli intervistati sono i meno numerosi ad esercitare un'attività professionale: non sono che il 34,0 % in questa situazione in Francia, il 39,3 % in Grecia e il 39,4 % in Belgio.

Al contrario, **circa il 60 % ha un'attività professionale in Italia e in Spagna** (rispettivamente il 59,8 % e il 58,8 %). Si sa che in questi due paesi il lavoro clandestino e il settore informale sono generalmente più sviluppati che in Francia o in Belgio³² (in settori tradizionali come l'agricoltura, l'edilizia e i lavori pubblici, l'alberghiero e la ristorazione, il turismo stagionale, ma anche nei settori emergenti, come ad esempio l'assistenza alle persone³³). E' possibile, inoltre e in conseguenza, che tali attività siano dichiarate più facilmente dalle persone intervistate rispetto agli altri paesi

Diagramma 7. Proporzione di persone intervistate che esercitano un'attività professionale, in base al paese di ricerca (in %).



« Qui, non ho trovato che lavori a condizioni vergognose, mi è stato persino proposto di esercitare la prostituzione ».

Stralcio delle testimonianze raccolte, da MDM Spagna, da una donna di 50 anni di nazionalità Uruguaiana:

”

« Le condizioni politiche dell'Uruguay nel 2004 impedivano alla gente di uscire. Io avevo i documenti necessari per poter risiedere in Spagna, perché sono discendente dei Baschi e Galiziani, sono diplomata e con una solida esperienza professionale, per questo ho pensato, per il bene dei miei figli e il mio, che in Spagna mi attendeva un futuro migliore. Sapevo che non sarebbe stato facile a 49 anni, anche se la mia salute mi permetteva di incominciare una nuova vita. Ho deciso di venire prima da sola e di lasciare i miei figli al padre, con l'idea di portarli definitivamente con me quando la mia situazione si fosse stabilizzata.

Ho preso un aereo e sono arrivata a Tenerife il 25 gennaio 2004 con 50 euro. Mi è stato dato un lavoro come aiuto-cuoca, anche se non ho alcuna esperienza in questo campo. Dopo 8 mesi sono entrata in contatto con gente della Galizia e ho potuto finalmente comprare un biglietto per andarci. Anche se sono ispanoamericana e di origine spagnola, mi sono ritrovata nella stessa situazione di qualsiasi immigrato subsahariano, marocchino... Qui non ho trovato che lavori a condizioni vergognose, mi è stato persino proposto di esercitare la prostituzione. Grazie all'aiuto delle diverse ONG (Medici del Mondo è stata la prima ONG che ho incontrato), ho ottenuto le informazioni necessarie per quanto riguarda i documenti, la sanità, i sussidi, i servizi, oltre al sostegno personale ed emotivo di cui si ha spesso bisogno quando ci si ritrova in una situazione limite. Grazie a queste organizzazioni ho potuto far fronte alle numerose trafale amministrative che ho incontrato, le complicazioni per ottenere la tessera sanitaria, i problemi con i miei documenti spesso rifiutati al momento di fare una domanda di lavoro (...)»

31. Nel campione, nessun minore al di sotto dei 16 anni non lavora.

32. Tapinos G. Immigrazione e mercato del lavoro. L'Observateur de l'OCDE, n°219, Dicembre 1999.

33. Garson JP. Dove lavorano i clandestini? L'Observateur de l'OCDE, n°219, Dicembre 1999.

4. I redditi

La questione è che i redditi di cui dispone il centro oggetto della ricerca, risultano difficilmente fruibili, a causa dei tassi di rifiuto (o della frequenza dei dati mancanti) notevole in alcuni paesi, principalmente legati all'esperienza e alla pratica dei centri in merito a questo problema. Alcuni centri, effettivamente, pongono sistematicamente la questione a tutti i loro consultanti (in Grecia e in Francia per esempio) mentre in certi paesi, il fatto che ottenere una copertura per malattia dipende dal livello di risorse, rende la questione estremamente delicata e complessa (come ad esempio in Belgio). Complessivamente, solo il 55,7 % delle persone intervistate ha risposto a questa domanda e, per queste persone, la media di rendita disponibile al mese è di 205 € per unità di consumo³⁴. Tale entrata (dichiarata) è zero per il 22,4 % delle persone che hanno risposto alla domanda e la metà delle persone intervistate ha un reddito mensile per unità di consumo inferiore a 145 €.

Per le ragioni precedentemente sottolineate, le percentuali di non-risposta sono considerevoli in Spagna (l'84,4 % degli intervistati non ha risposto), Belgio (l'82,7 %) e Portogallo (il 58,8 %) e **i dati sulle entrate sono utilizzabili solo in Francia** (percentuale di risposte del 62,5 %), **in Grecia** (percentuale di risposte del 67,0 %) e **in Italia** (percentuale di risposte dell'83,1 %). In questi 3 paesi i dati devono essere tuttavia interpretati con l'abituale prudenza, tenuto conto del loro carattere indicativo (omissione volontaria o meno di entrate provenienti da attività non dichiarate, irregolari o illegali, aiuti finanziari puntuali, mancato riconoscimento delle entrate di altri membri della famiglia, ecc...).

Tavola 14. Entrate per unità di consumo (UC) delle persone che hanno risposto alla domanda sulle entrate in Francia, Grecia e Italia.

	Francia	Grecia	Italia
Entrate mensili medie per UC	50 €	118 €	135 €
Entrate mensili medie per UC	133 €	171 €	172 €
% di persone senza entrate	39.2 %	14.7 %	7.1 %
% di persone sotto la soglia di povertà (Eurostat 2004)	97.3 %	92.6 %	98.0 %
N	95	75	113

Come soglia di povertà abbiamo adottato quella calcolata da Eurostat nel 2004³⁵, equivalente al 60 % del reddito medio di ognuno dei paesi. Secondo questa definizione, il 92,6 % delle persone intervistate (nel 2005-2006) in Grecia vivevano sotto la soglia di povertà, il 97,3 % in Francia e il 98,0 % in Italia. Ricordiamo che le percentuali nazionali di povertà in questi 3 paesi erano (nel 2001) del 21 % in Grecia, 19 % in Italia e 12 % in Francia.³⁶

Nel complesso, nei 3 paesi in cui si è potuto trattare la questione, la quasi totalità delle persone vive sotto la soglia di povertà (non avendo gli altri alcuna entrata vicina a questa soglia)

« Non voglio rubare. »

MDM Portogallo riporta in merito la testimonianza, di un giovane marocchino di 24 anni:



Questo ragazzo è di costituzione molto esile e ci parla con ironia della sua situazione.

Ci racconta che due anni fa si è imbarcato con un gruppo di amici, di cui « ha già perso traccia », in una barca piena di altra gente in territorio marocchino, e che sono sbarcati in Spagna « senza problemi ».

Ha vissuto circa un anno in Spagna, ha lavorato alla raccolta della frutta e nell'edilizia. Non avendo trovato lavoro per un mese o due, è venuto in Portogallo con una persona che conosceva. E' sul territorio nazionale da un mese. Si lamenta soprattutto della polizia che è dappertutto a « controllare ». Attualmente vive per strada, senza lavoro. Ammette che non gli fa piacere essere obbligato, per mangiare, a fare dei lavoretti, « aggiustare auto », perché è onesto. « Non voglio rubare ». Si reca ai « furgoni » (che distribuiscono pasti gratuiti) per assicurarsi la cena.

34. Il numero di unità di consumo in un centro è stato calcolato applicando un scala standard: il 1° adulto del centro rappresenta 1 unità, gli altri adulti lo 0,7 e i bambini lo 0,5.

35. Rispettivamente 762 € per unità di consumo (UC) in Francia, 442 €/UC in Grecia e 635 €/UC in Italia (dati Eurostat per una famiglia composta da una persona sola, stime del 2004).

36. Guio AC. Povertà monetaria e esclusione sociale nell'UE25. Eurostat, Riassunto Statistiche, 2005, n° 13.

5. La situazione amministrativa

Il tempo trascorso senza permesso di soggiorno nei paesi oggetto della ricerca, varia molto da persona a persona, e può andare da 1 mese a 24 anni, con una media di 2 anni. La mediana è di 13 mesi, ciò significa che la metà degli intervistati vive nel paese senza permesso di soggiorno dopo i 13 mesi.

E' in Francia che si osserva la più alta proporzione di persone presenti da più di 10 anni (3,8 %): i « non espulsibili non regolarizzabili » vittime delle iniquità della legge francese.

Sulla totalità del campione, **il 22,2 % degli intervistati ha ricevuto un ordine di espulsione.** Questa proporzione è particolarmente alta tra le persone intervistate in Belgio, di cui sono interessate il 40,6 %. Si potrà notare che, in linea generale, il rischio di ricevere un ordine di espulsione aumenta con il tempo trascorso nel paese senza permesso di soggiorno. Inoltre, gli uomini hanno ricevuto l'ordine di espulsione più spesso delle donne (rispettivamente il 26,7 % degli uomini contro il 16,8 % delle donne, $p=0,001$).

Tavola 15. Tempo trascorso nel paese senza permesso di soggiorno, a seconda del paese (in %).

	Belgio	Spagna	Francia	Grecia	Italia	Insieme
Meno di 3 mesi	3.3	20.1	13.0	20.2	7.6	12.7
3 - 6 mesi	10.6	23.3	27.5	19.2	7.6	17.6
7 - 12 mesi	10.0	25.2	22.1	27.3	25.4	20.6
1-3 anni	41.1	26.4	21.4	20.2	46.6	31.4
4-10 anni	34.4	5.0	12.2	12.1	9.3	16.0
Più di 10 anni	0.6	0	3.8	1.0	3.4	1.7
Totale	100 % (n=180)	100 % (n=159)	100 % (n=131)	100 % (n=99)	100 % (n=118)	100 % (n=714)

« Hanno scoperto che avevamo fatto domanda d'asilo in Grecia e ci hanno espulsi (...). Non capiscono che se rientriamo in Afghanistan ci uccideranno. »

Stralcio di testimonianze raccolte da MDM Grecia, di una giovane donna di 28 anni, sposata con un uomo di 14 anni più vecchio, madre di una bambina di 2 anni e originaria di un villaggio, non molto lontano da Kabul in Afghanistan.

” *Abitavo con i miei genitori e non avevo problemi. Fino a 23 anni, ero fidanzata con un ragazzo che aveva 10 anni più di me, il figlio del capo politico del mio villaggio. Quell'uomo si comportava molto male, era geloso e mi picchiava spesso. 3 anni fa, durante una riunione politica, ho conosciuto il mio attuale marito, che era il capo del partito di opposizione.*

Quando ho detto al primo che ci dovevamo separare era furioso e ha promesso di uccidermi. Inizialmente non gli ho creduto, ma quando mio fratello e mio marito sono stati picchiati da sconosciuti, abbiamo deciso di partire.

Volevamo andare in Inghilterra dove ho dei parenti. Seguendo il consiglio di alcuni amici, abbiamo deciso di andarci via Turchia e Grecia, versando dei soldi a degli « amici ».

La prima parte del viaggio è stata un incubo. Abbiamo cambiato autobus più volte e alcune volte, ci hanno messo su dei camion. Dopo una settimana siamo arrivati sulle coste della Turchia, verso la Grecia. Dopo 3 giorni, ci hanno messi su una piccola barca con una cinquantina di persone e ci hanno detto che l'indomani saremmo arrivati in Grecia. Abbiamo fatto la traversata durante la notte, ci avevano detto che non c'era alcun pericolo ma 6 ore più tardi, in un mare invernale agitato, era il mese di novembre e faceva molto freddo, una barca dei guardiacosta greci ci ha obbligati a sbarcare su un'isola che si chiama Kos. Ci hanno dato vestiti caldi e cibo e ci hanno chiesto se volevamo chiedere l'asilo politico. Sfortunatamente i nostri amici ci hanno consigliato male e abbiamo accettato. Siamo rimasti a Kos 10 giorni e poi siamo andati ad Atene, dove siamo rimasti 6 mesi. Poi abbiamo pagato delle persone di un'altra nazionalità che ci hanno portati a Patrasso promettendoci di mandarci in Inghilterra via Italia e Francia.

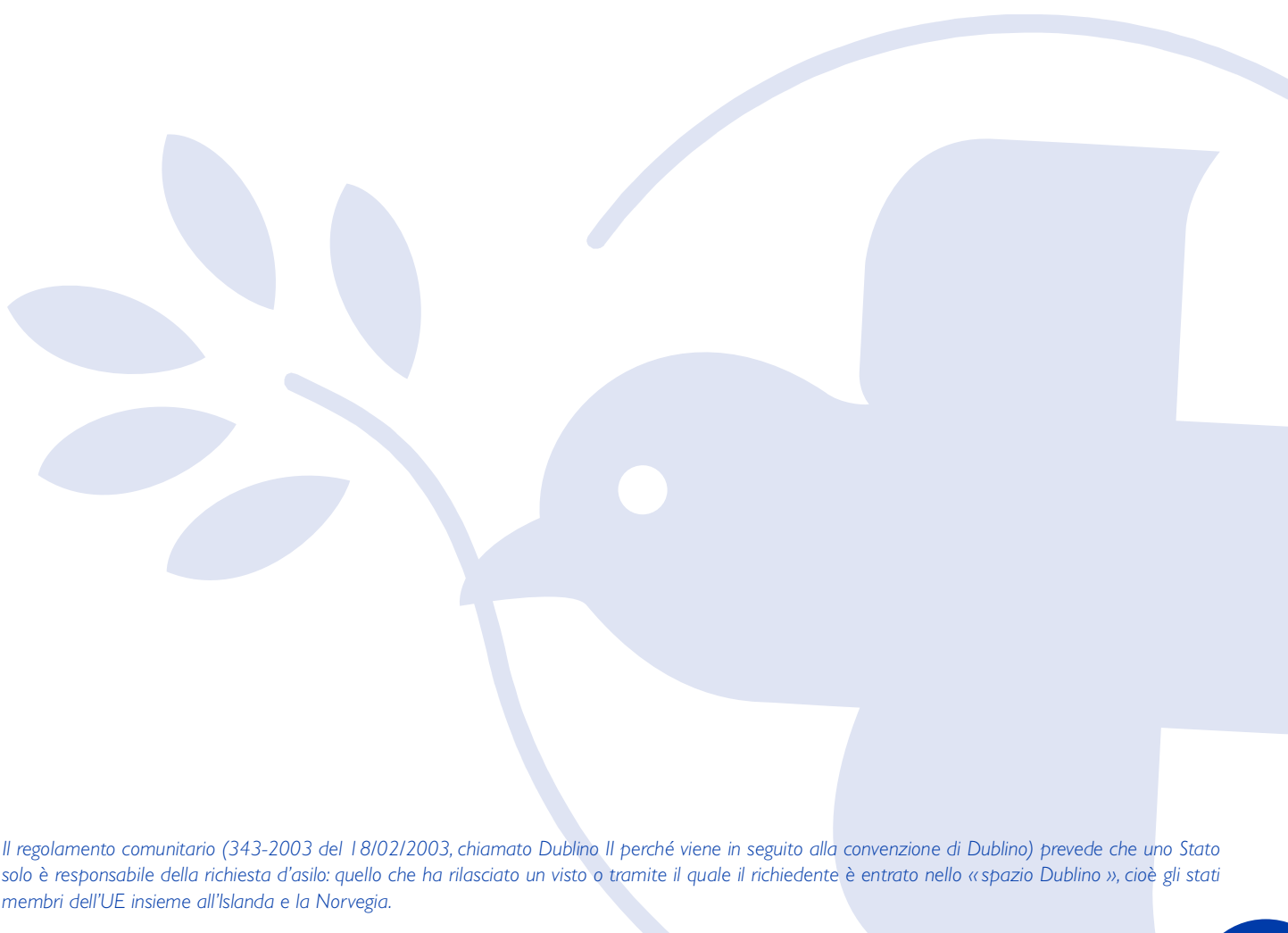
Effettivamente una settimana dopo ci hanno nascosti nel rimorchio di un camion e così l'indomani siamo arrivati a Bari, in Italia. Da lì abbiamo preso il treno fino alla frontiera, che abbiamo attraversato una notte a piedi. Una volta in Francia, ci hanno portati in macchina a Digione, dove siamo rimasti nascosti una ventina di giorni.

Venti giorni dopo, ci hanno accompagnato a Calais, di nuovo dentro il rimorchio di un camion. Poi abbiamo preso il treno e siamo finalmente arrivati in Inghilterra.

Ho creduto che fosse la fine di quell'incubo. A Londra abitavamo dai miei zii, nostra figlia era contenta e mio zio si occupava di regolarizzare i nostri documenti.

Ma tre mesi più tardi, stavamo passeggiando tranquillamente, quando un poliziotto ci ha arrestati nel corso di un controllo di routine. Se qualcuno si occuperà dei nostri documenti, ci hanno detto, non ci saranno problemi.

Ma c'era un problema, un grave problema... Hanno scoperto che avevamo fatto una richiesta d'asilo in Grecia e ci hanno espulsi [procedura di Dublino II]³⁷. I Greci ci hanno detto che nel momento in cui abbiamo lasciato il territorio, la nostra richiesta d'asilo politico non era più valida e che dovevamo lasciare l'Europa e tornare a casa. Non capiscono che se rientriamo in Afghanistan ci uccideranno. »



37. Il regolamento comunitario (343-2003 del 18/02/2003, chiamato Dublino II perché viene in seguito alla convenzione di Dublino) prevede che uno Stato solo è responsabile della richiesta d'asilo: quello che ha rilasciato un visto o tramite il quale il richiedente è entrato nello «spazio Dublino», cioè gli stati membri dell'UE insieme all'Islanda e la Norvegia.



3. Accesso all'assistenza sanitaria

A seconda dei paesi vengono utilizzati termini diversi per definire l'accesso alle cure beneficiando di una copertura sanitaria. Si può parlare di *tessera sanitaria*, *tessera di previdenza sociale*, *tessera del sistema sanitario nazionale*, *attestato*, o ancora *aiuto medico*... Pensando a una semplificazione e per facilitare la lettura del presente rapporto, abbiamo scelto di utilizzare il termine *assistenza sanitaria*.

Le legislature dei diversi paesi europei in merito all'accesso a un'assistenza sanitaria per gli stranieri irregolari, sono molto diverse: alcune sono molto restrittive e non concedono praticamente alcun diritto a questo tipo di stranieri (come, ad esempio, in Grecia), mentre altre concedono ampi diritti.

Vogliamo insistere sulla necessità di un accesso effettivo alla prevenzione e alle cure appropriate per tutte le persone residenti sul territorio che in Europa dipende dal diritto all'assistenza sanitaria. Dal diritto deve contemplare la gratuità per la popolazione più vulnerabile, la quale non disponendo di mezzi finanziari sufficienti per assumere a proprio carico le spese per le cure sanitarie. Di fatto, come recita la Carta sociale europea all'articolo 13, « *ogni persona sprovvista di risorse sufficienti ha diritto all'assistenza sociale e sanitaria* ».

1. I diritti teorici all'assistenza sanitaria

Tra le persone intervistate, il **78,3 % può teoricamente, beneficiare di assistenza sanitaria in base alla legge**, senza differenze significative in base al sesso. Tale cifra è soggetta a differenze significative tra i paesi oggetto della ricerca – e sottolineiamo che la maggioranza degli intervistati vive in paesi in cui la legislazione su questo punto è la più favorevole per gli stranieri irregolari.

La Grecia è un caso a parte, poiché la legislazione non prevede alcun diritto a un'assistenza sanitaria per gli stranieri irregolari, eccetto qualche situazione particolare (cure perinatali e cure per alcune malattie infettive). Tra le persone interrogate, soltanto il 6,9 % potrebbe teoricamente beneficiare di un'assistenza sanitaria.

Nei 3 paesi, le persone intervistate hanno un ampio diritto teorico all'assistenza sanitaria che offre l'accesso alle cure gratuite: in Belgio, Italia e, in misura minore, in Francia dove il 10 % della popolazione intervistata non può beneficiarne.

- Così in **Belgio**, l'Aiuto Sanitario Urgente (AMU) è riconosciuto in teoria a tutti gli stranieri irregolari, con risorse insufficienti, e il cui stato di salute presenti carattere di urgenza certificato da un medico. L'AMU si fa carico di tutte le cure previste dall'Assistenza sociale.
- In **Italia**, tutti gli stranieri irregolari hanno in teoria accesso alle cure « urgenti » o « essenziali », erogate da strutture pubbliche o convenzionate, così come ai programmi di medicina preventiva e alle prestazioni connesse alla gravidanza e al parto (esibendo una Tessera Sanitaria Specifica, rilasciata da tutte le strutture ospedaliere, anche se l'interessata non può provare la sua identità). Se si dichiarano in stato d'indigenza, al di là dell'assegnazione della tessera sanitaria (senza dover fornire giustificazioni), si fanno carico del solo ticket previsto per le diverse cure e usufruiscono della gratuità nei casi di cure urgenti e cure prestate a donne in gravidanza, a bambini al di sotto dei 6 anni e alle persone oltre i 75 anni.

→ In **Francia**, gli stranieri irregolari hanno accesso all'Assistenza Sanitaria Nazionale (AME) se dispongono di risorse sono inferiori alla soglia dei 587 € (nel 2005), ma soltanto se possono dimostrare di risiedere stabilmente in Francia – vale a dire da più di 3 mesi – e hanno un domicilio³⁸. L'AME si fa carico interamente del ticket e della diaria ospedaliera, con l'esonero totale dall'anticipo delle spese. Restano escluse solo le protesi odontoiatriche e oculistiche.

In Spagna, solo il 70,4 % delle persone intervistate può beneficiare di un'assistenza sanitaria, ma le persone non iscritte nelle liste municipali nel giorno dell'intervista, non sono stati conteggiate come potenziali aventi diritto. Questa percentuale si dimostra quindi più bassa che nei 3 paesi precedenti, ma ciò dipende essenzialmente da questioni d'iscrizione nelle liste municipali³⁹.

In questo paese in effetti, è l'iscrizione nelle liste municipali a condizionare l'assegnazione della tessera sanitaria che permette l'accesso gratuito alle cure. Tale iscrizione nelle liste comunali non è in alcun modo condizionata dal possesso di un permesso di soggiorno, ma dal 2003 le altre amministrazioni (compresa la Polizia), hanno la possibilità di ottenere i dati degli archivi municipali, e questo dissuade molti stranieri irregolari dal registrarsi⁴⁰. Le cure erogate all'interno del sistema sanitario nazionale sono gratuite.

In Portogallo allo stesso modo, il diritto all'assistenza sanitaria dipende da un certificato di residenza di più di 3 mesi, che può essere rilasciato sulla base della testimonianza verbale di due persone (chiunque esse siano), indipendentemente dalla situazione amministrativa sul territorio portoghese. Tuttavia le persone che hanno avuto una condanna e sono state incarcerate perdono questo diritto, cosa che pone problemi di accesso alle cure per gli stranieri che escono dal carcere. I beneficiari della carta di assistenza sociale rilasciata dal servizio sanitario nazionale devono tuttavia pagare una parte delle spese. Alcune categorie di persone, tra cui le persone prive di reddito, possono essere esentate dal ticket, ma si devono avviare dei percorsi che restano complessi.

Ricordiamo che in Gran Bretagna⁴¹, l'accesso alle cure gratuite delle persone irregolari è strettamente limitato alle cure sanitarie di base (visite di medicina generale, trattamenti d'urgenza, trattamenti per alcune malattie infettive, cure per le patologie psichiatriche gravi): Né le analisi complementari (comprese le analisi di screening), né le cure specialistiche o le prescrizioni farmaceutiche sono accessibili gratuitamente per queste persone.

« Bisogna avere l'aria povera per beneficiare dell'assistenza sanitaria »

Testimonianza raccolta da un medico di MDM Belgio:



A prima vista non sembrava affatto una persona in situazione di difficoltà. Vestita dignitosamente, pettinatura curata, la si sarebbe potuta scambiare per una responsabile del servizio, ma quando le si parla l'illusione lascia il posto alla desolazione, se non alla compassione.

« Mi fa male dappertutto, non so più chi sono ». Punto. E il viso si chiude. Sembrava mi nascondesse qualcosa quando mi sono presentato a lei. Ah, è solo un telefonino, non ho capito immediatamente perchè fosse così imbarazzata, ma andiamo oltr...

Ha 37 anni, è vedova, è dovuta scappare dal conflitto armato in Caucaso sei anni fa, lasciando famiglia e lavoro (educatrice), e poi ha camminato attraverso l'Europa dell'ovest. Colpita da problemi di salute di ogni tipo, S. si è stabilita al centro di consultazione di MDM. Fino ad oggi non si conta più il numero delle visite mediche e il motivo non è mai lo stesso da una visita all'altra. Vive sola in uno spazio condiviso con un'amica, il solo bene che possiede è il suo telefonino. I vestiti? Sono dei prestiti della sua amica per le visite.

Alla domanda del perché non abbia chiesto l'aiuto sanitario d'urgenza, risponde: « Mi si chiede di dichiarare il mio domicilio, ma sono senza documenti, quindi non ho diritto all'alloggio, e quella che mi ha dato un letto non vorrebbe avere noie »

.../...

38. Per presentare una domanda d'AME si deve esibire una dichiarazione di domicilio: Tutti i pazienti che non possono esibire alcun documento giustificativo a loro nome (ricevuta d'affitto, bolletta elettrica,...) devono esibire un domicilio amministrativo.

39. La questione di diritto teorico è stata quindi interpretata in modo diverso dagli intervistati in Spagna e in Francia. In Spagna gli stranieri che non hanno fatto pratiche di registrazione al comune sono stati considerati come senza diritto, mentre in Francia, coloro che non hanno fatto le pratiche necessarie ma che, se le facessero, potrebbero beneficiare dell'assistenza sanitaria, sono stati considerati come aventi teoricamente accesso all'assistenza sanitaria. La mancanza di domicilio in Francia è stata perciò considerata come un ostacolo.

40. L'accesso degli stranieri irregolari al sistema sanitario nazionale. I documenti dei lavori del Senato, n°LC160, marzo 2006.

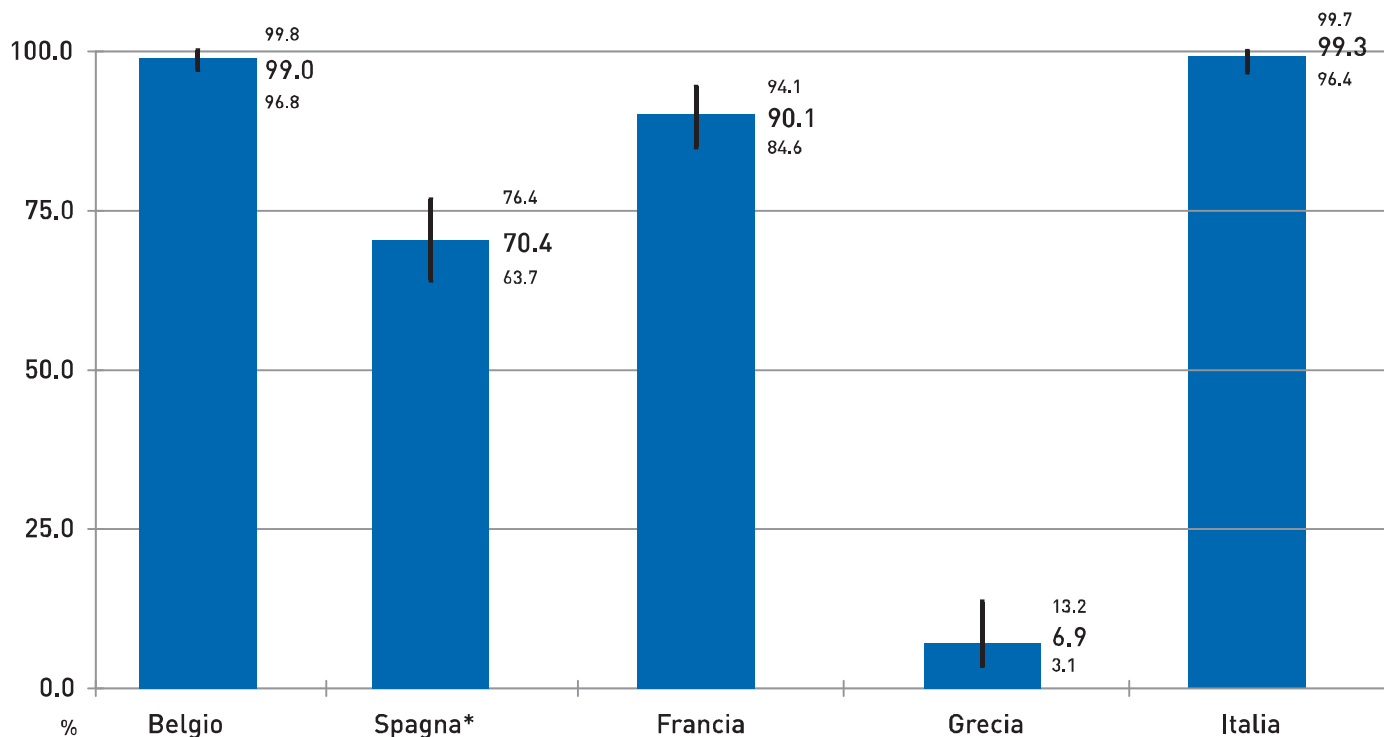
41. Dati specifici non considerati dato il basso numero degli intervistati effettivi.

Per una storia di procedure, S. ha perso il solo diritto teorico che aveva di accedere all'assistenza sanitaria dallo Stato.

E non è tutto, dopo il nostro ultimo incontro dall'assistente sociale del CPAS⁴² (2 anni fa), l'avrebbero giudicata « non abbastanza indigente per beneficiare dell'Assistenza Sanitaria Urgente ». Motivo accampato « E' troppo ben vestita e può anche permettersi di comprare un telefonino! ». Adesso capisco...

Aspettando tempi migliori, cosa a cui non crede più, S. continua il suo calvario in silenzio e nell'indifferenza generale. **Ha un neoplasma del collo... »**

Diagramma 8. Proporzioni di persone intervistate che possono teoricamente beneficiare di assistenza sanitaria per paese



* In Spagna, il 100 % delle persone possono in teoria beneficiare dell'assistenza sanitaria se sono iscritte nelle liste municipali a cui è condizionato il rilascio della tessera sanitaria che permette l'accesso gratuito alle cure. Il diagramma qui sopra mostra che soltanto il 70,4 % delle persone intervistate può beneficiare di assistenza sanitaria, perché le persone non iscritte nelle liste municipali il giorno dell'intervista non sono state contate come potenziali aventi diritto.

Nota di lettura: il diagramma fornisce per ogni paese la proporzione osservata nel campione (colonna larga) e l'intervallo di attendibilità del 95 % (linea nera). Ad esempio, il 90,1 % delle persone intervistate in Francia può beneficiare di assistenza sanitaria, l'intervallo di attendibilità statistica della percentuale osservata è compreso tra l'84,6 % e il 94,1 %.

La possibilità di beneficiare di assistenza sanitaria è fortemente correlata alla durata della permanenza nel paese d'accoglienza: le persone che vi abbiano teoricamente diritto risiedono in effetti nel paese in media da più tempo degli altri (rispettivamente 37,5 mesi 23,2 mesi⁴³, $p < 10^{-6}$).

E' anche significativamente diversa a seconda della durata della permanenza clandestina nel paese d'accoglienza.

→ **Oltre 1 anno di soggiorno clandestino, circa il 90 % delle persone intervistate possono usufruire di assistenza sanitaria.**

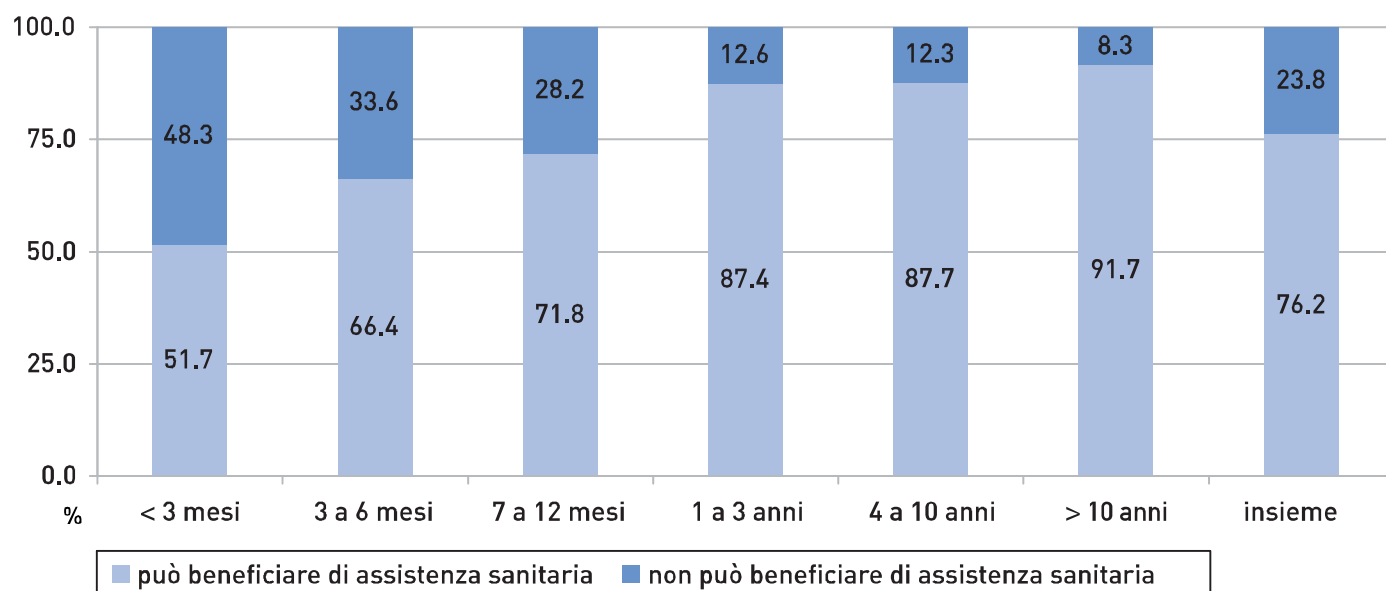
→ D'altro canto solo il 66,8 % può beneficiare di tale assistenza: quindi durante il primo anno di soggiorno clandestino, un terzo delle persone non ha modo di accedere all'assistenza sanitaria.

→ **Questa proporzione precipita al solo 48,3 % dopo i primi tre mesi di soggiorno clandestino nel paese d'accoglienza**

42. CPAS : Centro Pubblico d'Azione Sociale (Centre Public d'Action Sociale)

43. Mediane rispettive: 29 e 12 mesi.

Diagramma 9. Proporzioni di persone che possono teoricamente usufruire di assistenza sanitaria in base alla durata del soggiorno clandestino nel paese d'accoglienza.



2. L'accesso effettivo all'assistenza sanitaria: l'ostacolo dell'informazione

Avere teoricamente diritto all'assistenza sanitaria non significa automaticamente che le persone lo sappiano, né che abbiano potuto far valere questo diritto nella realtà. La ricerca permette di verificare effettivamente differenze significative tra i paesi.

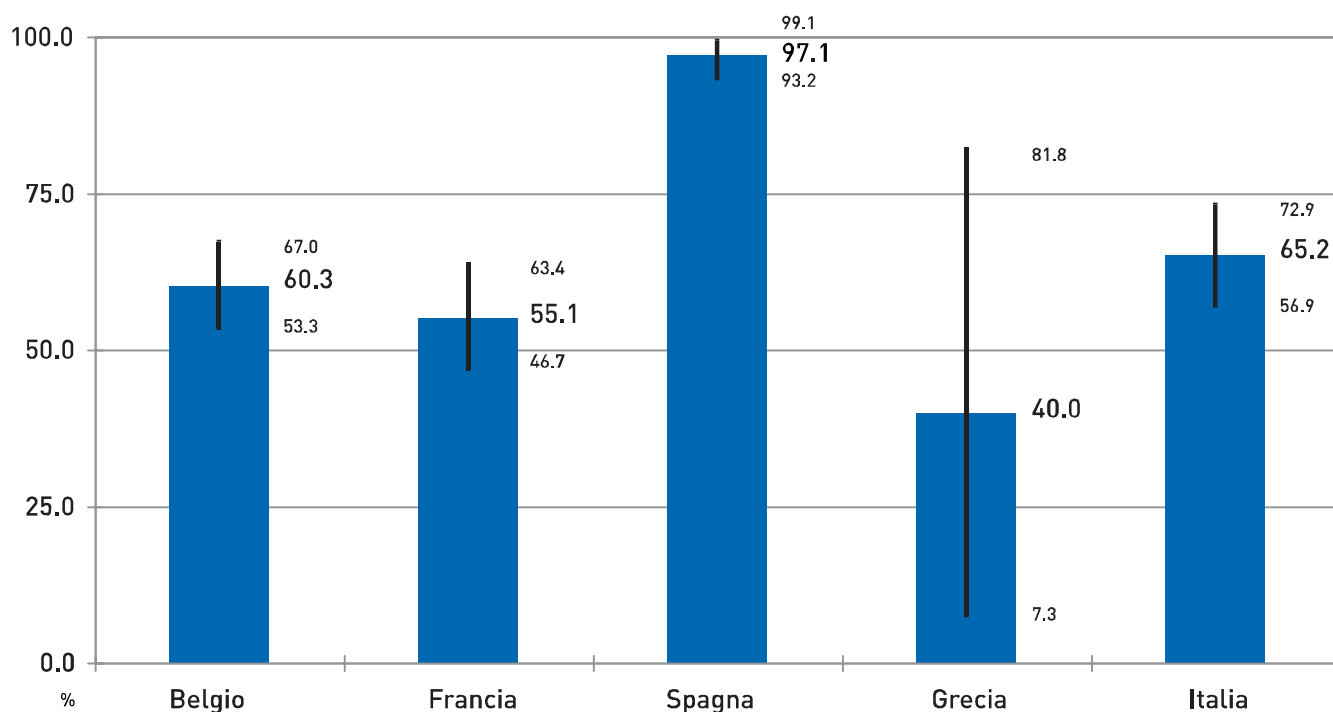
Nell'insieme dei paesi oggetto della ricerca, si può notare che **tra le persone che in teoria hanno diritto di beneficiare di assistenza sanitaria, soltanto i due terzi sanno di avere questo diritto** (il 67,8 %). Sono quindi il 32,2 % le persone che, al momento della ricerca, non erano informate del loro diritto all'assistenza sanitaria.

Tra i diversi paesi oggetto della ricerca, è **in Spagna che le persone intervistate sono le meglio informate circa il loro diritto di beneficiare di assistenza sanitaria** (praticamente la quasi totalità dei beneficiari teorici). In Italia, circa un terzo dei beneficiari teorici non sa di poter beneficiare di assistenza sanitaria, e tale proporzione arriva persino al 40 % in Belgio e al 45 % in Francia. **In Belgio e in Francia, in modo particolare, il diritto all'assistenza sanitaria appare dunque spesso ignorato.**

In Gran Bretagna e in Portogallo, i risultati effettivi sono troppo bassi per un'interpretazione dei dati (con margini di attendibilità molto ampi). In Grecia la questione non è pertinente, poiché la stragrande maggioranza degli intervistati non ha alcun diritto.

La maggioranza delle persone che conoscono i propri diritti (76,9 %) hanno avviato le pratiche per farli valere concretamente.

Diagramma 10. Proporzione di persone informate del loro diritto a beneficiare di assistenza sanitaria (tra i beneficiari teorici) per paese



Nota di lettura: il diagramma mostra per ciascun paese la proporzione osservata nel campione (colonna larga) e il suo indice di attendibilità del 95 % (linea nera sottile). Ad esempio, in Belgio, il 60,3 % delle persone che possono teoricamente beneficiare di assistenza sanitaria sono informate di questo diritto, e l'indice di attendibilità statistica di questa percentuale è compreso tra il 53,3 % e il 67,0 %.

In complesso, soprattutto per mancanza di informazione, ma anche di supporto per gli adempimenti necessari, quasi la metà (43,5 %) dei beneficiari potenziali di assistenza sanitaria non hanno avviato le procedure necessarie per accedere all'assistenza sanitaria⁴⁴.

Essere informati dei propri diritti sembra una condizione indispensabile, necessaria e preliminare per il raggiungimento effettivo di tali diritti. Per questa ragione, deve essere sottolineato l'alto deficit d'informazione in merito al diritto di beneficiare di assistenza sanitaria rilevato in Italia, in Belgio e in Francia.

« **Pensava di non aver più diritto di consultare gratuitamente un medico.** »

Testimonianza raccolta da MDM Gran Bretagna, da un uomo di 42 anni, originario della Repubblica Democratica del Congo, a cui era stato rifiutato il diritto d'asilo:

” Dopo aver manifestato contro il governo, R. è stato incarcerato per la sua attività politica. Temendo per la sua vita è scappato di prigione. Aiutato da amici, R. ha utilizzato il passaporto di un altro per lasciare il suo paese. Per fare questo ci sono voluti da due a tre mesi per organizzare la partenza, a partire dal momento della fuga dal carcere al giorno del suo volo.

R. è arrivato in Gran Bretagna, attraverso la Francia, nel gennaio 2000. E' atterrato a Parigi, poi ha preso l'autobus per Douvres dove, il giorno del suo arrivo, ha presentato una richiesta di asilo. Il viaggio è durato due giorni, tra la RDC e la Gran Bretagna. Dato che aveva un contatto con una persona che viveva a Londra, ci è andato il giorno seguente. Avrebbe dovuto prendere un appuntamento nei 15 giorni successivi alla prima richiesta, cosa che sfortunatamente non ha fatto per cui la sua richiesta di asilo è stata rigettata nel settembre del 2002.

Non è stato aiutato dall'organizzazione che lo seguiva all'epoca.

Attualmente ha un nuovo avvocato e stanno tentando insieme di raccogliere nuove prove per ripresentare la richiesta. Tuttavia è davvero difficile entrare in contatto con persone rimaste nel paese d'origine e chiedere loro di inviare prove senza mettere in pericolo la loro vita.

R. non riceve alcun aiuto dal governo e riesce soltanto a sopravvivere grazie all'aiuto di amici e al sostegno della chiesa. E' contento quando riesce ad avere 30 sterline al mese. .../...

44. ossia il 23,1 % delle persone che sanno di averne diritto.

Ormai è in Gran Bretagna da più di sei anni e la situazione irregolare in cui si trova lo rende veramente nervoso e depresso.

Nel 2001 un amico lo ha aiutato a registrarsi presso un medico di base e c'è andato. Come nel settembre 2002, gli è stato detto che non avrebbe più ricevuto l'aiuto statale, quindi R. ha pensato che non avrebbe più potuto rivolgersi gratuitamente a un medico, e che avrebbe dovuto pagare per le cure.

Abbiamo informato R. che, anche se la sua richiesta d'asilo era andata a vuoto, poteva sempre consultare un medico di base. Abbiamo verificato se era ancora registrato nella lista del medico in questione e, poiché lo era, gli abbiamo raccomandato di tornarci e l'abbiamo rassicurato circa il fatto che non avrebbe dovuto pagare la visita medica. Dal momento che R. non ha molta fiducia in se stesso e non riesce ad esprimersi bene in inglese, abbiamo anche previsto, con lui, il fatto che avesse un interprete in Linguala, attraverso l'autorità sanitaria locale, per sostenerlo quando andrà presso il suo medico di base.

R. ci è stato inviato da Praxis⁴⁵ dove aveva ricevuto un aiuto. L'hanno aiutato a compilare una domanda d'aiuto psicologico attraverso la fondazione medica per la cura delle vittime di tortura.

Quando ho chiesto a R che cosa pensava dell'aiuto che noi gli proponevamo, mi ha dato la seguente risposta.

« Qualsiasi cosa faccia il dottore, che si sia interessato al mio dolore mi fa veramente piacere. »

La maggior parte dei pazienti ha raramente occasione di essere ascoltata e, al tempo stesso, ha un bisogno enorme di alleviare la propria sofferenza. Mostrare interesse per i loro problemi e concedere loro il tempo e lo spazio per essere ascoltati, fa parte dell'aiuto che offriamo.

Da quando l'abbiamo visto, nel febbraio 2006, R ha avuto un appuntamento con il suo medico di base e ci ha confermato che aveva ottenuto tutte le cure e il trattamento di cui aveva bisogno. Ha già un altro appuntamento programmato. Inoltre, un'organizzazione lo ha aiutato ad ottenere un permesso di soggiorno, perché può avvalersi dell'amnistia. R è in attesa di notizie dal Ministero dell'Interno in merito al suo caso.

Gli abbiamo chiesto che cosa pensava del nostro aiuto.

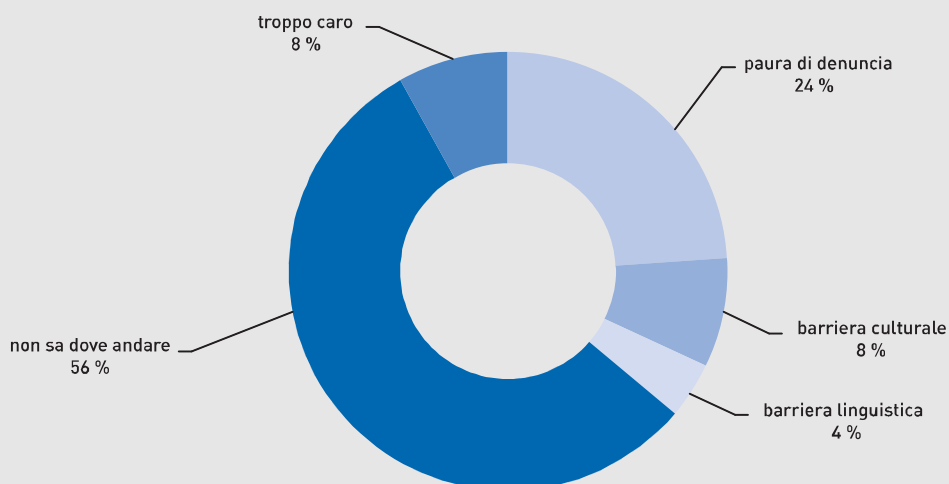
« Mi ha aiutato molto. Non so se sarei riuscito all'epoca ad accedere alle cure. Mi sento sollevato. Ero preoccupato di ammalarmi e di non poter andare da un medico di base. Anche se si va all'ospedale, vi chiedono se avete un medico di base e vi chiedono anche il suo nome. Se lo si ha è molto meglio. Quello mi è stato davvero di grande aiuto. »

Un altro esempio di deficit dell'informazione: la vaccinazione dei bambini

Il deficit di informazione riguardante l'accesso alle cure gratuite per gli adulti è ancora più evidente per quanto riguarda l'accesso alla vaccinazione infantile..

- Nell'insieme della popolazione interessata da questo problema (e che ha risposto alle domande relative alla vaccinazione), solo una piccola maggioranza (53,5 %) sa che i bambini possono beneficiare gratuitamente della vaccinazione⁴⁶ e/o dove è possibile rivolgersi per averla. (51,5 %).
- tra gli ostacoli alla vaccinazione riportati nell'indagine, vengono in primo luogo la mancata conoscenza dei luoghi dove questa sia disponibile (56 %) come pure la paura di essere denunciati. (24 %).

Figura 11. Ostacoli alla vaccinazione



45. Associazione partner.

46. In Italia, la metà delle persone sa che la vaccinazione è disponibile a pagamento ma solo 4 persone hanno risposto alla domanda...

Quando si tratta di far vaccinare i propri figli, la paura di un arresto è sempre presente, come testimonia la storia raccolta da MdM Olanda da una giovane madre di 20 anni originaria dalle Filippine:



A seguito dell'iscrizione del proprio bambino ai servizi del comune, la signora ha ricevuto un invito da parte del servizio sanitario ad effettuare le vaccinazioni. Ha dovuto cercare con fatica il luogo dove avrebbe dovuto far vaccinare il bambino. Si ricorda di quanto ha dovuto essere prudente, sempre con la paura di essere arrestata: « Ma fortunatamente ora il mio bambino è vaccinato », ci ha detto ».

3. L'accesso effettivo all'assistenza sanitaria : l'ostacolo delle pratiche amministrative

Tra le persone che hanno avviato le pratiche allo scopo di ottenere un'assistenza sanitaria, circa la metà non è in possesso a tutt'oggi dei documenti che permettano loro di accedere concretamente alle cure gratuite (44.6 %), indipendentemente dalla durata della permanenza nel paese d'accoglienza, dal sesso o dall'età della persona.

Tale proporzione si rivela molto diversa a seconda dei paesi. **La situazione più favorevole è in Italia e, in misura minore, in Spagna**, dove rispettivamente il 97,4 % e l'80,0 % delle persone che hanno espletato le pratiche necessarie hanno effettivamente ottenuto i documenti attestanti il diritto alle cure gratuite.

Al contrario la situazione è decisamente più critica in Francia e in Belgio, poiché soltanto una minoranza delle persone che avevano intrapreso le pratiche per ottenere un'assistenza sanitaria, aveva ottenuto dei risultati al momento dell'intervista (il 18,0 % in Francia e il 26,7 % in Belgio). Questa situazione è legata a molteplici fattori, in particolare alla complessità delle pratiche amministrative. In Francia ad esempio, i tempi di istruzione delle pratiche dei richiedenti sono particolarmente lunghi, e si aggiungono al tempo necessario a far pervenire la comunicazione per posta (elemento ulteriormente problematico quando la situazione abitativa è precaria).

Che sia per mancanza d'informazione sui propri diritti, per mancanza di risultati nell'iter burocratico, oppure perché le procedure amministrative sono ancora in corso, il 69,4 % dei beneficiari teorici non ha di fatto (al momento dell'intervista) accesso all'assistenza sanitaria e non riesce a beneficiare della gratuità delle cure nel sistema sanitario nazionale. In altre parole, **meno di un terzo dei beneficiari potenziali ha effettivamente accesso a un'assistenza sanitaria**.

Riferita all'insieme del campione, **solo il 24,9 % delle persone intervistate beneficia concretamente dell'assistenza sanitaria**.

4. Chi sono le persone che, pur avendo diritto all'assistenza sanitaria, di fatto non ne usufruiscono?

Ci si può interrogare sulle caratteristiche delle persone che, pur avendo teoricamente diritto a un'assistenza sanitaria nel sistema del diritto comunitario, non hanno di fatto ottenuto il documento attestante concretamente tale diritto. Su questo punto, non si osservano **differenze significative in base al sesso, alla situazione familiare, né al fatto di esercitare un'attività professionale**. In merito all'età, sottolineiamo **la situazione critica delle persone di 55 anni o più**: di queste solo il 10,0 % dispone di un certificato che permetta l'accesso all'assistenza sanitaria (questa proporzione è di un terzo circa per gli adulti di altre classi d'età⁴⁷).

D'altra parte (e sempre tra i beneficiari teorici), **gli individui senza fissa dimora hanno ottenuto meno spesso degli altri il certificato che attesta il loro diritto all'assistenza sanitaria**: soltanto il 25,4 % di coloro che sono senza fissa dimora l'ha ottenuto, contro il 31,7 % delle persone che hanno un alloggio precario e il 31,8 % di coloro che hanno fissa dimora. Questa differenza sottolinea il problema del domicilio, una condizione necessaria per ottenere diritti in molti paesi.

Infine il tempo di permanenza nel paese d'accoglienza senza permesso di soggiorno, appare ugualmente discriminante. Tra i beneficiari teorici, **le persone meno garantite sono, da un lato quelle che sono arrivate recentemente (o che hanno perso da poco il permesso di soggiorno) e, dall'altro, quelle che si sono insediate da più tempo**.

47. Tra gli 11 bambini interessati, nessuno possiede un certificato che consenta l'accesso all'assistenza sanitaria

Allo stesso modo, il 75,0 % delle persone che vivono nel paese (senza permesso di soggiorno) da meno di un anno non ha potuto far valere il proprio diritto a beneficiare di assistenza sanitaria. Questa proporzione sale all'84,9 % quando la permanenza clandestina arriva a 4 anni o più (in misura significativa, $p < 0.001$). Ciò riflette senza dubbio una **modalità indiretta di selezione**. In effetti, tra le persone che sono sul territorio da più di 4 anni (che MDM vede molto più raramente), coloro che frequentano i centri di cura gratuiti, sono sempre più spesso sprovvisti di assistenza sanitaria. Altrimenti, si sarebbero rivolti al sistema sanitario nazionale.

Per concludere questa parte, esamineremo l'accesso all'assistenza sanitaria e alle condizioni di salute degli individui. Ricordiamo che tra le persone intervistate, soltanto il 24,00 % beneficia concretamente di un'assistenza sanitaria che garantisca l'accesso gratuito al sistema sanitario nazionale (vale a dire al di fuori delle associazioni umanitarie). Questa proporzione è certamente più alta tra le persone che hanno problemi di salute, ma sono ancora molte a non beneficiare di assistenza sanitaria. Allo stesso modo, il **43,8 % degli intervistati che soffrono di problemi cronici non è di fatto coperto** e quando i problemi di salute non sono cronici la percentuale aumenta al 59,1 %.

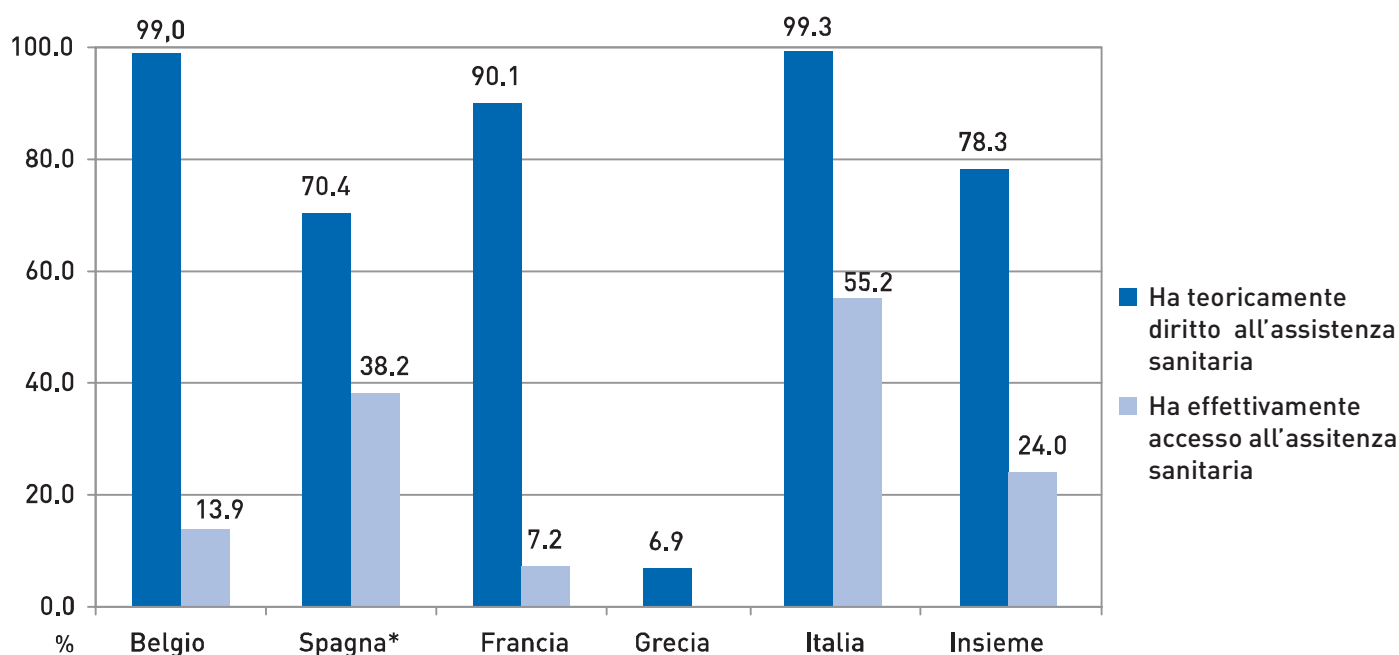
5. Riepilogo per paese

L'analisi delle differenze per paese (diagramma seguente) deve essere fatta con prudenza. Il caso della Grecia è difficile da interpretare, con indici di attendibilità statistica estremamente alti. In effetti, la proporzione delle persone che possono beneficiare teoricamente di assistenza sanitaria è – come si è visto – estremamente bassa e la proporzione di quelle che ne beneficiano realmente è calcolato, di conseguenza, su un effettivo molto ridotto.

Tra i 4 paesi si distinguono :

- **il Belgio e la Francia, da un lato, dove una piccolissima minoranza di persone hanno potuto effettivamente far valere il proprio diritto a un'assistenza sanitaria:** il 13,9 % in Belgio (IC 95 % = [9,7-19,3]) et 7.2 % in Francia (IC 95 % = [4,3-13,5]) ;
- **la Spagna e l'Italia, dall'altra parte, dove sono più numerosi i beneficiari teorici che hanno potuto far valere questo diritto:** rispettivamente il 38.2 % in Spagna (IC 95 % = [31.0-45.4]) e il 55,2 % in Italia (IC 95 % = [47.1-63,8]).

Diagramma 12. Proporzioni di persone aventi diritto (in teoria) all'assistenza sanitaria e di persone aventi effettivamente accesso all'assistenza sanitaria (in %)



* Avvertenza: in Spagna, il 100 % delle persone possono teoricamente beneficiare di assistenza sanitaria se sono iscritte nelle liste comunali da cui dipende il rilascio della tessera sanitaria per l'accesso gratuito alle cure. Il diagramma qui sopra mostra che solo il 70,4 % delle persone intervistate può beneficiare di assistenza sanitaria, perché le persone non iscritte nelle liste comunali al momento dell'indagine, non sono state conteggiate come potenziali aventi diritto.

In totale quindi, si distinguono numerosi tipi di paese:

1. Quelli in cui i diritti teorici all'assistenza sanitaria delle persone in situazione irregolare coinvolgono la quasi totalità dei soggetti intervistati, ma dove in pratica solo un'esigua minoranza delle persone intervistate ne beneficia: **Belgio** e **Francia** ;
2. Quelli dove i diritti teorici a una copertura sanitaria delle persone in posizione irregolare tocca la quasi totalità dei soggetti intervistati e dove, in pratica, una notevole proporzione ne beneficia (ma tuttavia, grosso modo mai più di una metà dei beneficiari teorici): **Italia** e **Spagna** così come **Portogallo** (ma le interviste effettive sono troppo esigue per poter veramente stimare la pratica del diritto);
3. La **Gran Bretagna** dove le persone in situazione irregolare hanno accesso solo alle visite mediche di base, ma dove le altre cure (comprese le analisi complementari e i trattamenti) non sono generalmente coperte.
4. La **Grecia**, infine, è il paese dove i diritti teorici sono i più restrittivi ed anche i meno accessibili nella pratica (nessuno dei rari beneficiari teorici intervistati vi aveva in pratica accesso).



4. Stato di salute



1. Motivi di ricorso alle cure dopo l'ultima richiesta di cura

Tra le persone intervistate, il 38 % non è coinvolto in questa problematica, perché dichiarano di non essersi ammalate (il 37 %) o non hanno risposto (l'1 %).

Quando si sono ammalate, tre quarti delle persone si sono rivolte a un medico dentista (76,0 %), mentre il 19,5 % non ha consultato nessuno.

Gli altri tipi di ricorso alle cure sono aneddotici (anche se il ricorso alle pratiche tradizionali può non essere stato sempre dichiarato, come nel caso delle interviste il cui tema principale è il ricorso alla medicina moderna).

Tavola 16. A chi hanno rivolto l'ultima richiesta di cure.

	%(n=517)
Non ha consultato nessuno	19.5
Ha consultato un medico o un dentista	76.0
Ha consultato un infermiere	1.2
Ha consultato un medico tradizionale	0.4
Ha consultato un vicino, amico, famiglia	3.9
Ha telefonato a un medico al suo paese	0.8
Ha consultato un medico al paese	1.0

* più risposte possibili

« Sono costretta a chiamare un'amica medico in Ucraina. »

Stralcio di testimonianza raccolta da MDM Belgio:



« Quando non mi sento bene, sono costretta a chiamare un'amica medico in Ucraina. Le spiego i miei fastidi e lei mi consiglia (al telefono) una medicina che poi compro in farmacia... senza rimborso. »

La distribuzione dell'ultimo problema di salute⁴⁸ accusato mette in evidenza la preponderanza di 5 grandi tipi:

- digestivo (il 20,1 % dei problemi citati e il 12,0 % delle persone),
- osteoarticolare (il 13,7 % e l'8,1 % rispettivamente),
- respiratorio (il 10,0 % e il 6,0 % rispettivamente),
- ginecologico (l'8,8 % e il 5,3 % rispettivamente)
- mentre la categoria « generale e non specifica » (che raggruppa un insieme eterogeneo di sintomi e malattie specifiche) interessa il 15,3 % dei problemi citati e il 9,1 % delle persone.

48. I medici hanno utilizzato la Classificazione Internazionale delle Cure di Salute Primaria (CISP) per codificare i problemi di salute.

49. Questa categoria raggruppa in effetti tutte le malattie e i sintomi che non possono essere classificati per apparato o organo secondo la logica generale della CISP. Abbiamo rilevato per esempio:

- sintomi generali (febbre, dolori),
- caratteristiche generali (fattori di rischio in particolare)
- malattie infettive (tubercolosi, rosolia, varicella, ecc. quando non sono altrimenti classificabili nelle malattie del fegato – epatite virale – o del sistema immunitario – infezione da HIV – per esempio).
- tumori, quando il tumore primitivo non è stato diagnosticato
- ma anche i politraumatismi, gli effetti secondari sistemici dei medicinali, le allergie non polmonari e non cutanee, ecc.

Tavola 17. Ultimo problema di salute dichiarato, per apparato

	Proporzione tra l'insieme dei problemi citati (n=503) %	Frequenza nella popolazione d'indagine (n=835) %
Digestivo	20.1	12.0
Generale e non specifico	15.3	9.1
Osteoarticolare	13.7	8.1
Respiratorio	10.0	6.0
Ginecologico	8.8	5.3
Neurologico	6.8	4.1
Psicologico	6.0	3.6
Cardiovascolare	4.4	2.6
Dermatologico	3.6	2.2
Metabolico, endocrino, nutrizionale	3.0	1.8
Oftalmico	2.8	1.7
Gravidanza, parto, pianificazione familiare	2.0	1.2
Urinario	1.8	1.1
Otorino	1.0	0.6
Apparato genitale maschile	1.0	0.6
Sangue, sistema ematopoietico e immunologico	0.6	0.4

A un livello di analisi più approfondito, 27 referti diagnostici rappresentano la metà degli ultimi problemi di salute dichiarati. La loro frequenza appare nella tavola seguente

Tavola 18. Distribuzione dei 27 ultimi problemi di salute più nominati

	n*	% della popolazione d'indagine (n=835)
Infezione da HIV⁵⁰	33	7.1
Dolore addominale	25	5.4
Mal di testa	24	5.2
Influenza	13	2.8
Asma	12	2.6
Dolore diffuso	12	2.6
S/P** Dolori a denti e gengive	12	2.6
S/P Dolori alla schiena	10	2.2
Dolori genitali delle donne	9	1.9
Reazione acuta da stress	8	1.7
Febbre	8	1.7
Ipertensione	7	1.5
Diabete insulinodipendente	7	1.5
Abuso di droghe	6	1.3
Tumori benigni genitali femminili	6	1.3
S/P Dolori lombari	5	1.1
S/P Dolori alle ginocchia	5	1.1
Sindrome dorsolombare non irradiata	5	1.1
Dolore mestruale	4	0.9
Disuria o minzione dolorosa	4	0.9
Epilessia	4	0.9
Epatite virale	4	0.9
Litiasi urinaria	4	0.9
Tosse	4	0.9
Disturbi della funzione gastrica	4	0.9
Altre ulcere peptiche	4	0.9
Angina acuta	4	0.9
Totale	243	52.5

*Codificazione della CISP, senza raggruppamento

** S/P: sintomi o lamentele

50. Questa forte prevalenza si spiega in parte per il fatto che le persone incontrate conoscevano con certezza la propria infezione da HIV diagnosticata in precedenza, e per di più perché due dei luoghi d'inchiesta erano luoghi specializzati per seguire le persone con HIV (in Belgio) – vedere al paragrafo IV.5. Infezione da HIV.

In totale, il **70,8 %** delle persone interessate da un problema di salute ha assunto farmaci prescritti da un medico, il **13,2 %** è ricorso all'automedicazione e il **15,9 %** non si è curato. Non si osservano correlazioni statistiche tra il modo di curarsi e il fatto di aver subito un rifiuto ad essere assistiti.

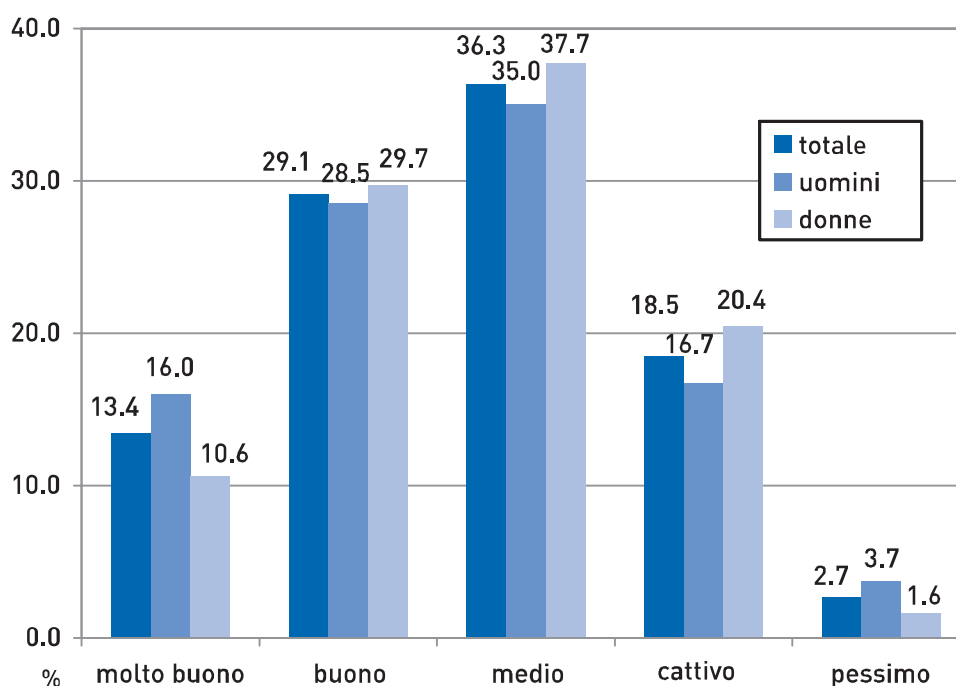
Quando hanno assunto farmaci, l'85 % delle persone se li è procurati nel paese oggetto di ricerca, una minoranza trascurabile (il 2,9 %) se li è procurati nel paese d'origine e ancora più rare sono le persone che se li sono procurati in un paese terzo (1 %).

2. Salute percepita e problemi di salute attuali

In linea generale, le (rare) interviste disponibili mostrano che lo stato di salute dei migranti si differenzia da quello delle popolazioni dei paesi d'accoglienza, ma le spiegazioni non sono univoche. Da un lato, effettivamente, le loro condizioni di vita (alloggio, lavoro, isolamento sociale, etc.) li espone a rischi sanitari più gravi. Nel mondo del lavoro in particolare, la maggior parte dei migranti clandestini (per necessità economica, per paura di attirare l'attenzione, oppure per paura di perdere il lavoro o di essere espulsi) accetta dei lavori che li espongono a numerosi rischi di malattia o incidenti del lavoro, provocati in particolare da agenti tossici, lunghe ore di lavoro, difficoltà di comunicazione o misure di protezione limitate – e va aggiunto che queste persone conoscono poco, e raramente, i propri diritti⁵¹. D'altra, parte esiste al tempo stesso una « selezione » attraverso la migrazione, nel senso che sono più facilmente le persone in buona salute a lasciare il paese di origine⁵².

Nell'insieme della popolazione intervistata, il 21 % degli intervistati ha una percezione del proprio stato di salute come cattivo o pessimo. Poiché ciò è generalmente emerso in tutte le interviste sulla percezione dello stato di salute, lo stato di salute percepito è leggermente meno buono presso le donne che presso gli uomini.

Diagramma 13. Stato di salute percepito, in base al sesso (in %).



51. Organisation Mondiale de la Santé. *Migrations Internationales, santé et droits humains*. Genève, OMS, 2005. Carballo M, Siem H. *Migration, Migration Policy, and AIDS*. In: Haour-Knipe M, Rector R, eds. *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. Bristol, Taylor & Francis, 1996

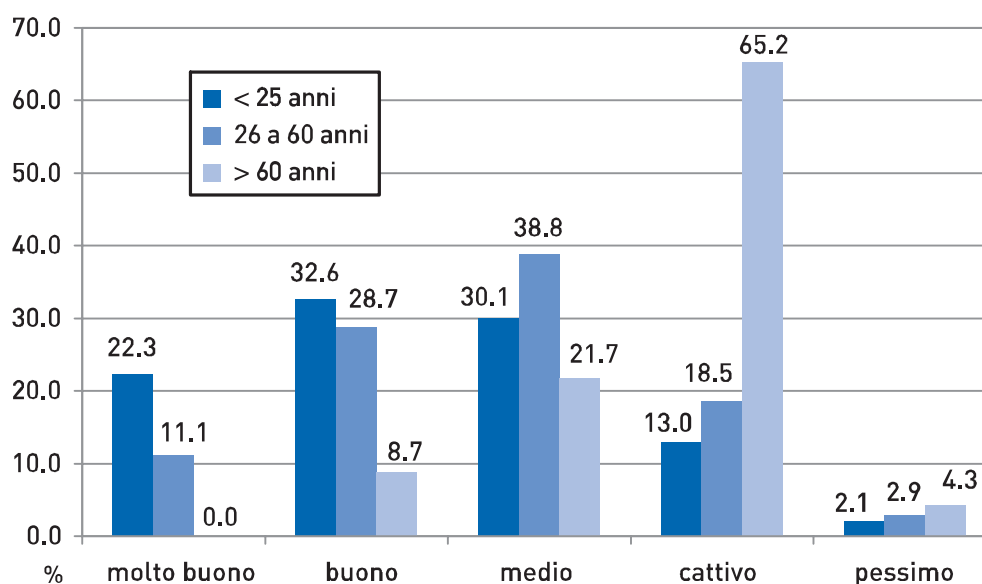
52. Khlal M, Darmon N. *Is there a mediterranean migrants mortality padocs in Europe?* *Int J Epidemiol* 2003; 32: 115-8

Uitenbroek DG, Verhoeff AP. *Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, The Netherlands*. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1379-88.
Razum O, Zeeb H, Akgun HS, Yilmaz S. *Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect?* *Trop Med Int Health* 1998; 3: 297-303.

Powles J. *The best of both worlds: attempting to explain the persisting low mortality of Greek migrants to Australia*. In: Caldwell J, Findley S, Caldwell P, Santow G (eds). *What we Know about Health Transition: the Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*. Canberra: Health Transition Centre, 1990, pp. 584-94.

Lo stato di salute percepito peggiora naturalmente con l'età. Pertanto, **tra i più giovani (al di sotto dei 25 anni), il 15 % delle persone intervistate dichiara di avere un cattivo o pessimo stato di salute e questa proporzione raggiunge il 69 % per gli ultra sessantenni.**

Diagramma 14. Stato di salute percepito, per gruppo d'età (in %).



Nell'insieme gli individui intervistati dichiarano mediamente 1,2 problemi di salute per persona. I tre principali ambiti citati sono quelli dei problemi digestivi, di salute mentale e osteoarticolari – ma anche, per le donne, i problemi ginecologici (citati dal 16 %).

L'importanza dei problemi di salute mentale è spesso legata alla questione della richiesta d'asilo, per le persone rifugiate o i migranti clandestini che hanno ricevuto il rifiuto di asilo. Effettivamente, queste persone hanno spesso subito gravi choc e traumi, la perdita di familiari o parenti, torture o violenze fisiche e morali...⁵³

« E' stato legato per le braccia al muro e preso a calci, pugni e colpi di sbarra di ferro. »

MDM Italia riporta la testimonianza di un giovane, originario della Repubblica Democratica del Congo:

” A è nato nella Repubblica Democratica del Congo nel 1975. Ha frequentato una scuola professionale di meccanica e poi ha cominciato a lavorare sulle barche del porto fluviale di Kinshasa. Il suo lavoro consisteva nel caricare e scaricare le merci dalle barche.

Ha vissuto con una donna con cui ha avuto due figli. I suoi problemi sono cominciati nel mese di settembre 2002, quando è stato arrestato. Molto prima del suo arresto, la sua barca era stata sequestrata per trasportare armi e combattenti nel nord del paese, dove c'era la guerra.

Un giorno, durante il viaggio da Kinshasa alla Provincia dell'Equatore, la barca è stata attaccata e ripresa dai ribelli. Tutti quelli che erano sulla barca sono fuggiti nella foresta.

A ha tentato di salvarsi nella sterpaglia. In seguito è tornato a Kinshasa con gli altri fuggitivi, lasciando così la zona di guerra. Due mesi dopo il rientro a Kinshasa, è stato arrestato come tutti quelli che lavoravano sulla barca. E' stato processato e condannato a dieci anni di prigione. E' stato liberato nel mese di novembre 2003 grazie all'intermediazione di un amico di suo padre.

Durante l'incarcerazione è stato torturato. L'hanno legato con le braccia al muro e l'hanno preso a calci e pugni e colpi di sbarra di ferro. E' stato rinchiuso in una stanza senza finestre con molti altri prigionieri. Mancava l'aria, non c'era luce. Vedeva dei prigionieri uscire e non tornare. .../...

53. Kirmayer LJ. Le dilemme du réfugié. *Evol Psychiatr* 2002; 67: 743-63.

Dopo esser stato scarcerato, è rimasto nascosto per due giorni a casa di un amico, il tempo di preparare i documenti, e lo stesso amico lo ha messo su un aereo per l'Italia.

Il giorno dopo è arrivato all'aeroporto di Milano Malpensa.

Ha chiesto asilo politico nel dicembre del 2003. Per due mesi ha vissuto per strada. E' stato dopo questo periodo che lo hanno inviato in un centro d'accoglienza. Nel frattempo ha perso ogni contatto con la moglie e i figli.

« Ci racconta che non è sicuro della sua età ma che crede di avere 24 anni, non sa quando e come è arrivato in Portogallo. »

MDM Portogallo riporta la testimonianza di un giovane originario della Guinea:

”

Si presenta in cattivo stato. Parla in modo disordinato. Ci racconta che non è sicuro della sua età, ma che crede di avere 24 anni, non sa quando né come è arrivato in Portogallo, ma ha sempre dormito nello stesso posto, alle porte del Ministero della Marina, vicino al Terriero do Paço. Là lo conoscono tutti. Il solo periodo che non è stato là è quando ha subito degli « attacchi », era all'ospedale Júlio de Matos, nel reparto di psichiatria dove tutt'ora torna frequentemente.

Per mangiare, va ai camper (distribuzione pasti), di cui conosce i posti e gli orari di tutta la settimana. Quando ha bisogno di un medico va all'unità mobile di Medici del Mondo o all'ospedale Santa Maria. Ci racconta anche che non ricorda di aver mai avuto un permesso di soggiorno, ed anche che « non ne ha bisogno ».

« Era chiusa in una grande stanza con altre donne, (...) venivano picchiate, torturate e violentate. »

MDM Italia riporta la testimonianza di una giovane donna di 32 anni, originaria della Repubblica Democratica del Congo:

”

N. è nata a Gemena (Repubblica Democratica del Congo) nel 1974. Sposata, ha due figli: il primo è nato nel 2002 nella Repubblica Centrafricana durante la sua fuga, quando ha lasciato il Congo, il secondo è nato a Milano nel 2005. Nel corso del 2002, abitavano a Gemena, territorio ripreso dai ribelli. A quel tempo era incinta. E' stata fatta prigioniera, come suo marito, e violentata.

Era chiusa in una grande stanza con altre donne, ma separate dagli uomini. La stanza conteneva 200 persone. Venivano picchiate, torturate e violentate.

Due settimane dopo la loro incarcerazione, 70 prigionieri sono evasi e tra di loro N. e suo marito. Hanno camminato giorni e giorni verso il confine centrafricano che era a circa 100 km da Gemena.

Arrivati a Bangui, vi sono rimasti parecchi mesi. E' là che N. ha avuto il suo primo figlio.

Il parto non è stato facile, perché si è concluso con un cesareo. A seguito delle complicazioni del parto il piccolo ha avuto delle gravi conseguenze.

Due mesi dopo hanno ripreso il cammino per Mombasa (Kenia) in camion. Da lì sono partiti per la Turchia dove sono rimasti un anno.

In seguito si sono imbarcati su una nave per l'Italia.

La traversata non è stata facile. Sono rimasti in mare senz'acqua, senza cibo. Sono stati intercettati e salvati dalla marina militare italiana, che li ha portati a Lampedusa.

N. ha sofferto molto per il viaggio in mare, ma il bambino ancora di più. Al loro arrivo in Italia il bambino ha avuto le convulsioni.

Sono stati portati all'ospedale di Palermo.

Nel luglio 2004 hanno fatto richiesta di asilo politico.

Due mesi dopo il loro arrivo in Italia, sono stati trasferiti a Milano, in un centro d'accoglienza dove sono rimasti tutti e tre insieme.

N. è rimasta traumatizzata da tutta questa disavventura, sta seguendo una psicoterapia. Parla soltanto con suo marito e i suoi bambini. Rifiuta ogni altro contatto.

Per di più, le condizioni di vita in situazione « clandestina » nei paesi di migrazione (paura di arresto o di denuncia, vulnerabilità sociale ed economica, stigmatizzazione, discriminazione fino a vessazioni di vario tipo, difficoltà a proiettarsi nel futuro, difficoltà di adattamento linguistico e culturale, perdita di reti sociali, etc.) rischiano sempre di rendere più fragile lo stato di salute psicologica delle persone.

« Ha crisi depressive sempre più gravi, è incinta e tende sempre più a rinchiodersi in se stessa. »

MDM Francia riporta la testimonianza di una giovane madre, di origine albanese:

”

Ho ricevuto questa coppia mista al CASO [Centre d'Accoglienza di Cura e d'Orientamento di MDM], lei albanese, lui macedone, con la loro ultima figlia che all'epoca aveva 3 anni, una quindicina di giorni dopo il loro arrivo in Francia. La figlia più grande, di 6 anni, era rimasta con altri bambini al centro d'accoglienza. La piccola restava aggrappata alla madre e rifiutava ogni minimo allontanamento. Erano fuggiti dalla Macedonia dopo 5 anni che descrivono come un inferno: ripetute minacce di morte, violazioni al loro domicilio sia di giorno che di notte, da uomini mascherati che puntavano le armi alla tempia del signor A., alla presenza dei bambini, urlando minacce e insultandoli, chiedendo loro denaro. La signora A. non poteva quasi più uscire nel quartiere senza farsi insultare, spintonare... Proprio mentre era sul punto di partorire, non è stata ammessa all'ospedale a causa della sua origine, avrebbe dovuto versare un « bakshish » che non poteva avere, la sua bambina è nata sulle scale dell'ospedale.

A più riprese la polizia l'ha portata nei suoi uffici per alcuni, per così dire interrogatori, e nel corso di uno di questi è stata violentata.

Questa donna, così come la sua famiglia, ha conosciuto fin dalla sua giovinezza ripetute violenze, essendo suo padre, di professione maestro, impegnato politicamente in Kosovo. Si è sposata ed è partita per la Macedonia, mentre tutta la sua famiglia è fuggita in Francia dove ha ottenuto l'asilo politico.

Di fronte all'inferno che vivevano laggiù, hanno deciso di fuggire anche loro in Francia. Sono partiti verso le montagne con le loro due figlie e nel corso di questa fuga hanno sofferto la fame e il freddo e hanno visto molte persone morire di sfinito.

Inizialmente ospitati in un centro provvisorio, hanno ottenuto una camera in un « hotel » insalubre con la muffa sui muri e, non potendo cucinare, andavano nei posti di distribuzione alimentare.

La signora A. incomincia a manifestare crisi depressive sempre più gravi, è incinta e tende sempre più a rinchiodersi in se stessa. Passano due anni e mezzo durante i quali hanno una risposta negativa alla domanda di asilo politico e ai ricorsi. Avevano presentato una domanda d'asilo territoriale che è stata rifiutata circa 6 mesi dopo.

Durante quel periodo avevano ottenuto due camere in un centro di accoglienza.

In seguito all'ultimo rifiuto hanno dovuto lasciare il centro, adesso hanno un bambino di 3 mesi, sono assistiti da un'associazione che ha trovato loro un alloggio decente.

La depressione della signora A. si aggrava, verrà ricoverata d'urgenza in psichiatria dove resterà 3 mesi, perché aveva perso ogni speranza ed è diventata violenta. È stata presentata una domanda di permesso di soggiorno per motivi sanitari: dopo circa 8 mesi ha ottenuto una risposta positiva per un anno.

Suo marito, sempre senza documenti, ha ottenuto ottiene l'aiuto giuridico ma dovrà aspettare più di 6 mesi per essere ricevuto da un avvocato.

La signora A. riprende poco a poco gusto alla vita, trova qualche ora come donna delle pulizie, e questo è molto importante per lei, nonostante abbia un diploma di segretaria.

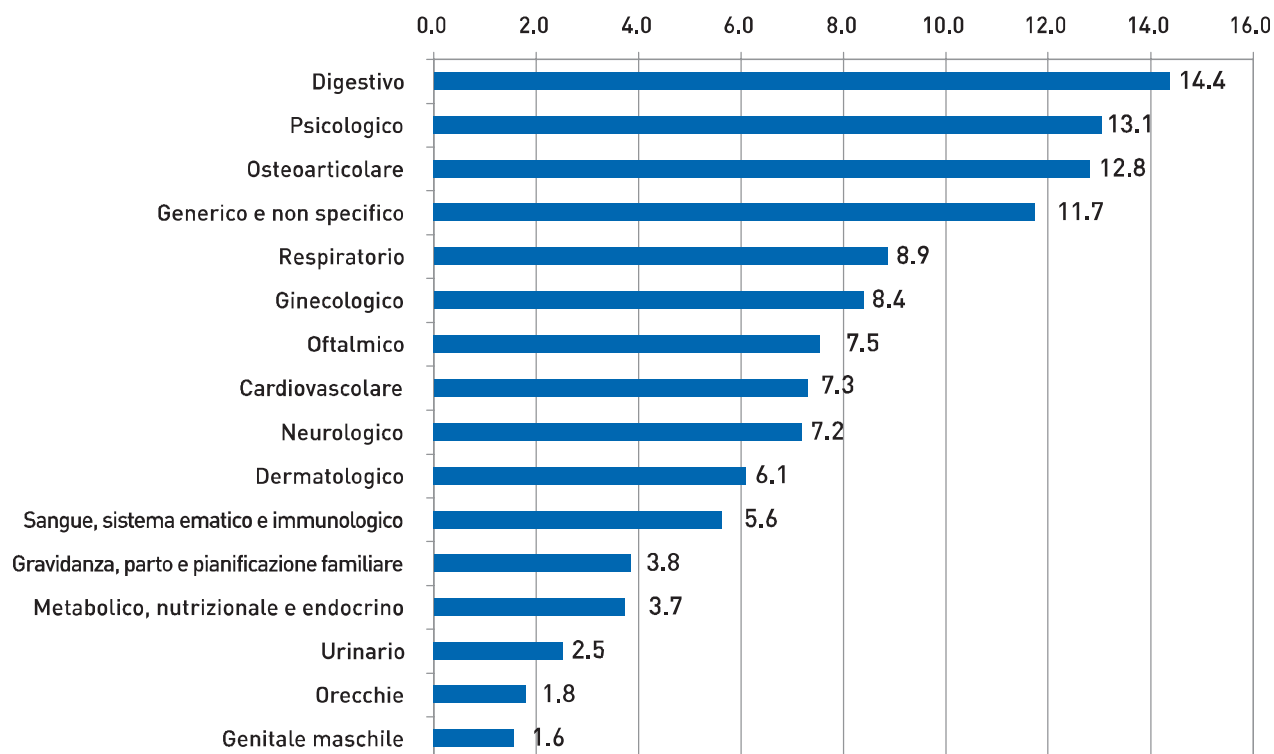
Cade nuovamente in depressione dopo l'incontro con l'avvocato che lascia loro una sola speranza per ottenere i documenti: deve dimostrare di avere un lavoro a tempo pieno, cosa ovviamente impossibile visto l'attuale stato di salute della signora A. Perciò, la fragile speranza nuovamente vacilla.

Tavola 19. Problemi di salute accusati per apparato.

	Proporzione tra l'insieme dei problemi citati (n=998) %	Frequenza nella popolazione dell'indagine (n=835) %
Digestivi	12.3	14.4
Psicologici	11.3	13.1
Osteoarticolari	11.0	12.8
Generali e non specifici	10.1	11.7
Respiratori	7.6	8.9
Ginecologici	7.2	8.4*
Oftalmici	6.5	7.5
Cardiovascolari	6.3	7.3
Neurologici	6.2	7.2
Dermatologici	5.2	6.1
Sangue, sistema ematopoietico e immunologico	4.8	5.6
Gravidanza, parto	3.3	3.8**
Métabolico, endocrino e nutrizionale	3.2	3.7
Sistema urinario	2.2	2.5
Orecchie	1.5	1.8
Apparato genitale maschile	1.3	1.6***

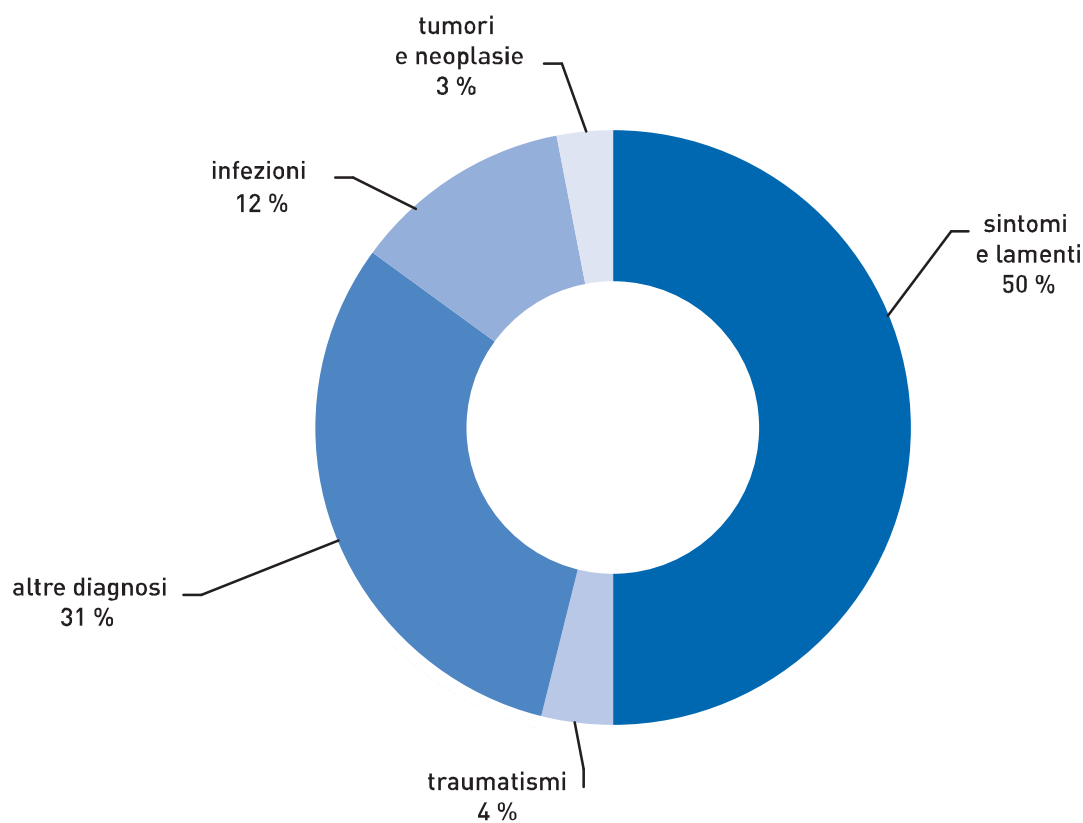
*Il 15.9 % delle donne **Il 8.4 % delle donne ***Il 3.3 % degli uomini

Diagramma 15. Problemi di salute accusati per apparato (frequenza in % della popolazione intervistata).



Secondo la classificazione della CISP, **la metà dei problemi di salute citati sono sintomi e lamentele (senza diagnosi finale, quindi)**. Le infezioni (ogni causa mescolata), le varie forme di tumore e i traumatismi rappresentano – insieme – quasi il 20 % dei problemi citati. (precisiamo che questa classificazione, proposta dalla CISP, comprende malattie molto diverse e, in particolare, dei gradi di gravità molto diversi).

Diagramma 16. Problemi di salute accusati per tipo (frequenza in % della popolazione intervistata).



Incrociando i due indicatori precedenti (tipo di problema e apparato interessato, ai sensi della CISP), si osserva che le « diagnosi non mirate » (registrate e classificate in quanto sintomi) riguardano con particolare frequenza la sfera digestiva, muscolo-scheletrica, neurologica e psichiatrica: vale a dire quelle che presentano, a volte, una ricca espressione sintomatologia (dolori, in particolare) e per le quali solo un'assistenza continua – e non solo sintomatica – permette di formulare una diagnosi.

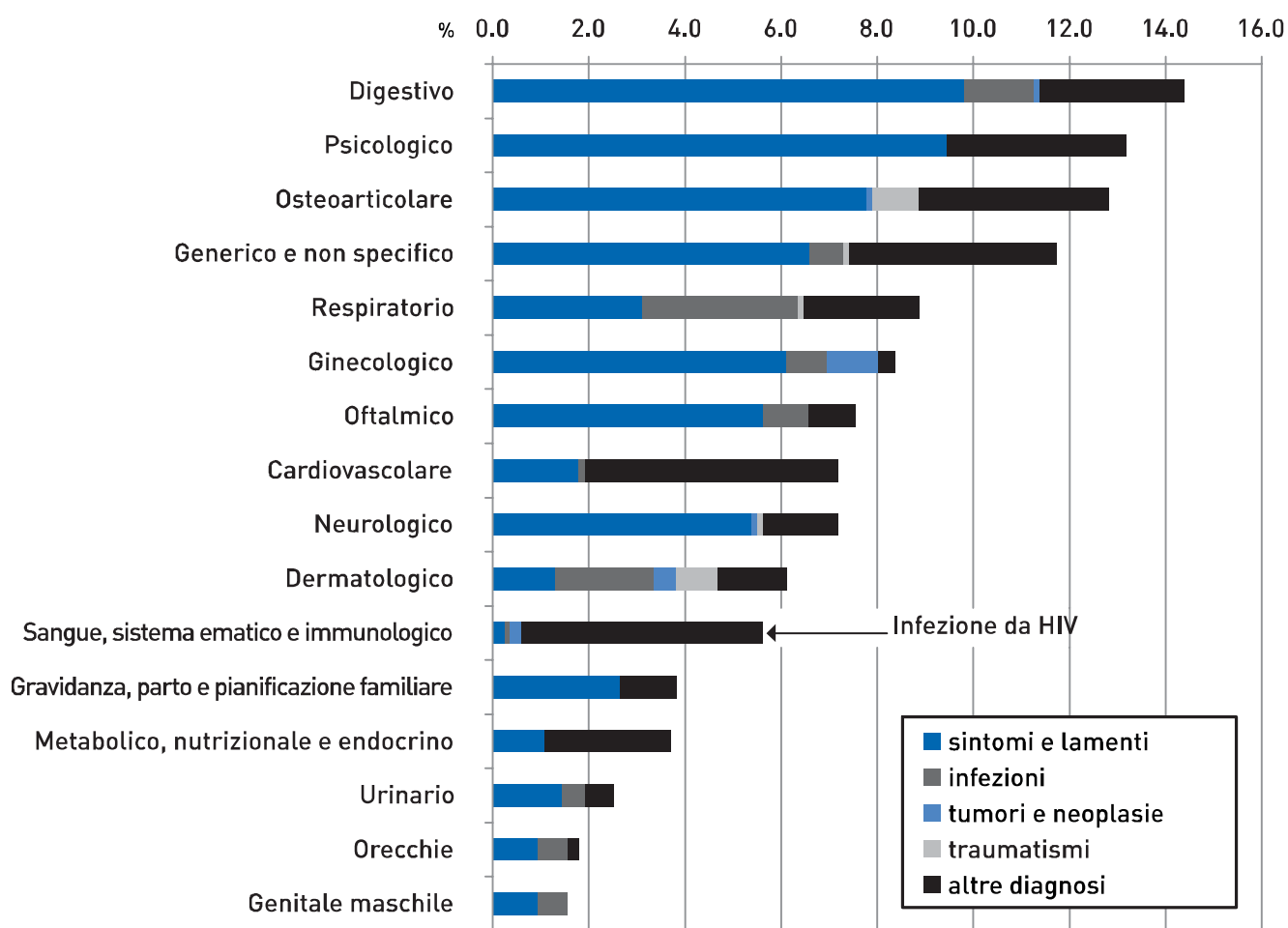
Per quanto concerne le patologie immunitarie ed ematiche, si tratta essenzialmente di infezione da HIV⁵⁴.

54. Può sembrare strano che il tasso di infezione da HIV sia così importante nelle diagnosi, senza aver potuto realizzare analisi complementari. Ciò si spiega in due modi:

- le persone incontrate sapevano con certezza della loro infezione da HIV, diagnosticata precedentemente
- più di due luoghi della ricerca erano luoghi specifici nel seguire persone portatrici di HIV

Dall'osservazione effettuata in questo tipo di ricerca, la vera prevalenza di HIV resta evidentemente sconosciuta (vedere al capitolo IV-5 L'infezione da HIV).

Diagramma 17. Problemi di salute accusati per tipo e sistema (frequenza in % della popolazione intervistata).



A un livello di analisi più approfondito, **27 problemi di salute sono meno della metà (45,7 %) dell'insieme dei problemi citati**⁵⁵. Tra di essi sono più frequenti i dolori addominali, osteoarticolari e ginecologici, i sintomi ansioso-depressivi, i sintomi di infezioni (tosse, febbre) ma anche le infezioni gravi (HIV, epatite virale).

55. Un terzo (il 32,8 %) dei problemi menzionati sono soltanto dichiarati dalle persone intervistate.

Tavola 20. Problemi di salute accusati.

	Proporzione rispetto all'insieme dei problemi citati (n=998) %	Frequenza nella popolazione d'indagine (n=835) %
Problemi dorsolombari*	4.4	5.3
Depressione*	4.3	5.2
Infezione da HIV	3.7	4.4
Mal di testa	3.1	3.7
Occhiali	2.7	3.2
Dolori epigastrici e disturbi gastrici*	2.8	3.3
Dolori ed altri S/P genitali e mestruali* femminili	2.5	2.9
Ipertensione arteriosa non complicata	1.8	2.2
Ansia	1.7	2.0
Stress acuto	1.7	2.0
Asma	1.6	1.9
Dolore generale	1.6	1.9
Disturbi del sonno	1.6	1.9
Fatica	1.4	1.7
S/P** Dolori a denti o gengive	1.4	1.7
Dolori e crampi addominali	1.3	1.6
Febbre	1.2	1.4
Epatite virale	1.1	1.3
S/P Disturbi visivi (a parte gli occhiali)	0.9	1.1
Diabete insulinodipendente	0.9	1.1
Sterilità	0.8	1.0
Tosse	0.8	1.0
Sinusite	0.7	0.8
Abuso di droghe	0.7	0.8

*dopo raggruppamento di tutte le codificazioni compatibili della CISP

**S/P: sintomi o lamentele

Più dei due terzi di questi problemi di salute (69,9 %) sono dichiarati cronici e, al tempo stesso solo un terzo degli stessi (30,1 %) è oggetto di un trattamento in corso. Rapportato agli individui, il 47,1 % di loro dichiara di avere almeno 1 problema di salute cronico. Tra loro, soltanto la metà (50,4 %) sta effettuando un trattamento per tutte le malattie croniche, mentre il 49,6 % ha almeno una malattia cronica non trattata, senza differenze significative quanto a sesso, età o durata di permanenza clandestina.

Il fatto di avere un'assistenza sanitaria aumenta la possibilità di beneficiare di un trattamento per l'insieme delle malattie croniche (RR = 1.71, IC 95 % = [1.28 – 2.29]). Comunque ciò non garantisce l'assistenza di tutti per ogni tipo di cura, poiché soltanto il 65,8 % delle persone che ricevono tale assistenza sono curate per le loro malattie croniche (contro il 38,5 % delle persone non assistite, p<0.001).

Circa la metà delle persone che hanno dichiarato almeno un problema di salute (46,7 %), uno o l'altro di tali problemi, ha subito un ritardo nel ricorso alle cure. Il confronto dei disturbi più frequenti tra coloro che dichiarano – o meno – un ritardo nella cura, non mostra differenze rilevanti: in altri termini, le persone che soffrono di disturbi gravi o consolidati (come depressione, infezione da HIV, diabete, epatite virale, HTA) non subiscono meno ritardi nel ricorso alle cure rispetto ai portatori di disturbi più benigni o di sintomi non classificati (fatica, febbre, dolori articolari, etc). Complessivamente, **la gravità dei disturbi non comporta necessariamente un miglior ricorso alle cure – fatto questo particolarmente inquietante** considerate le conseguenze che possono provocare i ritardi nelle cure, dei casi affetti da patologie gravi.

« Durante la visita, mi ha fatto parecchie domande, ma nessun controllo medico, non ha nemmeno esaminato il rigonfiamento che sentivo al seno. »

Testimonianza di MDM Olanda, raccolta da M., 43 anni, originaria del Ghana

”

« Un mese fa, ho consultato un medico di base perché sentivo un rigonfiamento al seno ed ero molto preoccupata. Il medico mi avrebbe vista solo se avessi pagato in anticipo. Durante la visita, mi ha fatto parecchie domande, ma nessun controllo medico, non ha nemmeno esaminato il rigonfiamento che sentivo al seno. Io ero infermiera in Ghana, e so come trattare i problemi medici. E' per questo che ho pensato che era veramente strano che quel medico non mi visitasse correttamente e questo mi ha fatto arrabbiare. Alla fine della visita, il medico mi ha dato una prescrizione per dei farmaci. Non sono andata in farmacia. Non credo che quella prescrizione possa aiutarmi, perché il trattamento non è stato prescritto sulla base di un buon controllo medico. Non mi fido di quel medico, il modo in cui mi ha trattata mi rende triste. Ho deciso di non andarci più e di cercarne un altro. »

Il fatto di aver ottenuto l'assistenza sanitaria non è significativamente correlato ad un minor ritardo nel ricorso alle cure (per i problemi di salute al momento della ricerca). Si osserva tuttavia una leggera differenza: il 53 % dei beneficiari di tale assistenza presentano un ritardo nelle cure, contro il 45,1 % di quelli che non ce l'hanno ($p=0,2$). Se questo risultato può apparire a prima vista sorprendente, esso rivela che **il fatto di ottenere una tessera d'accesso alle cure gratuite, non garantisce da solo il superamento di tutti gli ostacoli nell'accesso alle cure.** Alcuni medici sono restii ad occuparsi di persone in situazione irregolare⁵⁶.

Inoltre, il fatto che delle persone, che hanno un'assistenza sanitaria, vengano a farsi visitare nei centri di Medici del Mondo o di altre associazioni, sottolinea di per sé che tale diritto è una condizione necessaria, ma non sufficiente, per una vera uguaglianza di accesso alle cure per tutte le persone vulnerabili residenti nei paesi europei.

⁵⁶. Vedere il capitolo V.2. I rifiuti alla cura da parte dei professionisti della sanità

3. Dipendenze

Nell'insieme della popolazione intervistata, il **10,0 % degli individui ha un problema di abuso o di dipendenza da alcool** (IC 95 % = [7.8-12.6]⁵⁷), indipendentemente dall'età. Si tratta più spesso di uomini: il 15,2 % contro il 3,0 % di donne (RR = 4.9, IC 95 % = [2.5-9.4], $p < 10^{-6}$). Questa prevalenza è significativamente diversa a seconda dei paesi, con scarti importanti ($p < 10^{-6}$): è più bassa in Spagna e maggiore in Italia. A titolo comparativo, ricordiamo che il consumo « problematico » di alcool coinvolge, per esempio in Francia, il 13,8 % della popolazione maschile e il 5,0 % della popolazione femminile⁵⁸.

Tavola 21. Prevalenza dell'alcolismo maschile per paese

	%	Intervallo di Confidenza (IC) 95%
Italia	32.1	31.0 - 64.2
Belgio	12.8	6.3 - 22.3
Francia	9.6	3.9 - 18.8
Grecia	8.7	2.4 - 20.8
Spagna	7.8	3.6 - 14.3
Insieme	15.2	11.7 - 19.3

Inoltre, il **21,6 % della popolazione intervistata presenta un abuso o una dipendenza dal fumo** (IC 95 % = [18.6 – 24.8]). Si osserva una tendenza decrescente con l'età, ma questa non è significativa. Si tratta più spesso di uomini ma con scarti più ridotti rispetto all'alcool: rispettivamente il 30,2 % di uomini e il 12,2 % di donne (RR = 2.5, IC 95 % = [1.8 – 3.4]). Questo superconsumo maschile è particolarmente rilevante in Belgio, è significativo anche in Francia e in Grecia, ma non lo è negli altri paesi, in particolare in Spagna.

A titolo comparativo, dai dati dell'OCDE del 2002 o 2003: in Grecia, il 35,0 % della popolazione totale fuma quotidianamente, il 28,6 % in Francia, il 28,1 % in Spagna, il 27,0 % in Belgio, il 26,0 % in Gran Bretagna, il 24,2 % in Italia e il 20,5 % in Portogallo⁵⁹.

Tavola 22. Tabagismo maschile per paese: stima di rischio relativo uomini/donne.

	Rischio Relativo (RR) H/F	Intervallo di Confidenza (IC) 95%
Belgio	11.4	3.5 - 36.9
Francia	2.1	1.1 - 4.6
Grecia	2.7	1.3 - 6.5
Italia	0.8	0.3 - 2.0*
Spagna	1.5	0.9 - 2.5*

*non significativo (ossia il rischio di fumare non è significativamente diverso per gli uomini e per le donne da un punto di vista statistico)

Nota di lettura: in Grecia, gli uomini sono 2,7 volte più a rischio di fumo delle donne con un intervallo di attendibilità (IC) del 95 % compreso tra 1,3 e 6,5.

L'alcool-tabagismo, vale a dire l'abuso o la dipendenza dall'alcool e dal tabacco, è meno frequente: il 3.4 % (IC 95 % = [2.2 – 4.8]). Interessa anche 3 volte più spesso gli uomini delle donne ($p=0,01$). La bassa attendibilità dei dati impedisce ogni confronto per paese, dopo quello sul sesso.

Per quanto concerne l'uso delle droghe, la sua prevalenza è stimata al 5,2 % (IC 95 % = [3.7 – 7.0]) e riguarda ancora più gli uomini (8.5 %) delle donne (1.5 %): RR = 5.7, IC 95 % = [2.3 – 14.5], $p < 10^{-4}$; ma anche, spesso, i più giovani: rispettivamente il 9,2 % dei minori di 25 anni, il 4,2 % di 26-60 anni e nessun caso osservato in chi ha più di 60 anni.

57. IC = Intervallo di Confidenza ; RR = Rischio Relativo.

58. Misurazione fatta con il test Delta: Guilbert P, Gautier A, eds. *Baromètre santé 2005, premiers résultats*. Paris, INPES, 2006, 170 p

59. Fonte : Ecosanté OCDE 2005.

La prevalenza rilevata nell'uso di droghe è significativamente più elevata tra gli intervistati in Italia e più ridotta in Belgio (compreso il confronto sull'età) – in linea, certamente, con i criteri specifici dei diversi centri interessati dalla ricerca. Una co-dipendenza dall'alcool e dalle droghe è stata rilevata in 19 casi (il 2,3 % del campione totale) e 3,4 volte più spesso negli uomini ($p=0,04$).

Tavola 23. Uso di droghe per paese.

	%	Intervallo di Confidenza (IC) 95 %
Italia	18.8	10.9 - 29.0
Francia	5.0	2.0 - 10.0
Spagna	4.2	1.8 - 8.1
Grecia	2.4	0.3 - 8.4
Belgio	1.0	0.1 - 3.5
Insieme	5.2	3.7 - 7.1

In conclusione, in merito all'abuso o alla dipendenza da farmaci, la prevalenza rilevata è ancora più bassa: è compresa tra il 2,2 % e il 3,3 % (a seconda che si tenga conto, o meno, dei dati mancanti, essendo in quel caso intesa come risposta negativa). La scarsa incidenza dei risultati rende poco pertinente il confronto per sesso o per paese. Una co-dipendenza dall'alcool e dai farmaci è segnalata solo in 6 casi (0,7 % del campione totale).

4. Accesso allo screening e ai trattamenti per l'infezione da HIV

In tutti i paesi esaminati, il test per lo screening dell'HIV, è teoricamente possibile e gratuito per tutte le persone che lo desiderano. Eppure, nel campione esaminato, il 54,2 % delle persone intervistate ignora di poterne beneficiare gratuitamente. Questa proporzione è significativamente diversa a seconda dei paesi.

→ E', significativamente, **la peggiore in Grecia**. Si può vedere in questo risultato un effetto del rifiuto di un diritto che coinvolge ampiamente gli stranieri in situazione irregolare in questo paese: essendo regola generale il fatto che non hanno praticamente alcun diritto alle cure, le rare eccezioni a questa regola (all'occorrenza quella di un accesso allo screening gratuito dell'HIV) sono ovviamente, ma sfortunatamente molto poco conosciute.

→ E' **la più favorevole in Francia**. In questo paese gli intervistati sono i più informati sulla possibilità di sottoporsi allo screening gratuitamente (anche se sono complessivamente poco informati della possibilità di ottenere un'assistenza per malattia): il 59,0 % è al corrente di questa possibilità, e a Parigi tale cifra raggiunge il 68,8 % (grazie alle grosse campagne di pubblicitarie e informazione sullo screening).

Tavola 24. Frequenza della disinformazione sullo screening gratuito per l'HIV per paese

	%	Intervallo di Confidenza (IC) 95%
Grecia	83.7	74.2 - 90.8
Gran Bretagna	66.7	29.9 - 92.5
Portogallo	64.7	38.3 - 85.8
Italia	63.0	54.2 - 71.1
Belgio	50.3	42.8 - 57.8
Spagna	47.2	40.1 - 54.4
Francia	41.0	32.9 - 49.5
Insieme	54.2	50.6 - 57.8

« Ogni anno, per il mio compleanno, mi regalavo uno screening, è normale, con mio marito... »

MDM Francia riporta la testimonianza di una giovane donna, d'origine senegalese:



F. ha spinto la porta dell'ufficio accompagnata dall'addetta all'accoglienza. Mentre si accomoda e si toglie il cappotto, comincio a spiegarle gli obiettivi della ricerca, e la ringrazio del suo contributo. Mi ferma con un gesto « è la prima volta che ne parlo. Questo non la disturba? ». Ho posato la penna e spostato il questionario. F. ha cominciato a parlare della sua vita laggiù (in Senegal), la sua voce si è di volta in volta animata, poi spenta: animata quando evocava una vita da artista, attrice, quando parlava dei suoi figli, di una vita bella e agiata... Poi spenta al momento di ricordare l'infibulazione, il dono della figlia maggiore per salvarla da questa tortura, la « sparizione » organizzata delle più piccole e le violenze di un marito instabile, che rifiutava il lavoro della moglie « Attrice? Sì, prostituta! ». Agli insulti verbali si aggiungono le violenze fisiche: il corpo trascinato sul filo spinato, e le minacce: « se torni, ti cavo un occhio ». F. ha riassunto la sua vita d'un fiato e, forse anche per respirare. Tornando al problema di salute che la porta qui, epatite C associata a sifilide, le riassumo lo screening per l'HIV. Lo conosce, anche se non sa che in Francia è possibile farlo gratuitamente. Laggiù era il suo regalo di compleanno: « ogni anno, per il mio compleanno, mi regalavo uno screening, è normale, con mio marito... » La vita in Francia? F. conclude il nostro incontro con queste parole: « Qui ci aiutano, ma si dovrebbe aprire una nuova via, perché i clandestini possano farsi curare senza paura. Si deve costruire il rispetto e non la paura. Ci nascondiamo come se fossimo delle bestie »

Ancora più frequenti sono le persone che ignorano dove possono andare a fare il test per l'HIV: il 62,3 % delle persone intervistate rientra in questo caso.

Questo tasso è significativamente più alto in Gran Bretagna⁶⁰, in Grecia e in Italia ed è significativamente più ridotto in Spagna. In Francia, si pone nella media generale.

Tavola 25. Frequenza della disinformazione dei posti di screening per l'HIV per paese

	%	Intervallo di Confidenza (IC) 95%
Gran Bretagna	88.9	51.8 - 99.7
Grecia	86.4	75.0 - 94.0
Italia	74.5	65.1 - 82.5
Francia	66.7	58.0 - 74.5
Portogallo	61.5	31.6 - 86.1
Belgio	60.3	52.8 - 67.6
Spagna	46.2	39.1 - 53.4
Insieme	62.3	50.6 - 57.8

La situazione è vicina a quella riferita ai trattamenti: il **63,1 % delle persone ignora che sono disponibili trattamenti gratuiti contro l'HIV**. Questo tasso è significativamente **superiore in Grecia** (nessuna delle persone intervistate lo sapeva) e, ancora, significativamente **il più basso in Spagna**.

In Gran Bretagna la domanda non è stata posta, poiché in questo paese, i sieropositivi in situazione irregolare non possono beneficiare di trattamenti gratuiti.

60. Dove, in mancanza di trattamenti gratuiti (cf. infra), non esiste alcuna campagna d'informazione sullo screening per l'HIV diretta a persone in situazione irregolare.

Tavola 26. Frequenza della disinformazione sui trattamenti gratuiti contro l'HIV per paese.

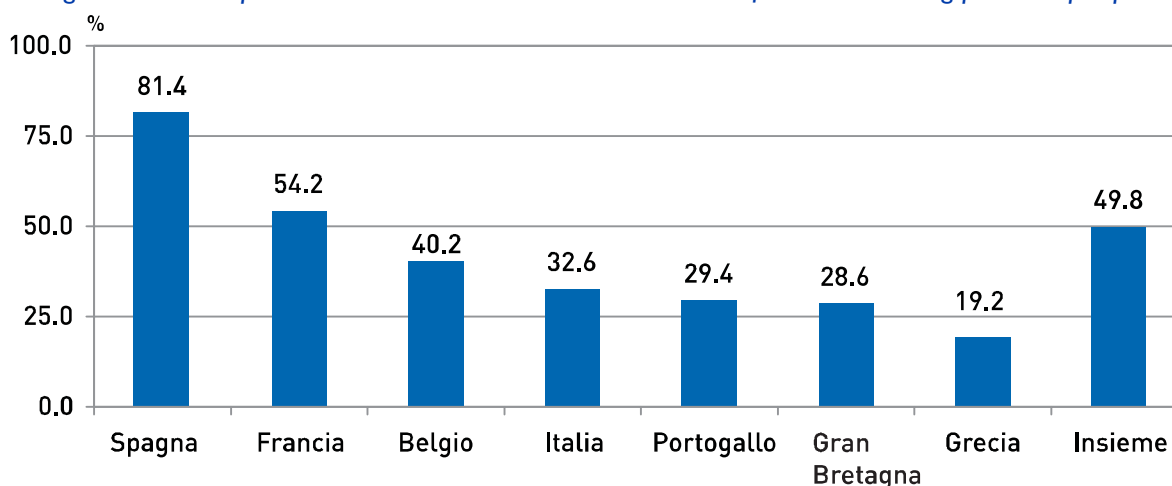
	%	Intervallo di Confidenza (IC) 95%
Gran Bretagna	*	
Grecia	100.0	93.4 - 100.0
Portogallo	73.3	44.9 - 92.2
Italia	68.2	58.5 - 76.9
Francia	67.9	59.3 - 75.7
Belgio	59.8	52.1 - 67.1
Spagna	49.2	42.1 - 56.4
Insieme	63.1	50.6 - 57.8

* In Gran Bretagna non c'è trattamento gratuito

Questi tassi sono particolarmente alti, tenuto conto del fatto che, **quasi la metà delle persone interrogate ha già desiderato fare uno screening per l'HIV** (il 49,8 %): non si tratta quindi di un disinteresse totale su questa problematica, al contrario.

Ci sono differenze significative a seconda dei paesi. In Spagna, la maggiore parte degli intervistati (all'81,4%) ha già desiderato sottoporsi a un test per l'HIV, in Francia sono poco più della metà (54,2 %). Al contrario tale desiderio non è stato rivelato che dal 40,2 % degli intervistati in Belgio, il 32,6 % in Italia, il 29,4 % in Portogallo, il 28,6 % in Gran Bretagna e il 19,2 % in Grecia.

Diagramma 18. Proporzioni di individui che avrebbero desiderato fare uno screening per l'HIV per paese.



Per spiegare queste differenze tra paesi, si possono avanzare numerosi argomenti senza che possano essere avallati da questa indagine⁶¹:

- la percezione del rischio di essere infettati può essere diversa (in particolare in funzione dei principali gruppi migratori)
- anche le politiche d'informazione (e le conoscenze dei dispositivi) hanno un impatto sulla domanda di screening⁶²
- infine, le differenze constatate rimandano in parte anche al tipo di attività dei centri che hanno partecipato all'indagine (in Belgio ad esempio, il desiderio di uno screening è evidentemente più frequente tra le persone intervistate nelle associazioni partners che assistono le persone con HIV: il 64,4 % contro il 40,2 % del totale delle persone interviste in Belgio).

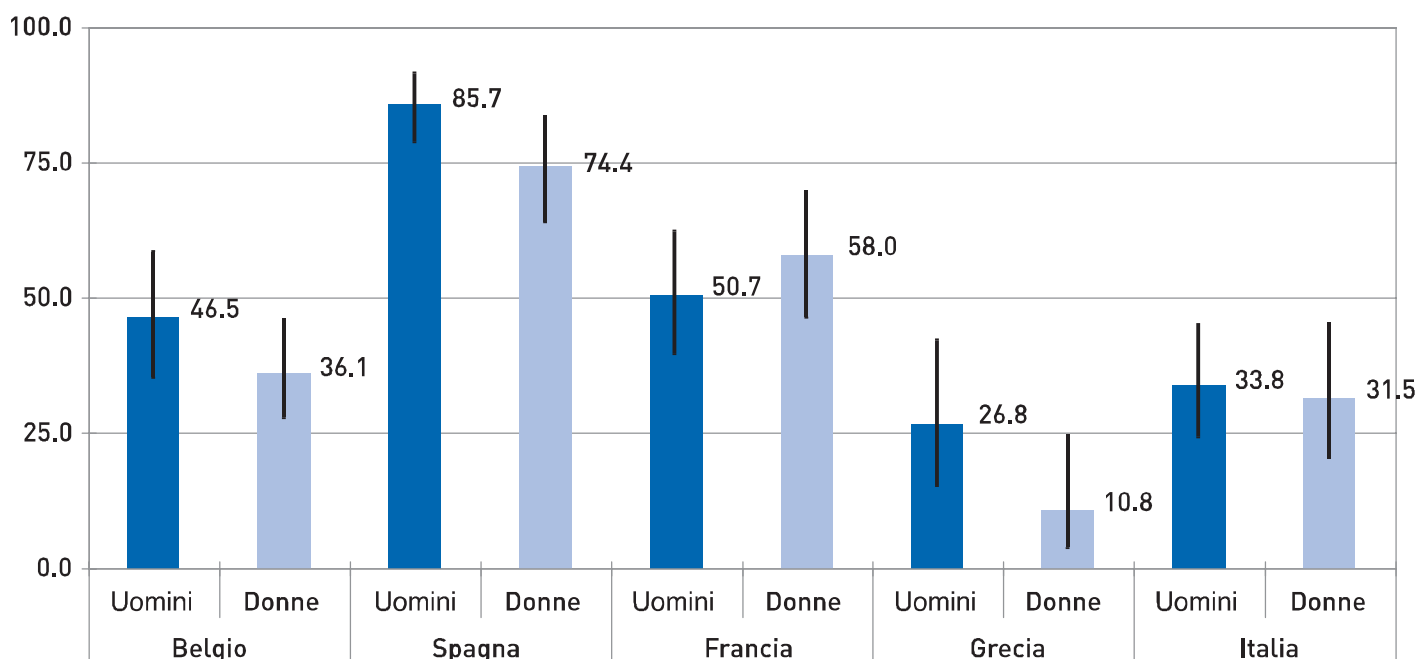
Nel totale della popolazione intervistata, **tale desiderio si ritrova in modo significativo più spesso negli uomini** (il 53,4 %) **che nelle donne** (il 45,4 %, $p=0.03$) e **diminuisce con l'età** (soltanto nel 23,5 % di chi ha più di 60 ad esempio, ma le differenze non sono significative).

61. Clarke K, Broring G, eds. HIV/AIDS Care and support for migrant and ethnic minority communities in Europe. Woerden: AIDS & Mobility, 2000.

62. Matic S, Lazarus JV, Donoghoe MC, eds. HIV/AIDS in Europe: moving from death sentence to chronic disease management. Geneva, WHO, 2006, 298 p.

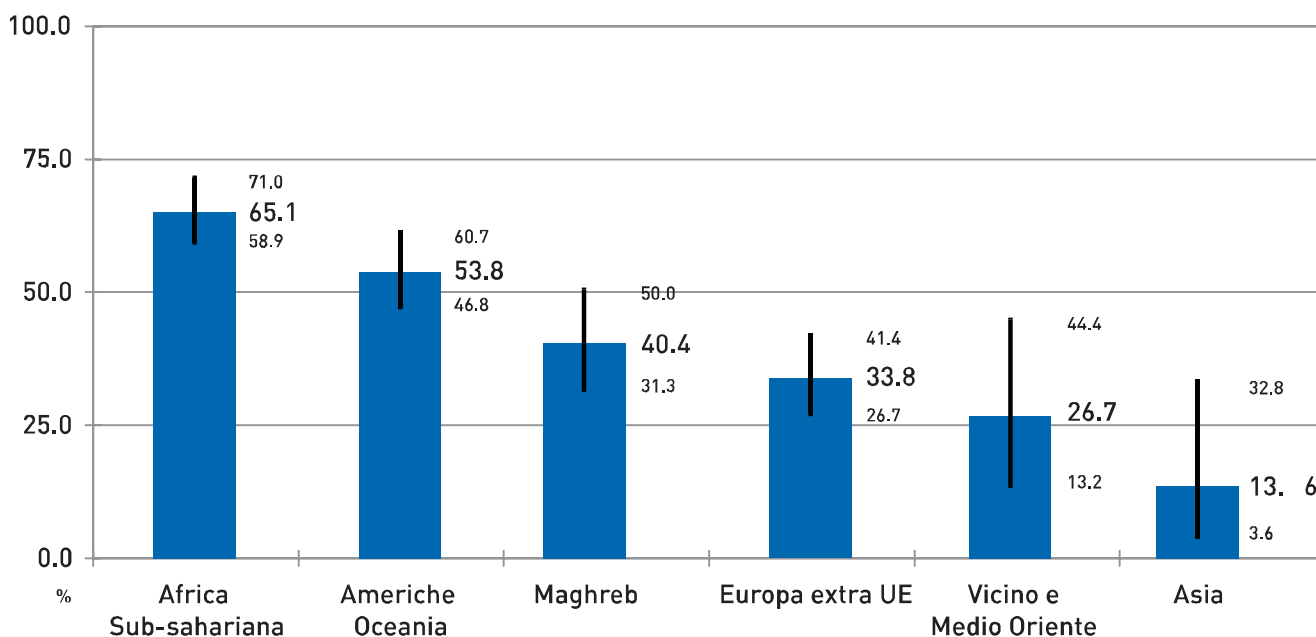
Pertanto, le differenze per genere e paese non sono significative per ragioni legate al basso tasso degli effettivi (la figura qui sopra mostra l'ampiezza degli intervalli di attendibilità).

Diagramma 19. Prevalenza del desiderio di screening per l'HIV per paese e per sesso



Al contrario, il fatto di aver desiderato uno screening dell'HIV appare nettamente diverso a seconda del continente di origine delle persone ($p < 10^{-6}$). **Gli Africani sono i più numerosi ad aver voluto beneficiare di tale screening** (il 65,1 % delle persone, che è significativamente più della media del totale del campione) e gli Asiatici i meno numerosi; i magrebini, gli orientali ma anche gli europei sono in una situazione intermedia, ma in tutti i casi, soltanto una minoranza tra loro dichiara di aver già desiderato fare uno screening dell'HIV.

Diagramma 20. Prevalenza del desiderio di screening dell'HIV per continente d'origine.



Nota di lettura: per ogni paese il diagramma fornisce la proporzione osservata nel campione (colonna larga) e il suo intervallo di attendibilità del 95 % (riga nera). Quindi, il 40,4 % delle persone originarie del Maghreb hanno desiderato di sottoporsi allo screening e l'intervallo di attendibilità statistica di questa percentuale è compreso tra il 31,3 % e il 50,0 %.

La stragrande maggioranza delle persone che hanno desiderato sottoporsi allo screening per l'HIV hanno potuto fare il test (l'85,4 %) ma, inversamente, il 14,6 % non ne ha potuto beneficiare⁶³. **Praticamente nell'indagine non è stato rilevato alcun ostacolo in merito alla conoscenza del risultato:** tra coloro che lo hanno fatto, il 99,7 % ne conosceva l'esito (l sola persona dichiara di ignorarlo).

Le ragioni per cui l'altra metà della popolazione non ha mai desiderato sottoporsi allo screening sono legate nella maggior parte dei casi alla sensazione di non averne bisogno o di non esserne coinvolti. La questione degli ostacoli al trattamento (il non sapere che sono gratuiti o l'idea che siano a pagamento) è citata in circa il 10 % dei casi. Al contrario, sembra che la mancanza di fiducia nella segretezza dei risultati sia molto maggiore e tuttavia non costituisce un ostacolo allo screening (tale lamentela se riferisce solo a 8 persone).

Altre situazioni sono fortunatamente rare (meno dell'1 % della popolazione intervistata) ma nondimeno osservate nell'indagine: test all'insaputa della persona (citato 5 volte da persone testate a loro insaputa, dunque senza la loro espressa volontà), non sapere che esistono trattamenti (9 volte), non ha mai sentito parlare dell'AIDS (8 volte).

Tavola 27. Ragioni per le quali uno screening per l'HIV non è mai stato attuato

	% (n=385)
Non ne sentono il bisogno	64.4
Paura dei risultati	11.4
Non sa che il trattamento è gratuito	5.5
Sa che nessun trattamento è gratuito	4.2
Non lo riguarda	2.9
Non sa che esiste un trattamento	2.3
Lamenta assenza di segretezza	2.1
Non ha mai sentito parlare dell'AIDS	2.1
Testato a sua insaputa	1.3
Non sa dove andare	1.3
Troppo caro	1.0
Mai avuta l'occasione	0.5
Rifiuta di rispondere	0.5
Non sa che il lo screening è gratuito	0.5

5. Infezione da HIV

Nell'insieme del campione si osserva una prevalenza estremamente elevata di infezione da HIV: il 5,7 % (IC 95 % = [4,3-7,5]), senza differenza significativa tra uomini e donne. Questa prevalenza è – molto evidentemente – quella conosciuta dalle persone intervistate (e da loro dichiarata). E' senza dubbio inferiore alla realtà: le persone che ignorano la propria sieropositività o preferiscono non farlo sapere, non sono considerate come sieropositive (non si tratta di un'indagine di prevalenza in senso « epidemiologico » del termine).

Questa forte prevalenza è anche legata al modo in cui il campione è stato costruito – in particolare al fatto che una parte dell'indagine in Belgio si è svolta in associazioni che si rivolgono agli stranieri che vivono con AIDS conclamato. Quindi, tra le 48 persone sieropositive del campione, 30 sono assistite (e sono state intervistate) da tali associazioni belghe. **Nel resto del campione, la siero-prevalenza da HIV è due volte minore (2,3 %) ma resta particolarmente elevata.** Per dare un termine di paragone, l'incidenza annuale di nuove infezioni da HIV è in media di 68 casi su 1 milione di abitanti nell'Unione europea, cioè approssivamente una prevalenza dell'1 % della popolazione complessiva.

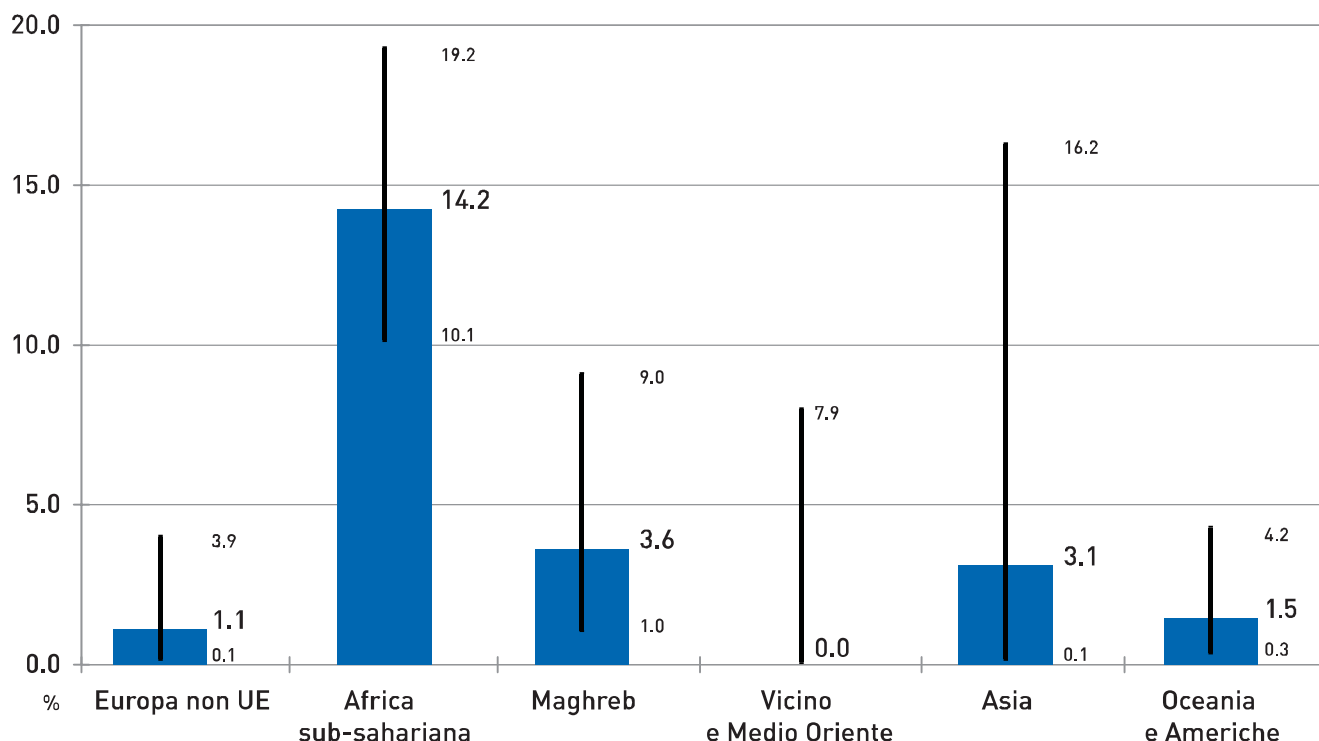
63. Senza differenza significativa tra uomini e donne.

64. Euro HIV. HIV/AIDS Sorveglianza in Europa. Rapporto di metà anno 2005. San-Maurizio: Istituto di vigilanza sanitaria, 2006, n°72.

Si può osservare un legame significativo ($p < 10^{-6}$) con il continente di origine delle persone: **le persone originarie dell’Africa sub-sahariana costituiscono un tasso particolarmente elevato** (il 14,2 %) mentre nessun caso è stato rilevato nelle persone originarie del Vicino e Medio Oriente. Si può notare tuttavia che gli effettivi bassi rendono gli intervalli di attendibilità particolarmente ampi per l’Asia e, in misura minore, anche per il Vicino e medio Oriente.

I paesi d’origine dei casi di infezione da HIV osservati sono, per Africa sub-sahariana: Camerun (9 casi), Rwanda (7 casi), Repubblica Democratica del Congo (5 casi), Burundi, Costa d’Avorio, Ghana (2 casi ciascuno), Burkina Faso, Capo Verde, Guinea, Guinea Bissau, Niger, Nigeria, Senegal e Togo (1 caso ciascuno). Per l’America, si tratta soltanto di Ecuador, Perù e Salvador (1 caso ciascuno), per l’Asia, il Kazakistan (1 caso), per l’Europa (extra UE) la Romania e la Serbia (1 caso ciascuno).

Diagramma 21. Prevalenza di infezione da HIV per continente d’origine



Le persone infette da HIV beneficiano più spesso di assistenza sanitaria rispetto alle altre (il 93,8 % contro il 76,0 % $p < 0.01$)⁶⁵ e la quasi totalità (anche il 93,8 %) ha consultato un medico per la sua malattia.

Più di 9 pazienti sieropositivi su 10 si sono visti proporre un trattamento (il 90,9 %). Tra loro, il 42,5 % lo ha effettivamente seguito, ma circa la metà delle persone coinvolte non ha risposto alla domanda: se si considerano solo quelle che hanno risposto, più dell’80 % lo ha effettivamente seguito (ma gli effettivi diventano deboli, circa una ventina di individui in tutta la popolazione oggetto dell’indagine...)

La questione che riguarda l’assunzione del trattamento ARV presenta meno persone che non rispondono (il 14,6 %) e lo si interpreta quindi più facilmente: **meno dei due terzi delle persone infette da HIV (il 64,6 %) – e fino al 75,6 % se non si tiene conto di chi non ha risposto – segue un trattamento ARV**⁶⁶. Le ragioni invocate dalle persone che non seguono il trattamento sono le difficoltà alla corretta assunzione e un rifiuto dell’intervistato a sottoporsi al trattamento a questa domanda hanno risposto solo 4 persone...).

65. Nell’indagine solo 1 persona infetta da HIV non poteva beneficiare di assistenza sanitaria e non aveva consultato un medico al riguardo.

66. Il questionario non permette di confrontare questa cifra al denominatore preciso di persone affette da HIV e che esibiscono una prescrizione medica per il trattamento ARV.

« Non potevo toccare né una tazza né altro, perché aveva paura di infettarsi. »

MDM Gran Bretagna riporta la testimonianza di una donna, di 48 anni, originaria dell'Uganda, affetta da HIV.

”

A è arrivata in Gran Bretagna nel 2003. Le è stato diagnosticato l'HIV nel suo paese d'origine. Ha perso tutti i fratelli e le sorelle a causa dell'AIDS. Era perciò rimasta sola ad occuparsi dei suoi figli e di quelli dei suoi fratelli e delle sue sorelle.

« Ho cominciato ad assumere anti retrovirali (nevirapina) nel mio paese, ma funziona meglio qui. Penso che quelli che prendevo nel mio paese probabilmente non erano efficaci. A volte spendevo tutti i soldi per i farmaci, e non avevo più denaro per comprare il cibo. A volte dovevo chiedere in prestito 9000 scellini ugandesi (30 sterline) al mese. Poche persone nel mio paese possono comprarsi i farmaci, sono gratuiti solo per le donne incinta. Ero depressa, non avevo più interesse per niente. Quando non riuscivo a trovare i soldi per i farmaci, i miei amici mi dicevano di prostituirmi o di spacciare droga.

Non sono venuta in Gran Bretagna per beneficiare degli aiuti sociali. Volevo solo iniziare una nuova vita, per avere un'esistenza decente e migliore.

Un'amica mi ha aiutata a venire in Gran Bretagna. Sono rimasta da lei, ma poi ha cominciato a diventare ostile perché pensava che stessi per morire da un momento all'altro. Non potevo toccare né una tazza né altro, perché aveva paura di infettarsi. Non cucinavo in quella casa. Mi diceva: « Se muori qui, che cosa faccio? ». Pensava che l'avrei infettata.

Speravo che mi comprendesse e mi consolasse ma non lo faceva. Mi ha presentata a un uomo che voleva avere rapporti sessuali con me in cambio di un lavoro. »

A. è venuta da noi attraverso l'intermediazione di un'associazione locale di aiuto alle donne, dopo che l'ospedale aveva rifiutato di somministrarle il suo trattamento, perché non era iscritta nella lista di un medico di base.

L'equipe ha trovato un ambulatorio medico dove avrebbe potuto andare, ma esitava ad andarci da sola, perché era terrorizzata all'idea di essere denunciata e espulsa. Un membro dell'equipe l'ha accompagnata all'ambulatorio per aiutarla ad iscriversi. Sfortunatamente l'accoglienza da parte della responsabile dell'ambulatorio non è stata buona. A. è entrata nel panico a causa dell'ostilità della responsabile e della sua paura di essere denunciata. Aveva pensato che la persona avesse registrato dei particolari della sua vita per denunciarla.

La volontaria della nostra equipe racconta « Ho cercato di rassicurare A. sul fatto che la persona in questione non aveva registrato alcuna informazione su di lei e che avremmo cercato di trovare un altro medico. A. era sempre contrariata preoccupata, ma sono riuscita a rassicurarla sufficientemente per far sì che accettasse di rivolgersi ad altri medici. »

Siamo finalmente riusciti a trovare un altro ambulatorio dove potesse sentirsi a suo agio.

L'abbiamo accompagnata ancora una volta. La procedura di iscrizione è stata fatta senza difficoltà e A. sembrava contenta di questa soluzione.

Dopo parecchi mesi abbiamo deciso di contattare A. per assicurarci che avesse consultato il medico, perché è una questione vitale per lei. Abbiamo scoperto che non era andata dal medico dopo la procedura iniziale di iscrizione. Le abbiamo allora proposto di accompagnarla un'ultima volta a un appuntamento all'ambulatorio. Ha accettato e le hanno fissato un appuntamento con il medico.

L'accompagnamento all'ambulatorio è andato bene. Adesso speriamo che dopo questa prima presa di contatto con il medico, A. avrà abbastanza fiducia per andarci da sola.

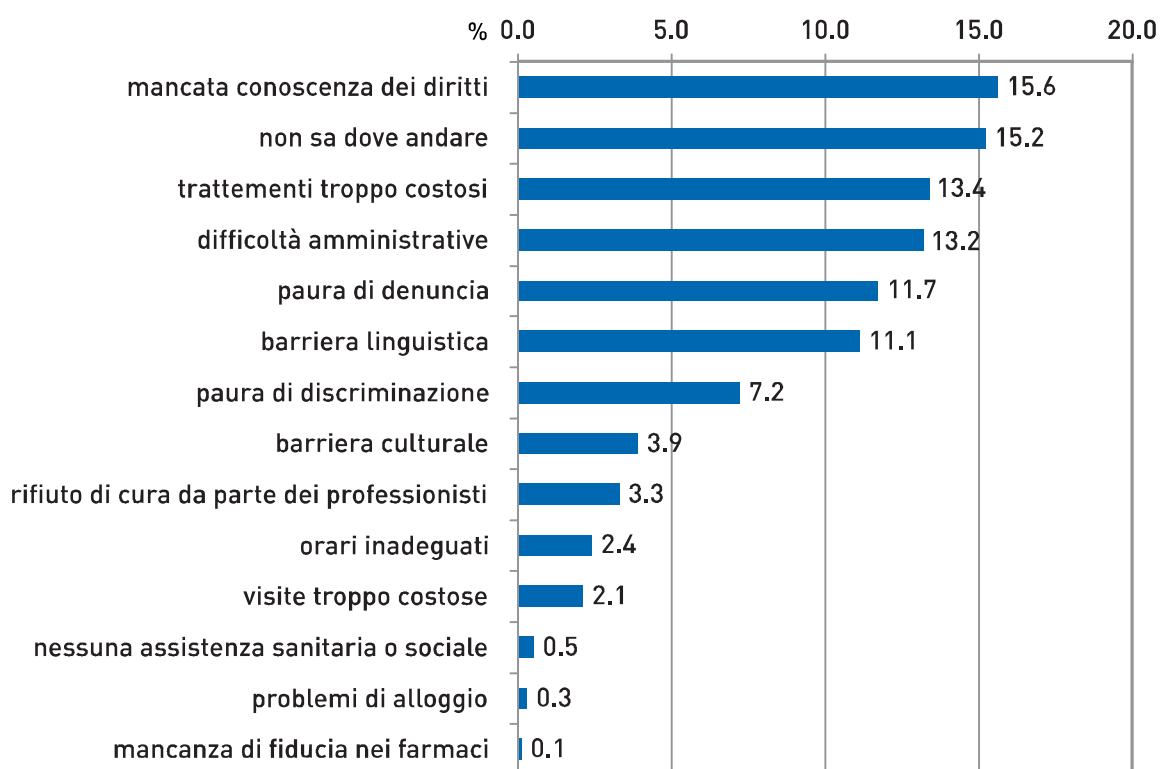
5. Ostacoli all'accesso e alla continuità delle cure



1. Gli ostacoli dichiarati dai pazienti

Una domanda – con risposte multiple – indagava gli ostacoli incontrati nell'accesso e nella continuità delle cure. In totale, sono stati citati 751 motivi. I più frequenti riguardano principalmente la **mancata conoscenza dei diritti**, la **mancata conoscenza dei luoghi** di cura a cui rivolgersi. Il **costo dei trattamenti**, le **difficoltà amministrative**, la paura di **denuncia e discriminazione**, e le **barriere linguistiche e culturali**.

Diagramma 22. Frequenza dei principali ostacoli nell'accesso alle cure (in % degli ostacoli citati)



In un altro caso, invece, il medico ha accettato di visitare J. per un solo appuntamento, ma non voleva trovare un interprete

MDM Gran Bretagna riporta la testimonianza di un giovane di 27 anni, di nazionalità irachena:

” J. è stato vittima dei bombardamenti chimici di Hallabjah in Iraq, quando aveva circa 8 o 9 anni. « A causa di quegli attacchi chimici adesso ho dei problemi di salute per i quali ho bisogno di continue cure. » Nel 2003 è fuggito dall'Iraq dopo l'inizio della guerra con la Gran Bretagna e gli Stati Uniti, temeva per la sua vita a causa delle azioni di suo cugino nella regione. « Prima della guerra, mio cugino aveva aiutato il vecchio regime iracheno e aveva ucciso dei Curdi nella regione. Da quando i nuovi gruppi iracheni e curdi hanno incominciato a comandare la provincia, ho temuto che la mia vita fosse in pericolo, a causa dei nostri legami di parentela. Tutta la mia famiglia è stata uccisa e io sono scappato in Siria prima che gli eserciti inglese e americano conquistassero Bagdad. Uno dei membri della mia famiglia ha pagato qualcuno per aiutarmi a lasciare l'Iraq, ma non sapevo come sarebbe andata a finire. Ho viaggiato nel retro di un camion e sono stato lasciato proprio alla periferia di Londra. Non sapevo dove ero e dove potevo andare per chiedere asilo. La polizia mi ha trovato insieme ad altri e mi ha consigliato di andare all'ufficio degli affari interni a Croydon per richiedere l'asilo. .../...

Ho fatto richiesta di asilo. Mentre la mia domanda veniva esaminata, abitavo nel sud di Londra, dove avevo una cameretta e del cibo ogni giorno, avevo accesso regolare ai farmaci e ricevevo aiuto psicologico da un'organizzazione. Poi, nel 2005, la mia domanda di asilo è stata rifiutata e mi sono ritrovato senza aiuto per l'alloggio e le cure.

Il rifiuto della domanda d'asilo mi ha lasciato senza risorse. Fortunatamente alcuni amici mi hanno permesso di restare da loro, ma il fatto di dover continuamente cambiare alloggio, ha peggiorato la mia salute.

Quando ero presso degli amici nella regione di Walthamstow, avevo bisogno di assistenza per problemi oftalmici che erano cominciati dall'attacco chimico in Iraq.

Ho preferito restare in Gran Bretagna perché mi sentivo più al sicuro, ma credo che per la mia salute fosse meglio in Iraq, dove la mia famiglia poteva pagarmi le cure senza difficoltà. L'impatto psicologico degli attacchi chimici e la scomparsa di membri della famiglia hanno fatto sì che avessi altrettanto bisogno di sostegno psicologico che di farmaci, per continuare le cure. Una associazione di sostegno psicologico mi ha messo in contatto con « Progetto Londra », dove sono venuto a spiegare la mia difficile situazione ».

Il segretario di un medico di base gli ha detto che la sua iscrizione era temporanea e che adesso doveva trovare un altro medico. Intanto J. aveva bisogno di un appuntamento urgente per una visita in ospedale per i suoi problemi oftalmici. Un membro dell'equipe ha parlato con il segretario e con lo stesso medico per spiegare loro l'urgenza della situazione. Il medico ha accettato di vedere J. per un solo appuntamento, ma non voleva trovare un interprete.

L'equipe di « Progetto: Londra » ha accompagnato J. all'appuntamento con il medico. In seguito abbiamo trovato un altro medico che ha accettato di iscrivere J. nella sua lista e offerto un servizio di traduzione. J. era molto contento del livello del servizio offerto e della vicinanza al posto in cui vive.

Da quando J. è venuto a « Progetto Londra », è stato indirizzato all'ospedale specializzato in oftalmologia. E' stata avviata una ricerca sui suoi problemi oftalmici, unitamente a un trattamento regolare erogato dal suo medico. Inoltre può continuare a seguire una terapia per i suoi problemi psicologici. »

« Ho spiegato loro che non avevo assicurazione e che non potevo pagare il conto. »

Stralcio della testimonianza raccolta da MDM Olanda, di una ragazza di 21 anni originaria delle Filippine:

”

« Con l'aiuto dei miei amici, ho trovato un'ostetrica, dal momento che ero incinta, perché potesse aiutarmi a prendermi cura di me e seguirmi con regolarità. Ho dovuto pagarle in anticipo tutte le visite. Potevo pagare perché allora avevo un lavoro fisso. Ero soddisfatta delle cure ricevute, mi hanno fatto bene. Volevo far nascere il mio bambino in casa e avevo già sistemato tutto con l'ostetrica. I costi per il parto in casa erano compresi nell'acconto che avevo già versato.

A causa di complicazioni sopravvenute durante il parto sono dovuta andare in ospedale. Veramente non ci volevo andare, perché sapevo che i costi per le cure sarebbero stati maggiori e che il conto finale sarebbe stato troppo alto. Ma in quel momento non c'erano altre soluzioni: sono dovuta andare in ospedale, ma non appena ho potuto sono tornata a casa. Il ricovero e le cure ricevute sono costati un totale di 3000 euro. Non ho assistenza sanitaria e non potevo pagare subito quella cifra. Sono tornata in ospedale e ho discusso con l'amministrazione contabile della mia situazione. Ho spiegato che non avevo assistenza sanitaria e che non potevo pagare il conto. L'ospedale mi ha aiutata. Hanno fatto un accordo per un pagamento di 200 euro al mese. Anche se resta una grossa somma per me, sono soddisfatta del modo in cui hanno gestito il mio problema.

La cosa più importante adesso è che il mio bambino e io siamo in buona salute. Se il mio bambino o io ci ammaliamo, posso sistemare le cose con il mio fidanzato.

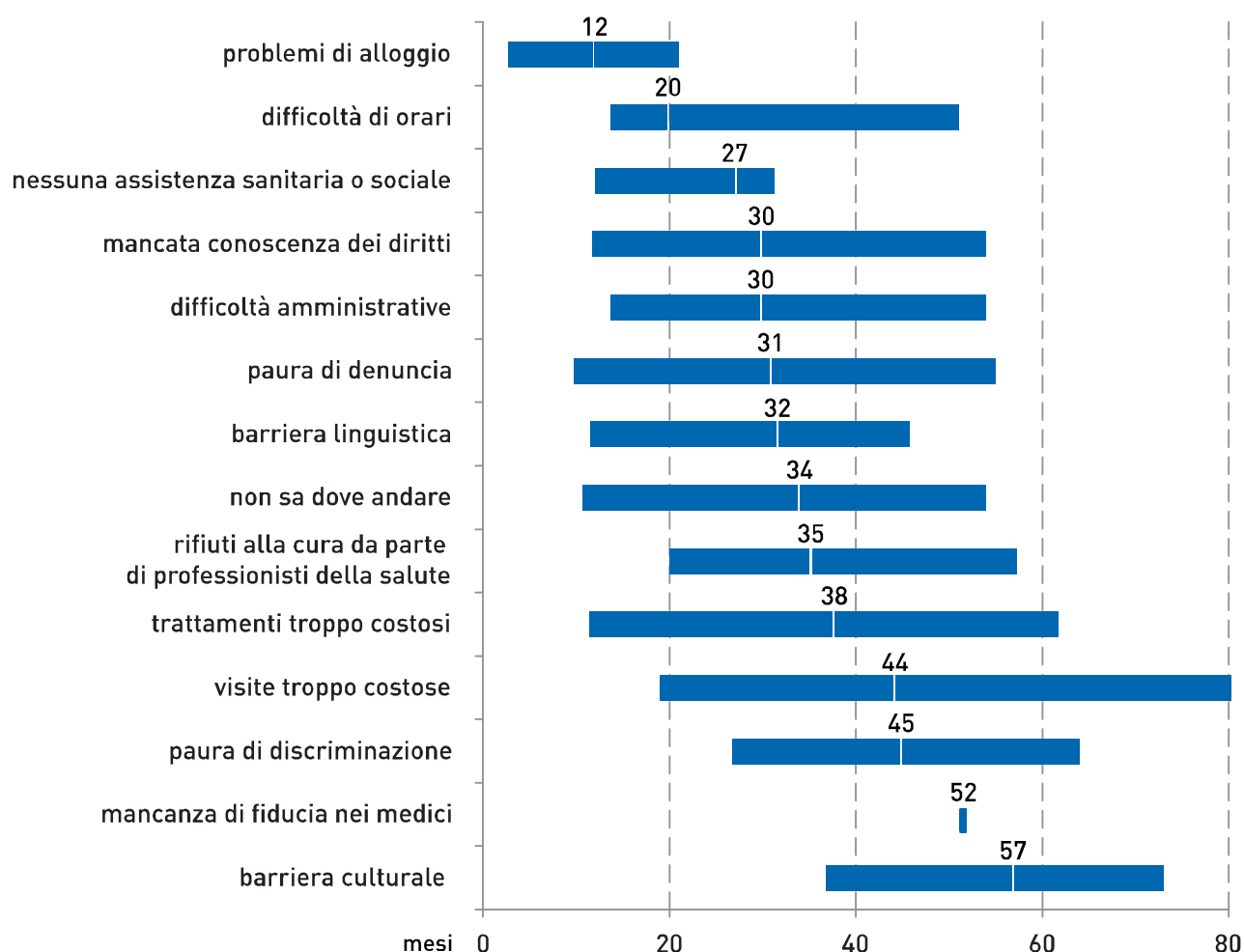
Lui in effetti è in regola e ha il suo medico di base. Se succede qualcosa al mio bambino o a me, credo di poter consultare il suo medico. Ci devo andare presto tra l'altro, perché il mio bambino ne ha bisogno, in questo momento è malato. Ha delle specie di brufoli. Ma il mio fidanzato in questo momento non c'è e non voglio andare dal medico da sola. Aspetto che ritorni e ci andremo insieme.

Quando puoi pagare per le cure e le medicine, le cose si possono sempre sistemare e il personale medico ti può aiutare a stare meglio. E allora il fatto di essere senza documenti non è più un ostacolo. »

Il tempo di residenza nel paese d'accoglienza è legato con il tipo di ostacoli citati. Le barriere culturali, il costo delle visite e dei trattamenti, ma anche la paura di discriminazioni sono citati da persone che risiedono, mediamente, nel paese da 3,5 anni o più, mentre la paura di denuncia, i problemi amministrativi, la mancata conoscenza dei diritti e i problemi di alloggio sono associati a una durata media di residenza un po' più breve (ma tuttavia da 1 a più di 2 anni).

In altri termini, **i principali ostacoli all'accesso alle cure aumentano nel corso degli anni trascorsi senza permesso di soggiorno nel paese d'accoglienza.** Dopo i primi tempi, questi ostacoli si riferiscono soprattutto a questioni di alloggio, di orari di lavoro dei medici incompatibili, assistenza sanitaria, paura di essere denunciati alle autorità o, ancora, a una mancata conoscenza dei luoghi dove le persone possono farsi curare. Le differenze culturali non vengono citate come ostacoli in quanto tali, a parte i primi mesi dell'emigrazione. Solo dopo parecchi anni trascorsi nel paese d'accoglienza (magari una volta che gli altri ostacoli sono stati più o meno superati), la barriera culturale sarà vissuta come un ostacolo nell'accesso alle cure. Si sottolinea che gli ostacoli finanziari (costo dei trattamenti e delle visite) continuano nel corso degli anni trascorsi nel paese d'accoglienza.

Diagramma 23. Tempo di permanenza nel paese d'accoglienza legato ai tipi di ostacoli nell'accesso alle cure (mediana e interquartile in mesi).



Nota di lettura: il diagramma mostra per ogni motivo, la vecchia mediana e l'interquartile della durata di permanenza nel paese d'accoglienza di individui che hanno citato ogni ostacolo. Ad esempio, le persone che hanno citato un problema di alloggio come ostacolo all'accesso alle cure, residenti in media da 12 mesi (e 50 % tra di loro residenti tra 3 e 21 mesi) nel paese d'accoglienza. Barriere culturali, paura di discriminazione, mancanza di fiducia nei medici (citata da una sola persona) e costo troppo alto delle visite, sembrano essere ostacoli che continuano per tutta la durata delle permanenze (in media più di 40 mesi).

Se il ritardo nel ricorso alle cure per un problema di salute non è, come abbiamo visto, significativamente correlato al fatto di avere un'assistenza sanitaria, esso sembra legato a due di questi ostacoli. In effetti, **tra gli ostacoli incontrati nell'accesso e nella continuità delle cure, le persone che hanno subito un ritardo nell'assistenza citano più frequentemente degli altri un rifiuto alla cura da parte dei professionisti della sanità (7,4 % vs 1,1 %, $p < 0.001$); e orari inadeguati dei servizi sanitari (6,1 % vs 2,2 %, $p = 0,02$).**

Alcuni pazienti esprimono anche il timore di essere denunciati o arrestati dalla polizia, e preferiscono non andare da un medico o all'ospedale.

« Ho tardato a farmi visitare perché ero spaventata all'idea della polizia e non volevo finire in ospedale. »

Stralcio di testimonianza raccolte da MDM Olanda, da una ragazza di 21 anni:



« Un giorno ho dovuto andare all'ospedale perché avevo delle emorragie interne. Penso di aver aspettato troppo tempo con i dolori che avevo, perché avevo paura a consultare un medico. Alla fine era diventato troppo urgente e sono dovuta andare direttamente all'ospedale. Ho tardato nel farmi visitare perché ero spaventata all'idea della polizia e non volevo finire all'ospedale.

Una sera, verso le 22, stavo molto male e ho avuto delle emorragie interne. Ma avevo molta paura ad andare all'ospedale perché non sapevo esattamente cosa fare e che cosa mi sarebbe successo, o se l'ospedale avrebbe chiamato la polizia.

Tutti in casa erano spaventati. E poi l'indomani verso mezzogiorno sono andata in ospedale, con un taxi, ma non in ambulanza, perché era impossibile, era troppo costosa. Là il medico mi ha detto che se avessi aspettato solo 3 minuti in più, probabilmente non sarei sopravvissuta. Ma che cosa potevo fare? A parte aspettare! Ma il medico mi ha spiegato che una prossima volta dovevo mettere da parte la paura, perché in ospedale non hanno legami con la polizia, non si occupano dei problemi di iscrizione o cose del genere, non chiamano la polizia. Molte persone lo ignorano e, di conseguenza, non sanno dove possono o non possono andare.

Durante la permanenza in ospedale ho ricevuto buone cure. Ma adesso sono messa alle strette da una esorbitante conto. Ho potuto concordare con l'ospedale per il pagamento. Adesso sto bene, ma sono molto preoccupata per l'importo del conto per le cure mediche »

2. I rifiuti alla cura da parte dei professionisti della sanità

Dall'ultimo problema di salute, l'11,1 % delle persone interessate ha subito un rifiuto di assistenza da professionisti della sanità (tutte situazioni di assistenza sanitaria confusa)⁶⁷. Il tasso di rifiuti rilevato nell'indagine è significativamente diverso a secondo dei paesi ($p < 10^{-6}$): è superiore a questo tasso medio in Belgio e più basso in Spagna.

Tavola 28. Tasso di rifiuto di assistenza dai professionisti della sanità per paese.

	%	Intervallo di Confidenza (IC) 95 %
Belgio	15.0	9.5 - 22.0
Francia	10.6	5.2 - 18.7
Grecia	10.3	3.9 - 21.2
Italia	7.5	3.1 - 14.9
Spagna	6.4	1.3 - 17.5
Insieme	11.1	8.3 - 14.3

In totale sono stati dichiarati nell'indagine 44 problemi di salute risolti con un rifiuto di assistenza. Si rileveranno che **alcuni dei motivi interessano le urgenze** (fratture e bruciature in particolare, ma anche gravidanza o disturbi della personalità), **le malattie gravi** (diabete insulinodipendente, epatite virale) **o infettive** (sinusite, polmonite).

67. Senza differenze significative tra uomini o donne, né secondo l'età.

Tavola 29. Ultimi problemi di salute conclusi con un rifiuto di assistenza.

	n
Sintomi osteoarticolari	7
Sintomi ginecologici	5
Dolori diffusi	3
Fratture	3
Ansia	2
Diabete insulinodipendente	2
Diagnosi e monitoraggio della gravidanza	2
Influenza	2
Ipertensione arteriosa	2
Alcoolismo cronico	1
Asma	1
Altri sintomi	1
Scottature	1
Dolori addominali	1
Fatica	1
Gastroenterite infettiva	1
Emorroidi	1
Epatite virale	1
Mal di testa	1
Polmoniti	1
Sinusite acuta	1
Sintomi cardiovascolari	1
Disturbi di personalità	1
Tumore benigno	1
Uso di droghe	1

Il fatto di aver subito un rifiuto di assistenza dall'ultimo problema di salute è **certamente due volte meno frequente nel momento in cui le persone hanno un diritto effettivo e riconosciuto dall'assistenza sanitaria** (il 6,2 %) di quando rispetto a quando non ne hanno (il 13,0 %, $p=0,04$). Ma non è trascurabile in ogni caso.

Come spiegare il fatto che delle persone che hanno ottenuto un'assistenza sanitaria, si siano ritrovate a fare i conti con dei rifiuti di assistenza da parte di professionisti della sanità? Questo può rimandarci a svariati fattori – di cui peraltro l'uno non esclude l'altro.

Innanzitutto, non è escluso che in piccola parte, i soggetti abbiano, in effetti, risolto questo rifiuto di cura prima di ottenere l'assistenza sanitaria (se tale conseguimento è molto recente al momento dell'indagine⁶⁸). D'altra parte, è possibile che parecchi non sappiano a quale tipo di strutture di cura hanno accesso (dal momento che tale assistenza sanitaria non consente l'accesso che a una parte delle strutture) e di conseguenza si siano rivolti a « luoghi sbagliati », o che l'assistenza sanitaria non copra le cure richieste (come ad esempio in Belgio dove l'Aiuto Medico Urgente, non si fa carico delle cure psichiatriche, o in Gran Bretagna dove gli stranieri senza documenti hanno accesso gratuito alle cure solo presso i medici di base, ma non all'ospedale che assicura le analisi complementari e le cure specialistiche).

68. La durata pregressa del rifiuto alle cure e la sua cronologia in rapporto all'ottenimento dei diritti non era considerata nell'indagine.

Infine, **questo tasso elevato di persone confrontato ai rifiuti di cura rimanda anche alle resistenze di alcuni professionisti.** In Francia ad esempio, alcuni medici rifiutano (in modo diretto o sottinteso) di visitare i beneficiari dell'AME (Aiuto Medico Statale), in gran parte perché il sistema non è informatizzato (elemento che può di conseguenza rallentare le pratiche), ma anche perché è ancora sconosciuto ai professionisti della sanità. Ciò si riferisce a un'indagine condotta da *Medici del Mondo* Francia all'inizio del 2006 presso 725 medici di base: il 37 % di loro rifiuta di ricevere i beneficiari dell'Aiuto Medico Statale.⁶⁹

Sempre in Francia, una recente indagine condotta da un organismo pubblico con la metodologia a « campione », stima che il 41 % di specialisti libero professionisti di un dipartimento dell'Ile de France, rifiutano di prendere in carico pazienti che beneficiano di assistenza sanitaria specifica per i più svantaggiati⁷⁰. Più precisamente il 39 % dei dentisti, il 41 % dei pediatri, il 44% dei ginecologi e il 50 % degli psichiatri libero professionisti, contro « soltanto » il 4,5 % dei medici di base⁷¹. In queste condizioni, l'accesso alle cure mediche private dei beneficiari dell'AME – ancora più precarie – è indubbiamente più discriminante. Allo stesso modo, un certo numero di professionisti, nei diversi paesi dell'indagine, non sembrano essere sufficientemente informati circa i diritti riconosciuti agli stranieri in posizione irregolare e le procedure necessarie per garantire loro l'accesso alle cure...

In linea generale, **la letteratura scientifica (medica o di sanità pubblica) in merito alle discriminazioni nelle cure ai migranti è sorprendentemente scarsa in Europa: l'analisi dell'elenco delle pubblicazioni Medline® nel merito alle questione mostra solo 3 articoli dal... 1992!** (di cui una sola con dati statistici) Per ribadire l'importanza di dati quali quelli raccolti e qui riportati su questa questione.

« Questa situazione di rifiuto mi rende molto inquieto »

Esempio di rifiuto a concedere farmaci riportato da MDM Olanda:

”

K. è arrivato dal Ghana in Olanda nel 1999.

« Il mio diabete è stato diagnosticato 10 anni fa in Ghana. Nella mia storia familiare molte persone hanno il diabete, quindi non mi sono sorpreso quando il medico mi ha comunicato la diagnosi. Dipendo dal trattamento farmacologico e devo fare controlli regolari... Sebbene sia molto soddisfatto dell'accesso alle cure dei professionisti della sanità in Olanda, ho comunque avuto un'esperienza negativa nel riuscire ad ottenere le cure farmacologiche dato che sono stato respinto in farmacia. Non ho ottenuto i farmaci perché il farmacista mi ha detto che non avevo i documenti (certificato di residenza) e quindi non poteva darmeli. Mi ha respinto. Quando sono andato in farmacia con la prescrizione, la signora dietro il banco mi ha chiesto immediatamente un documento d'identità. Le ho detto che non avevo permesso di soggiorno. Ha cercato il mio nome nel computer: quando ha visto che non mi trovava nel sistema informatico, ha detto che non poteva più aiutarmi. Sono stato respinto nonostante la prescrizione. Ero molto arrabbiato: avevo con me la prescrizione del medico. Non penso sia normale. Ero arrabbiato, frustrato e triste al tempo stesso per questo contrattempo. Quando sono stato respinto ho lasciato la farmacia, non sono riuscito a insistere per ottenere i farmaci. Mi chiedevo che cosa dovessi fare. Di fatto, la cosa migliore era tornare al centro di cura Kruispost⁷³ il più velocemente possibile e chiedere cosa fare al medico. Questa situazione di rifiuto mi inquieta molto »

69. Vedere l'indagine della Missione Francia di Medici del Mondo su questo punto : « Non accetto questi pazienti », Questionario di verifica sul rifiuto all'assistenza dei medici di base per i beneficiari di Copertura Sanitaria Universale o dell'Assistenza Sanitaria Nazionale in 10 città francesi. Parigi, Médecines du Monde, novembre 2006, 43 p.

70. Si tratta della Copertura Sanitaria Universale.

71. DIES. Analisi dell'atteggiamento di medici e dentisti nei confronti di pazienti beneficiari della Copertura Sanitaria Universale complementare: uno studio con questionario in 6 città della Val-de-Marne. Parigi, Fondi CMU, maggio 2006, 80 p.

72. Peretti-Watel P, Spire B, Lert F, Obadia Y; Equipe dell'indagine VESPA. Persone sieropositive infettate per l'uso di droghe per via endovenosa: una vulnerabilità cronica. *Rev Prat* 2005; 55: 2093-100 (in francese).

Eshiett MU, Parry EH. Migranti e salute: un dilemma culturale. *Clin Med* 2003; 3: 229-31.

Corretger JM, Fortuny C, Botet F, Valls O. Marginalità, gruppi etnici e salute. *An Esp Pediatr* 1992; 36: 115-7 (in spagnolo).

73. Centro di salute per le persone senza assistenza.

Conclusioni



Questo primo rapporto dell'Osservatorio Europeo sull'accesso alle cure di *Medici del Mondo*, nonostante le difficoltà metodologiche legate alle differenze delle situazioni incontrate e dei tipi di programma condotti da ogni équipe ha permesso di provare che è possibile ritrovarsi su alcune idee condivise, di offrire una visione comune delle condizioni sanitarie e delle difficoltà di accesso alle cure dei migranti più vulnerabili, i clandestini.

Nel corso di questa prima indagine abbiamo verificato l'insufficienza dei dati in merito alla situazione dei bambini. Che si tratti di esclusione, povertà o malattia, i bambini sono i più vulnerabili. Le legislazioni dei diversi paesi europei sono generalmente e fortunatamente favorevoli all'accesso alle cure dei minori, qualunque sia la situazione amministrativa dei genitori. Nonostante ciò, i bambini incontrati dalle équipe di MDM sul territorio troppo spesso non hanno di fatto accesso alle cure. L'accesso alle coperture di vaccinazioni non è soddisfacente. Per questo, senza dubbio, nel 2007 le istituzioni dell'Unione Europea dovranno condurre un'indagine specifica presso i bambini per rendersi conto della loro condizione sanitaria.

A questo punto si dovrebbe poter utilizzare i risultati di questa prima indagine per migliorare le politiche di salute pubblica in Europa, e per fare in modo che abbandonino definitivamente le discriminazioni legate alla situazione amministrativa di ogni persona residente sul territorio comunitario.

Dobbiamo convincere sia i politici che i nostri concittadini europei dell'importanza dell'accesso alle cure per le persone che vivono nella precarietà, e considerare queste come barometro delle nostre democrazie.

La rete europea di *Medici del Mondo* persegue il suo obiettivo e le sue azioni in favore dell'accesso effettivo alle cure dei migranti e per la protezione delle persone gravemente malate e contro l'espulsione, nell'Unione Europea, costituendo dal 2006 una rete di ONG europee: la rete «Averroès». La rete «Averroès» vuole condurre una campagna di protezione per migliorare le condizioni sanitarie dei richiedenti asilo e delle persone in situazione irregolare nell'Unione Europea, favorendo la promozione e l'attuazione di norme giuridiche comunitarie non discriminatorie negli Stati membri per i prossimi cinque anni.

Il diritto alla salute è un diritto fondamentale che gli Stati europei si sono impegnati a difendere, attraverso numerosi documenti internazionali. Ogni Stato ha la responsabilità di promuovere la salute di tutte le persone che vivono sul suo territorio, di ridurre le disuguaglianze sociali in merito alla salute e di difendere l'uguaglianza nell'accesso alle cure.

Pertanto, in conformità agli impegni assunti nelle diverse carte internazionali dei diritti, il Consiglio d'Europa ha raccomandato agli Stati membri⁷⁴:

« (...)

- di adottare il quadro di una politica coerente e globale che:

- **garantisca e favorisca la salute delle persone che vivono in stato di precarietà;**

- **protegga la dignità umana e impedisca l'esclusione sociale e la discriminazione;**

- **assicuri dei contesti favorevoli all'integrazione sociale** delle persone che vivono in situazioni marginali o in stato di precarietà;

- di potenziare e applicare la loro legislazione al fine **di assicurare la protezione dei diritti umani, la solidarietà sociale e l'equità**

- (...)

- **di costituire dei sistemi di salute di base efficaci** per rispondere in modo adeguato e tempestivo ai bisogni in termini di salute, al fine di garantire l'equità, **di assicurare l'uguaglianza di accesso ai servizi sanitari** tenendo conto dei bisogni in termini sanitari e delle risorse disponibili, e di poter individuare, valutare e trattare i problemi di salute delle persone che vivono in situazione di marginalità».

A quando la concretizzazione di queste raccomandazioni formulate dall'alta istituzione che è il Consiglio d'Europa?

Rilanciare la sanità in quanto obiettivo prioritario dell'UE, significa riconsiderare la questione generale dei diritti fondamentali alla salute delle popolazioni, diminuire le disuguaglianze sociali e territoriali della sanità, vuol dire migliorare il futuro di tutti.

⁷⁴. Raccomandazioni del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa (Rec(2001)12) agli Stati membri sull'adeguamento dei servizi sanitari alla domanda di cura e di servizi da parte delle persone in situazione di marginalità.



Tessera sanitaria delle persone straniere residenti in Europa

Tenuto conto che sarebbe indegno appartenere a un continente che non avesse come principio di base la protezione della salute di tutti i suoi abitanti, *Medici del Mondo*, a seguito di questo primo rapporto europeo, chiede che il Parlamento Europeo, la Commissione Europea, e il Consiglio dell'Unione Europea, si accordino su delle norme impegnative, che obblighino ogni paese membro ad assicurare concretamente l'accesso alle cure delle persone vulnerabili e in particolare i migranti, qualunque sia il loro statuto.

Le 11 rappresentanze di *Medici del Mondo* in Europa, partendo dall'esperienza sul campo di ognuna di esse

- **propongono una tessera sanitaria per tutte le persone straniere residenti in Europa,**
- **chiedono che tale tessera venga integralmente adottata nella prossima strategia sanitaria dell'Unione Europea.**

Medici del Mondo Internazionale

Considerando l'articolo 25 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo che riconosce che « ogni persona ha diritto ad un livello di vita tale da assicurarne la salute, l'alimentazione, il vestiario, l'alloggio, le cure mediche... »;

Considerando che la Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo si riferisce esplicitamente alla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo;

Forte della sua esperienza medica sul campo presso le popolazioni più vulnerabili, all'interno dell'Unione Europea e all'esterno dell'Europa;

Sollecitiamo tutti gli Stati firmatari della Convenzione Europea ad adottare tutte le misure atte ad assicurare la garanzia collettiva del diritto d'accesso effettivo alle cure e alla prevenzione per tutti i residenti* europei.

Constatando grazie alle nostre attività che i migranti, in particolare i « clandestini » e i richiedenti asilo possiedono uno stato di salute e un accesso alle cure inferiori alla popolazione generale,

Chiediamo a tutti gli Stati firmatari della Convenzione Europea di riconoscere il diritto d'accesso effettivo alle cure e alla prevenzione** applicabile ad ogni straniero residente sul suo territorio

Chiediamo a tutti gli Stati firmatari della Convenzione Europea di lottare contro ogni discriminazione nell'accesso alle cure e alla prevenzione, causata dal carattere regolare o irregolare del soggiorno dei suoi residenti stranieri.

Pertanto:

- Chiediamo agli Stati firmatari della Convenzione Europea di assicurare l'accesso alle cure e alla prevenzione a tutti i residenti stranieri, indipendentemente dal carattere regolare o irregolare della loro presenza, con le stesse condizioni – a parità di mezzi – di quelle concesse ai cittadini effettivi.
- Chiediamo agli Stati firmatari della Convenzione Europea di assicurare la gratuità dell'assistenza medica e delle cure mediche durante la gravidanza, il parto e il periodo immediatamente successivo, come pure le cure mediche erogate ai minori e a tutti i residenti il cui reddito sia inferiore alla soglia di povertà***.

- Chiediamo a tutti gli Stati firmatari della Convenzione Europea di attuare una reale accoglienza sanitaria dei richiedenti asilo, tenuto conto della specificità degli effetti della violenza di cui possono essere stati vittime nei loro paesi d'origine.
- Chiediamo agli Stati firmatari della Convenzione Europea di concedere a tutte le persone straniere affette da una malattia grave, un titolo di soggiorno autonomo o una qualsiasi altra autorizzazione che conferisca loro il diritto di soggiorno e l'accesso effettivo alle cure, a meno che non si provi che la persona ha potuto avere accesso effettivo al trattamento e alle cure mediche appropriate nel suo paese d'origine.
- Chiediamo agli Stati firmatari della Convenzione Europea di assicurare l'accesso alle cure gratuite a tutte le persone straniere trattenute, tenute in centri di detenzione o di permanenza temporanea, presenti sul territorio.
- Chiediamo agli Stati firmatari della Convenzione Europea il riconoscimento del diritto di visita permanente di una o più associazioni indipendenti dallo Stato – in particolare associazioni sanitarie e dei Diritti umani – in tutti i centri o strutture chiuse presenti sul loro territorio e che accolgano persone straniere (centri di permanenza temporanea, centri di detenzione).

* **E' residente** di un paese qualsiasi persona che desidera fare di questo paese la sua residenza abituale. In pratica questo esclude le persone che soggiornano nel paese per motivi turistici.

** **L'accesso alle cure comprende la visita medica, i trattamenti eventualmente prescritti e gli esami complementari eventualmente prescritti.**

*** **La soglia di povertà è pari al 60 % del reddito medio di una popolazione**



Raccomandazioni metodologiche

Molti limiti sono stati rilevati nel corso dello svolgimento di questa indagine. Limiti che meriterebbero di essere corretti negli studi successivi previsti dall'Osservatorio europeo di *Medici del Mondo*. Le raccomandazioni in termini di metodologia d'indagine nelle istituzioni sanitarie pubbliche possono essere riassunti nel modo seguente:

Il (i) denominatore(i)

Il problema del denominatore (vale a dire della popolazione di riferimento) è sempre fondamentale se si vuol rispondere seriamente alle due domande seguenti: a quale popolazione si riferiscono le frequenze osservate? A quali ragionevoli estrapolazioni possiamo arrivare a partendo dai soggetti che rispondono?

Per questo motivo, **ogni centro partecipante dovrebbe tenere un'accurata contabilità di stranieri in situazione irregolare ricevute e una di coloro che rispondono, che non rispondono e dei motivi di mancata risposta** (rifiuto, mancanza di traduttori, cure urgenti, perso di vista, ecc.)

La rappresentatività

Non ci riferiamo alla rappresentatività di coloro che rispondono e relativa a tutti gli stranieri irregolari della città o del paese oggetto dell'indagine. Questa è molto difficile (anzi impossibile) da valutare. Anche perché coloro che si rivolgono ai centri di cura gratuita si distinguono – per definizione e per « principio » – dagli altri, per il solo fatto che sono ammalati o che hanno sperato fosse possibile riuscire a spingersi oltre la porta di un centro di cura.

La rappresentatività si riferisce ai pazienti irregolari che si rivolgono e frequentano ogni centro. Che si faccia la scelta dell'eshaustività (tutte le persone registrate corrispondono a quelle interrogate) o quella del campione (una su due, un giorno su due, ecc.), la procedura deve essere sistematica e nessuna possibilità di scelta deve essere data agli intervistatori della persona intervistata (un utente regolare, una persona simpatica, una storia interessante). Allo stesso modo, nessuna persona dovrà essere scartata per iniziativa dell'intervistatore (anche per delle buone ragioni quali: barriera linguistica, disturbi mentali o del comportamento, nuovo utente d'urgenza, ecc.). In conclusione, **la strategia d'inclusione – esaustiva o per campione – deve assolutamente essere sistematica ed ogni scarto deve essere contato e motivato**. Il protocollo d'indagine utilizzato prevedeva i criteri d'inclusione e di esclusione all'intervista.

In linea generale, sarà meglio per il futuro allargare il numero dei centri partecipanti all'Osservatorio al fine, da un lato, di aumentare la dimensione del campione finale (permettendo così di aumentare anche la forza statistica) e dall'altro, di garantire una maggiore diversità della popolazione accolta. Detto questo, sarebbe auspicabile che il più gran numero di paesi europei partecipi a questo Osservatorio.

Le situazioni sociali

La descrizione delle situazioni sociali delle persone è, evidentemente, un obiettivo importante di questo Osservatorio. Tre ordini di raccomandazioni possono essere fatti per migliorare ulteriormente la descrizione delle situazioni vissute dalle persone:

I. rivedere e precisare certe caratteristiche

Il problema dell'**alloggio**, in modo particolare, dovrebbe attenersi a delle definizioni più conformi ai (rari) standard europei proposti da altri gruppi di riflessione (pensiamo, in particolare, alla Federazione europea delle Associazioni nazionali che lavorano con i senzatetto⁷⁵). Allo stesso modo, alcune voci degli *European Social Surveys* possono essere mantenute così come gli standard europei, anche se – giustamente – tale operazione di standardizzazione non è ben definita⁷⁶.

Si dovrebbe assicurare una migliore comparabilità tra i paesi dell'Osservatorio, anche per le domande riguardanti l'attività lavorativa, mettendo l'accento sulla formazione degli intervistatori per cercare di diminuire le derive dell'informazione, legate al rischio di una mancata dichiarazione del **lavoro clandestino** in alcuni paesi.

Altro punto: la problematica dei redditi – se si decide di mantenerla nelle interviste (cosa vivamente raccomandata) – deve essere completamente riformulata e diventare oggetto di formazione specifica degli intervistatori nei centri e nei paesi dove questa domanda non fa parte del questionario di routine. Ci è Sembrato indispensabile – malgrado le difficoltà di una tale intervista – misurare i **redditi totali per unità di consumazione** del nucleo familiare della persona. Per fare questo è necessario conoscere la composizione del nucleo familiare (numero di adulti e numero di bambini) e la somma dei redditi del nucleo, tenendo conto di ogni fonte.⁷⁷

2. rendere più complete alcune dimensioni

Se non è in questione il fatto di raggruppare le categorie socioprofessionali (poco standardizzate a livello Europeo e poco discriminanti in questa popolazione), sembrava interessante poter individuare da un lato, **il livello di educazione** delle persone (indagini recenti hanno posto l'accento sull'evidente aumento dei livelli d'istruzione presso i migranti, compresi quelli in situazione irregolare, e questa domanda è facile da porre) e, d'altro canto, **il settore di attività**. Quest'ultimo (relativo in particolare ai settori che fanno abitualmente ricorso alla mano d'opera non dichiarata e/o senza documenti: costruzioni – lavori pubblici, agricoltura, servizi alla persona, ristorazione – alberghiero - turismo, ecc.) permetterebbe di mostrare il « doppio gioco » delle politiche d'immigrazione in numerosi paesi europei.

Inoltre, dovrebbe essere aggiunta una domanda in merito **alla conoscenza della lingua del paese d'accoglienza** (orale e scritta). Allo stesso modo si potrebbe rilevare la situazione di « espulsibilità » o meno, ma questo richiede una formazione degli intervistatori alla legislazione del paese indagato e non può essere rintracciabile ovunque.

Infine, sarebbe interessante indagare le traiettorie e le condizioni di migrazione ma tale rilevamento può essere più proprio di un'indagine specifica, che di un'intervista sistematica. Senza entrare nel dettaglio di condizioni e modalità di « viaggio » (senza dubbio studiato qualitativamente meglio attraverso i racconti di vita che attraverso indagini statistiche), delle voci come la **migrazione per cura o per motivi di salute** o, ancora, la ricerca sistematica di **violenze subite** nel paese d'origine o in seguito alla migrazione, sarebbero interessanti da indagare.

3. riferirsi direttamente al vissuto delle persone

Due dimensioni (almeno!) della condizione sociale meriterebbero di fare riferimento direttamente al vissuto delle persone (intervistando tutti senza alcun filtro): da un lato il **sentimento di isolamento sociale**, che si rileva facilmente con una sola domanda a scelta multipla (ad esempio: « in linea generale, direbbe che si sente molto solo, piuttosto solo, piuttosto inserito o ben inserito »⁷⁸), dall'altro, l'**angustia di essersi dovuti separare dai figli** – che potrebbe essere rilevata direttamente con la domanda: « è stato (a) costretto (a) separarsi dai suoi figli e ad emigrare a causa della sua situazione? ».

Le malattie

La siglatura CISP è un metodo interessante di raccolta standardizzata e completa di sintomi e diagnosi mediche. I suoi maggiori vantaggi sono quelli di essere multilingue e di essere riconosciuta dalla letteratura scientifica e di sanità pubblica. Il suo principale inconveniente è che non esistono – a tutt'oggi e a quanto ne sappiamo – degli strumenti automatizzati di analisi dei dati di routine. Queste analisi – laboriose e costose in termini di tempo – restano di competenza della ricerca e/o della programmazione specifica.

La classificazione delle malattie (effettuata nell'indagine distinguendo il carattere « acuto » o « cronico ») resta perciò assolutamente necessaria e **meriterebbe indubbiamente di essere estesa ad un criterio di gravità** per completare l'informazione raccolta con la codificazione CISP. Per fare questo esistono diversi criteri, dal più empirico (quanto dice il medico dell'accoglienza, ad esempio) a delle scale più standardizzate di valutazione rapida, come quelle utilizzate nei servizi d'urgenza, o ancora quelle che valutano abbastanza rapidamente il rischio di vita o l'incapacità funzionale.

75. <http://www.feantsa.org/code/fr/pg.asp?Page=546>

76. <http://ess.nds.iub.no/index.isp?year=2003&country=&module=documentation>

77. Nella nostra esperienza, tenuto conto delle scarse risorse e della frequenza delle situazioni di isolamento (adulti che vivono soli con da 0 a X bambini), tale stima non è impossibile!

78. Cf. indagine SIRS (Inserm, 2005) e AME (Drees, 2007)

Gli stili di vita

Sembra difficile immaginare poter prescindere dai comportamenti connessi alla salute, quali l'alcool o il tabacco. Tuttavia, alcuni comportamenti di scarsa rilevanza (soprattutto l'abuso di farmaci) meritano di essere presi in considerazione solo se si pensa di poter allargare in misura molto significativa il numero delle persone intervistate (frequenze inferiori al 5 % sono complessivamente poco utili all'analisi statistica su popolazioni di meno di 1000 persone...).

Inoltre, **sarebbe interessante studiare altri stili di vita, o – almeno – proporli e discuterli in comitato guida**, soprattutto alcune abitudini alimentari (si sottolinea, senza mai valutarla realmente, la povertà delle diete alimentari delle persone in situazione di precarietà) o anche la contraccezione o l'uso del preservativo...

L'assistenza

Alcuni punti che erano stati scelti dal Comitato guida dell'Osservatorio, non sembrano così pertinenti da continuare ad essere registrati sistematicamente (accesso ai farmaci, soprattutto fonti di approvvigionamento dei farmaci), una volta conosciuti i risultati di questa prima indagine.

Sarebbe indubbiamente interessante considerare nelle future indagini altri elementi dell'assistenza delle persone: in particolare il bisogno e il ricorso agli esami complementari, o ancora, il ricorso a cure di prevenzione (screening sui tumori femminili, ad esempio). Si potrebbero anche distinguere i bisogni dei ricorsi – e le difficoltà d'accesso – alle cure primarie e alle cure specialistiche. Sottolineiamo, per quest'ultimo punto, che è necessario un lavoro di definizione preliminare affinché tutti i paesi si accordino su detta distinzione (in particolare per quanto riguarda le cure pediatriche, ginecologiche, dentarie e di salute mentale).

Le indagini su popolazioni specifiche

Per concludere, uno degli insegnamenti metodologici di questa indagine, si riferisce alla difficoltà – tenuto conto del dispositivo utilizzato – di riunire sufficienti effettivi per intervistare in modo specifico i bambini e le donne in gravidanza (e, in misura minore le persone infette da HIV).

A parte un radicale aumento degli effettivi inclusi sistematicamente in tale indagine « generica » (per il moltiplicarsi dei centri partecipanti in ogni paese), la frequenza prevista di gravidanze e bambini in consultazione rende alquanto illusoria la possibilità di servirsi dei dati raccolti presso queste popolazioni.

Questi due soggetti – donne in gravidanza e bambini – necessitano di dispositivi d'indagine particolari:

- per le donne in gravidanza: si prevede una raccolta di routine ma che deve essere condotta per un periodo più lungo (con analisi che coprano più anni), pur tenendo conto delle difficoltà che comporta una raccolta prolungata dei dati; potrebbe trattarsi di un'indagine realizzata nelle maternità che, ad esempio, assistono donne straniere in situazione irregolare.
- per i bambini: il dispositivo deve essere completamente rivisto. La presente indagine in effetti ha incluso un numero molto limitato di minori. A partire da questa constatazione, nel dispositivo dell'Osservatorio devono essere inclusi i centri che offrono visite pediatriche ai figli di stranieri in situazione irregolare, e i genitori visitati in questi centri devono essere intervistati sui loro figli (cosa che non è stata fatta in questa indagine, nonostante fosse prevista).

Questionario



Paese : _____ città : _____ Programma : _____

Nome dell'intervistatore/i : _____

1. N° del questionario : ___ / ___ / ___ / ___

Data dell'intervista : ___ / ___ / ___ gg/mm/aaaa

Dati generali

3. Data di nascita: ___ / ___ / ___ gg/mm/aaaa o età ___ anni

4. Sesso : 1 M 2 F

Situazione amministrativa

5. Qual'è la sua nazionalità? _____

6. Appartiene ad un gruppo etnico? (facoltativo) 1 sì 2 no

Se sì, quale ? _____

7. Quando ha lasciato il suo paese d'origine? ___ / ___ mm/aaaa

o numero di mesi: ___ mesi o numero di anni: ___ anni

8. Qual'è la data del suo ultimo arrivo (paese dell'intervista)? ___ / ___ / ___ jj/mm/aaaa

9. Da quanto tempo è senza permesso di soggiorno nel paese (paese dell'intervista) (in mesi)? ___ mesi

10. Ha avuto un ordine di lasciare il territorio? 1 sì 2 no

Accesso all'assistenza sanitaria

Per l'intervistatore: *i criteri per determinare se la persona può beneficiare gratuitamente delle cure devono essere su un foglio allegato – non dovranno essere spillati insieme*

11. Riguardo alla situazione amministrativa, la persona potrebbe beneficiare gratuitamente delle cure? 1 sì 2 no

Le domande 12, 13 e 14 si devono fare solo se la persona potrà beneficiare gratuitamente delle cure

12. Sa che la sua situazione le permette di beneficiare gratuitamente delle cure nel sistema sanitario nazionale?

1 sì 2 no

13. Ha fatto qualcosa per accedere al servizio sanitario? 1 sì 2 no

14. Se sì, ha un documento (tessera sanitaria, certificazione,...) necessario per beneficiare gratuitamente delle cure? 1 sì 2 no

Accesso a prevenzione, cure e trattamenti

15. L'ultima volta che si è sentito male (*nel paese dell'indagine*), chi ha consultato?

1 non si è sentito malato

4 ha consultato un'infermiere

7 altro: _____

2 non ha consultato nessuno

5 ha consultato un medico tradizionale

3 ha consultato un medico/dentista

6 ha consultato un vicino, un amico, un familiare

16. Dove l'ha consultato?

1 in ospedale

4 in un'associazione/ONG

7 altro: _____

2 in uno studio privato

5 a casa propria

3 in un centro di salute

6 presso di voi

17. Qual era il suo problema di salute? _____ codice CISP _____

18. Ha avuto un rifiuto di assistenza da parte di professionisti sanitari durante quest'ultimo problema di salute? 1 sì 2 no

19. Come è stato curato?

1 con farmaci prescritti o forniti dal medico

3 non ha preso farmaci/ non è stato curato

2 automedicazione

20. Se ha preso dei farmaci, dove se li è procurati?

1 nel paese dell'indagine

2 nel paese d'origine

3 in un paese terzo

Accesso allo screening e ai trattamenti legati all' infezione da HIV

Nel caso in cui lo screening sia gratuito:

21. Sa che può beneficiare gratuitamente del test per l'infezione da HIV/Aids?

1 si 2 no

Nel caso in cui lo screening non sia gratuito:

21'. Sa che può fare il test per l'infezione da HIV/Aids, pagando X euro?

1 si 2 no

22. Sa dove è possibile fare questo test?

1 si dove _____ (senza scelta) 2 no

Nel caso in cui il trattamento sia gratuito

23. Sa che una persona nella sua situazione amministrativa con l'infezione da HIV/Aids può beneficiare gratuitamente della cura ?

1 si 2 no

24. Vorrebbe fare un test di screening per l'infezione da HIV/Aids?

1 si 2 no

25. In caso negativo perchè? *Più risposte possibili*

1 paura della non segretezza del risultato

5 non sa se può avere accesso gratuito alla cura

2 test troppo caro

6 paura dei risultati

3 sa che non esiste la possibilità di avere gratuitamente la cura

7 non ne sente il bisogno

4 non sa che esiste una cura

8 altre ragioni: _____

26. Se sì, ha potuto fare il test?

1 si 2 no

27. Se ha potuto fare il test, conosce i risultati?

1 oui 2 non

Problemi di salute / Accesso alle cure e ai trattamenti

28. Com'è il suo stato di salute in generale? Direbbe che è ...

1 molto buono 4 cattivo

2 buono 5 molto cattivo

3 medio 6 non so

29. 30. 31. Quali sono i problemi di salute e/o le malattie che la riguardano in questo momento? Sono acute o croniche? Vengono curate?

29. Problema/i:

CISP

30. Patologia:

31. Trattamenti in corso:

1 acuta

2 cronica

1 si

2 no

1 acuta

2 cronica

1 si

2 no

1 acuta

2 cronica

1 si

2 no

1 acuta

2 cronica

1 si

2 no

contrassegnare solo se le risposte alle domande 29, 30 e 31 sono state raccolte a partire dalle dichiarazioni del paziente (non c'è stato un medico o un'infermiere al momento della raccolta dei dati) : 1 dichiarazione del paziente

32. Ritardo nel ricorso alle cure per l'uno o l'altro problema di salute (constatato da un medico o da un'infermiere) :

1 si 2 no

33. Ha un problema di abuso o di dipendenza à (Codice CISP):

Alcool 1 si = P15 2 no

Farmaci 1 si = P18 2 no

Fumo 1 si = P17 2 no

Altre droghe 1 si = P19 2 no

34. Se il paziente è HIV positivo: 1 codice CISP B90

35. Ha consultato un medico (uno specialista)?

1 si 2 no

36. Le ha proposto un trattamento?

1 si 2 no

37. Se sì, ha fatto questo trattamento?

1 si 2 no

38. Prende dei farmaci ARV?

1 si 2 no (mai prescritti) 3 no (ma non prescritti)

39. Se non ha preso gli ARV prescritti, perché?

1 trattamento troppo caro

4 difficoltà a prenderli regolarmente

2 paura degli effetti secondari

5 rifiuto della terapia

3 paura della stigmatizzazione

6 altro: _____

Ostacoli all'accesso e alla continuità delle cure

40. In generale, quali sono gli ostacoli che incontra nell'accesso e nella continuità delle cure? *Più risposte possibili*

1 visita troppo cara

6 non sa dove andare

11 paura di una denuncia

2 trattamento troppo caro

7 barriera della lingua

12 nessun ostacolo

3 orari dei servizi di salute non adatti

8 barriera culturale

13 altri motivi: _____

4 difficoltà amministrative

9 rifiuto delle cure da parte dei professionisti della salute

5 non conoscenza dei diritti

10 paura della discriminazione

Domande specifiche sulla vaccinazione dei minori

Domande per i minori visti nella consultazione

41. Il minore è vaccinato e pronto per le vaccinazioni successive ?

ciascun paese deve segnare qui la lista dei tipi di vaccino secondo il paese, senza cambiare il numero della domanda ma aggiungendo :41 a: tetano ecc... e rispondere per ciascun vaccino.

- 1 si (con un documento, un certificato sanitario che l'attesti) 3 no (è certo che non l'ha fatto)
2 si a priori (la persona è certa, ma non c'è un documento che l'attesti) 4 non lo sa

Domande 42, 43, 44, 45 e 46 da porre a tutte le persone con figli minorenni

Nel caso in cui le vaccinazioni siano gratuite

42. Sa che il suo/ i suoi figli possono beneficiare gratuitamente delle vaccinazioni? 1 si 2 no

nel caso in cui le vaccinazioni non siano gratuite:

42'. Sa che suo/i suoi figli possono essere vaccinati pagando/ X euro? 1 si 2 no

43. Sa dove è possibile fare queste vaccinazioni? 1 si dove _____ (no scelta) 2 no

44. Vorrebbe vaccinare il suo/i suoi figli in (paese dell'indagine)? 1 si 2 no

45. Se sì, ha potuto farlo? 1 si 2 no

46. Se non ha potuto farlo, perché?

- 1 vaccinazioni troppo care 6 paura della denuncia
2 orari dei centri di vaccinazioni non adatti 7 rifiuto del vaccino
3 non sapere dove andare 8 bambini non in età scolastica : non ne hanno bisogno
4 barriera della lingua 9 altri motivi non espressi: _____
5 barriera culturale

Domande specifiche per le donne in gravidanza.

47. Da quanti mesi è incinta? 1 ___ mesi 2 non lo so

48. E' seguita per questa gravidanza (paese dell' indagine I)? 1 si 2 no

49. Se sì, quante visite ha fatto durante la gravidanza? ___

50. Sono state gratuite (secondo il paese d'indagine?) 1 si 2 no

51. Se non è stata seguita (nessuna visita e tre mesi di gravidanza come minimo), quali sono stati i motivi? Più risposte possibili

- 1 difficoltà finanziarie 6 ostacolo culturale 11 non ha diritto ad essere seguita in gravidanza
2 difficoltà amministrative 7 rifiuto delle cure da parte dei professionisti 12 non sapeva di essere incinta
3 non conoscenza dei diritti 8 paura di denunce 13 nessun ostacolo
4 non sapere dove andare 9 paura della discriminazione 14 altre ragioni espresse: _____
5 ostacolo della lingua 10 orari non adatti _____

52. Ha beneficiato di uno screening per l'infezione da HIV/Aids durante la gravidanza? 1 si 2 no

Situazione sociale

53. Come vive?: 1 solo 2 in coppia 3 in famiglia, con amici.

54. Ha figli? 1 si Se sì, quanti? ___ 2 no

55. Se sì, quanti di essi vivono attualmente con lei? ___

56. Il vostro alloggio è:

- 1 fisso (domicilio personale, in condivisione, ospite fisso in condivisione, da amici, parenti,...)
2 precario (presso una famiglia, amici, casa occupata con acqua – elettricità, camper,...)
3 senza alloggio (strada, casa abbandonata senza acqua né elettricità, alloggio d'emergenza...)

57. Quante persone compongono la sua famiglia? ___

58. Tra queste persone, quanti sono i bambini? ___

59. Svolge un lavoro per guadagnarsi da vivere? 1 si 2 no

60. Di quanto denaro dispone al mese la sua famiglia per vivere ? circa _____ € al mese

Ha qualcosa da aggiungere?

**« Occorre costruire il rispetto
e non la paura »**

F. paziente di MDM Francia, Lione, febbraio 2006

CREDITI FOTOGRAFICI

© Agence Meura
© Valérie Dupont
© Matias Costa
© Martin Mazurkiewicz
© Andrew Aitchison
© MDM Spagna

© Yannis Giannakopoulos

© Fabrice Demoulin

Copertura
Tessera sanitaria delle persone straniere residenti in europa
Introduzione
Ostacoli all'accesso e alla continuità delle cure
Stato di salute
Accesso all'assistenza sanitaria
Situazione sociale
Editoriale
Raccomandazione metodologiche
Presentazione dell'indagine
Caratteristiche demografiche
Riassunto dell'indagine
Conclusioni



ISBN 2-9522405-6-6 - Deposito legale: Giugno 2007



Giugno 2007

Ringraziamo innanzitutto...

tutte le persone che hanno accettato di rispondere alle nostre domande e di descrivere la loro situazione e il loro percorso di vita.

Questo lavoro di raccolta dati e di osservazione è stato reso possibile grazie alla mobilitazione dell'equipe di Medici del Mondo in Europa: personale di accoglienza, operatori sociali, infermier(e), psicologi, medici e persone incaricate dell'elaborazione informatica dei questionari, che teniamo qui a ringraziare.

Ringraziamo in particolare tutte le persone coinvolte nell'elaborazione mezzi d'informazione:

- l'equipe di progetto che ha lavorato con il Coordinamento Missione Francia

**Dr. Emmanuel Condé (MDM Belgio),
Dr. Guillaume Fauvel (MDM Francia),
Sonia Fernandes (MDM Portogallo),
Pablo Traspas (MDM Spagna),
Christos Velissaropoulos (MDM Grecia),**

- **Michel Verdier** del servizio informatico di MDM Francia;
- e le persone che hanno tradotto questi strumenti nelle lingue utilizzate.

Rapporto scritto da:

Pierre Chauvin e Isabelle Parizot

Equipe di ricerca sui determinanti sociali della salute e del ricorso alle cure sanitarie,
UMRS 707 (Inserm - Università Pierre et Marie Curie), Parigi.

E Nadège Drouot, Nathalie Simonnot e Anne Tomasino

Medici del Mondo Francia - Coordinamento Missione Francia

Con il sostegno - della Direzione Generale della Sanità e della
Direzione Generale dell'Azione Sociale in Francia.

Progetto e realizzazione grafica: **Frédéric Blancot** - fblancot@hotmail.com
Stampa: **COMELLI**

www.mdm-international.org