



EMERGENCY

Quindici anni

Nel maggio di quest'anno, Emergency *compie* 15 anni: una durata significativa, una quota non trascurabile nemmeno rispetto a una vita non breve.

Compiere equivale a condurre a termine, *completare*. Il che può fornire solo un'indicazione quantitativa, esteriore, un'informazione tutto sommato marginale.

Ma *compiere* significa anche *adempiere*. E questo, dall'esteriorità di una ricorrenza quantitativa com'è un compleanno, trasferisce l'attenzione su aspetti qualitativi, di contenuto: sul compimento di ciò che costituisce il significato di Emergency, la sua ragion d'essere.

Frequentare i luoghi della guerra ha comportato frequentare i luoghi dell'abbandono e della miseria.

L'attenzione e la cura rivolte all'ingiustizia della guerra si sono progressivamente trasformate ed estese, includendo anche attenzione e cura alle vittime dell'ingiustizia e della povertà.

Una storia piccola di cose grandi, decisamente più di noi, più di quel che 15 anni fa avremmo potuto immaginare.

In ospedali, Fap, centri pediatrici, maternità, carceri... è stato possibile curare oltre tre milioni di persone.

Fornire questo aiuto è stato possibile non al personale di Emergency, ma a migliaia di sostenitori, che nel conoscere la sofferenza e il dolore di altri hanno riconosciuto un proprio impegno, un proprio dovere.

Le esperienze di questi anni, l'evidenza e la forza delle cose, ci hanno impedito di pensare a una distinzione tra noi e gli altri, tra noi e *loro*. Oggi possiamo solo dire e pensare *noi*, semplicemente tutti coloro che compongono l'umanità.

Sempre più vacui, sempre meno significativi ci sono apparsi i confini, le bandiere, le appartenenze.

Sempre meno rilevanti sono risultate le contrapposizioni e le divisioni dettate da ideologie e religioni, di fronte alla sola decisiva appartenenza all'umanità, alla fiducia in una ragione umana che non è *data*, ma che è compito comune *costruire* e condividere.

Diciamo *umanità* pensando all'insieme di tutti gli esseri umani. Ma dicendo *uma-*

nità pensiamo anche a ciò che è comune a tutti gli esseri umani, a ciò che fa di loro, appunto, *un insieme*, a ciò che li rende fraterni.

In un caso l'umanità è *un fatto*, una constatazione. Nell'altro è una costruzione, un obiettivo, *un compito*.

Contribuire a che l'umanità sia umana: è una definizione che vorremmo impiegare per dire il contenuto, l'impegno e il senso – l'aspirazione, almeno – di questi primi 15 anni di Emergency.

Abbiamo voluto e vogliamo declinare questo obiettivo di fronte alla guerra, alla povertà e alla conseguenza dell'una e dell'altra: il fenomeno della migrazione.

Le azioni di pace, di solidarietà e di accoglienza sono, insieme, gesti e pensieri. In questi 15 anni ci hanno resi partecipi del nostro tempo e hanno regalato significato e valore alle nostre esistenze personali.

CG

Buongiorno Bangui

Lo staff del Centro pediatrico di Bangui offre ogni giorno assistenza specialistica gratuita a 40 bambini. Grazie a missioni periodiche di cardiologi internazionali, presso il Centro verrà effettuato lo screening dei pazienti cardiopatici da operare al Centro *Salam* di cardiocirurgia e verrà garantito il necessario follow up.



Venerdì 6 marzo, ore 9.30. «La promessa è stata mantenuta», ha detto il Presidente della Repubblica Centrafricana François Bozizé.

Insieme al Primo ministro, al Presidente dell'Assemblea nazionale e a tutti gli ambasciatori stranieri presenti nel paese, Bozizé ha partecipato all'inaugurazione del Centro pediatrico di Bangui, nuovo tassello del Programma di pediatria e cardiocirurgia che Emergency ha avviato in Africa.

Il governo della Repubblica Centrafricana ha sostenuto da subito questo progetto, concedendo a Emergency un terreno in posizione centrale – nei pressi del Parlamento – sul quale edificare il Centro pediatrico.

I lavori, iniziati nel marzo 2008, sono stati affidati a una impresa centrafricana che li ha eseguiti alla perfezione rispettando i tempi e il budget stabiliti. Ed ecco finalmente il Centro pediatrico pronto per l'apertura: una superficie di 550 metri quadri, muri esterni bianchi e rossi, un patio interno trasformato in centro giochi popolato da una piccola "savana" di fantasia: coccodrilli, rinoceronti, elefanti...

Il Centro, aperto ventiquattro ore su ventiquattro, offre assistenza sanitaria ai bambini fino a 14 anni, programmi di immunizzazione, attività di educazione igienico-sanitaria.

Nell'ambulatorio cardiologico, nel corso di missioni periodiche, il personale internazionale specializzato di Emergency effettuerà lo screening dei pazienti cardiopatici da trasferire al Centro *Salam* di Khartoum. Successivamente all'intervento, i pazienti potranno sottoporsi ai controlli post-operatori direttamente presso il centro di Bangui.

Bangui come Goderich e Khartoum Malaria e diarrea tra le malattie più diffuse

La voce dell'apertura del Centro pediatrico si è sparsa rapidamente. Come negli altri centri pediatrici di Emergency – a Khartoum e in Sierra Leone –, già di primo mattino mamme e bambini affollano il portico attendendo il proprio turno per essere visitati.

Paola, infermiera pediatrica, e Mariella, pediatra, visitano una media di 40 bambini ogni giorno insieme ai medici e agli infermieri locali.

Una corsia di 6 posti letto permette di trattenere i bambini le cui condizioni necessitano di un ricovero. Il giorno seguente all'apertura, è stato ricoverato Giovanni: un bambino di 22 mesi, di poco meno di 7 chili di peso, gravemente disidratato a causa di una diarrea persistente. I medici hanno subito iniziato la reidratazione orale, procedendo anche al prelievo necessario alla diagnosi della malaria, che ha dato esito positivo.

Insieme al padre che l'ha accompagnato e che gli sta accanto, Giovanni inaugurerà i nuovi giochi della clinica, sperando che sia in grado di lasciarla presto.

PIETRO PARRINO



Denunciare o curare?

Lo scorso febbraio il Senato ha votato la soppressione dell'art. 35, comma 5 del Dlgs 286/98, attribuendo ai medici la possibilità di denunciare gli immigrati irregolari che si rivolgano loro per ragioni di cura. Se la Camera confermasse lo stesso orientamento, si costringerebbero i migranti a scegliere tra accesso alle cure e rischio di una denuncia.

L'applicazione dell'art. 35 del Decreto legge 25 luglio 1998, n. 286 (Legge Turco Napolitano), per quanto disomogenea sul territorio nazionale, ha portato in questi ultimi dieci anni significativi risultati per la salute non soltanto della popolazione immigrata ma anche e soprattutto per la collettività, dando concreta attuazione all'art. 32 della nostra Costituzione: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti». Garantisce infatti cure «urgenti ed essenziali» presso le strutture del Servizio sanitario nazionale («Ssn») in regime di anonimato agli immigrati irregolari, tramite l'assegnazione di un codice «Stp» («straniero temporaneamente presente»).

I risultati di questi 10 anni, ad esempio in termini di riduzione della diffusione di malattie infettive e contagiose quali la tubercolosi, dimostrano che quando si parla di tutela della salute il bene della collettività e quello dell'individuo sono inscindibilmente legati.

È anche economicamente più vantaggioso, per il sistema sanitario, intervenire nella cura di determinate patologie prima che degenerino fino ad assumere carattere d'urgenza. Ed è significativo l'interesse con cui altri stati, come Francia e Belgio, guardino al nostro modello per l'assistenza sanitaria agli stranieri.

2006-2009: a Palermo tre anni di cure ai migranti con o senza permesso di soggiorno

Il Poliambulatorio di Emergency a Palermo, nella sua attività, si è trovato a dare piena attuazione al diritto sancito dalla legislazione italiana.

La Sicilia è una delle poche regioni ad avere recepito interamente la normativa e ad aver erogato le linee guida applicative.

Ciononostante, da quando abbiamo avviato il Poliambulatorio nell'aprile 2006, ci siamo scontrati quotidianamente con l'eccessiva discrezionalità con cui le diverse strutture sociosanitarie nazionali applicano la normativa vigente. Ciò avviene spesso per mancanza d'informazione da parte del personale sociosanitario, ma anche per allontanare gli stranieri da strutture sanitarie concentrate sulla produttività aziendale piuttosto che sul paziente.

La maggior parte dei nostri pazienti è costituita da immigrati extracomunitari senza permesso di soggiorno che spesso scelgono il Poliambulatorio di Emergency come punto di riferimento proprio per la sua veste non istituzionale, dal momento che raramente sanno che «l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità...» (comma 5 art. 35 del d.l. 25 luglio 1998, n. 286). A noi il compito, una volta individuato il bisogno, di costruire un percorso di cura attraverso il sistema pubblico e di informarli sui loro diritti in ambito sociosanitario.

La parcella per l'assistenza al parto un conto presentato per ignoranza della legge

Altro gruppo numerosissimo che fa riferimento alla nostra struttura è costituito dai cittadini neocomunitari, in particolare rumeni che, dall'ingresso della Romania nell'Unione Europea nel gennaio 2007 fino a febbraio 2008, sono rimasti privi di ogni tipo di assistenza sanitaria.

Nel febbraio dello scorso anno, anche se la concreta applicazione è stata possibile solo a maggio, una nota del ministero della Sanità ha colmato il vuoto legislativo garantendo le cure tramite l'attribuzione del codice «Eni» («europeo non iscritto») che ha sostituito il codice Stp per i numerosissimi rumeni che vivono in Italia senza un regolare contratto di lavoro – perciò privi di alcuni diritti essenziali – per i quali il paese di origine non copre le spese sanitarie.

In quel periodo ci siamo trovati in difficoltà, in particolare per la cura e la tutela delle donne rumene in stato di gravidanza che, rivolgendosi alle strutture del Sistema sanitario nazionale per l'assistenza prenatale o per ricorrere a una interruzione di gravidanza, si vedevano presentare preventivi di spesa di migliaia di euro.

Anche per questa ragione, quest'anno abbiamo incrementato l'assistenza offerta dal Poliambulatorio con l'attivazione dell'ambulatorio di ostetricia e ginecologia, che ci ha permesso di seguire fin dall'inizio gravidanze che altrimenti non sarebbero state monitorate se non a spese delle famiglie.

Nonostante la nuova circolare sui codici Eni nell'imminenza del parto, quando la nostra paziente G. si è presentata in ospedale ha ricevuto dal medico addetto all'accettazione un preventivo di circa 2.000 euro. Dal preventivo erano escluse le prestazioni per eventuali complicanze.

Dopo aver avviato G. in un'altra struttura ospedaliera, dove pochi giorni dopo è nata P., abbiamo denunciato l'accaduto alla direzione della Asl. La pronta risposta di quest'ultima e del responsabile dell'Unità operativa ci fa sperare che in quell'ospedale non si ripeteranno episodi simili.

Se il dottore potrà denunciare il suo paziente... Una norma che porta alla clandestinità sanitaria

La soppressione dell'art. 35, comma 5 del Dlgs 286/98 votata in Senato lo scorso febbraio prevede che il personale sanitario possa denunciare gli immigrati conosciuti per ragioni di cura, nel caso in cui la loro presenza in Italia non sia regolare. In questo modo si finirebbe per indurre gli stranieri irregolari a una clandestinità sanitaria altamente pericolosa per gli individui e la comunità. Anche in questo caso appare palese l'incompatibilità non solo coi dettami costituzionali, ma anche con convenzioni internazionali quali la *Convenzione di New York per la tutela dei diritti del fanciullo*, del novembre 1989, ratificata e resa esecutiva in Italia nel maggio 91, legge 176.

Se la Camera confermasse questo emendamento, le conseguenze per i

migranti sarebbero drammatiche oltre che pericolose. Per la quasi totalità dei nostri pazienti, il nostro intervento sarebbe poco risolutivo se non potessimo avviarli a eseguire consulenze specialistiche, esami, vaccini, interventi... presso le strutture del Sistema sanitario nazionale, sicuri che non corrano il rischio di essere denunciati.

I presupposti stessi di questo intervento per la salute crollerebbero, lasciando spazio a uno scenario spaventoso per i nostri assistiti, per i migranti in generale e per il futuro, non solo sanitario, della nostra società.

FRANCESCA MERCADANTE



IL SIGNOR N. LA SIGNORA Z. LA MAMMA O. E LA SUA BIMBA P. QUI NESSUNO È ESTRANEO O STRANIERO

Quando il signor N. si è presentato da noi, dopo essere stato dimesso da un Pronto soccorso mesi prima con una diagnosi di tubercolosi, le relative indicazioni terapeutiche e nessun'altra informazione o riferimento, ci ha confessato di aver dovuto smettere di assumere i farmaci quasi subito per l'impossibilità di sostenere le spese per la terapia indicata in questi casi.

Al momento della prima diagnosi la malattia era ancora in fase non contagiosa e il suo nucleo familiare era costituito da 8 persone, tra cui un bambino e due giovani donne incinte. La mancata applicazione della normativa vigente ha prodotto non solo l'evoluzione della malattia per N., ma anche, e in conseguenza di ciò, il contagio di tre membri della famiglia.

La presa in carico da parte nostra ha limitato i danni per la salute dei pazienti, ma i costi che il Ssn ha dovuto sostenere per gli esami e le terapie necessarie sono sicuramente almeno decuplicati rispetto a quelli che avrebbe comportato una tempestiva presa in carico del paziente, senza contare il rischio di diffusione di questa malattia.

Z. è arrivata a Palermo in elisoccorso subito dopo il suo sbarco a Lampedusa, fuggita da un paese in guerra grazie agli sforzi della famiglia che sperava potesse trovare in Italia le cure di cui aveva bisogno.

Durante il suo lungo viaggio ha anche subito un grave incidente stradale che ha contribuito a peggiorare la sua salute. In Italia è stata ricoverata per mesi, ha subito diversi interventi cardiocirchurgici di valvuloplastica, settoplastica e sostituzione valvolare. La ripresa è stata lunga e faticosa; noi l'abbiamo seguita giorno per giorno e, quando sembrava che l'unica soluzione restasse il trapianto, ha cominciato a migliorare. Oggi sta benissimo.

O. è arrivata da noi già al quarto mese di gravidanza, sposata da quasi un anno e felice di essere incinta. Era in Italia da poco, non aveva punti di riferimento e non sapeva a chi rivolgersi finché una vicina di casa le ha detto venire da noi.

Uno dei nostri ginecologi l'ha subito presa in cura e abbiamo avviato gli accertamenti necessari. Parallelamente abbiamo avviato per lei la pratica presso l'Ufficio Immigrazione della Questura perché potesse avere il permesso di soggiorno per motivi di salute previsto, anche se solo per sei mesi, per le donne incinte.

P. è nata a fine agosto, nerissima e bellissima, la sua mamma ci ha telefonato poche ore dopo il parto, spassata e felice, per condividere la sua gioia e ringraziarci.

È nata in temporaneo stato di regolarità, ma senza possibilità che il permesso della madre venga rinnovato o convertito in seguito in un altro tipo di permesso.

FM

Dieci anni in Panshir

Nel 1999, Emergency arrivava nella valle per portare aiuto alle vittime della guerra e delle mine antiuomo. Unico presidio sanitario allora esistente una clinica senza personale e senza medicine. A oggi, centinaia di migliaia le persone curate.



Akbar Jan è un uomo alto, con un viso pacato e incline al sorriso. Faceva l'infermiere nell'unica clinica della valle, ad Anabah. Racconta di una notte terribile, nel 1998, quando dopo una battaglia si trovò in quella clinica con 70 feriti e una scatola di paracetamolo.

Quella notte morirono 10 persone. Non avrebbe potuto fare molto nelle condizioni in cui si trovava, ma il mattino seguente si nascose per sfuggire alle proteste dei familiari.

Lavora con Emergency dal nostro arrivo in Afghanistan, nel 1999, e ora è l'amministratore dell'ospedale. È Akbar Jan a guidarci nella visita al programma dei Posti di primo soccorso e dei Centri sanitari.

19 Posti di primo soccorso e Centri sanitari per la cura delle emergenze e la sanità di base

All'imbocco della valle, una sbarra presidiata da mujaheddin si apre su una strada stretta, infilata a fatica tra le montagne.

È stata asfaltata di recente dal *Provincial Reconstruction Team* e prosegue asfaltata per qualche chilometro oltre il villaggio di Anabah per poi ritornare a poco più di una mulattiera di terra battuta. Del resto, si incontrano poche macchine qui: le Toyota Corolla onnipresenti a Kabul faticherebbe-

ro a viaggiare su queste strade e lasciano il passo a qualche moto, ai muli e ai tanti che camminano e camminano nel mezzo di niente.

Nella valle del Panshir, Emergency ha aperto nel 1999 un ospedale per feriti di guerra, diventato con il tempo un ospedale generale – l'unico disponibile.

L'ospedale è il fulcro di una rete di 19 Posti di primo soccorso (Fap) e Centri sanitari disseminati in 40 canyon per assistere una popolazione di circa 250 mila persone.

Nei Fap, infermieri locali prestano il primo soccorso alle emergenze, anche grazie a un servizio di ambulanze attivo 24 ore su 24. Presso i Centri sanitari viene offerta assistenza medica di base per infezioni alle vie respiratorie e gastrointestinali, soprattutto, ma anche per malnutrizione, malaria e lesmaniosi.

Le attività di cura nei Fap e nei Centri sanitari sono condotte da infermieri afgani sotto la supervisione del *field nurse* internazionale che provvede a controllare strutture, forniture e registri dei pazienti e ad aggiornare la formazione dello staff locale per mantenere uno standard di cura adeguato ai bisogni.

Ogni mese, un'ostetrica afgana e una internazionale vengono a visitare le donne incinte, monitorandone l'intera gravidanza che in oltre il 50 per



cento dei casi si conclude presso il Centro di maternità di Anabah. Alcune strutture, come il Centro di Anjuman a 3.000 metri di altezza, sono irraggiungibili per tutto l'inverno. All'avvicinarsi delle grandi nevicate, l'infermiere locale fa rifornimento di medicinali e di materiali di consumo che dovrà amministrare con cura fino al disgelo.

Più infermiere per curare le donne Poche donne che diventano infermiere

Con Akbar Jan e Susanne, la coordinatrice medica dell'ospedale, ci mettiamo in viaggio verso i Centri più vicini, risalendo la valle che man mano si contrae in una strada sempre più ripida.

Arriviamo a Darband, un pugno di case adagiate a mezzacosta e circondate da qualche albero da frutto ormai spoglio. Meli, mandorli, noccioli e qualche piccolo campo di grano offrono di che sfamarsi durante l'estate. Un pozzo di pietra assicura l'acqua a una decina di case.

Darband assomiglia a tanti altri villaggi che si intravedono dalla strada. Sembrano piccoli presepi di fango circondati dalle cime dell'Hindokush e sono luoghi da strage degli innocenti.

D'inverno, qui, la temperatura scende a -25 e la legna costa troppo per la maggior parte delle famiglie. L'unico modo per scaldarsi è il *sadali*, un braciore posizionato in mezzo alla stanza coperto con una grande trapunta sotto cui si riparano le gambe.

Finito l'inverno si fa il conto dei morti, vecchi e bambini prima di tutti.

Ci viene incontro un uomo che ci presentano come l'anziano del villaggio.

Porta sul capo un *pakol* consunto. «Ho combattuto con Massud contro i russi per difendere la nostra gente. C'è voluto coraggio contro gli *sciuravi*, – kalashnikov contro carri armati –, ma i miei antenati avevano combattuto contro Gengis Khan».

La clinica di Darband ha un bacino di utenza di circa 3.000 persone e riceve una media di 17 pazienti al giorno, molti bambini. «Qui c'è solo Emergency ad aiutarci», dice l'uomo con gratitudine, chiedendo maggior

assistenza per le donne. Diversamente da quanto accade in ospedale, nel "privato" del villaggio le donne non si lasciano visitare da uomini, limitandosi a descrivere i sintomi al riparo del velo. Gli infermieri stessi non insistono, temendo il giudizio della comunità più del peggioramento delle condizioni di salute della paziente.

Per facilitare alle donne l'accesso alle cure, Emergency sta provvedendo alla formazione di due infermiere da destinare al lavoro nei Fap di Kinch e Dara, ma ne servirebbe almeno una per ogni struttura.

«Non è facile trovare infermiere – spiega Akbar Jan – e poi quando si sposano di solito smettono di lavorare. È un lavoro che piace a pochi mariti: troppi contatti con uomini».

Un Fap in cima alle montagne Punto di riferimento per 22 villaggi

Dopo una salita a strapiombo sulla valle che mozza il fiato, arriviamo al piccolo Fap di Shutul che serve circa 13 mila persone di 22 villaggi collegati tra loro da una rete di sentieri. Per raggiungere il Fap, i malati affrontano anche viaggi di ore, trasportati a spalla in una specie di gerla adattata allo scopo.

Sulla strada arranca un ragazzino in ciabatte di plastica con il fratello malato aggrappato alla schiena: li ritroveremo poco dopo, con una diagnosi di polmonite e una scatola di antibiotici da portare a casa.

All'arrivo della macchina di Emergency, si avvicinano mille bambini curiosi. Le scuole sono chiuse fino a primavera, a causa della neve. Secondo un recente rapporto del ministero dell'Istruzione, più della metà delle scuole non ha edifici e le lezioni si tengono in tende o all'aperto. Circa sei milioni di studenti sono regolarmente iscritti, ma questo non significa che partecipino alle lezioni: molte famiglie tengono a casa i bambini per paura della guerra, ma anche della criminalità comune esplosa in tutto l'Afghanistan.

Mentre visitiamo il villaggio, siamo invitati a entrare in una bella casa, raccolta intorno a un cortile dove qualche rosa è sopravvissuta al freddo.

Dicono che quest'anno l'inverno non sia ancora arrivato, noi ci stringiamo nelle nostre giacche a vento.

Sono i giorni di *Eid* – la festa del sacrificio del montone – e ogni famiglia è pronta ad accogliere parenti e ospiti con vassoi dove biscotti, mandorle e ceci secchi sono disposti con cura. Beviamo un tè dolcissimo in una stanza linda e luminosa, ricoperta di tappeti. Appesa al soffitto, una pianta di *pothos* sbucca dal guscio di una mina anticarro.

Le voci viaggiano veloci anche a Shutul, e viene a farci visita il notabile del luogo vestito a festa nel suo *chapan*, il lungo cappotto a righe verdi con cui si fa ritrarre il presidente Karzai. È il vestito dell'uomo libero, «colui che non deve lavorare».

Dopo i convenevoli del caso, chiede di ripristinare il servizio di clinica mobile che Emergency ha condotto fino a un paio di anni fa: due volte alla settimana, i nostri infermieri raggiungevano i sei villaggi più lontani per rendere più accessibili le cure ai loro abitanti.

Il servizio era stato sospeso perché il ministero della Sanità progettava per quei villaggi un altro tipo di intervento a cui però – finora – non ha dato corso.

Prima dell'arrivo di Emergency non esisteva un sistema sanitario nella valle e tuttora – nonostante i buoni propositi – il ministero della Sanità fatica persino a rifornire le poche cliniche di base che ha avviato sul territorio.

La resistenza della valle alla guerra vicinissima

Sta diventando buio. È ora di far ritorno all'ospedale.

Superiamo uomini che lasciano i bazar, piccole carovane che trasportano pietre dalle cave, donne avvolte nei loro burqa azzurri seguite da frotte di bambini, pastori che raccolgono greggi di capre sul ciglio della strada. Qualcuno fa un cenno di saluto alla macchina di Emergency. La vedono

passare nella valle da 10 anni, conoscono quel simbolo, probabilmente qualcuno della loro famiglia è stato curato in uno degli ambulatori che hanno una E rossa sulla porta.

È una lunga storia quella tra Emergency e il Panshir, nata all'epoca del comandante Massud.

«La valle era stremata dalla guerra, non c'era da mangiare, non c'erano cure. Massud teneva davvero alla sua gente: ha voluto e sostenuto l'ospedale sin da quando era solo il progetto di un'associazione italiana sconosciuta» racconta Akbar Jan.

C'è ancora il comandante Massud a vegliare sulla valle dalle infinite fotografie disseminate tra le montagne che costeggiano il fiume Panshir.

Con il piglio fiero del mujaheddin che ha guidato la presa di Kabul o con lo sguardo benevolo del padre della patria, i cartelli di Massud oggi si alternano a quelli che sollecitano la partecipazione alle prossime elezioni.

Elezioni difficili queste, con un presidente ormai sconfessato anche dai suoi stessi sostenitori. Nel solo 2008, secondo *Unama* (la missione Onu in Afghanistan), le vittime civili accertate sono state 2.118, il 40% in più del 2007: la prova più grave ed evidente del fallimento del governo Karzai.

Questa guerra non è arrivata nella valle del Panshir, ma non è lontana.

Qualche giorno fa, sono cadute bombe su una festa di matrimonio a Charikar, 60 km da qui: 70 feriti sono stati portati al Fap che Emergency ha nella cittadina e di lì all'ospedale di Kabul.

L'attentato è stato attribuito ai taliban da alcuni, da altri a nuovi gruppi di fondamentalisti che stanno prendendo piede nelle valli del Nord, anche nella vicinissima valle di Salang.

La valle del Panshir ancora resiste. Di guerra ne ha già vista fin troppa.

SIMONETTA GOLA



Fiore di guerra



Le corsie sovraffollate dell'ospedale di Emergency a Lashkar-gah ricordano ogni giorno il costo della guerra in Afghanistan. In trent'anni sono morte oltre un milione e mezzo di persone, soprattutto civili.

Il nostro ospedale è l'unico della provincia a fornire cure gratuite e a garantire interventi chirurgici più importanti.

Nella maggior parte, i pazienti sono feriti nei combattimenti, dalle mine disseminate sul territorio o vittime della delinquenza dilagante connessa al traffico di droga. Altri, invece, sono feriti in attacchi aerei condotti dalle forze internazionali.

La Nato afferma che le truppe mettono in atto tutte le possibili precauzioni per evitare il coinvolgimento di civili nelle operazioni di guerra. Nel caso, viene condotta un'indagine e, nella più favorevole delle ipotesi, viene erogato un risarcimento.

I nostri pazienti arrivano dalla città, ma anche dall'intera provincia. Per raggiungere l'ospedale, viaggiano su strade dissestate per ore, a volte per giorni. Qualcuno arriva dal nostro Posto di primo soccorso a Grishk, grazie al servizio di ambulanza funzionante 24 ore su 24.

Molti non arrivano, in parte perché muoiono prima, in parte perché l'esercito afgano, dopo i bombardamenti, blocca le strade per non far passare i feriti.

«We inform that all medical and surgical assistance is free of charge for the patients» recita un cartello rosso e bianco all'ingresso, come in ogni ospedale di Emergency. Le cure sono completamente gratuite, ai parenti viene richiesto un solo contributo: sangue. Per i feriti gravi, infatti, sono

necessarie numerose trasfusioni e le riserve in emoteca devono essere continuamente rifornite.

Spesso i genitori o i fratelli dei ricoverati, dopo la loro donazione, tornano nel giro di poche ore con altri amici e parenti.

Gullandam, «bella come un fiore» in un Helmand che non è un giardino

Ieri un infermiere afgano ci ha raggiunto in mensa per sottoporci un modulo che non avevo mai visto.

Il padre di Gullandam, una bambina ricoverata da qualche giorno, chiede di compilarlo al più presto: deve presentarlo agli uffici dove ha fatto richiesta di indennizzo per l'esplosione che ha distrutto la sua casa e la sua famiglia. Prendiamo in mano il foglio. Certo che lo aiuteremo.

Lo compiliamo con tutte le informazioni sulle condizioni di salute della piccola, e con Paola lo portiamo subito nella *D-ward*, il reparto dei bambini, dove rintracceranno il genitore per fargli avere tutta la documentazione.

Gullandam, che in pashtun significa «bella come un fiore», è in giardino a giocare in mezzo agli altri bambini ricoverati.

A sei anni, ha già affrontato con coraggio l'amputazione di una gamba e le tante dolorose cure per salvare l'altra. Prima o poi dovranno dirle che ha perso anche la madre e che non ha una casa dove tornare.

NADIA DEPETRIS

Prima i bambini



Il campo di Mayo si sta estendendo e, rispetto a quando è stato aperto, il Centro pediatrico di Emergency è stato sopravanzato da nuove case, muri di fango e teli cerati nel migliore dei casi.

Sono nuovi profughi, dal Darfur, e sono anche i vecchi abitanti cacciati da altre zone dell'insediamento da un intervento urbanistico che produce sfollati tra gli sfollati.

Visto dalla torre dell'acqua di Emergency, il campo è una distesa di baracche a perdita d'occhio, polvere ovunque. Sono solo 12 chilometri di strada, ma siamo lontanissimi dai palazzi di specchi che sveltano nel cuore di Khartoum.

Il Centro sorge in un'area denominata Angola, popolata da circa 50 mila persone, per il 50 per cento bambini. Quando venne aperto tre anni fa, l'obiettivo era di garantire cure gratuite alla popolazione del distretto: ora arrivano pazienti anche dal resto del campo e dai quartieri vicini.

Presso l'ambulatorio lavorano due dottoresse e tre infermieri locali, un farmacista, un laboratorista per gli esami del sangue più urgenti – tutti sotto la supervisione di un'infermiera pediatrica internazionale.

Mamme e bambini arrivano alle sei del mattino e aspettano il proprio turno seduti sotto un pergolato. Composti, ordinati, bellissimi nei loro vestiti vivaci.

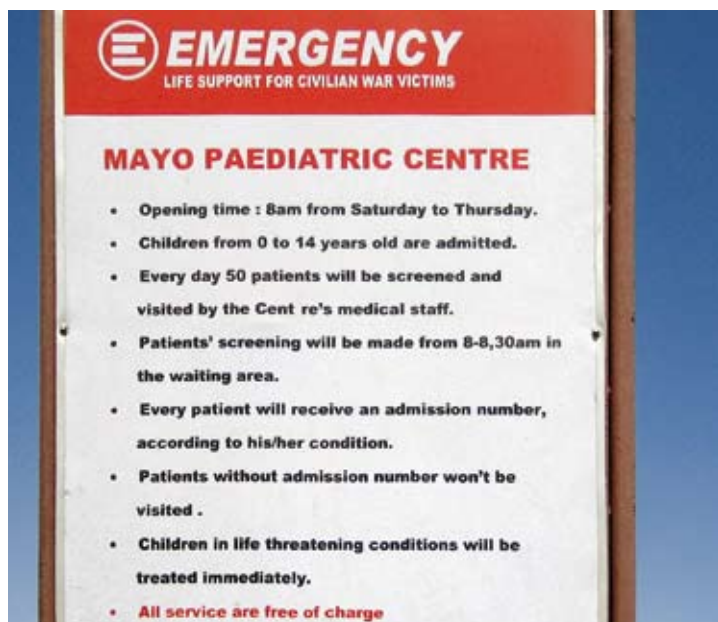
Attilia, l'infermiera internazionale, e l'infermiere locale fanno il *triage* per stabilire le priorità nelle visite: malnutrizione, perdita di conoscenza, febbre e severi problemi respiratori danno la precedenza.

Sembra un giorno d'estate – cielo limpido e 28 gradi secchi – ma è il loro inverno e le malattie più ricorrenti sono bronchioliti, bronchiti, asma, le stesse di qualsiasi ambulatorio pediatrico italiano in questo periodo.

Molti soffrono le conseguenze delle condizioni inumane di vita nel campo: denutrizione, congiuntiviti e infezioni alle vie urinarie, soprattutto. La diarrea arriva dal *donkey tank*: l'acqua viene venduta di casa in casa in una tanica portata a dorso di mulo. Costa dai 200 ai 300 dinari, a seconda del trasportatore, la paga di chi lavora è di 1.000 dinari al giorno.

Un trasferimento d'urgenza che lascia più domande che speranze

Ogni giorno lo staff della clinica visita 50 bambini. Chi necessita di un'osservazione prolungata viene trattenuto presso la piccola corsia fino all'ora di chiusura. «Il Centro chiude alle 16.00 perché non esistono le condizioni di sicurezza per tenerlo aperto più a lungo – dice Attilia –. La sera gli uomini si ubriacano con l'*araki*, un distillato di datteri potentissimo, ed è meglio non trovarsi nei paraggi». I casi più



gravi vengono trasferiti a due ospedali cittadini: il *Khartoum hospital* e il *Bashair hospital* dove, grazie all'esperienza del Centro di Mayo, il governo di Khartoum ha deciso di rendere gratuite le cure per tutte le emergenze pediatriche.

Una mamma porta il suo bambino in un piccolo fagotto di stoffe colorate. Appena lo apre sbucca un faccino aguzzo, evidentemente sofferente.

«Sta male, è una settimana che non mangia» dice, ma il corpo scheletrico e l'astenia totale raccontano una denutrizione di lungo corso: pesa 2 chilogrammi, ha 40 giorni.

Il bambino è settico, ha 40 di febbre e neanche la forza di piangere.

«Dopo l'operazione ha smesso di mangiare ed è diventato sempre più spento». Una delle 20 tribù che abitano il campo crede che tagliando uola e palato si possa impedire ai bambini di rigurgitare e sottopone tutti i neonati a questa pratica.

«Immagina un intervento del genere fatto in questo posto, magari in mezzo alla strada con un ferro lavato con l'acqua che c'è qui. Lavato se va bene» dice Attilia che casi del genere ne ha visti parecchi.

L'ambulanza è pronta, l'accompagniamo subito al *Khartoum hospital*. Durante il tragitto, Attilia mi chiede di stimolargli la pianta dei piedi con una penna mentre lei è pronta con la maschera d'ossigeno. Il piccolo non ha nessuna reazione, tiene gli occhi semichiusi e non

accenna a lamentarsi. Arriviamo al *Khartoum hospital*, un posto caotico e sporco dove è difficile orientarsi anche per Attilia che qui viene spesso.

In una grande stanza semibuia cinque medici, seduti alle loro scrivanie, visitano i pazienti in mezzo a un gran via vai di madri e bambini.

La dottoressa guarda velocemente il bambino, poi fa qualche domanda alla madre e ad Attilia. Lo ricovereranno per sottoporlo a un ciclo di antibiotici e a un trattamento nutrizionale intensivo.

«Ce la farà» ci rassicura.

Mi chiedo quante altre volte dovrà farcela questo piccolo per sopravvivere alla vita nel campo di Mayo, per arrivare ai 5 anni e uscire dalle statistiche della mortalità infantile di questo paese.

SIMONETTA GOLA

«Spas», grazie

Nei nostri progetti, il Centro *Salam* avrebbe prestato assistenza e cure ai malati del Sudan e dei paesi limitrofi: Eritrea, Etiopia, Kenya, Uganda, Repubblica Democratica del Congo, Repubblica Centro Africana, Ciad, Libia, Egitto.

In due anni di attività, la notorietà del Centro si è estesa ben oltre questi confini e nelle sue sale operatorie sono stati operati anche pazienti del Ruanda, della Tanzania, della Sierra Leone, della Nigeria, dello Zambia.

Con qualche sorpresa, abbiamo ricevuto l'invito a curare i pazienti del Kurdistan iracheno da parte del direttore generale del ministero della Sanità di Sulaimaniya. Aveva saputo del *Salam* da Hawar, il coordinatore del Centro di riabilitazione di Emergency, e ha subito pensato a una collaborazione per curare i malati con malformazioni congenite individuati dal programma diagnostico avviato nella regione 2 anni fa.

Aween, 4 anni e un difetto interatriale da Sulaimaniya operata a Khartoum

Hawkar, 20 mesi, è stato il primo a essere operato per una tetralogia di Fallot, poi a novembre è arrivato un gruppo di 10 pazienti e a dicembre un altro di 7. Tutti bambini, tranne un ragazzo di 18 anni.

Per qualche settimana, tra ricovero pre-operatorio, intervento e convalescenza, le corsie del Centro *Salam* sono state più di un «campione d'Africa», come ci piace definirle.

In terapia intensiva c'è ancora Aween. Ha 4 anni ed è stata operata una settimana fa per correggere un difetto interatriale. Il decorso post operatorio è stato complicato da un transitorio deficit motorio e da un pneumotorace, un accumulo d'aria nel cavo pleurico, che ha richiesto delle cure supplementari.

Migliora, ma ha ancora i drenaggi ed è molto affaticata.

«Aween, Aween!» la chiamano le infermiere per sollecitarla a mangiare, ma la bambina rifiuta il succo di pera e i biscotti che le vengono offerti.

Si avvicinano le infermiere, senza successo: il dialogo è difficile, nessuno parla la sua lingua.

Fuori dalla Terapia intensiva aspetta la madre che chiede informazioni sulle condizioni della bambina. Non l'ha ancora vista dal giorno dell'operazione: per preservare i malati da possibili infezioni e per non agitarli, non sono ammessi parenti in questo reparto.

La rassicuriamo: tutto andrà bene. Ci guarda fiduciosa: «*Spas*».

GINA PORTELLA



Ostruzionismo ostinato

Nel 2005 Emergency dava inizio ai lavori per la costruzione, in Sudan, del centro di cardiocirurgia che oggi è in attività da circa due anni.

Nel 2005 ha avuto avvio l'impegno di Emergency in Nicaragua, progettando un intervento dapprima a Granada, poi a Managua, infine a León. Una storia della quale si è fornita informazione su queste pagine. Una storia infinita, ma mai cominciata.

Preparativi, caratteri e condizioni necessari per l'avvio di un intervento

Per impegnarsi in un intervento, dopo avere constatato necessità sanitarie presenti e non soddisfatte, ci rivolgiamo alle diverse autorità competenti del luogo per accertare le possibilità.

Fin dall'avvio dei contatti chiariamo a quali condizioni Emergency ritiene di poter intervenire. Anzitutto chiediamo un impegno delle autorità locali (ad esempio: messa a disposizione del terreno, sgravio fiscale sul materiale d'importazione impiegato, possibilità di movimento del nostro personale, permessi di costruzione, un eventuale, anche se limitato, sostegno finanziario...): in assenza di qualche coinvolgimento, la fiducia potrebbe essere problematica e l'accoglienza precaria.

Precisiamo a quali patologie o necessità è rivolta l'attività prevista (i cosiddetti criteri di ammissione), oltre, come è ovvio, a emergenze con pericolo di vita.

Chiariamo che l'attività di Emergency avrà la caratteristica irrinunciabile della gratuità per i pazienti, quali che siano le norme e le abitudini. Esigiamo che sia riconosciuta l'assoluta autonomia di Emergency nella scelta, nella valutazione e nella gestione del personale, nella preparazione e nella conduzione delle attività.

Si esamina se queste condizioni sono compatibili con le norme vigenti e si dà avvio ai lavori preparatori, il più delle volte costruzioni ed eventuali ristrutturazioni.

È inteso – ed esplicito – sin dall'inizio che strutture, arredi, mezzi, apparecchi, strumenti e attività saranno consegnati alle autorità sanitarie locali quando la presenza di Emergency cessi: in seguito a una durata convenuta, o per constatazione di autosufficienza conseguita da parte del personale nazionale.

Già nell'autunno del 2005 queste intese erano state raggiunte e formalizzate circa queste caratteristiche del nostro intervento in Nicaragua.

Un intreccio di competenze sovrapposte tra comune di León e ministero di Managua

Molto più laboriosa è risultata la determinazione specifica del nostro intervento. L'intesa definitiva prevedeva la realizzazione di un Centro materno-infantile nella città di León. Il progetto preliminare presentato includeva planimetrie e sezioni dell'ospedale.

La documentazione venne approvata il 14 marzo 2008 dalle autorità comunali con la richiesta di integrazione di alcuni disegni e di una descrizione preliminare degli impianti.

In questa prima fase, l'unico impegno scritto che il comune si era assunto consisteva nel metterci a disposizione le macchine di movimento terra per gli scavi, restando a carico di Emergency la fornitura di gasolio.

Dopo un mese e mezzo di attesa, abbiamo deciso di contattare direttamente un'impresa da incaricare dei lavori a nostre spese.

Eseguiti i calcoli e verificate le necessità degli impiantisti, il 26 giugno 2008 sono cominciati i lavori di scavo delle fondazioni, durati fino al successivo 25 luglio. Nel frattempo, una descrizione di massima relativa anche agli impianti è stata sottoposta alle autorità, che l'hanno approvata il 3 ottobre 2008.

Il 29 giugno 2008 la documentazione era stata sottoposta al ministero della Sanità, dal quale abbiamo ricevuto, il 15 luglio, commenti al nostro progetto, accompagnati da un documento, frutto, pare, di recentissima elaborazione, non conoscibile dunque in precedenza, steso ma non approvato, privo ancora di qualsiasi ufficialità. Si tratta di un manuale redatto dalle autorità nicaraguensi, che descrive i criteri per la progettazione di un ospedale.

Un'ulteriore lettera del ministero, che riceviamo il 4 settembre, ci chiede di seguire le indicazioni e le raccomandazioni inviate e di sottoporre nuovamente tutta la documentazione per averne l'approvazione.

Un dedalo di burocrazie inestricabili e di intenzioni difficilmente decifrabili

Un lavoro durato tre mesi impegna nostri tecnici e nostro personale medico nella rielaborazione dei progetti per accogliere le richieste del ministero.

In seguito a queste rielaborazioni, il 2 dicembre, consegniamo al ministero tutta la documentazione richiesta, che comprende le planimetrie, le sezioni, il piano medico funzionale, la descrizione degli equipaggiamenti medicali, il documento sulla programmazione del personale.

Una risposta del 16 dicembre ci fa sapere che il ministero non trova accolte tutte le sue aspettative, precisando anzi che solo il 31% di esse risulta soddisfatto e ci sollecita a provvedere ad eseguire la parte restante.

Il Consiglio direttivo di Emergency ha ritenuto necessario a questo punto valutare quali prospettive esistessero nel proseguire questa iniziativa, della quale si procrastinava l'avvio per un tempo imprevedibile, divenendo peraltro sempre più indeterminati il contenuto e le modalità.

In particolare ci è risultato evidente che i caratteri convenuti di responsabilità e autonomia nella gestione perdevano su queste premesse qualsiasi probabilità.

Che all'origine di queste inspiegabili difficoltà stia il cambiamento di governo conseguente alle elezioni del novembre 2006 è possibile.

La decisione di "fare da sé", di non chiedere o accettare aiuto, di non ricercare altro che finanziamenti... tutto questo non è oggetto di nostra valutazione. Tendenzialmente potremmo nutrire un sincero compiacimento per queste scelte.

Emergency non è una forza di occupazione: porta aiuto a chi ritiene di averne necessità, lo gradisce e lo accetta, con autentico apprezzamento per chi riesce a non avere queste necessità.

Avevamo conosciuto un Nicaragua nel quale una sanità precaria e onerosa escludeva anche dalla possibilità di un parto cesareo chi, avendone necessità, non poteva consentirselo per ragioni economiche. Su questa base avevamo pensato di intervenire, in accordo con le autorità sanitarie locali.

Al venir meno di queste premesse, l'idea di una nostra azione sarebbe del tutto incoerente.

Abbiamo ritenuto doveroso chiarire al ministero nicaraguense della Sanità che «Emergency non è, per sua natura, idonea a trasformarsi in puro strumento di attuazione di scelte e decisioni che altri soggetti, peraltro con indiscutibile legittimità, assumono». Abbiamo inoltre precisato che «chiediamo e otteniamo finanziamenti per attività che si svolgano sotto nostra responsabilità. Li chiediamo a sostenitori che manifestano verso Emergency una fiducia che noi non possiamo trasferire e subordinare ad altri».

Ci ritroviamo a chiudere – prima che avesse avvio, in verità – un'azione che era parsa necessaria e praticabile. Il rammarico di Emergency per la decisione non avrebbe nessuna importanza, se questa scelta inevitabile non comportasse ben altre sofferenze che la nostra.

Trittico cambogiano

Un chirurgo plastico racconta l'incontro con alcune pazienti curate durante il suo lavoro al Centro chirurgico di Battambang. La fatica di vivere tra conseguenze della guerra e nuove crudeltà.



Tre ragazze, tre storie che raccontano con le loro vite la Storia dell'ultimo mezzo secolo di questo sfortunato paese.

Ciò che è accaduto a loro difficilmente potrebbe accadere in Italia ma, nel caso, le conseguenze sulla vita delle persone coinvolte potrebbero essere contenute da strutture sanitarie all'avanguardia, ammortizzatori sociali, assistenza pubblica.

In Cambogia non esiste nulla di tutto questo, se non la debole e non sempre possibile assistenza della famiglia.

Concluso l'iter riparativo chirurgico e protesico, ognuna di loro si è trovata ad affrontare, senza la piena disponibilità del proprio corpo, una vita comunque già difficile.

Quando è stato possibile, Emergency ha partecipato alla riabilitazione con un lavoro o con una piccola donazione, ma lo sforzo più grande l'hanno fatto loro con un coraggio che è stato la chiave della loro ripresa.

Un viso sfigurato a causa della gelosia: chirurgia e lavoro per tornare a vivere

Quando vidi Nhom Vun la prima volta nel giardino davanti al nostro Pronto soccorso mostrava solo metà del viso. Aveva lineamenti fini e gentili, come molte giovani donne cambogiane.

L'altra metà era stranamente coperta da un asciugamano.

Lo aprì appena entrata in ambulatorio: l'emifaccia che teneva nascosta

era coperta da una cicatrice dello spessore di un paio di centimetri, come una corazza che annullava qualunque mimica. Le palpebre erano completamente sparite per la massiccia retrazione cicatriziale e l'occhio era aperto, sbarrato, privo della protezione delle palpebre e già cosparso di piccole ulcerazioni. Il labbro inferiore era retratto sino al mento e il superiore era attaccato all'ala del naso. Aveva 19 anni.

Tre anni prima, Nhom venne violentata da un uomo del suo villaggio. La ragazza rimase incinta e l'uomo decise di sposarla.

Nei due anni successivi, alla prima gravidanza ne seguirono altre due quando all'improvviso l'uomo disse che sarebbe andato in Thailandia a cercare lavoro.

Restata sola, Nhom Vun trovò lavoro nei campi per la raccolta del riso ma, finita la stagione, dovette inventarsi qualcosa di nuovo. Iniziò a confezionare dolci che vendeva ottenendo guadagni decisamente buoni per lo standard cambogiano.

Il marito, che in realtà si era accasato con un'altra donna in un villaggio vicino, manifestò l'intenzione di tornare a casa per godere dell'improvvisa prosperità.

Per evitare possibili ricongiungimenti, l'amante gelosa aggredì la ragazza versandole una bottiglia di acido muriatico sulla faccia.

Informai subito Nhom che un solo intervento non sarebbe bastato per ridare una parvenza di normalità al viso e che non c'era speranza di an-



nullare completamente tutti gli effetti dell'ustione chimica. Procedetti alla ricostruzione delle palpebre per non perdere l'occhio. Rimossa la cicatrice detraente, mi accorsi che parte dei muscoli delle palpebre erano retratti ma ancora presenti, quindi ricostruii le palpebre con lembi cutanei locali sostenuti da strisce di cartilagine dell'orecchio e con innesti di cute.

I pochi muscoli residui riuscivano a far muovere le palpebre e quindi a chiudere e aprire l'occhio.

Il secondo intervento venne eseguito asportando le cicatrici retraenti delle labbra e apponendo un innesto cutaneo a tutto spessore prelevato dietro l'orecchio sano sui due difetti rimasti dopo l'asportazione.

Le labbra riacquistarono una discreta mimica anche se il labbro inferiore aveva bisogno di un'ulteriore correzione.

Tornando a Battambang quest'anno ho ritrovato Nhom Vun in ospedale. Non era lì per un controllo, ma per lavoro: è stata assunta come inserviente, come spesso Emergency fa per aiutare il reinserimento sociale di ex pazienti particolarmente in difficoltà.

La coordinatrice medica dice che sono tutti contentissimi del suo lavoro e che è molto benvoluta dai pazienti.

Ogni volta che la incrocio nel corridoio mi regala un sorriso luminoso.

L'emifaccia ricostruita non è graziosa e fine come la controlaterale, ma ha una mimica vicina alla normalità e sono felice di aver contribuito a restituire a questa giovane donna la possibilità di una vita sociale.

L'incidente all'inizio di una nuova vita Le mine non sanno che la guerra è finita

Den Srey Mao ha 20 anni ed è sposata da pochi mesi con un uomo alto e così atletico da non sembrare cambogiano. Hanno ricevuto in dono dalle famiglie un piccolo campo con qualche animale – polli, anatre e un paio di capre – per iniziare la loro vita insieme.

Il campo era coltivato a verdure da vendere al mercato: la speranza era di riuscire a risparmiare in un anno abbastanza da comprare un maiale.

Mentre camminava sul sentiero che aveva percorso infinite volte da quando due anni prima era stato bonificato dalle mine, la ragazza vide un oggetto che non riuscì a evitare: era una mina trasportata dalle forti piogge dei giorni precedenti. Den Srey arrivò in ospedale con l'amputazione traumatica di entrambi gli arti inferiori, l'enucleazione di un occhio

e diverse ferite al volto. Le amputazioni vennero corrette dai nostri chirurghi ortopedici in modo da poter applicare delle protesi. Io mi occupai della ricostruzione della cavità orbitale con due interventi per asportare le cicatrici detraenti e allargare la cavità oculare in modo da potervi collocare una protesi.

Tre giorni prima della mia partenza, Den Srey ha ricevuto la protesi oculare necessaria a ridarle un volto normale.

In attesa della stabilizzazione dei monconi che permetterà l'applicazione delle protesi, il marito la riaccompagna a casa: lì attende un nuovo inizio.

Un altro.

Due parrucche per Proeung La cura passa anche dai capelli

Proeung Sreyrotha aveva 16 anni quando la incontrai, lo scorso anno.

Era intenta alla raccolta del riso quando si avvicinò troppo alla ventola di una trebbiatrice: l'intero scalpo le venne asportato completamente, dalle sopracciglia alla vertebra cervicale.

In occidente questi casi vengono oggi curati riapplicando lo scalpo asportato – se non è stato troppo traumatizzato o danneggiato – ed eseguendo anastomosi microchirurgiche tra i vasi sanguigni dello scalpo e quelli del cranio per ristabilire la circolazione sanguigna.

In tutta la Cambogia, però, non esiste l'attrezzatura di microchirurgia necessaria per tentare un intervento simile perciò la sola possibilità di cura è eseguire degli innesti di pelle sulla regione scotennata, un metodo che in Europa e in gran parte del mondo è stato abbandonato da quasi 40 anni.

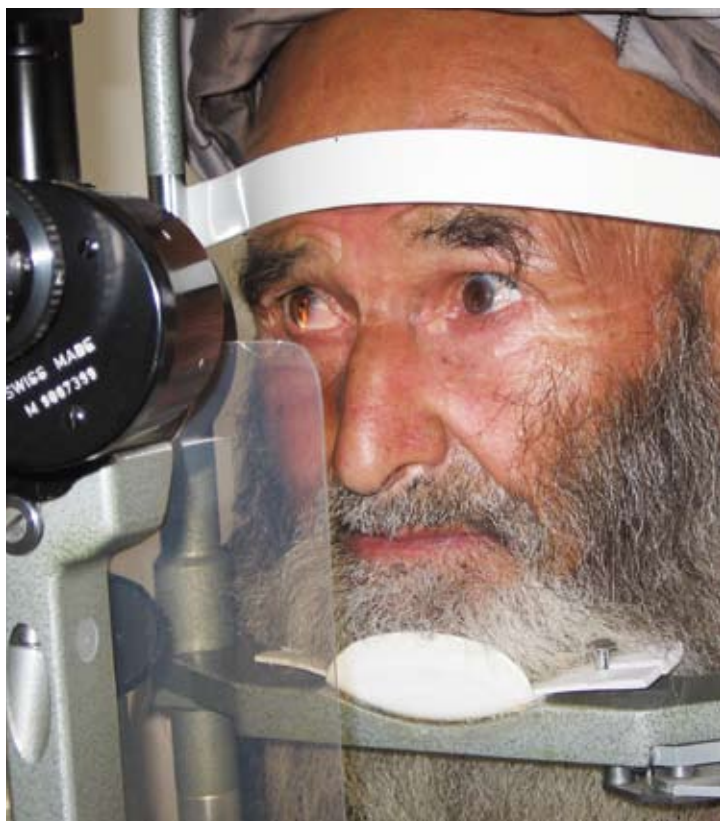
Dopo 6 interventi e molte medicazioni dolorose, siamo riusciti a ricoprire il cranio di Proeung con un epitelio ovviamente completamente glabro.

Poi, dopo qualche tempo, con una specie di cerimonia commovente, le abbiamo regalato due parrucche – una con i capelli lunghi e una con i capelli corti – perché potesse riprendere a vivere la vita di una ragazza della sua età.

PAOLO SANTONI-RUGIU

Il bisturi e l'occhiale

Per il terzo anno consecutivo, team oculistici assicurano visite specialistiche, terapie farmacologiche e occhiali ad Anabah e a Battambang.



Anche quest'anno, allo staff internazionale degli ospedali di Battambang e Anabah si sono aggiunti due team oculistici.

Oltre alla consueta attività diagnostica e di prescrizione e donazione di occhiali, in quest'ultima missione per la prima volta abbiamo potuto portare in Cambogia chirurgia oculare gratuita. Durante lo screening oculistico dello scorso anno, infatti, avevamo verificato che nel paese non esiste possibilità di essere operati gratuitamente. Peraltro, gli interventi vengono normalmente effettuati da équipe chirurgiche vietnamite, che arrivano periodicamente nel paese per operare un paio di giorni e poi ripartire.

In questo modo, non c'è possibilità di assicurare i necessari controlli dell'andamento post-operatorio e di eventuali infezioni, estremamente probabili in un ambiente caldo-umido come quello cambogiano.

In preparazione alla nostra missione, abbiamo reperito la tecnologia operatoria necessaria grazie a donatori sensibili e solidali con il nostro progetto. Ecobiometro, facoemulsificatore, microscopio chirurgico, lentine intraoculari, gel e liquidi specifici, farmaci adeguati ci sono stati tutti donati da fornitori contattati in autonomia, senza alcun aggravio sui bilanci di Emergency. Ancora una volta, la generosità di tanti ci ha commosso.

Ora abbiamo due studi oculistici completi, uno ad Anabah e uno a Battambang, e disponiamo anche di attrezzature chirurgiche complete, anche se finora è stato possibile utilizzarle solo in Cambogia.

Screening oculistico "itinerante" in tutti i Fap e le cliniche della valle

Appena prima della nostra partenza, infatti, il chirurgo che avrebbe dovuto seguirci in Afghanistan ha dato forfait, impedendoci di dare seguito al programma di chirurgia oculare.

Grazie alla Società italiana di Oftalmologia, che ha fatto una richiesta specifica ai suoi iscritti, in questi mesi potremo contattare alcuni chirurghi oculari che hanno dato la loro disponibilità e mantenere la promessa di operare le complicate cataratte dei magnifici vecchi della valle del Panshir.

Alcuni che, su nostra diagnosi, si sono fatti operare a pagamento a Kabul sono venuti nel nostro ambulatorio per un controllo e per sapere se l'intervento fosse stato eseguito adeguatamente.

Anche davanti alla nostra rassicurazione, hanno chiesto il nostro intervento per il secondo occhio, nonostante questo significasse aspettare un altro anno.

Con circa 900 visite effettuate nell'ospedale di Anabah e nelle cliniche disseminate nella valle grazie a strumenti trasportabili, siamo molto soddisfatti dei risultati del nostro lavoro e dell'accoglienza che abbiamo incontrato.

Siamo in attesa di completare il programma con la chirurgia oculare, la prossima estate.

ELENA G. GILARDI

La minaccia invisibile

All'ospedale di Goderich, vengono curati numerosi casi di tifo, malattia endemica in buona parte dell'Africa. L'intervento del chirurgo è indispensabile per salvare la vita dei pazienti quando insorgono complicazioni, dovute spesso al ritardato riconoscimento della malattia.

Alle nostre latitudini, dove esiste un alto standard di igiene ambientale e degli alimenti, il tifo è diventato una malattia rara e i pochi casi che si manifestano si risolvono con successo se trattati precocemente con una terapia antibiotica.

Non accade lo stesso in Africa dove il tifo, endemico, ha il tipico decorso pre-antibiotico descritto nei trattati medici e nella maggior parte dei casi viene sottoposto all'osservazione del medico quando già si è presentata una complicazione chirurgica, solitamente un'emorragia gastrointestinale o la perforazione dell'intestino.

Nei paesi tropicali, a ritardare la diagnosi contribuiscono le difficili condizioni di contesto: carenza di personale medico, lontananza dei villaggi dai luoghi di cura, ricorso alla medicina tradizionale. Sul ritardo della diagnosi incide anche il fatto che spesso i medici confondono i sintomi iniziali – cefalea, febbre alta e malessere generale – con quelli della malaria, estremamente più diffusa nelle stesse zone.

Durante la mia permanenza, all'ospedale di Goderich sono stati operati 53 pazienti con perforazioni tifoidee, in una fascia di età compresa tra 2 e 49 anni e con un picco tra gli 8 e i 14 anni.

Mi è capitato spesso di uscire dalla sala operatoria dopo aver finito di operare una perforazione tifoidea e incontrare gli infermieri dell'ambulatorio che annunciavano: «Dottor Vito, *another one*». Con il chirurgo locale, ho operato in uno stesso giorno 5 pazienti con addome acuto da perforazione tifoidea e 3 casi analoghi in una stessa notte: Hawa di 6 anni, Mohamed di 12 anni e Isha di 7, che aveva riportato profuse emorragie intestinali.

Per la completa guarigione di Therisa sala operatoria e l'abbraccio della nonna

Qualche giorno dopo, al nostro Pronto soccorso è arrivata Therisa, con una forma emorragica di tifo che le aveva causato una perforazione intestinale.

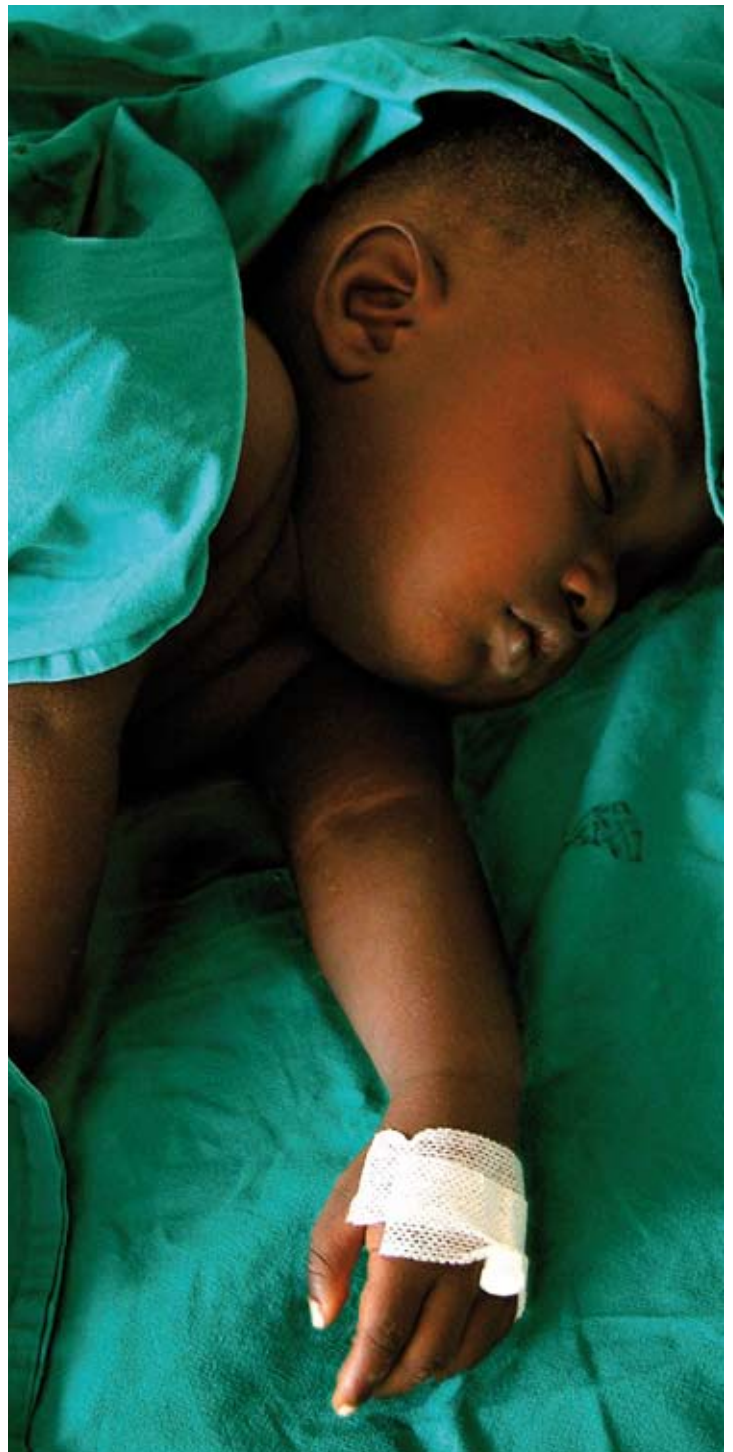
L'abbiamo portata immediatamente in sala operatoria: alla laparotomia si è evidenziata una singola ma estesa perforazione dell'ultima ansa ileale, che manifestava una sofferenza diffusa a tutta la parete.

Non potevamo fare altro che mobilizzare l'ultima ansa ileale ed esteriorizzarla con la perforazione, recidendola.

Dopo due giorni in terapia intensiva, Therisa dava notevoli segni di miglioramento, ma era sempre molto triste: nessuno dei familiari veniva a trovarla perché abitavano in un villaggio lontano e la nonna, che pure viveva vicino all'ospedale, non poteva starle vicino perché era occupata nella gestione di un piccolo negozio.

Venti giorni dopo la dimissione abbiamo rivisto Therisa per il controllo dell'ileostomia: aveva acquistato un po' di peso, era sorridente e molto loquace. L'accompagnava, tenendola sottobraccio, la nonna.

VITO FRANCESCO MODESTO





IL «DOPO GAZA»: ISRAELE E PALESTINA IN CERCA DI DUE UNITÀ

Yasser Arafat e Ariel Sharon, i nemici di sempre, sono definitivamente consegnati al passato. Il leader palestinese è morto nel 2004, mentre l'ex premier israeliano è stato colpito da una grave emorragia cerebrale nel 2006 e da allora è in coma vegetativo. È passato tanto tempo dalla fine della loro leadership, ma la loro visione del conflitto è tramontata solo negli ultimi mesi. Per Arafat, l'unica reale possibilità per il popolo palestinese di vedere un giorno realizzato il sogno di una patria indipendente era legato all'unità. Attorno alla sua figura, con metodi spesso discussi, Arafat era riuscito a creare un equilibrio quasi perfetto tra le varie anime della società palestinese: religiosi e laici, conservatori e progressisti rimandavano le eventuali divisioni al "giorno dopo", l'indomani della nascita dello stato palestinese. La sua morte, invece, ha innescato un processo di disgregazione totale: *Hamas* contro *Fatah*. Prima con gli strumenti della politica, vicini a interessi e potenze internazionali contrapposti; poi con la forza delle armi.

Negli ultimi mesi, organizzazioni non governative internazionali e palestinesi hanno denunciato gravi violazioni commesse dai militanti di *Fatah* contro quelli di *Hamas* in Cisgiordania e viceversa nella Striscia di Gaza. Di fatto, in questo periodo *Hamas* ha comandato a Gaza e *Fatah* in Cisgiordania. L'incubo di Arafat si è materializzato.

Anche l'incubo di Sharon si è avverato il 10 febbraio scorso, giorno delle elezioni politiche in Israele. L'ex premier israeliano, nel novembre 2005, tentò di realizzare un ardito disegno politico: la creazione di una sorta di partito unico in Israele, chiamato *Kadima*. Sharon era stato un simbolo del partito *Likud*, la formazione conservatrice che fin dalla fondazione dello stato d'Israele si alternava alla guida del paese con i riformisti del Partito Laburista. Un progetto politico rivoluzionario nella sua semplicità: creare un super partito, con i personaggi chiave del *Labour* e del *Likud*, uniti in un grande centro che avrebbe garantito quella stabilità di governo e la maggioranza dei 120 seggi del

Parlamento israeliano. Le prove generali si tennero nell'agosto 2005: lo sgombero delle colonie ebraiche nella Striscia di Gaza venne votato da uno schieramento trasversale che permise a Sharon, all'epoca premier, di ottenere il risultato che riteneva determinante per raggiungere la pace alle sue condizioni.

Il 10 febbraio scorso questo progetto è naufragato: il *Kadima* ha sì ottenuto un seggio più del *Likud*, ma l'ingovernabilità d'Israele è diventata endemica.

La guerra di Gaza tra armi non convenzionali e blocco degli aiuti umanitari

Tramontati i due leader storici e i loro progetti di unità, la situazione attuale del conflitto israelo-palestinese è ancora più grave. Lo stato d'Israele, negli ultimi due anni, si è lanciato in due operazioni militari di grande violenza: la campagna militare in Libano nel 2006 e l'operazione *Piombo fuso* nel 2008.

L'immagine internazionale del paese è stata danneggiata dalla riprovazione della comunità internazionale verso una soluzione armata che ha causato un elevato numero di vittime civili.

Non solo, però, i problemi non sono stati risolti, ma le minacce da parte del gruppo sciita filoiraniano di *Hezbollah* al nord e quella di *Hamas* al sud sono rimaste intatte. Si sono anzi rafforzate.

A livello mediatico, i due gruppi sono usciti come "vincitori" da entrambi i conflitti perché hanno resistito a una forza soverchiante e si sono potuti erigere a paladini dei civili innocenti.

Le condizioni umanitarie della Striscia di Gaza sono vicine al tracollo. Un bilancio definitivo dell'operazione *Piombo fuso* è molto difficile da fare, ma il quadro è disastroso: almeno 14 mila edifici completamente distrutti, 90 mila le persone che non hanno più una casa e, soprattutto, almeno 1.300



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

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

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

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

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

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

Gruppo di Pavia
346/0218703
emergencypv@hotmail.com

TRENTINO ALTO ADIGE

Gruppo di Trento
347/9822970
emergencytrento@yahoo.it

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

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

VAL D'AOSTA

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

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

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

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

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

PIEMONTE

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

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

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

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

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

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

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

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

Gruppo delle Valli di Fiemme e Fassa - TN
emergencyfiemmefass@yahoo.it

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

Gruppo di Pinerolo - TO
334/7925925
emergencypinero@rifugiosella.it

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

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

Gruppo di Bolzano
339/6936469
emergencybolzano@yahoo.it

Gruppo di Rimini
335/7330175
grupporimini@gmail.com

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

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

VENETO

Gruppo di Venezia
347/9132690
emergencyve@gmail.com

LIGURIA

Gruppo di Genova
010/3624485
emergencygenova@libero.it

REPUBBLICA SAN MARINO

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

Gruppo di Asti
0141/853487 - 348/5131104
emergencyasti@libero.it

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

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

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

TOSCANA

Gruppo di Firenze
334/7803897
info@emergency.firenze.it

Gruppo di Biella
349/2609689
emergencybiella@gmail.com

Gruppo di Bergamo
338/7954104
info@emergencybg.org

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

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

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

Gruppo di Cuneo
349/6115945
emergencycuneo@gmail.com

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

Gruppo di Belluno
348/7793483
emergencybelluno@yahoo.it

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

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

Gruppo di Novara
347/7377986
emergencynovara@yahoo.it

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

Gruppo di Padova
348/5925163
emergencypadova@hotmail.it

Gruppo di Savona
347/9698210
emergencysavona@libero.it

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

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

Gruppo della Valle Camonica
338/4734478
emergencyvallecamonica@hotmail.it

Gruppo di Rovigo
348/5609005
emergencyrovigo@libero.it

EMILIA ROMAGNA

Gruppo di Bologna
333/1333849
emergencybologna@virgilio.it

Gruppo di Arezzo
348/6186728
emergencyar@virgilio.it

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

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

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

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

Gruppo di Grosseto
339/4695161
info@emergencygr.it

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

Gruppo di Como
333/6168586
emergencycomo@hotmail.it

Gruppo di Vicenza
333/2516065
info@emergencyvicenza.it

Gruppo di Ferrara
333/9940136
emergency.fe@libero.it

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

LOMBARDIA

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

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

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

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

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

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

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

FRIULI VENEZIA GIULIA

Gruppo di Trieste
347/2963852
emergencytrieste@yahoo.it

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

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

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

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

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
emergencymassacarrara@gmail.com

Gruppo di Pisa
320/0661420
info@emergency.pisa.it

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

Gruppo di Pistoia
340/4795767 - 347/4915626
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_ismenia@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'Altocasertano - CE
333/7370000
altocexemergency@virgilio.it

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

Gruppo di Agropoli - SA
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 - 0881/580484
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 - 339/8513627
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.macommer@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
insiemergencyolbia@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 - 339/4028577
emergencycatania@virgilio.it

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

Gruppo di Piazza Armerina - EN
347/8829781
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



IN QUINDICI ANNI **EMERGENCY**
HA CURATO GRATUITAMENTE
OLTRE TRE MILIONI DI PERSONE.

DONA IL TUO 5x1000 PER GLI OSPEDALI DI EMERGENCY

- COMPILA LA SCHEDA CUD O DEL MODELLO 730
- FIRMA NEL RIQUADRO INDICATO COME «SOSTEGNO DEL VOLONTARIATO...»
- INDICA NEL RIQUADRO IL CODICE FISCALE DI EMERGENCY **971 471 101 55**

INFO: www.emergency.it — info@emergency.it — T 02 881881

SCELTA PER LA DESTINAZIONE DEL CINQUE PER MILLE DELL'IRPEF

Sostegno del volontariato e delle altre organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale e delle associazioni e fondazioni riconosciute che operano nei settori di cui all'art. 10, c. 1, lett a), del D.Lgs. n. 460 del 1997

FIRMA Maria Cardona

Codice fiscale del beneficiario (eventuale) 97147110155

FIR
Co
ber

1994 - 2009 **15** a n n i di

EMERGENCY