



Deriva

Il vocabolo è dato come di *basso uso* nei dizionari più recenti. Non recenti abbastanza, se la parola *respingimento* si è insediata, il maggio scorso, nelle prime pagine dei quotidiani italiani.

Si respingono gli *immigrati illegali*, intercettandoli prima che siano entrati nelle procedure che regolano il loro trattamento. Procedure e regole complesse e discutibili, ma in qualche modo definite e controllabili. Anticipandole si eludono.

Severe obiezioni a questo *respingimento* hanno formulato la Comunità europea, l'Alto commissariato Onu per i rifugiati, lo stesso segretario generale delle Nazioni unite, la Conferenza episcopale italiana.

Non è pensabile che queste obiezioni abbiano, tutte, un'origine genericamente filantropica o emotiva. Si riferiscono alla violazione di diritti sanciti e riconosciuti, in particolare del diritto d'asilo, affermato sia dalla Dichiarazione universale dei diritti umani, sia dalla Convenzione di Ginevra sullo status dei rifugiati.

Il diritto riguarda chi, fuori del proprio paese d'origine, non può o non vuole tornarvi nella certezza o nel timore di essere perseguitato per motivi razziali, religiosi, politici o, in generale, di appartenenza.

A chi si trovi in questa condizione è riconosciuto «il diritto di cercare e di godere in altri paesi asilo dalle persecuzioni».

Questo *diritto*, com'è evidente, obbliga gli altri paesi all'accoglienza e all'ospitalità.

La pratica definita *respingimento* impedisce a chi abbia questo diritto di far conoscere e valutare le proprie ragioni: un espediente meno che mediocre per sottrarsi al dovere di ospitalità, che in astratto si riconosce, ma di fatto si elude, impedendo che sia rivendicato e richiesto. Si infrange così un obbligo.

Tutto questo costituisce un'evidente violazione di diritti riconosciuti. Ma non è scontato che diritti sanciti e scritti saturino le idee di *giustizia* e di *umanità*, o coincidano con esse.

Alzando una mano in parlamento si fa esistere un reato fin lì inesistente e si rende *clandestino* chi non lo era. Si definisce così che cosa sia o no legittimo, ma non che cosa la cultura e la coscienza di ognuno o di molti ritengano giusto o umano.

Dove le leggi prevedono la pena di morte, la pena di morte è legittima, ma è clamorosamente evidente come questa *legittimità* sia *ingiusta* e disumana.

L'esempio è senz'altro estremo. Ma non è paradossale. Non si vede nulla di estremo nel respingere chi in forme disperate ha tentato di sfuggire alla disperazione?

Se la risposta a questa domanda è quella che pensiamo, non è soltanto giusto l'impegno a cambiare le leggi. Acquista valore anche quella forma residua di dignità personale che conosciamo come *obiezione di coscienza* o *disobbedienza civile*.

Qui Bangui

Il Centro pediatrico, aperto ventiquattro ore su ventiquattro, offre assistenza sanitaria a bambini e ragazzi fino a 14 anni. Un primo bilancio tra malaria, infezioni respiratorie e storie di ordinaria povertà.



La Repubblica Centrafricana, sulla carta geografica, è un piccolo stato proprio al centro dell'Africa. Piccolo se confrontato con gli stati vicini, perché in realtà è grande due volte l'Italia. A differenza dell'Italia, però ha solo 4 milioni di abitanti.

Confina a Nord con il Ciad, a Est con il Sudan, a Sud con la Repubblica Democratica del Congo e il Congo e a Ovest con il Camerun, paese attraverso il quale arrivano il 90% dei prodotti presenti sul mercato nazionale.

La sua storia è simile a quella di molti paesi del continente: ottenuta l'indipendenza dalla Francia nell'agosto del 1960, ha una serie di governi più o meno dittatoriali e più o meno appoggiati dai francesi fino al 1966, quando Jen-Bedel Bokassa con un golpe

prende il potere instaurando fin da subito un regime totalitario e sanguinario.

Non cambia molto con i successivi governi che si alternano alla guida del paese fino al 1993 con l'elezione del primo presidente "non militare" della storia del paese Angel-Felix Patasse.

Nel 2003, l'ennesimo colpo di stato porta al governo l'attuale presidente François Bozizé.

Centrafrica o Repubblica Centrafricana In mezzo all'Africa, uno stato ignoto a più

Quando parli del Centrafrica la domanda comune è: «Sì, ma dove in Centrafrica? In quale paese?», a dimostrare che pochi sanno dell'esistenza di questo stato.



Bangui, la sua capitale, è poco più di un grosso villaggio e non ha nulla a che vedere con le grandi metropoli africane come Khartoum, Luanda, Kinshasa o Kampala.

Non ci sono grandi palazzi, ma neanche le enormi bidonville che spesso circondano queste città.

Il centro è rappresentato da *Place de la République*, una rotonda da cui si diramano le quattro strade principali, le sole asfaltate.

Lo chiamano «punto zero»: da qui i centrafricani contano i chilometri per indicare i diversi quartieri. Per fare degli esempi, al PK 5 c'è il mercato, il PK12 è un limite della città, e così via.

Il fiume Oubangui qui in città segna il confine con la Repubblica Democratica del Congo, meglio conosciuta come «Congo Kinshasa» per distinguerla dal «Congo Brazzaville» con cui il Centrafrica

confina più a Ovest. Piroghe di legno fanno la spola tra le due rive del fiume per piccoli commerci e per la pesca; il pesce maggiormente diffuso è il capitone, che viene cucinato in molti modi. Particolarmente gustoso quello lessato con spezie e avvolto in foglie di banano.

Grazie alle piogge abbondanti, il paese è molto verde e vista dall'alto la città sembra immersa in un enorme giardino.

Fino a 70 bambini visitati ogni giorno Aperto anche di notte per le emergenze

Ai confini con Ciad e Sudan, gruppi di ribelli al governo centrale assaltano i villaggi, facendo razzie e catturando bambini da arruolare nelle loro file. Come spesso avviene in questi casi, i governi si



accusano a vicenda di aiutare i miliziani che si muovono indisturbati attraverso i confini.

La vita a Bangui, invece, procede tranquillamente. È qui che, lo scorso marzo, Emergency ha aperto un Centro pediatrico per offrire cure gratuite ai bambini fino ai 14 anni di età e che fungerà da struttura per lo screening dei pazienti cardiopatici da trasferire al Centro *Salam* di Khartoum per l'intervento chirurgico.

Le mamme – ma anche qualche papà – iniziano ad arrivare alle quattro del mattino e si mettono in coda davanti alla clinica per far visitare i loro bambini. Ognuna mette in terra un foglietto con il nome o un sasso come prenotazione che sa verrà rispettata dal resto dei pazienti.

Alle sei in punto Attilia, l'infermiera internazionale, insieme a tre infermieri nazionali fa il *triage* per determinare le priorità delle visite a seconda delle condizioni dei bambini: febbre, disidratazione e pallore delle mucose come indice di anemia danno la precedenza.

Come avviene ovunque, anche i piccoli centrafricani non si fanno visitare volentieri e spesso ci guardano con aria diffidente, anche per via del colore della nostra pelle. Se ti avvicini, i più temerari allungano la mano per stringere la tua con decisione mentre i più timorosi nascondono il viso nel vestito delle mamme.

La malaria è la patologia più diffusa tra i bambini visitati ogni giorno ed è la causa di ricovero più frequente nella piccola corsia di degenza dotata di 8 posti letto.

Dove si pagano visite e medicine e anche la carta su cui sono prescritte

Se la corsia è completa o se la patologia diagnosticata esula dalle possibilità di cura del Centro, trasferiamo il bambino al *Complexe*

Pédiatrique, l'ospedale pediatrico della città. L'ospedale è vecchio e fatiscente e già nel Pronto soccorso, tra sporcizia e letti quasi accatastati, si capisce quanto la sanità pubblica sia ancora tutta da costruire in questo paese.

I bambini vengono visitati solo dopo il pagamento delle prestazioni previste e persino i fogli di carta sui quali vengono prescritte le cure sono a carico dei famigliari: i *carnet* sono in vendita su tutte le bancarelle che animano l'esterno dell'ospedale.

Avevamo conosciuto questa pediatria commercializzata a Khartoum, dove adesso le cure sono diventate gratuite: un cambiamento che speriamo possa avvenire anche a Bangui.

I bambini ricoverati dormono in corsie sporche e cadenti, in mezzo a un confuso viavai di persone. Immagino che cosa deve essere la morte di un altro bambino nel letto a pochi centimetri dal proprio.

Nel caso della malaria, la tempestività con cui i bambini arrivano al Centro può essere determinante nelle possibilità di cura.

A volte i bambini vengono portati tardi perché il loro villaggio è molto distante dalla capitale e la famiglia non ha la possibilità di pagare il trasporto.

A volte vengono portati prima nei centri di salute statali e solo quando il bambino non migliora, o solo quando sono finiti i soldi per le medicine, qualcuno dà notizia dell'esistenza del Centro pediatrico gratuito di Emergency.

ALESSANDRO CONCA

L'eccellenza in Africa, atto secondo

Lo scorso 17 aprile, i ministri e le delegazioni dei ministeri della Sanità di Ciad, Egitto, Eritrea, Repubblica Centrafricana, Repubblica Democratica del Congo, Ruanda, Sierra Leone, Sudan, Uganda si sono trovati per la seconda volta a Venezia, all'Isola di San Servolo.

Anche quest'anno si sono incontrati su invito di Emergency per definire una strategia comune per lo sviluppo di una «Rete sanitaria d'eccellenza in Africa».

Il progetto è stato elaborato durante il secondo workshop internazionale *Costruire medicina in Africa*, organizzato in collaborazione con la Provincia di Venezia, e prevede la realizzazione di 8 Centri d'eccellenza collegati fra loro in un network regionale. Il modello è quello del Centro *Salam* di cardiocirurgia aperto da Emergency a Khartoum due anni fa, presso il quale sono già state operate oltre 1.800 persone, provenienti da 14 paesi diversi.

Dall'ostetricia all'oncologia sotto il segno comune dell'eccellenza

Le priorità individuate vanno dalla medicina e chirurgia pediatriche, alla ostetricia e ginecologia, alle malattie tropicali, alla traumatologia ma non tralasciano bisogni tanto importanti quanto trascurati in Africa, come l'oncologia.

I punti di forza di questo progetto sono due: l'eccellenza e la collaborazione sopranazionale. L'eccellenza garantisce alti standard clinici, la possibilità di formare personale sanitario qualificato, di sviluppare la ricerca e di avere ricadute positive sullo sviluppo dei sistemi sanitari locali.

La collaborazione sopranazionale costituisce il secondo punto di forza del progetto. Saranno infatti gli stessi paesi africani a promuovere insieme il progetto in ambito internazionale.

ROSSELLA MICCIO



“Patto” tra nove paesi del continente per costruire una rete di centri specialistici basati sulla parità di accesso all’assistenza

Africa, sfida per una medicina d’eccellenza

Chirurgia del cuore e ricostruttiva, traumatologia, malattie tropicali e oncologia: ecco le priorità

di **Fabio Turone**

EMERGENCY ringrazia l’autore e IL SOLE24ORE SANITÀ per l’autorizzazione alla pubblicazione dell’articolo comparso sull’inserito del 28 aprile 2009.

L’Africa ha bisogno di cure mediche d’eccellenza: lo hanno detto con chiarezza, rispondendo alle sollecitazioni dell’Associazione Emergency che per il secondo anno consecutivo li ha riuniti a Venezia, i rappresentanti delle autorità sanitarie di nove paesi africani, che in due giorni di confronto sulle priorità sanitarie del continente hanno posto le basi per la creazione di una rete di centri specializzati con vocazione regionale.

Se fino a due anni fa l’idea di fornire gratuitamente alla popolazione complessi e costosi interventi chirurgici nel deserto africano poteva sembrare pura follia, la realizzazione a Khartoum del centro cardiocirurgico di eccellenza - significativamente chiamato *Salam*, cioè pace - sembra rendere possibile qualsiasi ulteriore obiettivo nella direzione indicata dall’associazione diretta da Gino Strada. L’idea alla base del progetto prevede di capovolgere l’approccio classico, che da sempre investe tutte le risorse disponibili nelle cure primarie, per provare a seguire un approccio “dall’alto verso il basso”. Partendo dalle terapie di avanguardia, che richiedono infrastrutture tecnologicamente avanzate e personale addestrato e motivato, persegue l’ideale di garantire un’assistenza gratuita universale ispirata ai tre principi-cardine della qualità, dell’uguaglianza e della responsabilità sociale, sottoscritti dai paesi africani nel *Manifesto per una medicina basata sui diritti umani*.

La speranza che ha animato il progetto era quella di riuscire a spezzare alcuni circoli viziosi, e così facendo di avviare un processo virtuoso in grado di attirare nei paesi più arretrati personale qualificato favorendo al tempo stesso la crescita professionale del personale locale nell’ambito di ospedali in tutto e per tutto all’altezza dei migliori centri dei paesi ricchi. Un progetto capace di rappresentare un esempio per un continente che ha bisogno di modelli positivi, giacché persino nei paesi africani più avanzati che dispongono di molti medici ben addestrati, essi in genere non sono motivati a lavorare negli ospedali pubblici.

«Dalla sua inaugurazione nel 2007 il centro *Salam* ha visitato circa 7.600 pazienti, operandone oltre 1.600, con un tasso di mortalità post-operatoria inferiore al 3%» ha ricordato con motivato orgoglio il chirurgo milanese nell’aprire i lavori del workshop internazionale *Costruire medicina in Africa*, tenuto sull’isola di San Servolo grazie al contributo della Provincia e del Comune di Venezia.

Al convegno hanno partecipato i ministri e le delegazioni dei ministeri della Sanità di Ciad, Egitto, Eritrea, Repubblica Democratica del Congo, Ruanda, Sierra Leone, Sudan,

Uganda e Repubblica Centrafricana, nella cui capitale Bangui è stato inaugurato in pompa magna, nel marzo scorso, un piccolo ospedale-satellite di Emergency. Dal centro medico di Bangui - che dispone di un’ala destinata alle cure pediatriche e un’altra in cui vengono selezionati i pazienti con un problema cardiologico destinati a essere trasferiti in Sudan per un intervento chirurgico - sono affluiti finora circa 50 malati, perlopiù giovani e giovanissimi, che si sono aggiunti a quelli provenienti da altri 13 paesi diversi, tra cui l’Iraq.

Ora il progetto intende passare alla seconda fase, che amplierà la rete di centri specialistici di eccellenza - uno per paese partecipante - in cui far confluire pazienti da tutti i paesi limitrofi (ma non solo: la Sierra Leone si è aggregata volentieri anche se è geograficamente distante dal primo nucleo di paesi), superando i non pochi attriti che in molti casi hanno caratterizzato le relazioni tra paesi vicini.

È l’esempio della cardiocirurgia sta stimolando a combattere altri tabù. Accanto alle specialità tradizionalmente associate agli interventi in Africa - dalla salute materno infantile alla malaria - tra le priorità indicate nel corso dei lavori sono comparse la traumatologia e la chirurgia plastica ricostruttiva, passando per la medicina tropicale («l’unico centro d’eccellenza in questo campo è a Londra, dove non ci sono le malattie tropicali» ha notato non senza un sorriso ironico uno dei relatori africani) e, fatto ancor più significativo, l’oncologia.

«Abbiamo stimato che per costruire gli 8 centri d’eccellenza e gestirli per i primi tre anni di attività occorrerebbero circa 250 milioni di euro, che in un’ottica internazionale sono poca cosa. Ma prima ancora di preoccuparsi dei finanziamenti occorre ottenere ascolto per la voce unita di questi nove paesi, cui speriamo se ne possano aggiungere altri» ha detto Strada, spiegando che ciascun paese dovrà impegnarsi a coprire direttamente una parte delle spese.

Per questo i Paesi coinvolti si daranno da fare insieme per promuovere il progetto in ambito internazionale, a partire dall’incontro tra i ministri della sanità dell’Unione Africana previsto per la fine di aprile ad Addis Abeba, in Etiopia, quindi alla prossima assemblea generale dell’*Organizzazione mondiale della sanità* a maggio a Ginevra e infine al G8 ospitato a luglio dall’Italia presso l’isola della Maddalena.

Nelle scorse settimane i responsabili di Emergency hanno già presentato l’idea del network africano di eccellenza sanitaria al ministro degli Esteri Frattini, che si è mostrato interessato e ha espresso il proprio sostegno.

TO: EMERGENCY

THE SALAM CENTRE FOR CARDIAC SURGERY
Soba Hina, Khartoum, Sudan.

26 April, 2009

Subject: A message of thanks to all Staff members

This is a message intended to address my gratitude, feelings and impressions even though no words are able to fully express my internal feelings.

I would like to address my heart-felt gratitude for your generous and professional act of life saving. We Ethiopians who were the victims of cardiac heart disease are now very glad for our recovery and getting relief by your effort with the help of God. I am proud of your reliable professional capacity and confidence to save our life.

It is very amazing to see the integration and cooperation of medical and administrative staffs for a successful accomplishment of a day-to-day activities and service delivery. I am really impressed with the collaboration, patience, transparency and hospitality of medical staffs in particular and all staff members in general. So, I want you to keep it up true professional ethics for ever.

I feel very happy for the respectful accommodations to provide us a comfortable residence, delicious meal, sanitation and other services. It is enjoyable and unforgettable event to stay in this centre's compound with a lovely and friendship approaches and heart-felt greetings with smiling faces of every staff members. So we Ethiopians in this centre's compound consider ourselves lucky enough for getting this chance.

But there are thousands of victims in Ethiopia who are suffering a lot from this CHD. They are waiting for somebody else to save their life since most of them are unable to afford the expense for treatment anywhere. They are always stretching their hands and pray to God to get a relief from their sickness and save their life. I believe that you are missionaries of God to save the life of these and other victims. Therefore I beg you, on behalf of these poor Ethiopian victims, to continue on giving a chance of your generous act of life saving and charity as much as you can.

I want to say thank you for everything you did to us in our stay. We wish you success on your day-to-day life saving activities, to have healthy life and peace, unity and strong partnership among all staff members.

The last, but not the least, is that I want to ask and apologize if any mistakes are made or if any of the rules and regulations of the centre are violated knowingly and/or unknowingly by Ethiopian patients and/or their relatives.

Copy: - To Medical Administration

- To OPD

- To WARD and OT

Thank you!

Sincerely yours

Asseza Asres

An Ethiopian patient who get a relief

Remark: If there is anything you feel wrong or disappointed in this message, I ask you to apologize me ahead of time, and contact me please.

GRAZIE DALL'ETIOPIA AL CENTRO SALAM

....Con questa lettera desidero esprimere la mia gratitudine anche se non esistono parole per raccontare quello che provo...

Vi ringrazio di cuore per il lavoro generoso e professionale con il quale salvate delle vite. È bello vedere come staff medico e amministrativo si integrino e cooperino per riuscire a offrire quotidianamente attività e servizi efficaci e utili. Mi ha colpito la capacità di collaborare, la pazienza, la trasparenza e l'ospitalità di tutto il personale ospedaliero... In Etiopia migliaia di persone continuano a soffrire per malattie cardiache. Non possono pagare il costo dell'operazione in una struttura privata e pregano Dio di dar loro una possibilità di cura. Io spero che voi possiate aiutarli a guarire...

Grazie, anche da parte dei miei connazionali già operati al Centro Salam, per ogni singola cosa che avete fatto per noi.

Con affetto,

Asseza Asres

per Giba

Una fisioterapista italiana, alla sua sesta missione con Emergency in Sierra Leone, racconta con soddisfazione l'impegno e la crescita professionale del team di fisioterapisti che lei stessa ha contribuito a formare.

Giba Bah vive a Cabala Town, estrema periferia a Est di Freetown, insieme ai genitori e alle cinque sorelle più grandi. Ha quindici anni e frequenta con impegno la scuola secondaria, sognando un futuro da avvocato a Freetown o all'estero.

Un giorno di metà febbraio, l'auto sulla quale sta viaggiando con un cugino e alcuni amici sbanda e si rovescia.

Giba rimane incastrata nell'auto finché finalmente qualcuno riesce ad estrarla dai rottami e a portarla all'ospedale di Emergency a Goderich.

La ragazza non ha escoriazioni, né ematomi, ma non riesce a muovere le gambe e le braccia.

La radiografia rivela una dislocazione c5-c6: la vertebra è spostata e Giba è immobilizzata.

Viene immediatamente ricoverata nel reparto di terapia intensiva, mentre i medici decidono che cosa fare.

Bisognerebbe operarla per evitare che la vertebra si muova, ma l'operazione è molto rischiosa e qui non abbiamo l'attrezzatura necessaria.

Chirurghi, anestesisti, fisioterapisti, infermieri... tutti ci troviamo a discutere di quali cure possiamo offrire a questa bellissima ragazzina. Decidiamo di metterle una trazione *halo*, una sorta di cerchio metallico collegato al cranio da 4 o 5 viti, al quale verrà attaccato un peso per tirare la testa indietro e in alto, e riportare, se tutto va bene, la vertebra al suo posto.

Giba immobile per cinque settimane un intero reparto si mobilita a sua disposizione

Il giorno successivo parliamo con Giba, raccontandole nei dettagli ciò che l'aspetta nelle prossime cinque settimane.

Come probabilmente farebbe ogni sua coetanea, piange quando capisce che per effettuare l'intervento le dovremo radere i capelli a zero.

In serata, applichiamo i primi 5 chili, sotto forma di una manichetta di acqua: nel giro di qualche giorno dovremo raggiungere i 20 chili.

I fisioterapisti si organizzano immediatamente per evitare le tante possibili complicanze che la totale immobilità potrebbe causare: polmonite, piaghe da decubito, anchilosi articolari.

Per almeno due ore al giorno, la sottopongono a mobilizzazioni passive e a ginnastica respiratoria per mantenere i polmoni sgombri. Con le mani unte d'olio, la massaggiano su tutto il corpo e – con un po' di fatica – anche sulla schiena per evitare la formazione di piaghe.

I giorni passano e i pesi aumentano. Giba è sempre più stanca e depressa.

Si lamenta del collare, chiama a gran voce «Graziella» o «Sebastiano», il nostro ortopedico, supplicandoci di liberarla da quel peso e prende a male parole i fisioterapisti che insistono a farla muovere. Soprattutto vuole andarsene dalla terapia intensiva: vede intorno a lei troppa gente che sta male e ha paura.

Dopo le cinque settimane previste, iniziamo a scaricare il peso 5 chili alla volta.

Le nuove radiografie mostrano la vertebra in buona posizione e finalmente possiamo sollevarla dal supplizio. Senza più collare, la trasferiamo nella *C ward*, dove le recliniamo il letto perché possa finalmente guardarsi intorno.

Tolto il collare, Giba inizia a muoversi sulla sedia a rotelle grazie alla quale arriva anche alla palestra dove i fisioterapisti possono continuare a farla esercitare.

Sono molto contenta del lavoro del nostro gruppo di fisioterapisti: i danni delle cinque settimane di immobilizzazione sono limitati a una piccola sbucciatura nell'area dell'osso sacro e a una piaga da decubito provocata dal collare.

La preparazione passa di mano dai fisioterapisti alle sorelle infermiere

Anche se desiderato a lungo, il trasferimento agita molto Giba: la «vivacità» della nuova corsia la fa sentire meno protetta, vedere gli altri pazienti liberi di muoversi aumenta la sua frustrazione.

E così, a un certo punto, Giba inizia a rifiutare la fisioterapia, poi la sedia a rotelle e infine il cibo.

Con la madre Neneh («signora» in *fulah*), cerchiamo di non lasciarla mai sola, ma la ragazza è stanca, sfiduciata e insofferente.

Alla fine, dopo due mesi di lavoro intenso, la mobilità degli arti superiori è migliorata; le mani non si muovono, ma Giba riesce a reggere oggetti con la forza di gomiti e spalle.

Avrebbe bisogno di un intervento di fissazione della vertebra e i genitori, che sono benestanti, possono a questo punto programmare un trasferimento in Ghana per l'intervento.

È anche tempo di parlare di dimissioni.

La ragazza abita lontano, perciò potrà venire a fare la fisioterapia all'ospedale solo un paio di volte alla settimana. A casa, l'aiuteranno due sue sorelle, infermiere entrambe: i nostri fisioterapisti le hanno già preparate al «trattamento domiciliare».

GRAZIELLA MARZADURI



Il futuro

L'attesa di una bambina che guarisce contro ogni previsione, la preoccupazione della sorella che non vede un domani.



Un carro trainato da buoi e sopra un padre, una madre e 3 bambini che vanno a lavorare nei campi. Una scena molto comune nella Cambogia rurale.

A metà del viaggio, una ruota fa pressione su una mina anticarro sepolta al ciglio della strada da chissà quando. L'esplosione uccide il padre e 2 bambini e scaraventa a terra la madre e una bambina, subito soccorse dalla figlia più grande, 17 anni, andata poco più avanti per raccogliere legna.

Le ferite vengono portate al Posto di primo soccorso di Emergency a O'Tatiak e immediatamente trasferite all'ospedale di Battambang.

È sera quando arrivano al nostro ospedale: Chanta, la bimba, appare subito in condizioni molto gravi, respira male e si lamenta di dolori addominali. Ed è così piccola, ha 6 anni e pesa 13 chili.

Un esame approfondito rivela contusioni polmonari bilaterali e un'immagine molto dubbia di sanguinamento sul fegato: l'emoglobina scende di 1 grammo ogni ora.

Decidiamo di operarla immediatamente.

Mentre è distesa sulla barella con un pupazzetto rosso tra le mani, un'infermiera le chiede se ha mai mangiato un gelato... Chanta dapprima risponde che non le piace, poi ci pensa un po' e dice che le piacerebbe proprio provarlo.

«Te lo prometto Chanta, lo mangerai quel gelato...» è l'ultima cosa che l'infermiera le sussurra prima di portarla in sala operatoria.

Una pessima diagnosi recuperata dalla tenacia dello staff

Nell'addome c'è sangue, io e il chirurgo ci guardiamo pensando la stessa cosa: «fa che non sia il fegato». E invece è una lesione epatica molto grave.

Lo staff si mobilita: mentre i chirurghi operano, noi anestesisti guardiamo i bottiglioni dell'aspiratore con angoscia, ci affanniamo a trovare

le vene, a trasfondere, a ventilare la paziente perché non abbiamo ventilatori per bimbi così piccoli. L'emostasi riesce con il posizionamento di un *packing* di garze che andrà rimosso dopo 24 ore. Le condizioni respiratorie sono critiche. Impieghiamo più di un'ora per estubare la bimba che la mattina successiva ha 50 di frequenza respiratoria, broncospasmo, respiro superficiale e apnee ricorrenti.

In queste condizioni – dico allo staff – la bambina andrà presto in arresto respiratorio e non abbiamo i ventilatori adatti per poterla aiutare.

Madame Hourt, la capo infermiera, dice che una volta intubata la ventileranno loro manualmente a costo di starle di fianco 24 ore di seguito.

Concordiamo che, ogni volta che la bambina andrà in apnea, dovranno aspirarla dal naso di modo che, tossendo, la saturazione possa migliorare.

Chanta passa la notte e la riportiamo in sala operatoria: l'emostasi ha tenuto e il *packing* di garze viene rimosso.

L'infermiera che l'assiste le dice con tenerezza: «Respira piccolina, ricorda che devi assaggiare il gelato...».

Dopo qualche giorno, Chanta è perfettamente rimessa e mangia finalmente il gelato promesso.

In corsia c'è aria di festa, tutto lo staff è molto soddisfatto e felice per il suo recupero.

Mi sorprende invece il comportamento della sorella, che è stata al suo capezzale nei giorni più critici: appare sollevata, ma è taciturna e sempre un po' triste.

Pensa ancora all'incidente e, soprattutto, alla morte del padre, unica fonte di reddito della famiglia. Mi dice che non sa, ora, come faranno a tirare avanti, non potrà sfamare la sua famiglia solo raccogliendo legna. Lei non sa neanche cosa sia una scuola, ma sa che cosa è la fame e sa che dovrà tornare presto in quei campi che le hanno distrutto la famiglia, sperando di non finire su una mina.

ELENA GIOVANNELLA



I SORRISI DI PAOLO

Il 28 aprile è morto, all'età di 82 anni, il Professor Paolo Santoni Rugiu, chirurgo plastico che ha operato per Emergency in Iraq e soprattutto in Cambogia. La notizia mi ha raggiunto in sala operatoria della Chirurgia plastica di Pisa, di cui Paolo era stato a lungo primary. L'avevo conosciuto in occasione di una manifestazione per Emergency e sono rimasta colpita dalla sua gentilezza e disponibilità, dalla passione per il suo lavoro e dalla grande umanità con cui parlava delle persone che aveva curato. Vivendo nella stessa città, di tanto in tanto ci incontravamo a cena o per un bicchiere di buon vino. Era un conversatore piacevole, ricco di esperienze umane e culturali, sempre aggiornato sui fatti politici ma anche amante dell'arte; curioso, aperto, impegnato, fine ragionatore. Raccontava della sua vita piena, mai nostalgico, lo sguardo sempre rivolto al futuro. Spesso era circondato da giovani colleghi – anche di Emergency – ai quali trasmetteva la sua passione, condividendo progetti e idee.

Abbiamo lavorato insieme in Cambogia, all'ospedale di Battambang, dove ogni anno si svolge un programma di chirurgia plastica e ricostruttiva. Le labiopalatoschisi e altre malformazioni congenite sono molto frequenti in Cambogia. Molte di queste malformazioni hanno caratteristiche inconsuete che Paolo metteva in relazione con i bombardamenti chimici durante la guerra del Vietnam che hanno interessato anche il territorio cambogiano. Su questo tema cercava di sensibilizzare l'opinione pubblica nei tanti incontri, ricchi di documentazione, e nelle conferenze che teneva.

Ricordo i pomeriggi passati in OPD a visitare i pazienti da operare. Spesso li vedevamo insieme, decidendo (io sono medico anestesista) le modalità e i tempi dell'intervento: alcuni, denutriti, li tenevamo in ospedale per consentire loro di recuperare energie; altri venivano curati per infezioni in corso, prima dell'intervento chirurgico. Ricordo la sua gentilezza, la delicatezza che aveva nel comunicare decisioni o situazioni gravi, la sensibilità nell'informare i pazienti incurabili.

Era un grandissimo chirurgo, di straordinaria capacità e sicurezza in sala operatoria. Il nostro paziente più piccolo aveva solo 20 giorni e pesava appena 3 chili. Ricordo con quanta abilità Paolo aveva saputo trattare anche questo caso. Testimoniano del suo valore chirurgico, fra l'altro, i numerosi riconoscimenti a livello nazionale e internazionale: era stato un vero pioniere della chirurgia plastica italiana.

Nonostante l'età avanzata era il più "giovane" di tutti noi, infaticabile, appassionato, socievole. Dopo una faticosissima giornata di lavoro in ospedale, rientrava nella casa comune, a Battambang, e cucinava per tutti, gustando il piacere dello stare insieme, del condividere i momenti collettivi.

Non erano i grandi riconoscimenti ufficiali a renderlo felice, ma poter ridare salute e sorriso alle persone, specialmente ai bambini. Vivrà nel mio ricordo ogni volta che vedrò sorridere i piccoli che possiamo curare grazie a quello che abbiamo imparato da lui. Ci ha lasciato questi sorrisi, il ricordo più bello.

Beate Kuppers

Scene di guerra a Lashkar-gah



Sono le otto e trenta. Luca, infermiere di Milano, ed io ci siamo fermati a parlare nel vialetto davanti all'ospedale di Emergency. Ammirando le rose che profumano il giardino in questo radioso mattino di primavera discutiamo di alcuni pazienti: il bambino col trauma cranico non cammina ancora, bisogna insistere di più con la fisioterapia; il ragazzo coi drenaggi toracici ha sanguinato ancora, bisogna che il chirurgo lo riveda; Bibi Aisha, la donna operata tre giorni fa, sta bene e può essere trasferita dalla terapia intensiva in reparto.

Emergenza attentati in città Tutto l'ospedale si mobilita

All'improvviso, la radio annuncia: «*Mass casualty. Mass casualty is starting now. All staff must take its position.*».

Un *suicide bomber* ha detonato la sua cintura carica di esplosivo

in mezzo ai poliziotti che aspettavano di ricevere il salario davanti alla stazione centrale di polizia a Lashkar-gah, capoluogo dell'Helmand.

Nel giro di pochi minuti l'ospedale sarà pieno di feriti. In silenzio corriamo verso la nostra postazione.

In ogni ospedale di Emergency c'è un *Mass Casualty Plan*, un piano predisposto in caso di afflusso massiccio di feriti dovuto a un'azione di guerra o a un attentato terroristico particolarmente gravi.

Il *Mass Casualty Plan* stabilisce un ruolo preciso per ogni membro dello staff a cui è fondamentale attenersi per riuscire a rispondere in modo efficace all'emergenza.

L'organizzazione dell'ospedale viene radicalmente mutata: gli infermieri vengono distaccati dai loro reparti per essere trasferiti nei punti nevralgici dell'ospedale, nel giardino vengono montate le tende predisposte per far fronte alle situazioni di emergenza.



I pazienti arrivano trasportati dalle ambulanze, da macchine private, da mezzi di fortuna, qualcuno a braccia. Emanuele, il logista, ha predisposto un cordone di guardie al cancello: ad eccezione dei feriti, tutti devono essere perquisiti, il rischio di attentati è alto.

Cinquanta feriti in ospedale Sale operatorie a pieno regime

Vicino al cancello i feriti vengono caricati sulle barelle e Matteo, infermiere, fa il primo *triage* per valutare la precedenza da dare ai pazienti.

Tutti hanno lesioni multiple da schegge, soprattutto su braccia, gambe e sul volto. Qualcuno ha ferite all'addome e al torace.

Per qualcuno non c'è più nulla da fare, come per i primi due uomini arrivati già morti con schegge nell'addome e ferite lacerose contuse al capo.

I pazienti che necessitano di chirurgia immediata vengono por-

tati in sala operatoria. Io, anestesista, aspetto lì. Insieme agli infermieri locali e ai chirurghi prepariamo il materiale: controlliamo che ci siano farmaci, ossigeno, set chirurgici sterilizzati.

Arrivano i primi pazienti. In sala 1, c'è un ferito con l'arteria femorale da riparare, in sala 2 si inizia un'esplorazione addominale.

Arriva un uomo con il volto sfigurato dalle schegge, non respira. Non può aspettare, procediamo subito a una tracheotomia in corridoio.

A sera si fa il bilancio della giornata: sono arrivati 50 feriti, 12 già morti, 21 sono stati operati e ora dormono in corsia, gli altri sono stati medicati e rimandati alle loro case.

NADIA DE PETRIS

Nell'Abruzzo terremotato

Dapprima una fornitura di vestiario agli sfollati di Paganica, poi la collaborazione di “uno di Emergency” con la Protezione civile in alcuni dei paesi più piccoli – e più isolati – colpiti dal sisma. L'occasione di uno sguardo da vicino sull'emergenza e sugli aiuti in Abruzzo.



Quando sono passato da Pescomaggiore per la prima volta, ho rischiato di andare a sbattere con il pickup contro il muretto che delimita il terrapieno. Lì sopra avevano montato la tendopoli.

Appena dentro il paese la curva è secca, si arriva lanciati e le tende spuntano all'improvviso e non perché si vada veloce: è l'occhio che si distrae attratto dal blu delle tende ministeriali.

Quella volta non mi sono neanche fermato: visti i “colori del campo” ho pensato che fossero assistiti.

In quel periodo eravamo impegnati ad Assergi, dove nelle ore dopo il terremoto, la strada che attraversa il paese veniva percorsa dalle colonne di soccorso provenienti dall'Adriatico, a causa della chiusura dell'autostrada. «I camion andavano a passo d'uomo e quelli della Protezione civile ci guardavano, ma noi non abbiamo fermato nessuno perché qui non ci sono stati i morti».

Dopo un paio di settimane dal sisma, trecento persone erano ancora accampate dentro le tendine scaricate dagli ultimi della fila. Tutto era spontaneo: il campo, gli impianti, la cucina, il vettovagliamento. Gli igloo picchettati sul pratone che viene giù dritto dal Gran Sasso andrebbero bene al mare, non sotto la neve. Qualcuno dormiva ancora in macchina e, visto il freddo, dovevamo procurare velocemente almeno i pacchi-letto. Poi avremmo ripensato la struttura: livellamento del pratone inclinato, impianti, scarichi, tende blu, la tensostruttura, i bagni, la cucina, le torrefaro e il «posto medico avanzato».

Una collaborazione che si intensifica

Emergency e Protezione civile da Orvieto all'Abruzzo

Quella volta fu anche per quei pensieri che non mi sono fermato a Pescomaggiore.

Gregorio lo conobbi un po' di tempo dopo, intorno al 25 aprile, nel garage

che i terremotati avevano spontaneamente adibito a refettorio. Un bel garage, spazioso per un trattore.

All'unica presa di corrente era attaccato un cespuglio di triple per lampadine e stufe elettriche ... naturale che alla sera «saltasse tutto».

Ero lì per quello: capita che nei campi spontanei gli sfollati si aggiustino i propri disagi, per riscaldarsi ad esempio. A Tonino, il capo campo, avevo assicurato che in serata avrei trovato il tempo per andare da loro, e anche senza elettricista me la sarei cavata ... «linea di tre sezioni: 3,5 kwatt per tenda in monofase, 3 kwatt trifase per la cucina, 4 kwatt in trifase per i servizi, quadro generale, sottoquadri uno ogni quattro tende... contatore Enel da 50 kwatt intestato all'Emergenza, computo i metri di cavo e lo scavo per l'attraversamento stradale; un bel caffè e si torna al Com a organizzare uomini e mezzi per l'intervento ... poi ci penseremo con precisione quando saremo sul campo».

Com sta per *Centro operativo misto* n° 5 di Paganica: la Presidenza del Consiglio ha decretato lo stato di emergenza nazionale e nominato il Commissario per l'emergenza, il Commissario ha individuato i comuni danneggiati e applicato le disposizioni di protezione civile tramite la Direzione di comando e controllo (*Di.Coma.C*) che, a sua volta, per coordinare i servizi dell'emergenza ripartisce il territorio in Centri operativi nei quali si strutturano le funzioni utili a risolvere i bisogni della popolazione. A Paganica la responsabilità del comando è stata affidata con decreto a un colonnello dell'Esercito al quale rispondiamo noi delle colonne regionali del volontariato di Protezione civile, i Vigili del fuoco, il Genio militare, i Carabinieri, la Polizia, la Croce rossa, il Corpo forestale, i funzionari amministrativi del Comune e il Prefetto vicario. Il Com 5 opera in 18 tendopoli con circa 4.200 sfollati, 650 tende, 20 tensostrutture, 19 cucine da campo, 300 lavandini, 120 docce, 170 wc e 250 bagni chimici. San Gregorio, Onna, Bazzano, Tempera, Paganica, Pescomaggiore, Filetto,



Camarda, Aragno e Assergi sono tutte frazioni del comune di L'Aquila, cioè: di delegazioni comunali al *Com 5* di Paganica ce n'è una.

Che cosa c'entra Emergency in tutto ciò?

Il nesso sta nei rapporti di collaborazione intrecciati con la Protezione civile di Orvieto durante il tradizionale incontro nazionale dei volontari di Emergency che per tre anni si è tenuto in città.

È per questo contatto che siamo arrivati con il nostro furgone stracarico di 800 felpe e 800 polo, richieste e distribuite dai nostri volontari di Orvieto al campo di Paganica¹.

Dopo quel primo piccolo intervento, io sono rimasto "in prestito" alla Protezione civile per dare un aiuto nell'ambito della logistica.

La "messa a norma" di un campo spontaneo l'occasione di conoscere un paese intero in un garage

Quando mi sono fermato a Pescomaggiore era buio, della tendopoli ho intravisto qualche tenda ma di computare cavi elettrici neanche a parlarne. Sono passato direttamente al garage-refettorio per il caffè, «così ci si conosce» ho detto a Tonino. Dentro, una cinquantina di persone intorno a una tavolata a ferro di cavallo del genere "matrimonio nell'aia": vecchi in prevalenza, neonati uno, bambini uno, ragazzini una, ragazzi due, giovani nessuno, qualche quarantenne dall'aria stanca e un prete. Mi hanno raccontato del terremoto, della paura che fanno i pavimenti quando traballano senza fermarsi – «ti fanno fare i salti come alle gare»; con le mani appoggiate alle orecchie mi hanno detto del fracasso dei bicchieri e dei piatti che si rompevano per terra mentre si scappava fuori di corsa a piedi nudi, «non ti fai male, hai paura».

La chiesa è crollata nella piazza e le case sono tutte lesionate, dentro è tutto rotto ma è la paura di nuove scosse che hanno questi uomini e queste donne. E le scosse ci sono e le sento anch'io.

Tutto è sospeso, nelle tende. Quella sera Gregorio – avrà settant'anni, incurvato dal lavoro nei campi dentro un giacca a vento abbondante – si è rivolto a me, ma dal tono alto della voce ho inteso che parlava con i suoi compaesani, che lo sentissero tutti: stava litigando, la vita coatta del campo ripropone e amplifica i rancori radicati in paese.

Altro che impianto elettrico, qui l'assistenza ai bisogni s'è fermata dopo la prima ora. «C'è modo di far arrivare qualcuno? Se non mettiamo degli esterni a comandare cucina e servizi, si scannano. Poi servono altre tende, ci sono nuclei famigliari forzatamente promiscui e gli ottantenni vanno accuditi con continuità. Cinque donne reggono tutto il peso di questo paesino inagibile, shock post-traumatico compreso, ma non ce la faranno ancora per molto», ho riferito subito per telefono al *Com*.

In attesa di compiere tutti i passi burocratici previsti, per riorganizzare la piccola tendopoli di Pescomaggiore, a Gregorio abbiamo praticamente confiscato il campo di patate senza avere alcun titolo per farlo, giusto quello evidente di spianare e imbrecciare per poter montare le tende. Il giorno che siamo andati al supermercato in città lui sorrideva più del solito: chissà se era allegro perché lo stavamo rifondendo con cento chili di patate lavate e insacchettate o se lo era per il gusto di vederci passare dalla cassa con i nostri soldi... Non avrà inteso che stessimo spendendo per lui i soldi della ricostruzione?

FABIO NANTI



LA GUERRA TRA ELEZIONI E BUONE INTENZIONI

Durante il suo storico discorso tenuto all'Università del Cairo, in Egitto, lo scorso 3 giugno, il presidente degli Stati Uniti, Barack Obama, ha voluto spiegare al mondo musulmano che gli Usa sono, loro malgrado, costretti a continuare la guerra in Afghanistan fino a quando nel cosiddetto *AfPak* non ci saranno più «violenti estremisti».

«Noi non vogliamo mantenere le nostre truppe in Afghanistan – ha detto Obama –, noi non vogliamo basi militari permanenti. È doloroso per l'America perdere nostri giovani uomini e donne. È costoso e politicamente difficile continuare questo conflitto. Saremmo ben lieti di riportare a casa ogni singolo nostro soldato se fossimo certi che in Afghanistan e in Pakistan non ci fossero più violenti estremisti determinati a uccidere quanti più americani possibile. Ma per ora non è così».

Obama ha precisato nel suo discorso che «la forza militare da sola non risolverà i problemi in Afghanistan e Pakistan», spiegando che gli Stati Uniti hanno stanziato miliardi di dollari «per costruire scuole, ospedali, strade e attività economiche» in Pakistan e per aiutare l'Afghanistan a «sviluppare la sua economia e a fornire quei servizi da cui la popolazione dipende».

In *AfPak* la distruzione e le vittime civili della "guerra totale"

Al di là delle belle parole, però, afgani e pachistani vivono sulla loro pelle una realtà ben diversa: un'escalation militare senza precedenti che in Pakistan, appaltata all'esercito locale, sta producendo migliaia di morti, milioni di profughi e un forte sentimento anti-

americano, e che in Afghanistan, con l'arrivo di migliaia di nuovi soldati Usa e con l'intensificazione dei bombardamenti aerei e delle offensive terrestri, produce ogni giorno nuove stragi di innocenti e di conseguenza sempre più persone che, per vendetta e per disperazione, sono «determinate a uccidere quanti più americani possibile».

Una strategia di «guerra totale» duramente criticata dallo stesso presidente afgano Hamid Karzai, secondo il quale più guerra porterà solo più morte e distruzione e quindi maggior sostegno popolare ai taliban, che ormai controllano i tre quarti del paese e circondano Kabul. Un'osservazione banale, che però stenta a far breccia nelle menti degli strateghi della guerra afgana che si celano dietro alle belle parole di Obama: sopra tutti il generale David Petraeus, a capo del *CentCom* (il comando centrale strategico delle forze armate Usa competente per le operazioni in Medio Oriente e Asia centrale e meridionale) e il consigliere presidenziale per la politica estera Zbigniew Brzezinski, uno che di Afghanistan, Pakistan e di terroristi islamici se ne intende.

Fu lui, infatti, che in qualità di Consigliere per la Sicurezza nazionale del presidente Jimmy Carter ideò l'*Operazione ciclone* con cui la Cia arruolò, armò e addestrò i futuri terroristi islamici, Bin Laden compreso, per combattere i russi in Afghanistan. Brzezinski fu anche colui che convinse la Cina a sostenere Pol Pot in funzione antivietnamita.

L'ex presidente sconfessato dai fatti e dai suoi vecchi alleati

Negli Stati Uniti, le parole di Hamid Karzai, oltre a essere considerate

inopportune, ormai non godono più di nessuna considerazione: il presidente afgano è infatti caduto in totale disgrazia a Washington a causa della corruzione e dell'incompetenza del suo governo. Al punto che nei mesi scorsi l'amministrazione Obama ha valutato la possibilità di «scaricare» Karzai e di sostenere un candidato di fiducia alternativo alle elezioni presidenziali del 20 agosto. Salvo poi rendersi conto che nessun altro candidato ha la possibilità concreta di raccogliere più voti di lui, poiché la maggioranza dell'elettorato afgano voterà per il candidato più noto. Quindi a Washington hanno deciso di lasciare che Karzai vinca le elezioni presidenziali di agosto, per poi cambiare la forma di governo dal presidenzialismo al premierato, con il passaggio del potere effettivo nelle mani di un Primo ministro: una personalità «di alto profilo», un tecnocrate efficiente scelto dall'Occidente. In questo modo, Karzai rimarrebbe a ricoprire una carica puramente rappresentativa.

Per il delicato incarico circolano già due nomi. Uno è quello, ben noto, di Zalmay Khalilzad, diplomatico di origine afgana ma statunitense di nascita (e di cittadinanza), ex ambasciatore Usa all'Onu, in Iraq e poi in Afghanistan. Molto quotato è anche l'attuale ministro degli Interni, Mohammed Hanif Atmar. Questo quarantenne, pashtun come Karzai (cui assomiglia anche parecchio), negli anni '80 era nelle unità speciali dei servizi segreti comunisti (*Khad*) che combattevano contro i mujaheddin. Quando questi conquistarono Kabul nel 1992, fuggì in Gran Bretagna dove ha poi conseguito un master in Studi di ripresa post-bellica all'università di York. Tornato in Afghanistan nel

2002, è diventato il ministro del governo Karzai più apprezzato in Occidente per la sua efficienza: prima all'Agricoltura, poi all'Istruzione e dallo scorso ottobre agli Interni. L'ultimo incarico l'ha avuto su pressione di Washington, che lo ha imposto a Karzai allo scopo di combattere la dilagante corruzione nella polizia.

Tra 44 candidati alla presidenza, pochi possibili pretendenti

Tra i quarantaquattro pretendenti alla presidenza in lizza per il voto del 20 agosto – ex signori della

guerra, ex taliban sdoganati, boss del narcotraffico, un paio di donne coraggiose e alcuni comunisti redivivi, quasi tutti dei *gomnaam*, degli sconosciuti, che verranno votati solo dai loro clan –, l'unico con la possibilità di ottenere un buon risultato è l'ex ministro degli Esteri, Abdullah Abdullah, il candidato sostenuto dal Fronte Nazionale Unito: partito d'opposizione degli ex mujaheddin tagichi e uzbeki dell'Alleanza del Nord, fondato nel 2006 e guidato dall'ex presidente Burhanuddin Rabbani.

Oltre a Abdullah Abdullah, ci sono altri candidati degni di nota, anche

perché “approvati” dall'amministrazione Usa.

Uno è l'ex ministro delle Finanze, Ashraf Ghani, formatosi nelle migliori università statunitensi, alla Banca Mondiale e alle Nazioni Unite, attualmente a capo dell'Istituto per l'efficienza dello stato e precedentemente rettore dell'Università di Kabul.

Molto consenso riscuote anche l'ex ministro dell'Interno, Ali Ahmad Jalali, ex ufficiale della resistenza antisovietica ed ex ministro dell'Interno di Karzai, insegnante di strategia militare all'Università di Difesa Nazionale del Pentagono,

a Washington. Infine, il governatore della provincia di Nangarhar, Gul Agha Sherzai, ex signore della guerra combattente al servizio degli Usa sia contro i sovietici, sia contro i taliban (fu lui a conquistare Kandahar nel 2001), oggi accusato di legami con il narcotraffico ma, ciononostante, indicato da Obama come un modello di buon politico afgano.

ENRICO PIOVESANA
peacereporter.net

BASE DI BAGRAM LA GUANTAMANO AFGANA

L'incoerenza tra parole e azioni della nuova amministrazione Usa in materia di «guerra globale al terrorismo» – che Obama ha ribattezzato «operazioni di emergenza oltremare» – emerge anche dalla vicenda Guantanamo-Bagram.

La Casa Bianca non perde occasione per ribadire la sua intenzione di chiudere la prigione della vergogna sull'isola di Cuba, ma si rifiuta anche solo di parlare della prigione militare Usa di Bagram, in Afghanistan, che invece continuerà a funzionare al di fuori di ogni rispetto dei diritti umani. Il documentario Taxi to the Dark Side, incentrato sulla vicenda di uno dei tanti afgani innocenti

torturati a morte dai soldati Usa a Bagram, documenta la storia della prigione dove sono stati inventati i sistemi d'interrogatorio e detenzione successivamente esportati a Guantanamo e Abu Ghraib.

Lo scorso 21 maggio, durante una conferenza stampa presidenziale sulla nuova politica Usa nei confronti dei detenuti sospettati di essere terroristi, Obama si è rifiutato di rispondere alla domanda di un giornalista sulla prigione di Bagram. Pochi giorni dopo, il Times di Londra ha pubblicato un editoriale molto critico su Obama: «Quella della prigione Usa di Bagram è una storia palesemente ignorata su cui Obama non vuole che si concentri l'attenzione del mondo. È Bagram, non Guantanamo, che dovrebbe tormentare le coscienze

dell'opinione pubblica mondiale. A Bagram sono detenuti oltre seicento prigionieri, molti da anni, e tutti senza accuse, a tempo indeterminato e in condizioni molto peggiori di quelle di Guantanamo».

«La nuova amministrazione non vuole parlare di Bagram perché è un capitolo imbarazzante», ha dichiarato Tina Foster, direttrice dell'associazione legale statunitense International Justice Network. «Obama ha mantenuto la politica Bush che consente al presidente di mantenere in giro per il mondo delle enclave completamente fuorilegge al di fuori del territorio Usa, ma preferisce far credere all'opinione pubblica che il problema è stato risolto con le dichiarazioni sulla chiusura di Guantanamo».

EP

L'ITALIA IN GUERRA CONTRO L'ARTICOLO 11

In Afghanistan l'Italia è in guerra, con buona pace dell'articolo 11 della nostra Costituzione.

L'esitazione e l'imbarazzo del governo Prodi, che lasciava combattere solo le nostre forze speciali rifiutandosi di ammetterlo, sono stati sostituiti dall'interventismo e dall'orgoglio militare del governo Berlusconi, che ha inviato al fronte i parà della Folgore autorizzandoli al combattimento e rendendo pubbliche le notizie dei loro attacchi e perfino – novità assoluta – delle perdite inflitte al nemico.

La “prima volta” è stata lo scorso 29 maggio, quando il comando italiano di Herat ha dato la notizia di una violenta battaglia a Bala

Murghab (provincia di Badghis) nel corso della quale i paracadutisti del reggimento Nembo, reagendo a un'imboscata, hanno bombardato con l'artiglieria le postazioni taliban, uccidendo «25 insorti», precisando poi che gli avamposti nemici sono stati “neutralizzati” anche con mortai da 120 millimetri e con l'intervento degli elicotteri da attacco Mangusta.

«I nostri ragazzi hanno risposto con qualità e professionalità, ricorrendo anche all'uso dei mortai», ha orgogliosamente commentato il ministro della Difesa, Ignazio La Russa.

Un altro tabù è stato infranto pochi giorni dopo, il 3 giugno, quando i comandi italiani hanno dato notizia, per la prima volta, di un'operazione condotta delle forze speciali della Task Force 45: quattro capi taliban fatti prigionieri nella provincia di Farah

dagli incursori del reggimento Col Moschin. Le azioni militari dei corpi d'élite italiani in Afghanistan, attivi sin dal 2006, erano sempre state coperte dal massimo riserbo.

Il segnale più significativo del nuovo corso interventista dell'Italia sul fronte afgano è giunto lo scorso 4 giugno, quando, anche qui per la prima volta, la Difesa ha annunciato che le truppe italiane – fino ad allora ufficialmente impegnate solo in azioni “difensive”, cioè in reazione ad attacchi – stavano partecipando da giorni a un'operazione “pianificata” nell'area di Bala Murghab, nel corso della quale «sono state individuate ed eliminate diverse postazioni di insorti grazie all'intervento congiunto e perfettamente coordinato dei mortai dell'esercito afgano con gli elicotteri italiani Mangusta».

EP



LA CIFRA DELL'ORRORE

Il *dirty war index* – l'«indice della guerra sporca» – sintetizza in un unico numero i dati sulle violazioni dei diritti umani perpetrate nelle guerre. Un modo per riflettere sulla brutalità dei conflitti.

George Brassens ci scrisse una canzone macabra, capace di suscitare un sorriso amaro con la denuncia della retorica militaresca dell'eroe, e della guerra come occasione per educare i giovani: elencava le guerre più cruente della storia «ciascuna con qualcosa per piacere, ciascuna con i propri piccoli meriti» per poi ribadire al Signor Colonnello che, pur non volendo disprezzarne alcuna, lui preferiva la carneficina della Prima Guerra mondiale (*La guerre du 14-18, per i francesi*).

Ora una ricerca appena pubblicata sulla rivista *Plos Medicine* (della *Public Library of Science*) parte dall'assunto che negli ultimi decenni si tratta sempre più di una sporca guerra, e su questo non c'è dubbio, ma conoscere e studiare in dettaglio ciascuna è utile perché alcune guerre sono più sporche di altre, e la differenza non è di poco conto: si può misurare in termini di violazione dei diritti umani, in particolare dei soggetti più deboli, e più in generale di impatto sulla salute pubblica.

I due ricercatori inglesi Madelyn Hsiao-Rei Hicks del *King's College* di Londra e Michael Spagat del *Royal Holloway College* di Egham hanno messo a punto il *Dirty War Index* – l'indice della guerra sporca – proprio con l'obiettivo di raccogliere e sintetizzare dati concreti ed estrarne un quadro riassuntivo che possa servire a individuare politiche efficaci nel contrastare le peggiori nefandezze perpetrate in tempo di guerra.

Un unico numero per semplificare la complessità della guerra

Chiedersi se siano peggiori i crimini in Darfur della guerra civile che ha insanguinato la Colombia, insomma, diventa il presupposto per una riflessione sulla violenza associata a ciascun conflitto.

L'idea di riassumere con un semplice indice numerico un fenomeno complesso non è nuova. L'organizzazione delle Nazioni Unite, ad esempio, pubblica annualmente lo *Human Development Index* che misura l'efficienza di ciascun paese nel campo dell'aspettativa di vita, dell'alfabetizzazione e del Prodotto interno lordo pro-capite.

Proprio l'esigenza di comunicare, secondo l'editoriale affidato da *Plos Medicine* a Egbert Sondorp del *Conflict & Health Programme* della *London School of Hygiene and Tropical Medicine*, è uno dei motivi che suggeriscono il ricorso agli indici sintetici, che oltre a facilitare i confronti permettono a tutti di farsi un'idea quantitativa su fenomeni altrimenti troppo complessi.

L'editoriale fa notare come basti osservare anche solo una volta le affascinanti immagini realizzate dal progetto *Gap Minder* (che si prefigge di «svelare la bellezza della statistica per una visione del mondo basata sui fatti», <http://www.gapminder.org/>) per capire quanto sia diverso l'impatto di una tabella fitta di dati rispetto a una visualizzazione capace di mostrare gli elementi più significativi e

rilevanti «a colpo d'occhio», in quel caso riassunti in grandi bolle multicolore.

In teoria, spiega Sondorp, i tassi di mortalità nudi e crudi in tempo di guerra dovrebbero parlare da soli, ma l'esperienza mostra che non è così: «Quando i tassi di mortalità risultano molto alti, potrebbero essere contestati da coloro che rifiutano il messaggio».

Non un esercizio cinico, ma un espediente per comunicare la realtà

È stata questa la sorte delle indagini della Croce Rossa Internazionale che negli anni della guerra nella Repubblica democratica del Congo, tra il 1998 e il 2004, registrarono, rispetto alle attese, ben 4 milioni di morti in più dovuti esclusivamente al conflitto, come pure di quella che dopo l'invasione dell'Iraq nel 2003 censì 650 mila decessi in più, in gran parte diretta conseguenza dell'invasione stessa. Entrambe le indagini vennero pubblicate sulla prestigiosa rivista medica *The Lancet*, ma questo non impedì contestazioni tali da minare il messaggio principale: «Ovviamente non è semplice condurre studi di popolazione su larga scala in aree toccate da un conflitto» osserva l'editoriale di Sondorp. «Ma alle volte gli ostacoli maggiori emergono quando si tratta di comunicare i risultati. Un dato di mortalità derivante da un'indagine può apparire privo di ambiguità, ma i critici tendono a sfruttare la scarsa familiarità che il pubblico ha con i metodi di selezione del campione, le infe-

renze derivate dal campione e gli intervalli di confidenza per minare la credibilità del rapporto». Qui potrebbe venire in aiuto un indice come quello proposto da Hsiao-Rei Hicks e Spagat: «Un valore elevato sarebbe significativo di per sé, ma sarebbero possibili anche confronti, per esempio tra diversi conflitti o tra diverse fazioni nello stesso conflitto» spiega Sondorp.

L'idea molto semplice, che può essere applicata a qualunque parametro oggettivo, consiste nel quantificare i danni diretti apportati alle popolazioni civili: per la mortalità, il *dirty war index* sarà calcolato dividendo il numero dei morti civili per il numero complessivo dei morti causati dal conflitto – combattenti e non – e moltiplicando per cento.

Anche se a prima vista può sembrare un esercizio cinico, secondo i promotori questo tipo di calcolo semplificato applicato a diversi parametri – dallo stupro alla tortura, dalle esecuzioni sommarie alle stragi di civili, passando per tutte le forme intermedie di violenza, sopraffazione e privazione – ha un effetto sul pubblico generale ma anche sui ricercatori stessi: «In generale la raccolta di dati sugli effetti che i conflitti hanno sulla salute può mettere in luce pattern violenti (ovvero l'uso più o meno sistematico di specifici comportamenti) che potrebbero non risaltare osservando resoconti aneddotici, e che non vengono presi in considerazione seriamente finché non sono disponibili dati quantitativi».

La valutazione dell'impatto della guerra contro le giustificazioni ideologiche

Rimane il rischio di un eccesso di semplificazione, perché le profonde differenze sociali, culturali ed economiche tra le parti in conflitto possono dare luogo a indici il cui significato reale non è facile da interpretare. Un esempio è l'indice

di mortalità femminile nel conflitto israelo-palestinese. Hicks e Spagat hanno analizzato i dati raccolti dall'organizzazione non-governativa *B'Tselem* tra il 2000 e il 2007 e ne hanno estratto dati a prima vista sorprendenti: «Abbiamo osservato che la proporzione di donne uccise era significativamente più elevata quando le forze palestinesi colpivano i civili israeliani (40% del totale) che quando le forze palestinesi colpivano la popolazione civile palestinese (3%), o quando erano gli israeliani a farlo (5%)».

In effetti, riflettendo sulle caratteristiche del conflitto, che vede da un lato un esercito regolare e dall'altro atti di guerra condotti a distanza oppure atti di terrorismo, e sulle caratteristiche delle due società contrapposte, l'una che esclude la presenza di donne tra i combattenti e l'altra che per converso vede la componente femminile molto presente nella società e nella vita civile (in cui si consumano appunto gli attacchi suicidi con esplosivi), quel dato trova una spiegazione.

«Quando gli indici di guerra sporca sono usati per paragonare gruppi combattenti o metodi di combattimento non si deve dare per scontato che quelli con i valori più alti sia-

no semplicemente i più sporchi, né si deve pensare che indici bassi "non contino"» spiegano i ricercatori. «Gli indici riflettono in parte le condizioni locali».

Un elemento che fa la differenza è la disponibilità di un sistema sanitario efficiente, che in alcuni casi può mantenere relativamente bassa la mortalità tra i civili anche in presenza di metodi inaccettabili. In altri casi l'elevata percentuale di vittime tra i bambini può dipendere dalla bassa età media della popolazione. Di questo gli studiosi cui l'indice è destinato debbono tenere conto, senza però cercare di usare compensazioni che ne alterino il senso: «I ricercatori non dovrebbero compiere aggiustamenti per considerare fattori di questo tipo quando confrontano gli indici in contesti diversi, perché gli attori dei conflitti armati conoscono, o comunque hanno l'obbligo morale di conoscere, le risorse e la demografia locali, e le loro implicazioni sui danni alla popolazione civile» scrivono Hicks e Spagat. «Per non uccidere bambini, i combattenti sono obbligati ad assumere cautele maggiori in proporzione quando conducono la guerra in mezzo a popolazioni con molti bambini. La responsabilità per un esito

sporco non è attenuata dalle condizioni locali» affermano. In questo senso, lo strumento che propongono prescinde del tutto dalle ragioni, più o meno astratte, per cui la guerra è condotta per valutare solo i suoi effetti concreti. Per misurare quanto è sporca una guerra, le intenzioni di chi usa le armi sono del tutto secondarie, anche perché tutte le parti in causa affermano di essere animate da buone intenzioni.

«Questi indici possono aiutare noi e il pubblico a distaccarci dalle deformazioni di tipo politico e a superare l'istintiva tendenza a negare quando si considerano gli attori o i metodi di guerra» concludono i due ricercatori inglesi. «Essi possono presentare i dati relativi ai conflitti da una prospettiva nuova, incoraggiando gli attori dei conflitti a riconsiderare i propri metodi di combattimento, la propria responsabilità e i propri interessi».

DANIELA OVADIA

LA REALTÀ INACCETTABILE DELLA GUERRA CHIRURGICA

La pubblicazione con risalto, nello scorso aprile, di un ampio articolo sul prestigioso New England Journal of Medicine ha sancito in modo inequivocabile l'effetto devastante sulla popolazione civile irachena dei bombardamenti effettuati delle forze alleate: un gruppo di ricercatori inglesi – tra cui i due ideatori dell'indice della guerra sporca Hicks e Spagat – ha analizzato i dati raccolti con grande cura e dovizia di particolari dal progetto Iraq Body Count (<http://www.iraqbodycount.org/>), e valutato l'effetto delle diverse armi sulla popolazione civile.

L'uso di mortai e bombardamenti aerei in zone abitate costituisce una violazione delle leggi internazionali, perché confrontato agli altri metodi comporta il maggior numero di morti tra le donne e i bambini: «Politici, strateghi di guerra di tutte le convinzioni, gruppi e società che li appoggiano hanno la responsabilità morale e legale per gli effetti che specifiche tattiche di combattimento hanno sui civili, comprese le armi usate vicino a loro e tra di loro» è la conclusione dei ricercatori.

DO

L'INFLUENZA PIACE A BIG PHARMA

L'allarme febbre suina è l'ultimo abbaglio dell'*Organizzazione mondiale della sanità*, i cui proclami spaventano il mondo. Per la gioia dei farmaceutici.

di **Daniela Condorelli**

EMERGENCY ringrazia l'autrice e L'ESPRESSO per l'autorizzazione alla pubblicazione dell'articolo comparso sul numero 22 del 2009.



Livello 5. Cinque su sei: un passo dal baratro, quindi. L'allarme febbre suina viene gridato ai quattro venti dall'*Organizzazione mondiale della sanità*. E la gente si spaventa. Ovvio, no? Quando a gridare più forte di tutti è la massima autorità mondiale, non si può poi pretendere che l'opinione pubblica non si allarmi. Invece, ecco qui un virus blando, pericoloso sulla carta ma di fatto attutito. Ecco un'epidemia che non è uscita dal Messico come terreno di espansione (tutti i casi a oggi riguardano persone che hanno transitato nel paese centramericano). Ed ecco una gran brutta figura, fatta in prima persona dal colosso di Ginevra che resta al palo, col suo livello 5. E la febbre messicana rivela impietosamente che una o due cose che sono successe a Ginevra negli ultimi vent'anni hanno messo in pericolo la credibilità dell'organizzazione chiamata a vigilare nientemeno che sulla salute del mondo, e che ha conosciuto il suo massimo splendore negli anni Settanta, con le battaglie vinte contro poliomielite e vaiolo. Poi a poco a poco, la perdita di credibilità. Fino alla vergogna dell'*affaire* aviaria quando l'Indonesia ha sbattuto le porte in faccia all'*Oms*, accusandola di aver ceduto alla farmaceutica australiana *Csl* i frammenti del virus influenzale, grazie ai quali l'industria avrebbe prodotto e brevettato un vaccino contro la temuta influenza. Oltre al danno la beffa: la farmaceutica in questione avrebbe proposto al governo indonesiano di pagare per avere il vaccino. E l'Indone-

sia si è così accorta che nessuno le aveva chiesto il permesso di utilizzare il "suo" virus. Una palese violazione alle regole di cui la stessa organizzazione mondiale si era dotata. E non sarebbe stata l'unica: esiste una lunga lista di brevetti ottenuti da ceppi virali isolati in Vietnam, Cina e Hong Kong. Tutti con il beneplacito dei fornitori dei virus? Che gli uffici regionali e la stessa sede ginevrina traffichino con le case farmaceutiche non è più solo un'illazione.

Parte integrante del sistema delle Nazioni Unite, l'*Oms* è un colosso che muove ogni due anni oltre 5 miliardi di dollari. Le entrate sfiorano 5 miliardi e mezzo, le uscite superano i quattro. Un'analisi economica di Richard Wagner e Robert Tollison riscontrò che l'*Oms* spendeva in meeting e per il suo *executive board* tanto quanto investiva in vaccinazioni, tubercolosi e malattie diarroiche insieme. Oggi, più del 40 per cento del budget *Oms* confluisce nelle spese per il personale. Circa 8 mila operatori di cui 1.800 nel quartier generale svizzero e i restanti distribuiti tra i sei uffici regionali e i 147 situati nei singoli paesi.

Chi paga? Questo è il punto. Oltre l'80 per cento deriva da contributi volontari, perlopiù legati alle condizioni dettate dai donatori, molti dei quali sono privati, spiega Eduardo Missoni, docente di *Strategie globali per la salute* alla Bocconi. Come fa allora l'*Oms* a essere davvero autonoma nelle strategie e nelle scelte operative?

L'anno della crisi è il 1985,

quando gli Stati Uniti sospendono il proprio contributo (una sorta di quota associativa che ognuno dei 193 membri deve, in base al suo *Pil*) perché la strategia dell'*Oms* sui farmaci riduceva troppo la lista di quelli considerati essenziali e andava contro l'interesse di *Big Pharma*. Di lì a breve tutti i singoli paesi congelarono i finanziamenti ordinari, che oggi sono circa il 20 per cento del totale delle entrate. Gioco forza, allora, affidarsi ai contributi volontari. Un'arma a doppio taglio che limita la libertà di arbitrio dell'organizzazione. Chi dà, infatti, vincola la sua bontà d'animo ai progetti che più gli stanno a cuore. E chi ha più forza di tutti sono proprio le aziende farmaceutiche, tanto che la stessa Gro Harlem Brundtland, direttore dell'*Oms* alla fine degli anni '90, dichiarava apertamente che si dovessero «proteggere i diritti dei brevetti farmaceutici» e ci si dovesse «aprire a finanziamenti privati». Un'organizzazione che ha il compito di salvaguardare la salute di tutti, ma poi mostra di voler soprattutto salvare i fatturati di *Big Pharma*, finisce con lo sgretolarsi. Cominciando proprio con la più palese e crudele delle crepe: cedendo terreno alla Banca mondiale, denunciano le Ong, ha lasciato che essa smantellasse i sistemi sanitari nazionali dei paesi del Sud del mondo.

Che ci sia una particolare attenzione agli interessi di *Big Pharma* lo conferma Samantha Bolto che in passato ha lavorato per i Dipartimenti di malattie tropicali e Hiv dell'*Oms*: «Durante i primi allarmi sulle

influenze pandemiche erano in molti, all'interno dell'organizzazione, a chiedersi perché raccomandare il *Tamiflu* e non spingere la produzione, permessa in situazioni di emergenza, delle versioni generiche». Questa affinità con i colossi del farmaco si palesa nella pleora di consulenti di cui si circondano i diversi bracci dell'organizzazione. Senza alcuna trasparenza. Adriano Cattaneo, epidemiologo presso il centro collaboratore dell'Oms Burlo Garofalo di Trieste, ricorda l'influenza di consulenti pagati dalla farmaceutica AstraZeneca nel comitato che decise le

linee guida dell'ipertensione, i cui valori di rischio furono opportunamente abbassati per favorire il mercato dei farmaci. Anche le milioni di dosi di antivirali impilate nelle riserve dei paesi ricchi e l'impennata di richieste di brevetti per proteggere i virus di aviaria non possono che apparire sospetti. Diverse analisi prevedono che, entro il 2012, le entrate per i prodotti contro i virus influenzali si aggireranno attorno ai 14 miliardi di dollari. Ma un'organizzazione inquinata non è necessariamente un'organizzazione da abbattere. Tutti gli osservatori concor-

dano sul fatto che è necessaria un'azione di coordinamento quando un'infezione supera le frontiere di più paesi, e che non potrebbe essere fatta da nessun altro ente, né tanto meno da un governo. Così come è innegabile che l'organizzazione, pur con i suoi sfarzi, le dorate sedi di Ginevra e le sue incongruità, «ha condotto fondamentali battaglie per l'equità e l'universalità», come ricorda Nicola Magrini del *Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria*. Il fatto è, spiega Samantha Bolte, che «nell'Oms c'è una task force di tecnici molto com-

petenti, che però si perdono in un bicchier d'acqua quando devono diventare operativi». È ciò che accade quando la burocrazia prende la mano, quando i funzionari superano gli effettivi, quando i soldi spesi per le segreterie sono dieci volte quelli per i progetti. Quando la rete si sfrangia in centinaia di sedi, migliaia di centri cooperativi, un esercito di consulenti e di funzionari che trespiano con chi ha i soldi e si dimenticano la mission: salvare il mondo. Soprattutto il mondo dei più poveri. Troppo impegnativo? Ma qualcuno deve pur farlo.



PROTESI *OPEN-SOURCE*



Un giovane marine americano, che ha perso un avambraccio in Iraq, ha introdotto la logica dell'*open-source* a un settore stagnante da molti decenni, che agli amputati offre spesso soluzioni insoddisfacenti, o non ne offre alcuna.

Quando nel mondo occidentale si parla di protesi d'arto, e in particolare delle protesi che devono rimpiazzare un braccio o una mano, ai più vengono in mente sofisticati congegni dalla meccanica raffinata gestita da un'ancor più sofisticata elettronica, rivestiti di materiali hi-tech che ricordano il tocco della pelle umana. In questo senso, la distanza tra le soluzioni ipertecnologiche dei paesi ricchi e quelle adottabili nei paesi poveri appare incolmabile.

In parte, però, si tratta di una sorta di illusione ottica, giacché le protesi dall'aria ultramoderna e sofisticata lasciano insoddisfatti moltissimi amputati che le trovano non solo assai costose, ma soprattutto troppo delicate, deboli e fragili. In sostanza, belle ma inutili. Senza contare che anch'esse si basano quasi tutte su progetti vecchi di cinquant'anni.

Un'industria poco redditizia non muove ricerca né investimenti

Di tutto questo si è accorto, sulla propria pelle, il giovane ingegnere biomedico Jonathan Kuniholm, che poco dopo aver fondato nel 2003 una società con un gruppetto di amici conosciuti sui banchi dell'Università in North Carolina era stato inviato appunto a combattere in Iraq.

Pochi mesi dopo, un'imboscata lo privò dell'avambraccio destro. Ricoverato alla *Duke University* di Durham per una serie di interventi chirurgici, Kuniholm fu poi mandato al *Walter Reed Army Medical*

Center di Washington, dove adattarono al suo braccio sia una protesi mioelettrica assai sofisticata, che trasforma in movimento il più debole segnale nervoso, sia una protesi meccanica "convenzionale": di fatto una grossa tenaglia in acciaio da aprire e chiudere per mezzo di una cinghia governata dal braccio o dalla spalla. Entrambe le soluzioni – in teoria da alternare tra normale vita domestica e di relazione e lavori più impegnativi – rappresentavano lo stato dell'arte nel settore.

Tornato a casa, Kuniholm e i suoi tre soci della *Tackle Designs* cominciarono a studiare nei dettagli le due protesi con curiosità professionale, avendo conferma della prima impressione: si trattava di apparecchi molto rudimentali che non avevano beneficiato di alcun reale progresso da moltissimi anni. «Siamo rimasti molto delusi scoprendo che cosa era disponibile» ha ricordato di recente uno dei soci di Kuniholm, Jesse Crossen.

Raccogliendo informazioni in giro, scoprirono che la maggior parte degli utilizzatori di protesi di braccio non amano quella più nuova – per molti poco più che un braccio di bambola, che risponde con lentezza alle sollecitazioni e non permette neppure di tenere in mano una forchetta o aprire una porta – e continuano a preferire l'uncino di acciaio, spartano e antiestetico, che ha avuto assai poche migliorie dal primo progetto del 1912.

In quanto neoimprenditori, Kuniholm e soci la spiegazione la conoscevano bene: lo sviluppo

di un nuovo progetto è un investimento impegnativo, e i potenziali clienti delle protesi d'arto sono pochi, anche se negli ultimi anni aumentano molto tra i soldati, che grazie alle protezioni sopravvivono – seppure spesso menomati – a situazioni in cui in passato sarebbero morti sul campo di battaglia.

L'innovazione passa dalla condivisione gratuita, attraverso Internet

Nel caso poi delle protesi che devono sostituire una mano, un ulteriore fattore di complicazione deriva dalla necessità di personalizzarle e adattarle caso per caso perché siano davvero funzionali e utili.

In teoria, Kuniholm era nel posto giusto per risolvere il proprio problema: la società che aveva costituito con i suoi amici ambiva a favorire – in collaborazione con inventori e con i docenti dell'Università – la progettazione e la realizzazione di piccole invenzioni, e si era già cimentata con successo nella realizzazione di sofisticati strumenti per la chirurgia mini-invasiva.

I quattro giovani imprenditori decisero di cimentarsi con le loro competenze e la loro inventiva, e per farlo pensarono che i risultati migliori sarebbero stati ottenuti stimolando la cooperazione in tutto il mondo, approfittando del fatto che molti utilizzatori di protesi finiscono volenti o nolenti per dedicarsi al bricolage, per aggiungere o modificare dettagli al semplicissimo schema meccanico delle protesi.

Lo strumento più efficace per

favorire il lavoro di gruppo non poteva che essere una licenza d'uso di tipo *open-source*.

È così nato il consorzio online *Open Prosthetics Project*. (<http://openprosthetics.org/>). Tutti i files prodotti con i software di progettazione sono messi a disposizione gratuitamente per chiunque, con l'unica condizione che lo siano anche tutti i progetti derivati. L'idea è che ciascuno valuti gli eventuali adattamenti necessari alla propria situazione o alle proprie esigenze specifiche e faccia "stampare" un prototipo tridimensionale che con qualche successivo aggiustamento diventerà la sua protesi personale.

Il primo esperimento sull'«uncino di Trautman», progettato nel 1925

Negli Stati Uniti si calcola che ci siano circa 100 mila persone che hanno perso un braccio o una mano, su un totale di circa 1,7 milioni di amputati, tra cui la maggioranza ha perso un piede o una gamba per le complicanze di una malattia, come il diabete. Questo approccio, tuttavia, non intende favorire solo gli amputati dei paesi ricchi, facilitando la diffusione di protesi migliori, ma anche i molti amputati dei paesi poveri.

Il primo progetto su cui il consorzio ha deciso di sperimentare questa logica mutuata dagli sviluppatori di software è il cosiddetto «uncino di Trautman», cui molti amputati sono affezionati anche se si tratta di una protesi a dir poco spartana, progettata nel 1925 e realizzata senza alcuna cura per l'estetica. Rispetto alle assai più moderne, sofisticate e costose protesi mioelettriche garantisce una robustezza decisamente superiore, e per questo è spesso preferita da chi è abituato a poter contare su una stretta potente. Fra l'altro, è una protesi "ad apertura volontaria", che normalmente viene tenuta chiusa da una molla, per cui la stretta sull'oggetto non richiede alcuno sforzo.

È in genere la prediletta dei reduci della Seconda Guerra mondiale, ma anche di quelli tornati da una delle tante missioni di guerra americane degli ultimi anni senza una o entrambe le braccia, in proporzione molto maggiore rispetto al passato per la disponibilità di efficaci giubbotti in *kevlar* che proteggono gli organi vitali e per la rapidità ed efficienza dei soccorsi medici, che sempre più spesso salvano la vita a feriti assai malconci che in altre epoche sarebbero morti sul campo. E comunque è l'unica che indossa volentieri chi fa una vita molto attiva.

Da molti anni, però, è uscita di produzione, per cui gli utilizzatori fedeli hanno continuato a fare di tutto per tenerla in efficienza con continue riparazioni, rappezzi e rattoppi di fortuna.

Una progettazione diffusa di cui beneficiano gli amputati di tutto il mondo

L'*Open Prosthetics Project (OPP)* ha ottenuto dal produttore l'autorizzazione a usare il design originario, si è procurato un paio di modelli integri – usati da un istruttore nei suoi corsi – e dopo aver realizzato ex novo i progetti al computer ha cominciato a lavorare ai primi prototipi aggiornati: «La realtà è che non c'è un incentivo economico tradizionale per lavorare a migliorie delle protesi. Questo non significa che nessuno se ne preoccupi, ma la maggior parte delle persone non ha il denaro né la competenza tecnica per diffondere i miglioramenti che via via è riuscito ad apportare. Il nostro obiettivo è quello di creare un modo per condividere questi sforzi e questi miglioramenti con chiunque ne abbia bisogno», spiega l'ex marine.

I primi risultati della cooperazione internazionale sono stati molto incoraggianti, soprattutto perché molte persone hanno unito le forze e le competenze. Un esempio della sinergia virtuosa in qualche modo innescata e favorita dallo spirito



alla base dell'*OPP* è il successo ottenuto da un commesso di negozio di Atlanta, Robert Haag, che è riuscito a insegnare al figlio di appena due anni come usare una protesi. Nato con la mano sinistra non formata, il piccolo Michael non riusciva inizialmente a capire che cosa gli venisse richiesto di fare, finché il papà ebbe l'idea di adattare al terminale della protesi una canna da pesca giocattolo. Pungolato dal gioco, il bambino ha presto imparato a stringere la protesi con i muscoli del braccio sinistro, per riuscire ad afferrare il giocattolo che il papà appendeva per lui all'amo della canna da pesca. L'idea, e il video con la canna

da pesca, sono stati subito condivisi sul sito, dove altri potessero fruirne e magari migliorarle.

Altri anche in paesi dove le amputazioni di una mano o di un braccio sono frequenti a causa della guerra o del lavoro in condizioni pericolose, in cui una soluzione low-cost restituirebbe a una vita normale migliaia di persone, anche giovani e giovanissime. «Dobbiamo pensare anche a paesi come Arabia Saudita, India, Cina, Bangladesh e altri ancora, dove si praticano amputazioni punitive».

FABIO TURONE

UNA STORIA ORDINARIA DI MANCATA ACCOGLIENZA



Vivono in un edificio abbandonato di Torino 350 richiedenti asilo in fuga da Somalia, Sudan ed Etiopia. Dallo stato italiano hanno ricevuto un permesso umanitario e niente altro.

Ogni città ha la sua fetta d'Africa. L'Africa clandestina di Cerignola, in Puglia, disseminata nelle masserie di campagna, che d'estate si popolano di braccia per la raccolta dell'ortofrutta. L'Africa di Rosarno, in Calabria, che vive tra topi e caporali, e sulle spalle si carica il peso degli agrumeti. L'Africa milanese di Linate, di Scalo Romana, evidente contraddizione nella metropoli della finanza e della moda.

Da qualche mese anche Torino ha una sua Africa, alla clinica San Paolo. Secondo alcuni è quella più fortunata, perché tra le molte ha trovato una sistemazione decorosa. Raccontarla è difficile, perché come tutte le altre è un mosaico di storie, ma, come molte altre, è un'Afri-

ca legale.

Sono tanti — secondo un censimento della Questura 350, ma gli abitanti sanno che sono molti di più, forse addirittura 600. Sono i profughi di Somalia, Etiopia, Sudan. Uomini, donne e bambini che si dividono i quattro piani di un ex ospedale privato in corso Peschiera, nel cuore di Torino, dove si sono insediati alla fine dello scorso anno, dopo mesi di girovagare. Un destino comune a molti migranti che raggiungono il nostro paese in fuga da guerra e povertà, ottengono un permesso e piombano in un limbo surreale. La storia infinita dei richiedenti asilo rappresenta il paradosso di una legislazione che accorda loro un diritto ma che intorno a questo diritto crea il vuoto.

Legali, regolari, protetti — solo formalmente — a tutti gli effetti, dal momento in cui hanno fatto il *fingerprint* (le impronte digitali prese dalle Questure delle località in cui arrivano, spesso Lampedusa o Crotone), comincia la loro schiavitù di uomini liberi. Liberi di muoversi, scegliere una destinazione, che molto spesso è il Nord. Liberi di partire, senza un soldo in tasca.

Una rete solidale diffusa che colma l'assenza delle istituzioni

Il pomeriggio del 16 ottobre 2008 i ragazzi africani occupano l'ex clinica San Paolo. Si sistemano nei locali abbandonati, nelle vecchie camere di degenza, dove sono abbando-



nate alcune apparecchiature sanitarie. All'inizio la struttura sembrava un edificio sventrato da un bombardamento, con macerie e squarci di intonaco dappertutto, porte sfondate, rifiuti. Qualche materasso sporco, divani, coperte sfibrate dal tempo. Ogni camera è diventata rifugio per tre, quattro persone. «Meglio così che per strada» commentano i ragazzi.

Sulle porte hanno scritto i loro nomi, «così tutti sanno che le stanze sono occupate»: Mohammed, Yusuf, Ahmed.

Da parte delle istituzioni molte parole ma pochi fatti (l'offerta di alcuni letti e il passaggio dal banco alimentare), mentre un'efficiente rete di solidarietà, formata da associazioni – tra le quali il gruppo di Emergency Torino – centri sociali e singoli, si è attivata quasi da subito, apportando alla struttura alcune migliorie e offrendo loro perlomeno una speranza di vita migliore. Ogni piano ha una cucina ancora funzionale. L'impianto idraulico ed elettrico è stato rifatto dai ragazzi dei centri sociali (*Gabrio* e *Askatasuna*), in modo da garantire luce in ogni stanza e un punto acqua per ogni piano.

Ma i giovani dei centri sociali sono stati da sempre osteggiati dal Prefetto: «Mi rifiuto di trattare sulla gestione giuridica e sul futuro dei profughi con qualunque delegazione comprenda i rappresentanti dei circoli e dei centri sociali», aveva detto il rappresentante del governo, Paolo Padoin, durante i primi giorni dell'emergenza. Da quel momento la questione si è ingarbugliata, perché nessuno sembrava avere i requisiti necessari per sedersi al tavolo negoziale con le autorità.

Alla fine, un censimento organizzato dallo stesso prefetto ha consentito di verificare che i residenti abusivi della San Paolo sono tutti «richiedenti asilo», e le acque si sono relativamente calmate. L'ostracismo del Prefetto è apparso a molti miope e insensato, ingabbiato in un formalismo legalitario di fronte a

un gruppo di persone che hanno gestito l'emergenza e l'occupazione, offerto da dormire e da mangiare. I giovani dei centri sociali sono così diventati veri e propri mediatori culturali che si sono sostituiti all'inerzia o all'assenza di istituzioni e organismi che avrebbero dovuto garantire a quei profughi tutte le garanzie stabilite dalle Convenzioni di Ginevra.

Dall'Africa all'Italia, un peregrinare senza sicurezze né prospettive

«Quando me ne sono andata dalla Somalia – racconta Marian Bubakar – speravo di trovare una situazione migliore di quella che ho trovato. Certo, nel mio paese c'è la guerra, ma io qui non ho ancora la cittadinanza. Mia sorella, che sta in Inghilterra, l'ha ottenuta dopo cinque anni. Ho sempre lavorato, ma in nero, perché il programma di assistenza italiano ti tiene sei mesi e poi ti abbandona. E senza residenza o cittadinanza nessuno ti offre un lavoro. Io facevo la badante per le signore anziane. Quando morivano, dovevo ricominciare da capo a cercarmi un altro lavoro».

Ali Assan, somalo anche lui, parla italiano come molti connazionali (la Somalia conobbe la dominazione italiana dal 1905 al 1941): «Perché siamo qui? Perché fuggiamo dalla guerra. Abbiamo attraversato il deserto, ci siamo imbarcati in Libia e abbiamo speso duemila dollari per venire. Cosa abbiamo trovato? Personalmente ho girato quattro città, Ragusa, Firenze, Milano e Torino, ma non ho mai dormito su un vero letto. Ho tutti i documenti a posto: è normale vivere così?».

In un documento presentato alle autorità cittadine al momento dell'occupazione, gli immigrati della San Paolo rivendicavano il diritto ad avere almeno un posto in cui poter costruire la loro casa. Nel ringraziare la rete di solidarietà che li ha aiutati, gli immigrati spiegavano che «ci sono cose, come per esempio

il riscaldamento, dove la solidarietà dei singoli (siano persone o gruppi di associazioni) non può arrivare. Qui entrano in gioco le responsabilità delle istituzioni, dalle più vicine alle più lontane. La nostra volontà è quella di avere una casa; per poter vivere dignitosamente, cercare un lavoro e accedere a servizi che ci spettano di diritto chiediamo una soluzione reale per poter avere la residenza».

Un solo riconoscimento formale dei diritti fondamentali

Il riconoscimento dello status di rifugiato è regolamentato dalla legge n. 39 del 1990.

Chi ha ottenuto il riconoscimento ha diritto a contributi per la prima accoglienza: sostentamento, salute e cure mediche, sostegno allo studio, integrazione dell'attività lavorativa.

Il contributo economico di 27,89 euro al giorno viene erogato a chi ne fa richiesta (può presentare domanda chi non ha potuto essere accolto nei centri finanziati dal fondo nazionale, cioè i centri governativi) e a ogni componente del nucleo familiare per un massimo di 35 giorni.

Il contributo viene suddiviso in due rate: la prima di 557,80 euro a persona, per 20 giorni; la seconda di 418,35 euro per i rimanenti 15 giorni.

Nella maggior parte dei casi, le persone ospitate al San Paolo hanno un permesso umanitario della durata di tre anni.

Questo permesso consente al titolare la permanenza sul territorio italiano e l'inserimento nei sistemi di protezione (*Sprar*) che forniscono – o dovrebbero fornire – accoglienza, scolarizzazione e inserimento nei percorsi di lavoro per sei mesi. Per chi segue questo itinerario è prevista anche la concessione della residenza.

Il punto critico di questo programma è che i posti disponibili non sono sufficienti a coprire tutte le richieste.

Respingimenti e leggi restrittive: nessuna tutela dei diritti dei richiedenti asilo

Lo scorso anno il ministro dell'Interno Maroni dichiarò che il fenomeno dei richiedenti asilo celava un ingresso di irregolari, in un paese già sotto accusa da parte dell'Unione Europea per i respingimenti forzati. Fu subito smentito da Italo Siena, responsabile del *Naga Har* di Milano, associazione che si occupa proprio della tutela per i richiedenti asilo: «Si tratta di una falsità: ogni anno almeno l'80 per cento di coloro che in Italia ne fanno domanda ottiene una protezione internazionale. Le richieste annuali in Italia sono circa 14 mila, almeno il 10 per cento dei richiedenti ottiene subito asilo politico, mentre a un altro 40 per cento viene accordata dalla commissione competente la protezione di tipo umanitario o sussidiario. Se a questi aggiungiamo anche quanti hanno fatto ricorso dopo il rifiuto della commissione, arriviamo all'80 per cento di domande accettate». Anche *Amnesty International*, nel suo Rapporto 2009, non lesina critiche alla politica dell'Italia nei confronti dei migranti: «I richiedenti asilo sono sottoposti nel nostro paese a una detenzione *de facto*, priva di basi legali certe e di controllo giudiziario».

Aggiunge Claire Weise, Presidente della sezione italiana di *Amnesty*: «La politica italiana dell'immigrazione e i respingimenti dei rifugiati che arrivano con le barche in alto mare è espressione di disprezzo dei diritti umani e delle persone veramente disperate che qui cercano aiuto».

LUCA GALASSI
peacereporter.net

LA PRESIDENZA OBAMA IL DISINCANTO AFGANO LE SPERANZE DEL CAIRO

C'è chi ancora ricorda, dopo cinquant'anni, il proclama del governatore democratico dell'Alabama George Wallace: *Segregazione oggi, segregazione domani, segregazione sempre*. Molti ricordano Rosa Parks, nera, seduta, in un posto riservato su un pullman ai bianchi. E il suo arresto. E il boicottaggio dei pullman di Minneapolis. E la comparsa dello sconosciuto pastore protestante Martin Luther King...

Chiunque avesse questi ricordi ha faticato a credere, il 4 novembre 2008, che Barak Obama fosse stato eletto presidente degli Stati Uniti.

Avere assistito a questa svolta storica, pensare ai temi attorno ai quali si è compiuta, il contesto nei quali è avvenuta, lo stupore inquieto di chi l'aveva temuta e l'entusiasmo di chi aveva osato sperarla... tutto questo ha aperto nuovi orizzonti e acceso nuove speranze.

Il 22 gennaio 2009, a poche ore dal suo insediamento, il nuovo presidente – nuovo a molti titoli, non solo “di successione” – come suo primo atto, decideva la chiusura della prigione di Guantanamo e il blocco dei processi, considerati illegali, contro i detenuti-sequestrati rinchiusi. *Combattenti irregolari*, li aveva definiti nel 2002 l'allora ministro della difesa Rumsfeld. Una definizione priva di qualsiasi riferimento: né prigionieri di guerra tutelati dalle Convenzioni di Ginevra, né imputati di qualche reato “ordinario” secondo qualche legislazione statunitense, privi pertanto di ogni diritto e sottratti a qualsiasi controllo. Contro solo pochissimi di loro sono state formulate accuse.

Nessuno, inoltre, nega che sia durante la detenzione, sia in precedenza, si sia fatto ricorso alla *tortura* (rinominata con pallidi eufemismi).

Il 15 maggio molti organi d'informazione – con compiacimento alcuni, altri con preoccupazione – comunicano che *Obama corregge la rotta... il presidente americano ha annunciato che l'attività del tribunale per terroristi continuerà. Con quali garanzie non è dato sape-*

re, nonostante preannunciate riforme per garantire i diritti dei sospetti, con riferimento all'uso della tortura.

Negli stessi giorni della *correzione di rotta*, diventa pubblica un'altra decisione di Obama, in qualche modo inattesa: si vieta la diffusione di immagini analoghe a quelle già note sulle torture e sui maltrattamenti praticati ad Abu Ghraib.

La decisione è in sé comprensibile. Apprezzabile anche. È vero che senza avere visto

quelle immagini difficilmente si sarebbe capita la loro gravità e la disumanità di quei misfatti. È però altrettanto vero che di una replica non si avverte la necessità. Trattandosi di situazioni sostanzialmente identiche, nuove variazioni di nuove violenze su nuovi corpi di detenuti avrebbero scarsa capacità di fornire ulteriori informazioni e suggerire altre riflessioni; potrebbero risultare, se non morbose, certamente irrispettose.



A colpire in questo, peraltro inefficace, divieto è la motivazione: il danno che le nuove immagini potrebbero recare al nome dell'esercito statunitense e delle sue missioni militari, alla sicurezza stessa dei soldati Usa.

Absolutamente precario il riferimento alla *sicurezza*, a meno che le conseguenze da evitare non siano procedimenti penali contro responsabili resi individuabili. Ma questo significherebbe impedire un'azione di giustizia allo stesso sistema giudiziario Usa. La sicurezza dei militari impegnati in una guerra difficilmente potrebbe diventare più precaria di quanto già non sia, per l'impegno di

combattimento che li trattiene all'estero.

Il buon nome dell'esercito e delle sue missioni, invece, non dovrebbe risultare compromesso agli occhi di chi ritenga giuste e doverose le azioni in corso. E per chi è d'opposta opinione il giudizio negativo non muterebbe per un gioco d'ombre.

Il presidente degli Stati Uniti ha programmato la conclusione dell'avventura in Iraq, considerata, con formulazione benevola, *un errore*.

Ma se il presidente Obama ribadisce e rilancia la guerra in Afghanistan, inviando altri militari, estendendone l'impiego al Pakistan, è da credere che giu-

dichi motivata e giusta questa azione.

L'affermazione che la guerra all'Afghanistan sia stata *imposta* dagli attentati dell'11 settembre 2001 non riesce a persuadere. Una guerra non è un'operazione di polizia, sia pure internazionale. Anche durante la presidenza Obama le bombe uccidono, e quando cadono, com'è ripetutamente avvenuto, su villaggi o festeggiamenti di matrimoni, uccidono centinaia di civili sicuramente estranei.

La teoria degli effetti *collaterali* non ha, pare, conosciuto ripensamenti.

Obama insiste nell'invocare il doppio binario dell'azione militare integrata con l'azione diplomatica e di aiuto. Una prospettiva non nuova, che già è risultata una vuota retorica di pace a copertura di un'azione effettiva di guerra.

Vincere il terrorismo è una necessità, perché sono indiscutibile realtà le situazioni alle quali fa riferimento la parola *terrorismo*.

Sembra perdurare la convinzione che le armi siano uno strumento adeguato ed efficace. Ma che questa vittoria non si sia ottenuta in otto anni è una constatazione. Ed è una constatazione che il terrorismo si è diffuso, nel contesto del ricorso alle armi.

Che gli strumenti per *vincere il terrorismo* debbano essere diversi dall'azione militare è una convinzione che sembrava maturata.

Era parso di capire che Obama ne fosse consapevole e convinto.

Si era capito male?

Forse no, se il 4 giugno, al Cairo, Barak Obama ha prospettato rapporti assolutamente nuovi tra il suo paese e il mondo islamico, con parole nuove e pensieri coraggiosi sulla pace, sulla comprensione e sul rispetto tra i popoli e le persone di tutto il mondo.

La divisione del mondo in *contrapposti imperi del «bene» e*

del «male» è una semplificazione superficiale e vacua. Ma questa superficiale vacuità ha determinato — e condannato — la storia umana degli ultimi decenni.

Averla cancellata da quella stessa posizione di potere che l'aveva indetta e divulgata non è un'esercitazione retorica.

È un evento storico.

Come è un evento storico la decisione, anch'essa evocata nel discorso del Cairo, anch'essa di rottura con il recente passato dell'amministrazione Usa, di intraprendere una politica energetica nella quale l'ecologia risulti un impegno concreto, non una vuota buona parola da somministrare, in piccole dosi, a *esaltati fanatici*, sordi alle esigenze *serie* dello *sviluppo*. Che questo tema definisca l'orizzonte delle nuove guerre o di una nuova pace è un'evidenza che nessuno sensatamente contesta.

Ed è un evento storico la significativa presenza, in un discorso politico, di riferimenti alla storia della cultura occidentale accompagnata alla consapevolezza che esistono altre storie e altre culture, appartenenti anch'esse al mondo di tutti.

Certo, il seguito e la verità di questi eventi storici dovranno risultare dai loro seguiti, particolarmente in Afghanistan, in Palestina, nella politica energetica e industriale.

È un'aspettativa, si vedrà quanto fondata.

Ma uno sguardo rivolto con qualche fiducia al futuro è quanto meno una sospensione del vuoto sordo e ottuso che, da diversi versanti della politica internazionale, ci opprime da almeno trent'anni.

CG





SERVIZIO CIVILE CON EMERGENCY

TIENI D'OCCHIO IL SITO DI EMERGENCY!
www.emergency.it

Da metà giugno sarà pubblicato l'elenco dei progetti di servizio civile per un anno di esperienza presso gli uffici della sede di Milano: nei settori della comunicazione e della grafica, dell'informatica, della diffusione di pace nelle scuole, del coordinamento dei volontari, del supporto alle missioni all'estero.

Possono candidarsi ragazze e ragazzi che al momento della domanda:

- abbiano compiuto il diciottesimo anno di età e non superato il ventottesimo;
- abbiano la cittadinanza italiana.

T 02 881881
serviziocivile@emergency.it
www.emergency.it



LAVORA CON NOI

EMERGENCY ricerca personale per i suoi progetti in:
AFGANISTAN, SIERRA LEONE, CAMBOGIA,
REP. CENTRAFRICANA e SUDAN

- CHIRURGHI GENERALI e ORTOPEDICI

Afganistan, Cambogia, Sierra Leone

- GINECOLOGHE e OSTETRICHE

Afganistan

- ANESTESISTI/RIANIMATORI

Afganistan, Cambogia, Sierra Leone

- PEDIATRI

Afganistan, Repubblica Centrafricana, Sierra Leone, Sudan

- TSRM

Afganistan, Sudan

- INTERNISTI

Afganistan, Sudan* (*rilevante esperienza in malattie cardiologiche)

- INFERMIERI di: PEDIATRIA e NEONATOLOGIA

Afganistan, Rep. Centrafricana, Sierra Leone, Sudan

- INFERMIERI di: CHIRURGIA GENERALE e ORTOPEDIA

Afganistan, Cambogia, Sierra Leone

- INFERMIERI di: TERAPIA INTENSIVA

Afganistan, Cambogia, Sierra Leone

- STRUMENTISTI

Afganistan, Cambogia, Sierra Leone

- FISIOTERAPISTI

Afganistan, Cambogia, Sierra Leone

EMERGENCY ricerca personale per il progetto
di **CARDIOCHIRURGIA A KHARTOUM, SUDAN**

- CARDIO CHIRURGHI

particolare esperienza nel trattamento chirurgico e post-chirurgico di tutte le valvulopatie, della cardiopatia ischemica, della patologia aortica (aorta toracica)

- CARDIO ANESTESISTI

è richiesta completa autonomia nella gestione dell'attività anestesiológica e rianimatoria

- PERFUSIONISTI

- CARDIOLOGI/ECOCARDIOGRAFISTI/EMODINAMISTI

- INFERMIERI

di sala operatoria, terapia intensiva, corsia di cardiocirurgia, emodinamica, ambulatorio

- FISIOTERAPISTI

- TECNICI DI LABORATORIO E DI RADIOLOGIA

REQUISITI

Significativa esperienza ospedaliera; capacità di adattamento a lavorare secondo protocolli clinici e operativi standardizzati; disposizione a formare lo staff locale; disponibilità a lavorare nel rispetto della cultura locale e delle regole di sicurezza definite da emergency; disponibilità di permanenza all'estero preferibilmente di 6 mesi (minimo 3); buona conoscenza della lingua inglese parlata e scritta.

CONDIZIONI

Collaborazione retribuita, copertura spese di viaggio, vitto e alloggio, assicurazione.

EMERGENCY - Ufficio Risorse Umane — via Meravigli 12/14, 20123 Milano
T +39 02 863161 — F +39 02 86316337 — e-mail: curriculum@emergency.it

Rivista trimestrale dell'associazione Emergency

Direttore responsabile Carlo Garbagnati
Redazione Simonetta Gola

Hanno collaborato a questo numero

Alessandro Conca, Daniela Condorelli, Nadia De Petris, Luca Galassi, Elena Giovannella, Beate Kupperts, Graziella Marzaduri, Rossella Miccio, Fabio Nanti, Daniela Ovadia (DO), Enrico Piovesana (EP), Fabio Turone
Immagini Archivio Emergency, Marcello Bonfanti, Francesco Cocco, Luca Galassi, GiBi Peluffo

Progetto grafico e impaginazione Angela Fittipaldi, Guido Scarabottolo

Stampa Litografica Cuggiono, Registrazione Tribunale di Milano al n° 701 del 31.12.1994

Chiuso in redazione il 17 giugno 2009

Tiratura di questo numero 180.000 copie, 129.681 delle quali spedite ai sostenitori

Redazione via Meravigli 12/14, 20123 Milano
- T +39 02 881881, F +39 02 86316336 -
e-mail: info@emergency.it

Emergency

via Meravigli 12/14, 20123 Milano
T +39 02 881881
F +39 02 86316336
e-mail info@emergency.it
http www.emergency.it

via dell'Arco del Monte 99/a, 00186 Roma
T +39 06 688151
F +39 06 68815230
e-mail roma@emergency.it
http www.emergency.it

Codice fiscale 97147110155

Per sostenere Emergency

• **c/c postale** intestato a Emergency n° 28426203

• **c/c bancario** intestato a Emergency
IBAN IT 02 X 05018 01600 000000130130 -
presso Banca Etica, Filiale di Milano

• **c/c bancario** intestato a Emergency
IBAN IT 41 V 05387 01600 000000713558 -
presso Banca Popolare dell'Emilia Romagna

• **c/c bancario** - intestato a Emergency
IBAN IT 76 D 01030 01600 000007362036 -
presso Banca Monte dei Paschi di Siena

• **CartaSi, Visa e Mastercard**
n° verde CartaSi 800667788

• **carta di credito on-line**
dal sito internet www.emergency.it

Informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003

I dati personali raccolti sono trattati, con strumenti manuali e informatici, per finalità amministrative conseguenti il versamento di contributi a sostegno dell'associazione, per l'invio della pubblicazione periodica e per la promozione e la diffusione di iniziative dell'associazione. Il conferimento dei dati è facoltativo; il mancato conferimento o il successivo diniego al trattamento dei medesimi non consentirà di effettuare le operazioni sopra indicate. I dati personali raccolti potranno essere conosciuti solo da personale specificamente incaricato delle operazioni di trattamento e potranno essere comunicati a terzi ai quali sono affidati la predisposizione e l'invio della pubblicazione periodica. I dati trattati non saranno diffusi. Titolare del trattamento è Emergency - Life Support for Civilian War Victims ONG ONLUS, Via Meravigli 12/14, 20123 Milano, in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore. Responsabile del trattamento è la Sig.ra Mariangela Borella, alla quale è possibile rivolgersi, all'indirizzo sopra indicato, per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, tra i quali quelli di consultare, modificare, cancellare, opporsi al trattamento e conoscere l'elenco aggiornato degli altri responsabili.

EMERGENCY è un'organizzazione umanitaria senza fini di lucro, sorta per iniziativa di medici, infermieri e tecnici con esperienza di lavoro umanitario in zone di guerra.

Gli obiettivi di EMERGENCY sono:

- curare le vittime civili dei conflitti organizzando ospedali e centri di riabilitazione;
- prestare assistenza sanitaria di base e specialistica alle popolazioni nelle zone di guerra;
- formare personale locale a far fronte alle necessità mediche, chirurgiche e riabilitative più urgenti;
- dare attuazione ai diritti umani per chi soffre le conseguenze sociali di guerre, fame, povertà, emarginazione;
- promuovere una cultura di pace, solidarietà e il rispetto dei diritti umani.

EMERGENCY RINGRAZIA:

3D Vision
Anteo Spaziocinema
Airfrance
Al Tempio d'oro
Albergo dell'Agenzia di Pollenzo
Alfa Romeo engineering
Antonio Marras
Assiteca
Associazione 100 Pittori Via Margutta
Associazione Artus
Associazione regionale piemontese cooperazione
Associazione Silvano Saladino ONLUS
Banca Credito cooperativo di Treviglio
Bianca Agostinelli
Biblioteca Internazionale Ilaria Alpi di Parma
Bonini Assicurazioni
Brussels Airlines
Business International Company S.r.l.
Buy.it
Camera del Lavoro di Pescara
CartaSi
Cogeide
Comune di Lesa
Comune di Paliano (Fr)
Comune di Soragna
Contrasto
Consorzio Costruzione e Gestione Imp.
Consorzio per l'assistenza alle PMI
Cral ASL 35
D'Arapi
Demil e I.P.Clearing
Dipendenti AROS
Dipendenti Azienda Ospedaliera di Melegnano
Dipendenti Bologna Fiere

Dipendenti Cassa di Risparmio di Volterra
Dipendenti Credito Bergamasco
Dipendenti ditta Acab
Dipendenti Fondazione Teatro Regio Torino
Dipendenti Freemont
Dipendenti Gallazzi
Dipendenti Hydros
Dipendenti IBM
Dipendenti Janssen Cilag
Dipendenti San Pellegrino Terme
Dipendenti Targetti & Sankey
Dipendenti Università Studi di Pavia
Distillerie Francoli
Ducato
El V and the Gradenhouse
Emker SA
Epson Italia
Eurocopy Service, Roma
Eventinove artecontemporanea
Fabio Fazio
FIOM CGIL Modena
FISAC CGIL Brescia
FISAC CGIL Mestre
FISAC CGIL Nuoro
Fondation Assistance
Franco Patriarca
Fratelli Cornacchia
Guido Scarabottolo
Istituzione Biblioteche del Comune di Parma
Just in time
KLM
Lacomes S.R.L. - Lainate (MI)
Lella Costa
Libraccio

Librerie la Feltrinelli, Roma
Lifegate
Lionsluck Foundation
Maico Italia
Manuela Laurentini
Manzoni pubblicità
Marco Cacciola
Mediagroup
Messaggerie Italiane
Metropolitana di Roma spa
NCR Italia
NH Hoteles
Nico Colonna
Nicoletta Neri
Oursons
Pirelli RE
Prima caffè
Provincia di Milano
Regione Toscana
Rotary Club Galilei Pisa
Rulli Rullmecca
S.I.T.T.A.M.
SD Cinematografica, Roma
Segretariato Sociale Rai
SG Consulting
Slow Food Valsesia
Smemoranda
Studio Punto e Virgola, Roma
Studio R
UIL CSP di Cesena
Usines Metallurgiques De Vallorbe S.A.
Vicini
Zannoni Consult
Zo Caffè

Per l'ideazione e la realizzazione della campagna "Aiutaci a combattere la guerra ad armi pari":

J. Walter Thompson Italia

Filmmaster

Eccetera

Per la collaborazione nella ricerca del personale, EMERGENCY ringrazia:

- SIC - Società Italiana di Chirurgia
- SIN - Società Italiana di Neonatologia
- SIMEU - Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza
- ANIN - Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze
- GFT - Gruppo Formazione Triage
- SIUD - Società Italiana di Urologica
- AIISG - Associazione Italiana Infermieri Sala Gessi
- FISMAD - Federazione Italiana delle Società delle Malattie dell'Apparato Digerente
- ANMCO sezione LAZIO
- FESMED/AGITE sezione CAMPANIA
- CENTRO PER LA LOTTA CONTRO L'INFARTO - FONDAZIONE ONLUS
- CATALAN SOCIETY FOR CARDIAC SURGERY
- SOCIETE BELGE DE PEDIATRIE
- ARCISPEDALE S.MARIA NUOVA - REGGIO EMILIA
- AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO - FORLANINI - ROMA
- SCUOLA INTERNAZIONALE DI SCIENZE PEDIATRICHE - ISTITUTO GASLINI - GENOVA
- Prof. LUCIO PARENZAN
- MICHAEL PAGE INTERNATIONAL
- JOBADVISOR
- IL LAVORO

Per l'organizzazione del Convegno "I principi dell'intervento di EMERGENCY" di Lodi, maggio 2009 si ringraziano:

- AZIENDA OSPEDALIERA DELLA PROVINCIA DI LODI
- PROVINCIA DI LODI
- Aifi
- ASL PROVINCIA DI LODI e ORDINE DEI MEDICI
- CHIRURGHI ODONTOIATRI

- IPAVSI MILANO LODI
- HOTEL NAPOLEON
- VISC
- LUBE
- L'ERBOLARIO LODI

GRUPPI TERRITORIALI

Il volontariato è una componente fondamentale dell'attività di EMERGENCY.

Sul territorio italiano sono attivi circa 4.000 volontari, divisi in 175 gruppi e 32 riferimenti locali. I volontari svolgono un ruolo fondamentale nell'opera di informazione e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, nella diffusione di una cultura di pace (attraverso la partecipazione a conferenze, incontri nelle scuole, in luoghi di lavoro etc.) e nell'attività di raccolta fondi (banchetti promozionali, organizzazione di iniziative locali, presentazione di progetti specifici agli enti locali, sviluppo sul territorio delle campagne promosse dall'associazione etc.).

I volontari offrono anche un supporto prezioso alle attività degli uffici delle sedi di Milano e Roma.

Per ulteriori informazioni: volontariato@emergency.it

SVIZZERA

Gruppo del Canton Ticino
0041/787122941
emergency-ticino@bluewin.ch

VAL D'AOSTA

Gruppo Aosta
340/9471701
emergency.aosta@libero.it

PIEMONTE

Gruppo di Torino
338/8922094
emergency.to@inrete.it

Gruppo del Canavese - TO
338/8499627
emergency.canavese@email.it

Gruppo di Pinerolo - TO
334/7925925
emergency.pinerolo@gmail.com

Gruppo di Alessandria Casale
335/7182942 - 0142/73254
emergency.al@libero.it

Gruppo di Asti
347/8744586
emergency.asti@libero.it

Gruppo di Biella
349/2609689
emergencybiella@gmail.com

Gruppo di Cuneo
349/6115945 - 320/3756386
emergencycuneo@gmail.com

Gruppo di Novara
346/4059460 - 347/1431790
emergencynovara@yahoo.it

Gruppo di Arona - NO
335/6005077 - 328/8229117
emergency.arona@virgilio.it

Gruppo di Verbania
348/7266991
emergency.verbania@libero.it

Gruppo di Lago D'Orta VB
339/6988008
emergencylagodorta@libero.it

LOMBARDIA

Gruppo della Brianza - MI
340/7784875
info@emergencybrianza.it

Gruppo del Naviglio Grande - MI
339/8364358 - 334/3175776
emergency.buccinasco@libero.it

Gruppo di Cinisello Balsamo - MI
348/0413702
emergency.cinisello@email.it

Gruppo della Valle del Seveso - MI
348/2340467
emergency.valleseveso@libero.it

Gruppo del Magentino - MI
335/77507444
emergency.magentino@gmail.com

Gruppo della Martesana - MI
393/2736362 - 02/9504678
emergency.martesana@tatavasco.it

Gruppo di San Giuliano - MI
338/1900172
emergencysgm@hotmail.com

Gruppo di San Vittore Olona - MI
0331/516626
emergencysanvittoreo@libero.it

Gruppo di Saronno - VA
339/7670908
emergencysaronno@gmail.com

Gruppo di Sesto San Giovanni - MI
335/1230864
emergencysesto@emergencysesto.it

Gruppo di Settimo Milanese - MI
02/3281948 - 333/7043439
emergencysettimomi@virgilio.it

Gruppo di Usmate Velate - MI
039/673324 - 039/672090
emergencyusmatevelate@virgilio.it

Gruppo di Bergamo
338/7954104
info@emergencybg.org

Gruppo dell'Isola Bergamasca - BG
320/0361871
emergencyisolabg@libero.it

Gruppo di Brescia
335/1767627 - 333/3289937
info@emergencybs.it

Gruppo della Valle Camonica
338/4734478
emergency.vallecamonica@hotmail.it

Gruppo di Crema - CR
335/6932225 - 335/7119651
emergency.crema@gmail.com

Gruppo di Como
347/7249169
emergencycomo@hotmail.it

Gruppo di Lecco e Merate
329/0211011
emergencylecco@libero.it

Gruppo di Lodi
340/0757686 - 335/8048178
emergencylodi@yahoo.it

Gruppo di Mantova
0376/223550 - 320/0632506
emergency.mantova@virgilio.it

Gruppo di Monza
334/8670307
emergency.monza@inwind.it

Gruppo di Pavia
346/0218703
emergency.pv@hotmail.com

Gruppo di Vigevano - PV
0381/690866 - 328/4237529
emergency.vigevano@tiscali.it

Gruppo della Valtellina - SO
0342/684033 - 320/4323922
emergency.valtellina@virgilio.it

Gruppo di Varese
334/1508540 - 333/8912559
emergencydivarese@gmail.com

Gruppo di Busto Arsizio - VA
0331/341424
emergencybustoarsizio@virgilio.it

VENETO

Gruppo di Venezia
347/9132690
veneziam@emergency.it

Gruppo delle Città del Piave - VE
335/7277849 - fax 0421/560994
emergencycittapiave@libero.it

Gruppo di Spinea VE
041/994285 - 339/3353868
emergencyspinea@interfree.it

Gruppo di Belluno
348/7793483
emergencybelluno@yahoo.it

Gruppo di Padova
348/5925163
emergency.padova@hotmail.it

Gruppo di Rovigo
348/5609005
emergencyrovigo@libero.it

Gruppo di Treviso
333/4935006 - 340/5901747
emergency_treviso@yahoo.it

Gruppo di Verona
334/1974348
emergency.vr@libero.it

Gruppo di Vicenza
333/2516065
info@emergencyvicenza.it

Gruppo di Thiene - VI
349/1543529
emergencythiene@tiscali.it

FRIULI VENEZIA GIULIA

Gruppo di Trieste
347/2963852
emergencytrieste@yahoo.it

Gruppo di Udine
0432/580894 - 339/8268067
emergencyudine@libero.it

TRENTINO ALTO ADIGE

Gruppo di Trento
347/9822970
emergencytrento@yahoo.it

Gruppo dell'Alto Garda - TN
347/4091769
emergencyaltogarda@hotmail.it

Gruppo di Rovereto - TN
339/1242484
emergencyrovereto@libero.it

Gruppo delle Valli di Fiemme e Fassa - TN // 334/5046160
emergencyfiemmefassa@yahoo.it

Gruppo di Bolzano
339/6936469
emergencybolzano@yahoo.it

LIGURIA

Gruppo di Genova
010/3624485
emergencygenova@libero.it

Gruppo del Tigullio - GE
0185/288400 - 349/4525818
emergencytigullio@libero.it

Gruppo della Riviera dei Fiori - IM
340/7708004
emergencyriviera@libero.it

Gruppo di La Spezia
349/3503695
emergencylaspezia@gmail.com

Gruppo di Savona
347/9698210
emergencysavona@libero.it

EMILIA ROMAGNA

Gruppo di Bologna
333/1333849
emergencybologna@virgilio.it

Gruppo di Imola - BO
0542/42448 - 339/7021931
emergencyimola@libero.it

Gruppo di Ferrara
339/9940136
emergency.fe@libero.it

Gruppo di Forlì - FC
338/4822684 - 335/5869825
emergency.forli@libero.it

Gruppo di Cesena - FC
329/2269009
emergencycesena@tiscali.it

Gruppo di Modena
059/763110 - 347/5902480
emergencymodena@gmail.com

Gruppo di Fanano - MO
348/4446120 - fax 0524/680212
emergencyfanano@libero.it

Gruppo di Parma
348/4446120 - fax 0524/680212
emergencyparma@polaris.it

Gruppo di Piacenza
0523/617731 - 339/5732815
emergencypc@virgilio.it

Gruppo di Faenza - RA
347/6791373
emergencyfaenza@yahoo.it

Gruppo di Reggio Emilia
0522/555581 - 348/7152394
emergency.re@fastwebnet.it

Gruppo di Rimini
335/7330175
grupporimini@gmail.com

REPUBBLICA SAN MARINO

Gruppo de San Marino
335/7331386
emergency.sanmarino@libero.it

TOSCANA

Gruppo di Firenze
366/1389198
info@emergency.firenze.it

Gruppo di Empoli - FI
338/9853946 - 333/3047807
emergency-empoli@libero.it

Gruppo di Rignano sull'Arno - FI
339/1734165 - 338/4609888
emergency-riignano@email.it

Gruppo di Sesto Fiorentino - FI
055/4492880 - 339/5841944
emergencysesto-fiorentino@gmail.com

Gruppo di Arezzo
348/6186728
emergencyar@virgilio.it

Gruppo di Grosseto
339/4695161
info@emergencygr.it

Gruppo di Follonica - GR
339/4695161
emergencyfollonica@ouverture.it

Gruppo del Monte Amaita - GR
347/3614073 - 347/6481865
emergencymonteamaita@yahoo.it

Gruppo di Livorno
333/1159718 - 346/2318650
emergencylivorno@katamail.com

Gruppo di Piombino - LI
329/8741625 - 380/2599437
emergencypiombino@libero.it

Gruppo di Lucca
0583/578318 - 349/6932333
emergencylucca@yahoo.it

Gruppo della Versilia - LU
328/2062473
emergencyversilia@yahoo.it

Gruppo di Massa Carrara
349/8354617 - 329/5733819
gruppomassacarrara.emergency@
gmail.com

Gruppo di Pisa
320/0661420
info@emergencypisa.it

Gruppo di Volterra - PI
349/8821421
emergencyvolterra@virgilio.it

Gruppo di Pistoia
340/4795767
emergencypt@interfree.it

Gruppo dell'Altopistoiese - PT
329/6503930
emergency.altopt@tiscali.it

Gruppo di Prato
339/1857826
emergency.prato@tiscali.it

Gruppo di Siena Valdelsa
340/5960950
emergencysienavaldelsa@virgilio.it

LAZIO

Gruppo di Tivoli - RM
347/1640390
volontari_tivoli@yahoo.it

Gruppo dei Castelli Romani - RM
328/2078624 - 347/5812073
castelli.rm.emergency@gmail.com

Gruppo di Rieti
328/4271644
emergencyrieti@hotmail.com

Gruppo di Colferro - FR
335/6545313
emecolferro@libero.it

Gruppo di Latina e Cisterna - LT
333/7314426
emergency.cisterna@gmail.com

Gruppo di Formia - LT
340/6662756
emergencyformia@libero.it

Gruppo di Monte San Biagio - LT
329/3273024
emergencysmb@libero.it

Gruppo di Cassino - FR
339/7493563 - 347/5324287
cassinoxemergency@libero.it

Gruppo di Vetralla - VT
340/7812437
vetrallaperemergency@gmail.com

MARCHE

Gruppo di Ancona
328/8455321
emergencyancona@gmail.com

Gruppo di Fabriano - AN
0732/4559 - 335/5753581
emergencyfabriano@libero.it

Gruppo di Jesi - AN
349/4944690 - 0731/208635
emergency.jesi@aesinet.it

Gruppo di Ascoli Piceno
335/5627500 - 0736/46976
emergencyascolip@libero.it

Gruppo di Fermo
328/4050710
emergency.fermo@libero.it

Gruppo di Fano - PU
0721/827038 - 338/2703583
emergencyfano@yahoo.it

Gruppo di Macerata - PU
338/6577818
emergencymacerata@gmail.com

UMBRIA

Gruppo di Perugia
075/5723650
emergencyperugia@yahoo.it

Gruppo di Città di Castello - PG
347/1219021
emergencycittadicastello@yahoo.it

Gruppo di Foligno - PG
0742/349098
emergencyfoligno@libero.it

Gruppo di Gualdo Tadino - PG
333/8052884
emergencygualdotadino@yahoo.it

Gruppo di Spoleto - PG
340/8271698
emergencyspoleto@libero.it

Gruppo di Terni
320/2128052
emergency_tr@libero.it

Gruppo di Orvieto - TR
329/6197364
emergencyorvieto@libero.it

ABRUZZO

Gruppo di L'Aquila
349/2507878
emergencylaquila@libero.it

Gruppo dell'Alto Sangro - AQ
348/6959121
emergencyaltosangro@gmail.com

Gruppo di Avezzano - AQ
328/8686045
emergencyavezzano@virgilio.it

Gruppo di Pescara
328/0894451
emergencypescara@virgilio.it

Gruppo di Teramo
333/5443807
emergencyteramo@hotmail.it

MOLISE

Gruppo di Isernia
338/3342683
emergency_iseria@yahoo.it

Gruppo di Campobasso
392/3460870
emergencycampobasso@gmail.com

CAMPANIA

Gruppo di Napoli
339/5382696
emergencynapoli@libero.it

Gruppo di Avellino - Benevento
347/1621656 - 329/2047329
emergency_montemiletto@virgilio.it

Gruppo di Caserta
335/1373597
emergencycaserta@katamail.com

Gruppo dell'Altocaserano - CE
333/7370000
altocexemergency@virgilio.it

Gruppo di Pagani - Salerno
338/6254491 - 347/9105378
emergencypagani-prsa@libero.it

Gruppo di Agropoli -
Vallo di Lucania - SA
339/1222497 - 339/3335134
emergency_agropoli@hotmail.com
maria91@libero.it

BASILICATA

Gruppo di Latronico - PT
339/7980173 - 339/2955200
emergency.latronico@libero.it

Gruppo di Matera
329/5921341
emergency-matera@inteldata.biz

Gruppo di Policoro - MT
0835/980459
emergencypolicoro@libero.it

PUGLIA

Gruppo di Bari
347/9366743 - 328/7221897
emergency_bari@libero.it

Gruppo di Bitonto - BA
080/3744455 - 333/3444512
emergency@bitonto.net

Gruppo di Molfetta BA
340/8301344
emergencymolfetta@libero.it

Gruppo di Foggia
340/8345082 - 320/5735338
emergencyfoggia@libero.it

Gruppo di BAT
347/2328063
emergencybat@tiscali.it

Gruppo di Pr. Brindisi - BR
339/4244600
emergencytorress.br@libero.it

Gruppo di Lecce
328/6565129 - 349/5825203
emergencylecce@libero.it

Gruppo di Nardò - LE
338/3379769
emergencynardo@tiscali.it

Gruppo della Valle d'Itria - TA
329/7730651 - 329/8513627
emergency_martinafranca@yahoo.it

CALABRIA

Gruppo di Cosenza
338/9506005 - 349/2987730
cosenzaxemergency@yahoo.it

Gruppo di Catanzaro
393/3842992
emergencycatanzaro@gmail.com

SARDEGNA

Gruppo di Cagliari
339/3365958
emergency.cagliari@gmail.com

Gruppo di Serrenti - CA
347/1411284
emergency.serrenti@gmail.com

Gruppo di Budoni - Nuoro
329/4211744 - 347/6416169
emergencynuoro@libero.it

Gruppo di Milis - OR
0783/51622 - 320/0745418
emergencymilis@hotmail.com

Gruppo di Macomer - OR
389/9726753
emergency.macomer@tiscali.it

Gruppo di Sassari
079/251630 - 339/3212345
emergencysassari@yahoo.it

Gruppo di Alghero - SS
347/9151986
algheroemergency@tiscali.it

Gruppo di Olbia - SS
0789/23715 - 347/5729397
insiemercyolbia@tiscali.it

SICILIA

Gruppo di Palermo
320/5593867 - 091/333316
emergency.pa@libero.it

Gruppo di Campobello di Licata - AG
339/8966821
emergency.campobello@libero.it

Gruppo di Catania
348/5466769 - 339/8642142
emergencycatania@virgilio.it

Gruppo di Caltagirone - CT
328/2029644
emergency.caltagirone@yahoo.com

Gruppo di Piazza Armerina - EN
333/9998642
emergencypiazza.a@virgilio.it

Gruppo di Messina
090/674578 - 348/3307495
messinaperemergency@hotmail.com

Gruppo di Vittoria - RG
338/1303373
emergencyvittoria@tiscali.it

Gruppo di Siracusa
349/0587122
emergency.siracusa@libero.it

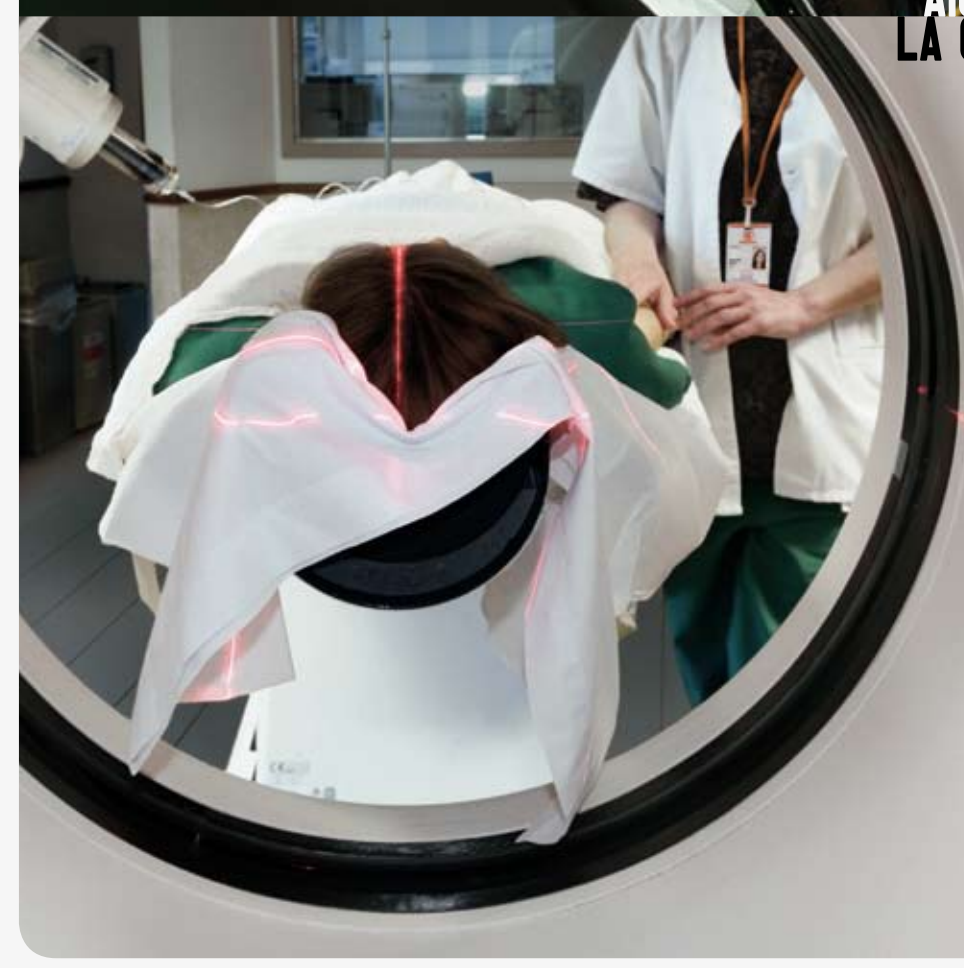
Gruppo di Trapani
0923/539124 - 347/9960368
emergency.trapani@libero.it

Coordinamento volontari
città di **MILANO**
02/863161
volontari.milano@emergency.it

Coordinamento volontari
città di **ROMA**
06/688151
volontari.roma@emergency.it



**AIUTACI A COMBATTERE
LA GUERRA AD ARMI PARI.**



La guerra è sempre più tecnologica e distruttiva. Emergency la combatte con la tecnologia avanzata dei propri ospedali offrendo le migliori cure medico-chirurgiche. In quindici anni ha curato più di 3 milioni di persone nel mondo.

SOSTIENICI



EMERGENCY

02.881.881

WWW.EMERGENCY.IT