

KIT SCUOLE #MILIONIDIPASSI

Scheda d'aggiornamento 2018

Medici senza Frontiere

Medici Senza Frontiere, fondata a Parigi nel 1971 da un gruppo di medici e giornalisti, è oggi la più grande organizzazione umanitaria indipendente di soccorso medico umanitario, composta da cinque grandi sezioni operative in Francia, Belgio, Svizzera, Olanda e Spagna e da 21 sezioni partner che partecipano al movimento con attività di raccolta fondi, reclutamento degli operatori umanitari, sensibilizzazione e informazione e/o gestendo alcuni progetti. L'obiettivo di MSF è portare soccorso alle popolazioni in pericolo e fare testimonianza.

Ad oggi si conta la presenza di circa 30.000 operatori umanitari provenienti da diverse parti del mondo che forniscono assistenza medico umanitaria a popolazioni vittime di catastrofi naturali, conflitti, epidemie o che non hanno accesso a cure mediche, in oltre 70 paesi nel mondo.

Medici Senza Frontiere - Le prime missioni

La prima missione di MSF è in Nicaragua, a Managua, dove nel 1972 un terremoto distrugge gran parte della città e uccide tra 10.000 e 30.000 persone.

Nel 1974, poi MSF avvia una missione di soccorso per aiutare la popolazione dell'Honduras dopo l'uragano Fifi che causa gravi inondazioni e uccide migliaia di persone. Nel 1975, MSF fornisce assistenza medica, nella sua prima missione di intervento su larga scala, in favore dei rifugiati cambogiani in fuga dal regime dei Khmer Rossi.

Medici Senza Frontiere – Oggi

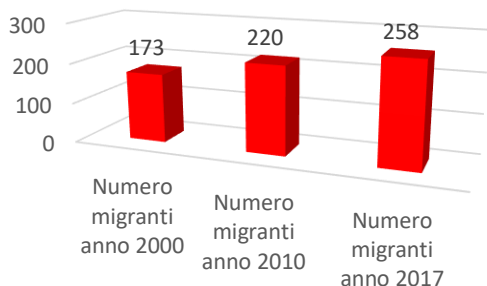
Oggi, MSF è la più grande organizzazione umanitaria indipendente di soccorso medico. Nel 2017 MSF è in prima linea in Iraq, amplia il proprio intervento in altri contesti di conflitto, dal Kasai allo Yemen, e risponde alla crisi dei Rohingya in fuga dal Myanmar.



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. L'Italia stessa si configura sia come paese di immigrazione che di emigrazione.

**Milioni di migranti nel mondo
2000 - 2017**



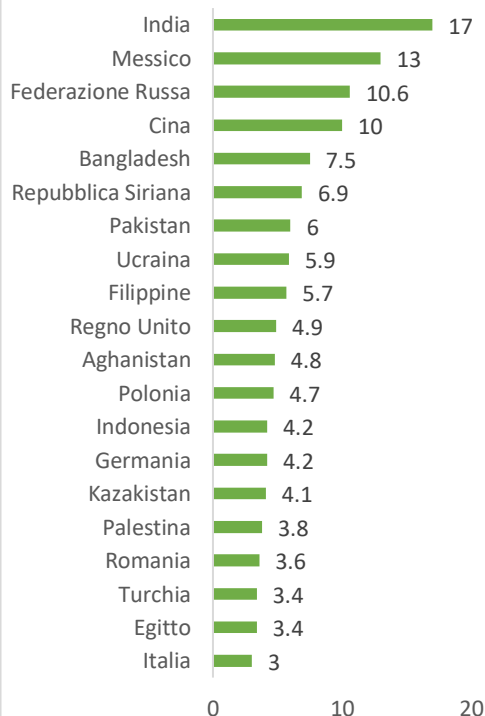
Su scala mondiale i flussi migratori sono in continuo aumento. Tutti i paesi del mondo oggi sono allo stesso tempo paesi di arrivo, di transito o di partenza. Nel 2017, secondo le ultime stime delle Nazioni Unite, è stata superata la soglia 258 milioni di migranti nel mondo da aggiornare a 1 miliardo se si tiene conto anche dei flussi migratori interni ai paesi.

Al momento è l'India è il paese con il più grande numero di persone che vive fuori dai propri confini nazionali ("diaspora"), seguita dal Messico, la Federazione Russa e la Cina. Nel 2017, 16.6 milioni di persone provenienti dall'India e 13 milioni dal Messico vivevano in un altro paese.

Tra gli altri Paesi che si distinguono per il significativo numero di persone in movimento troviamo la Federazione Russa (10.6 milioni di migranti), la Cina (10 milioni), il Bangladesh (7.5 milioni).

La maggior parte dei migranti risiede in un numero relativamente basso di paesi. Nel 2017, più del 50% di tutti i migranti nel mondo viveva in circa 10 Paesi o aree, mentre soltanto 20 paesi o aree ospitavano il 67% del numero globale di migranti. Nel 2017 il numero più alto di migranti risiedeva negli Stati Uniti (50 milioni) equivalente al 19% del totale. Dei 20 più grandi Paesi di destinazione dei migranti internazionali nel mondo, nove sono collocati in Asia, 7 in Europa, 2 in Nord America, 1 in Africa e 1 in Oceania.

**I paesi di provenienza dei
migranti in milioni
2017**



CRISI UMANITARIE E MIGRAZIONI FORZATE



Le crisi umanitarie, le calamità naturali le guerre rappresentano senza dubbio un fattore di spinta; le persone sono costrette a fuggire e abbandonare tutto in cerca di sicurezza in un altro paese; secondo i dati di UNHCR nel 2017 sono state 68.5 milioni le persone costrette a fuggire a causa di guerre, violenze e calamità.

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.

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 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 spesso preferiscono parlare, di "mixed flows", per evidenziare che normalmente le cause che spingono a migrare sono molteplici e complesse.



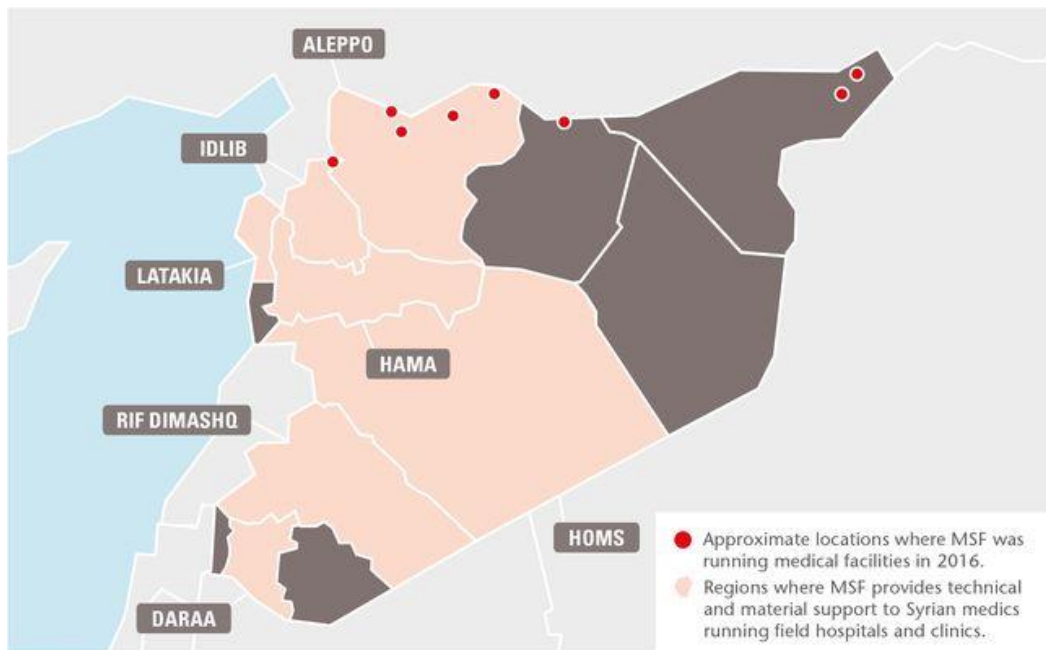
In media ogni minuto nel mondo 20 persone devono abbandonare la loro abitazione. Se si prendono in considerazione i rifugiati che sono riusciti a fuggire dal loro Paese e che sono sotto mandato dell'UNHCR, si nota come tra i primi dieci paesi che ospitano rifugiati vi sono solo paesi africani ed asiatici (Turchia, Pakistan, Libano, Iran, Etiopia, Giordania, Kenya, Ciad, Uganda, DR Congo).

Non possiamo dimenticare tutte le persone che perdono la vita nel tentativo di raggiungere un posto sicuro dove ricominciare lontano dalle violenze e dai conflitti. 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.

SCHEDE DI APPROFONDIMENTO

#MILIONIDIPASSI

SIRIA



La guerra in Siria dura ormai da oltre sette anni, e ha dato vita a quella che possiamo definire una delle più gravi crisi umanitarie dalla seconda guerra mondiale.

Attacchi incessanti, brutali e mirati contro i civili sono la caratteristica dominante di questa guerra e non accennano a diminuire. 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.**

Oggi in Siria, l'anormale è diventato normale. L'inaccettabile viene accettato.

Medici Senza Frontiere continua a testimoniare la situazione drammatica che coinvolge la popolazione civile e le strutture sanitarie.

Secondo le stime delle Nazioni Unite nel mondo sono oltre 6 milioni i rifugiati siriani e più di 146.000 i siriani richiedenti asilo, a questi si sommano poi tutti coloro costretti ad abbandonare le proprie case che vivono ancora all'interno del territorio siriano, cosiddetti sfollati interni.

Nel 2017 11 strutture sanitarie supportate da MSF sono state oggetto di attacchi indiscriminati.

MSF gestisce direttamente cinque strutture sanitarie e tre cliniche mobili nella zona settentrionale del paese e poi fornisce supporto remoto a circa 50 strutture in aree in cui le équipe MSF non possono essere direttamente presenti.

La situazione nella Ghouta Orientale:



La zona della Ghouta orientale è stata protagonista di continui bombardamenti con lo scopo di colpire le forze ribelli. Ma a pagarne principalmente le conseguenze, è stata la popolazione. Proprio per favorire lo sgombero delle zone bombardate, soprattutto quelle nel distretto della Ghouta orientale, il 24 febbraio 2018 il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite ha approvato una tregua umanitaria in Siria che sarebbe dovuta durare almeno 30 giorni. Nonostante sia stato preso questo

provvedimento, la tregua non è mai stata rispettata. Nell'enclave a Ghouta est i raid aerei hanno provocato numerose vittime e feriti, mentre appare sempre più drammatica la situazione di chi necessita cure mediche. I servizi medici, infatti, sono allo stremo e, a causa dei continui bombardamenti, attacchi e assedi che perdurano da anni, il numero delle vittime aumenta in modo esponenziale.

Le necessità mediche non riguardano soltanto i feriti di guerra. Sono molte le persone che nella Ghouta est vivono in seminterrati e rifugi sotterranei improvvisati, in condizioni sanitarie precarie con riserve d'acqua potabile limitate e spesso senza servizi igienico-sanitari. La paura per i bombardamenti fa sì che le persone che hanno bisogno di assistenza, sia il personale medico rimangono intrappolati in casa. Per questo motivo molti pazienti non riescono ad accedere alle cure mediche di cui necessitano oltre al fatto che il personale medico delle strutture supportate da MSF è sempre più ridotto.



Alcuni numeri delle attività di MSF in Siria nel 2017:

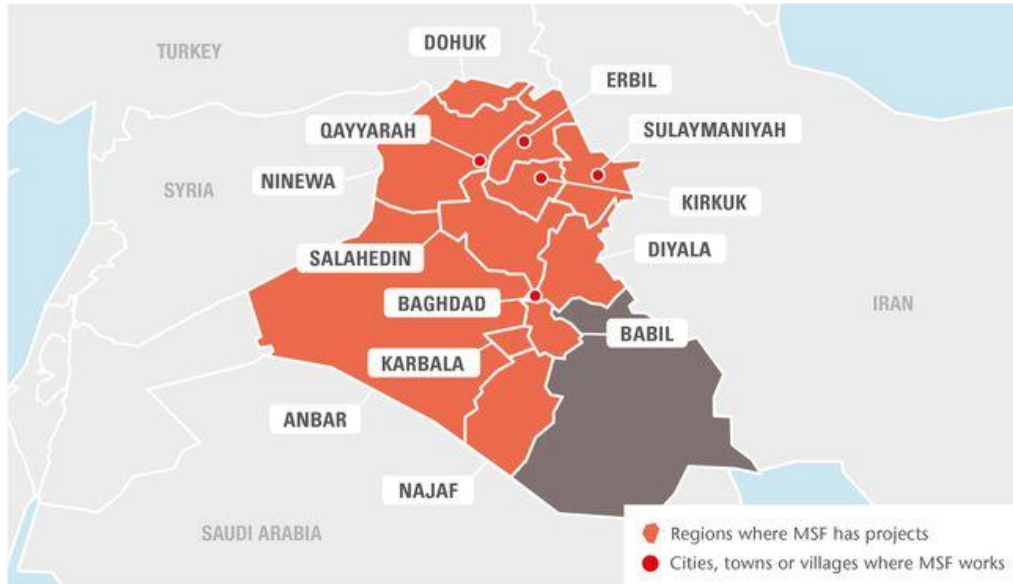
N di personale impiegato: **773**

Parti assistiti: **11.400**

Kit di primo soccorso distribuiti: **23.000**

IRAQ

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. Sono più 2,9 milioni le persone che ancora non sono riuscite a fare ritorno alle loro case da quando il conflitto si è affievolito.

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. Nel 2016 si è concentrata sulle attività di sostegno psicologico visto il crescente numero di persone vittime di traumi legati alla violenza ricorrente e alle terribili condizioni di vita in cui è costretta la popolazione ed i siriani nei campi profughi. Il sostegno psicosociale e la salute mentale hanno sempre caratterizzato i progetti che Medici Senza Frontiere porta avanti in Iraq, sia per gli sfollati iracheni che per i rifugiati provenienti dalla confinante Siria. Durante il 2016, infatti, le equipe di salute mentale hanno fornito complessivamente più di 23,000 consulti anche se molte vittime di traumi si sentivano in imbarazzo a chiedere aiuto a causa dei pregiudizi legati alla salute mentale.



*“Una donna che ha usufruito dei nostri servizi ha raccontato che inizialmente non voleva venire da noi per paura di essere definita pazza dai suoi vicini. Abbiamo cercato di ridurre questo pregiudizio andando di tenda in tenda e organizzando **sedute di formazione** per informare la comunità sui problemi di salute mentale e sull'importanza di ricevere cure.*

*Sebbene alcune persone fossero ancora caute in merito al trattamento, pian piano abbiamo notato un **cambiamento**. Questo ci ha permesso di fornire cure di qualità alle persone bisognose attraverso consulenze individuali, **sedute di gruppo e familiari**”*

Carla Brooijmans, Capo missione di MSF in Iraq

Alcuni numeri dell'attività di MSF in Iraq nel 2017:

N di personale impiegato: **1.620**

Interventi chirurgici: **4.600**

Parti assistiti: **6.200**

YEMEN



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, aeroporti 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 milioni 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.

Centinaia di strutture mediche sono state costrette a interrompere le attività a causa dei continui bombardamenti, attacchi aerei per la mancanza di forniture e rifornimenti, finanziamenti e personale. A tutto ciò si aggiunge l'aumento esponenziale del costo della vita. Nel corso del 2016 MSF ha ampliato le sue attività affinché si potesse affrontare meglio la mancanza di assistenza sanitaria e, allo stesso tempo, aiutare il maggior numero di vittime di guerra. Alla fine del 2016 le équipe di MSF hanno fornito direttamente assistenza ai pazienti in 12 ospedali e sostenuto almeno altre 18 strutture sanitarie. Sempre nello stesso anno, quasi 4 mila pazienti, in strutture gestite o supportate da MSF, hanno ricevuto trattamenti per violenze fisiche intenzionali, comprese le ferite di guerra. Di questi, 15,800 sono stati trattati direttamente da MSF.

Nel 2017 il Paese ha dovuto fronteggiare l'epidemia di difterite e di colera. A ciò si è aggiunta anche la malaria che ha continuato a colpire migliaia di Yemeniti soprattutto nelle aree più vulnerabili come la valle di Osman nel governatorato di Amran. Tra il mese di ottobre e novembre 2017, le équipe MSF hanno potenziato il loro intervento per curare i pazienti affetti da malaria e aumentare le misure di prevenzione. Sempre nel 2017 MSF ha trattato più di 10.000 pazienti affetti da malaria. Delle 3,225 visite realizzate nell'autunno del 2017, 654 persone (più del 20%) sono risultate positive alla malaria. Tale intervento è stato attuato su tre livelli:

- distribuzione di zanzariere;
- donazione di trattamenti essenziali e formazione,
- diagnosi e cura dei casi di malaria

Inoltre, è stato anche organizzato uno screening della malnutrizione per i bambini sotto i cinque anni, per le donne incinte o in fase di allattamento. Dei 1,200 bambini monitorati, il 75% è risultato affetto da malnutrizione acuta severa.

*“La malaria è **endemica** in alcune aree dello Yemen, come le valli del governatorato di Amran. La maggior parte dei decessi possono essere collegati alla mancanza di diagnosi e cure tempestive, causata dallo scarso **accesso alle cure mediche** e dall'assenza di misure di prevenzione”*

Caroline Seguin, Programme Manager per lo Yemen.

Il sistema sanitario in Yemen è al collasso. Negli anni passati, il Ministero della Sanità Pubblica e della Popolazione dello Yemen aveva risposto all'aumento dei casi di malaria rifornendo di farmaci i centri sanitari e promuovendo l'utilizzo dei dispositivi per il controllo dei vettori, come zanzariere e spray insetticidi. Nonostante ciò, a causa dei conflitti e del collasso del sistema sanitario, il Ministero non può mantenere lo stesso livello d'intervento.

Ad oggi, il programma di MSF di assistenza medica in Yemen risulta essere uno dei più importanti in tutto il mondo in termini di personale impiegato: 1600 collaboratori di cui 82 operatori internazionali.

Alcuni numeri dell'attività di MSF in Yemen nel 2017:

N di personale impiegato: **1.797**

N di persone curate per il colera: **101.500**

N di kit di prima necessità distribuiti: **4.000**

AFGHANISTAN



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 afghani 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 personale afghano 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.

La mancanza di sicurezza resta uno dei fattori determinanti degli spostamenti della popolazione afghana.

Alcuni numeri dell'attività di MSF in Afghanistan nel 2017:

N di personale impiegato: **2.282**

N di interventi chirurgici effettuati: **6.900**

N di parti assistiti: **70.500**

MYAMMAR



I Rohingya nel sud est asiatico

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 diminuita 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 non possono muoversi liberamente e questo rende per loro difficile l'accesso alle cure mediche. **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 Thanintharyi 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.



©Brigitte Breuillac/MSF

La situazione è oggi aggravata dalla diffusione di una malattia che per lungo tempo è stata dimenticata grazie all'aumento dei tassi di vaccinazione: la difterite. Questa malattia ha colpito il Bangladesh, dove nel distretto meridionale di Cox's Bazar dal 25 agosto 2017 più di 700.00 Rohingya sono fuggiti dalle violenze in Myanmar. La maggior parte dei pazienti ha un'età compresa tra i 5 e i 14 anni.

L'insorgenza e la diffusione della difterite non fa che dimostrare quanto i rifugiati Rohingya siano vulnerabili. La maggior parte di loro non è mai stata vaccinata e, inoltre, in Myanmar l'accesso alle cure mediche di base, incluse le vaccinazioni, è estremamente limitato per loro. Sono necessarie solo poche gocce di sudore per trasmettere la difterite che si diffonde molto facilmente in contesti come quelli di un campo rifugiati dove le persone vivono in condizioni di sovraffollamento.

Per contrastare la rapida diffusione della difterite, MSF ha convertito una delle sue strutture ospedaliere materno-infantili presente nell'insediamento informale di Balukhali, insieme a quella vicino a Moynarghona in **centri di trattamento per la difterite** (sono stati 4,280 i casi di differite, in maggior parte ragazzi tra i 14 e i 15 anni).

Per contenere la diffusione delle malattie, si è reso **necessario assicurare la copertura vaccinale nel minor tempo possibile.** Il ministero della Salute e del Welfare familiare, con il sostegno di altri enti, ha poi intrapreso una campagna di vaccinazione di massa che MSF ha supportato attraverso punti di riferimento all'interno delle sue postazioni mediche. Una persona non vaccinata diventa immune dopo un minimo di due vaccinazioni, somministrate

a distanza di quattro settimane. Bisogna sottolineare che si tratta di una popolazione che sa poco o nulla sui benefici dei vaccini e che, già non molto tempo addietro, era stata protagonista di una campagna di vaccinazione contro il morbillo.

Comunicare con la popolazione è di fondamentale importanza per assicurare una buona copertura vaccinale. MSF sta anche provando ad accertarsi che tutti i rifugiati da poco arrivati siano vaccinati prima di essere ricollocati nei campi.

Le condizioni di vita nello stato di Rakhine in Myanmar restano ancora oggi **insostenibili**, e non sussistono ancora le condizioni affinché i rifugiati Rohingya possano fare ritorno in Myanmar.

“Una famiglia arrivata pochi giorni fa mi ha detto di essersi decisa a scappare dopo aver visto i due figli maschi uccisi violentemente da uomini vestiti come militari. Per mettersi in salvo, i genitori dei due giovani e la figlia di quattro anni hanno camminato cinque giorni nella foresta, nascondendosi per lunghi tratti fra i cespugli, prima di arrivare al confine e alla salvezza”.

Francesco Segoni,
capo progetto MSF in Bangladesh.

MSF lavora in Bangladesh dal 1985. Dal 25 agosto 2017 MSF ha intensificato le sue operazioni nel distretto di Cox's Bazar, attualmente gestisce 15 cliniche, 3 centri sanitari di base e 5 ospedali.

MSF lavora inoltre nella baraccopoli di Kamrangirchar, nella capitale Dhaka, fornendo cure di salute mentale, di salute riproduttiva, servizi di pianificazione familiare e consultazioni prenatali, e gestendo un programma di salute sul posto di lavoro per gli operai.

Alcuni numeri dell'attività di MSF in soccorso dei Rohingya nel 2017:

N di personale impiegato: **2.300**

N di cliniche MSF: **19**

N di visite mediche effettuate: **200.000**

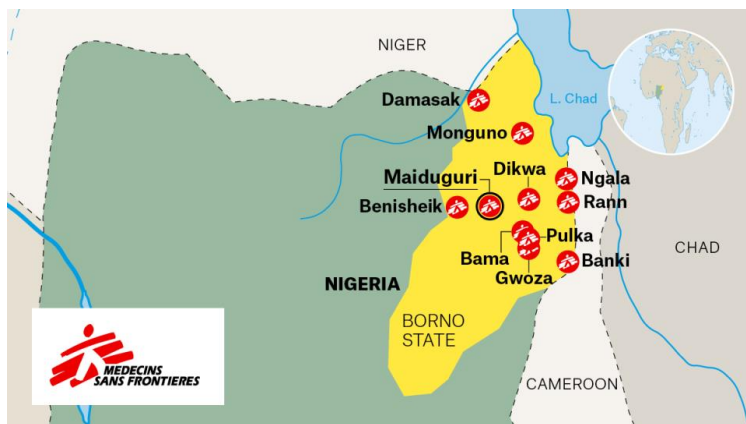
NIGERIA



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.

A partire dal 2009, lo Stato del Borno in Nigeria, è divenuto l'epicentro del conflitto tra Boko Haram e gli eserciti appartenenti alla regione del Lago Ciad che comprende Nigeria, Niger, Camerun e Ciad. Più di 2 milioni di persone hanno abbandonato le proprie case per **fuggire agli attacchi, ai combattimenti e alle operazioni militari**. La popolazione della capitale, Maiduguri, è in pratica raddoppiata dopo i nuovi arrivi.



Gran parte della popolazione del Borno vive in piccole città conquistate dall'esercito. Le aree intorno alla città non sono sicure e le persone si spostano con difficoltà. Spesso si trovano confinate in zone di pochi chilometri quadrati. **Non possono coltivare i campi** e anche cercare della legna da ardere è difficile.

Questa situazione ha serie conseguenze sulla popolazione locale, sia dal punto di vista nutrizionale che psicologico. Negli ultimi mesi i livelli di malattia e il tasso di mortalità sono nettamente aumentati. Nel Borno infatti, la malaria rappresenta una malattia endemica, così che la diarrea e le malattie respiratorie costituiscono un rischio costante soprattutto per i bambini sotto i 5 anni.

Nel 2016, il conflitto armato ha causato un'emergenza umanitaria in varie aree dello **Stato di Borno**, con dei tassi di mortalità elevati correlati a grave malnutrizione e a malattie prevenibili. Il 17 gennaio



2017 un bombardamento, per mano delle forze aeree nigeriane, ha colpito la città di Rann, nel nord-est della Nigeria. Circa 90 persone, tra donne, uomini e bambini hanno perso la vita e tantissimi sono stati i feriti. Tra le vittime, anche 9 operatori umanitari.

Dopo un ulteriore violento attacco il 2 marzo 2018 a Rann, nello stato di Borno in Nigeria, MSF ha deciso di sospendere le proprie attività

mediche nella città e ha evacuato 22 persone appartenenti allo staff nazionale e internazionale. Le 40.000 persone che abitano a Rann dipendevano quasi completamente dai servizi medici offerti da MSF per avere accesso alle cure.

Le equipe di MSF forniva cure mediche ai 40.000 abitanti di Rann da gennaio 2017 fornendo cure per malaria, malnutrizione e malattie legate alle precarie condizioni di vita. Durante i mesi della stagione delle piogge la città è rimasta isolata e non sono stati consegnati né cibo né aiuti. MSF stima che il tasso di mortalità dei bambini sotto i cinque anni a Rann, tra maggio e novembre 2017, fosse il doppio rispetto alla soglia di emergenza.

Anche nel 2017, la Nigeria e il Niger si trovano a dover fronteggiare un'epidemia dilagante di meningite C anche se l'indisponibilità di vaccini è fra le cause che impediscono di bloccare lo scoppio di altre epidemie. In Nigeria, in particolare, è in corso **l'ondata di meningite più estesa degli ultimi 9 anni**, MSF ha lavorato in collaborazione con il Ministero della Salute nello Stato di Sokoto e ad Anka, nello Zamfara, inoltre le equipe MSF hanno assistito lo Stato in diverse campagne di vaccinazione.

Per portare avanti le campagne di vaccinazione nelle aree colpite dall'epidemia in Nigeria e Niger, gli operatori sanitari hanno affrontato difficoltà enormi, legate soprattutto alle condizioni climatiche e alla difficoltà d'accesso a certe zone.

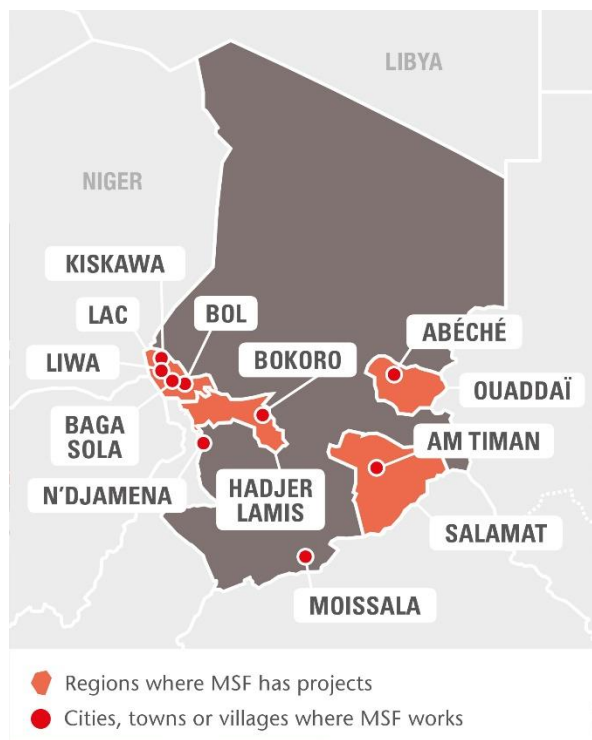
Alcuni numeri dell'attività di MSF in Nigeria nel 2017:

N di personale impiegato: **2.595**

N di vaccinazioni per la meningite: **289.400**

N di parti assistiti: **19.100**

CIAD



Nel 2016 un'epidemia di epatite E comincia a diffondersi a Am Timan, in Ciad, nella regione sud-orientale del Salamat. Da settembre 2016 a febbraio 2017 MSF ha trattato 885 pazienti con sintomi di insufficienza epatica acuta (ittero e itterizia acuta di pelle e occhi).

L'epatite E si trasmette da persona a persona, spesso attraverso il consumo di acqua e alimenti contaminati da feci di persone infettate dal virus. Di conseguenza il rischio di epidemie è maggiore dove l'accesso all'acqua pulita è limitato. A causa della mancanza di acqua potabile, la popolazione non può fare altro che prelevare l'acqua per le proprie necessità quotidiane da fonti contaminate da batteri, escrementi, insetti e scarafaggi. ***Le scarse condizioni igieniche sono un terreno fertile per la diffusione di malattie trasmesse attraverso l'acqua, come l'epatite E.***

Da inizio settembre 2017, quando ad Am Timan sono comparsi i primi casi, un'équipe di MSF specializzata nelle urgenze ha avviato un intervento per contenere l'epidemia. **Medici, infermieri, logisti, esperti in potabilizzazione dell'acqua, epidemiologi e operatori comunitari percorrono le strade per individuare casi sospetti e sensibilizzare le persone su come evitare il contagio** (lavarsi le mani col sapone, a quali pozzi rifornirsi), mentre i team di logisti disinfettano con il cloro le vasche di acqua nei punti di distribuzione e le torri idriche della città.



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.

Nel 2017 inoltre i violenti scontri tra gruppi armati hanno generato un'ondata di violenze che ha costretto le persone a fuggire.

Alcuni numeri dell'attività di MSF in Ciad nel 2017:

N di personale impiegato: **864**

N di persone curate per la malaria: **54.000**

N di parti assistiti: **3.100**

NIGER

MSF opera nella regione di Diffa dalla fine del 2014 per aiutare chi fugge dalle violenze legate alla presenza di Boko Haram e agli interventi militari. MSF fornisce assistenza medica e psicologica gratuita in sette centri sanitari nella zona e supporta l'erogazione di acqua potabile, la costruzione di latrine e la distribuzione di beni di prima necessità in numerosi villaggi e luoghi in cui si sono installati rifugiati, sfollati e persone rientrate nel paese.

MSF sostiene anche il Ministero della Salute nigerino nell'ospedale di N'guigmi e nel principale centro di salute materno-infantile nella città di Diffa. In entrambi gli ospedali, MSF sta lavorando nelle unità riproduttive e pediatriche e fornisce supporto psicologico. All'ospedale di N'guigmi, l'équipe si occupa anche di bambini affetti da malnutrizione acuta severa.

Nel 2017 il Niger è nuovamente colpito da un'epidemia, quella dell'epatite E. Il continuo propagarsi di epidemia non fa che evidenziare le cattive condizioni igienico-sanitarie in cui vive la gran parte degli sfollati e dei rifugiati presenti nella zona.

Da dicembre 2016 al 23 aprile 2017 sono stati identificati 135 casi di itterizia a Diffa. L'itterizia è uno dei sintomi più comuni dell'epatite E, che provoca un ingiallimento della pelle e degli occhi.

L'attuale epidemia di epatite E è strettamente legata alle carenze nell'approvvigionamento idrico e nei servizi igienico-sanitari per la popolazione sfollata e rifugiata a Diffa, circa 240.000 persone secondo i dati ufficiali. Si tratta di persone particolarmente vulnerabili che per anni hanno sofferto le conseguenze del conflitto tra Boko Haram e le forze armate nell'area. Fra gli 876 casi di epatite E registrati l'11 giugno, la maggior parte delle persone colpite sono rifugiati e profughi. Secondo le autorità il loro numero ammonta a 247.900. Molte aree all'interno dei campi e delle comunità di sfollati non usufruiscono di un'adeguata fornitura di acqua potabile, mancano le latrine e se le si trova, sono in pessime condizioni.

Da aprile 2017, MSF ha rafforzato la sua capacità di dislocamento di misure igienico-sanitarie d'emergenza in undici siti. Le équipe che stanno lavorando a oltre **130 punti d'acqua**, hanno garantito la **clorazione di oltre 6.300 metri cubici d'acqua**, il **lavaggio di 127.300 taniche** e la **sostituzione di altrettante 3.400**, la **distribuzione di kit igienici** contenenti oltre **36.800 barre di sapone**.

Come risposta al propagarsi dell'epatite E, MSF assiste gratuitamente gli ammalati in strutture sanitarie a livello comunitario e il trasferimento in ospedale dei pazienti che sviluppano delle complicazioni. Proprio per questa ragione MSF ha deciso di collaborare con le autorità locali. I pazienti ammalati di Epatite E, oltre a ricevere le cure mediche, sono supportati psicologicamente. Una riduzione della mortalità è stata registrata tra le donne affette da complicazioni serie, ricoverate nel principale centro di maternità e pediatria di Diffa.

Oltre all'assistenza ai malati, le equipe di MSF si occupano della sensibilizzazione alla salute sia nelle strutture sanitarie che nelle zone locali. Lo staff infatti, si sposta nei villaggi nella ricerca attiva di casi di persone ammalate avendo finora riferito di almeno 500 casi di epatite E rilevati.

MSF in Niger agisce anche sul fronte della malnutrizione infantile. **Più di 1.430 operatori sono impegnati nelle strutture sanitarie** e nei villaggi per prevenire, identificare e trattare le malattie che colpiscono i bambini al di sotto dei 5 anni di età. Ogni anno in Niger bisogna far fronte al picco di malnutrizione e malaria. Ciò è dovuto alla stagione di magra del raccolto che equivale al periodo in cui i casi di malnutrizione raggiungono il livello più alto, coincidendo anche, con l'arrivo della stagione delle piogge e con l'aumento delle zanzare che trasmettono la malaria.



In Niger, più di 800.000 bambini sono a rischio malnutrizione moderata e grave e tra il mese tra giugno e settembre 2017, più di 6,400 bambini con malnutrizione moderata e severa, aggravata da complicazioni mediche come l'anemia, sono stati trattati nei centri di nutrimento terapeutico intensivo supportati da MSF.

Ad oggi, in Niger sono innumerevoli i casi di bambini ammalati di patologie facilmente diagnosticabili e trattabili. MSF collabora con il

Ministero della Salute nigeriano fin dal 2015 per apportare il proprio aiuto alle unità pediatriche degli ospedali di Madaoua, Madarounfa e Magaria e di Dungass nel 2016. La maggior parte dei bambini ricoverati nelle unità pediatriche di MSF soffrono di malnutrizione che è a sua volta combinata con altre patologie come la malaria. I bambini sono inoltre sottoposti a visite per l'HIV e la tubercolosi (TB).

In 44 villaggi a Maradi, gli operatori sanitari locali, formati e supportati da MSF, visitano e trattano i pazienti per i casi di malaria senza complicazioni. **Tra giugno e metà settembre, 13.000 bambini sono stati trattati a casa gratuitamente, e 750 sono stati trasferiti in una struttura sanitaria. Le cure mediche sono rese più accessibili perché fornite direttamente all'interno della comunità.**

SOMALIA

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, pur continuando a fornire supporto ai rifugiati somali in Etiopia, Kenia e Yemen.**

L'affollato campo di Dadaab in Kenya ospita circa 222.300 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 Kenya 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 Kenya 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 Kenya, 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 Kenya, 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.**

Dopo aver ritirato le proprie équipes dalla Somalia quattro anni fa, a causa di una serie di attacchi gravissimi al proprio personale, MSF ha monitorato costantemente la situazione nel paese e si è confrontata con le autorità competenti, per valutare se le condizioni permettessero al proprio personale di operare in sicurezza, nel pieno rispetto dell'assistenza umanitaria.



Trascorsi quattro anni dal ritiro delle proprie équipes, MSF ha riattivato le attività mediche in Somalia, offrendo assistenza all'ospedale regionale Mudug a Galkayo North, nella regione del Puntland, in collaborazione con il Ministero della Salute. Si è cominciato a fornire supporto al programma di alimentazione terapeutica dell'ospedale nel mese di maggio 2017,

e al reparto pediatrico a giugno.

Con una media di 10 nuovi ricoveri al giorno, il personale medico nel centro terapeutico nutrizionale intensivo ha già trattato 349 bambini sotto i cinque anni per malnutrizione acuta grave, con un numero di pazienti che ha raggiunto la cifra di 111 in una sola volta. Sono stati anche ricoverati 201 bambini nel reparto di isolamento e trattati per il morbillo. Inoltre, MSF ha accolto 100 bambini nel reparto pediatrico ed effettuato 2.297 visite pediatriche ambulatoriali dall'inizio di giugno.

A causa dell'esperienza passata, il ritorno di MSF in Somalia è cauto e modesto. I programmi medici e umanitari nel Puntland saranno per il momento limitati. La presenza di MSF in Somalia, la portata dei suoi programmi e la potenziale espansione delle sue attività in altre regioni dipenderanno dalla completa accettazione, agevolazione e dal sostegno attivo che riceveranno dalle autorità e dalle comunità che MSF serve.