

EDIZIONE
2017



© MSF Jean-Pierre Amigo



© MSF Sven Torfinn



© MSF Shannon Jensen



© MSF Corentin Fohlen



© MSF Lynsey Addario



© MSF Ikram N'gadi



© MSF Jodi Hilton



© MSF Julie Remy



© MSF Giorgos Moutafis

#MILIONIDI PASSI

Dossier introduttivo per insegnanti
Scuole secondarie di primo e secondo grado

**MEDECINS SANS FRONTIERES**
MEDICI SENZA FRONTIERE
Premio Nobel per la Pace 1999

OBIETTIVI

Questo manuale vuole essere uno strumento sia didattico che educativo, utile a insegnanti e educatori che vogliono lavorare sui temi delle migrazioni forzate e dei diritti delle popolazioni in movimento. Uno strumento didattico perché propone un percorso realizzabile a scuola i cui obiettivi sono declinati sia in termini di conoscenze (sapere) sia in termini di competenze (saper fare). Uno strumento educativo perché propone di tradurre le sensibilità acquisite in comportamenti (saper essere) attraverso lo sviluppo di competenze di cittadinanza e l'attivazione in sostegno alla campagna di Medici senza frontiere per il diritto alla salute delle popolazioni in movimento.

METODOLOGIA

Il manuale è pensato seguendo un modello educativo dove il conduttore ha un ruolo di servizio: nell'identificazione dei contenuti, nella preparazione degli spazi e degli strumenti, nella gestione dell'agenda e soprattutto nella guida alla riflessione e alla sintesi.

Il conduttore è il garante della partecipazione attiva di tutti al lavoro e deve saper promuovere il dibattito in modo costruttivo, facendo attenzione a che il giudizio negativo non sia impedimento al confronto.

Il processo di apprendimento vale quanto il contenuto e deve essere curato con attenzione: tutte le affermazioni e le posizioni devono poter emergere liberamente, essere ascoltate e giudicate solo dopo una verifica nei fatti rispetto alla loro veridicità o falsità (fact checking). È il gruppo che apprende e ogni momento di sintesi deve saper dare spazio e consistenza all'opinione della maggioranza così come includere i distinguo delle minoranze.

Tutte le attività proposte prevedono una partecipazione attiva dei discenti, che può essere facilitata utilizzando diverse tecniche di apprendimento attivo e partecipativo: alcune sono proposte in maniera esplicita nel testo (es. brainstorming, lavoro di gruppo, metaplan) altre possono essere selezionate tra quelle più adatte alle competenze del conduttore o alle caratteristiche dei partecipanti (es. case study, circle time, role play).

In conclusione questo manuale non è pensato tanto come un prodotto chiavi in mano ma come uno strumento per costruire da se il proprio percorso, per inserirlo nella propria programmazione didattica e possibilmente nel piano di offerta formativa della scuola.

GUIDA ALL'USO

Ogni capitolo è composto da una scheda introduttiva che permette di avvicinarsi agli argomenti e avere una panoramica generale della situazione attuale e da una Unità di apprendimento (UDA) che traduce i temi trattati in un percorso a tappe da realizzare in aula.

Le UDA possono essere proposte in sequenza dalla prima alla terza, per un totale di circa 16 ore di attività, oppure proposte singolarmente. Nel caso si proponano singolarmente la seconda e/o la terza UDA si danno per acquisite la conoscenza e le sensibilità proposte in quelle precedenti.

Tutte le UDA sono pensate sia per le scuole secondarie di I° che per quelle di II°. Le attività pensate per le scuole superiori sono evidenziate in appositi box, tuttavia è bene precisare che anche le attività più complesse possono essere adattate alle scuole medie, così come quelle più semplici hanno senso anche fatte con i "grandi".

Per ogni UDA sono indicate le conoscenze di base che si possono acquisire sui singoli argomenti e le competenze che si possono attivare con lo svolgimento delle attività. Le competenze sono individuate in due sensi differenti:

- le "Competenze chiave per l'apprendimento permanente" contenute nella Raccomandazione 2006/962/CE del Parlamento europeo;
- le "Competenze chiave di cittadinanza da acquisire al termine dell'istruzione obbligatoria" indicate dal D.M. 139/2007.

Le discipline indicate sono quelle dove meglio si potrebbe collocare un percorso didattico sui temi della campagna, tuttavia è auspicabile l'integrazione del lavoro con altre discipline, che sono messe tra parentesi. Lo svolgimento del percorso è proposto a tappe, idealmente pensate come blocchi orari.

La durata è puramente indicativa e considera solo lo svolgimento dell'attività, non tutta la fase di preparazione, approfondimento e sintesi che è necessaria al corretto svolgimento del percorso e che di norma compete al conduttore. Tuttavia queste fasi possono esse stesse diventare occasione di attività in aula oppure essere svolte come ricerche o lavori di gruppo pomeridiani, aumentando quindi il totale delle ore dedicate.

Le risorse didattiche sono collocate dove ha più senso rispetto all'attività proposta, tuttavia molte possono essere utilizzate per svolgere altre attività. Si consiglia di selezionare un pacchetto di risorse da usare nel percorso che si vuole realizzare. Le risorse didattiche proposte sono sia in italiano che in altre lingue, soprattutto inglese e possono quindi essere usate durante le ore di lingua straniera.

In conclusione il manuale invita le scuole ad attivarsi in sostegno della campagna #milionidipassi.

Grazie!

INTRODUZIONE

Immaginate di dover lasciare il vostro Paese, il vostro luogo di nascita, la famiglia, gli amici e la vostra casa con tutte le cose che non potete portare via con voi. Immaginate di dover partire per paura che voi o la vostra famiglia siate uccisi. Immaginate di camminare per giorni, settimane o mesi nel deserto o nella neve, o di attraversare il mare agitato dentro un gommone in cerca di un posto sicuro. Questa è la realtà per milioni di persone nel mondo, costrette a fare milioni di passi per sopravvivere. Queste persone una volta avevano una vita normale, molti di loro avevano un lavoro. Ma hanno dovuto lasciare tutto perché intrappolati in un conflitto o in una crisi umanitaria. Non avevano altra scelta se non fuggire perché attaccati o minacciati. Il numero di persone in fuga non è mai stato così alto dalla seconda guerra mondiale ad oggi.

Negli ultimi anni, MSF ha aumentato i propri sforzi con interventi sulle crisi umanitarie lontane dai riflettori¹, essendo in molti casi l'unica organizzazione a prestare soccorso a popolazioni che altrimenti non avrebbero nessun tipo di assistenza.

Oggi MSF offre assistenza medico-umanitaria a milioni di persone in fuga in 30 Paesi. Nei sovraffollati campi per rifugiati siriani, nei deserti africani, nei boschi della Serbia, tra le montagne dello Yemen, lungo le strade dal Centroamerica agli Stati Uniti, sulle isole greche e alle banchine dei porti siciliani, migliaia di medici, infermieri, psicologi, logisti di MSF (di cui circa 400 italiani) compiono i loro passi per raggiungerle e dare loro l'aiuto di cui hanno bisogno: offrono assistenza medica e psicologica, curano i feriti e le vittime di violenze, assistono le madri nel dare alla luce i loro bambini, effettuano campagne di vaccinazione, forniscono cibo e acqua pulita.

MSF offre assistenza a migranti, sfollati, rifugiati, richiedenti asilo e rifugiati nei luoghi di origine, nei luoghi di transito e anche nei paesi di destinazione.

In questa sfida le parole di Nelson Mandela, scomparso nel 2013, sono quanto mai attuali: "Ho percorso questo lungo cammino verso la libertà sforzandomi di non esitare. Ma ho scoperto che dopo aver scalato una montagna ce ne sono sempre altre da scalare. Adesso

mi sono fermato un attimo per riposare, per volgere lo sguardo allo splendido panorama che mi circonda, per guardare la strada che ho percorso. Ma posso riposare solo qualche attimo perché assieme alla libertà vengono le responsabilità e io non oso trattenermi ancora: il mio lungo cammino non è ancora alla fine"². Ed è responsabilità di tutti, nessuno escluso, dare attenzione a quei contesti in cui sono in corso carestie, emergenze sanitarie, negazione dei diritti, guerre e attentati, a qualsiasi latitudine essi si trovino. Il cammino da compiere per la libertà è lungo, ed è una libertà di accesso al cibo, alle cure mediche e all'istruzione, una libertà

“

Negli ultimi anni, MSF ha aumentato i propri sforzi con interventi sulle crisi umanitarie lontane dai riflettori, essendo in molti casi l'unica organizzazione a prestare soccorso a popolazioni che altrimenti non avrebbero nessun tipo di assistenza.

”





© MSF Cédric Gerbehaye

di vivere in condizioni dignitose e con un lavoro, “perché una libertà senza civiltà, una libertà senza la possibilità di vivere in pace non è vera libertà”. Attraverso la campagna #MILIONIDIPASSI Medici Senza Frontiere vuole ridare un volto umano alle popolazioni in movimento, per aumentare la comprensione delle loro sofferenze, promuovere un coinvolgimento attivo della società civile e mobilitare il sostegno verso

la propria azione medico umanitaria, attraverso tre “passi” ideali:

- I passi che migranti, sfollati, richiedenti asilo e rifugiati fanno per sopravvivere.
- I passi degli operatori umanitari di MSF che assistono le popolazioni in movimento.
- I passi che ognuno di noi può fare per sostenere l’azione di MSF e aiutare chi fugge in cerca di un futuro migliore.

1 Nel 2004 è stata realizzata da Medici Senza Frontiere in collaborazione con l’Osservatorio di Pavia la prima analisi sulla copertura mediatica delle crisi umanitarie internazionali da parte dell’informazione italiana e in particolare nei principali telegiornali di prima serata; Il 10° Rapporto pubblicato nel 2014, permette di tracciare un bilancio sulla rappresentazione delle crisi umanitarie in questi anni attraverso uno sguardo d’insieme. Malgrado l’inasprimento di alcune crisi, nell’informazione nazionale si rileva la progressiva scomparsa dell’analisi delle crisi umanitarie e delle cause dei movimenti di popolazione.

2 Nelson Mandela, **Lungo cammino verso la libertà**, Milano, Giangiacomo Feltrinelli Editore, 2010, p. 624.



Le migrazioni nello spazio e nel tempo

Le migrazioni sono un fatto storico che riguarda l'umanità da sempre. Il Mediterraneo e l'Italia sono stati per secoli crocevia di movimenti di popolazione. Nei tempi moderni l'Italia si è prima caratterizzata come Paese di emigrazione per poi diventare negli anni '70 Paese di immigrazione. Questa trasformazione ha avuto notevole eco nei media. Inizialmente ha prevalso la "sorpresa". Successivamente in Italia i media hanno affrontato le migrazioni soprattutto sotto il profilo dell'emergenza, coniugando il binomio immigrazione-sicurezza. Va preso atto comunque che negli ultimi tempi i migranti sono frequentemente descritti non più come invasori da respingere, ma come persone in fuga da accogliere. Pur in presenza di questa importante evoluzione, la maggior parte dell'informazione in Italia sui migranti è ancora viziata da allarmismo, superficialità, eccesso di semplificazioni e stereotipi. La giusta attenzione che viene data agli sbarchi difficilmente porta a informare sulla complessità delle cause delle migrazioni e sulla multidimensionalità del fenomeno.

Lo sguardo rimane concentrato sul Mediterraneo. Raramente si alza oltre l'orizzonte per capire se vi sono altri flussi oltre a quelli che osserviamo da vicino. La maggior parte dei media sembrano dimenticare che questi flussi si inseriscono in un contesto globale che vede oggi come mai milioni di persone in movimento.

A livello mondiale le migrazioni internazionali continuano a intensificarsi e nel 2015, secondo le stime delle Nazioni Unite, è stata superata la soglia record di 243 milioni di migranti nel mondo, da aggiornare a 1 miliardo se si tiene conto anche delle migrazioni interne. Rispetto agli anni '90, cioè meno di un quarto di secolo fa, la crescita è stata del 60%³.

Sette migranti su 10 sono partiti da un Paese del "Sud" del mondo. Ma i flussi da "Sud verso Nord" sono di dimensione inferiore a quelli da "Sud verso Sud" (85,3 milioni contro 90,2 milioni). Inoltre si registrano anche flussi da "Nord verso Sud" (13,0 milioni).

Dietro la scelta di migrare, fatte salve le situazioni forzate di sfollamento o di ricerca di protezione, occorrono normalmente alcune condizioni prelieve, come essere consapevoli di volerlo e poterlo fare ed avere l'intraprendenza e i mezzi necessari per



© MSF Agus Morales

riuscirci. Queste fanno sì che – contrariamente a quanto in genere si tenda a credere – a essere maggiormente interessate a emigrare non sono le popolazioni che vivono nelle aree di povertà assoluta o dove è maggiore la differenza di disponibilità delle risorse, bensì quelle con uno sviluppo medio o quanto meno in crescita. Europa e Asia, rispettivamente con il 31,2% ed il 30,8% si connotano come i continenti di maggiore attrazione dei migranti, seguiti dalle Americhe (26,1%), dall'Africa (8,4%) e dall'Oceania (3,3%).

A livello di singoli Paesi, la più grande comunità di immigrati risiede negli Stati Uniti (47 milioni) seguita da Germania e Federazione Russa e, (12 milioni ciascuno), Arabia Saudita (10 milioni), Regno Unito (9 milioni) Emirati Arabi (8 milioni), Francia e Canada (7 milioni ciascuno), Australia e Spagna (6 milioni ciascuno) e all'undicesimo posto l'Italia con oltre 5 milioni.

Tutti i Paesi del mondo sono oggi contemporaneamente Paesi di destinazione, origine e transito, sia di immigrazione che di emigrazione. La stessa Europa da una parte accoglie il 31,2% dei migranti del mondo e dall'altra rappresenta l'area di origine per un altro 24,5%.

³ *International Migration Report 2015*, 2016 United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division
Interessanti elaborazioni possono essere anche trovate nei Dossier Statistici Immigrazione curati da IDOS annualmente

Le cause prevalenti delle migrazioni sembrano essere quelle demografiche ed economiche, ma non si devono dimenticare i 35 milioni di minori e adolescenti la cui esperienza migratoria prende



avvio diretto non da motivi economici ma da una scelta legata prioritariamente alla coesione o al ricongiungimento familiare. Situazione simile a quella di numerosi coniugi, non quantificabili, che si ricongiungono con il loro partner.

Anche le cause forzate di migrazione appresentano un fattore di spinta importante riferendosi, secondo i dati dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati, a circa 21,3 milioni per quanto riguarda i rifugiati e a 3,2 milioni per i richiedenti asilo⁴. Non sono i Paesi ricchi a farsi principalmente

carico degli esodi provocati dalle emergenze umanitarie. Il 90% circa dei rifugiati resta nelle proprie regioni di origine. A essi si aggiungono anche 40,8 milioni di sfollati interni, che non abbandonano il proprio paese.

Normalmente siamo abituati a classificare i migranti per aree di provenienza e/o destinazione e per le principali cause ipotizzate di migrazione (fattori di spinta e di attrazione). È utile però ricordare che vi sono anche numerosi altri criteri di classificazione. Ad esempio le migrazioni possono essere temporanee o permanenti, unidirezionali o multi direzionali. Queste classificazioni aiutano nella lettura del fenomeno ma non devono farci dimenticare che si tratta di fenomeni complessi e che spesso cause politiche, sociali ed economiche sono compresenti e si

4 *Global Trends Forced Displacement in 2015*, 2016 UNHCR

sovrappongono. La distinzione tra rifugiati politici e migranti economici è una costruzione artificiale e va usata con cautela specie quando può comportare la negazione di diritti e l'accesso a programmi di assistenza e protezione. Anche per questo molti enti e istituzioni che si occupano di migrazione, grazie anche all'esperienza diretta sul campo, sempre più preferiscono parlare, di "mixed flows", per evidenziare che normalmente le cause che spingono a migrare sono molteplici e complesse. La crescita dei flussi migratori dal 1950 ad oggi è stata causata prevalentemente dalla comparsa e dall'aumento nei Paesi sviluppati di un fabbisogno strutturale di manodopera, generato congiuntamente dalla contrazione della popolazione in età lavorativa, dovuta al calo della natalità, e dalla presenza di una domanda aggiuntiva di lavoro legata alla crescita economica.

Tra 50 anni la popolazione in età lavorativa presenterà una dinamica positiva solo in Africa e sia pure in maniera molto più ridotta, nei Paesi del Nuovo Mondo. Di contro l'Asia sarà il continente con il saldo negativo più elevato, seguita a notevole distanza da America Latina ed Europa⁵. I saldi migratori mondiali dovrebbero ulteriormente aumentare. Si stima che nei prossimi quindici anni il saldo migratorio dell'Europa a 15, come anche di Stati Uniti, Canada e Australia, Russia e Giappone, dovrebbe aumentare a 6-7 milioni all'anno, mentre il saldo migratorio della Cina dovrebbe salire a circa 12 milioni all'anno. Verso il 2025 i flussi migratori internazionali potrebbero essere uguali ad almeno 4-5 volte quelli attuali. Numerosi Paesi ora esportatori di manodopera potrebbero diventare importatori; tra i primi Bulgaria, Ucraina, Corea del Sud e Cuba, ma molto probabilmente anche Romania e Moldova. Il caso più eclatante sarà tuttavia quello della Cina e nella seconda metà del secolo la stessa cosa dovrebbe riguardare anche Brasile, Cile, Argentina e Messico nell'America del Sud, India, Pakistan, Bangladesh, Indonesia e Iran in Asia. In sintesi, questi dati suggeriscono che l'Asia si affermerà come il più grande mercato di sbocco dei flussi migratori internazionali, mentre l'Africa, sarà il più importante, seppure non l'unico, continente di partenza di tali flussi.

5 Elaborazioni del Professor Michele Bruni, pubblicate nel Dossier Statistico Immigrazione IDOS del 2011, capitolo Popolazione, migrazione e sviluppo: prospettive e scenario mondiale, pag 23



Crisi umanitarie e migrazioni “forzate”¹

Nel corso della storia le crisi umanitarie e i disastri naturali hanno spesso generato migrazioni forzate. Tuttavia, è solo nel XX secolo che questi fenomeni sono stati posti con forza all'attenzione dell'opinione pubblica internazionale, in particolar modo in seguito ai flussi migratori causati dalla rivoluzione russa ed ai movimenti delle popolazione turca e greca del 1920. Per affrontare simili eventi viene fondato l'Ufficio dell'Alto Commissariato per i rifugiati, nel quadro della Società delle Nazioni. Questo Ufficio non riesce a salvare la vita di innumerevoli profughi che cercavano di fuggire dalla Germania nazista nel 1930, ma gli sforzi per proteggere i rifugiati all'indomani della guerra mondiale portarono all'istituzione dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati (UNHCR) e all'adozione della Convenzione delle Nazioni Unite relativa allo

status dei rifugiati (1951).

A sessant'anni di distanza la comunità internazionale si trova ad affrontare nuove sfide in risposta a un insieme più ampio di crisi che generano movimenti sempre più complessi e diversificati. Le persone si muovono all'interno dei loro paesi e attraverso i confini internazionali, in via temporanea o permanente, in modo legale o irregolare. Si muovono da soli o con l'aiuto di attori esterni. Alcuni beneficiano di meccanismi di evacuazione, programmi di migrazione volontaria, o dell'aiuto di reti della società civile e del mondo dell'immigrazione. Altri ricorrono a reti clandestine, viaggiando via terra o via mare con rischi enormi. Molti si spostano in seguito a effetti collaterali ed indiretti delle crisi, mentre altri emigrano in previsione di un danno futuro. Altri ancora rimangono intrappolati nelle loro comunità d'origine o nei territori di transito e il loro movimento è inibito dalla crisi in corso, o dalla mancanza di risorse o dall'incapacità di mettersi in salvo.

Dal punto di vista di chi fa ricerca la situazione si fa sempre più complicata, perché effettivamente i migranti non possono essere classificati solo per luogo di origine e basta, molto dipende da quando e come è avvenuto il percorso migratorio².

Negli ultimi 3 anni si è registrata un'impennata nelle crisi umanitarie in tutto il mondo³ e i conflitti hanno provocato un incremento ulteriore delle persone che hanno bisogno di assistenza umanitaria, di sfollati, richiedenti asilo e rifugiati. A metà 2016, le Nazioni Unite hanno lanciato ai governi e ai donatori internazionali un appello per



© MSF Halimatou Amadou

- 1 I migranti forzati sono persone costrette a lasciare i luoghi dove vivono e a chiedere protezione in un Paese straniero o in un'area diversa da quella di vita abituale. È proprio questa la caratteristica che contraddistingue il migrante forzato rispetto al migrante in generale. Mentre quest'ultimo sceglie liberamente di lasciare il proprio Paese in cerca di prospettive migliori, il primo è forzato a farlo, non ha alcuna scelta. Emigrare è l'unico modo in cui può salvare la propria vita o libertà.
- 2 Su questi aspetti una lettura interessante è rappresentata da **“Humanitarian Crises and Migration: Causes, Consequences and Responses”** a cura di Susan F. Martin, Sanjula Weerasinghe, Abbie Taylor, 2014, Routledge, New York.
- 3 Le statistiche generali sono tratte dal **“Global Humanitarian Overview- 2016 - June Status Report”** OCHA e dal sito www.unocha.org, nella stessa data. Il rapporto fornisce una buona ancorché incompleta rappresentazione dei programmi di assistenza umanitaria realizzati dai principali attori internazionali. Per alcuni paesi sono disponibili dati aggiornati in tempo quasi reale su data.unhcr.org



© MSF Yann Libessart

coprire i bisogni umanitari di più di 95,4 milioni di persone in 40 paesi. Nel 2013, lo stesso appello era rivolto a sostenere l'assistenza verso 57 milioni di persone in 24 paesi. Questi interventi, quindi, raggiungono circa il 73% delle 130,5 milioni di persone che si stima abbiano bisogno di assistenza umanitaria.

Attualmente sono tre le emergenze umanitarie che le Nazioni Unite classificano al più alto livello di intensità (cosiddette crisi “L3”): Siria, Iraq e Yemen⁴.

In Siria, gli sfollati interni sono almeno 6,6 milioni. I rifugiati che hanno abbandonato il Paese sono oltre 4,8 milioni, in gran parte ospitati dai paesi confinanti (Turchia, Libano, Giordania e Iraq).

Solo tre anni fa, la Repubblica araba siriana non figurava tra i primi 30 Paesi di rifugiati, una inversione di tendenza che mostra chiaramente il rapido deterioramento della situazione in quel Paese⁵.

⁴ Una dichiarazione L3 significa che il Comitato permanente inter-agenzie, un forum che riunisce la maggior parte dei principali attori umanitari delle Nazioni Unite e le ONG, afferma che la crisi richiede una mobilitazione a livello di sistema. Come tale, è il riconoscimento non solo delle dimensioni, della complessità e urgenza della crisi, ma anche che la situazione richiede una significativa risposta del sistema umanitario. L'aggiornamento delle crisi L3 è disponibile all'indirizzo unocha.org/where-we-work/emergencies

⁵ L'Afghanistan è stata la più grande fonte di rifugiati per più di tre decenni. Nella prima metà del 2014, con più di tre milioni di rifugiati registrati, i siriani hanno superato gli afgani come il più grande gruppo di rifugiati sotto mandato UNHCR.



© MSF Halimatou Amadou

BOX

Per approfondire si possono consultare le schede allegare al manuale:

1. **LE CRISI UMANITARIE IN ASIA E MEDIO ORIENTE:** Siria; Iraq; Yemen; Afghanistan; I Rohingya nel sud est asiatico.
- 2) **LE CRISI UMANITARIE IN AFRICA:** Libia una trappola per chi fugge; Area del lago Ciad; Sudan e Sud Sudan; Repubblica Centrafricana; Corno d’Africa.
- 3) **LA ROTTA BALCANICA, DALL’APERTURA ALLA CHIUSURA.**
- 4) **TRAUMI IGNORATI:** indagine sulla salute mentale dei richiedenti asilo in Italia.
- 5) **IL PERICOLOSO APPROCCIO DELL’UE MINACCIA IL DIRITTO DI ASILO IN TUTTO IL MONDO.**

In Iraq più di 4,4 milioni persone sono state sfollate e sono disperse nei diversi governatorati a causa del conflitto in corso. L’accesso all’acqua pulita è emerso come un aspetto critico e la sicurezza alimentare è una preoccupazione crescente. In Yemen l’inasprirsi del conflitto nella seconda metà del 2015 ha portato in poco tempo il numero di sfollati a 2,5 milioni.

Oltre alle citate crisi L3 vi sono altre crisi importanti che vanno segnalate in Nigeria, nella Repubblica Democratica del Congo, in Sud-Sudan e nella

Repubblica Centrafricana.

Anche le crisi in Somalia, Sudan, Haiti, Myanmar, Yemen, Mali, Palestina, Afghanistan e Ucraina continuano a richiedere tutte un impegno attivo della comunità internazionale.

Ma quante di queste persone arrivano nel “Nord” del mondo?

La maggior parte delle persone che si stima abbiano bisogno di protezione umanitaria, rimane nei paesi d’origine o in quelli confinanti. Nel 2015 si stimavano globalmente 65,3 milioni migranti forzati: di cui 40,8 milioni sfollati interni, 21,3 milioni di rifugiati (16,1 sotto mandato UNHCR e 5,2 milioni palestinesi sotto mandato UNRWA), 3,2 milioni richiedenti asilo. Nel corso del 2016 si stima che il numero di migranti forzati sia ulteriormente cresciuto⁶.

In media ogni minuto nel mondo 24 persone devono abbandonare la loro abitazione.

Se si prendono in considerazione i rifugiati che sono riusciti a fuggire dal loro Paese e che sono sotto mandato dell’UNHCR, si nota come tra i primi dieci paesi che ospitavano rifugiati vi sono solo paesi africani ed asiatici (Turchia, Pakistan, Libano, Iran, Etiopia, Giordania, Kenya, Ciad, Uganda, DR Congo). Questi paesi ospitano da soli il 58% dei rifugiati sotto mandato UNHCR. I primi tre paesi ospitano rispettivamente 1.6 milioni, 1,6 milioni, 1.1 milioni di rifugiati. Nella classifica dei primi 10 paesi per rifugiati ospitati non compare nessuna nazione ricca. Non si possono, infine, non ricordare le numerose persone che muoiono mentre cercano di entrare nei paesi del “Nord”.

Nessuna organizzazione a livello mondiale è attualmente responsabile per il monitoraggio sistematico del numero di morti che si verificano e la maggior parte delle informazioni disponibili proviene da notizie di stampa e dalle organizzazioni non governative e questi dati sono incompleti. Alcuni esperti hanno suggerito che per ogni corpo morto scoperto, ce ne sono almeno due mai recuperati. In particolar modo, in caso di tragedie in mare, la maggior parte dei corpi non viene recuperata. Negli ultimi venti anni almeno 60.000 persone hanno perso la vita nel tentativo di emigrare. Il numero cresce ogni anno e i morti registrati sono 5.400 solo nel 2015 (di cui 3.770 morti nel Mediterraneo, 787 nel Sud-est asiatico e 321 al confine tra Messico e USA) e 3.100 nei primi 6 mesi del 2016. Il Mediterraneo Centrale è dunque la rotta migratoria più pericolosa al mondo.

6 Global Trends - Forced Displacement in 2015, 2016 UNHCR

7 Tratto da: *Fatal Journeys - Volume 2 - Identification and Tracing of Dead and Missing Migrants*, 2016, IOM



L'intervento umanitario¹

Le persone in fuga a causa di una crisi umanitaria sono particolarmente vulnerabili. Spesso provengono da paesi dove l'assistenza sanitaria è già carente quando non del tutto assente e dove le condizioni di vita sono spesso molto dure. Il verificarsi di una crisi, che sia una guerra, una carestia o un inasprimento delle condizioni economiche, è spesso causa di un'ulteriore limitazione nell'accesso alle cure sanitarie. Numericamente, le vittime delle grandi crisi umanitarie non sono solo le vittime "dirette" (uccise in un conflitto o da un terremoto) ma sono soprattutto quelle "indirette", causate dalle conseguenze disastrose che le crisi producono sulle società: donne che muoiono di parto per indisponibilità di sale parto adeguate, bambini che muoiono di malattie prevenibili con una vaccinazione perché la prevenzione vaccinale non viene più offerta per mancanza di risorse e mezzi ecc. Anche solo la distruzione di una strada o di un ponte può avere un impatto devastante sulla salute della comunità che di quella infrastruttura si serviva.

Nel momento in cui queste persone si avventurano in un percorso migratorio, viene loro a mancare anche quel poco che avevano nel loro Paese di origine. Le risorse divengono ancora più scarse: poco cibo, indisponibilità di denaro per assicurarsi le cure quando malati, sopravvivenza in condizioni precarie, spesso ammassati in campi profughi allestiti in regioni inospitali. Tutto questo va ulteriormente a minacciare il loro stato di salute: malnutrizione, epidemie, traumi accidentali o dovuti a violenze sono situazioni purtroppo comuni tra i profughi di tutto il mondo. Questa condizione di vulnerabilità estrema è particolarmente vera per le

categorie più fragili: bambini, donne incinte o sole, anziani, che non a caso ne sono le vittime più frequenti. Per questa ragione, le attività di assistenza sanitaria fornite dalle organizzazioni umanitarie nei campi profughi si concentrano su questi grandi assi: programma nutrizionale (trattamento dei casi di malnutrizione e prevenzione tramite distribuzione di cibo); gestione delle malattie a potenziale epidemico (prevenzione tramite le vaccinazioni delle categorie a rischio e trattamento dei casi, in caso di epidemia conclamata); assistenza sanitaria di base e di secondo livello. Il supporto logistico (costruzione di latrine,

¹ maggiori informazioni sulle attività di MSF a favore delle popolazioni in movimento sono disponibili nel dossier inserito all'interno del Kit



© MSF Julie Remy

L'AZIONE DI MSF PER LE POPOLAZIONI IN FUGA

Fin dalle sue origini, la storia di Medici Senza Frontiere si è intrecciata con le cronache dei più importanti esodi di massa dell'età moderna. Il primo intervento su larga scala risale al 1975, quando l'organizzazione ha portato soccorso alle centinaia di migliaia di cambogiani che fuggivano dai Khmer Rossi. Nei decenni successivi, MSF si è occupata degli sfollati e rifugiati "generati" dalle più gravi crisi umanitarie in cui è intervenuta: Ruanda, Afghanistan, Repubblica Democratica del Congo, Colombia, Somalia, Haiti... Dalla fine degli anni '90, gli interventi si sono estesi anche ai paesi di destinazione di rifugiati e

migranti in Europa (Spagna, Italia, Belgio, Francia, Grecia) e più recentemente in alcuni paesi di transito (Marocco, Yemen, Malesia, Serbia, Thailandia, Libia, Egitto, Messico)². Oggi MSF offre assistenza medico-umanitaria a milioni di persone in fuga in 30 paesi. Nel 2015 ha lanciato la campagna MILIONIDIPASSI per fare conoscere questa realtà spesso dimenticata dai mezzi di comunicazione e dai decisori.

² Un Paese può essere contemporaneamente sia luogo di transito che di destinazione. Ciò dipende dai percorsi migratori dei singoli, dall'evoluzione dei contesti politici e delle normative.

GLI IMMIGRATI PORTANO LE MALATTIE?

Da sempre, la paura del diverso ha scatenato le peggiori fantasie. I pregiudizi che hanno perseguitato gli italiani immigrati negli Stati Uniti d'America nel secolo scorso, non risparmiano oggi gli immigrati di diversa nazionalità che arrivano in Italia, che vengono tacciati di essere poco inclini all'igiene e portatori di malattie più o meno esotiche. Eppure non vi è niente di più errato. L'esperienza

dimostra e la letteratura scientifica lo testimonia, come in realtà i migranti che arrivano in Occidente siano mediamente più sani della popolazione residente e questo semplicemente perché sulla popolazione migrante agisce una sorta di "selezione naturale" per cui a partire, ad avventurarsi in un viaggio pericoloso e dall'esito incerto e ad arrivare a destinazione, sono quelli più giovani, più forti e

in migliori condizioni di salute.

Questa caratteristica si annulla poco dopo l'arrivo nel Paese ospitante, dove sono le precarie condizioni di vita, la povertà, lo scarso accesso ai servizi sanitari, le condizioni di lavoro insicure e in clandestinità, a mettere a rischio la salute degli immigrati. Quella che a noi sembra una caratteristica intrinseca dello straniero, la cattiva salute, è in realtà un effetto delle sue condizioni di vita.

fornitura di acqua potabile ecc.) è parte integrante delle attività sanitarie preventive. Spesso il viaggio della speranza attraversa paesi di transito dove le condizioni di vita delle persone in fuga sono, se possibile, ancora peggiori che nei campi profughi: la clandestinità influenza pesantemente l'accesso ai servizi sanitari, spinge ad assumere rischi importanti per la salute (sfruttamento sul lavoro, viaggio in condizioni di insicurezza) ed espone i migranti a violenze fisiche e psicologiche, non ultima la detenzione forzata e spesso arbitraria. Le morbosità tipiche di questa fase del viaggio riflettono queste esperienze: traumi fisici accidentali o procurati, patologie croniche che si acutizzano perché trascurate, problemi della sfera psichica, legati alle violenze subite, sono di comune riscontro.

Infine, all'arrivo nei paesi occidentali, preceduto spesso da un ultimo viaggio per mare o per terra che avviene in condizioni di estrema insicurezza, le condizioni di salute osservate riflettono i pericoli affrontati nell'ultimo tratto di viaggio: sono infatti comuni condizioni, come l'ipotermia e la disidratazione, che sono conseguenza diretta delle condizioni di viaggio.

Eccezion fatta per questi disturbi di carattere acuto, spesso facilmente risolvibili, la vera grande problematica all'arrivo è rappresentata dai disturbi della sfera psichica, risultato dell'accumularsi di traumi psichici successivi (la cosiddetta vulnerabilità cumulativa), spesso difficili da individuare e risolvere, e anzi spesso ulteriormente aggravati dalle condizioni

di accoglienza (detenzione amministrativa, sovraffollamento dei centri di accoglienza, mancata tutela dei gruppi più vulnerabili, barriere culturali e linguistiche). La condizione di irregolarità amministrativa, che spesso si protrae anche durante il soggiorno nel Paese di arrivo, rappresenta ancora una volta il fattore determinante le condizioni di salute della popolazione migrante "stanziale": condizioni di vita e di lavoro rischiose (sovraffollamento abitativo, lavoro in nero, sfruttamento), scarso accesso ai servizi sanitari, interruzione frequente dei trattamenti medici. Studi effettuati nel nostro Paese dimostrano come le condizioni di salute riferite siano nettamente migliori per la popolazione migrante regolare anche rispetto alla popolazione italiana delle stesse fasce di età e come la spesa sanitaria pubblica sia nettamente inferiore per la popolazione immigrata regolare rispetto sia alla popolazione italiana che, soprattutto, a quella immigrata irregolare³.

Il concetto di protezione si è evoluto nel tempo: si sono ampliate le tipologie di soggetti che possono beneficiare dell'assistenza degli organismi internazionali e sono aumentati gli organismi attivi in questo ambito.

³ Per approfondire:

- epicentro.iss.it/argomenti/migranti/migranti.asp

- simnweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2014/2014.osservasalute_immigrati.pdf

- quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=3012570.pdf





I quadri giuridici e istituzionali attuali, pur se in evoluzione, purtroppo manifestano ancora una limitata capacità di accogliere tutti coloro che hanno necessità di protezione umanitaria e una serie coerente di principi per affrontare tali movimenti e garantire la necessaria protezione sono ancora da inventare e sono sempre più necessari⁴.

Oggi il mondo assiste a una concomitanza di crisi di gravità e durata straordinarie e sono sempre più i civili a pagare il prezzo di guerre che non combattono. Come conseguenza, si assiste all'esodo più imponente degli ultimi cinquant'anni e crescono velocemente i numeri di sfollati, rifugiati urbani, sans papier. Si assiste, poi, a una transizione verso forme sempre più miste di migrazione (mixed flows) in cui spinte politico sociali ed economico sanitarie di mischiano.

Servirebbe un nuovo approccio umanitario, che guardi alle loro indicibili sofferenze e alle ragioni della fuga, non al loro status legale o ai timori dei paesi di arrivo. Invece i "Paesi Sviluppati" vivono la migrazione come un'invasione minacciosa e rispondono con politiche restrittive che peggiorano le cose. Chiusura delle frontiere, respingimenti, ostacoli burocratici, detenzione e standard di accoglienza inadeguati – il tutto condito da un dibattito pubblico che spesso punta alla criminalizzazione dei migranti – non solo non sono efficaci e non diminuiscono il numero di migranti ma spingono persone disperate ad alternative estreme, che hanno gravi impatti sulla loro salute e sicurezza. I governi portano la responsabilità di scelte disumane che impediscono alle persone di fuggire e tradiscono il loro diritto a ricevere assistenza e protezione.

⁴ Dopo la seconda guerra mondiale la comunità internazionale ha cercato di garantire la protezione per chi fugge con una serie di strumenti, a partire dalla Convenzione di Ginevra del 1951 e dal Protocollo del 1967 e con le successive evoluzioni tra cui ricordiamo la "Convenzione che disciplina determinati aspetti del problema dei rifugiati in Africa" adottata nel 1969 ad Addis Abeba dall'Organizzazione dell'Unità Africana (OUA), la Dichiarazione di Cartagena del 1984, la Convenzione per la protezione e l'assistenza degli sfollati interni in Africa, sottoscritta a Kampala nel 2009.

Contenuti

Introduzione	1
Le migrazioni nello spazio e nel tempo	3
Crisi umanitarie e migrazioni “forzate”	6
L’intervento umanitario	9
Attivati anche tu per #milionidipassi	12

Prima pubblicazione giugno 2015
© Medici Senza Frontiere
msf.it

Autori: **Pietro Pinto** e **Giordano Golinelli**
Realizzato in collaborazione con “**Step4** srl - impresa sociale”

Quest’opera è distribuita con Licenza
Creative Commons 3.0 Italia (CC BY-NC-SA 3.0 IT).

www.milionidipassi.it

Segui #milionidipassi su:

 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 in Francia nel 1971. Oggi MSF fornisce soccorso umanitario in quasi 70 paesi a popolazioni la cui sopravvivenza è minacciata da violenze o catastrofi dovute principalmente a guerre, epidemie, malnutrizione, esclusione dall'assistenza sanitaria o catastrofi naturali. MSF fornisce assistenza indipendente e imparziale a coloro che si trovano in condizioni di maggiore bisogno. MSF si riserva il diritto di denunciare all'opinione pubblica le crisi dimenticate, di contrastare inadeguatezze o abusi nel sistema degli aiuti e di sostenere pubblicamente una migliore qualità delle cure e dei protocolli medici. Nel 1999, MSF ha ricevuto il premio Nobel per la Pace.

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



Premio Nobel per la Pace 1999

1. LESSON PLAN

SOGGETTO

CONFLITTI ARMATI, DISASTRI NATURALI E CRISI SANITARIE NEL MONDO

ETÀ

+ 12

DURATA

90 min. + approfondimenti

DISCIPLINE

Geografia, cittadinanza, storia (italiano, inglese, scienze)

OBIETTIVI

Conoscenze

- Quali sono le principali tipologie di crisi umanitaria
- Dove si trovano e che dimensione hanno le crisi umanitarie in atto nel mondo
- Quali problemi (sanitari e non) sono collegati alle diverse tipologie di crisi
- Che caratteristiche e problematiche presentano le crisi in atto in Afghanistan, Sud Sudan, Yemen, Corno d'Africa, Haiti, Pakistan, RD Congo, Niger e Messico
- Quali interventi sanitari possono essere realizzati per rispondere ai problemi
- Chi è Medici senza frontiere e che interventi realizza nelle aree di crisi umanitaria
- Quali sono le richieste che MSF fa alle istituzioni nazionali e internazionali

Competenze di apprendimento

- Competenze sociali e civiche
- Imparare ad imparare
- Consapevolezza ed espressione culturali

Competenze di cittadinanza

- Collaborare e partecipare
- Individuare collegamenti e relazioni
- Agire in modo autonomo e responsabile

MATERIALI

- Stampa in A3 o superiore di un planisfero politico (preferibilmente una proiezione di Peters) - allegato A
- Stampa di simboli e definizioni di catastrofe - allegato B
- Stampa di 3 immagini di conflitti armati, 3 di disastri naturali e 3 di crisi sanitaria senza logo di MSF e di altrettante corrispondenti con logo MSF - allegato C
- Stampa in A3 della tabella crisi, effetti, risposta - allegato D
- Presentazione in power point - allegato E
- Video MSF Year in review | 2015 - allegato F
- Scheda analisi caso - allegato G

SVOLGIMENTO

- Disporre un planisfero (allegato A) in posizione orizzontale e lasciare che gli studenti guardino e commentino, fare qualche domanda per verificare che tutti sappiano individuare i continenti e gli Stati del mondo (almeno i principali), aiutare in particolare tutti a individuare anche Afghanistan, Yemen, Sud Sudan, Haiti, Pakistan, Corno d'Africa, Repubblica Democratica del Congo, Niger, Messico.
- Disporre senza commento sul planisfero 9 simboli di catastrofe (Allegato B) naturale o umanitaria e dopo un momento sollecitare gli studenti a dare un titolo a ogni simbolo, basandosi

su quanto rappresentato nell'immagine. Per facilitare la definizione di ogni simbolo dare agli studenti una serie di definizioni scritte (Allegato B), da accoppiare ai simboli.

- Chiedere ai partecipanti di collocare i simboli sul planisfero, in corrispondenza di Paesi/zone che siano per loro emblematiche di questo o quel tema. Lasciare che ognuno le metta dove preferisce senza commentare le scelte, quindi chiedere di argomentare le scelte e condividere altre possibilità di collocazione. Spostare quindi i simboli su 9 Paesi (indicati nell'allegato A) e anticipare che d'ora in poi il focus sarà messo su questi.
- Disporre in corrispondenza dei Paesi 9 schede immagine rappresentative di problemi legati alla situazione e altrettante che rappresentino la risposta di MSF (Allegato C). Chiedere a tutti di elencare i problemi connessi a quanto racconta l'immagine, cercando anche di immaginare quel che l'immagine non mostra, per esempio che una scena di bombardamento racconta non solo della distruzione degli edifici ma anche delle conseguenze sulla salute delle persone (es. ferite, ustioni) e sull'accesso ai servizi di base (es. acqua, igiene). Si può anche avviare una discussione su cosa cambia in generale per la popolazione civile in caso di crisi umanitaria e quali contromisure devono essere adottate per mitigare o risolvere la situazione:
 - quali sono gli effetti negativi sulla sicurezza personale, salute e igiene, alimentazione, lavoro, trasporti ecc.?
 - che cosa bisogna fare nell'immediato e a medio termine per rispondere alle difficoltà della popolazione locale?
- Raccogliere su un foglio o alla lavagna le risposte e completare insieme la costruzione di una tabella composta da crisi / effetto / risposta (Allegato D).
- Presentare lo slideshow Crisi umanitarie e MSF (Allegato E) per fissare i contenuti e avvicinarsi alla conoscenza di Medici Senza Frontiere e degli interventi realizzati nei Paesi trattati
- In conclusione avviare un dibattito utilizzando una o più tra le seguenti domande stimolo:
 - Pensi che il diritto alla vita e alla sicurezza personale sia da garantire a tutti sempre o in alcuni casi estremi può passare in secondo piano?
 - Secondo te le persone che vivono costantemente sotto la minaccia di una crisi umanitaria sono vittime o anche un po' responsabili della loro situazione?
 - Il fatto che così tante persone siano a rischio nel mondo è irrimediabile o si può fare qualcosa? Se sì, cosa?
 - Chi dovrebbe essere responsabile di intervenire in caso di una crisi umanitaria? E chi deve pagare i costi dell'aiuto umanitario?
 - Credi che i problemi sanitari delle persone in fuga, transito o accoglienza siano inevitabili o si possa fare qualcosa per evitarli? Se sì, cosa secondo te si potrebbe fare?

PER APPROFONDIRE

- Dividere la classe in gruppi e assegnare a ogni gruppo la ricerca di informazioni su un Paese a scelta tra Afghanistan, Sud Sudan, Yemen, Corno d'Africa, Haiti, Pakistan, RD Congo, Niger e Messico
- Dare a ogni gruppo il compito di cercare informazioni sul sito di Medici Senza Frontiere (www.msf.it), in particolare nelle sezioni:
 - <http://www.medicisenzafrontiere.it/notizie> (informazioni, testimonianze, notizie dal terreno, si possono ricercare per Paese, argomento o anno)
 - www.medicisenzafrontiere.it/cosa-facciamo/azione-medico-umanitaria/quando-interveniamo (informazioni sulle tipologie di intervento)
 - www.medicisenzafrontiere.it/cosa-facciamo/azione-medico-umanitaria/attivita%20C3%AO-mediche (informazioni sulle attività mediche)
 - www.youtube.com/user/msfitalia (video di informazione, testimonianze, appelli)
- Chiedere a ogni gruppo di compilare la scheda di analisi di caso con le informazioni raccolte (Allegato G). Nel caso ci sia tempo chiedere a ogni gruppo di organizzare le informazioni raccolte in una presentazione strutturata come la scheda.
- La presentazione può essere realizzata verbalmente (dividendosi le cose da dire), su un cartellone (es. con pennarelli e stampe di immagini), realizzando una presentazione multimediale su PC (potendo quindi inserire anche file immagine, grafica a video) o una presentazione multimediale online (per es. usando <https://prezi.com/> - <https://slide.ly> - <https://infogr.am/> - www.powtoon.com, <https://storify.com/>)

2. LESSON PLAN

SOGGETTO

**65 MILIONI
DI PERSONE IN FUGA**

ETÀ

+ 12

DURATA

90 min. + approfondimenti

DISCIPLINE

**Geografia, cittadinanza, storia
(italiano, inglese, scienze)**

OBIETTIVI

Conoscenze

- Quanti sono i migranti internazionali nel mondo
- Cosa si intende per fattori di spinta e di attrazione
- Chi e quanti sono i migranti forzati nel mondo
- Quali problemi (sanitari e non) sono collegati alle rotte migratorie e al sistema di accoglienza
- Che caratteristiche e problematiche presentano le situazioni in atto nei Campi profughi come Zaatari in Giordania, Malakal in Sud Sudan, Dadaab in Kenya; nei luoghi di transito durante il viaggio come Lesbos in Grecia, Canale di Sicilia in Italia, frontiera tra Messico e Stati Uniti; nei luoghi di accoglienza e residenza precaria dopo l'arrivo come Calais in Francia, Insediamenti informali in Italia, Salute mentale in Sicilia)
- Quali interventi sanitari possono essere realizzati per rispondere ai problemi specifici di ogni situazione
- Chi è Medici senza frontiere e che interventi realizza lungo le rotte migratorie e nei luoghi di accoglienza.

Competenze di apprendimento

- Competenze sociali e civiche
- Imparare ad imparare
- Consapevolezza ed espressione culturali

Competenze di cittadinanza

- Collaborare e partecipare
- Individuare collegamenti e relazioni
- Agire in modo autonomo e responsabile

MATERIALI

- Stampa in A3 o superiore di un planisfero politico (preferibilmente una proiezione di Peters) - allegato A
- 73 bicchieri di plastica (o qualunque altro oggetto impilabile che possa rappresentare le persone)
- Stampa di Migration push and pull photo - Allegato B
- Stampa e ritaglio delle Immagini fuga, transito, accoglienza - Allegato C
- Stampa in A3 della tabella Tabella sui rischi sanitari connessi al viaggio e all'accoglienza - Allegato D
- Presentazione in power point - Allegato F
- Scheda analisi caso - Allegato G

SVOLGIMENTO

1. Disporre un planisfero (Allegato A) in posizione orizzontale e lasciare che gli studenti guardino e commentino, fare qualche domanda per verificare che tutti sappiano individuare i continenti e gli Stati del mondo (almeno i principali), aiutare in particolare tutti a individuare Giordania, Sud Sudan, Kenya, Siria, Turchia, Grecia, Macedonia, Serbia, Ungheria, Slovenia, Austria, Croazia, Etiopia, Sudan, Libia, Nigeria, Niger, Libia,

Messico, Guatemala (se necessario aiutandosi con dei bigliettini fissati sul planisfero).

2. Collocare sul planisfero delle pile di bicchieri di plastica, a rappresentare la popolazione totale (73 bicchieri) divisa per continente (Nord America 4, Centro e Sud America 6, Europa 7, Africa 12, Asia 44, Oceania 0¹). Condividere le cifre corrispondenti a ogni pila e gli eventuali commenti (es. quante persone vivono in Asia!)
3. Introdurre in modo superficiale il tema delle migrazioni internazionali (spostamenti di persone da uno Stato a un altro) di cui si sente parlare tanto e chiedere ai partecipanti: *secondo voi di tutti questi bicchieri quanti stanno vivendo in un Paese diverso dal loro, ovvero sono migranti internazionali?* Le risposte potrebbero essere molto diverse per dimensione. Aiutare il gruppo ad arrivare a una cifra condivisa, sempre espressa in bicchieri. Dare la risposta corretta (2,4 bicchieri, quindi per approssimazione in difetto 2)² e nel caso sia molto diversa da quella espressa chiedere: *perché pensiamo che i migranti internazionali siano così tanti?* (sollecitare una breve riflessione sulla differenza tra quanto percepiamo attraverso gli organi di informazione e il discorso pubblico sulle migrazioni e la realtà dei dati) e poi *Ma questi 2 bicchieri sono tutti in Europa?* (in Europa ce ne sono 0,76 bicchieri, ovvero 76 milioni di persone, che sono una cifra importante ma su cui riflettere. Una quota importante dei migranti internazionali presenti in Europa è in realtà costituita da persone che si sono spostate da uno Stato europeo all'altro. In ogni caso sul totale della popolazione europea 76 milioni di persone sono poco più del 10% (al 1 gennaio 2016 la popolazione della regione europea ammontava a circa 730 milioni di persone). I migranti internazionali in Europa di origine non europea sono circa 45 milioni, poco più del 6% del totale.³)
4. Togliere i bicchieri e disporre sul planisfero una raccolta di immagini (Allegato B), definire insieme cosa descrivono (dare un titolo a ogni immagine) e dividerle tra quelle che rappresentano qualcosa che attrae o qualcosa che respinge. Una volta terminato chiedere ai partecipanti di disporre le immagini sul planisfero, in corrispondenza di Paesi/zone che siano emblematiche di ogni titolo. Riflettere sul fatto che ci sono tante immagini che attraggono disposte nei Paesi cosiddetti "ricchi" del mondo e tante che respingono nei cosiddetti Paesi "poveri". Concentrare quindi il discorso sulle immagini che respingono e porre ai partecipanti alcune domande:
 - a. *Se tu fossi un bicchiere che vive costantemente sotto una delle immagini che respingono... di cosa avresti paura? cosa vorresti?*
 - b. *Se la tua situazione non migliorasse e non ci fossero speranze per il futuro... cosa faresti?*
 - c. *Se tu volessi andartene ma non avessi alcuna possibilità di usare mezzi di trasporto "normali" (es. macchina, treno, aereo)... come viaggeresti?*
 Raccogliere e dibattere le risposte, cercando di convenire con tutti (salvo qualche eccezione che va comunque considerata) sul fatto che in una condizione di grave difficoltà la maggior parte delle persone avrebbe paura per la propria vita e vorrebbe il ritorno alla "normalità"... che se questo non fosse possibile molti deciderebbero di partire, scappare... e che se non fosse possibile farlo con mezzi "normali" lo farebbero con qualsiasi altro mezzo (es. camion, gommoni) financo a piedi. A questo punto comunicare che le persone in questa condizione sono in grande crescita, che le stime parlano di oltre 65 milioni di persone in fuga, che dalla fine della Seconda Guerra mondiale mai così tante persone sono state costrette a lasciare le proprie case e mettersi in viaggio.
5. Disporre 9 immagini sul planisfero (Allegato C) in corrispondenza di 9 luoghi del mondo che sono emblematici della condizione che vivono le persone in fuga: Campi profughi come Zaatari in Giordania, Malakal in Sud Sudan, Dadaab in Kenya; luoghi di transito durante il viaggio come Lesbos in Grecia, Canale di Sicilia in Italia, frontie-

1 Dati 2015 tratti da <http://faostat3.fao.org>. Ogni bicchiere rappresenta 100 milioni di persone. Arrotondamento al bicchiere. Oceania 0 perché andrebbe 0,4 bicchieri.

2 Fonte: UN, International Migration Report 2015.

3 Fonte: Trends in International Migrant Stock: Migrants by Destination and Origin, United Nations, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, <https://esa.un.org/unpd/wpp>

ra tra Messico e Stati Uniti; luoghi accoglienza e residenza precaria dopo l'arrivo come Calais in Francia, Insedimenti informali in Italia, Salute mentale in Sicilia). Comunicare che le immagini rappresentano alcune situazioni che le persone vivono nei luoghi individuati e consegnare al gruppo altrettante immagini che descrivono l'intervento di MSF per assistere le persone. Chiedere al gruppo di accoppiare le immagini, collegando situazioni e risposte e riflettendo sul perché delle scelte e sul fatto che molte risposte potrebbero essere collegate a diverse situazioni, dato che i problemi sono di frequente i medesimi. In alternativa - prima di accoppiare le immagini della risposta di MSF - si possono usare le immagini che rappresentano la situazione e provare a immaginare cosa è successo prima che la foto fosse scattata. Le risposte possono essere raccolte su post-it oppure (usando più tempo del previsto) disegnate su un foglio.

6. Avviare in conclusione una discussione su quali sono i rischi sanitari connessi alle diverse situazioni (fuga, transito, accoglienza), se serve aiutandosi con l'elenco contenuto nell'Allegato D. Costruire una tabella sui rischi sanitari connessi alla fuga, al viaggio e all'accoglienza (Allegato E).
7. Presentare lo slideshow 65 milioni di persone in fuga (Allegato F) per fissare i contenuti e avvicinarsi alla conoscenza di Medici Senza Frontiere e della campagna #milionidipassi
8. In conclusione avviare un dibattito utilizzando una o più tra le seguenti domande stimolo:
 - *Il fatto che nel mondo si siano così tante persone in fuga è irrimediabile o si può fare qualcosa? Se sì, cosa?*
 - *Il diritto a lasciare il proprio Paese ed essere accolti in un altro è da garantire a tutti o solo a certe condizioni? Nel caso quali sono le condizioni?*
 - *Le persone che mettono a repentaglio la propria vita in viaggi pericolosi hanno diritto ad essere soccorse e aiutate? e una volta salvate devono essere accolte o respinte da dove vengono?*
 - *Pensi che si debbano creare delle vie legali e sicure per arrivare in Europa?*
 - *I migranti hanno diritto ad essere accolti? Se sì, cosa pensi che si debba garantire a queste persone?*

PER APPROFONDIRE

1. Dividere la classe in gruppi e assegnare a ogni gruppo la ricerca di informazioni su un luogo a scelta tra Campi profughi come Zaatari in Giordania, Malakal in Sud Sudan, Dadaab in Kenya; luoghi di transito durante il viaggio come Lesbos in Grecia, Canale di Sicilia in Italia, frontiera tra Messico e Stati Uniti; luoghi accoglienza e residenza precaria dopo l'arrivo come Calais in Francia, Insedimenti informali in Italia, Salute mentale in Sicilia).
2. Dare a ogni gruppo il compito di cercare informazioni sul sito⁴ di Medici Senza Frontiere (www.msf.it) e sul sito:
 - a. della campagna <http://milionidipassi.medicisenzafrontiere.it/> in particolare nelle sezioni: fuga, viaggio, accoglienza e nella sezione anti-slogan, che sfata molti miti e leggende sull'immigrazione in Italia
 - a. <http://www.medicisenzafrontiere.it/notizie> (informazioni, testimonianze, notizie dal terreno e dalle operazioni in mare, si possono ricercare per Paese, argomento o anno)
 - a. <http://www.medicisenzafrontiere.it/notizie/news/fuori-campo-mappa-dell%E2%80%99accoglienza-che-esclude> (rapporto di MSF sugli insediamenti informali di rifugiati e richiedenti asilo in Italia)
 - a. <http://www.medicisenzafrontiere.it/notizie/news/traumi-ignora-ti-rapporto> (rapporto di MSF sul disagio mentale associato all'esperienza migratoria e alle condizioni di accoglienza in Italia)
3. Chiedere a ogni gruppo di compilare la scheda di analisi di caso con le informazioni raccolte (Allegato G). Nel caso ci sia tempo chiedere a ogni gruppo di organizzare le informazioni raccolte in una presentazione strutturata come la scheda.
4. La presentazione può essere realizzata verbalmente (dividendosi le cose da dire), su un cartellone (es. con pennarelli e stampe di immagini), realizzando una presentazione multimediale su PC (potendo quindi inserire anche file immagine, grafica a video) o una presentazione multimediale online (per es. usando <https://prezi.com/> - <https://slide.ly> - <https://infogr.am/> - <https://storify.com/> - www.powtoon.com)

⁴ Nel caso non sia possibile accedere a Internet le informazioni possono essere raccolte e stampate dall'insegnante.





SCHEDA

DI APPROFONDIMENTO

#MILIONIDIPASSI

Progetto educativo rivolto agli insegnanti
delle scuole secondarie di primo e secondo grado



Premio Nobel per la Pace 1999

1. LE CRISI UMANITARIE IN ASIA

Negli ultimi due anni la maggior parte dei migranti giunti in Europa, specie lungo la rotta balcanica, provenivano dall'Asia dove si registrano 4 importanti crisi umanitarie (Siria, Iraq, Yemen, Afghanistan) oltre la drammatica situazione della popolazione Rohingya, una delle minoranze più perseguitate nel mondo

SIRIA

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 4.872.585 rifugiati
- 245.844 richiedenti asilo
- 6.571.898 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- 130.300 prestazioni mediche
- 3.500 kit di soccorso
- 7.000 interventi chirurgici
- 2.000 parti assistiti
- Spesi USD 17.8 milioni
- Presenza nel paese dal 2009
- Personale presente alla fine del 2015: 494

Il conflitto siriano iniziato nel 2011 ha generato una delle più significative crisi umanitarie dalla seconda guerra mondiale: almeno 5,1 milioni di persone hanno lasciato il paese e si stima che 6,6 milioni sono state sfollate internamente a causa degli scontri tra truppe governative, forze di opposizione e gruppi di insorti in guerra per il potere e il controllo del territorio.

Attacchi incessanti, brutali e mirati contro i civili sono la caratteristica dominante di questa guerra. Oltre alle innumerevoli morti, centinaia di migliaia di persone sono in fuga per la loro vita. **A molti di loro, intrappolati nel conflitto, è negato anche questo diritto fondamentale.** Tra 1,6 e 1,9 milioni di altri siriani vivono sotto assedio. Non possono sfuggire agli attacchi aerei casuali e devastanti e hanno un disperato bisogno di forniture mediche, cibo e altri aiuti.

Gli attacchi deliberati contro infrastrutture civili, compresi gli ospedali che lottano per fornire assistenza salvavita, sono ormai routine. Oggi in Siria, l'anormale è diventato normale. L'inaccettabile viene accettato.

Dall'inizio della guerra in Siria, la zona est di Aleppo è testimone di feroci bombardamenti e l'accesso alle cure mediche è

ormai estremamente limitato. La stessa ricerca di cure mediche è diventata pericolosa: vi sono stati almeno 23 attacchi documentati contro ospedali e pochissimi ospedali sono ancora attivi da quando l'assedio è cominciato, lo scorso luglio, e sono sopraffatti dall'alto numero di feriti di guerra.

Altrettanto sconvolgenti sono i **101 attacchi o bombardamenti aerei che hanno colpito in tutta la Siria strutture supportate da MSF nell'arco di 13 mesi.** In diverse occasioni sono state colpite una seconda volta, dopo l'arrivo del personale medico e di soccorso. I pazienti ora hanno paura anche di andare in ospedale. **Oggi la Siria è una trappola mortale. Siamo testimoni di un fallimento collettivo globale.**

MSF gestisce sei strutture mediche nel nord della Siria e sostiene più di 150 postazioni sanitarie e ospedali da campo in tutto il paese, con un'attenzione particolare per le aree assediate.

Il supporto diretto coinvolge circa 70 strutture siriane: il sostegno include forniture mediche, il pagamento di un salario di base per il personale ospedaliero, la fornitura di carburante per i generatori che fanno funzionare le apparecchiature, un contributo ai costi per la ricostruzione se

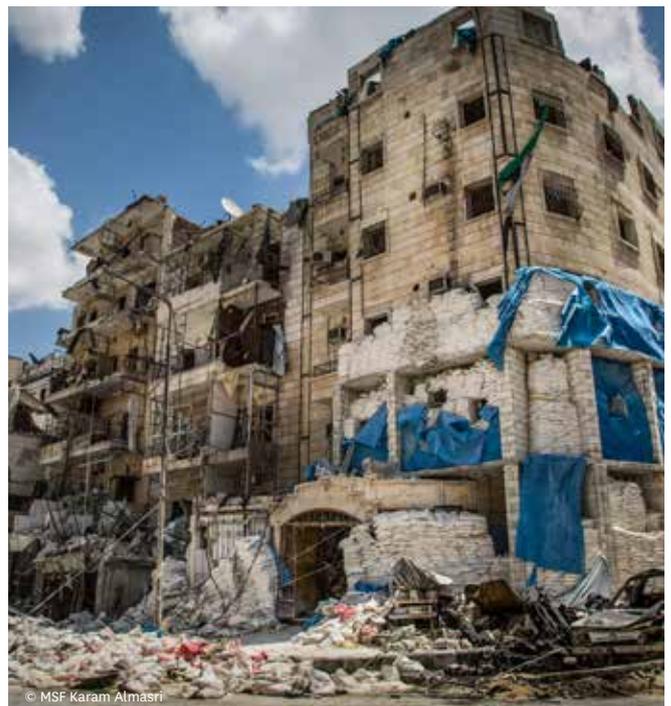
un'infrastruttura viene danneggiata o distrutta e la fornitura di consulenze tecniche e mediche. Circa altre 80 strutture sono supportate in modo meno regolare, con donazioni di forniture mediche e consulenze tecniche in caso di situazioni critiche, come ad esempio l'afflusso di massa di vittime del conflitto.

Bloccati nella desolazione del deserto tra Giordania e Siria, nel campo di Berm, una striscia di terra immersa nel deserto, vivono più di **75.000 profughi siriani**, ormai da lungo tempo senza alcun accesso alle cure mediche. Dopo un attacco bomba al campo, il 21 giugno scorso, in cui sono morti 7 soldati giordani, il governo giordano ha deciso di chiudere i confini con la Siria e da allora l'équipe di MSF non può più portare cure mediche ai rifugiati.

Questo attacco ha lasciato 75.000 persone, di cui quattro su cinque sono donne e bambini, bloccate nel deserto senza assistenza, con un accesso inadeguato all'acqua e quasi nessun accesso al cibo. Berm non è un vero campo profughi, ma un insediamento di persone in fuga dalla guerra. Al momento non ci sono attori umanitari in grado

di fornire assistenza e mancano anche i servizi umanitari di base. Dal 16 maggio al 21 giugno, MSF è stata in grado di accedere alla popolazione intrappolata nel Berm. Le équipe di MSF hanno visto pazienti con patologie croniche e malattie gravi – come diabete, problemi cardiaci, cancro e anomalie congenite – che richiedono cure mediche per mantenere in vita il paziente. Su 3.501 consultazioni, hanno fornito cure mediche a più di 200 bambini malnutriti (10 dei quali erano gravemente malnutriti) e 450 donne in gravidanza – tra cui gravidanze ad alto rischio. MSF ha ripetutamente chiesto che la fornitura di aiuti umanitari al Berm riprenda urgentemente e che alle persone lì intrappolate e che necessitano di protezione sia consentito l'ingresso in Giordania o il trasferimento altrove. Lasciare che le persone soffrano nel deserto è inaccettabile. ■

1 Con queste schede cerchiamo di dare informazioni per capire alcuni dei fattori che determinano le migrazioni; La situazione in queste aree è però in continua evoluzione; per chi volesse essere aggiornato consigliamo di consultare i seguenti siti: <http://www.tpi.it>; www.internazionale.it; e il sito di MSF Italia (www.msf.it)



© MSF Karam Almasri

IRAQ

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 264.107 rifugiati
- 237.166 richiedenti asilo
- 4.414.554 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- 218.300 prestazioni mediche
- 20.700 assistenze psicologiche
- 12.500 kit di soccorso
- Spesi USD 31,0 milioni
- Presenza nel paese dal 2003
- Personale presente alla fine del 2015: 547

Negli ultimi decenni l'Iraq è stato teatro di diversi conflitti che progressivamente hanno portato allo stremo la popolazione: ricordiamo la guerra con l'Iran dal 1980 al 1988, l'invasione nel 2003 della coalizione multinazionale guidata dagli USA, i diversi scontri successivi con l'Esercito del Mahdi, capeggiato da Muqtada al-Sadr, ed altri gruppi armati, ed infine il recente conflitto dovuto alla conquista di ampie aree da parte dell'ISIS.

Oltre a decenni di conflitti successivi, l'instabilità politica interna e una perdurante crisi economica hanno eroso le fragili infrastrutture e i servizi fatiscenti iracheni. Migliaia di iracheni soffrono per la mancanza di servizi di assistenza sanitaria di base, e l'accesso degli aiuti è ulteriormente ostacolato da una situazione cronica di insicurezza. La guerra ha avuto un impatto molto serio sulle strutture mediche di alcune aree. La crisi umanitaria nel paese è ulteriormente amplificata dalla guerra nella vicina Siria.

Dal 2013, si è verificato un aumento drammatico della violenza in Iraq. Nel mese di giugno 2014, l'ISIS ha invaso Mosul, la seconda città irachena in ordine di grandezza, e Tikrit, costringendo all'improvviso più di 1.000.000 di iracheni ad abbandonare le loro case. Esattamente due anni dopo, **oltre 3.200.000 iracheni rimangono sfollati interni, causando una pressione ancora maggiore sulle comunità ospitanti già indigenti. Nel complesso, 8.000.000 di persone in Iraq hanno un disperato bisogno di assistenza umanitaria.** Si prevede che queste cifre allarmanti continueranno ad aumentare,

dato che il conflitto in Iraq non sembra avere fine.

Purtroppo, la crisi umanitaria in Iraq è molto trascurata, mentre le operazioni militari continuano incessantemente. **L'assistenza umanitaria fornita finora è ampiamente insufficiente rispetto alla portata delle necessità.** In diverse parti del paese, le infrastrutture di base e le strutture mediche sono state gravemente danneggiate dalla guerra, l'acqua potabile è appena sufficiente e le condizioni igienico-sanitarie sono estremamente scarse. Ciò espone continuamente ad alto rischio di epidemie, come il colera, che si è già manifestato una volta nel mese di novembre 2015, a causa delle condizioni di scarsa igiene e dell'inadeguato sistema fognario e idrico.

Dal 2003, MSF opera in 11 governatorati del paese, fornendo tra l'altro assistenza sanitaria di base e servizi di salute mentale per le popolazioni più vulnerabili, anche nelle zone in cui la sicurezza è più instabile.

In Iraq MSF adotta un approccio flessibile con cliniche mobili che consentono di portare assistenza alle persone che non hanno accesso alle cure mediche perché i loro spostamenti sono limitati o perché non hanno risorse finanziarie per viaggiare o pagare i servizi.

MSF ha rafforzato gli interventi nell'ambito della salute mentale per i traumi legati alla violenza ricorrente e alle terribili condizioni di vita in cui è costretta la popolazione ed i siriani nei campi profughi.

MSF rimane la principale organizzazione a fornire assistenza sanitaria nel campo di Domeez, nel governatorato di Dohuk, che

ospita circa 60.000 rifugiati siriani. Oggi, mentre i combattimenti si intensificano, MSF sta rafforzando la sua azione intorno a Mosul con l'apertura di due ospedali da campo per soccorrere i feriti e la creazione di postazioni mediche vicine alle linee del fronte. Inoltre, le

équipe mobili stanno fornendo assistenza medica e di salute mentale agli sfollati interni e a Sulaymaniyya, nel nord dell'Iraq, MSF ha inaugurato la nuova unità di terapia intensiva nell'unico centro traumatologico presente nell'omonimo governatorato e nelle zone limitrofe. ■



© MSF Sonia Balleron

YEMEN

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 15.896 rifugiati
- 10.075 richiedenti asilo
- 2.532.045 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- 151.000 prestazioni mediche
- 14.700 ricoveri ospedalieri
- 11.700 ferite curate
- 10.400 interventi chirurgici
- 9.800 visite pre-natali
- Spesi USD 38,4 milioni
- Presenza nel paese dal 1994
- Personale presente alla fine del 2015: 551

Alla fine di marzo 2015, in Yemen, sono iniziati pesanti combattimenti tra i ribelli Houthi e le forze della coalizione guidata dall'Arabia Saudita. **I crimini di guerra e la carenza di cibo e rifornimenti stanno provocando per la popolazione una doppia sofferenza, causata non solo dalle diverse parti del conflitto, ma anche dalla Risoluzione 2216 (2015) adottata dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite ad aprile 2015.** Obiettivo dichiarato della Risoluzione, era di porre fine alla violenza in Yemen, anche attraverso un embargo sulle armi agli Houthi. In questo modo invece la coalizione militare ha avuto carta bianca per bombardare tutte le infrastrutture – come strade, aereo-

porti e pompe di benzina – che potevano avvantaggiare i ribelli dal punto di vista militare e imporre restrizioni sul commercio aereo e marittimo che hanno **rapidamente isolato l'intero paese dal mondo esterno.** La Risoluzione lungi dal “porre fine alla violenza”, ha alimentato gli appetiti belligeranti delle varie parti del conflitto e ha stretto la morsa sulla popolazione. **Mentre il violento conflitto in Yemen prosegue lontano dai riflettori, la situazione umanitaria continua a peggiorare e ha raggiunto livelli inaccettabili: i civili sono bloccati dietro le linee del fronte, senza cure mediche, beni alimentari, carburante e acqua.** Il conflitto sta devastando il Paese e mettendo a rischio la vita di mi-

lioni di persone. C'è un urgente bisogno di aumentare l'accesso alle cure mediche e ai beni di prima necessità per la popolazione civile. I **servizi di base sono tutti al collasso** e oltre 10 milioni di persone soffrono di **insicurezza alimentare e malnutrizione acuta**.

MSF è una delle poche organizzazioni ancora attive nel paese. Lavora in diversi ospedali, gestisce ambulatori, cliniche mobili e fornisce acqua, beni di prima necessità e kit igienico-sanitari a migliaia di persone in tutto il paese. Dopo il bombardamento aereo dell'ospedale di Abs il 15 agosto 2016, che ha provocato 19 morti e 24 feriti, MSF ha deciso di evacuare il proprio staff dagli ospedali che supporta nei governatorati di Saada e Hajjah in Yemen settentrionale. **Quello contro l'ospedale di Abs è il quarto e più letale attacco contro strutture supportate da MSF dall'inizio di questa guerra, ma ci sono stati altri innumerevoli attacchi contro altre strutture e servizi sanitari in tutto lo Yemen.**

Prima di questa evacuazione, MSF era attiva in 11 ospedali e centri di salute in Yemen e forniva supporto ad altri 18 ospedali o centri di salute in otto governatorati.



© MSF Atsuhico Ochiai

2 <http://www.medicinsenzafrontiere.it/cosa-facciamo/paesi/yemen>



© MSF Trygve Thorson

AFGHANISTAN

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 2.666.254 rifugiati
- 258.892 richiedenti asilo
- 1.359.488 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- 366.200 prestazioni mediche
- 55.800 parti assistiti
- 8.100 interventi chirurgici
- Spesi USD 27,2 milioni
- Presenza nel paese dal 1980
- Personale presente alla fine del 2015: 2.303



A causa del conflitto che dura da più di 35 anni, l'Afghanistan è intrappolato in una crisi complessa dai risvolti economici, politici e sociali impressionanti.

In Afghanistan oltre 7 milioni di persone sono a rischio di scontri armati, mine antiuomo, attentati, disastri naturali, malattie. Almeno 500.000 bambini al di sotto dei 5 anni soffrono di malnutrizione grave.

La maggior parte degli afgani non può permettersi di recarsi in cliniche private e molti ospedali pubblici registrano mancanza di personale e un carico eccessivo di lavoro.

Molte cliniche nelle aree rurali sono carenti, poiché il personale medico qualificato ha lasciato le zone insicure, e la fornitura di farmaci affidabili e materiale sanitario non è regolare o è completamente assente. L'insicurezza può anche far sì che intere comunità decidano di non recarsi in ospedale. **L'Afghanistan ha uno dei peggiori indicatori di salute al mondo secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ed è ancora uno dei paesi più pericolosi per una donna incinta o un bambino.** L'intervento di MSF è finalizzato ad offrire alla popolazione un accesso migliore a un'assistenza sanitaria gratuita e di qualità in alcune delle aree maggiormente colpite dal conflitto.

Il numero di abitanti a Kabul è cresciuto significativamente come conseguenza della migrazione, dello sfollamento e del rimpatrio. Nella parte est della città, MSF ha trasformato l'ospedale Ahmad Shah Baba in una struttura distrettuale affidabile, e ha formato il persona-

le afgano del Ministero della Salute e di MSF così che possa fornire servizi di emergenza e di maternità 24 ore su 24. Inoltre grazie a cliniche mobili assiste la popolazione sfollata nei campi. In alcuni casi le cliniche mobili sono usate per condurre visite prenatali e post-parto, oltre che vaccinazioni ai bambini. In diverse aree del paese MSF fornisce assistenza chirurgica gratuita alle vittime di traumi generici, come gli incidenti stradali, e legati alla guerra, come ferite da arma da fuoco, come anche supporto psicologico ai pazienti e alle famiglie che hanno affrontato eventi traumatici e lutti.

Una delle sfide che MSF affronta è legata alla mancanza generale di personale femminile medico qualificato in Afghanistan e al fatto che molti specialisti qualificati preferiscono vivere e lavorare nelle grandi città. Lo staff internazionale di MSF aiuta a colmare questo vuoto nelle aree rurali e periferiche e fornisce formazione.

MSF lavora in Afghanistan sin dal 1980. Nel 2004 MSF lascia il paese, dopo il brutale assassinio di cinque operatori, dove torna nel 2009. **Il 3 ottobre 2015, bombardamenti aerei statunitensi hanno ucciso 42 persone e distrutto l'ospedale traumatologico di MSF a Kunduz, in Afghanistan.**

Oggi MSF supporta anche il reparto maternità dell'ospedale di Dasht-e-Barchi a ovest di Kabul e dell'Ospedale di Boost a Lashkar Gah, nella provincia di Helmand. A Khost, nella parte orientale del paese, MSF gestisce un ospedale materno-infantile. Nel 2015, circa un bambino su tre nati in città è stato parto-

rito nella struttura di MSF. MSF prevede inoltre di aprire, entro fine anno, un centro di

diagnosi e trattamento della tubercolosi multiresistente ai farmaci a Kandahar. ■



© MSF Kate Stegeman

MYANMAR

I Rohingya nel sud est asiatico

I Rohingya vivono in Myanmar e sono considerate **una delle minoranze più perseguitate al mondo**.³

La libertà di movimento dei Rohingya è fortemente limitata e alla maggior parte di essi è stata negata la cittadinanza birmana. Essi sono sottoposti a varie forme di estorsione e di tassazione arbitraria, confisca delle terre, sfratto e distruzione delle loro abitazioni e restrizioni finanziarie sui matrimoni. I Rohingya sono utilizzati come lavoratori-schiavi sulle strade e nei campi militari, anche se la quantità di lavoro forzato nel nord dello stato Rakhine è dimi-

nuita negli ultimi dieci anni.

Nel 1978 oltre 200 000 Rohingya sono fuggiti in Bangladesh, in seguito all'operazione Nagamin (Re Drago) dell'esercito birmano. Durante il 1991 e il 1992 una nuova ondata, di oltre un quarto di milione di Rohingya, è fuggita in **Bangladesh, dove oggi ne vivono circa mezzo milione, in gran parte senza lo status formale di rifugiato, in una sorta di limbo legale**. Questo rende estremamente difficile per loro accedere alle strutture sanitarie, ai servizi di supporto o alla protezione dallo sfruttamento, al quale sono estremamente vulnerabili.

A partire dal 2005, l'Alto commissariato delle Nazioni Unite per i rifugiati ha insistito per il rimpatrio dei Rohingya dal Bangladesh, ma le accuse di violazioni dei diritti umani nei campi profughi hanno reso difficile lo sforzo. Negli ultimi anni, molti Rohingya sono fuggiti dal Myanmar e dal Bangladesh in paesi terzi, soprattutto in Malesia ma anche Indonesia e Thailandia (ci sono circa 111 000 rifugiati ospitati in 9 campi lungo il confine tra Thailandia e Myanmar), dove, però, non possono ottenere lo status di rifugiati e anche qui vivono in una sorta di limbo legale, spesso esposti al rischio di arresto e detenzione.

Il 16 ottobre 2011, il nuovo governo della Birmania ha accettato di prendere indietro i rifugiati Rohingya. Tuttavia, la violenza, la persecuzione e i disordini nella comunità continuano.

Per anni la minoranza perseguitata dei Rohingya in Myanmar non ha avuto altra scelta se non quella di **rivolgersi ai trafficanti per fuggire dalla persecuzione. Come minoranza senza Stato, non hanno letteralmente nessun** altro modo per lasciare il paese e anche se le partenze sono diminuite a seguito di un giro di vite sulle reti

di trafficanti, alcuni continuano a provare. Nello stato di Rakhine, i Rohingya sono sottoposti a severe restrizioni di movimento - sia quelli che vivono nei campi per sfollati sia chi vive nei propri villaggi - che limitano fortemente il loro accesso alle cure sanitarie. **Al di fuori dei campi sfollati, MSF è una delle loro uniche possibilità di ricevere cure mediche di base.**

MSF lavora in Myanmar dal 1992 e oggi gestisce progetti sanitari negli stati di Rakhine, Shan e Kachin, nella regione di Thantharyi e a Yangon. MSF offre assistenza medica di base, cure materno-infantili, ospedalizzazioni d'urgenza e trattamenti contro la malaria. Dal 2004, MSF ha trattato contro la malaria più di 1,2 milioni di persone nello stato di Rakhine.

MSF è uno dei più importanti attori anche nel fornire cure per l'HIV/AIDS in Myanmar: oggi ha in cura più di 35.000 pazienti affetti da HIV in tutto il paese e quasi 1.500 pazienti affetti sia da HIV sia da tubercolosi e tubercolosi resistente ai farmaci. ■

3 "Myanmar - The Rohingya Minority: Fundamental Rights Denied", 2004, Amnesty International



© MSF/Kaung Htet

2. LE CRISI UMANITARIE IN AFRICA⁴

Nei primi 11 mesi del 2016, quasi 4.000 persone sono morte nel tentativo di raggiungere l'Europa via mare. In particolare, la traversata del Mediterraneo centrale, dalla Libia fino all'Italia, ha causato quasi il doppio delle morti rispetto all'anno scorso. Con nessuna apparente volontà politica di fornire alternative sicure e legali alla sempre più pericolosa traversata del mare, l'Unione Europea e i suoi stati membri continuano a chiudere le vie di accesso più sicure, lasciando le persone senza altra scelta se non affidarsi ai trafficanti per imbarcarsi su barche sovraffollate dirette in Europa.

Mentre la Dichiarazione di New York su Migranti e Rifugiati⁵ promette di rafforzare i meccanismi di ricerca e soccorso in mare e sulla terraferma, oggi in Europa queste attività non sono una priorità, ma un semplice effetto collaterale positivo del controllo delle frontiere. È vero, le operazioni militari e anti-trafficanti gestite dall'Unione Europea soccorrono anche imbarcazioni di migranti e rifugiati in difficoltà, ma solo un meccanismo dedicato di ricerca e soccorso, capace di integrare gli sforzi messi in atto dal governo italiano, potrà dimostrarsi efficace nel contenimento delle morti in mare. Inoltre solo attraverso la costituzione di vie legali e sicure per raggiungere l'Europa si potrà porre fine a questa strage e contemporaneamente interrompere il business di morte dei trafficanti.

LIBIA UNA TRAPPOLA PER CHI FUGGE⁶

Da quando nel maggio 2015 ha lanciato le operazioni di ricerca e soccorso nel Mediterraneo, Medici Senza Frontiere ha recuperato circa 34.000 persone da barche in difficoltà. A prescindere dal loro paese d'origine, quasi tutte le persone soccorse in questo tratto di mare sono passate dalla Libia. Centinaia di interviste a persone soccorse in mare da MSF tra il 2015 e il 2016 hanno rivelato l'allarmante livello di violenza e sfruttamento al quale rifugiati, richiedenti asilo e migranti sono sottoposti. Molti raccontano di aver sperimentato in prima persona la violenza, mentre quasi tutti sostengono di essere stati testimoni di percosse, violenza sessuale e omicidi contro rifugiati e migranti.

La Libia resta un paese frammentato dai conflitti e dagli effetti della guerra civile. Mentre continuano i combattimenti tra gruppi armati rivali, la situazione per i migranti in transito resta come sempre precaria e pericolosa. Il 50% delle persone intervistate da MSF sulle sue navi di ricerca e soccorso, nel corso del 2015, racconta di esser stato **imprigionato per mesi** contro la propria volontà da bande criminali che operano nelle principali città o da individui privati. Rinchiusi in case, hangar o altre strutture, in situazioni umanitarie disastrose e senza accesso alle cure mediche. Le persone hanno riferito di esser state sottoposte spesso a violenza anche sessuale. Secondo molti degli intervistati i **rapimenti** sono un modo comune di estorcere denaro,



di solito da familiari e amici dell'ostaggio nel suo paese di origine, con il pagamento dei **risconti** tramite hawala (un sistema informale di trasferimento di valore basato su una rete di broker internazionali).

Con una pratica simile alla schiavitù, molte persone hanno descritto come siano state sottoposte sistematicamente a **lavori forzati**, fino a che non pagavano per uscire. Molte donne sono state trattate prigioniere per lavorare come domestiche o **costrette a prostituirsi**.

I resoconti di centinaia di sopravvissuti, come sono stati riferiti alle équipes di MSF, rivelano l'entità delle sofferenze subite da persone che hanno come scopo quello di raggiungere l'Europa, ma che rimangono invisibili e intrappolate in transito all'interno della Libia.

Le persone che arrivano in Libia e da lì partono verso l'Europa attraversano il Sahara e provengono da diverse aree dell'Africa. Per comprendere i motivi che le spingono ad attraversare prima il Sahara e poi il Mediterraneo, mettendo a rischio la loro vita, qui di seguito descriveremo alcune delle crisi umanitarie in atto nell'Africa subsahariana.



© MSF Angelique Muller

AREA DEL LAGO CIAD

Con più di **2,7 milioni di persone sfollate, intrappolate nella violenza quotidiana**, il bacino del lago Ciad nel 2016 è sede di una delle più gravi crisi umanitarie del continente africano. La zona sta vivendo una fase di alta tensione a causa di ripetuti **attacchi del gruppo dello Stato Islamico della Provincia Occidentale, noto anche come Boko Haram**, e della forte risposta militare che è stata lanciata per frenare la violenza. Il conflitto, inizialmente nato in **Nigeria**, si è esteso attraverso i confini di **Camerun, Ciad e Niger**, causando sofferenza e fughe di massa. Alcuni sfollati ricevono assistenza nei campi profughi, del tutto dipendenti dall'assistenza esterna, mentre la maggioranza vive in condizioni precarie nelle comunità ospitanti le cui risorse sono già limitate.

L'elevata insicurezza in queste zone rende difficile fornire aiuti, le persone sono lasciate in terribili condizioni di vita e i loro bisogni di base e sanitari sono ampiamente continui insoddisfatti. In risposta allo spostamento

⁴ Con queste schede cerchiamo di dare informazioni per capire alcuni dei fattori che determinano le migrazioni; La situazione in queste aree è però in continua evoluzione; per chi volesse essere aggiornato consigliamo di consultare i seguenti siti: <http://www.tpi.it>; www.internazionale.it; e il sito di MSF Italia (www.msf.it)

⁵ Approvata durante il Summit delle Nazioni Unite sui Rifugiati e Migranti il 19 settembre 2016

⁶ <https://medicisenzafrontiere.exposure.co/una-trappola-per-chi-fugge>

e ai bisogni umanitari, MSF ha iniziato il suo intervento di emergenza nella regione del lago Ciad nel 2014 e sta significativamente aumentando le sua attività mediche e di assistenza alle persone in una regione dove c'era già una preoccupante presenza di epidemie e malattie legate alle cattive condizioni di vita come malattie trasmesse dall'acqua e tassi di malnutrizione molto alti.

Violenza e sfollamenti stanno aggravando una situazione già disastrosa in una regione colpita da povertà, estrema vulnerabilità, insicurezza alimentare,

epidemie periodiche e un sistema di salute quasi inesistente. Le persone colpite dalla crisi in corso hanno urgente bisogno di cibo, acqua potabile, riparo, assistenza sanitaria, protezione e istruzione. Le strutture sanitarie funzionanti sono poche e l'insicurezza non permette alle persone di accedere ai servizi essenziali. Le strutture statali, già funzionanti a ridotta capacità, così come l'agricoltura e il commercio transfrontaliero sono state seriamente compromesse. È una **crisi che si aggiunge ad altre crisi** dove MSF stava già lavorando da anni. ■

NIGERIA

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 167.988 rifugiati
- 51.863 richiedenti asilo
- 2.172.551 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- 224.600 vaccinazioni contro la meningite
- 33.500 prestazioni mediche
- 18.100 cure per la malaria
- 9.200 parti assistiti
- 2.400 interventi chirurgici
- Spesi USD 17,2 milioni
- Presenza nel paese dal 1971
- Personale presente alla fine del 2015: 655

Dal 2014, circa **1,8 milioni di persone hanno cercato rifugio dalla violenza nello stato di Borno nel nord-est della Nigeria**. La stragrande maggioranza vive senza cibo a sufficienza, acqua pulita e un servizio sanitario adeguato. Le **condizioni di vita disastrose fanno più morti della violenza**. In risposta alla crisi, MSF si occupa di fornire cure mediche di base e generi di prima necessità. A Maiduguri gestisce il reparto di chirurgia traumatica dell'ospedale Umaru Shehu e offre assistenza sanitaria in 25 campi che ospitavano nel 2015 oltre 100.000

sfollati interni, un quarto dei quali si stima siano bambini sotto i 5 anni. In 9 di questi campi MSF ha trasportato acqua pulita, creato dei pozzi, costruito latrine e installato pompe d'acqua e serbatoi. Più a ovest, nello stato di Yobe, dove circa 195.000 persone sono fuggite dalla violenza, MSF fornisce cure mediche nel centro sanitario di Kolkata. Nel resto del paese MSF continua a portare avanti progetti per la salute materno-infantile e a rispondere alle emergenze mediche come i focolai di meningite o morbillo. ■



© MSF Sylvain Cherkaoui

CAMERUN

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 10.581 rifugiati
- 7.409 richiedenti asilo
- 111.298 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- 68.400 prestazioni mediche
- 14.700 ricoveri ospedalieri
- 7.900 cure nutrizionali
- Spesi USD 12,2 milioni
- Presenza nel paese dal 1984
- Personale presente alla fine del 2015: 639

Al momento si registrano **61.000 rifugiati e 158.000 tra sfollati e persone ospitate nella regione dell'estremo nord**. La maggioranza degli sfollati vivono dispersi in comunità ospitanti nelle aree che ricevono una piccola assistenza umanitaria. La situazione è molto instabile e la popolazione è sempre più spesso vittima delle conseguenze di frequenti attentati suicidi,

attacchi e controffensive militari. MSF fornisce cure mediche, acqua e servizi igienico-sanitari nei campi rifugiati e nei villaggi che ospitano gli sfollati, oltre a cure pediatriche e nutrizionali. Offre inoltre supporto alle autorità sanitarie locali per aiutare a rispondere al grande afflusso di feriti che si verifica a seguito dei violenti attacchi. ■



© MSF Stéphane Reynier de Montlaux

CIAD

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 14.940 rifugiati
- 3.293 richiedenti asilo
- 82.043 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- 103.600 prestazioni mediche
- 22.200 vaccinazioni contro il morbillo
- 56.600 cure per la malaria
- 12.500 vaccinazioni ordinarie
- 12.300 cure nutrizionali
- Spesi USD 19.5 milioni
- Presenza nel paese dal 1981
- Personale presente alla fine del 2015: 754



Al momento si registrano **6.300 rifugiati nigeriani**. Oltre al grande stato di insicurezza generato dalla instabilità dell'area, nel Paese si devono fronteggiare situazioni sanitarie terribili come picchi ricorrenti di malnutrizione, malaria e altre epidemie ad alto rischio. Dato che le persone continuano a fuggire dalle loro case, le risorse alimentari precarie e il sistema sanitario già debole sono sotto forte pressione. Spesso le persone muoiono di malnutrizione o di malattie prevenibili come malaria o colera, e le epidemie sono ricorrenti. La malaria è una delle maggiori cause di morte nei bambini sotto i cinque anni di età ma è la **malnutrizione cronica** che può essere definita come **l'epidemia silenziosa che devasta il Ciad**, con quasi la metà dei decessi infantili dovuti a tale condizione. Ad aggravare questi fattori di rischio è la diffusa mancanza di conoscenza in fatto di nutrizione. Ci vuole prevenzione per affrontare i casi di malnutrizione cronica per-

ché è chiaro che non si tratta di emergenze una tantum, bensì di una parte di un modello di malnutrizione ricorrente con cause complesse e interconnesse. Inoltre senza le vaccinazioni di routine, i bambini presentano un maggior rischio di contrarre infezioni, e le conseguenze possono essere fatali se sono anche malnutriti. MSF partecipa allo sforzo per ampliare la copertura vaccinale di routine in collaborazione con il Ministero della Salute e organizza campagne di vaccinazione in risposta a epidemie ad esempio contro il morbillo la febbre gialla e contro la meningite. MSF lavora anche attraverso cliniche mobili per fornire assistenza sanitaria e psicologica agli sfollati e distribuire generi di prima necessità e kit per la potabilizzazione dell'acqua. Va poi ricordato che già prima di questa ultima crisi il Ciad ospitava anche **un alto numero di rifugiati provocati dagli scontri nel Darfur, in Sudan, e dalle inondazioni a Maro, in Repubblica Centrafricana**. ■



© MSF Sylvain Cherkaoui

NIGER

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 1.390 rifugiati
- 3792 richiedenti asilo
- 207.338 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- 141.500 cure per malaria
- 101.500 vaccinazioni contro la meningite
- 65.700 cure nutrizionali
- 60.000 vaccinazioni ordinarie
- 12.300 cure nutrizionali
- Spesi USD 28.5 milioni
- Presenza nel paese dal 1985
- Personale presente alla fine del 2015: 1.800



Più di 30.000 rifugiati provenienti dalla Nigeria e sfollati interni hanno cercato rifugio a Diffa, nel sud del Niger, a causa delle continue violenze che si verificano nell'area. Le persone vivono in condizioni davvero precarie e necessità basilari come un riparo, cibo, acqua pulita e accesso alle cure mediche rimangono insoddisfatte. La crisi economica e le catastrofi naturali peggiorano la già difficile situazione del Paese, dove oltre 400 mila bambini sono colpiti da malnutrizione acuta e oltre 1 milione di persone è a rischio.

Nei mesi che intercorrono tra un raccolto e il successivo, c'è un periodo conosciuto come **"hunger gap"** (ovvero il periodo che intercorre tra la fine delle scorte dell'ultimo raccolto e il nuovo raccolto), durante il quale si verifica un forte incremento nel numero di bambini affetti da malnutrizione acuta. Questo periodo coincide inoltre con la stagione delle piogge, che causa la proliferazione di zanzare che trasmettono la malaria. Ciò rappresenta una doppia minaccia per i bambini piccoli: la malnutrizione indebolisce il loro sistema immunitario, il che rende più difficile per loro combattere la malaria, la quale causa anemia, diarrea e vomito, e può quindi portare a complicare la malnutrizione. **La combinazione di malaria e malnutrizione è spesso fatale**. Con l'obiettivo di concentrarsi sempre più sulla prevenzione piuttosto che sul trattamento della malaria, le équipe di MSF hanno ampliato la portata delle **attività di prevenzione**. La chemio prevenzione stagionale della malaria è

stata usata per la prima volta in Niger nel 2013. Combinata allo screening e al trattamento per la malnutrizione, questa strategia aspira a ridurre la sofferenza e la mortalità infantile. Nel 2015, l'organizzazione ha anche condotto una campagna di vaccinazione contro il morbillo e contro il colera.

Va poi ricordato che già prima di questa ultima crisi il Niger forniva **assistenza ai rifugiati del Mali**. Dal 2012, il conflitto armato in Mali ha generato uno sfollamento di massa della popolazione, che attraversa i confini nazionali alla ricerca di sicurezza. Assistenza di base e specialistica è stata fornita da MSF a 14.000 rifugiati del Mali e a circa 33.000 residenti locali. ■



© MSF Louise Annaud

SUDAN E SUD SUDAN

Nel 2011, dopo anni guerra civile, il Sud Sudan è diventato indipendente e si è separato dal Sudan.

La fine di questo conflitto non ha però portato la pace nella regione.

SUDAN

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 628.770 rifugiati
- 45.102 richiedenti asilo
- 3.257.763 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- 241.700 prestazioni mediche
- 30.100 visite pre-natali
- 6.000 vaccinazioni ordinarie
- Spesi USD 10,9 milioni
- Presenza nel paese dal 1979
- Personale presente alla fine del 2015: 555



In Sudan sono presenti diversi fronti interni di guerra civile. Dal 2003 i ribelli del Darfur combattono contro il governo arabo di Khartoum, accusato di discriminazione. Secondo le Nazioni Unite, in Darfur in più di dieci anni di combattimenti sono morte oltre trecentomila persone e gli sfollati interni sono due milioni.

Vi sono poi i gruppi armati delle province meridionali del Nilo Azzurro e del Sud Kordofan, composti da ex combattenti della guerra civile rimasti nella zona dopo la secessione del Sud Sudan. MSF si concentra sulla fornitura di assistenza medica nelle regioni remote con poco accesso alle cure e sull'assistenza alle vittime del conflitto, delle epidemie e dei disastri naturali.

Nel gennaio 2015 la sezione belga di MSF - il cui intervento si concentrava su tre aree del Sudan che vedevano la presenza di centinaia di migliaia di sfollati - è stata costretta a chiudere le attività. Il totale divieto di accedere allo stato del Blue Nile, la chiusura forzata delle attività nello stato del Darfur orientale, i blocchi e gli ostacoli amministrativi nel Darfur meridionale avevano reso impossibile rispondere alle emergenze mediche in queste aree. Altre sezioni di MSF continuano a lavorare in Sudan, sebbene la sezione francese abbia temporaneamente sospeso le attività nello stato del Kordofan meridionale dopo il bombardamento del proprio ospedale a Frandala il 20 gennaio 2015.



SUD SUDAN

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 778.697 rifugiati
- 4.237 richiedenti asilo
- 1.790.616 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- 915.900 prestazioni mediche
- 295.000 cure per malaria
- 65.300 visite pre-natali
- 46.400 vaccinazioni al morbillo
- 38.700 vaccinazioni ordinarie
- 11.600 cure nutrizionali
- 3.400 trattamenti anti HIV
- Spesi USD 81,7 milioni
- Presenza nel paese dal 1983
- Personale presente alla fine del 2015: 3.322



Il Sud Sudan, dopo anni di guerriglia, è divenuto indipendente nel 2011. La pace è però durata poco; dal dicembre 2013 il paese vive una sanguinosa guerra civile. Nel 2015 la siccità ha portato un raccolto scarso e la guerra civile impedisce di coltivare i campi e distribuire gli aiuti alimentari.

Il conflitto nel Sud Sudan ha causato diverse decine di migliaia di morti e almeno 800.000 persone sono scappate nei paesi vicini. Quasi 2 milioni di persone sono sfollate all'interno del Paese e centinaia di migliaia necessitano di assistenza medico-umanitaria. I civili sono vittime di esecuzioni, violenze interetniche, rapimenti e razzie.

La violenza crescente nel Sud Sudan ha significativamente aumentato la necessità di aiuti medici di emergenza. MSF ha però osservato un deterioramento del rispetto verso il diritto internazionale umanitario e verso la protezione che questo offre alla popolazione, alle strutture mediche e la loro libertà di operare senza ostacoli e senza essere prese di mira. Numerose ONG sono state costrette a ridurre il proprio staff e i progetti o addirittura a evacuare del tutto, limitando ulterio-

mente il sostegno a queste popolazioni. Due cliniche di MSF sono state distrutte durante i combattimenti nella regione dell'Alto Nilo, costringendo con la forza la popolazione a scappare e lasciando quest'area senza alcuna via di accesso a strutture sanitarie. L'accesso all'assistenza umanitaria, comprese le cure mediche, il cibo, l'acqua e i rifugi, è quasi impossibile nelle zone più colpite, che gli attori umanitari non sono in grado di raggiungere. La situazione è ulteriormente aggravata da un aumento dei livelli di alcune patologie, tra cui la malaria. La risposta umanitaria di MSF in Sud Sudan è una delle più grandi al mondo. Il lavoro di MSF in Sud Sudan cerca di far fronte a una vasta gamma di emergenze mediche e fornire assistenza sanitaria gratuita e d'alta qualità in tutte le regioni del paese attraverso cliniche e ospedali che si occupano di chirurgia, assistenza materno-infantile, vaccinazioni, servizi ostetrici di emergenza, trattamento della malnutrizione, kala azar, HIV e tubercolosi. In questo contesto intensa è anche l'attività di assistenza di MSF ai rifugiati sudanesi del Sud Kordofan e del Nilo Azzurro.



REPUBBLICA CENTRAFRICANA

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 471.104 rifugiati
- 10.668 richiedenti asilo
- 517.092 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- 1.016.100 prestazioni mediche
- 585.100 cure per la malaria
- 71.800 ricoveri ospedalieri
- 51.500 vaccinazioni ordinarie
- 10.800 cure nutrizionali
- 9.500 interventi chirurgici
- Spesi USD 52,9 milioni
- Presenza nel paese dal 1997
- Personale presente alla fine del 2015: 2.629

La Repubblica Centrafricana è stata teatro di una violenta guerra civile durata circa due anni. Le violenze sono scoppiate alla fine del 2012 con la deposizione del presidente François Bozizé da parte del movimento Séléka, una coalizione di ribelli prevalentemente musulmana che abita le regioni settentrionali del paese. Gli scontri armati hanno costretto migliaia di civili ad abbandonare le proprie case. All'inizio del 2014, i ribelli di Séléka si sono ritirati a est, e le milizie cristiane anti-balaka ostili al nuovo regime hanno cominciato ad attaccare la mi-

noranza musulmana, mettendo a ferro e fuoco i loro villaggi. Le ostilità sono proseguite fino alla firma di un accordo di pace nell'aprile 2015, grazie al quale è stato possibile organizzare un referendum costituzionale e le elezioni del presidente e del parlamento.

Il processo di riconciliazione ha consentito anche l'apertura di un tavolo di trattative per la liberazione dei numerosi bambini soldato coinvolti nel conflitto (si stima siano tra i seimila e i diecimila).

Più di 447.000 persone sono però ancora sfollate, più di

44.000 nella sola Bangui. A loro si aggiungono i 460.000 rifugiati centrafricani che sono fuggiti nei paesi limitrofi, soprattutto in Camerun, Ciad e nella Repubblica democratica del Congo (RDC). In totale, **il 20% della popolazione del CAR è sfollato internamente o rifugiato nei paesi vicini.**

La Repubblica Centrafricana (CAR) vive una situazione di emergenza sanitaria cronica e prolungata. La crisi politica e la violenza che scuote il paese hanno aggravato la carenza generale di servizi sanitari e **il 72 per cento delle strutture sanitarie sono state danneggiate o distrutte.** Le percentuali di copertura vaccinale in CAR erano già ben al di sotto degli obiettivi nazionali prima del 2012, ma la crisi ha provocato la diminuzione delle attività di vaccinazione nel paese. Allo stato attuale, **la stragrande maggioranza delle strutture sanitarie pubbliche dipende dal sostegno di or-**

ganizzazioni umanitarie e religiose.

Ad oggi, MSF gestisce più di quindici progetti sparsi in tutto il paese con interventi che si concentrano in particolare sulla malaria, le vaccinazioni e la salute materno-infantile. MSF ha raddoppiato il suo intervento in risposta alla crisi scoppiata, e gestisce anche 6 progetti per i rifugiati dal Centrafrica nei vicini Ciad, Cameroon e Repubblica Democratica del Congo.

Non bisogna infine dimenticare le migliaia di **rifugiati dal Sud Sudan** senza assistenza, fuggiti, a fine 2015 e che attualmente vivono in condizioni deprecabili a Bambouti, un villaggio di 1.000 abitanti nel sud-est della Repubblica Centrafricana (RCA). **In fuga da un conflitto, hanno trovato rifugio in un altro paese anch'esso colpito da conflitto, instabilità e con un sistema sanitario al collasso.** ■

CORNO D'AFRICA

Una nuova severa crisi alimentare sta colpendo vaste aree dell'Africa ed in particolare del Corno d'Africa? estendendosi sino al Sudan e il Sud Sudan. Complessivamente in Africa nel 2015 **le persone in condizioni di insicurezza alimentare sono salite a 31 milioni, un terzo circa solo in Etiopia.** Da molti mesi condizioni climatiche instabili caratterizzate da siccità in alcune aree e inondazioni in altre stanno attraversando questa regione. Questa tragedia è stata innescata dal fenomeno atmosferico chiamato "El Niño", un fenomeno climatico periodico che si verifica in media ogni 5 anni e che sta provocando siccità e inondazioni in molte regioni della fascia tropicale meridionale dell'Asia, dell'Africa sino ai Caraibi e dell'America Latina. In Africa questo fenomeno, ac-

centuato da politiche di sviluppo non orientate al rafforzamento delle comunità più fragili, dal cambiamento climatico, dall'estrema fragilità delle risorse di cui dispongono i piccoli contadini, dall'instabilità politica e dai conflitti che attraversano molti dei paesi colpiti, ha aggravato notevolmente le già precarie condizioni di indigenza cronica di una fetta ampia della popolazione provocando una catastrofe umanitaria. Anche in questo caso, non sono tanto i fenomeni meteorologici in sé che provocano la crisi, quanto le pregresse condizioni di vulnerabilità della popolazione colpita.

Il Corno d'Africa sta affrontan-

7 "Corno d'Africa: è ancora carestia e fame"; 13 Gennaio 2016; www.caritasitaliana.it



© MSF Ester Gutiérrez

do la peggiore crisi nutrizionale degli ultimi 40 anni. Come già accaduto in passato, la crisi è dovuta anche all'aumento dei prezzi del cibo che, anche laddove disponibile, è inaccessibile per un'ampia fascia della popolazione con redditi insufficienti. L'Etiopia e le aree ad essa limitrofe sono tra quelle maggiormente investite dalla crisi. ■



ETIOPIA

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 85.834 rifugiati
- 77.924 richiedenti asilo
- 229 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- 413.200 prestazioni mediche
- 6.200 vaccinazioni ordinarie
- 4.000 parti assistite
- Spesi USD 26,6 milioni
- Presenza nel paese dal 1984
- Personale presente alla fine del 2015: 1.610

L'Etiopia è colpita dalla peggiore siccità degli ultimi decenni, con oltre 10 milioni di persone che necessitano di aiuti alimentari, acqua potabile e servizi sanitari adeguati. In risposta alla mancanza di servizi medici per donne incinte e bambini piccoli, MSF gestisce programmi incentrati sulla salute materno-infantile. Porta avanti campagne contro la leishmaniosi viscerale, o kala azar, una malattia parassitaria trasmessa dalla puntura di una mosca della sabbia infetta che è endemica e alcune volte persino epidemica in Etiopia. Inoltre si occupa di supporto nutrizionale, con particolare attenzione per i bambini malnutriti al di sotto dei cinque anni, attività di salute mentale e campagne di vaccinazione contro il morbillo.

Il sottosviluppo, la carenza di operatori sanitari con sufficiente esperienza e formazione, insieme al conflitto tra le forze governative e i gruppi armati anti-governativi pongono importanti barriere all'assistenza sanitaria nel paese. Le équipe forniscono anche assistenza medica specialistica ai rifugiati somali e alla popolazione ospitante di Dolo Ado, nella zona di Liben.

In cerca di rifugio e assistenza,

continuano ad arrivare persone verso la regione di Gambella in Etiopia occidentale, aggiungendosi al crescente numero di rifugiati sud sudanesi già presenti nella zona da quando sono scoppiati gli scontri a fine 2013. Secondo l'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), ci sono oggi più di 200.000 rifugiati sud sudanesi in Etiopia. In Etiopia, MSF fornisce assistenza sanitaria nei campi di Tierkidi, Kule, Jewi e nel centro di salute di Itang. Le équipe di MSF gestiscono regolarmente anche le cliniche mobili nei punti di ingresso e nei campi di transito dove il rifugiato aspetta prima di essere trasferito nei campi sopra menzionati.

La peggiore siccità degli ultimi anni nella regione di Afar ha avuto un fortissimo impatto sulla salute e nutrizione della popolazione. MSF ha risposto inviando un'équipe a Teru Woreda, un'area aspra e difficile da raggiungere a cui manca un sostegno allo sviluppo.

MSF ha anche contribuito ad affrontare l'emergenza generatasi quando a fine 2013 il governo dell'Arabia Saudita ha cominciato a deportare i lavoratori stranieri 'illegali' e sono arrivati circa 160mila etiopi all'aeroporto di Bole. ■

SOMALIA

Situazione nel 2015

A) Migranti Forzati

- 1.123.052 rifugiati
- 56.772 richiedenti asilo
- 1.171.173 sfollati interni

B) Intervento di MSF

- nessuno



Ad agosto 2013, Medici Senza Frontiere ha chiuso tutti i suoi progetti in Somalia dopo anni di operazioni continuative iniziate nel 1979. Lasciare la Somalia è stata una decisione estremamente difficile da prendere. Una serie di attacchi violenti al personale di MSF si sono verificati con la tacita accettazione - se non complicità attiva - di gruppi armati e autorità civili. Le condizioni minime necessarie per le operazioni non sono state rispettate, e quindi MSF ha cessato di fornire supporto alle strutture sanitarie in Somalia a metà settembre 2013, trasferendo la gestione, dove possibile, a entità governative e organizzazioni umanitarie. MSF non voleva lasciare la Somalia ma non ha avuto altra scelta, e continua a fornire supporto ai rifugiati somali in Etiopia, Kenia e Yemen. L'affollato campo di Dadaab in Kenia ospita circa 350.000 rifugiati somali ed è il più grande campo rifugiati al mondo. Progettato oltre 20 anni fa per essere un campo temporaneo, non ha fatto che espandersi e ha sofferto di una mancanza cronica di finanziamenti adeguati. Insicurezza e violenza sono una piaga per le persone che vi abitano. MSF ha iniziato a lavorare a Dadaab nel 1992 ed è attualmente l'unica organizzazione a fornire cure mediche nel campo di Dagahaley.

Nel novembre 2013, quando le condizioni di sicurezza in Somalia hanno iniziato a migliorare,

i Governi di Kenia e Somalia e l'UNHCR hanno firmato un accordo tripartito per promuovere il rimpatrio volontario dei rifugiati somali nel campo. Ma la situazione è poi peggiorata di nuovo e solo poche persone hanno deciso di tornare "a casa". Ora che si avvicina la fine dell'accordo triennale, il Governo del Kenia ha comunicato pubblicamente che verranno accelerati gli sforzi per far ritornare i residenti di Dadaab in Somalia per "motivi di sicurezza, economici e ambientali".

Se è chiaro che i campi profughi non sono il modo migliore per gestire situazioni che si protraggono nel tempo, chiuderli non dovrebbe mettere le persone in pericolo. MSF si oppone fermamente all'intenzione del Governo keniano di chiudere Dadaab. Alternative più durevoli, come l'allestimento di campi più piccoli in Kenia, l'aumento dei reinsediamenti in paesi terzi, o l'integrazione dei rifugiati nelle comunità keniate, dovrebbero essere prese in considerazione urgentemente. La comunità internazionale dovrebbe al tempo stesso condividere le responsabilità con il governo del Kenia, che non dovrebbe farsi carico di questo peso da solo. I finanziamenti da parte dei paesi donatori devono essere indirizzati per garantire un'assistenza duratura nel paese di accoglienza, non per supportare ciò che è essenzialmente un rimpatrio forzato in una zona di guerra. ■



3. LA ROTTA BALCANICA, DALL'APERTURA ALLA CHIUSURA

I migranti hanno cominciato a percorrere la rotta dei Balcani occidentali in maniera significativa a partire dal 2012 quando gli abitanti di Serbia, Bosnia, Albania, Montenegro e Macedonia cominciarono ad avere la possibilità di entrare nell'Unione Europea senza bisogno di ottenere un visto. Da allora il flusso è aumentato notevolmente: dai seimila migranti nel 2012, ai quarantamila del 2014, fino ad arrivare ai circa 800.000 del 2015⁸.

Il 2015 è stato l'anno della rotta balcanica: oltre 850.000 persone hanno attraversato i Balcani, partendo con imbarcazioni di fortuna dalle coste della Turchia verso le isole greche (in particolare Lesbos, Chios, Kos e Rodi), transitando per il Pireo, porto di Atene, fino al confine con la Macedonia, nel piccolo centro di Idomeni risalendo poi Macedonia, Serbia, Croazia, Slovenia e Ungheria.

Dall'ultimo campo in territorio greco, a Idomeni, i migranti potevano raggiungere a piedi la prima tendopoli macedone situata a Gevgelija a 600 metri sull'altro lato del confine.

La "rotta balcanica" in Serbia era poi suddivisa prevalentemente in due filoni. Quello principale permetteva ai migranti di entrare in Serbia direttamente dalla Macedonia, presso il comune di Presevo, dove è stato allestito un ampio campo di transito e di accoglienza⁹. I migranti che percorrevano questa strada erano per lo più siriani, iracheni e afgani. Esisteva inoltre una seconda rotta, meno visibile, che consentiva ai migranti di entrare in Serbia dalla Bulgaria, solitamente nei pressi delle città di Danilovgrad, Bosilegrad e Zajecar: questa "deviazione" era utilizzata prevalentemente da coloro a cui veniva negato l'ingresso in Macedonia (e dunque non-siriani, non-iracheni e non-afghani).

Queste persone, dopo la registrazione e i primi aiuti, proseguivano il loro viaggio in autobus o in taxi fino a Belgrado, capitale della Serbia, per poi proseguire verso la "jungla" di Subotica, nell'estremo nord della Voivodina, ultima tappa in territorio serbo prima di attraversare il valico di Horgoš per poi entrare in Ungheria. Dalla stazione di Szeged, si partiva per Budapest-Keleti, ultima tappa, dove in migliaia hanno preso i treni per l'Austria e la Germania.

MSF è attiva lungo la rotta Balcanica con i suoi operatori fin dal 2014. Grazie all'esperienza di anni e alla flessibilità organizzativa è riuscita ad intervenire nei diversi momenti critici di evoluzione dei flussi.

Due équipe in Serbia e tre in Grecia hanno inizialmente fornito assistenza medica e psicologica e distribuito generi di prima necessità. Successivamente MSF ha svolto attività

di ricerca e soccorso e offerto assistenza medico-umanitaria nel Mar Egeo e lungo tutta la rotta balcanica, nelle isole del Dodecaneso, a Kos e Leros, a Lesbos, Samos e Agathon, ad Atene, Policastro, nel campo di transito di Idomeni al confine con la Macedonia, alla frontiera tra Serbia e Croazia e tra Serbia e Ungheria e poi a Gorizia.

Attraverso le cliniche mobili, MSF ha trattato infezioni della pelle e delle vie respiratorie, dolori muscolari, malattie gastro-intestinali, infezioni e del tratto respiratorio, risultato diretto delle dure condizioni del viaggio e delle violenze subite lungo il percorso. Ha fornito supporto psicologico e distribuito beni di prima necessità. In particolare, équipe mobili di MSF perlustravano la zona di Idomeni effettuando visite mediche, fornendo sostegno psicologico e assicurando la distribuzione di coperte, barrette energetiche e sapone, oltre ad avere installato due punti per l'accesso all'acqua potabile.

MSF ha anche lavorato nel campo di Roszke, in Ungheria, punto di passaggio per 2.000-4.000 persone fino a quando è stato bruscamente sgomberato dalle autorità.

A settembre 2015, al confine con la Serbia, cala un primo sipario sulla rotta dei Balcani con la costruzione del muro ungherese, il filo spinato, il posizionamento dell'esercito lungo il confine, l'arresto per chi entrava illegalmente nel paese. I rifugiati vengono costretti a dirigersi verso la Croazia.

Migliaia di persone rimangono bloccate in condizioni caotiche al punto di transito di Berkasovo/Bapska, senza ripari, assistenza o servizi igienico-sanitari. Le équipe di MSF avviano due cliniche mobili alla frontiera per fornire cure mediche di base e distribuire coperte, guanti e impermeabili per affrontare i crescenti casi di ipotermia e altri disturbi legati alle cattive condizioni climatiche. Inoltre negoziano con le autorità locali la possibilità di fornire anche dei ripari in attesa della riapertura dei confini.

Molti migranti si dirigono verso Sid, cittadina al confine croato, e poi a Adasevci in Serbia. I treni li condurranno poi a Slavonski Brod in Croazia. Qui, il governo croato ha allestito - negli spazi di una dismessa raffineria - un grande Campo di transito che può ospitare fino a 10.000 persone, nel quale i

⁸ Nel sito dell'OSSERVATORIO BALCANI E CAUCASO (www.balcanicaucaso.org), insieme a diversi utili reportage e news sulla rotta balcanica, è pubblicato in 7 puntate il diario di viaggio dell'inviato Giovanni Vale, che invitiamo a leggere come approfondimento

⁹ "Dossier: la rotta dei Balcani, aggiornamento febbraio 2016" a cura di CARITAS Italiana; da cui abbiamo tratto diverse informazioni sulla rotta.



© MSF Achilles Zavallis

migranti vengono registrati, ricevono gli aiuti necessari e poi possono ripartire verso la Slovenia.

Sebbene le autorità slovene fossero preparate al loro arrivo, l'afflusso di massa ha sopraffatto il paese. Ogni giorno fino a 9.000 persone arrivavano alle frontiere slovene ma la capacità di accoglienza era di circa 2.500 persone. Migliaia rimanevano bloccate in condizioni disumane nel sovraffollato punto di transito di Brezice e nei campi all'aperto a Rigonce e Dobova, a est del paese senza accesso a un rifugio, al cibo e alle strutture sanitarie. Un'équipe medica di MSF è intervenuta affrontando innanzitutto i casi di esaurimento nervoso, ipotermia, infezioni respiratorie e sintomi influenzali. In seconda battuta ha ampliato la propria capacità di intervento anche ad altre aree del paese.

Dopo aver espletato le dovute pratiche, i migranti potevano proseguire il viaggio verso l'Austria, via treno o autobus, uscendo dal paese attraverso valichi frontalieri diversi (Sentilj- Spielfeld o Jesenice - Rosenbach) per poi proseguire verso la Germania e l'Europa settentrionale.

Nel novembre 2015 anche la Macedonia chiude il confine e inizia a costruire una barriera metallica con filo spinato su un tratto del suo confine con la Grecia. **Inoltre la possibilità di muoversi lungo i Balcani viene limitata alle sole persone di nazionalità siriana, irachena o afgana.**

Successivamente, le autorità della Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia (FYROM), Serbia, Croazia, Slovenia e Austria implementano una nuova serie di criteri per ridurre ulteriormente il flusso di rifugiati e migranti nei loro territori. Per esempio agli afgani, che rappresentavano fino al 30% degli arrivi in Grecia, viene impedito di attraversare sia la frontiera tra Grecia e Macedonia, sia la frontiera tra Macedonia e Serbia e, di fatto, vengono sospinti verso reti di trafficanti e rotte pericolose, esposti al rischio di abusi e violenze.

Nonostante le proibitive condizioni meteorologiche, con temperature che spesso sono di molti gradi sotto lo zero, durante l'inverno del 2015 migliaia di migranti, rifugiati e richiedenti asilo continuano a percorrere la rotta balcanica nel tentativo di raggiungere l'Europa centro-settentrionale.

Il freddo intenso e il vento gelido rendono il cammino difficile soprattutto al confine tra Macedonia e Serbia in un'area coperta di neve e di ghiaccio. Molte delle circa mille persone che ogni giorno arrivano al centro di accoglienza di Presevo, in Serbia meridionale, sono quindi costrette a ricorrere alle cure del personale medico presente. Particolarmente preoccupante è la situazione per i tanti bambini che percorrono questa rotta.

A spingere migliaia di persone a rischiare il viaggio, nonostante le temperature polari è il timore che le frontiere possano pre-



sto essere chiuse, dopo i forti segnali che i principali paesi di destinazione, come Svezia, Germania e Austria intendono restringere fortemente le procedure di ingresso.

In Serbia, MSF assiste migranti e rifugiati a Subotica, Horgos, Bogovadja, Belgrado e Presevo, gestendo anche cliniche mobili e distribuendo kit di primo soccorso alle persone vulnerabili. I problemi di salute più comuni tra i migranti sono malattie respiratorie e della pelle, dovute soprattutto alle basse temperature e alle precarie condizioni sanitarie.

A febbraio 2016 vengono approvate nuove linee guida dai responsabili delle polizie di Serbia, Croazia, Slovenia, Macedonia e

IL VIAGGIO e la risposta di Medici Senza Frontiere



Austria che si accordano per una registrazione congiunta dei rifugiati nel campo di Gevgelija, alla frontiera greco-macedone, e il trasporto congiunto di migranti dal confine greco-macedone verso l'Austria.

Tali cambiamenti lungo la rotta balcanica arrivano pochi giorni dopo che l'Austria ha fissato un tetto massimo di migranti, permettendo l'entrata di 3.200 persone al giorno provenienti da paesi in guerra.

La polizia macedone è stata la prima a mettere in pratica le nuove procedure perquisendo i migranti e chiedendo loro di mostrare il passaporto, chiudendo le frontiere con la Grecia ai migranti afgani e permettendo il passaggio solo di iracheni e siriani.

Il 9 marzo 2016, i leader europei annunciano la chiusura della cosiddetta "rotta balcanica" e il 18 marzo viene siglato l'accordo tra Unione Europea e Turchia¹⁰.

Le nuove regole lungo la rotta balcanica hanno come conseguenza una **forte contrazione del numero di migranti che attraversano il confine nel sud della Macedonia, riversando il flusso su Grecia e Turchia.**

Idomeni rappresentava il punto di transito informale attraverso il quale centinaia di migliaia di rifugiati hanno fatto ingresso in Macedonia durante il 2015. **I rifugiati hanno iniziato ad accamparsi a Idomeni quando il governo macedone ha chiuso il confine e il sito è diventato progressivamente un campo profughi in piena regola: l'emblema del fallimento dell'Europa nella gestione della crisi dei rifugiati.**

Chi è arrivato nelle isole successivamente all'entrata in vigore dell'accordo con la Turchia si trova di fatto arenato in Grecia.

All'alba del **24 maggio 2016 la polizia greca avvia lo sgombero del campo profughi di Idomeni**, dove circa 8.000 rifugiati sono rimasti bloccati per mesi, con l'obiettivo di trasferire le persone in centri di accoglienza situati in altre parti del paese. Nel campo di Idomeni, MSF ha fornito ripari, pasti ed effettuato visite mediche e consulti psicologici. Ha inoltre vaccinato 3.031 bambini con l'obiettivo di proteggerli dalle malattie più comuni dovute alle pessime condizioni di vita come la polmonite, principale causa di mortalità infantile a livello globale.

Secondo i dati forniti dalla Commissione Europea, a fine settembre 2016 il numero dei rifugiati in Grecia era di 60.500 persone, di cui 13.800 nelle isole e circa 46.700 nella Grecia continentale¹¹. Dall'entrata in vigore dell'accordo dell'Unione Europea con la Turchia, le isole greche hanno smesso di svolgere la funzione di luoghi di registrazione



© MSF Anna Surinyach

e transito per i rifugiati diretti verso il nord Europa per convertirsi in luoghi di identificazione e attesa. Anche se non fa quasi più notizia, **la Grecia rimane in uno stato di emergenza umanitaria.** Le condizioni in molti dei campi sono al di sotto degli standard e già ora circa un quarto dei pazienti di MSF sulla terraferma in Grecia presenta sintomi di depressione e ansia.

Ai migranti sbarcati nelle isole greche dopo il 20 marzo 2016 viene permesso di registrarsi e fare domanda d'asilo. Qualora questa venga respinta o giudicata inammissibile, verranno rimpatriati in Turchia.

Sorte diversa spetta ai migranti arrivati in suolo greco tra il 1 gennaio 2015 e il 20 marzo 2016. Per loro il processo di pre-registrazione è terminato il 30 luglio.

La pre-registrazione, una sorta di censimento dei migranti presenti in territorio greco, consente di avere diritto a un posto letto nei campi governativi, risiedere legalmente nel paese, avendo accesso a servizi sanitari ed educativi, evitare (temporaneamente) la deportazione in Turchia e poter fissare un colloquio personale per formalizzare la richiesta di asilo in una seconda fase. Una volta chiamato per l'intervista, il migrante pre-registrato ha a disposizione diverse opzioni, in base alla sua nazione di provenienza: può formalizzare la richiesta di asilo in Grecia; chiedere di aderire al programma di ricollocamento in un altro paese europeo; tentare la strada del ricongiungimento familiare; o chiedere il rimpatrio volontario. Secondo i dati forniti dalla Commissione Europea, a fine settembre 2016, 27.592 persone sono state pre-registrate in Grecia. Dal programma di ricollocamento sono però escluse alcune nazionalità, come afgani, pakistani e, dal 1 luglio, iracheni.

In risposta a questa situazione drammatica continuano a svilupparsi **iniziative di solidarietà autogestite e auto-organizzate, con l'intento di garantire condizioni di vita degne ai migranti che si trovano bloccati sul territorio, portate avanti da attivisti locali e migranti, con il supporto di molti volontari internazionali che arrivano da diverse parti d'Europa.**

Da aprile 2016, in seguito alla chiusura del confine da parte della Croazia, la rotta dei migranti si è spostata nuovamente verso il nord della Serbia in quanto l'Ungheria è rimasta l'unica via per proseguire legalmente il viaggio verso i paesi europei¹². Ma Budapest autorizza solo 30 ingressi al giorno: 15 dal passaggio di confine di Kelebijska e 15 da Horgoš. In corrispondenza di questi due attraversamenti di confine si sono create "zone di transito", di fatto accampamenti improvvisati e fatiscenti dove famiglie e singoli aspettano, accampati nelle tende, il proprio turno per passare il confine legalmente o illegalmente grazie ai trafficanti. Per alcuni si tratta di una permanenza di pochi giorni mentre altri, famiglie comprese, di mesi. Ai confini tra Serbia e Ungheria la situazione è drammatica. È vero che gli arrivi in Serbia si sono drasticamente ridotti rispetto all'anno scorso, ma **migliaia di persone, in attesa di passare il confine verso l'UE, sono ammassate in accampamenti improvvisati**, dove MSF gestisce alcune cliniche mobili per fornire cure mediche, supporto psicologico e servizi sanitari di base.

¹⁰ I contenuti dell'accordo sono descritti nella scheda 5. Il pericoloso approccio dell'UE minaccia il diritto di asilo in tutto il mondo

¹¹ "Grecia e migranti: arenati"; Chiara Milan 10/10/2016; www.balcanicaucaso.org



© MSF Sophia Apostolia

A due anni dall'inizio della cosiddetta crisi europea dei rifugiati, la situazione in molte parti d'Europa continua a essere caotica e disumana. A sei mesi dall'entrata in vigore dell'accordo UE-Turchia, il diritto di chiedere asilo nell'Unione Europea è pericolosamente limitato e migliaia di persone sono bloccate alle frontiere, senza protezione, in condizioni drammatiche e con scarsa speranza per il futuro.

La progressiva chiusura della rotta balcanica ha trasformato i trafficanti nell'unica opzione possibile per cercare protezione in Europa. La militarizzazione delle frontiere di questi paesi ha portato a un aumento vertiginoso della violenza. I dati raccolti mostrano che quasi uno su tre dei pazienti che arrivano alle cliniche di MSF nei Balcani, comprese le donne e i bambini, segnalano abusi e violenze. Molta di questa violenza è dovuta ai trafficanti, ma i pazienti riferiscono che almeno per metà viene perpetrata dalle autorità statali.

Sebbene la Dichiarazione di New York - adottata dai leader mondiali il 19 settembre 2016 - prometta di "garantire un'accoglienza centrata sulle persone, sensibile, umana, dignitosa, attenta ai bisogni di genere e sollecita per tutte le persone in arrivo", la realtà è che in tutti i paesi il sistema di accoglienza sta fallendo nel garantire le cure e i servizi necessari alle persone che sono dovute fuggire dalle loro case. È in atto un fallimento collettivo dei paesi europei nei confronti delle persone che hanno promes-



© MSF Bruno Fert

so di proteggere.

Se non è possibile raggiungere l'Europa via terra, la traversata del Mediterraneo centrale dalla Libia all'Italia continua ad essere per tante persone disperate l'unica soluzione possibile. È la rotta migratoria più pericolosa al mondo: nel 2016 sono state circa 5.000 le vittime, più del doppio rispetto all'anno scorso. Ma i paesi europei continuano a negare canali legali e sicuri per ricercare protezione, lasciando chi fugge senza altra scelta se non imbarcarsi su barche di fortuna sovraffollate e male

equipaggiate. Nell'arco di 18 mesi, le navi di MSF hanno salvato più di 35.000 persone. **Ma quante persone ancora dovranno morire prima che i governi mettano in piedi un meccanismo dedicato di ricerca e soccorso che possa integrare gli sforzi messi in atto dal governo italiano e soprattutto decidano di cambiare radicalmente quelle politiche inumane che hanno trasformato il Mediterraneo in una fossa comune?** ■

¹² "Kelebija, area di transito", Marzia Bona 22/09/2016; www.balcanicaucaso.org

4. TRAUMI IGNORATI: INDAGINE SULLA SALUTE MENTALE DEI RICHIEDENTI ASILO IN ITALIA

Il disagio mentale associato all'esperienza migratoria e/o alle condizioni di accoglienza in Italia è un fenomeno sempre più preoccupante e gravemente sottovalutato. Oltre a eventi traumatici che i migranti possono aver subito prima e durante il loro percorso migratorio, alcuni di loro presentano stress e sofferenza relativi alla condizione attuale, dovuta all'esilio in una terra sconosciuta. Da luglio 2015 a febbraio 2016, Medici Senza Frontiere ha condotto un'indagine per studiare i bisogni di salute mentale tra i richiedenti asilo residenti nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS) e il loro accesso ai servizi territoriali. L'analisi condotta nelle Province di Milano, Roma e Trapani, scelte per il rilevante numero di centri di accoglienza presenti, si è giovata di un duplice approccio: qualitativo e quantitativo. L'utilizzo di focus groups e interviste in profondità con immigrati, operatori sanitari e operatori dei CAS ha permesso di decifrare il bisogno degli ospiti presenti nelle strutture di accoglienza, il percorso assistenziale intrapreso laddove necessario e la risposta dei servizi sanitari territoriali.

Il lavoro di ricerca quantitativa condotto sui dati che Medici Senza Frontiere ha raccolto da ottobre 2014 a dicembre 2015 durante le attività di supporto psicologico tra i richiedenti asilo ospitati nei CAS della Provincia di Ragusa, ha fornito una buona base di partenza per individuare l'entità delle problematiche e i potenziali fattori che le influenzano.

Tra i 387 soggetti analizzati in questo studio il 60,5% mostravano problematiche di salute mentale. Tra questi, 199 pazienti sono stati presi in carico da MSF che ne ha garantito il follow-up. Il 42% dei pazienti presentava ansia o depressione, disturbi compatibili con il disturbo post-traumatico da stress (insieme delle forti sofferenze psicologiche che conseguono ad un evento traumatico, catastrofico o violento).

Tra i pazienti presi in carico, l'87% ha dichiarato di soffrire per le difficoltà legate alle condizioni di vita attuali. In particolare la mancanza di attività quotidiane, la paura per il futuro, la solitudine e il timore per i familiari lasciati nel paese di origine rappresentavano le principali problematiche della vita post-migrazione. Dai dati presi in esame e dal confronto tra il gruppo di richiedenti asilo che mostrava disturbi di salute mentale e quello che non mostrava alcun disturbo, la probabilità di avere disagi psicopatologici è risultata di 3,7 volte superiore tra gli individui che avevano subito eventi traumatici rispetto a chi non ne aveva subiti.

Il lavoro qualitativo ci ha rimandato la fotografia di un sistema di accoglienza che, di

fronte a una popolazione particolarmente disagiata, risponde in maniera emergenziale, senza un'adeguata preparazione. In molti casi non esiste uno screening attivo per valutare la necessità di un supporto della salute mentale tra gli ospiti dei centri e questo implica una sottostima dei bisogni. I servizi sanitari territoriali spesso mancano di competenze e risorse necessarie e non sono ancora in grado di riconoscere i segni del disagio tra questa utenza. Sono sporadiche, quando non del tutto assenti, figure come quella del mediatore culturale che possano aiutare a stabilire un contatto e a ridurre le distanze culturali. La permanenza presso i Centri è prolungata e sovente fonte di ulteriore disagio.

Se da un lato i risultati suggeriscono alti tassi di disagio mentale soprattutto tra quei richiedenti asilo esposti a eventi traumatici e un impatto negativo della permanenza prolungata nei CAS, dall'altro il sistema resta impreparato e i servizi territoriali inadeguati a rispondere alle esigenze di questa popolazione. È necessario dare una risposta integrata con il territorio che coinvolga i servizi sanitari locali, i dipartimenti di salute mentale ma anche il mondo delle associazioni, le università e le amministrazioni pubbliche, definire team multi-professionali dedicati in grado di identificare i fattori di rischio specifici e fornire approcci terapeutici appropriati.

Sappiamo che i dati qui riportati riferiscono di una situazione complessa e che il lavoro fatto da Medici Senza Frontiere è una risposta minima rispetto ai bisogni esistenti. È tuttavia nostro auspicio che questi dati possano rappresentare un ulteriore elemento di riflessione per altri attori e per le istituzioni affinché vengano elaborate soluzioni strutturali rispetto alla salute mentale dei richiedenti asilo.

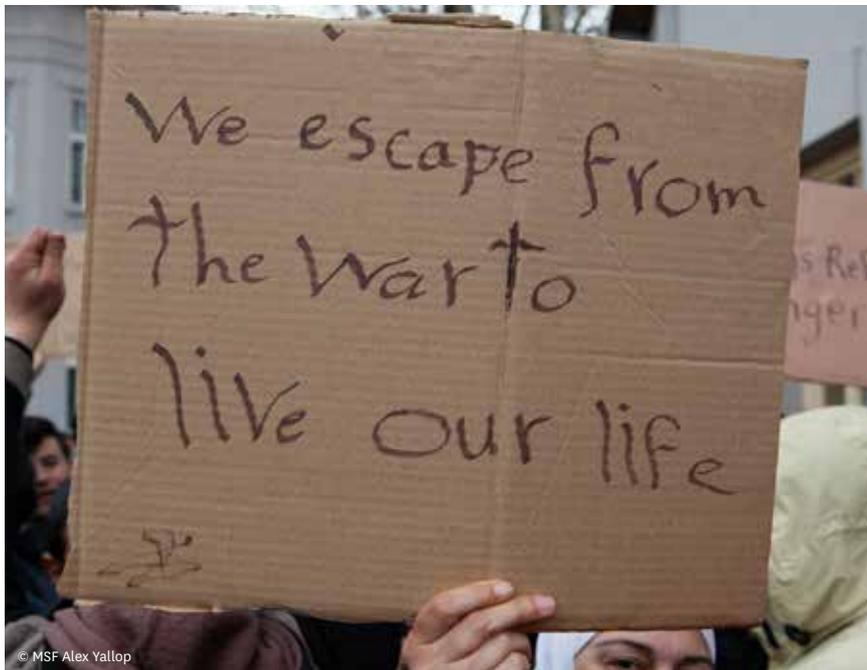


© MSF Francesco Zizola

La decisione di aprire una Missione MSF in Italia, come in altri paesi europei, è maturata alla fine degli anni '90, quando Medici Senza Frontiere si è resa conto che le stesse persone curate e assistite a migliaia di chilometri di distanza, in altri continenti, si trovavano anche qui, in Italia e in Europa, molto spesso in condizioni di estrema precarietà e bisogno. Oggi MSF continua il lavoro con la popolazione migrante attraverso diversi progetti: a Roma, dove ha aperto ad aprile 2016 un centro di riabilitazione per i sopravvissuti a tortura e per le vittime di trattamenti crudeli e degradanti (in partnership con Medici Contro la Tortura e ASGI - Associazione per gli Studi Giuridici sull'Immigrazione). Sempre a Roma MSF fornisce un servizio di screening dei casi positivi di cardiopatia reumatica tra gruppi di popolazione migrante; a Trapani, dove siamo presenti in 15 Centri di Accoglienza Straordinaria per richiedenti asilo, per offrire assistenza psicologica di gruppo e individuale. Infine, Missione Italia ha coordinato le attività di ricerca e soccorso nel Mediterraneo della nave di MSF Bourbon Argos per tutto il 2016. Ha inoltre attivato un servizio di Primo Soccorso Psicologico: un'équipe mobile è pronta a raggiungere qualsiasi porto del sud dell'Italia per fornire assistenza di base e supporto psicologico a persone vittime di naufragio o eventi traumatici nel corso della traversata in mare.

Nel 2015, MSF ha realizzato un rapporto per documentare la situazione di almeno 10.000 richiedenti asilo e rifugiati che in Italia vivono al di fuori del sistema di accoglienza, in condizioni di precarietà e marginalità, senza alcuna assistenza istituzionale e con scarso accesso alle cure mediche, in decine di siti informali sorti spontaneamente lungo la penisola. Il rapporto **"Fuori campo. Richiedenti asilo e rifugiati in Italia: insediamenti informali e marginalità sociale"**, porta alla luce una situazione drammatica: richiedenti o titolari di protezione internazionale, quindi regolarmente presenti nel nostro paese, costretti a vivere in condizioni inaccettabili per mesi o addirittura anni a causa dei limiti del sistema di accoglienza e delle politiche di integrazione sociale. MSF ha da poco avviato due progetti a Como e a Ventimiglia, per fornire supporto medico e psicologico ai migranti che rimangono bloccati ai confini italiani, spesso costretti a vivere in condizioni di marginalità ed esclusione dai servizi essenziali sul territorio.

5. IL PERICOLOSO APPROCCIO DELL'UE MINACCIA IL DIRITTO DI ASILO IN TUTTO IL MONDO



Il 9 marzo 2016, i leader europei annunciano la chiusura della cosiddetta "rotta balcanica" e il 18 marzo viene siglato l'accordo tra Unione Europea e Turchia.

In base a questo accordo, l'UE e la Turchia decidono di porre fine alla migrazione irregolare dalla Turchia verso l'UE.

A questo fine la Turchia si impegna a intensificare gli sforzi in materia di sicurezza da parte della polizia e della guardia costiera turche per evitare nuove rotte marittime o terrestri di migrazione irregolare dalla Turchia all'UE e collaborerà con i paesi vicini nonché con l'UE stessa a tale scopo.

L'Unione europea da parte sua si impegna ad erogare 3 miliardi di euro per contribuire all'accoglienza dei rifugiati in Turchia e concorda di proseguire i colloqui per l'adesione della Turchia all'UE e per la liberalizzazione dei visti per i cittadini turchi che vogliono entrare in Europa.

La Turchia accetterà il rimpatrio di tutti i migranti non bisognosi di protezione internazionale che hanno compiuto la traversata dalla Turchia alla Grecia, cioè i migranti che non faranno domanda d'asilo in Grecia o la cui domanda sarà ritenuta infondata o non ammissibile. I costi delle operazioni di rimpatrio dei migranti irregolari saranno a carico dell'UE. Inoltre la Turchia riaccoglierà tutti i migranti irregolari intercettati nelle acque turche.

Per ogni siriano rimpatriato in Turchia dalle isole greche un altro siriano sarà reinsediato dalla Turchia all'UE tenendo conto dei criteri di vulnerabilità delle Nazioni Unite. Il reinsediamento in UE si svolgerà, in primo luogo, utilizzando i 18 000 posti già destinati a tale scopo. A qualsiasi ulteriore bisogno di reinsediamento si provvederà mediante un analogo accordo volontario fino a un limite di 54 000 persone aggiuntive. Qualora detti accordi non soddisfino l'obiettivo di porre fine alla migrazione irregolare e il numero dei rimpatri si avvicini o superi i numeri di cui sopra, il meccanismo in questione sarà riesaminato o interrotto. Una volta terminati, o per lo meno drasticamente ridotti, gli attraversamenti irregolari fra la Turchia e l'UE, verrà attivato un programma volontario di ammissione umanitaria. Gli Stati membri dell'UE contribuiranno al programma su base volontaria. Una volta che i 3 miliardi erogati saranno stati quasi completamente utilizzati, e a condizione che gli impegni di cui sopra siano soddisfatti, l'UE mobilerà ulteriori finanziamenti dello strumento per altri 3 miliardi di euro entro la fine del 2018.

Secondo MSF e numerose organizzazioni umanitarie e della società civile l'accordo UE-Turchia di fatto appalta la cura di queste persone alla Turchia, in cambio tra le altre cose di un pacchetto di aiuti miliardario. Ma questo aiuto è condizionato all'esportazione della sofferenza altrove: un tradimento del principio umanitario secondo cui l'assistenza deve essere offerta solo in base ai bisogni di chi la riceve. In un'era in cui gli sposta-

menti forzati di persone sono i più vasti degli ultimi decenni, si tratta di una epocale abdicazione alle responsabilità morali e legali.

MSF condanna duramente i contenuti di questo accordo ed ha avviato una intensa campagna di protesta nell'ambito della quale ha inviato una lettera aperta ai governi e alle istituzioni europee con un appello: EUROPA, NON VOLTARE LE SPALLE A CHI CHIEDE ASILO.

Invece di impegnarsi per affrontare la crisi, l'UE e gli Stati membri hanno deciso di voltare semplicemente le spalle e passare la palla ad altri. Questo accordo mette a rischio il diritto di tutte le persone a cercare asilo e viola l'obbligo di fornire assistenza a ogni uomo, donna o bambino che richieda protezione. Respingere le persone verso l'ultimo paese di transito riduce l'asilo a una mera moneta di scambio politica per tenere i rifugiati il più lontano possibile dai confini europei e dagli occhi di opinione pubblica ed elettori.

Dopo l'entrata in vigore dell'accordo tra UE e Turchia, che i governi europei plaudono come un successo, le persone bisognose di protezione ne pagano il vero costo umano. Migliaia di persone, tra cui centinaia di minori non accompagnati, sono bloccate sulle sole isole greche come diretta conseguenza dell'accordo. Hanno vissuto in condizioni disastrose, in campi sovraffollati, a volte per mesi. Temono un ritorno forzato in Turchia e sono ancora prive di assistenza legale, la loro unica difesa contro un'espulsione collettiva. La maggior parte di queste famiglie, che l'Europa ha stabilito di tenere fuori dalla propria vista, è fuggita dai conflitti in Siria, Iraq e Afghanistan.



Se questo principio sarà replicato da altre nazioni, il concetto stesso di rifugiato non esisterà più. Le persone saranno bloccate nelle zone di guerra senza alcuna possibilità di fuggire per salvarsi la vita e non avranno altra scelta che restare e morire.

Per mesi MSF ha denunciato la vergognosa risposta europea, concentrata sulla deterrenza invece che sulla necessità di fornire alle persone l'assistenza e la protezione di cui hanno bisogno”,

La Commissione Europea ha presentato una nuova proposta per replicare la logica dell'intesa UE-Turchia in oltre 16 paesi in Africa e Medio Oriente. Gli accordi imporrebbero tagli commerciali e agli aiuti allo sviluppo per quei paesi che non arginano la migrazione verso l'Europa o che non facilitano i rimpatri forzati, premiando quelli che lo fanno. Tra questi potenziali partner ci sono la Somalia, l'Eritrea, il Sudan e l'Afghanistan - quattro dei primi dieci paesi di origine dei rifugiati.

“Tutto ciò che l'Europa ha da offrire ai rifu-

giati è costringerli a restare nei paesi da cui cercano disperatamente di fuggire? Ancora una volta, l'obiettivo principale dell'Europa non è proteggere le persone, ma tenerle lontane nel modo più efficace”,

MSF ha deciso a livello internazionale che non prenderà più fondi da parte dell'Unione Europea e dei suoi Stati membri, in opposizione alle loro dannose politiche di deterrenza sulla migrazione e ai sempre maggiori tentativi di allontanare le persone e le loro sofferenze dalle frontiere europee. ■





Unità di apprendimento

■ Discipline

• Scuola secondaria di I°

Italiano, storia, geografia,
(matematica, scienze, lingua straniera,
tecnologia, arte e immagine)

• Scuola secondaria di II°

Storia, geografia, filosofia,
lingua italiana, lingua straniera,
(matematica, scienze naturali, diritto,
economia, informatica)

■ **Durata** 6/9 ore

■ Conoscenze

- Le migrazioni sono un fatto storico e riguardano tutti i popoli, le culture e le persone;
- Quali sono i principali flussi migratori contemporanei e che caratteristiche hanno;
- Che legame esiste tra la globalizzazione e le migrazioni contemporanee;
- Cosa sono i fattori di spinta e di attrazione delle migrazioni;
- Quali sono i flussi migratori diretti verso l'Italia e le modalità di ingresso e residenza.

■ Competenze apprendimento

- Comunicazione nella madrelingua e nelle lingue straniere;
- Competenza matematica;
- Competenza digitale;
- Imparare a imparare;
- Competenze sociali e civiche;
- Consapevolezza ed espressione culturale.

■ Competenze di cittadinanza

- Imparare a imparare;
- Comunicare;
- Acquisire ed interpretare l'informazione;
- Individuare collegamenti e relazioni;
- Risolvere problemi.





Risorse didattiche

atlanteguerre.it/cartografia/carta-di-peters
Informazioni sulla proiezione di Peters

world-geography-games.com
Sito per giocare con la geografia

geostoria.weebly.com/popolazione.html
Informazioni e approfondimenti su alcuni importanti movimenti di popolazione nella storia (es. greci, ebrei, barbari, schiavi africani)

Risorse didattiche

nationalgeographic.it
Informazioni e dettagli sulle migrazioni animali

orda.it
Di tutto e di più sull'emigrazione italiana tra 1876 e il 1976

Svolgimento

1. Paesi del mondo

Introdurre il tema delle migrazioni nel passato e nel presente senza specificare di quale passato si tratti e presentare immediatamente un planisfero muto, possibilmente in grande formato e preferibilmente utilizzando una proiezione di Peters. Chiedere ai partecipanti di scrivere su dei foglietti (o post-it) il maggior numero di nomi di Stati che conoscono e che saprebbero con assoluta certezza collocare sul planisfero. Una volta terminata la compilazione valutare i risultati. Probabilmente risulterà che in molte zone del mondo (es. Asia centrale, Africa centrale, sud-est asiatico) si fa fatica a collocare con certezza i diversi Stati. Far notare quanto sia importante avere una buona conoscenza del mondo in un periodo storico dove i movimenti di informazioni, merci e persone sono così frequenti ed estesi. Presentare quindi un planisfero parlante e lasciare che tutti trovino quei Paesi di cui conoscevano il nome ma non la collocazione esatta.

2. Siamo tutti migranti

Chiedere a tutti di pensare a tutti i Paesi del mondo con i quali si hanno rapporti familiari sia perché qualcuno della famiglia ci vive sia perché qualcuno ci è andato nel passato emigrando dall'Italia (se ne sarà parlato in casa di tanto in tanto). Chiedere di segnarsi sul planisfero (con un punto colorato o scrivendolo su un post-it a seconda del planisfero che si sta usando). Una volta terminato lasciare che tutti possano guardare il risultato e nel caso fare delle considerazioni o domande. Il risultato varia a seconda della classe ma in genere comprende un buon numero di Paesi e permette di evidenziare come ogni luogo del mondo (in questo caso la classe) sia collegato ad altri, nel passato come nel presente. Sottolineare come questo sia sempre stato normale nella storia, che le migrazioni sono un fatto storico (portare ad esempio alcuni famosi flussi migratori) e anche naturale (basta pensare alle migrazioni animali).

3. Le migrazioni oggi

A questo punto introdurre il tema delle migrazioni nel mondo contemporaneo, spiegando che sono le più importanti nella Storia sia per dimensione che per estensione e che si stima che oltre 200 milioni di persone vivano in un Paese diverso dal proprio. Per avere un'idea di massima della quantità di persone

UN PASSO IN PIÙ: PER SCUOLE SECONDARIE DI II GRADO

Per rafforzare il concetto di interdipendenza e relazione tra luoghi del mondo si può introdurre il concetto di globalizzazione, possibilmente usando delle visualizzazioni che permettano di coglierne con un unico sguardo l'estensione. Non è difficile trovare online mappe tematiche sulle reti aeroportuali mondiali, sulle reti di telecomunicazione, sulle filiali delle grandi multinazionali, sull'origine degli ingredienti dei prodotti alimentari industriali ecc. In ogni caso è importante sottolineare quanto la globalizzazione sia ormai presente nella vita di tutti. Se non è ancora chiaro si può provare a leggere le etichette dei vestiti indossati

cercando la scritta "made in". Non c'è nulla di strano quindi che anche le migrazioni umane siano in crescita in tutto il mondo e molti saranno d'accordo nel sottolineare quanto siano ormai visibili ed estese. Per fugare stereotipi troppo diffusi sulle migrazioni (es. sono troppi, vengono tutti qui) invitate gli studenti ad approfondire la situazione di alcuni Paesi del mondo. Da soli o in piccoli gruppi possono realizzare delle presentazioni (digitali o cartacee) che prendano uno Stato del mondo e ne analizzino i flussi in ingresso e in uscita. Dal confronto tra Italia e altri Paesi (es. USA, Francia, India) dovrebbero emergere analogie e differenze,

conferme e smentite di quanto si immagina sulle migrazioni mondiali.

A questo punto si possono lanciare delle domande per stimolare la riflessione e il confronto tra pari:

- *Le migrazioni sono una delle conseguenze della globalizzazione?*
- *L'emigrazione porta vantaggi alle società di origine?*
- *L'immigrazione porta vantaggi alle società di accoglienza?*

Per aiutarsi nella discussione si può utilizzare una tabella che permetta di rispondere alle domande distinguendo tra punti a favore, punti contro e altre considerazioni (es. condizioni che devono verificarsi).

provare a sommare la popolazione di più Paesi europei fino ad arrivare a 200 milioni. Quindi presentare ai partecipanti una lista di Paesi e chiarire che si tratta di un elenco di Paesi di destinazione (i primi dodici al mondo) e Paesi di partenza. Chiarire che ci sono alcuni Paesi che sono sia di partenza che di destinazione (Regno Unito e India). Dividere la classe in gruppi e assegnare a ogni gruppo il compito di accoppiare gli Stati. Non sarà facile ma un aiuto può arrivare dal controllare sul planisfero la posizione oppure riflettere sulle lingue parlate. Raccogliere le risposte dei gruppi, chiedere spiegazione a ogni gruppo sul perché delle scelte fatte e infine presentare e commentare i risultati corretti (qui a lato).

4. Quanti sono i migranti

A questo punto è il momento di fare delle cifre e di andare a vedere quali sono i flussi migratori più importanti in atto, sia in assoluto (i cinesi emigrati sono oltre 8 milioni) che in percentuale (i cinesi emigrati sono molto meno del 1% della popolazione nazionale, mentre gli albanesi sono quasi il 50%). Per farlo si possono andare a cercare le informazioni su rapporti statistici delle organizzazioni internazionali che si occupano di migrazioni oppure su alcuni siti internet che permettono di visualizzare i flussi di partenza e arrivo divisi per Stati. I dati possono anche essere riportati sul planisfero, ritagliando delle grosse frecce di carta che iniziano nel Paese di partenza e terminano in quello di destinazione, più o meno larghe secondo il numero di persone che rappresentano. Si può infine riflettere sul fatto che la maggior parte dei flussi migratori si svolge all'interno delle macro-regioni continentali più che tra continenti diversi.

5. Fattori di attrazione e di spinta

Si possono cercare delle immagini, documentari o film che raccontano dei Paesi di origine dei flussi migratori individuati e commentarle insieme sollecitando una domanda: "perché queste persone hanno lasciato la loro casa per avventurarsi in un viaggio pieno di incertezze e rischi?" Per rispondere a questa domanda si può chiedere agli studenti di ipotizzare quali sono le ragioni che spingono i migranti a lasciare le proprie case, scrivendoli su un post-it e appiccicandolo in una certa zona del mondo. Le risposte vanno quindi

UN PASSO IN PIÙ: PER SCUOLE SECONDARIE DI II GRADO

L'analisi dei fattori di spinta e di attrazione e delle loro tante interazioni e sovrapposizioni può essere proposta lavorando su una tabella a doppia entrata che prenda alcuni casi specifici (es. emigrazione dal Paese X a quello Y) e ne analizzi le ragioni che spingono a emigrare (es. condizioni nel Paese X che non permettono di vivere dignitosamente) e quelle che spingono a immigrare (es. condizioni nel Paese Y che permettono di vivere dignitosamente). A seconda degli Stati prescelti si troveranno condizioni molto diverse, per questo è

importante analizzare casi diversi tra loro, che permettano di arrivare a distinguere tra migrazioni economiche e migrazioni "forzate". Sarà facile essere d'accordo sul fatto che migrare per scelta è diverso che migrare per forza, meno facile sarà usare queste categorie per classificare i migranti in base al luogo di provenienza. Anche in questo caso si possono lanciare delle domande per stimolare la riflessione e il confronto: *Come fare a distinguere chi migra per scelta e chi no? Se una persona decide di emigrare prima che avvenga una catastrofe (es. una guerra) è un migrante per scelta o per forza?*

Risorse didattiche

italy.iom.int

Fondata nel 1951, l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) è la principale organizzazione intergovernativa in ambito migratorio. L'Italia è uno dei paesi fondatori

iom.int/cms/about-migration

Sul sito dell'Organizzazione internazionale delle migrazioni si può trovare una mappa interattiva sulle migrazioni nel mondo (Where we're from)

peoplemov.in

Per visualizzare in modo semplice i flussi migratori in entrata e in uscita divisi per Paese

Maggiori flussi di persone

- Messico → Stati Uniti
- Ucraina → Fed. Russa
- Turchia → Germania
- India → Arabia Saudita
- India → Emirati Arabi Uniti
- India → Regno Unito
- Algeria → Francia
- Regno Unito → Canada
- Regno Unito → Australia
- Romania → Spagna
- Romania → Italia
- Bangladesh → India

Fonte: UN stats (unstats.un.org)

Risorse didattiche

global-migration.info

Visualizzazione delle stime dei flussi migratori tra e all'interno delle regioni mondiali per periodi di cinque anni tra il 1990 e il 2010

storiemigranti.org

Interessante archivio di storie di migrazione raccontate in prima persona

- **Tutta la vita in un foglio.** Memorie di richiedenti asilo. Ed. Lai-Momo, 2014

itgiocodeglispecchi.it

Sito dove trovare recensioni di film, libri e fumetti tutti dedicati ai temi delle migrazioni

unhcr.fr/pages/4b7e56666.html

Kit didattico sulle migrazioni con video racconti di migranti e rifugiati

- Il fotografo Sebastião Salgado ha fotografato migranti di tutto il mondo e ha raccolto le foto nella mostra **Migrations: humanity in transition**

wikipedia.it

Si possono trovare informazioni e approfondimenti sui "push factors e pull factors" delle migrazioni

bbc.co.uk/schools/gcsebiteseize

Nella sezione geography/migration si possono trovare liste e tabelle di fattori di spinta e di attrazione



Risorse didattiche

istat.it/it/immigrati

Dati ufficiali raccolti dall'Istituto nazionale di statistica

dossierimmigrazione.it

Dossier Statistico Immigrazione, la prima raccolta organica in Italia di dati statistici in materia di immigrazione

integrazioneimmigrati.gov.it

Per una definizione corretta dei termini della migrazione (cercare "glossario")

migradormuseum.it/dati/

Info-grafiche sull'immigrazione in Italia

integrazioneimmigrati.gov.it/Attualita/

Nella sezione "Il punto" si può trovare
Le comunità straniere in Italia 2014, rapporto del ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali sulle 16 maggiori comunità migranti presenti in Italia



UN PASSO IN PIÙ: PER SCUOLE SECONDARIE DI II GRADO

L'immigrazione in Italia è oggetto di grande attenzione mediatica. Anche per questo per parlare di immigrazione in Italia si suggerisce di partire dai messaggi che i media e l'informazione in genere veicolano sul tema. La maggior parte delle persone infatti, come recentemente dimostrato da ricerche europee, ha una percezione distorta del fenomeno e non possiede le informazioni corrette sulla quantità e la qualità dell'immigrazione in Italia. Si possono far emergere i luoghi comuni sull'immigrazione in vario modo: analizzando servizi televisivi dei telegiornali (con trascrizione del testo), leggendo articoli dei quotidiani cartacei e online, navigando nei siti internet dei partiti politici. Tutte le informazioni raccolte possono quindi essere sottoposte a un lavoro di fact-checking, ovvero

di ricerca dei dati oggettivi che confermano le affermazioni.

Si dovrebbe arrivare a delineare un quadro che comprenda: numero di presenze totali, numero nuovi ingressi/anno, modalità di ingresso in Italia, modalità di ottenimento del permesso di soggiorno, caratteristiche della popolazione straniera (es. demografia, professioni, appartenenza religiosa ecc.), interazione con la società italiana (es. tasso di delinquenza, tasse e imposte versate). Una volta acquisite e verificate queste informazioni generali si può proporre un ultimo lavoro di analisi delle prime comunità di stranieri presenti in Italia, cercando di rispondere a una domanda: "quali sono i motivi della presenza in Italia degli stranieri?". Una riflessione finale può essere dedicata alla prevalenza delle ragioni di tipo economico e familiare rispetto alle altre, tra cui quelle umanitarie. Perché?

argomentate, commentate e se possibile collegate con le immagini viste prima. Verificare se qualcuno ha attaccato qualcosa in corrispondenza di un Paese "ricco". Se si farselo spiegare, altrimenti analizzare i soli fattori di spinta aspettando che qualcuno citi (prima o poi) anche un fattore di attrazione. Una volta emersi anche i fattori di attrazione rilanciare la scrittura di post-it. Finito il lavoro analizzare le risposte e cercare di distinguerle in categorie: fattori di attrazione (economici, ambientali, politici, sociali ecc.) e fattori di spinta (idem). Si possono confrontare i risultati del lavoro con le definizioni ufficiali degli enti e le istituzioni che studiano le migrazioni. Sul web si possono trovare numerose liste di push and pull factors (meglio cercarli in inglese) che possono essere confrontate con quella redatta dalla classe: manca qualcosa? ci sono delle differenze? esistono situazioni dove i fattori di spinta e attrazione si sommano? Infine si può cercare di distinguere tra chi parte per scelta (migranti economici) e chi no (migranti forzati), anche aiutandosi con la lettura di storie di emigrazione.

6. Immigrati in Italia

In chiusura mettere al centro una carta muta dell'Italia e delle frecce di carta. Chiedere di mettere le frecce puntate sul luogo di entrata in Italia (es. Lampedusa, Trieste, Fiumicino) e di scrivere sopra la nazione di provenienza. Chiedere di spiegare il perché delle scelte fatte. Quindi sollecitare una riflessione proponendo alcune domande: Quali sono i fattori di attrazione che attirano i migranti verso l'Italia? Da dove provengono realmente i migranti che arrivano in Italia? Quanti sono i migranti in Italia? Dare e commentare le risposte corrette e infine proporre un'ultima attività, consegnando alla classe - anche divisa in gruppi - una serie di termini e di definizioni (es. stampate su fogli separati), chiedendo di accoppiare il termine alla sua giusta definizione: es. clandestino, extracomunitario, emigrante, immigrato, straniero, migrante, irregolare, rifugiato, richiedente asilo, apolide.



Unità di apprendimento

■ Discipline

• Scuola secondaria di I°

Italiano, storia, geografia,
(matematica, scienze, lingua straniera,
tecnologia, arte e immagine)

• Scuola secondaria di II°

Storia, geografia, lingua italiana
(filosofia, lingua straniera,
matematica, scienze naturali, diritto,
economia, informatica)

■ **Durata** 4/6 ore

■ Conoscenze

• Che cos'è una crisi umanitaria,
distinzione tra tipologie
(disastri naturali e altre
emergenze)

- Maggiori crisi umanitarie degli ultimi anni e conseguenze sulle popolazioni colpite;
- Tipologie e caratteristiche di migranti forzati;
- I migranti forzati in Italia.

■ Competenze apprendimento

- Comunicazione nella madrelingua e nelle lingue straniere;
- Competenza matematica;
- Competenza digitale;
- Imparare ad imparare;
- Competenze sociali e civiche;
- Consapevolezza ed espressione culturale.

■ Competenze di cittadinanza

- Imparare ad imparare;
- Comunicare;
- Acquisire ed interpretare l'informazione;
- Individuare collegamenti e relazioni;
- Risolvere problemi.



Risorse didattiche

archivio.internazionale.it/atlante

Propone una interessante raccolta di carte tematiche in italiano

atlanteguerre.it

Atlante delle guerre e dei conflitti nel mondo

cartografareilpresente.org

Mappe sul alcune crisi umanitarie presenti e passate

protezionecivile.gov.it

Contiene informazioni e aggiornamenti sui rischi

unocha.org

Il Global humanitarian overview status report viene pubblicato ogni anno dall'ONU e contiene tabelle e info grafiche che possono essere utilizzate (es. who needs aid)

reliefweb.int

Gestito dall'ufficio di coordinamento degli affari umanitari delle Nazioni Unite, è il portale di riferimento per l'intero settore. Mette a disposizione in tempo reale gli aggiornamenti, le mappe, i rapporti e le analisi relativi a tutte le crisi umanitarie nel mondo

monde-diplomatique.fr/cartes/

Permette di accedere a un gran numero di carte tematiche divise per categorie tra le quali: diritti umani, ambiente, armi, migrazioni

unocha.org/where-we-work/emergencies

Informazioni sulle emergenze in atto nel mondo, es. Siria, Repubblica Centrafricana, Iraq e Sud Sudan

emdat.be

Il Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED) gestisce uno dei più completi database sulle emergenze e i disastri a livello globale

Uragano, Valanga, Disastro biologico, Ondata di freddo, Siccità, Terremoto, Epidemia, Inondazione, Alluvione, Incendio boschivo, Straripamento, Ondata di calore, Frana, Tempesta, Smottamento, Ciclone tropicale, Eruzione vulcanica, Guerra civile, Guerra convenzionale, Sterminio di massa, Genocidio, Povertà estrema, Carestia.

Svolgimento

1. Crisi umanitarie e disastri naturali

Introdurre il concetto di crisi umanitaria e specificare che si tratta di una situazione di pericolo estremo - dovuto a fattori esterni di tipo ambientale o politico/sociale - che riguarda un grande numero di persone, da migliaia a centinaia di migliaia.

Ma che tipi di crisi umanitarie esistono? Quali sono le più devastanti? Quali vi fanno più paura? Si può provare a somministrare alla classe un elenco di tipologie di situazioni di crisi, alcune dovute a eventi naturali estremi, altre a eventi di tipo socio-politico e provare a dare insieme una definizione, iniziando a scrivere su dei post-it quel che si sa e poi andando a cercare delle definizioni corrette. Si possono anche preparare prima dei cartelli con nome della crisi e altri con le definizioni da accoppiare.

Una volta definite le diverse crisi si può chiedere alla classe (anche divisa in gruppi) di creare due classifiche: una per ordine di grandezza, dalla più devastante in giù e una per ordine di timore, da quella che fa più paura in giù. Questo lavoro è un pretesto per riflettere sulle caratteristiche e sulle conseguenze per le persone di quanto succede in situazioni di crisi estrema

Per provare a rendersi conto di cosa significa trovarsi in una situazione di crisi umanitaria provare a immaginare di trovarsi di fronte a una calamità naturale. Dividere la classe in gruppi, leggere la situazione/stimolo e chiedere di rispondere alle domande:

Immaginate di trovarvi improvvisamente colpiti da un terremoto di enormi dimensioni. Vi trovate per strada e non avete subito danni fisici ma una volta terminata la scossa il panorama che vi si presenta davanti è di distruzione totale (potete stimolare l'immaginazione presentando una o più fotografie).

Provate a guardarvi intorno e rispondete a queste domande:

- quali servizi pubblici essenziali sono stati compromessi?
- come fate a contattare le vostre famiglie?
- casa vostra è accessibile ma insicura, avete solo 10 minuti per recuperare quanto vi serve, cosa prendete?
- dove andate a passare la prima notte?
- non potendo andare da amici/parenti a chi vi rivolgete per trovare riparo?
- cosa fate il giorno dopo?
- potendo chiedere una sistemazione e ciò che vi serve per continuare la vostra vita di ogni giorno, cosa chiedereste?
- non avendo speranza di tornare a una situazione di normalità, cosa fareste?

La discussione delle strategie da adottare potrebbe essere una buona occasione

UN PASSO IN PIÙ: PER SCUOLE SECONDARIE DI II GRADO

Provate a cercare informazioni (articoli, video e foto) su alcune crisi umanitarie e rispondete alle seguenti domande: Cosa è successo. Che danni ha provocato. Come si è affrontata l'emergenza. Qual è la situazione oggi. Un problema risolto. Un problema irrisolto. Crisi umanitarie dovute a conflitti e violenza estrema: Repubblica Centrafricana, Somalia, Siria, Afghanistan, Libia, Iraq, Nigeria,

Mauritania, Sud Sudan, RDC, Ucraina.
Crisi umanitarie dovute a disastri naturali: Uragano Katrina (USA 2005), Ciclone Nargis (Myanmar 2008), Tifone Haiyan (Filippine 2013), Terremoto e tsunami dell'Oceano indiano (2004), Terremoto de L'Aquila (Italia 2009), Terremoto di Haiti (2010), Terremoto e tsunami in Giappone (2011), Terremoto Nepal (2015).



UN PASSO IN PIÙ

Altra analisi sulle migrazioni forzate con relativa suddivisione può essere fatta tra chi decide di partire liberamente (per quanto spinto dall'esterno) e chi emigra anticipando l'arrivo di una crisi (es. per paura dello scoppio di una guerra). Chi parte prima che arrivi il peggio è un migrante forzato? La risposta a questa domanda non è semplice ma è importante porsi il problema e rifletterci.

UN PASSO IN PIÙ: PER SCUOLE SECONDARIE DI II GRADO

Le categorie possono anche essere identificate per colore (es. fattori ambientali, verde) e rappresentate con dei punti colorati su una carta del mondo, in corrispondenza del luogo dove si manifestano. I punti possono essere di grandezza diversa a seconda della dimensione della crisi (es. numero di persone colpite). Così si può costruire una mappa delle crisi del mondo, presenti e/o passate. Per ognuna di queste si possono aggiungere alcuni dettagli, che ne spieghino l'origine, le caratteristiche e l'evoluzione.

per diffondere informazioni sulle buone prassi da adottare in caso di calamità naturale ma la riflessione sulle risposte deve servire soprattutto a immedesimarsi in una situazione di crisi e a creare empatia verso quelle persone che ci si sono trovate o ci si trovano ancora. Lo stesso esercizio si può fare prendendo come situazione un'altra tipologia di crisi umanitaria, anche per uscire dalla metafora del terremoto e sottolineare come la situazione sia comparabile anche in altri casi di crisi (vedi box qui sotto).

L'obiettivo finale è di comprendere che la decisione di partire è spesso un fatto obbligato, una decisione che (quasi) tutti prenderebbero. Se si arriva a questo punto si è compreso il concetto di migrazione forzata.

2. Migrazioni forzate

Una volta capito che in alcuni casi bisogna migrare per forza affrontare il tema delle migrazioni forzate, presentando una serie di esempi di migrazioni dovute a situazioni di crisi umanitaria e chiedendo di individuare i fattori che hanno spinto a decidere di partire. Si possono leggere delle testimonianze di rifugiati (anche in forma letteraria) che raccontino cosa significa trovarsi in una situazione di emergenza umanitaria. Sono numerosi i siti internet che raccolgono informazioni e testimonianze delle tante crisi passate e in atto nel mondo. Una volta identificati i fattori negativi esterni che hanno spinto le persone a emigrare questi possono essere suddivisi in categorie: ambientali, sanitari, economici, politici, sociali...

Il passo successivo è abbastanza delicato. Si tratta di comprendere che la mancanza di reddito, sicurezza, salute, libertà corrisponde alla mancanza dei diritti umani fondamentali, quelli che secondo la Dichiarazione universale del 1948 dovrebbero essere garantiti a tutti. Questo passaggio può essere presentato come logica deduzione o sollecitato con una serie di domande:

- *la libertà, la salute, la sicurezza, l'istruzione dovrebbero essere garantite a tutti? perché?*
- *dovendoli raggruppare in un solo termine, come li chiameresti?*

Una volta arrivati a parlare di diritti si possono andare a leggere gli articoli salienti della Dichiarazione universale dei diritti umani e discutere su quali dovrebbero essere garantiti anche in situazione di crisi.

Risorse didattiche

milionidipassi.medicisenzafrontiere.it/category/testimonianze

Notizie e testimonianze dalla viva voce dei protagonisti

Risorse didattiche

meltingpot.org/Racconti-di-vita.html

Raccolta di storie di migrazione

focusosyria.org

Storie personali di rifugiati siriani

stories.unhcr.org/refugees

Contiene diverse storie di rifugiati

- **Tutta la vita in un foglio.** Memorie di richiedenti asilo. Ed. Lai-Momo, 2014

unric.org/it/

Sito del centro regionale di informazione dell'ONU dove trovare documenti ufficiali in italiano

internal-displacement.org/global-figures

Dati Aggiornati, grafici e tabelle sugli sfollati nel mondo

shannon-jensen.com

Sito della fotografa omonima, dove trovare le immagini delle scarpe dei sudanesi in fuga dal Paese



3. Partire, forse arrivare

A questo punto bisogna spiegare che ci sono diverse tipologie di migranti forzati, portando delle definizioni precise e facendo vedere - aiutandosi con mappe e tabelle - quanti sono e dove sono i migranti forzati nel mondo. Uno dei luoghi comuni da sfatare è quello che dice: "vengono tutti qui".

Gli sfollati

Gli sfollati (in inglese, Internally Displaced Persons) sono civili costretti a fuggire da guerre o persecuzioni senza però oltrepassare le frontiere del proprio Paese. Non esistono statistiche certe sul numero di sfollati nel mondo ma si stima che siano oltre 30 milioni di persone. Si può andare a vedere quanti sono gli sfollati

nel mondo e quali Paesi ne sono maggiormente interessati.

Risorse didattiche

unhcr.it/risorse/statistiche

Nel sito dell'agenzia delle Nazioni unite per i rifugiati si trovano dati statistici aggiornati su migrazioni forzate (Global trends) con una scheda sintetica anche in italiano

dadaabstories.org

Storie di Dadaab è un progetto di comunicazione partecipativa che permette ai rifugiati di condividere le loro storie con il mondo

missingmigrants.iom.int

Mapa che indica ogni incidente con vittime migranti segnalati in tutto il mondo

urbansurvivors.org

Viaggio delle baraccopoli del mondo, dove si accumulano moltissimi migranti forzati e rifugiati

doctorswithoutborders.org/news-stories/op-ed/anniversary-convention-refugees-sweet-sixty

Rapporto di MSF in occasione del 60° anniversario della Convenzione internazionale sui diritti dei rifugiati

unhcr.org/pages/49c3646c4d3.html

Programma di UNHCR e Google earth per visualizzare alcuni dei maggiori campi profughi al mondo

esteri.it/visti

Sul sito del ministero Affari esteri e della cooperazione internazionale si possono trovare i formulari di visto in italiano e in inglese

parlezvousglobal.org/il-confine/

Attività che permette di sperimentare la discriminazione e il rapporto con la burocrazia discrezionale

refworld.org/protectionmanual.html

Manuale protezione di UNHCR. Contiene tutti i testi normativi di riferimento e le principali policy in materia di protezione

UN PASSO IN PIÙ

La convenzione di Ginevra prevede il principio del non-refoulement (non respingimento), in base al quale uno Stato non può respingere un migrante che abbia diritto di asilo. Ciononostante in alcuni casi i migranti vengono respinti, in base al principio del primo Paese sicuro (safe third country). Ma chi decide se la Libia (per esempio) è un Paese sicuro dove rimpatriare i migranti che arrivano sulle coste italiane? Chi controlla se le condizioni di sicurezza si mantengono nel tempo?

I profughi

Nel mondo esistono numerosi campi profughi, alcuni dei quali nati recentemente (es. in seguito al conflitto in Siria) altri nati ormai decenni fa

(es. il campo di Shati nella Striscia di Gaza è nato nel 1948). Alcuni campi sono ormai così estesi da essere tra le prime città dei Paesi dove si trovano (es. il campo di Dadaab in Kenya è la quarta città del Paese). Si possono visualizzare tutti i campi profughi presenti nel mondo e approfondire le condizioni di vita delle persone presenti nei campi, ovvero chi e come cerca di garantire i diritti umani fondamentali a chi senza colpa se li è visti negare. Per rendersi conto di quanto sia difficile la vita in un campo profughi provate a fare questo semplice confronto. Contate: quante persone (studenti, insegnanti, altro personale) ci sono nella scuola, quanti rubinetti dell'acqua ci sono nell'edificio e quanti gabinetti. Quindi calcolate ogni quante persone sono disponibili un rubinetto e un gabinetto. Confrontate quindi i dati con quelli rilevati nel 2011 da MSF in un quartiere di rifugiati urbani dello Zimbabwe in Sudafrica: un rubinetto ogni 200 persone e un gabinetto ogni 100 persone. Provate a immaginare come sarebbe stare a scuola (dove comunque non si cucina e non si lava) nelle stesse condizioni.

I rifugiati

I rifugiati sono persone alle quali deve essere riconosciuto un diritto umano fondamentale: quello alla protezione. In base alla Convenzione sullo status dei rifugiati (1951) gli Stati firmatari devono garantire protezione a chi non può rientrare nel proprio Paese "temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche". Si calcola che i rifugiati nel mondo siano milioni e milioni e che oltre la metà di loro siano bambini. Un primo lavoro può consistere nell'andare a vedere quanti sono e dove si trovano i rifugiati nel mondo, quali sono i Paesi che ne accolgono di più e quali quelli che ne "producono" di più. I rifugiati sono tutelati da una Convenzione internazionale a loro dedicata. Per comprendere i bisogni specifici di questa categoria di persone si possono andare a leggere gli articoli di questa convenzione e vedere cosa aggiungono all'articolo 14 della Dichiarazione universale dei diritti umani.

I richiedenti asilo

Gli Stati sono tenuti a prevedere delle procedure per il riconoscimento dello status di rifugiato. Molti Stati cercano di limitare il numero di concessioni e uno dei modi per rendere difficile l'ottenimento è la burocrazia. Per provare cosa significa confrontarsi con una burocrazia ostile, proporre di compilare una domanda di visto per l'ingresso in area Schengen (è bene precisare che non c'entra nulla con la



richiesta di asilo). Stampare moduli di richiesta in diverse lingue e somministrarle alla classe, per farle compilare in base a un certo profilo (si possono prendere profili reali di migranti forzati o creare profili verosimili). Distribuendo i questionari in modo casuale o addirittura discrezionale può risultare che chi avrebbe diritto si trova nella condizione di non ottenerlo (non riesce a rispondere alle domande) e viceversa.

Oltre a queste categorie, che hanno una definizione e un riconoscimento internazionale, ve ne sono delle altre che esistono e che vanno conosciute dato che sono (purtroppo) in grande crescita.

- *Quelli che non possono tornare a casa perché durante il viaggio hanno subito abusi e violenze che ne hanno compromesso gravemente la salute psicofisica;*
- *Quelli che sono rimasti bloccati nei Paesi di transito o destinazione, dove non possono restare legalmente ma allo stesso tempo non sono in grado di andare altrove né di tornare al Paese di origine;*
- *Quelli che non sono mai arrivati: morti o dispersi lungo il viaggio.*

Per far comprendere quanto sia pericoloso avventurarsi in mare (o anche nel deserto) per raggiungere le coste europee provate a fare questo semplice esperimento. Trasportare dell'acqua con le mani da un lato all'altro della classe. È impossibile portarla tutta. Qualche goccia (o anche di più) è fisiologico che cada per terra. Questa può essere la metafora di tante pericolose traversate che i migranti cercano di compiere per arrivare a destinazione. E la metafora può anche servire a far comprendere quanto sia difficile tenere conto delle gocce che cadono, che possono rappresentare i dispersi nei mari o nei deserti del mondo. Gli esperti calcolano che per ogni cadavere scoperto ce ne sono altri due che non verranno mai trovati. Per avere un'idea di cosa succede si possono raccogliere informazioni e testimonianze in numerosi siti internet che tengono la triste conta dei morti in viaggio.

4. I migranti forzati in Italia

In conclusione si possono andare a vedere quanti sono, da dove vengono e dove sono distribuiti i rifugiati e i richiedenti asilo in Italia. Si possono approfondire le situazioni dei Paesi di origine per comprendere quali sono le ragioni che hanno spinto queste persone a cercare asilo in Italia e provare a ipotizzare perché non possono rientrare nel proprio Paese di origine.

Risorse didattiche

stories.dataninja.it/themigrantsfiles/

Giornalisti di 6 Paesi europei aggiornano costantemente una mappa interattiva dei morti e dispersi lungo le rotte che portano in Europa

publications.iom.int

Sul sito dell'Organizzazione internazionale per le migrazioni si può trovare il rapporto Fatal Journeys: Tracking Lives Lost during Migration

serviziocentrale.it/

Nella sezione documenti: rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2014, compendi statistici, studi e ricerche

asylumineurope.org

Rapporti nazionali sulla condizione di rifugiati e richiedenti asilo in Europa

temi.repubblica.it/metropoli-online/le-guide/

Guide sulle leggi in materia di immigrazione e asilo

cir-ontlus.org

Sito del Consiglio italiano per i rifugiati. Nella sezione statistiche si trovano dati aggiornati sui rifugiati in Italia

interno.gov.it/it/temi/immigrazione-e-asilo/politiche-migratorie/centri-immigrazione

Mappa e statistiche sulla presenza di stranieri nei centri di accoglienza in Italia



Unità di apprendimento

■ Discipline

• Scuola secondaria di I°

Italiano, storia, geografia,
(matematica, scienze, lingua straniera,
tecnologia, arte e immagine)

• Scuola secondaria di II°

Storia, geografia, lingua italiana
(filosofia, lingua straniera,
matematica, scienze naturali, diritto,
economia, informatica)

■ **Durata** 4/6 ore

■ Conoscenze

- Che cosa si intende per "salute" e per diritto alla salute;
- Quali sono i principali problemi medici e umanitari dei migranti e quali risposte si possono dare;

- Quali sono i problemi sanitari specifici di ogni fase della migrazione;
- In che modo le politiche migratorie impattano sulla salute e la dignità dei migranti.

■ Competenze apprendimento

- Comunicazione nella madrelingua e nelle lingue straniere;
- Competenza matematica;
- Competenza digitale;
- Imparare a imparare;
- Competenze sociali e civiche;
- Consapevolezza ed espressione culturale.

■ Competenze di cittadinanza

- Imparare a imparare;
- Comunicare;
- Acquisire ed interpretare l'informazione;
- Individuare collegamenti e relazioni;
- Risolvere problemi.



Svolgimento

1. Il diritto alla salute dei migranti

Per iniziare questa unità di apprendimento si può introdurre il tema della salute in generale, chiedendo ai partecipanti di esprimersi su cosa significa essere in salute (prima) e quali sono le condizioni - esterne e interne - che la garantiscono (poi). Nel primo caso si può chiedere ai partecipanti di scrivere su un post-it una definizione di salute, quindi raccogliere e commentare le definizioni date, aggregarle per analogia o suddividerle per differenza, priorizzarle per importanza o per relazione di causa effetto. L'obiettivo in ogni caso è di arrivare a una definizione condivisa, da confrontare con quella data dall'Organizzazione Mondiale della Salute. Il confronto metterà probabilmente in luce che la salute non è solo assenza di malattia ma uno stato generale di benessere che interessa anche la dimensione pubblica del vivere (società, famiglia, lavoro, educazione ecc.). Spiegare che oggi si tende a parlare di Determinanti della salute, ovvero di quei fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo o comunità: comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali che possono rivelarsi un vantaggio o uno svantaggio; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali; fattori genetici.

Una volta stabilito che cosa si intende per salute la domanda cui rispondere è: La salute è un diritto? Per fare in modo che la risposta "sì" non sia scontata e priva di sostanza, chiedere alla classe di compilare una tabella a doppia entrata: da un lato i diritti che devono essere garantiti alle persone per non ammalarsi, dall'altro i diritti da garantire alle persone malate. La compilazione potrebbe richiedere sollecitazioni da parte del conduttore, per far emergere alcune cose che si danno per scontate, senza rendersi conto dell'importanza che rivestono per la salute della comunità, come per es. i sistemi fognari, quelli viabilistici (per un rapido accesso alle strutture sanitarie) o quelli educativi (per la prevenzione delle malattie).

Finito il lavoro si può presentare la tabella sul diritto alla salute dell'Organizzazione Internazionale delle Migrazioni (vedi box a pagina 24) e sollecitare una discussione:

- *Nella vostra tabella hanno trovato posto tutti gli aspetti della definizione di salute data dall'ONU?*
- *Dovendo scegliere, quali sono gli aspetti più importanti da garantire (es. i primi 5)?*
- *Perché in alcune situazioni questi diritti non vengono garantiti?*

Il passo successivo è comprendere che ci sono alcune situazioni dove il diritto alla salute è particolarmente a rischio, nello specifico le situazioni di crisi umanitaria e di migrazione forzata. In queste situazioni il diritto

Risorse didattiche

who.int/about/definition/en/print.html

Definizione di salute data dalla Organizzazione mondiale della salute

salute.gov.it

Sito del ministero della Salute, con info e buone pratiche per la salute dei bambini e di altre categorie

quirinale.it

L'articolo 32 della Costituzione italiana è dedicato alla salute

ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/itn.pdf

L'articolo 25 della Dichiarazione universale dei diritti umani tratta di salute e benessere

garanteinfanzia.org/diritti

L'articolo 24 della Convenzione internazionale dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza sancisce il diritto a godere di buona salute

UN PASSO IN PIÙ: PER SCUOLE SECONDARIE DI II GRADO

Nel mondo esistono grandi differenze rispetto al diritto alla salute e alle condizioni che lo garantiscono. Queste possono essere visualizzate presentando una serie di planisferi tematici che mostrino la situazione mondiale attraverso la lente di questo o quel tema: salute infantile o materna, accesso al cibo o all'acqua, istruzione di base, qualità dell'aria ecc. Avviare una discussione su quanto raccontano i planisferi, che mondo ci restituiscono, cosa ci preoccupa e cosa ci rassicura di quanto vediamo rappresentato. Su alcuni dati significativi per la classe o l'insegnante (es. accesso all'acqua) si possono fare degli approfondimenti andando a vedere come vengono misurati dalle Agenzie internazionali che si occupano dei diversi temi e qual è la situazione nel dettaglio (es. situazione di alcuni Paesi).

Risorse didattiche

who.int/gho/map_gallery

Serie di mappe tematiche suddivise per categorie e parole chiave

apps.who.int/gho/data

Archivio statistico dell'Osservatorio mondiale sulla salute (dati divisi per tema, indicatore e Stato)

archivio.internazionale.it/atlanter

Interessante raccolta di carte tematiche in italiano

monde-diplomatique.fr/cartes/

Permette di accedere a un gran numero di carte tematiche divise per categorie tra le quali: diritti umani, ambiente, armi, migrazioni

worldmapper.org

Permette di creare mappe tematiche particolari e curiose su una infinità di categorie

Risorse didattiche

milionidipassi.it

Dove trovare un dossier sulle crisi umanitarie più attuali e urgenti

rapportoannuale.amnesty.it

Rapporto sulla situazione dei diritti umani nel mondo, informazioni divise per regione

hrw.org/world-report/2015

Report annuale di Human rights watch, con informazioni divise per Paese e un portfolio sull'immigrazione negli USA

medicisenzafrontiere.it/cos-a-facciamo/dove-lavoriamo

Mappa dei Paesi di intervento di MSF, con informazioni sulla situazione di crisi e sulle sue implicazioni sanitarie

thelostcountry.msf.org

Informazioni e notizie sulla crisi in nella Repubblica Centrafricana

medicisenzafrontiere.it/cos-a-facciamo/attivita-mediche/ebola

Informazioni e dettagli sull'intervento di MSF contro il virus ebola, con una mappa interattiva di un centro di trattamento e cura

reachofwar.msf.org/it

Un giorno nella vita dei civili coinvolti dal conflitto in Siria

medicisenzafrontiere.it/cos-a-facciamo/attivita-mediche/colera

Informazioni e dettagli sull'intervento di MSF contro il colera, con una mappa interattiva di un centro di trattamento e cura

medicisenzafrontiere.it/notizie/blog

Notizie e testimonianze direttamente dal campo

frontex.europa.eu/trends-and-routes/migratory-routes-map/

Mappa delle rotte migratorie dirette verso l'Europa e dei Paesi di transito e ingresso

balcanicaucaso.org/Temi/Migrazioni

Osservatorio sulle migrazioni provenienti o di transito nei Balcani e in Caucaso

• **Nel mare ci sono i coccodrilli**, di Fabio Geda (2010), racconta la storia di Enaiatollah Akbari, dalla sua nascita in Afghanistan, al suo arrivo in Italia

• **Non dirmi che hai paura**, di Fabio Catozzella (2014), racconta la storia di Samia Yusuf Omar, dalle strade di Mogadiscio alle coste italiane

• **Mamadou va a morire (2007)** e **Il mare di mezzo (2010)**, entrambi di Gabriele del Grande. Raccontano le rotte migranti lungo tutto il Mediterraneo e oltre

• **Erano solo ragazzi in cammino**, di Dave Eggers (2008) la storia della guerra civile in Sudan attraverso gli occhi di un giovane profugo che ora vive negli Stati Uniti

DIRITTO ALLA SALUTE

Per non ammalarti hai diritto a:

Cibo adeguato, casa sicura, acqua potabile, sistema fognario, lavoro dignitoso, ambiente sano, istruzione di base, educazione alla salute, prevenzione sanitaria, libertà personali, sicurezza, partecipazione civica.

Quando sei malato hai diritto a:

Disponibilità: strutture e servizi sanitari funzionanti, beni, servizi e programmi in quantità sufficiente
Accessibilità: non discriminazione, fisicamente raggiungibili, economicamente accessibili, accesso all'informazione
Accettabilità: rispettosi dell'etica medica e culturalmente appropriati, sensibili all'età e al genere
Qualità: appropriati dal punto di vista scientifico e medico

Tratto da: International migration health and human rights (IOM, 2013)

alla salute diventa il primo da garantire, sia perché la salute è condizione essenziale per la sopravvivenza delle persone (e per l'esercizio di tutti gli altri diritti) sia perché in situazioni di crisi la salute è la prima cosa che viene compromessa.

Per rendersene conto si possono proporre esempi concreti di crisi umanitaria e/o di migrazione forzata (attraverso immagini, video, articoli, dossier) e provare a raccogliere in uno schema: tutti i fattori di salute che sono stati compromessi; quali devono essere ripristinati il prima possibile e perché; cosa fare per garantire la salute delle persone. Le informazioni possono essere raccolte in una serie di schede che possono essere posizionate su una carta geografica che le colleghi ai luoghi interessati. Per ogni caso elencare quali sono le risposte in atto da parte delle organizzazioni internazionali che intervengono in situazioni di crisi, in particolare approfondendo l'azione umanitaria di Medici senza frontiere.

2. Nelle zone di crisi

Si possono scegliere diverse tipologie e luoghi di crisi:

- dovute a fame e malnutrizione, come per esempio in Sierra Leone, India, Bangladesh o Ciad;
- dovute a mancato accesso ai sistemi di prevenzione sanitaria a cura, come per esempio in Pakistan, Guinea o Afghanistan;
- dovute al mancato accesso alle infrastrutture igienico-sanitarie, come per esempio in Sud Sudan;
- dovute a terremoti, alluvioni o altre catastrofi naturali, come per esempio ad Haiti o nelle Filippine;
- dovute a epidemie come ebola in Liberia o colera in Congo
- dovute a guerre convenzionali e civili, come per esempio in Iraq, Siria, Repubblica Centrafricana, Mali, Ucraina, Nigeria, Yemen, Afghanistan o Somalia.

3. Nei Paesi di transito

La maggior parte dei percorsi migratori sono a tappe, si parte dal Paese di origine e si arriva a quello di destinazione dopo aver oltrepassato altri Stati dove spesso si trovano condizioni



Aspetti che possono minare la salute dei migranti in viaggio:

- condizioni e modalità di viaggio (pericolo, mancanza di cibo, acqua, riparo o trattamenti sanitari di base);
- durata del viaggio (settimane, mesi, anni);
- eventi traumatici, abusi, violenze;
- viaggiare da solo o in gruppo.

Tratto da: International migration health and human rights (IOM, 2013)

peggiori di quelle lasciate alla partenza. Un primo lavoro che si può fare è quello di tracciare le rotte migratorie e segnare i Paesi di partenza, transito e arrivo. Quindi analizzare criticità e soluzioni proposte in alcuni dei Paesi di transito dei migranti. Ci sono alcuni casi che possono essere presi in considerazione:

- i Paesi di transito delle rotte sub-sahariane dell'Africa occidentale, come Marocco, Mauritania, Algeria, Niger o Libia, dove si trovano centri di detenzione e campi profughi con gravi problemi di salute fisica e mentale;
- i Paesi di transito dei flussi provenienti dal corno d'Africa (Somalia in particolare) come il Sudan, l'Etiopia o la Libia;
- la Serbia, dove passa la via dei Balcani, utilizzata da migranti della regione o provenienti dal medio oriente e dall'Asia centrale;
- la Turchia, dove transitano numerosi migranti provenienti dall'Asia centrale e dal corno d'Africa;
- il Messico, dove transita gran parte dei flussi migratori latinoamericani

diretti verso gli Stati Uniti d'America;

- lo Yemen, dove approdano numerosi migranti provenienti dal corno d'Africa;
- l'Ucraina, la Moldova o la Bielorussia, ai confini orientali dell'Unione europea da dove entrano migranti provenienti dal Caucaso e dall'Asia centrale.

4. Nei Paesi di arrivo.

Come attività finale si può proporre alla classe di andare a esaminare alcuni casi specifici.

Italia

In particolare la situazione delle coste italiane interessate dagli sbarchi (in Sicilia ma non solo) e la situazione dei centri di accoglienza. I centri di accoglienza in Italia non sono tutti uguali, esistono i Centri di primo soccorso e accoglienza (Cpsa), Centri di accoglienza straordinaria (Cas) e i centri di accoglienza per richiedenti asilo (Cara) e infine i Centri di identificazione ed espulsione (Cie). Che differenze ci sono tra i diversi centri? Che tipologie di persone accolgono? Quali sono i principali problemi che vengono affrontati?

Altra situazione che può essere analizzata è quella delle baraccopoli dove molti migranti si trovano a vivere,



SINTOMI FISICI COMUNI ASSOCIATI A CONDIZIONI DURE DI VIAGGIO IN MARE

disidratazione	ipotermia	lesioni muscolo scheletriche (es. distorsioni)	lesioni traumatiche (es. ferite)	reazioni post-traumatiche (es. depressione)
----------------	-----------	--	----------------------------------	---

Tratto da: The illness of migration. Ten years of medical humanitarian assistance to migrants in Europe and in transit countries, MSF (2013)



Risorse didattiche

zalab.org

• **Mare chiuso**, di S. Liberti e A. Segre (Italia, 2012, 60') raccoglie le testimonianze dei migranti respinti in mare dalle forze armate italiane e rifugiati nel campo di Shousha in Tunisia

frontex.europa.eu/feature-stories

Informazioni aggiornate sulle operazioni di controllo delle frontiere europee

interno.gov.it/it/temi/immigrazione-e-asilo/politiche-migratorie

Quali sono le politiche messe in atto dal governo italiano nei confronti dei migranti

zalab.org

• **A sud di Lampedusa**, di S. Liberti e A. Segre (Italia, 2006, 31') raccoglie le testimonianze dei migranti stagionali arrestati in Libia e abbandonati alla frontiera nigerina

• **Bilal. Viaggiare, lavorare, morire da clandestini**, di Fabrizio Gatti (2008) racconta il calvario dei migranti forzati dal deserto africano alle campagne italiane

dieci78.blogspot.it

A Milano fa freddo (Italia, 2010, 21') i volti, i bisogni e le speranze di persone senza fissa dimora, italiani e stranieri, giovani e non, immigrati regolari e rifugiati politici

medicisenzafrontiere.it/cosa-facciamo/missione-italia

Informazioni e testimonianze sulle attività di MSF in Italia

customs.gov.au/site/offshore-communication-campaign-people-smuggling.asp

Campagna del governo australiano contro l'immigrazione irregolare

sia in zone prossime alle coltivazioni stagionali (una delle più note alle cronache è Rosarno) sia nelle "periferie" delle aree urbane.

Infine è bene precisare che anche i migranti residenti in sistemazioni più dignitose (per esempio in appartamento) e più integrati nel tessuto sociale italiano trovano barriere di vario genere nell'accesso ai servizi e alle cure. Si tratta di barriere logistiche, linguistiche, economiche e anche culturali.

Altre situazioni che si possono analizzare sono quelle della Grecia, di Malta e dell'Australia, che ha adottato una politica molto dura di respingimento in mare e trasferimento forzato dei migranti in centri di detenzione lontani dalle coste australiane.

UN PASSO IN PIÙ: PER SCUOLE SECONDARIE DI II GRADO

In conclusione si possono andare ad analizzare quali sono le procedure che vengono messe in atto dai Paesi che accolgono i migranti e come queste si ripercuotono sulle condizioni di salute degli stessi. Perché alcuni Paesi istituiscono centri di detenzione e quali sono le condizioni di vita e salute dei migranti in questi centri.

Allo stesso modo si può discutere della condizione di molti immigrati irregolari che vivono nelle nostre città e magari lavorano nelle nostre case ma sono formalmente ai margini dalla società, ostacolati da barriere linguistiche, culturali e politiche che ne limitano l'accesso ai diritti di base, tra i quali quello alla salute.

Constatato che spesso i migranti peggiorano le proprie condizioni di salute quando sono già stabilmente sul territorio italiano un dibattito finale dovrebbe ipotizzare soluzioni che garantiscano la salute sia dei migranti che delle società di accoglienza.