



MAL DI FRONTIERA

Un'analisi della quotidiana sfida
dei migranti in transito a Ventimiglia,
frontiera tra Italia ed Europa

INDICE

SOMMARIO	1
INTRODUZIONE	2
L'intervento di MSF: rispondere ai bisogni	4
OBIETTIVI	5
Obiettivi specifici	5
METODOLOGIA	
Disegno dello studio	6
Popolazione oggetto dell'indagine	6
Definizioni	6
Dimensione del campione	6
Strategia di campionamento	6
Variabili e raccolta dei dati	7
Gestione dei dati e analisi	7
Considerazioni etiche	7
RISULTATI	
Caratteristiche socio-demografiche della popolazione oggetto dello studio	8
Arrivo in Italia	9
Accesso all'assistenza sanitaria in Italia e prevalenza di malattie a lungo termine	11
Condizioni di vita	12
Violenze subite	14
DISCUSSIONE	18
Limiti dello studio	19
CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI	22
BIBLIOGRAFIA	24

Prima pubblicazione febbraio 2018
 © Medici Senza Frontiere
 www.msf.it

in copertina:
 © Giuseppe La Rosa
 M. dal Sudan: durante il tentativo di attraversare il confine con la Francia,
 M. ha visto morire un suo compagno di viaggio in un tragico incidente.

SOMMARIO

Introduzione

Dal 2015 la città italiana di Ventimiglia, vicino al confine con la Francia, è diventata uno dei principali punti di transito per i migranti che cercano di raggiungere un diverso Stato europeo. Le popolazioni di transito sono particolarmente vulnerabili alla violenza e agli abusi, costrette a vivere in condizioni difficili, sistematicamente esposte a situazioni di privazione e respinte ai confini. Vulnerabilità e rischi che, oltre a comportare morbidità acuta e a lungo termine, risultano ulteriormente aggravati dallo scarso accesso ai servizi sanitari. Per rispondere ai bisogni di questa popolazione, Medici Senza Frontiere (MSF) ha portato la propria opera e soccorso in molte di queste aree di confine, come Ventimiglia, Como, Gorizia. MSF ha condotto a Ventimiglia un'indagine tra i migranti residenti nel centro di transito gestito dalla Croce Rossa, detto Campo Roja, e quelli accampati lungo il greto del fiume Roja, per documentare i tipi di violenza subita da questa popolazione durante il viaggio e durante le fasi di respingimento alla frontiera, le condizioni di vita e l'accesso ai servizi sanitari.

Metodo

Un'inchiesta quantitativa trasversale, combinata con una raccolta di interviste in profondità condotte con i migranti in transito e con alcuni esponenti di ONG (Organizzazioni Non Governative) attive nell'area, è stata realizzata da MSF tra agosto e settembre 2017 nei due siti già menzionati. Un questionario standardizzato e strutturato è stato somministrato a un campione di popolazione selezionata con metodo casuale semplice nel campo Roja e in maniera esaustiva nel sito informale lungo il fiume Roja. Il questionario è stato pensato e costruito per misurare la prevalenza e il tipo di violenze subite da questa popolazione, le condizioni di vita e l'accesso ai servizi sanitari. L'anonimità degli individui è stata garantita e il consenso orale dei partecipanti è stato raccolto.

Risultati

Nello studio sono state incluse 287 persone con un'età mediana di 24 anni [IQR: 20-27], di cui il 97% di sesso maschile e il 48,8% proveniente dal Sudan. Il numero limitato di donne incluse nello studio riflette la composizione demografica di questa popolazione in larga maggioranza rappresentata da soggetti di sesso maschile. Tra la popolazione oggetto dell'analisi, il 44,2% (IC: 38,5 -

50) ha riferito di aver subito almeno un episodio di violenza durante il viaggio prima dell'arrivo in Italia, il 46,1% dei partecipanti ha dichiarato di aver tentato di attraversare il confine tra Italia e Francia e di essere stati respinti. Tra i soggetti intervistati, il 23,6% (IC: 17,1 - 31,8) ha riferito di aver subito episodi di violenza durante il respingimento e il 17,4% (IC: 13,4 - 22,2) ha dichiarato di essere stato forzatamente trasferito nei centri del sud d'Italia. I soggetti che hanno subito violenza hanno dichiarato nel 45% (IC: 28 - 63,5) dei casi, di essere stati vittime di persone in uniforme di nazionalità italiana, mentre nel 29% (IC: 15,2 - 48,2) di persone in uniforme di nazionalità francese. Per il restante 26%, si è trattato di persone sconosciute o di altra nazionalità.

Un accesso inadeguato alle cure è stato riportato dal 37,5% (IC: 21,9 - 56,1) dei partecipanti residenti nel campo Roja e dal 24% degli intervistati del sito informale lungo il fiume. Solo il 17,9% dei soggetti affetti da condizioni di salute croniche possiede il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente) per accedere gratuitamente alle cure mediche (p<0,06). Le generali condizioni di vita sono state ritenute scarse e insoddisfacenti dal 79,1% degli intervistati lungo il fiume Roja e dal 68,5% dagli intervistati del campo Roja con una differenza statisticamente significativa tra i due siti. I partecipanti hanno descritto le condizioni di vita come inadeguate principalmente per carenza di igiene generale (27%), per la mancanza di spazio disponibile e per il dover dormire all'aperto (6,3%), per la mancanza di privacy e l'isolamento dalla città (3,4%). Le interviste qualitative hanno evidenziato le condizioni difficili e violente dell'attraversamento dei confini e la precaria condizione di questo tipo di popolazione.

Conclusioni

Questa indagine fornisce dati rilevanti sulle condizioni di vita della popolazione transitante e rileva un importante livello di violenza subito da migranti e richiedenti asilo sia durante il viaggio, sia durante i loro tentativi di attraversamento delle frontiere. Inoltre fornisce interessanti informazioni sul livello percepito di salute e sull'accesso alle cure e ai servizi sanitari. Ulteriori ricerche dovrebbero essere effettuate per meglio comprendere le complesse dinamiche della violenza descritta e le conseguenze sulla salute dei migranti per poter formulare un'efficace e sostenibile risposta politica orientata al rispetto dei diritti umani.



INTRODUZIONE

L'Italia, per la sua posizione geografica, è una delle principali porte d'ingresso nell'Unione Europea per migranti e richiedenti asilo in fuga da guerre, violenze, povertà e persecuzioni. Tuttavia l'Italia è anche un paese di transito¹ per quanti, una volta arrivati sul territorio nazionale, desiderano continuare il viaggio e dirigersi verso il Nord-Europa e lì presentare la propria domanda di protezione internazionale. Un territorio dunque che, in molti casi, concentra i migranti in transito ma non è l'ultima meta delle migrazioni.

Ventimiglia racconta bene questa sua natura e peculiarità. Già nel 2011 questa piccola cittadina di frontiera vide arrivare presso la propria stazione ferroviaria ragazzi tunisini, in fuga dai contesti di crisi nordafricani, che tentavano di raggiungere la Francia e da lì altri Paesi in Europa, ma è solo nell'estate del 2015 che questo flusso in arrivo si è fatto più costante e consistente, come lo vediamo oggi, in ragione della relativa facilità di accesso alla frontiera terrestre, attraversabile anche in treno. Il transito in Francia negli ultimi anni è divenuto più difficile per i migranti a seguito dei provvedimenti di chiusura dei valichi da parte delle autorità francesi, uniti agli accordi bilaterali stipulati con l'Italia volti a facilitare i respingimenti alla frontiera²: il controllo di polizia sempre più rigido e la pratica sistematica dei riaccompagnamenti, spesso con profili di legittimità questionabili dal punto di vista giuridico³, hanno fatto sì che la cittadina si trasformasse in un vero e proprio “collo di bottiglia” di una migrazione diretta verso altri Paesi europei. Un numero crescente di migranti resta bloccato al confine non potendo o volendo presentare domanda di protezione internazionale in quello che vedono come un Paese di transito e non la meta finale del loro viaggio.

I numeri dei passaggi, caratterizzati da una permanenza a Ventimiglia dalla durata variabile e imprecisata, sono stati molto altalenanti e di difficile monitoraggio, ma non sono

mai scesi sotto le centinaia di persone con punte talvolta superiori a mille persone in uno stesso momento.

Del tutto inadatta ad accogliere un numero così importante di persone, a Ventimiglia si è dunque venuta a creare una situazione particolarmente critica dovuta alle precarie condizioni di vita delle persone in transito. La risposta solidale della società civile e quella delle istituzioni si è fatta carico di una parte dei bisogni, senza però riuscire a coprire tutte le necessità oggettivamente riscontrabili. Alla fine del 2016, inizio delle attività di Medici Senza Frontiere, erano ben delineabili due gruppi di persone: quelle accolte all'interno del campo gestito dalla Croce Rossa Italiana (denominato Campo Roja), spesso non sufficientemente capiente per contenere l'intera popolazione in stato di bisogno, e i migranti collocati al di fuori di un sistema formale di accoglienza, questi ultimi per lo più insediati nel greto del fiume Roja o, nel caso di famiglie e minori, ospitati nei locali di una parrocchia locale. Proprio questa popolazione, che noi definiremo “informale”, mostrava i bisogni umanitari più consistenti, in assenza di qualsiasi tipo di accesso ai servizi di base come acqua e latrine, sostenuti soltanto dall'opera volontaristica della società civile e in casi limitati dalle istituzioni. Da notare la presenza di famiglie, donne e minori non accompagnati⁴, soggetti fragili e vulnerabili, ma non esentati dai provvedimenti di respingimento alla frontiera con la Francia.

Molte sono le persone, come si evince dal presente studio, che hanno tentato l'attraversamento del confine più volte, talvolta con decine di tentativi, alcuni dei quali conclusisi drammaticamente con la morte. MSF ha avuto modo di assistere e testimoniare simili o addirittura peggiori scenari anche altrove in Europa, in particolare alla frontiera tra Serbia e Ungheria⁵.

1. Reliefweb Afghan Child Migrants: Italy, the preferred country of transit, September 2017 https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/afghan-child-migrants-italy-the-preferred-country-of-transit_o.pdf, Council of Europe, Countries of transit: meeting new migrants and asylum seekers <http://website-pace.net/documents/19863/1278654/20150909-TransitCountries-EN.pdf/64f1684f-7f20-40c8-904f-4e64f9a4587b>

2. Accordo bilaterale fra il Governo della Repubblica italiana e il Governo della Repubblica francese sulla cooperazione transfrontaliera in materia di polizia e dogana firmato a Chambéry il 03.10.1997. Secondo questo accordo il personale delle due polizie, italiana e francese, provvedono reciprocamente a restituire all'altro Stato gli extracomunitari intercettati nell'atto di oltrepassare la frontiera e sprovvisti dei documenti abilitanti al transito http://www.camera.it/_bicamerali/schengen/docinte/ACCITFR.htm

3. Ultimamente sono aumentati i controlli su base etnica e nazionale nelle stazioni e in altri luoghi delle città vicine ai confini con Francia, Svizzera e Austria, sono stati istituiti alla frontiera controlli sistematici vietati espressamente da Schengen. Sempre più frequenti sono anche i controlli e i fermi nei treni diretti verso gli altri Paesi europei. Su questo si veda l'importante documentazione prodotta dall'Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione (ASGI) e in particolare <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2015/07/Documento-Ventimiglia.pdf>

4. Al momento della stesura di questo rapporto il Tribunale amministrativo di Nizza ha accolto un ricorso presentato contro il respingimento di un minore non accompagnato eritreo di 12 anni dalla Francia all'Italia. Il minore, fermato alla stazione di Menton, era stato immediatamente messo sul treno per Ventimiglia e rimandato in Italia. Il Tribunale, considerate le violazioni delle garanzie procedurali previste dalla normativa francese, ordina alle autorità francesi di prendere contatto con le autorità italiane affinché al minore sia rilasciato entro 3 giorni un lasciapassare che gli permetta di presentarsi al posto di frontiera di Menton, di segnalare il minore alla Procura per la nomina di un tutore provvisorio, di fornire al minore tutte le informazioni sul diritto d'asilo in una lingua a lui comprensibile. Lo Stato è inoltre condannato alle spese (1.500 euro).

5. Si veda “Games of violence: Unaccompanied children and young people repeatedly abused by EU Member State Border Authorities” <https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/sites/germany/files/2017-serbien-mental-health-report-aerzte-ohne-grenzen.pdf> 6.



© Mohammad Ghannam/MSF

L'intervento di MSF: rispondere ai bisogni

Medici Senza Frontiere interviene una prima volta a Ventimiglia nel 2015 per valutare le condizioni mediche e umanitarie delle centinaia di migranti bloccati alla frontiera con la Francia e respinti sul suolo italiano. Nel novembre del 2016, in ragione dell'acuirsi delle problematiche e del numero dei migranti bloccati, senza alcuna possibilità di proseguire il loro viaggio verso il Nord-Europa, le équipes di MSF riprendono le loro attività nel tentativo di rispondere ai bisogni più urgenti, ma soprattutto più negletti, rivolgendosi in particolare verso la salute mentale e quella della donna.

L'esperienza di MSF e di altre organizzazioni sulla salute dei migranti, così come importanti evidenze scientifiche⁶, hanno rilevato un rischio aumentato di sofferenza psicologica tra la popolazione migrante attribuibile, oltre al fattore individuale, ai traumi vissuti durante il percorso migratorio, a fattori di stress socio-ambientali e ad avversità accumulate nel corso dell'esistenza.

Per questo gli psicologi di MSF, costantemente supportati da mediatori culturali, hanno svolto attività di Primo Soccorso Psicologico e orientamento verso i servizi territoriali di salute mentale, lavorando sia all'interno del Campo Roja sia al di fuori di questo. Da novembre 2016 a settembre 2017, nel corso del suo intervento a Ventimiglia, Medici Senza Frontiere ha fornito 2.452 consulenze psico-sociali. Il 20% dei pazienti ha riportato un disagio psicologico con sintomi legati alla difficoltà di adattamento alla nuova vita e circostanze, all'incertezza rispetto al proprio futuro e progetto di vita, a problemi psico-somatici, ansia e depressione.

Sempre volgendo l'attenzione ai più vulnerabili, MSF ha portato avanti un servizio di salute riproduttiva della donna realizzato all'interno di un ambulatorio allestito nella parrocchia di Sant'Antonio alle Gianchette. Le attività hanno riguardato lo screening ginecologico, l'accertamento dello stato di gravidanza, la cura delle infezioni sessualmente trasmissibili e di patologie ginecologiche, la consultazione prenatale e postnatale, la pianificazione familiare e la segnalazione di vittime di violenze sessuali ai servizi competenti per la presa in carico.

Da novembre 2016 a settembre 2017 le ostetriche di MSF, con il supporto dei mediatori culturali, hanno visitato 435 donne, tra queste 32 (7,4%) avevano esiti di vaginiti, 11 (2,5%) erano affette da malattie sessualmente trasmissibili, 11 (2,5%) da infezioni del tratto urinario, 79 (18%) sono risultate in

Nel corso dell'intervento a Ventimiglia, MSF si è rivolta in più occasioni alle autorità locali (Prefettura di Imperia e Comune di Ventimiglia) sottoponendo alla loro attenzione una serie di elementi critici riscontrati nei due insediamenti e chiedendo l'intervento delle autorità competenti. In particolare, le richieste di MSF hanno riguardato: l'insufficienza di servizi igienici installati nel campo Roja (15 docce e 10 WC)⁸ e la mancanza di punti di accesso all'acqua potabile e ai servizi igienici per la popolazione accampata lungo le sponde del fiume Roja; la mancanza di servizi di protezione adeguata per categorie vulnerabili quali minori non accompagnati, madri sole, famiglie, vittime di violenza e di tratta, presenti sia negli accampamenti informali lungo le sponde del fiume Roja sia nel campo Roja.

In particolare, MSF ha più volte sollecitato la Prefettura di Imperia a trasferire i minori non accompagnati presenti nel campo Roja presso strutture governative di prima accoglienza a loro destinate e ha evidenziato l'assenza di spazi destinati a famiglie con donne e minori nel campo, dotati di barriere fisiche che impediscano l'accesso a quanti non sono autorizzati.

stato di gravidanza e 13 (3%) hanno dichiarato di aver subito violenza sessuale. Tra le donne identificate come vittime di violenza sessuale, 5 risultavano in stato di gravidanza come conseguenza della violenza subita.⁷ Per garantire la loro adeguata presa in carico da parte degli specialisti dei servizi sanitari locali, MSF ha firmato un protocollo di intesa con il consultorio di Ventimiglia che prevedeva l'espletamento di visita ginecologica, ecografia, esami di routine e consegna dei risultati in tempi rapidi in considerazione del breve periodo di permanenza delle donne nella città.

Oltre alle attività specifiche già citate, Medici Senza Frontiere ha rivolto la sua attenzione verso i gruppi di migranti insediati al di fuori del campo della Croce Rossa Italiana. Situazioni puntuali di maggiore difficoltà sono state affrontate con distribuzione di generi di prima necessità e kit igienici, aiutando anche con donazioni materiali le organizzazioni della società civile a vario titolo impegnate nell'assistenza.

Nell'ottica della promozione dell'accesso alla salute, MSF ha anche attivamente supportato l'ambulatorio medico della Caritas Diocesana, gestito da medici volontari, che ha ricevuto il supporto costante di mediatori culturali e di un infermiere di Medici Senza Frontiere: l'ambulatorio, aperto settimanalmente in modo regolare, ha rappresentato spesso l'unico modo per rispondere ai bisogni medici della popolazione in transito permettendone la presa in carico diretta o l'orientamento appropriato verso i servizi sanitari locali.

6. Aragona M., Pucci D., Mazzetti M., Maisano B., Geraci S.,: *Traumatic event, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*, Ann. Ist. Super Sanità 2013, Vol. 49 N2: 169-75.

Fazel M., Wheeler J., Danesh J.: Prevalence of serious mental health disorders in 7000 refugees resettled in Western countries: a systematic review. Lancet 2005; 365: 1309-14.
Medici Senza Frontiere Neglected Trauma www.msf.org/sites/msf.org/files/neglected_trauma_report.pdf

7. Per ulteriori dettagli, si veda *Fuori Campo. Insediamenti informali: marginalità sociale, ostacoli all'accesso alle cure e ai beni essenziali per migranti e rifugiati* (secondo rapporto).

8. Sulla base di standard internazionali ogni servizio dovrebbe essere utilizzato da un massimo di 20 persone

OBIETTIVI

Documentare i livelli e i tipi di violenza subita dai migranti durante il viaggio e alle frontiere e l'accesso alle cure.

Obiettivi specifici

- Descrivere le caratteristiche socio-demografiche (età, sesso, Paese d'origine) della popolazione oggetto di studio.
- Documentare il viaggio dei migranti dal loro Paese d'origine all'Italia, tipologia delle difficoltà incontrate durante il viaggio.
- Descrivere le condizioni di vita dei migranti che transitano per Ventimiglia.
- Documentare la violenza subita ai valichi di frontiera nell'area di Ventimiglia e in particolare:
 - stimare la proporzione di individui che hanno subito violenza: tipo e luogo,
 - analizzare in quali circostanze i migranti hanno subito violenze.
- Misurare la prevalenza dell'accesso all'assistenza sanitaria, all'acqua potabile e l'igiene.
- Documentare i progetti di vita futura.



METODOLOGIA

Disegno dello studio

Due indagini trasversali retrospettive sono state realizzate dal 28 agosto al 14 settembre: un'indagine campionaria è stata condotta sulla popolazione residente all'interno del campo della Croce Rossa detto Campo Roja e l'altra indagine è stata realizzata tra la popolazione informale stabilitasi lungo le sponde del fiume Roja.

I dati sono stati rilevati tramite l'utilizzo di un questionario standardizzato somministrato da 4 mediatori culturali sotto la supervisione di due operatori di MSF. Le interviste sono state condotte faccia a faccia.

Popolazione oggetto dell'indagine

Tutte le persone residenti nell'area di analisi identificata al momento dell'indagine hanno rappresentato la popolazione oggetto dello studio. Per ragioni etiche, tutti gli individui di età inferiore ai 18 anni sono stati esclusi da questa analisi.

L'analisi quantitativa è stata completata da una selezione di interviste qualitative condotte con individui residenti nel campo Roja, nell'insediamento informale situato lungo il fiume Roja e con esponenti di ONG operative nell'area investigata. I partecipanti sono stati reclutati su base volontaria e intervistati dopo aver spiegato loro l'obiettivo dell'indagine e aver chiesto il consenso verbale.

Criteri di esclusione

- Minori e minori non accompagnati per motivi etici.
- Rifiuto del responsabile del nucleo familiare
- Rifiuto del consenso individuale

Definizioni

Nucleo familiare: un gruppo di persone, con o senza legami familiari, che dormono e mangiano sotto lo stesso tetto dal giorno prima dell'indagine. Qualora una persona viva da sola, anche tale persona è considerata un nucleo familiare.

Bisogno insoddisfatto di assistenza sanitaria: uno o più dei seguenti fattori:

- l'incapacità di avere accesso a una visita o a un trattamento per una patologia acuta
- l'incapacità di avere accesso a una visita o a un trattamento per una patologia cronica

Migrante in transito: il migrante che, al momento dell'inchiesta, vive in un posto che considera temporaneo e che intende dirigersi altrove.

Rifugiato: riferito a persona che ha lasciato il proprio Paese di origine temendo, a ragione, di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le opinioni politiche e che non può o non vuole fare ritorno nel proprio Paese di origine per il timore di cui sopra.

Richiedente asilo: riferito a persona che ha lasciato il

proprio paese di origine a causa di guerre, persecuzioni, violenza, disastri naturali e, avendo inoltrato richiesta di asilo in un altro Paese, è ancora in attesa di una decisione da parte delle autorità del Paese ospitante.

Violenza: qualsiasi evento traumatico subito durante il viaggio, in Italia e alle frontiere italiane durante le azioni di respingimento e che include aggressioni, percosse, inseguimenti, aggressioni verbali uso di armi da taglio o di altro tipo, sequestro di persona, detenzione, violenza sessuale, trattamenti disumani e degradanti, torture.

Viaggio: tutti i Paesi attraversati, incluso il Paese di partenza, l'Italia e il sito dove avviene l'intervista.

Vulnerabile: persona con malattia cronica auto-riferita, donne incinte, bambini soli, genitori single, bambini di età inferiore ai 5 anni, persone disabili, anziani, persone con problemi di salute mentale, vittime di violenze e azioni disumane e degradanti, vittime di tortura.

Respingimenti: provvedimento disposto dalla polizia di frontiera nei confronti dello straniero intercettato al valico che è coercitivamente obbligato a rientrare nel Paese di provenienza senza che sia stata valutata l'ipotesi di richiesta di protezione in qualità di richiedente asilo.

Rifiuto: quando l'individuo selezionato per l'indagine sceglie di non partecipare all'inchiesta.

Malattie croniche: una malattia permanente o una condizione di lungo periodo che richiede un esteso periodo di cura e trattamento per tenere la patologia sotto controllo.

Hotspot: centro per procedere all'identificazione rapida e registrazione dei migranti prendendo loro anche le impronte digitali. L'identificazione avviene tra le 48 e le 72 ore successive allo sbarco.

Dimensione del campione

Per ciascun sito è stata scelta una dimensione di campionamento indipendente che è stata calcolata in funzione della valutazione dell'obiettivo primario: la percentuale di migranti che ha subito episodi di violenza alle frontiere e durante il viaggio e l'accesso all'assistenza sanitaria. Le ipotesi considerate per il calcolo del campione del Campo Roja sono state le seguenti: una prevalenza stimata della violenza del 50%, un errore dello 0,05, un livello di confidenza del 95% e un 10% di tasso di mancata risposta. Ipotizzando una popolazione totale di 250 persone residenti nel Campo Roja al momento dell'indagine e applicando la correzione per una popolazione finita, la dimensione di campione richiesta è di 176 interviste.

Considerando inoltre che la popolazione stimata residente nell'insediamento informale situato lungo il fiume Roja al momento dell'indagine era di 130 persone, in quest'ultimo sito è stato applicato un metodo esaustivo.

Strategia di campionamento

Nell'insediamento situato lungo il fiume Roya i questionari sono stati somministrati nei due principali punti di raccolta: durante la colazione presso il centro della Caritas, dov'era presente la maggior parte delle persone, e presso il fiume Roja.

Nel campo Roja è stato utilizzato un metodo di campionamento casuale semplice per selezionare il nucleo familiare da intervistare. Tutti gli individui appartenenti al nucleo familiare/abitazione individuata sono stati invitati all'intervista. Il primo passo è stato l'enumerazione di tutti i moduli abitativi del campo Roja e una stima del numero di persone facenti parte dello stesso nucleo abitativo. La proporzione di abitazioni da selezionare è stata quindi determinata in modo da raggiungere la dimensione del campione composto di 176 unità e successivamente i moduli sono stati selezionati con un'estrazione a sorte. Tutte le persone appartenenti allo stesso nucleo familiare/abitazione sono state intervistate usando lo stesso questionario.

Situazioni specifiche

In caso di assenza di un individuo appartenente al nucleo familiare selezionato durante la visita dell'intervistatore, il nucleo familiare/modulo abitativo è stato rivisitato altre due volte alla fine della giornata per completare l'intervista. Se ancora assente, l'individuo è stato considerato non partecipante. Nel caso di un nucleo familiare/modulo abitativo vuoto al momento dell'indagine, l'équipe ha effettuato una seconda e una terza visita alla fine della giornata e, se era ancora vuoto, il nucleo familiare è stato considerato assente e sostituito con un altro modulo abitativo scelto a caso.

Variabili e raccolta dei dati

Le informazioni sono state raccolte presso ciascun adulto vivente nel nucleo familiare selezionato, in grado e disposto a fornire informazioni dopo aver ottenuto il consenso informato verbale.

Sono state raccolte le seguenti informazioni:

- Dati socio-demografici: età, sesso, paese di origine, nazionalità, lingua parlata, lingua madre, stato civile.
- Viaggio (data di arrivo in Italia e durata del soggiorno)
- Stato di salute percepita
- Accesso ai servizi sanitari
- Piani di vita futuri e ambizioni
- Esperienza di violenza durante il viaggio
- Violenza alle frontiere e durante il respingimento
- Misure di contenimento e rinvio agli hotspots situati nel Sud Italia

Il questionario è stato elaborato e scritto in inglese ed è stato somministrato dai mediatori culturali nella lingua locale degli intervistati sotto la supervisione del personale esperto di MSF. Per l'indagine sono

state reclutate due équipes, ciascuna composta da due rilevatori. Tutti i membri delle équipes hanno seguito due giorni di formazione consecutivi sui principi e la metodologia di selezione del nucleo familiare, la raccolta dei dati e la compilazione del questionario. La formazione comprendeva anche lo svolgimento di un'indagine pilota, che si è svolta nell'area intorno ai luoghi da investigare. Lo studio pilota ha permesso ai rilevatori di esercitarsi sulla procedura di campionamento e la selezione dei nuclei abitativi, l'adeguatezza e la comprensibilità del questionario di indagine, la modalità di somministrazione del questionario, le eventuali difficoltà incontrate e le possibili domande. Non sono state apportate modifiche sostanziali al questionario dopo l'indagine pilota. Una guida per i rilevatori è stata elaborata e distribuita al fine di aiutare le équipes a svolgere meglio il proprio lavoro. Ogni sera venivano effettuati incontri per rispondere alle eventuali difficoltà incontrate durante il giorno e verificare la correttezza del lavoro svolto.

Gestione dei dati e analisi

I dati dell'indagine sono stati inseriti in un database standardizzato e poi analizzati con il software Stata v14 (StataCorp, College Station, Texas, Stati Uniti). Le analisi si sono basate su metodi statistici standard effettuati tenendo conto del metodo di campionamento utilizzato. I risultati sono stati stimati e presentati con un intervallo di confidenza del 95%. Una statistica descrittiva (dati, proporzioni, intervallo interquartile) è stata utilizzata per presentare i risultati. Se del caso, le differenze percentuali tra i gruppi sono state confrontate usando il test chi quadrato di Pearson, con valutazione del valore p-value. Per il campo Roja in cui è stato eseguito il campionamento casuale semplice la prevalenza delle variabili esaminate è stata presentata con il rispettivo intervallo di confidenza.

Considerazioni etiche

La partecipazione all'indagine è stata volontaria e anonima e non ha implicato alcun vantaggio monetario. Dopo aver spiegato la natura volontaria e anonima dell'indagine, ai partecipanti è stato chiesto di fornire il loro consenso alla partecipazione. Nessuna parte del questionario è stata somministrata prima di aver raccolto il consenso del partecipante, il quale era libero di ritirare il proprio consenso e di interrompere l'intervista in qualsiasi momento. I nomi dei partecipanti non sono stati registrati in alcun momento. Le persone di età inferiore a 18 anni non sono state incluse nell'indagine. La partecipazione alle interviste in profondità, condotte con i migranti in transito e con alcuni esponenti chiave di ONG locali, è stata anonima e volontaria, i colloqui effettuati sono stati trascritti e riportati parola per parola. Tutti i potenziali casi medici identificati durante lo svolgimento dell'indagine sono stati riferiti ai servizi sanitari locali. Gli individui riconosciuti con possibili disagi psicologici sono stati indirizzati agli psicologi di MSF.

RISULTATI

Caratteristiche socio-demografiche della popolazione oggetto dello studio

Lo studio è stato condotto tra il 28 agosto e il 14 settembre 2017. Dei 341 individui selezionati, 287 (84%) hanno accettato di partecipare. Il tasso di rifiuto è stato pari al 16% (54/341) (Figura 1).

Le caratteristiche della popolazione oggetto dello studio sono presentate nelle tabelle 1 e 2 nelle specificità tipiche di ogni sito. Le persone di età superiore ai 18 anni rappresentano il totale della popolazione intervistata e la fascia di età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 18 e i 23 anni (Tabella 1).

Solo il 3% dei partecipanti è di sesso femminile in conformità con la composizione demografica della popolazione presa in esame durante il periodo dell’indagine. Tra le donne intervistate durante l’indagine, 5 (62,5%) erano residenti nel campo Roja e 3 (37,5%) vivevano nell’insediamento situato lungo il fiume Roja. L’età mediana del campione di popolazione era di 24 anni con un intervallo interquartile [IQR: 20-27] (Figura 2).

Complessivamente, il 49% della popolazione studiata proveniva dal Sudan, che rappresentava il gruppo più numeroso del campione, seguito da Eritrea (6,2%), Bangladesh (6,2%), Afghanistan (5,2%), Ciad (4%) e Somalia (4%). Le principali nazionalità residenti lungo il fiume Roja al momento dell’indagine erano Afghani (15; 12,6%), Eritrei (8; 44,4%) e Sudanesi (73; 51,7%) (Figura 3 e Tabella 2).

Tabella 1: Distribuzione della popolazione oggetto dello studio per fasce di età e sito, Ventimiglia, agosto-settembre 2017

	Campo Roja N=168 n (%)	Insediamento fiume Roja N=119 n (%)
Fascia d'età*		
18-23	77 (46,7)	61 (52,6)
24-28	55 (33,3)	39 (33,6)
29-34	26 (15,7)	12 (10,3)
35-40	5 (3)	2 (1,7)
41-47	2 (1,2)	2 (1,7)
> 47	0	0
Totale	165	116

*6 dati mancanti

Figura 1
Diagramma di flusso dell’indagine

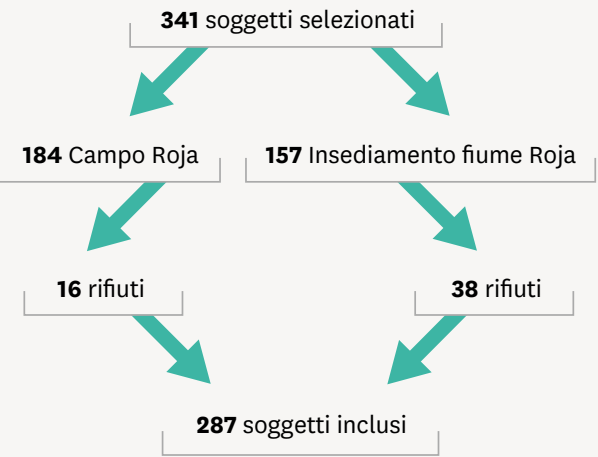


Figura 2
Piramide demografica della popolazione oggetto dello studio, Ventimiglia, agosto-settembre 2017

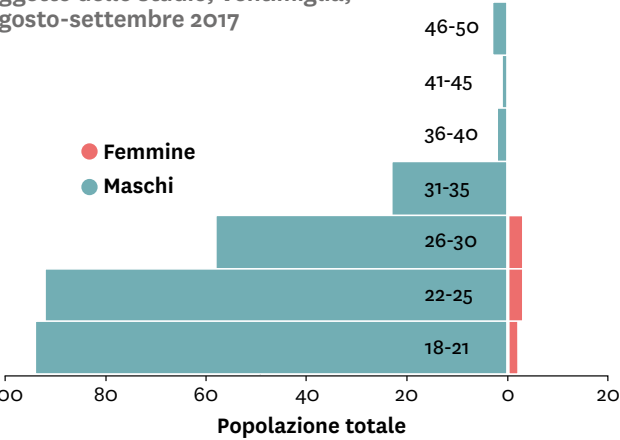
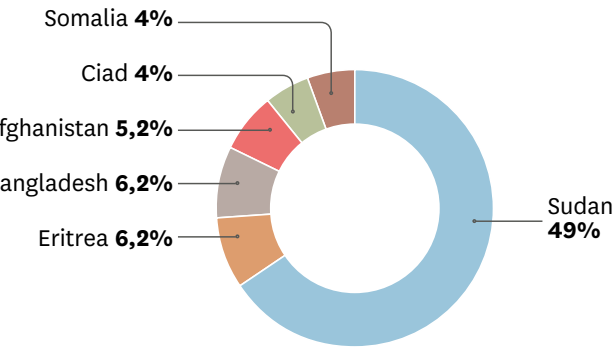


Figura 3
Paesi di provenienza



Per quanto riguarda la situazione familiare, 218 (77,8%) individui intervistati hanno dichiarato di essere single, 58 (20,7%) di essere sposati e 4 (1,4%) di essere divorziati. La percentuale dei migranti single variava dal 76,5% del campo Roja al 79,8% tra i residenti del fiume Roja. Tra le donne, 6 di loro (75%) hanno dichiarato di essere sposate e tra gli uomini gli sposati erano 52 (19,1%). La situazione familiare dipendeva anche dall’età con solo il 27,3% tra i gruppi di età più giovani (18-24 anni) che dichiaravano di essere sposati ma con una proporzione pari al 72,7% tra la fascia di età più adulta (25-47 anni) e una differenza statisticamente significativa $p < 0,00001$.

Arrivo in Italia

Tra la popolazione presa in esame sono stati osservati due picchi di arrivo in Italia, il primo a gennaio 2017 e il secondo tra giugno e luglio 2017.

Tra i soggetti intervistati, la maggior parte (64,8%) ha dichiarato che il primo centro di accoglienza da cui è passato in Italia si trovava in Sicilia, seguito dal 7,9% in Lombardia, dal 6,8% in Calabria e dal 3,6% in Campania con una durata mediana di permanenza di 5 giorni [IQR: 1-24]. Per molti degli intervistati il centro di accoglienza immediatamente precedente all’arrivo a Ventimiglia era situato in Lombardia (33,6%), per il 22,7% era situato nel Lazio, per il 12,7% era in Liguria, per il 5,5% era ubicato in Campania e per il 4,5% si trovava in Sicilia. La durata mediana della permanenza in questi centri era di 4 giorni [IQR: 1-25]. Il 10% dei partecipanti riporta di essere stato in un altro Paese europeo prima dell’arrivo a Ventimiglia, in particolare il 5% in Francia, il 3,2% in Germania, lo 0,91% in Svizzera, lo 0,91% in Austria e lo 0,35% in Grecia. Una volta arrivati a Ventimiglia la durata mediana della permanenza è di circa 8 giorni [IQR: 3-25]. Tra la popolazione oggetto dell’analisi, 276 individui (97,5%) hanno lasciato le impronte digitali all’arrivo in Italia, di questi 162 (58,7%) residenti nel campo Roja e 114 (41,3%) presso l’insediamento lungo il fiume Roja⁹.

Tra le persone intervistate, 229 (89,4%) hanno dichiarato di aver lasciato volontariamente il centro di accoglienza dove erano ospitate, 18 (7%) di essere state costrette a lasciare il centro, mentre 9 (3,5%) di non essere mai entrate in un centro di accoglienza. La grande proporzione di migranti che ha lasciato spontaneamente i centri di accoglienza potrebbe essere spiegata con la volontà diffusa tra i partecipanti di non voler rimanere in Italia, in quanto non costituisce il termine sperato del percorso migratorio, e con la prospettiva di spostarsi verso altri Paesi di destinazione. Tra i soggetti intervistati, 83 persone (29,3%) hanno dichiarato di aver inizialmente pensato di fermarsi in Italia, ma al momento dell’indagine soltanto 66 partecipanti (23,1%) intendevano ancora rimanere in Italia e farne la meta finale del loro viaggio. Di queste persone, 62 (93,9%) risiedevano al campo Roja e soltanto 4 (6,1%)

Tabella 2
Caratteristiche socio-demografiche della popolazione oggetto dell’indagine per sito, Ventimiglia, agosto - settembre 2017

Caratteristiche	Campo Roja N=168 n (%)	Insediamento fiume Roja N=119 n (%)
Sesso		
Femmine	5 (2,9)	3 (2,5)
Maschi	163 (97,1)	116 (97,5)
Età mediana in anni [IQR]	24 (20 - 27)	23 (20 - 26)
Paese d’origine		
Sudan	68 (40,5)	73 (61,3)
Afghanistan	-	15 (12,6)
Bangladesh	18 (10,7)	-
Eritrea	10 (5,9)	8 (6,7)
Etiopia	2 (1,2)	8 (6,7)
Ciad	7 (4,2)	5 (4,2)
Pakistan	10 (5,9)	-
Somalia	12 (7,4)	-
Altro	41 (24,4)	10 (8,5)
Tra ≥ 18 anni		
Stato civile		
Celibe/nubile	127 (76,5)	91 (79,8)
Sposato/a	37 (22,3)	21 (18,4)
Divorziato/a	2 (1,2)	2 (1,7)
Dati mancanti	2 (1,2)	5 (4,2)
Lingua parlata		
Arabo	68 (40,5)	66 (56,4)
Farsi	2 (1,19)	3 (2,56)
Tigrino	11 (6,5)	3 (2,6)
Francese	13 (7,7)	4 (3,4)
Inglese	49 (29,2)	37 (31,6)
Altro	25 (14,8)	4 (3,4)
Dati mancanti	-	2 (1,7)

9. In conformità con il Regolamento di Dublino, la competenza per l’esame di una domanda di protezione internazionale ricade sul primo paese dell’Unione in cui arriva, una volta che il migrante è identificato perdeva dunque l’opportunità di richiedere asilo politico in un altro paese dell’Unione Europea.

si trovavano nell’insediamento del fiume Roja con una differenza statisticamente significativa tra le due proporzioni (p<0,0001). All’ingresso del campo Roja al momento della rilevazione dei dati di questa indagine era presente un presidio fisso della polizia con il compito di raccogliere i dati dei migranti che vi accedono, prendere le impronte digitali e identificarli. Questa disposizione potrebbe spiegare la rilevante percentuale di persone che, volendo muoversi verso un’altra destinazione, preferisce risiedere presso l’insediamento informale del fiume Roja, con la percezione di avere in questo contesto un più ampio margine di manovra, sebbene la maggior parte di questa popolazione abbia già lasciato le proprie impronte digitali all’arrivo in Italia.

In totale, 221 (76,9%) degli individui intervistati ha dichiarato di non voler rimanere in Italia, di questi 109 (49,3%) hanno affermato di volersi recare in Francia, 49 (22,2%) in Gran Bretagna e 18 (8,1%) in Germania. Tra le ragioni citate per non voler rimanere in Italia, in entrambi i siti, le più rilevanti sono: la volontà di raggiungere uno o più membri della propria famiglia residenti in un altro Paese europeo (14,5%), la difficoltà a trovare un lavoro o altre opportunità di vita in Italia (12,9%), la percezione di non essere accolti dignitosamente (15,1%), il timore di veder deteriorate le proprie condizioni di vita finanche a diventare un senzatetto (12,9%), il desiderio di conseguire una migliore educazione (9,1%).

La volontà di raggiungere altri componenti della propria famiglia è stata una delle ragioni principali manifestate durante le interviste in profondità.

“ Un mese fa siamo arrivati in Sicilia, dove è iniziato un altro lungo viaggio, questa volta verso il Nord Italia. Siamo saliti su un autobus e poi su un treno di notte, nel tentativo di raggiungere il confine francese... Al di là di questo confine il resto della nostra famiglia ci sta aspettando. Non conosciamo nessuno in Italia; non possiamo restare qui perché sarebbe impossibile sopravvivere, specialmente con un bambino piccolo. In Francia la nostra famiglia ci sta aspettando e loro ci daranno il sostegno necessario per ricominciare una nuova vita.

“ Sono rimasto a lungo in un centro di accoglienza del Sud Italia isolato e distante da qualsiasi città. Avrei voluto imparare l’italiano, seguire dei corsi e trovare un lavoro, ma è stato impossibile. Ho capito allora che non potevo rimanere in Italia, che l’unico modo per andare avanti era di cercare protezione in Francia, dove risiede una parte della mia famiglia e ho degli amici. Non posso aspettare per un nuovo inizio, la vita non è per sempre e il tempo è prezioso.

Le vulnerabilità della popolazione intervistata in base alle caratteristiche individuali sono state raccolte durante l’indagine e sono presentate nella tabella 3.

Tabella 3
Vulnerabilità per siti di intervista, Ventimiglia, agosto-settembre 2017

Caratteristiche	Campo Roja N=168 n (%)	Insediamento fiume Roja N=119 n (%)
Donne in stato di gravidanza	1 (50)	1 (50)
Condizioni di salute cronica	32 (56,1)	25(43,9)
Minore di eta' inferiore ai 5 anni	-	-
Minori non accompagnati	-	-
Persone disabili	-	-
Anziani	-	-
Persone affette da disagio psicologico	-	-
Vittime di violenza durante il viaggio	60 (47,6)	66(52,4)
Vittime di tortura	-	-

Accesso all'assistenza sanitaria in Italia e prevalenza di malattie a lungo termine

Tra le 287 persone intervistate, il 20,4% (N= 57) era affetto almeno da un problema di salute dichiarato cronico e certificato dal personale medico di MSF e il 4% (N= 2) da due diversi problemi di salute persistenti e consolidati. Non è stata rilevata alcuna differenza statisticamente significativa nella prevalenza di problemi di salute cronici tra i 2 centri [campo Roja, 56% (N = 32), insediamento fiume Roja 43,9% (N = 25) p = 0,69]. Lo stato di salute percepito

dalla popolazione oggetto dello studio e dettagliato per sito di interviste è riportato nella Tabella 4. La tipologia dei problemi di salute dichiarati sono invece descritti in dettaglio nella Tabella 5.

La maggior parte dei problemi di salute segnalati sono stati problemi respiratori (17,6%), dolore generale al corpo (14,7%), prurito persistente (17,6%), problemi dentali (11,7%), problemi oculistici (8,8%) e gastriti (5,8%).

Tabella 4
Prevalenza di condizioni di salute cronica generale e per sito, Ventimiglia, agosto - settembre 2017

Prevalenza di patologie croniche e di prolungati problemi di salute nei due siti	Generale N=279* % IC	Campo Roja N=163 % IC	Insediamento fiume Roja N=116 n (%)
SI	20,4 (16,1 - 25,6)	19,6 (14,2 - 26,5)	25 (21,6)
NO	79,6 (74,3 -83,9)	80,4 (73,4 -85,8)	91 (78,4)

* 8 dati mancanti

Tabella 5
Problemi di salute persistenti e cronici per sito e accesso alle cure, Ventimiglia, agosto - settembre 2017

	Campo Roja N=32, n (%) IC)	Insediamento fiume Roja N= 25, n (%)
Prolungati problemi di salute riferiti		
Asma	4 (19,05; 6,6 - 43,5)	2 (15,4)
Diabete	-	1 (7,7)
Dolore generale al corpo	2 (9,5; 2,1 - 34)	4 (30,7)
Problemi oculistici	2 (9,5; 2,1 - 34)	1 (7,7)
Gastriti	1 (4,8; 0,5 - 30,8)	1 (7,7)
Problemi cardiaci	1 (4,8; 0,5 - 30,8)	1 (7,7)
Ipertensione	2 (9,5; 2,1 - 34)	-
Epatite C	-	1 (7,7)
Problemi dentali	4 (19,05; 6,6 - 43,5)	-
Prurito persistente	5 (23,8; 9,4 - 48,3)	1 (7,7)
Tubercolosi	-	1 (7,7)
Dati mancanti	11(34)	12(48)
Accesso in Italia in caso di condizioni croniche	n % IC	n %
Con specialista	20 (62,5; 43,8 - 78)	19 (76)
Senza specialista	12 (37,5; 21,9 - 56,1)	6 (24)
Con mediatore	11 (55; 31,7 - 76,2)	13 (68,4)
Senza mediatore	9 (45; 23,7 - 68,2)	6 (31,6)

Tra i partecipanti che hanno dichiarato di soffrire di una malattia che avrebbe richiesto un trattamento, solo il 62,5% (IC: 43,8-78) dei partecipanti residenti nel campo Roja e il 76% dei residenti nell'insediamento del fiume Roja ha riferito di avere avuto accesso al servizio sanitario e al trattamento adeguato. Tra i due centri non è stata osservata alcuna differenza statisticamente significativa. Lo scarso accesso a un servizio specialistico e appropriato è stato segnalato dal 37,5% (IC: 21,9-56,1) dei partecipanti del campo Roja e dal 24% degli intervistati sul fiume Roja. Va tuttavia fatto rilevare che la ritenuta discreta accessibilità dei soggetti intervistati, soprattutto tra i residenti dell'insediamento informale del fiume Roja, va interpretata anche alla luce della presenza delle équipes mediche di MSF e dei mediatori culturali che, lavorando nei due siti da novembre 2016 a settembre 2017, hanno fornito supporto e facilitato l'accesso alle cure mediche tra i migranti in transito.

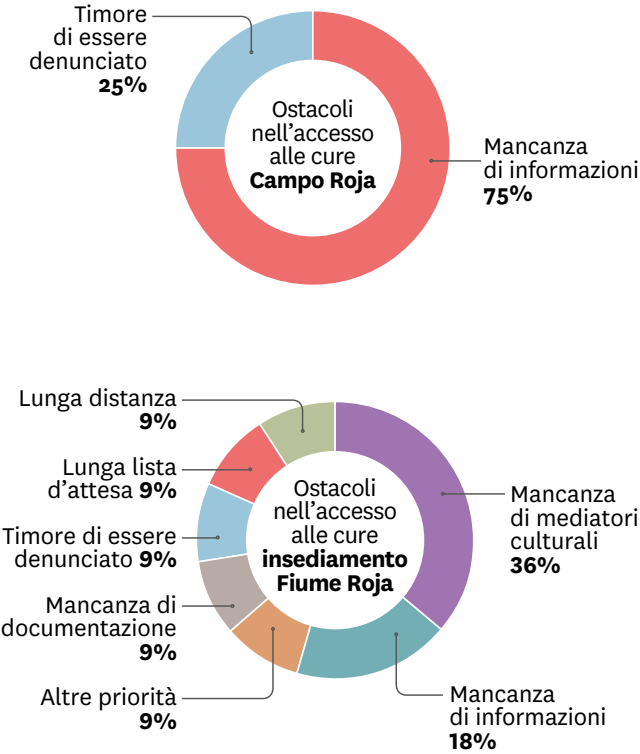
Dal loro arrivo in Italia, 56 partecipanti (21,6%, IC: 16,9 - 27) hanno dichiarato di aver avuto bisogno di cure e tra questi 15 (32%) hanno dichiarato di non averle ricevute. Il numero più consistente di persone che hanno dichiarato questo mancato accesso alle cure è stato rilevato tra i residenti dell'insediamento del fiume Roja (N=11; 73%). Tra le ragioni più frequentemente riportate dai partecipanti che non hanno ricevuto il trattamento pur avendone avuto bisogno c'erano: la mancanza di mediatori culturali, la mancanza di informazioni, la lunga lista d'attesa, la paura di essere denunciato.

La barriera linguistica e culturale e l'incapacità di comunicare è stata riportata come uno dei principali ostacoli nella fruizione della cura durante le interviste in profondità.

“ Nel campo ero l'unico a parlare arabo, mi sono sentito solo e depresso.

Solo 27 persone (9,9%) tra gli intervistati hanno dichiarato di avere il codice STP¹⁰, un codice emesso dalle Autorità Sanitarie Locali e dagli ospedali per consentire ai migranti senza regolare permesso di soggiorno, di accedere liberamente e gratuitamente alle cure mediche. Tra queste, 14 (51,8%) risiedevano nel campo della Croce Rossa e 13 (48,1%) presso il fiume Roja. Tra le persone senza codice STP, 46 (82,1%) erano affette da condizioni di salute dichiarate croniche e persistenti. Solo 10 soggetti (17,9%) affetti da persistenti problemi di salute possiedono il codice

Figura 4
Frequenza dei principali ostacoli nell'accesso alle cure per sito, Ventimiglia, agosto-settembre 2017



STP (p< 0,06). Durante il periodo dell'indagine, 2 tra le donne intervistate hanno riferito di essere in stato di gravidanza, una residente nel campo Roja e l'altra presso il fiume Roja. Quest'ultima ha dichiarato un'assenza completa di assistenza prenatale e di controlli ginecologici. MSF ha pertanto riferito la donna al consultorio di Ventimiglia per garantire un'adeguata presa in carico della paziente.

10. I cittadini stranieri non ancora in regola con il permesso di soggiorno e presenti sul territorio nazionale hanno diritto ad usufruire delle cure ambulatoriali e di ricovero urgenti e comunque essenziali, nonché continuative per malattia o infortunio con il rilascio di un codice denominato STP (Straniero Temporaneamente Presente). Il codice può essere rilasciato dalle ASL (Aziende Sanitarie Locali) e dagli ospedali e ha una validità di 6 mesi rinnovabile. Trattamenti medici preventivi e specialistici possono essere prescritti usando il codice STP.

Condizioni di vita

Molti dei migranti arrivati a Ventimiglia e che tentano di varcare il confine alla prima occasione possibile, non vogliono o non possono farsi ospitare nel Campo Roja gestito dalla Croce Rossa e continuano ad accamparsi in luoghi informali, lungo le rive del fiume Roja dove, in condizioni degradanti di sovraffollamento, dormono all'aperto senza servizi igienici, senza accesso all'acqua potabile¹¹ e senza cibo. I partecipanti hanno dichiarato la complessiva precarietà della loro situazione lamentando un'assenza di servizi e ripari che sul lungo termine potrebbe avere un impatto sulla loro salute fisica e mentale¹².

“ Dormo sotto il ponte insieme ad altre persone, non ho soldi per chiamare la mia famiglia, sono stanco. Nessuno si preoccupa di noi, nessuno che mi chieda come mi sento, come vivo

Anche il campo Roja viene descritto come poco accogliente e spesso sovraffollato, con scarsità di servizi igienici. Le condizioni di vita sono state studiate e presentate nella tabella 6. La maggior parte dei partecipanti descrive le

situazioni in cui si trova a vivere come inadeguate (72,6%) e i principali motivi di rimostranza in entrambi i siti sono l'igiene generale e la mancanza di servizi igienici (27%), la mancanza di spazio disponibile e il dover dormire all'aperto (6,3%), la mancanza di privacy e l'isolamento dalla città (3,4%).

“ Per le persone che vivono nel campo Roja l'unico modo per raggiungere la città è camminare a piedi per molti chilometri lungo l'autostrada. Questo li espone continuamente al rischio di essere investiti dalle automobili. Nel 2016 un ragazzo è morto per questa ragione. Inoltre la distanza geografica dal centro della città e da ogni tipo di servizio, aumenta il senso di isolamento e di esclusione di questi ragazzi

L'ambiente di vita complessivo in entrambi i siti viene descritto come mediocre e inospitale ed è stata evidenziata una differenza statisticamente significativa tra le problematiche che caratterizzano le condizioni di vita nei due centri.

Tabella 6
Condizioni di vita* per sito, Ventimiglia, agosto - settembre, 2017

	Campo Roja N=146 n (%)	Insediamento fiume Roja N=91 n (%)	p - value
Condizioni di vita			
Mancanza di acqua potabile	-	12 (13,9)	0,000
Cibo	24 (16,4)	5 (5,5)	
Coperte e materassi	4 (2,7)	4 (4,4)	
Difficoltà di vita nel campo	7 (4,8)	-	
Condizioni igieniche generali (acqua e bagni)	35 (23,9)	29 (31,9)	
Mancanza di corsi di lingua italiana	7 (4,8)	3(3,3)	
Mancanza di privacy	2 (1,4)	-	
Mancanza di trattamenti medici adeguati	2 (1,4)	5 (5,5)	
Nessuna possibilità di chiamare le famiglie	1 (0,7)	-	
Mancanza di mediatori culturali	5 (3,4)	2 (2,2)	
Mancanza di vestiti	3 (2,05)	2 (2,2)	
Pocket money non sufficiente	5 (3,4)	-	
Percezione di non essere trattati adeguatamente	4 (2,7)	2 (2,2)	
Nessuna disponibilità di stanza	1 (0,7)	14 (15,4)	
Nessun problema	46 (31,5)	13 (14,3)	

* 50 dati mancanti

11. A seguito di un'investigazione sulla qualità delle acque condotta da Legambiente nel giugno del 2016, la foce del fiume Roja è risultata contaminata da Escherichia coli e enterococchi intestinali. <https://www.legambiente.it/contenuti/mare/depurazione-liguria-ancora-troppe-criticita-alle-foci-di-fiumi>

12. Commissione sui Determinanti Sociali della Salute, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, World Health Organization, Geneva 2008. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf

Violenze subite

Tra la popolazione intervistata, 126 (44,2%) individui hanno dichiarato di aver subito almeno un caso di violenza durante il viaggio verso l'Italia. Di questi soggetti, 66 (52,4%; p<0,001) risiedevano nell'insediamento lungo il fiume Roja e 60 (47,6; p<0,001) alloggiavano nel campo Roja. Tra le persone che hanno subito violenza, 52 (43,7%) hanno

dichiarato che la violenza è stata inflitta da civili libici e 26 (21,8%) da guardie e ufficiali libici, 24 individui (20,2%) hanno inoltre dichiarato di aver subito violenze da civili di nazionalità sconosciuta e 2 (1,7%) da corpi di polizia greca. La prevalenza della violenza subita durante il viaggio e i tipi di violenza sono presentati nelle tabelle 7 e 8.

Tabella 7
Tipi di violenza subita durante il viaggio verso l'Italia, per sito, Ventimiglia, agosto - settembre 2017

	Campo Roja N = 58 % IC	Insedimento fiume Roja N = 61 n (%)	p-value
Tipo di violenza subita*			0,002
Aggressione e percosse	46,5 (33,8 - 59,7)	43 (70,5)	
Minacce armate	13,8 (6,9 - 25,6)	5 (8,2)	
Attività di bande criminali	13,8 (6,9 - 25,6)	-	
Detenzione	12,1 (5,7 - 23,6)	5 (8,2)	
Rischio di morire in mare	1,7 (0,2 - 11,9)	-	
Testimone di un omicidio	-	1 (1,6)	
Violenza psicologica	-	1 (1,6)	
Rapina	12,1 (5,7 - 23,6)	6 (9,8)	

* 7 dati mancanti

Tabella 8
Prevalenza della violenza subita durante il viaggio verso l'Italia per caratteristiche generali e per sito, Ventimiglia, agosto - settembre 2017

	Generale N = 126 % IC	Campo Roja N = 60 % IC	Insedimento fiume Roja N = 66 n (%)
Uomini	44,4 (38,6 - 50,3)	36,6 (29,5 - 44,4)	64 (55,2)
Donne*	37,5 (8,6 - 79,1)	20 (7,7 - 88,9)	2 (66,6)
Fascia d'età			
0-17	-	-	-
18-23	43,1 (34,9 - 51,9)	32,9 (23,1 - 44,4)	34 (55,7)
24-28	51,6 (41,3 - 61,7)	44,4 (31,5 - 58,2)	24 (61,5)
29-34	31,5 (18,4 - 48,6)	30,8 (15,4 - 52)	4 (33,3)
35-40**	42,8 (9 - 84,9)	20 (0,7 - 88,9)	2 (100)
41-47***	50 (2,4 - 97,5)	50 (0 - 1)	1 (50)
48-99	-	-	-

* Solo 3 dati disponibili rispetto alle donne, ne risulta una scarsa precisione
** Solo 3 dati disponibili per questa fascia di età, ne risulta una scarsa precisione
*** Solo 3 dati disponibili per questa fascia di età, ne risulta una scarsa precisione

Tra gli individui intervistati, 131 (46,2%) hanno dichiarato di aver provato ad attraversare i confini italiani. Tra queste persone, 69 (41,8%; p<0,08) risiedevano nel campo Roja e 62 (52,1%; p<0,08) nell'insediamento sul fiume Roja. Tutti i 131 individui che hanno raccontato il tentativo di attraversamento delle frontiere sono stati respinti¹³, e molti di loro hanno dichiarato respingimenti multipli: 90 (70,8%) di essere stati respinti tra una e tre volte, 25 (19,7%) di essere stati respinti tra quattro e sette volte, 4 (3,1 %) tra otto e undici volte, 8 (6,3%) tra dodici e trentasei volte.

Dei 131 soggetti che hanno provato ad attraversare i confini, 31 (23,6%; IC: 17,1 - 31,8) hanno subito almeno un episodio di violenza durante il respingimento. Per 14 (45,2%) dei soggetti intervistati, i respingimenti violenti sono avvenuti ad opera di agenti italiani, per 9 (29%) ad opera della gendarmeria francese, per 5 (16,1%) ad opera di forze di polizia sconosciute, per 2 (6,5%) per mano di polizia di frontiera austriaca, per 1 (3,2%) per mano di polizia tedesca. Le persone che hanno subito violenza erano equamente distribuite tra i due siti, 16 (51,6%) risiedevano nel campo Roja e 15 (48,4%) presso l'insediamento del fiume Roja. Secondo alcune testimonianze raccolte da MSF aggressioni verbali, inseguimenti e occasionalmente l'uso della forza durante i respingimenti sono pratiche diffuse.



13. La pratica del respingimento alle frontiere è una modalità per cui il migrante intercettato dalla polizia transfrontaliera viene immediatamente reinvitato in Italia o verso lo stato di provenienza precedente, senza che gli sia data la possibilità di ascolto e di presentare domanda di protezione internazionale.

“Ho deciso di lasciare l'Italia perché non vedevo nessun miglioramento e ho pensato che le cose sarebbero andate meglio se avessi raggiunto i miei amici e parte della mia famiglia in Francia. Arrivato al confine mentre tentavo di varcare la frontiera sono stato individuato e inseguito dalla polizia francese. Durante l'inseguimento mi sono fatto male, sono stato portato in ospedale dove sono rimasto per due settimane poi, una volta uscito, la polizia francese mi ha riaccompagnato in Italia.

“Dopo aver lasciato le impronte io e la mia famiglia siamo stati trasferiti al centro di Foggia che abbiamo lasciato dopo qualche giorno. Abbiamo preso un treno per Milano ma siamo stati sorpresi senza biglietto e obbligati a scendere dal treno. Ho convinto la polizia a bordo del treno a lasciar proseguire mia moglie e mio figlio verso Milano mentre io e mio fratello siamo scesi. Ci siamo tutti ritrovati a Ventimiglia da dove cercheremo di varcare la frontiera con la Francia. Ho sentito dire che molte persone sono respinte e riportate nel Sud Italia, a Taranto o in Sicilia. Sono preoccupato per la situazione e le condizioni che io e la mia famiglia dovremo affrontare. Ho continue emicranie e faccio sempre dei terribili incubi.

Tra i soggetti che hanno cercato di attraversare i confini, 50 (17,4%; IC: 13,4 - 22,2) hanno dichiarato di essere stati riportati verso il Sud Italia, di questi 27 (54%) risiedevano nel campo Roja e 23 (46%) nell'insediamento presso il fiume Roja. Dopo essere stati trasferiti da Ventimiglia verso i centri del Sud Italia (da dove arrivano) i migranti, in una sorta di circolo vizioso, ritornano ai confini dove tentano di varcarli nuovamente. E così tra i soggetti intervistati 26 (54,2%) sono stati trasferiti nel Sud Italia una sola volta, 18 (37,5%) tra le due e le tre volte e 4 (8,3%) tra le tre e le cinque volte.

La pratica di ricondurre i migranti verso i centri del Sud Italia è una procedura di trasferimento attuata nelle città di frontiera come Ventimiglia. Misure di contenimento, deviazioni forzate, utilizzate per alleggerire le tensioni ai confini ma anche per scoraggiare i cittadini stranieri respinti dal tentare nuovamente l'attraversamento delle frontiere. Una procedura che costringe i migranti a una mobilità perpetua e a ritentare il passaggio delle frontiere un numero imprecisato di volte. Al centro di questo sistema c'è l'hotspot di Taranto che organizza la logistica dei viaggi.

Molti dei migranti che hanno tentato ripetutamente di varcare le frontiere verso altri Paesi europei, esprimono un profondo senso di fallimento e difficoltà a immaginare una forma diversa di futuro e di vita rispetto a quello che avevano pensato per se stessi.

“ Sono arrivato in Italia dalla Libia. Sono sbarcato a Cagliari in Sardegna, dove ho rifiutato di lasciare le impronte digitali. Ho lasciato volontariamente il centro di Cagliari ho viaggiato verso Genova e da lì ho raggiunto Ventimiglia con l'intenzione di varcare il confine con la Francia. Sono rimasto 2 giorni a Ventimiglia e poi ho camminato per circa 6 ore insieme ad altre persone alla volta di Nizza. Ma siamo stati intercettati dalla polizia francese e, sebbene non avessi lasciato le mie impronte digitali in Italia, mi hanno ricondotto a Genova. Da lì sono stato mandato all'aeroporto di Savona e imbarcato su un aereo che mi ha ricondotto a Cagliari. Questa volta sono rimasto 10 giorni nel centro di accoglienza prima di muovermi alla volta di Roma e poi da Roma a Milano, da Milano a Genova, da Genova a Ventimiglia dove ho tentato una seconda volta di attraversare il confine. Sono stato nuovamente fermato dalla polizia francese e riportato a Genova. Questo volta da Genova sono riuscito a raggiungere Milano e da Milano Como dove ho dormito per alcuni giorni

alla stazione. Da Como ho tentato di attraversare il confine con la Svizzera attraverso Chiasso. Sono stato fermato dalla polizia Svizzera e ricondotto in Italia a Como. Questa volta la polizia italiana mi ha trasferito a Taranto. Dopo aver passato due giorni a Taranto ho nuovamente preso un treno alla volta di Como e ritentato il mio passaggio verso la Svizzera, ma una volta di più sono stato respinto. Completamente demotivato, stanco e solo, ho deciso di presentare la richiesta di protezione internazionale qui in Italia. Mi hanno rispedito nuovamente a Cagliari, da dove sono arrivato la prima volta, per dare l'avvio alla procedura. Ora sono due mesi che ho espletato tutta la pratica e avviato la richiesta e da allora non ho avuto alcuna notizia. Aspetto solo e senza alcun supporto, tento di organizzare la mia vita, di imparare l'italiano, di iniziare nuovamente a vivere partendo da qui...

“ Sono arrivata a Ventimiglia con mia figlia ma il confine era chiuso. Ho dormito per due giorni fuori, all'aperto prima che mia figlia si ammalasse seriamente per una brutta influenza... Io e mia figlia non sapevamo dove andare, faceva molto freddo, non conoscevo nessuno in Italia che potesse ospitarci. Perché ci trattano in questo modo? Non credo di aver fatto qualcosa di sbagliato, non sono una criminale.

Per ridurre il rischio di essere fermati e riportati indietro in Italia verso i centri di accoglienza del Sud, molti migranti viaggiano di notte, mettendo a rischio la propria vita lungo la ferrovia, i cavalcavia dell'autostrada e i sentieri di montagna.

“ Il mio sogno era di andare in Norvegia dove ho molti amici. Ero arrivato a Como con un mio amico con l'intento di passare il confine ma sfortunatamente siamo stati bloccati dalla polizia di frontiera e trasferiti a Taranto. Poi il mio amico è andato a Ventimiglia nel tentativo di raggiungere la Francia. Da Ventimiglia, camminando sull'autostrada in direzione di Nizza è morto, investito da un'automobile subito fuori dal tunnel, sbalzato oltre una distanza di 30 metri.

I partecipanti hanno dichiarato di aver subito violenza in Italia non solo durante le azioni di respingimento, ma anche in altre aree e città di confine; 27 (9,5%) delle persone intervistate si sono dichiarate vittime di violenze sul territorio

italiano. Tra queste, 19 (73%) hanno dichiarato di aver subito violenza da forze dell'ordine italiane, 7 (27%) da civili italiani (p<0,07). I tipi di violenza sono riportati nella tabella 9.

Tabella 9
Tipi di violenza subita in Italia, per sito, Ventimiglia, agosto-settembre 2017

	Generale N=26 n (%)	Campo Roja N=16 n (%)	Insediamento fiume Roja N=10 n (%)	p-value
Tipo di violenza subita*				0,3
Aggressione e percosse	13 (50)	5 (31,2)	8 (61,5)	
Minacce con coltello	7 (26,9)	5 (31,2)	2 (28,6)	
Detenzione	2 (7,7)	2 (12,5)	-	
Inseguimenti nelle strade	2 (7,7)	2 (12,5)	-	
Furto	1 (3,8)	1 (6,2)	-	
Aggressioni verbali	1 (3,8)	1 (6,2)	-	
Responsabile della violenza				0,07
Persone in uniforme	19 (73,1)	12 (63,2)	7 (36,8)	
Persone in abiti civili	7 (26,9)	4 (57,1)	3 (42,9)	

* 1 dato mancante



DISCUSSIONE

La geografia e l'intensificarsi dei controlli alla frontiera con la Francia hanno deciso che la piccola città di Ventimiglia dovesse diventare una sorta di imbuto per tutti quei migranti intenzionati a varcare la frontiera alla volta di altri Paesi europei e per i quali l'Italia è terra di passaggio. Migranti in transito, stretti tra due confini, accampati in maniera spesso provvisoria e bloccati in una situazione che esaspera il loro stato di benessere fisico e mentale.

L'indagine condotta da MSF nel campo Roja gestito dalla Croce Rossa e nell'insediamento informale sviluppatosi lungo il fiume Roja a Ventimiglia, ha raccolto informazioni sulle condizioni di vita dei migranti, sull'accesso ai servizi sanitari e sul livello di violenza subita da questa popolazione durante il viaggio e nel tentativo di varcare la frontiera. L'analisi include 287 individui provenienti da aree di conflitto e da paesi violenti, migranti che nella maggior parte dei casi potrebbero essere potenziali rifugiati, richiedenti asilo che cercano di sfuggire a regimi repressivi e a regolamenti che li vorrebbero fermi in un paese in cui non vogliono stare. I dati raccolti riferiscono di una condizione di vita critica soprattutto tra i migranti presenti lungo il fiume Roja, senza accesso all'acqua potabile e ai servizi igienico-sanitari di base, raccontano di violenze subite in momenti diversi del percorso migratorio e per mano di diversi autori.

Tra le violenze sofferte durante il viaggio prima dell'arrivo in Italia troviamo aggressioni, percosse, detenzione, furti avvenuti soprattutto per mano delle forze dell'ordine libiche e di civili libici. Una volta in Europa il maggior numero di violenze riferite dai partecipanti accade ai valichi di frontiera soprattutto per opera delle diverse polizie trans-fontaliere, ma coinvolge parzialmente anche i civili. Misure di contenimento dei flussi migratori vengono messe in atto attraverso una serie di pratiche come il respingimento in Italia da parte delle autorità francesi e i trasferimenti forzati dal confine italo-francese verso il Sud Italia con lo scopo di interrompere e allungare il viaggio dei migranti. Respinti e rimbalsati da una frontiera all'altra, molti partecipanti all'indagine hanno dichiarato di aver ripetutamente cercato di attraversare i confini e altrettante volte di essere stati respinti e riportati verso il Sud Italia. Molti studi condotti al riguardo, hanno dimostrato come la pratica dei trasferimenti forzati verso il Sud Italia sia una misura di dispersione spaziale che costringe i migranti a ricominciare il viaggio ogni volta¹⁴. MSF ha potuto documentare l'utilizzo di tecniche simili anche lungo

la rotta balcanica, in Grecia e in Serbia¹⁵.

Altre analisi e ricerche¹⁶ hanno osservato come il controllo alle frontiere francesi abbia luogo con un metodo discriminatorio in conformità a una profilazione razziale¹⁷ che viola la legislazione europea¹⁸. I respingimenti avvengono, infatti, anche ai danni di minori non accompagnati¹⁹ che potrebbero richiedere asilo in qualunque Stato membro dell'Unione Europea e di migranti che, arrivati in Francia, pur avendone i requisiti, non hanno la possibilità di presentare domanda di protezione internazionale.

Inoltre il ri-accompagnamento verso il territorio italiano contravviene spesso ad alcune disposizioni internazionali fondamentali²⁰, come l'impossibilità di effettuare respingimenti collettivi che, nel caso di Ventimiglia, avvengono senza alcun provvedimento scritto, la mancanza di informazioni sui diritti legali del migrante, la mancanza di valutazione della condizione del migrante, che potrebbe aver subito violenze e torture o altri trattamenti inumani e degradanti e quindi aver bisogno di una protezione internazionale.

L'analisi della popolazione presa in esame ha inoltre evidenziato una prevalenza significativa di patologie persistenti, in particolare infezioni respiratorie e cutanee, probabilmente compatibili con la complessità del percorso migratorio, le difficili condizioni in cui avviene il viaggio e la situazione in cui si trovano a vivere, tra misure igieniche limitate e ambienti insalubri, favorevoli alla diffusione di gastriti, dermatiti e infezioni respiratorie.

Una percentuale rilevante dei partecipanti ha dichiarato di non avere avuto accesso ai servizi sanitari quando necessario, e le cause principali di questa esclusione sono riconducibili principalmente alla mancanza di mediatori culturali e di informazioni adeguate sulle modalità di fruizione delle cure e di accesso allo specialista. Inoltre, solo una minoranza della popolazione intervistata riferisce di aver ricevuto il codice STP o di essere regolarmente iscritta al sistema sanitario nazionale. Questo limitato accesso alle cure e ai servizi preventivi e specialistici potrebbe determinare, sul lungo periodo, un deterioramento delle condizioni di salute del migrante nel paese ospite.

Secondo vari studi condotti anche a livello istituzionale²¹ il cosiddetto periodo del "migrante sano"²² tende a ridursi proporzionalmente alla durata dell'esposizione del soggetto a situazioni di vita irregolari e precarie²³: le condizioni di salute possono cambiare durante il tempo in relazione ai

fattori che caratterizzano il fenomeno migratorio e una popolazione esposta ai rischi tipici della povertà vedrà ridursi il proprio patrimonio di salute.

Lo scarto esistente tra la speranza di poter condurre una vita più dignitosa e la difficoltà nel perseguire il progetto migratorio immaginato rappresenta un fondamentale elemento di instabilità, frustrazione e senso di fallimento per i migranti che vedono vanificata la possibilità di darsi nuove opportunità di miglioramento. Le équipe di MSF che hanno condotto le consulenze psicologiche tra i migranti di passaggio a Ventimiglia, hanno dichiarato sintomi di depressione, ansia ed evidenze di disturbi psico-somatici.

Se è vero che un'accoglienza dignitosa è un diritto fondamentale di tutti i migranti indipendentemente dal loro status legale e dalla nazionalità, alcuni gruppi particolarmente vulnerabili (donne, minori e minori non accompagnati, disabili, vittime di violenze e torture), meritano un'attenzione maggiore e misure di protezione particolari, che ad oggi a Ventimiglia ancora non esistono. La gestione della popolazione vulnerabile resta confinata a risposte episodiche, secondo le emergenze e le contingenze del momento che lasciano questi individui esposti ai circuiti della tratta e dello sfruttamento lavorativo e al rischio di sviluppare possibili traumatizzazioni secondarie.

Il dramma vissuto dai migranti bloccati a Ventimiglia rappresenta un ulteriore capitolo di una più ampia politica di contenimento e di controllo delle frontiere che, in ultima analisi, risulta essere scarsamente efficace. A Ventimiglia, così come altrove, le istituzioni locali, nazionali e internazionali dovrebbero preoccuparsi di dare risposte adeguate e risparmiare inutili sofferenze a una popolazione già fortemente provata, trovando soluzioni che non si limitino ad attuare politiche di deterrenza.

Limiti dello studio

Le informazioni raccolte in questo studio si basano su interviste condotte nell'arco di 15 giorni con una popolazione dinamica e in transito. Tuttavia la composizione è rimasta invariata durante il periodo preso in esame dall'indagine e i diversi gruppi sono ben rappresentati nel campione selezionato.

I dati raccolti durante l'indagine offrono una fotografia della popolazione transitante a Ventimiglia al momento dello



studio, dunque in nessun caso, questi dati potranno essere utilizzati per generalizzare e trarre conclusioni rispetto alla popolazione migrante in Italia.

Non tutti i partecipanti sono stati intervistati nella loro lingua madre a causa della mancanza di mediatori culturali disponibili. Per alcuni residenti nigeriani e bengalesi il questionario è stato condotto in inglese. Questo potrebbe aver creato alcuni problemi di comprensione minori.

Potrebbero essersi verificati degli errori di ricostruzione cronologica rispetto ad alcuni eventi specifici.

Una distorsione nella fase di selezione del campione potrebbe essersi verificata.

14. Martina Tazzioli, *Il confine come hotspot: la politica della dispersione delle molteplicità dei migranti*, dicembre 2016.

15. Arsenijević J., Schillberg E., Ponthieu A., Malvisi L., Waeil A. E. A., Argenziano S., Zamatto F., Burroughs S., Severy N., Hebting C., De la Vingne B., Harries A.D., Zachariah R.: *A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe, Conflict and Health*, 2017 11:6.

16. <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2015/07/Documento-Ventimiglia.pdf>

17. La profilazione razziale è l'utilizzo generalizzato di categorie quali razza, etnia, religione, origini per giustificare un sospetto e determinare azioni di polizia che non risultano pertanto basate sull'analisi dei comportamenti individuali o su evidenze oggettive.

18. Si veda paragrafo 14 della Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, European Court of Human Rights www.echr.coe.int/Documents/FS_Racial_discrimination_ENG.pdf

19. Si veda al riguardo la nota 4 con riferimento all'evoluzione giurisprudenziale sul respingimento dei minori non accompagnati accolta dal Tribunale di Nizza.

20. Tanto la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea quanto la Convenzione europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali impongono l'assoluto divieto di respingimenti collettivi. Si veda International Convention on the Protection of Human Rights of all migrants workers and members of their families art. 22 (1): Human Rights Committee general comment N.15 (1986) on the position of the aliens under the Covenant, para 10; and Committee on the elimination of the Racial discrimination, general recommendation N.30 (2005) on discrimination against no citizens, para.26.

21. Commissione Parlamentare di Inchiesta sul sistema di accoglienza di identificazione e di espulsione nonché sulle condizioni di trattenimento dei migranti e delle risorse pubbliche impegnate www.camera.it/_dati/leg17/lavori/documentiparlamentari/IndiceETesti/o22bis/o15/INTERO.pdf Ministero della Salute, I controlli alla frontiera La frontiera dei controlli – Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza, giugno 2017.

22. Una serie di studi condotti soprattutto negli Stati Uniti e in Canada, suggeriscono che l'ondata migratoria recente è generalmente più sana della popolazione nativa in generale nonostante abbia spesso un livello socio-economico inferiore e un inferiore accesso ai servizi sanitari. Questo fenomeno denominato effetto del "migrante sano" è sovente attribuito a un'auto-selezione della popolazione previa al processo migratorio e parte dal presupposto che solo i soggetti più forti e sani tendono a optare per il difficile percorso migratorio, auto-selezionandosi già nei Paesi di origine.

23. Noh S, Kaspar V. *Perceived discrimination and depression: Moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support*. American Journal of Public Health 2003;93(2):232–238. Domnich A., Panatto D., Gasparini R., Amicizia D.: The "healthy immigrant" effect: does it exist in Europe today? Italian Journal of Public Health, 2012, Volume 9, Number 3.



La piccola Joud, di soli 6 mesi, è stata la più giovane paziente della clinica di MSF nella parrocchia di Sant'Antonio alle Gianchette, a Ventimiglia. È arrivata in Italia con i suoi genitori, dopo un lungo e pericoloso viaggio dalla Libia.

“Abbiamo vissuto in Libia per anni, dove mia moglie studiava e io lavoravo come infermiere; ma nell'ultimo periodo era diventato impossibile avere una vita normale: lavorare, uscire o semplicemente camminare per strada era diventato inimmaginabile”.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI

La progressiva chiusura delle frontiere nel nord Italia, le misure di contenimento usate per ridurre i flussi migratori, l'impiego della forza praticata a volte nelle azioni di respingimento alle frontiere, non fanno che esacerbare la sofferenza fisica e psicologica dei migranti. Un importante tributo umano versato in nome di politiche migratorie restrittive e ampiamente illustrato in questo rapporto.

In particolare questa analisi ha documentato la violenza subita dai migranti sia durante il viaggio per raggiungere l'Italia sia durate i tentativi di attraversamento delle frontiere e ha sottolineato l'inadeguatezza del sistema di accoglienza e di protezione che acuisce condizioni di preesistenti vulnerabilità.

Il rapporto ha messo in evidenza anche la difficile e precaria condizione di vita dei migranti accampati lungo il fiume Roja e in spazi informali dove le persone rimangono giorni, in attesa che si presenti l'occasione per varcare il confine, senza acqua potabile disponibile, senza accesso ai servizi igienici e senza un riparo adeguato. Le categorie vulnerabili come minori, donne, minori non accompagnati, disabili, vittime di violenza e torture, non godono di alcuna forma di protezione particolare neanche all'interno del Campo Roja gestito dalla Croce Rossa e l'accesso ai servizi sanitari resta poco strutturato con un numero elevato di migranti in transito senza iscrizione al sistema sanitario nazionale e senza il codice STP.

I dati raccolti su base quotidiana durante l'intervento di MSF nella parrocchia di San Antonio alle Gianchette prima dello svolgimento di questa indagine hanno fatto rilevare un bisogno di tutela e assistenza nell'ambito della salute riproduttiva e protezione per le donne, particolarmente esposte al rischio di violenza sessuale e sfruttamento da parte delle reti di trafficanti.

Indipendentemente dal loro status, donne, minori, vittime della tratta e altri migranti vulnerabili in transito dovrebbero ricevere protezione e servizi adeguati alle loro esigenze. Al momento invece la gestione di gruppi di popolazione vulnerabile viene presa in carico dalle associazioni del territorio che volontariamente offrono supporto alla popolazione migrante e viene tamponata con risposte parziali e limitate nel tempo da parte delle istituzioni locali.

La situazione di stallo venutasi a creare a Ventimiglia sta causando sofferenze inutili tra i migranti intenzionati a continuare il loro viaggio verso altri Paesi europei e che, a fronte dei respingimenti ricevuti, ritentano ogni volta di varcare i confini, spesso di notte e attraverso tragitti pericolosi. Un circolo vizioso, conseguenza delle politiche migratorie restrittive che non troverà soluzioni fin tanto che non verranno prese decisioni a livello europeo e un'assunzione di responsabilità condivise.

Tenendo conto di queste circostanze MSF chiede agli Stati membri e alle istituzioni dell'Unione Europea di:

- **Prevenire e condannare qualsiasi forma di violenza e uso della forza** durante i respingimenti alle frontiere e i trasferimenti verso il Sud Italia, in quanto impattano drammaticamente sulle condizioni di salute dei migranti ed esasperano le preesistenti vulnerabilità e patologie mediche.
- **Garantire canali legali e sicuri di transito dei migranti, nel pieno rispetto delle normative vigenti** e facendo ampio ricorso alle misure attualmente esistenti come le riunificazioni familiari, i visti umanitari e i ricollocamenti.
- **Prevenire le espulsioni collettive** e mettere in atto misure per valutare le situazioni individuali dei migranti in transito.
- **Impegnarsi affinché sia garantito l'accesso alle cure di secondo livello** e l'assistenza per i migranti affetti da malattie croniche.

MSF chiede inoltre alle istituzioni italiane che:

- **Il Ministero dell'Interno garantisca** che su tutto il territorio italiano i migranti, indipendentemente dal loro status legale, siano trattati **in modo umano e dignitoso** e che **i migranti in transito vittime di violenze e abusi fisici** siano orientati verso servizi appropriati, compresi i servizi medici e psicologici.
- **Le Autorità Sanitarie Locali garantiscano l'accesso all'assistenza sanitaria** a tutti i migranti in transito e forniscano loro il codice STP in assenza di un regolare permesso di soggiorno e dunque di una registrazione presso il sistema sanitario nazionale.
- **Le Autorità Sanitarie Locali in collaborazione con le autorità municipali mettano in atto attività di sensibilizzazione per i migranti in transito**, specialmente presso gli insediamenti informali, per orientarli verso i servizi sanitari territoriali. **Forniscano servizi ambulatoriali, con il supporto di mediatori culturali**, per rispondere ai bisogni medici dei migranti in transito e riferirli, laddove necessario, ai servizi sanitari di secondo livello.
- **Il Ministero della Sanità garantisca che i migranti che necessitano di prestazioni di secondo livello, quelli che soffrono di malattie croniche** e che necessitano di cure continue ricevano assistenza medica e siano orientati ai servizi appropriati su tutto il territorio italiano allo scopo di garantire l'aderenza al trattamento e mitigare l'impatto della mobilità.
- **Le Autorità Sanitarie Locali, in collaborazione con le autorità municipali, monitorino le condizioni igieniche e di vita** negli insediamenti informali, garantiscano **l'accesso all'acqua potabile, e rispondano ai bisogni primari dei migranti**.

- **Il Ministero dell'Interno garantisca che le Prefetture adeguino il sistema di accoglienza e protezione dei migranti agli standard internazionali dell'UE e rispettino la dignità dei migranti.** Le persone classificate come vulnerabili dovrebbero ricevere garanzie procedurali e misure di accoglienza e protezione specifiche, specialmente in termini di bisogni medici e di salute mentale. Questi dovrebbero includere la realizzazione di adeguate soluzioni di accoglienza per minori, donne, vittime di tratta e altre persone vulnerabili; l'attivazione di risposte di protezione per rispondere a esigenze specifiche; l'attivazione di assistenza medica specialistica, presa in carico e sistema di trasferimenti.

- **Prefettura e Autorità Sanitarie Locali dovrebbero coordinarsi al fine di fornire ai migranti in transito vittime di abusi e sfruttamento²⁴, in particolare donne, minori e uomini** che hanno subito violenza sessuale nel loro viaggio, la protezione e l'assistenza di cui hanno bisogno, compreso l'accesso a servizi e informazioni sulla salute sessuale e riproduttiva.
- **La Prefettura dovrebbe fornire un servizio di orientamento legale** per rispondere alle domande dei migranti in transito rispetto ai loro diritti e al funzionamento del sistema europeo comune di asilo e garantire informazioni adeguate, pertinenti e accurate nelle diverse situazioni affinché i migranti possano acquisire maggiore consapevolezza dei propri diritti e possano esercitarli quando ne sussistono le condizioni.

24. In questo rapporto non abbiamo raccolto dati relativi alla violenza sessuale contro uomini e minori nonostante rappresenti una delle problematiche più scottanti delle migrazioni forzate e delle situazioni di conflitto.

BIBLIOGRAFIA

1. Ansems De Vries L., Garelli G., Tazzioli M.: *Mediterranean migration crisis: transit points, enduring struggles*, Open Democracy, febbraio 2016.

2. Arsenijević J., Schillberg E., Ponthieu A., Malvisi L., Waeil A. E. A., Argenziano S., Zamatto F., Burroughs S., Severy N., Hebting C., De la Vingne B., Harries A.D., Zachariah R.: *A crisis of protection and safe passage: violence experienced by migrants/refugees travelling along the Western Balkan corridor to Northern Europe*, Conflict and Health, 2017 11:6.

3. ASGI-Associazione Studi Giuridici sull’immigrazione: *Il Sistema Dublino e l’Italia: un rapporto in bilico*, Open Society Foundation, 2015.

4. ASGI-Associazione Studi Giuridici sull’immigrazione: *Le riammissioni di cittadini stranieri a Ventimiglia (giugno 2015) profili di illegittimità*. <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2015/07/Documento-Ventimiglia.pdf>

5. Camera dei deputati, Commissione Parlamentare di Inchiesta sul Sistema di Accoglienza di Identificazione e di Espulsione nonché sulle condizioni di trattenimento dei migranti e delle risorse pubbliche impegnate. http://www.camera.it/_dati/leg17/lavori/documentiparlamentari/IndiceETesti/022bis/015/INTERO.pdf

6. Caneva E., Piziali S.: *Diritti confinati. Le Lampedusa del Nord: Ventimiglia e Como*, WeWorld Report n.1, dicembre 2016.

7. Centro Studi e Ricerche IDOS: *Dossier Statistico Immigrazione 2017*, ottobre 2017.

8. Domnich A., Panatto D., Gasparini R., Amicizia D.: *The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe today?* Italian Journal of Public Health, 2012, Volume 9, Number 3.

9. Garelli G., Tazzioli M.: *Beyond detention: spatial strategies of dispersal and channels of forced transfer*, Society and Space, November 2016. <http://societyandspace.org/2016/11/08/hotspot-beyond-detention-spatial-strategy-of-dispersal-and-channels-of-forced-transfer/>

10. Lucas A., Welander M.: *Dangerous Borderlands: human rights for displaced people on the French-Italian border*, University of Oxford, Border Criminology Blog, ottobre 2017.

11. Martina Tazzioli: *The borders as hotspot: Politics of dispersal and migration containment beyond control*, University of Leiden, febbraio 2017.

12. Martina Tazzioli: *Containment through Mobility at the Internal Frontiers of Europe*, University of Oxford, Border Criminology Blog, marzo 2017.

13. Ministero della Salute: *I controlli alla frontiera La frontiera dei controlli – Controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza*, giugno 2017.

14. Medici Senza Frontiere: *Obstacle Course to Europe – A policy made humanitarian crisis at EU borders*, gennaio 2016.

15. Medici Senza Frontiere: *Fuori Campo – insediamenti informali: marginalità sociale, ostacoli all’accesso alle cure e ai beni essenziali per migranti e rifugiati*, Roma, febbraio 2018.

16. Medici Senza Frontiere: *Games of violence: Unaccompanied children and young people repeatedly abused by EU Member State Border Authorities*, ottobre 2017.

17. Medici Senza Frontiere: *Violence, Vulnerability and Migration: Trapped at the gates of Europe – A report on the situation of Sub-Saharan migrants in an irregular situation in Morocco*, marzo 2013.

18. Medici Senza Frontiere: *Neglected Trauma – Asylum seekers in Italy: an analysis of mental health distress and access to healthcare*, luglio 2016.

19. Noh S., Kaspar V., Wickrama K.A.S.: *Overt and subtle racial discrimination and mental health: Preliminary findings for Korean immigrants*. American Journal of Public Health 2007;97(7):1269–1274.

20. Noh S., Kaspar V.: *Perceived discrimination and depression: Moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support*. American Journal of Public Health 2003;93(2):232–238.

21. Ponthieu A., Incerti A.: *Continuity of care for migrant populations in Southern Africa*, Refugee Survey Quarterly, 2016, 0, 1-18.

22. Quadroni A., Luppi M.: *The border crossing deaths in Ventimiglia*, Open Migration, luglio 2017.

23. Refugees Right data Project: *In dangerous transit. Filling information gaps relating to refugees and displaced people in Ventimiglia*, Italy, ottobre 2017.

24. Steel Z., Liddell J. B., Bateman-Steel C.R., Zwi B.A.: *Global Protection and the Health Impact of Migration Interception*, Plos, 2011.

25. UNHCR: *Trapped in transit: the plight and human rights of stranded migrants*, Research Paper No. 156, giugno 2008.

26. UNHCR: *Rapporto sulla protezione Internazionale in Italia 2017*, 2017

27. UNHCR: *Proteggere i minori in transito*, luglio 2012.

28. United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner - OHCHR, *Situation of migrants in transit*, Geneva, marzo 2016.

Il nostro ringraziamento va agli operatori di Missione Italia per il loro fondamentale supporto e per l’infaticabile lavoro portato avanti in tutte le aree di confine come Como e Ventimiglia. Ai mediatori culturali per il loro supporto appassionato, il tempo e la competenza, senza di loro questo lavoro non sarebbe stato possibile.

 facebook.com/msf.italiano

 twitter.com/MSF_ITALIA

Medici Senza Frontiere (MSF) è la più grande organizzazione medico-umanitaria indipendente al mondo creata da medici e giornalisti nel 1971. Oggi MSF fornisce soccorso in circa 70 paesi a popolazioni la cui sopravvivenza è minacciata da violenze, guerre, epidemie, disastri naturali o esclusione dall'assistenza sanitaria. MSF agisce inoltre per denunciare all'opinione pubblica le crisi dimenticate, contrastare inadeguatezze o abusi del sistema degli aiuti e sostenere pubblicamente una migliore qualità delle cure e dei protocolli medici. Nel 1999 ha ricevuto il premio Nobel per la Pace.

www.msf.it

Sede di Roma:

Via Magenta 5, 00185 Roma
Telefono: 06 888 06 000
Fax: 06 888 06 020

Sede di Milano:

Largo Settimio Severo 4, 20144 Milano
Telefono: 02 43 91 27 96
Fax: 02 43 91 69 53

