



LETTERA DALLA SIERRA LEONE

GINO STRADA

“Waterloo non è solo la cittadina del Belgio che nel 1815 vide la sconfitta di Napoleone e la morte di oltre 40 mila persone. C’è un’altra Waterloo, qui in Sierra Leone, a poca distanza dalla capitale. Un aeroporto militare inglese della Seconda Guerra mondiale diventato campo di sfollati, dove 22 mila persone vivono ammassate in baracche. Si sono accampate lì, sulla pista dell’aeroporto, fuggiti dalla guerra civile molti anni fa. Ora nel campo di Waterloo c’è un’altra guerra, l’epidemia di Ebola, e non si può scappare. Il mese scorso in un solo giorno sono stati trovati quaranta cadaveri nelle baracche del campo e ogni paziente prima di morire ha infettato qualcuno della famiglia.

Giovedì 23 ottobre una famiglia di quattro persone è stata trovata sdraiata a terra in una delle viuzze di Waterloo. Malati da giorni, stremati da Ebola, madre padre e i due figli di 16 e 6 anni. Un prete cattolico, con grande generosità e un po’ di incoscienza, li ha caricati in macchina per lasciarli a Lakka, fuori dai cancelli del Centro di Emergency per la cura dei malati di Ebola.

Abbiamo trovato così la famiglia Sesay, quattro corpi distesi, malati da giorni. E il nostro piccolo Centro, cinque tende per un totale di ventidue letti, è sempre pieno.

I nuovi malati devono aspettare, che qualcuno muoia o

venga dimesso guarito, che lasci libero un letto. L’impotenza, la frustrazione e la rabbia si mescolano: non è giusto, non è umano trovarsi un malato grave davanti agli occhi e non poterlo soccorrere. Alle 7 di sera siamo riusciti a ricoverare in qualche modo la mamma Hawa e Foday, il bimbo più piccolo. Sembravano i più gravi. Per gli altri due niente da fare, non un posto libero in nessun ospedale della capitale. Così Alpha Sesay, il padre quarantenne, e la figlia Fatmata sono rimasti lì, accovacciati fuori dai cancelli, con le guardie a controllare che nessuno di loro si avvicinasse.

Sono uscito dal Centro di Lakka poco prima delle 8, sotto la pioggia. Ho guardato qualche secondo quei due corpi malati e fradici, poi non ce l’ho fatta più e ho girato la testa dall’altra parte. Mi sono tornati in mente a metà della notte, svegliato dai fiumi d’acqua dei temporali che segnano la fine della stagione delle piogge. Venerdì mattina splende il sole, all’arrivo in ospedale: i due pazienti sono ancora lì, e non sono più soli. Un altro malato di Ebola è arrivato alle 6 del mattino, altri due si aggiungeranno prima di mezzogiorno. Nel Centro un paziente è guarito, il test per l’Ebola ha dato risultato negativo, e una donna è morta poco prima dell’alba. Possiamo ricoverare Alpha e Fatmata, gli altri restano fuori, e la lotta tra disperati continua, giorno dopo giorno, alla ricerca di una possibilità di cura. Nel pomeriggio Hawa peggiora, due ore dopo è morta. Il resto della sua famiglia è ricoverata. Oggi, lunedì, il piccolo Foday è ancora in condizioni critiche, sanguina dalle mucose. Speriamo”

IN QUESTO NUMERO

DIRETTORE RESPONSABILE

Roberto Satolli

DIRETTORE

Gino Strada

REDAZIONE

Simonetta Gola

HANNO COLLABORATO

Andrea Bellardinelli, Ben Anderson,
Cecilia Strada, Emanuele Rossini,
Roberto Satolli, Gino Strada

FOTOGRAFIE

Archivio Emergency, Marco Affanni,
Victor Blue, Gianluca Cecere, Michael
Duff, Andrea Gaudiano, Diambra
Mariani

PROGETTO GRAFICO

Francesco Franchi, Davide Mottes

GRAFICA

Giulia Ferranti, Angela Fittipaldi, icone
di Yazmin Alanis, Olivier Guin, Michael
Thompson

STAMPA

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

TIRATURA

250.000 copie, 198.683 delle quali
spedite ai sostenitori

REDAZIONE

via Gerolamo Vida, 11
20127 Milano
T +39 02 863 161
F +39 02 863 163 36
info@emergency.it
www.emergency.it

EMERGENCY RINGRAZIA

Angelo Pirola
Erri De Luca
Fastweb
Jaeger Le Coultre
Festival della Fotografia Etica di Lodi
Fondazione Enel Cuore
Landi spa
SPI CGIL
Patrick Consalvo
Patrizia Signorini
Perugia Social Photo Fest
Regione Puglia

Sotheby's

Tavola Valdese

Talitha Puri Negri

The Nando Peretti Foundation

Valeria Petrone

Videosystem

Per l'aiuto nel reclutamento del personale,
Emergency ringrazia:

Dott. Nicolino Esposito – Direttore UOC
Medicina Interna – Fondazione Evangelica
di Napoli

Dott. Gilberto Contrini – Presidente ATSV
di Brescia

Dott. Giulio Pavan – Coordinatore Area
Brescia e Direttore Scientifico EPS Spa
– Brescia

Dott. Fulvio Calia –Vicedirettore
Fondazione Campus – Monte San Quirico
Lucca

NurSind, Sindacato delle Professioni
Infermieristiche – Segreteria di Cagliari

**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:

— offrire cure medico chirurgiche
gratuite e di elevata qualità alle vittime
delle mine antiuomo, della guerra e
della povertà;

— promuovere una cultura di pace,
solidarietà e rispetto dei diritti umani.

www.emergency.it

MILANO

via Gerolamo Vida, 11
20127 Milano
T +39 02 863 161
F +39 02 863 163 36
info@emergency.it

ROMA

via Dell'Arco del Monte, 99/a
00186 Roma
T +39 06 688151
F +39 06 68815230
roma@emergency.it

Codice fiscale 97147110155

AIUTACI CON

— Carta di credito

chiamando il numero verde
800.394.394

**— Versamento su conto corrente
intestato a EMERGENCY Ong
Onlus**

c/c postale n. 2842 6203
IBAN IT 37 Z 07601 01600
000028426203

— c/c bancario presso

Banca Popolare dell'Emilia Romagna
IBAN IT 41 V 05387 01600
000000713558

— c/c bancario presso

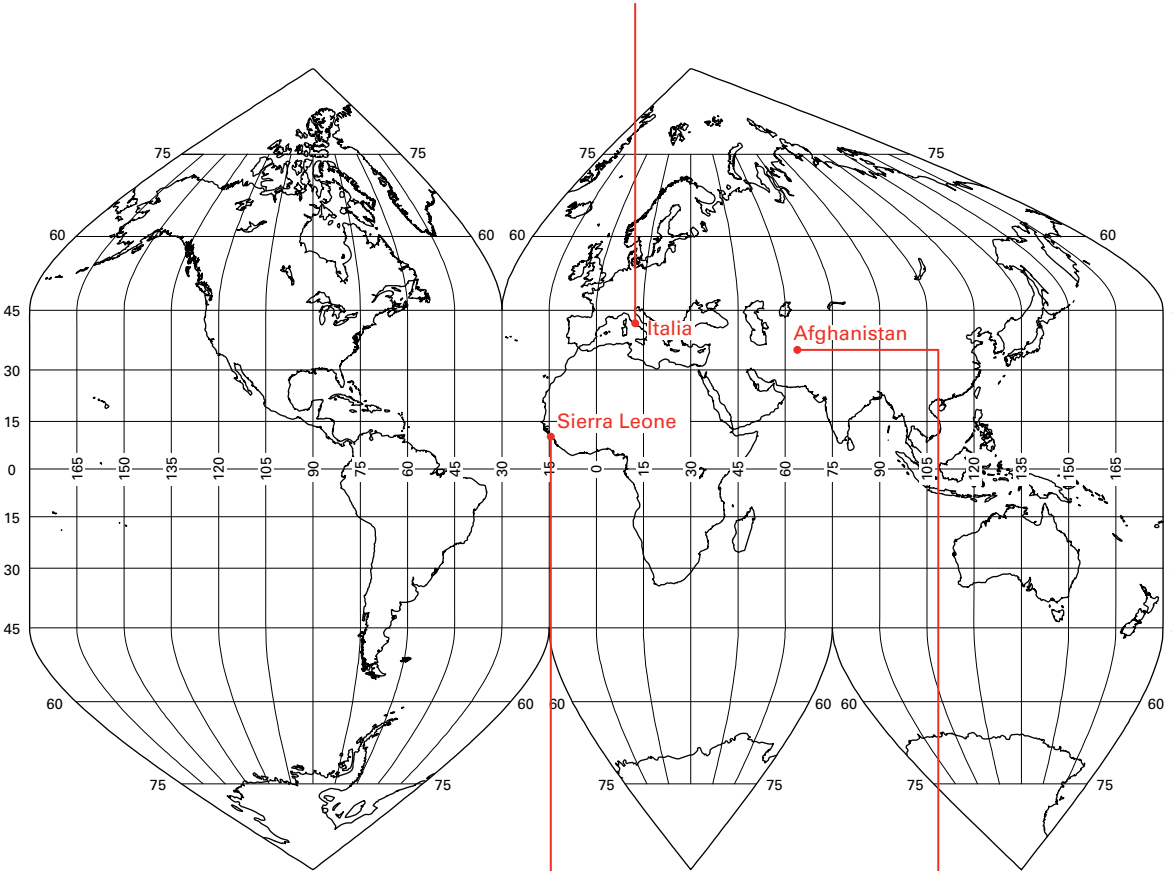
Banca Popolare di Milano
IBAN IT 35 T 05584 01600
000000067000

— c/c bancario presso

Banca Etica, Filiale di Milano
IBAN IT 02 X 05018 01600
000000130130

**Bonifico a scadenza regolare con
addebito automatico (SDD), con il
modulo allegato a questo giornale.**

PER I MIGRANTI
Pag. 18



UNO SÌ, TRE NO
Pag. 4

**UN NUOVO OSPEDALE PER CURARE
I MALATI DI EBOLA**
Pag. 8

**"QUELLO CHE STIAMO LASCIANDO
ALLE NOSTRE SPALLE"**
Pag.10

UN NUOVO AMBULATORIO
Pag.16

**HANNO
SCRITTO:**

GINO STRADA

Fondatore di
Emergency

Copertina

**ROBERTO
SATOLLI**

Giornalista

Pag. 4

**BEN
ANDERSON**

Giornalista

Pag. 10

**EMANUELE
ROSSINI**

Staff di
EMERGENCY

Pag. 16

**ANDREA
BELLARDINELLI**

Coordinatore
Programma Italia

Pag. 18



SIERRA LEONE
Dal Centro di cura
dei malati
di Ebola di Lakka

UNO SÌ, TRE NO

Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità, solo un paziente su quattro guarisce dall'Ebola, ma la tempestività e l'assiduità delle cure può fare la differenza.

—
ROBERTO SATOLLI



01

Guardo i malati dentro la tenda del Centro di cura per Ebola di Emergency a Lakka, in Sierra Leone. Stanno seduti o sdraiati sulle brandine. So i loro nomi, che ricorrono spesso uguali come capita nei paesi: Mansaray, Sesay, Bangura, Turey... Conosco l'età, il sesso, il lavoro che fanno: pescatore, giocatore di football, casalinga, disoccupato. Cerco di immaginare come vedono loro questa scena. Sono attaccati ai monitor, ai deflussori, alle siringhe per infusione, ai cateteri vescicali e guardano a loro volta entrare e muoversi i medici, gli infermieri e gli addetti alle pulizie, tutti bardati come marziani. Li ascoltano urlare, in inglese o in italiano, le rilevazioni cliniche ai colleghi che ne prendono nota stando al di là della doppia rete che, come un pollaio, recinge la "zona rossa", dove solo Ebola è davvero padrone di casa. Tutti gli altri sono ospiti di passaggio. Pochi riusciranno a uscire dalla tenda sulle loro gambe: uno sì e tre no, dicono le statistiche ufficiali dell'Organizzazione mondiale della sanità, per questa epidemia nell'Africa occidentale, la più grande dal primo focolaio registrato nel 1976.

I malati stanno male, alcuni molto male, e potrebbero morire da qui a poche ore, magari all'improvviso e senza che si capisca bene perché. Alcuni sono già in coma, o quasi, altri sono confusi e agitati, si strappano i fili e i cateteri. Anche quelli che sono svegli e calmi capiscono probabilmente poco di che cosa sta succedendo qui, di chi sono e che cosa fanno gli uomini e le donne che si muovono attorno a loro dentro lo scafandro. Forse si sentono aiutati e curati, o forse hanno paura che venga fatto loro del male: l'aspetto dei soccorritori non è rassicurante, e il "full Personal Protection Equipment" (o PPE, come viene chiamato nel gergo tutto sigle della cooperazione internazionale) assomiglia a una caricatura della distanza crescente e delle barriere che la medicina tecnologica occidentale sta costruendo fra chi dovrebbe curare e chi ne ha bisogno.

Nessuno in realtà può dire con certezza se le cure più o meno intense che vengono prestate dentro la tenda siano adeguate e se siano sufficienti a cambiare la tragica sentenza: uno sì e tre no. Perché

01



02

dobbiamo ammettere che nessuno è in grado di capire sino in fondo che cosa succede dentro la tenda, almeno per ora.

Che ne sanno i malati, e che ne sappiamo anche noi al di qua della rete, di cosa sia un virus, e in particolare questo Ebola, e di come e perché dobbiamo farci i conti ora? Chi è istruito di scienza può dire molte cose su come è fatto questo minuscolo oggetto filamentoso, con un'anima di RNA e un involucro di proteine, e su come si moltiplica e produce danno. Apparentemente ne sappiamo molto, ma in realtà il costruito mentale di virus è talmente astruso che non possiamo neppure dire con sicurezza se è materia viva o inerte. Se ne può discutere. Invisibile e astratto, talmente piccolo da penetrare qualsiasi filtro, il virus sfugge alla comprensione, e finisce per essere personalizzato. Ci si chiede: dove si nasconde, dove sta andando, quali sono le sue intenzioni e le sue strategie, come si adatta ai nuovi ambienti, quale sarà la prossima mossa? Come se ci fosse un signor Ebola, o trilioni di tali individui, che agiscono, pensano, hanno progetti, astuzie, successi e fallimenti. In realtà non accade nulla di tutto questo. I virus sono ovunque e in nessun luogo, ciechi, sordi e indifferenti alle nostre paure e speranze come ogni altra cosa nell'universo, viva o inerte che sia. E in questo angolo di Africa, il più massacrato da guerre, miseria, corruzione e ignoranza, con sistemi sanitari ridotti sotto i minimi termini, i filamenti di Ebola non hanno trovato ostacoli alla possibilità di moltiplicarsi ciecamente per mesi, nella quasi completa indifferenza del resto dell'umanità e delle sue istituzioni.

Sono usciti dalla foresta dove stavano acquattati in qualche ospite animale per la cui specie sono innocui, trovando per caso l'occasione di fare il salto in un corpo umano verso la fine del 2013 al confine tra Guinea, Liberia e Sierra Leone, e da lì si

sono sparsi, aiutati dall'aumento dei contatti. E da allora continuano quasi indisturbati, nonostante la flebile e tardiva risposta di governi, organizzazioni internazionali, volontariato e comunità scientifica.

Se avessimo una vista acuta come un microscopio elettronico, guardando dentro la "zona rossa" vedremmo brulicare ovunque questi oggetti filiformi, ripiegati come spaghetti spezzati, soprattutto dentro i corpi di chi sta male, ma anche nello spazio attorno, per terra, sugli oggetti dove si siano sparse anche minime quantità di liquidi organici, sulla superficie esterna delle tute. Magari li vedremmo anche sul corpo blu e arancio di qualcuna di quelle lucertolone (*Agama agama* è il nome assegnato loro da Linneo quasi tre secoli fa) che si aggirano nella terra di nessuno tra le due reti, come se fossero attratte dal regno di Ebola. Sicuramente vedremmo tantissimi filamenti nei corpi che giacciono in fondo al campo, nella tenda obitorio, avvolti in sudari di plastica e in attesa della squadra dei seppellitori. Queste sono fantasie, eccitate dall'aspetto surreale della scena. Neppure l'occhio acutissimo degli avvoltoi che girano in cerchio sopra le tende del centro può accorgersi della presenza massiccia di Ebola in quei cadaveri.

Mi volto indietro, verso la "zona verde", dove lavorano i medici e gli infermieri quando non assistono direttamente i malati. Qui neppure la vista di Superman dovrebbe trovare traccia di virus nelle persone e nelle cose. O almeno così tutti ci auguriamo - ieri, oggi e domani -, se le procedure di protezione sono rispettate senza eccezioni e senza un istante di disattenzione. In teoria, però, oggi potrebbe trovarsi qui con noi qualcuno che ospita già una certa quantità di copie di Ebola in incubazione, e ancora non lo sa, perché sta bene. La possibilità esiste, ed è già accaduto molte volte durante questa epidemia in Africa occidentale, come nelle precedenti, due



**IN SIERRA
LEONE SI
REGISTRANO
OLTRE
100 NUOVI
MALATI DI
EBOLA
OGNI
GIORNO**



03

volte nell'insieme dei due Centri di Emergency in Sierra Leone: l'ospedale chirurgico e pediatrico di Goderich, in funzione dal 2001 e l'*Ebola Treatment Unit* (ETU) di Lakka, aperto a metà settembre con 22 letti, che ha trattato sinora un centinaio di malati di Ebola.

Spesso, nei casi d'infezione che avvengono tra chi lavora nei centri di Ebola, non si riscontra nessuna apparente violazione delle procedure di protezione, per cui si pensa che il virus possa essere stato acquisito inconsapevolmente altrove, nel mondo là fuori dove, se potessimo vederlo, lo troveremmo qua e là, nei corpi delle persone solo infette o già malate e non ricoverate o dei cadaveri non ancora sepolti. Magari anche di qualche animale, come i pipistrelli della frutta o alcune specie di grandi scimmie, se ci spingessimo a entrare nella foresta. Questo pensiero mi fa paura quando mi trovo in mezzo alla gente in luoghi affollati, come il mercato di Goderich o la ressa fuori dall'aeroporto per caricare le valigie sui bus che portano al traghetto. Mi rasserenano ricordarmi che il virus Ebola non esce facilmente dal corpo che lo ospita. Solo dopo un'incubazione che può durare da due giorni a tre

settimane, comincia a moltiplicarsi in miliardi e miliardi di copie, cui il corpo malato reagisce con febbre alta, e spesso vomito o diarrea violenti. A quel punto, e non prima, i filamenti cominciano a spargersi, con il sudore, la saliva, le urine, le feci, le secrezioni di qualsiasi mucosa, ma non sono capaci di andare lontano, per esempio viaggiando nell'aria con l'aerosol di uno starnuto o di un colpo di tosse, come fanno molti altri virus, dalla varicella al comune raffreddore. Solo toccando i fluidi carichi di filamenti e portandoli inavvertitamente a contatto con le mucose del naso, della bocca, degli occhi o con abrasioni della pelle (per esempio con una puntura accidentale), si consente al virus di entrare in un nuovo corpo, e in questo caso bastano anche poche copie per ricominciare il ciclo. Le particelle virali che restano fuori, in macchie di sangue o d'altro sulle superfici circostanti, ci possono mettere molto tempo, anche giorni, a dissolversi, ma non è facile che trovino la strada di una nuova vittima.

Nel gergo degli esperti di malattie infettive queste peculiarità si riassumono dicendo che Ebola è poco contagioso - perché solo per contatto diretto

da una vittima all'altra, ma molto infettivo - perché basta anche una "carica" di poche particelle virali per dare il via all'infezione, all'incubazione e alla malattia, che poi risulta altamente letale.

La malattia si manifesta subito violentemente, e la sorte tra morte e guarigione si gioca spesso nel giro di pochi giorni, come in una gara tra la velocità con cui i filamenti prendono possesso delle cellule umane e quella con cui le difese della vittima riescono a organizzare una resistenza. Chi non muore a cavallo della prima settimana può farcela, a patto che nel frattempo non vengano meno le funzioni degli organi vitali, come il rene, il polmone o il fegato. Possono fare una differenza le cure che gli esseri scalfandati riescono a portare dentro le tende, con grande fatica e pericolo? Probabilmente sì, a patto che siano tempestive e assidue, quanto basta per seguire i repentini cambiamenti di fonte e per misurare gli interventi su quello che serve.

Si sarebbe potuta fermare la tragedia agendo per tempo a isolare i contatti dei malati, quando erano ancora pochi. Forse è troppo tardi per riuscire a

farcela (anche se non si deve rinunciare a provarci), o forse il mondo è ancora in tempo a evitare che l'epidemia segua il suo corso, fino ad estinguersi ancora una volta in modo "naturale", magari dopo aver tracimato in altri Paesi confinanti, come il Mali. In ogni caso le decine di malati che arrivano ogni giorno nelle ETU, hanno diritto di essere curati al meglio possibile, al pari di ogni essere umano, e di avere la massima possibilità di salvare la vita. Questo sarà possibile solo se medici e infermieri saranno disponibili a stare nella "zona rossa" tutto il tempo necessario. "Se la volpe non entra nel pollaio non prende i polli" sento ripetere spesso in questi giorni da Gino Strada. Potrebbe essere la chiave per capovolgere la situazione: tre sì e uno no?

- 01 Staff locale e internazionale si prepara alla vestizione
- 02 Nel Centro di Lakka
- 03 Lo staff del Centro con due pazienti appena dimesse



SIERRA LEONE
Da Goderich

IL CENTRO DI
CURA PER I
MALATI DI EBOLA
DI GODERICH È
UN PROGETTO
FINANZIATO DA



UN NUOVO OSPEDALE PER CURARE I MALATI DI EBOLA

Emergency si prepara a prendere in consegna un nuovo ospedale da 100 posti letto costruito grazie all'intervento del governo inglese e di DFID, l'agenzia di cooperazione britannica.

ROBERTO SATOLLI

Il nuovo Centro per il trattamento di Ebola a Goderich (vicino a Freetown, capitale della Sierra Leone) è quasi pronto, ma è vuoto. È stato costruito in meno di due mesi - con le parti in muratura, le tende normali e quelle gonfiabili, i corridoi coperti in legno tra le varie strutture -, ma ogni ambiente manca ancora di tutti gli arredamenti e le attrezzature specifiche per l'uso che se ne farà: letti, strumenti di laboratorio, sedie, cucine, monitor, armadi...

Il campo è affollato di persone che lavorano, che riposano, che vanno e vengono. Sono gli operai reclutati da DFID (*Department for International Development*), la cooperazione inglese che con l'aiuto del genio militare britannico e un investimento di oltre 6 milioni di euro sta costruendo il Centro per Emergency. Non ci sono ancora i medici, gli infermieri, gli ausiliari, i logisti che il 14 dicembre cominceranno la loro attività, ricoverando i malati nei primi 30 letti che saranno subito disponibili, per arrivare rapidamente alla capacità di 100 letti. Tantissimi da gestire in questo contesto, ma sempre troppo pochi rispetto al ritmo attuale dell'epidemia in Sierra Leone: cento nuovi casi al giorno.

Per ora, non essendoci ancora i malati, qui manca anche Ebola, che sarà il vero padrone di casa nella metà del campo denominata "zona rossa", quella dove gli operatori entrano con il cosiddetto PPE (*Personal Protection Equipment*), l'ormai ben noto scafandro protettivo. Tutti gli altri là dentro saranno inquilini provvisori, solo il virus s'installerà in modo permanente e massiccio. Anche se invisibile, almeno lì è noto che c'è e ci si può proteggere. Basta un passo, per ora. E si scavalca come nulla fosse il confine tra zona verde e rossa che tra poco sarà invalicabile, cinto da una doppia rete, per entrare direttamente nel cuore del Centro.

Qui si trova la vera novità, che distingue questa struttura non solo da quella di soli 22 letti che Emergency sta utilizzando da settembre a Lakka, a pochi minuti di auto (e che diventerà poi un centro di isolamento), ma da tutte le altre che sono in attività nel Paese e nell'intera Africa occidentale:

sono quelle sei cassette di mattoni in fila sulla sinistra, con al centro la struttura del laboratorio che sarà gestito dall'Istituto Spallanzani. Là saranno curati i malati critici, con tutti gli strumenti della terapia intensiva, compresi gli apparecchi per assistere il respiro e per la dialisi. Niente di sperimentale o fuori dall'ordinario per qualsiasi ospedale occidentale, ma inedito sino a essere considerato quasi un'eresia in questo contesto. Nelle periodiche riunioni di coordinamento gestite dal ministero della Salute e dall'Organizzazione mondiale della sanità, si sente da diverse parti definire come "impraticabili" alcune procedure anche minimamente invasive, come prendere una vena, mettere un catetere in vescica, misurare la concentrazione del potassio nel sangue. Se non si facessero queste cose in un qualsiasi ospedaletto di provincia nostrano, ci sarebbe la denuncia alla magistratura. La medesima omissione in Africa è considerata un accettabile standard di cura. Il risultato è che, mentre i pochi malati di Ebola trasferiti in occidente guariscono in tre casi su quattro, l'inverso accade in media per i malati che restano in Africa.

Le stesse fonti che sostengono la liceità di non fornire alla maggior parte dei malati le cure di routine, sollevano invece un'obiezione riguardo alla sperimentazione di nuovi farmaci e trattamenti di vario tipo: questi andrebbero somministrati a tutti, si dice, perché non sarebbe etico privarne qualcuno per fare un confronto.

È difficile farsi una ragione di questo paradosso: mentre è legittimo astenersi dal prestare cure di nota efficacia e sicurezza, non lo è privare gli stessi malati di trattamenti di cui non sappiamo se fanno bene o male. Con l'aggravante che, somministrandoli a tutti indiscriminatamente, non lo sapremo mai.

Emergency la pensa diversamente, e proprio per questo una delle attività che saranno subito avviate nel nuovo Centro è la ricerca di possibili cure specifiche contro il virus, condotta anche questa secondo i normali standard occidentali. Il primo studio, già pronto a partire, approvato dai

comitati etici e iscritto nel registro USA, riguarda un vecchio farmaco utilizzato da decenni per le aritmie del cuore: amiodarone. In laboratorio ha mostrato una sorprendente attività nel bloccare l'ingresso di Ebola nelle cellule umane, ma non è stato ancora possibile a nessuno verificare se questa virtù aiuta i malati a guarire oppure no. Il fatto che amiodarone sia stato usato da milioni di persone per altre indicazioni consente di sapere già che effetti collaterali può dare e stare in guardia. Per capire se funziona davvero, bisogna confrontare il decorso dei malati che lo ricevono con quello degli altri. Non ci sono scorciatoie, è un dovere fare così nell'interesse di tutti e non si priva nessuno di nulla, se non dell'incertezza e dell'ignoranza in cui siamo tutti ugualmente immersi.

A questo primo studio ne seguirà subito un altro, con l'uso di siero di convalescenti, per dare ai

malati gli anticorpi necessari a sconfiggere il virus, prima che li producano da soli. È uno dei rimedi che ha accettato di provare anche su di sé il medico di Emergency che si è infettato a Lakka ed è ricoverato all'Istituto Spallanzani.

Il fatto che tutti i malati a Goderich riceveranno cure d'intensità proporzionata alla gravità del loro stato, e che quindi moriranno sperabilmente molto meno di quanto accade oggi senza cure adeguate, renderà più difficile documentare un eventuale miglioramento rilevante prodotto dai nuovi trattamenti. Ma questo significherà che si è raggiunto un buon livello di assistenza, più simile a quello occidentale, e sarà questo il risultato più importante di aver scelto un'impostazione rigorosa sul piano scientifico ed etico.

01 Nel cantiere del nuovo ospedale



UN MEDICO DELLO STAFF DI EMERGENCY POSITIVO AL VIRUS EBOLA

Un medico di Emergency che lavora presso il Centro per malati di Ebola di Lakka in Sierra Leone ha sviluppato sintomi di Ebola. In accordo con il ministero della Salute e il ministero degli Affari Esteri è stata organizzata un'evacuazione sanitaria verso l'Italia. Il medico è stato ricoverato all'Istituto Spallanzani di Roma il 25 novembre.

Tutto lo staff impiegato nel Centro di cura per i malati di Ebola di Emergency segue una formazione specifica sui protocolli di protezione per evitare il contagio e la diffusione del virus. Tuttavia, nessun intervento sanitario in un'epidemia così grave può essere considerato completamente privo di rischi.

Emergency abbraccia il suo collega e la famiglia in attesa della guarigione.



AFGHANISTAN

Dal Centro
chirurgico di
Lashkar-gah

"QUELLO CHE STIAMO LASCIANDO ALLE NOSTRE SPALLE"

Mentre le truppe internazionali lasciano l'Afghanistan, un inviato di *Vice* racconta il prezzo pagato nella provincia di Helmand dalla popolazione civile.

BEN ANDERSON



01

Per un attimo penso di aver capito male. Sto guardando due bambini. Sono vigili, coscienti e mi guardano. Le loro radiografie, però, mostrano chiaramente che hanno dei proiettili conficcati in testa. In entrambi i casi, i proiettili hanno perforato il cranio dei piccoli e ora si trovano all'interno, accanto o addirittura dentro il cervello. Non si possono rimuovere, per lo meno non si possono rimuovere in questo

ospedale. Rimarranno lì dove sono. I bambini dovranno convivere per il resto della loro vita, sopportando, tra l'altro, atroci mal di testa.

Un'infermiera si siede accanto a una piccola paziente. La bambina chiede di toglierle le bende. Con infinita pazienza, l'infermiera le spiega che non può toglierle le bende, per evitare che la ferita sanguini di nuovo.

La piccola chiede all'infermiera da dove provenga, ma sembra non comprendere la risposta. "Lashkar-gah", dice l'infermiera. "Siamo a Lashkar-gah, è dove ti trovi adesso". Nessuna risposta. "Sei in ospedale, lo sai, vero?". La bambina si guarda attorno, con una calma incredibile nonostante le si legga un po' di paura negli occhi e nella voce. "Come si chiama la tua mamma?", chiede l'infermiera. La piccola prova a



02

rispondere: "La mia mamma si chiama...". Abbassa lo sguardo, rivolgendo poi di nuovo gli occhi imploranti all'infermiera. Non sa come mai non ricorda il nome della mamma. La sua voce è ormai impercettibile.

Dimitra, la coordinatrice dell'ospedale di Emergency a Lashkar-gah, dice che negli ultimi giorni sono stati portati qui cinque bambini con proiettili

in testa. Tutti sono sopravvissuti, tranne uno. Lashkar-gah è la capitale di Helmand, la regione più violenta dell'Afghanistan. E, nonostante abbia ricevuto più aiuti economici rispetto ad altre zone, Helmand ha solo due ospedali. Questo è gestito da Emergency.

Nell'ultimo anno, qui i feriti sono aumentati. Il Centro e lo staff lavorano a pieno ritmo. Tutte le stanze normalmente utilizzate

per altri scopi (come la farmacia e la stanza dei giochi) sono state convertite in corsie, e ogni reparto è al completo. Nonostante tutte le promesse di ricostruzione e sviluppo e tutti i milioni di dollari spesi, non è rimasto molto per la popolazione civile.

Anche i soldati e i poliziotti afgani possono essere curati qui. E lo stesso vale per i talebani. Emergency si prende cura di tutti



del 50 per cento superiore rispetto al 2013.

Questo fenomeno interessa tutto il Paese. Il numero è già aumentato del 24 per cento rispetto allo scorso anno stando a un rapporto delle Nazioni Unite del 9 luglio. "Gli scontri di terra e il fuoco incrociato colpiscono le donne e i bambini con una crudeltà senza precedenti. Il numero dei bambini feriti è più che raddoppiato nei primi sei mesi del 2014, mentre quello delle donne uccise o ferite da attacchi di terra è di due-terzi superiore rispetto al 2013". Sempre stando al rapporto, cambiano anche i tipi di ferite. Ora la maggior parte delle vittime civili è causata da proiettili vaganti, una vera e propria "novità" dall'inizio della guerra. Avendo assistito agli scontri tra le forze di sicurezza afgane e i talebani in molte occasioni, non sono sorpreso. Entrambe le parti aprono il fuoco in modo selvaggio e indiscriminato, prestando poca attenzione a chi potrebbero colpire proiettili e granate. Stando alle stime dello stesso rapporto, 1.564 civili sono stati uccisi nella prima metà del 2014, mentre i feriti toccano quota 3.289.

E probabilmente la situazione è destinata a peggiorare. I talebani, che ormai non temono più le azioni aeree occidentali, hanno iniziato a lanciare attacchi di massa. E così centinaia di combattenti assaltano sistematicamente le basi della polizia e le postazioni dell'esercito afgano. I soldati afgani mi hanno raccontato che possono fare ben poco avendo a disposizione solo quattro elicotteri per l'intera provincia. Le forze di sicurezza locali sono estremamente deboli sotto il profilo della logistica. Chi sostiene che siamo riusciti ad addestrare ed equipaggiare le forze di sicurezza afgane è ben lontano dalla verità. E questo è ancora peggio se si pensa a tutte le sofferenze - ordinarie

e straordinarie - che devono affrontare i civili.

Un paziente con la testa, il braccio sinistro e il ginocchio sinistro coperti da bende e l'intera gamba destra ingessata fa una smorfia di dolore mentre viene sollevato dal letto e fatto accomodare su una sedia a rotelle. Avrà tra i venticinque e i trent'anni e probabilmente era un combattente di una delle due fazioni. "Vedi in quali condizioni vivono gli afgani?", chiede con rabbia. "Siete arrivati e ci avete messo uno contro l'altro". Lo scorso anno il governo afgano ha smesso di diffondere i dati sulle proprie vittime perché denunciano una situazione molto grave. Le stime non ufficiali, che parlano di almeno 25 tra soldati e poliziotti uccisi ogni giorno, sembrano fin troppo caute. Diverse province dell'Afghanistan meridionale e orientale sono regolarmente sul punto di cadere nelle mani dei talebani.

Il dottor Shah Wali, chirurgo dell'ospedale di Emergency, mi permette di seguirlo in uno dei suoi giri di visita quotidiani. Ha i capelli arruffati di chi sembra aver passato più tempo al lavoro che a casa. Si avvicina al letto di un ragazzino che avevo già intravisto sfrecciare su una sedia a rotelle, che usa con maestria per apparire all'improvviso. Ha un tubo tracheostomico in gola e brutte cicatrici lungo la mandibola destra, visibili però solo da vicino. È incredibilmente bello, con occhi dalle sfumature dorate che brillano quando è contento. Ma mi è capitato più spesso di vederlo triste mentre si rifugia in qualche posto per piangere da solo. L'ho visto rifiutare con fastidio un libro che i membri afgani dello staff gli stavano offrendo. "Ha ferite multiple causate da granate su addome, viso e collo", mi dice il chirurgo, indicando la gola del ragazzo. "Una era molto grave. Ha perso l'epiglottide: non

LASHKAR-GAH
TOTALE
RICOVERI DA
GENNAIO A
DICEMBRE
2013
2.100

TOTALE
RICOVERI A
FINE GIUGNO
2014
1.700



TOTALE
PERSONE
CURATE A
LASHKAR-GAH
DAL 2004 A
FINE GIUGNO
2014
OLTRE
130 MILA

03

per quanto possibile. L'associazione era presente sul territorio già molto tempo prima dello scoppio della guerra, e lo sarà ancora per molto al termine del conflitto. La sua attività a livello nazionale costa meno di 6 milioni di euro l'anno, una minuscola parte del budget di mille miliardi di dollari spesi finora dalle forze internazionali. È davvero avvilente immaginare cosa le ONG come Emergency

avrebbero potuto fare con solo l'1% di quel budget.

Chiedo a Dimitra il numero dei pazienti ricoverati. "Ne arrivano anche trenta al giorno nei periodi peggiori. E poi abbiamo giornate tremende, con tantissime vittime, spesso a causa di un attacco suicida. Ci sono anche due o tre attentati in una sola giornata. Ed è una situazione

davvero difficile da affrontare. In questi casi, anche gli addetti alle pulizie, i cuochi e il personale vengono mobilitati: hanno ricevuto una formazione specifica che consente loro di eseguire i compiti più semplici". Chiedo quante volte si è verificata una situazione del genere. "Talmente tante che non ricordo il numero preciso", aggiunge Dimitra. Nonostante la Gran Bretagna e gli Stati Uniti definiscano la guerra

in Afghanistan ormai in gran parte conclusa, le vittime civili continuano di fatto ad aumentare. "Nel 2013 abbiamo registrato 2.100 ricoveri", dice Dimitra, "con un aumento del 70 per cento rispetto all'anno precedente. E il numero è destinato a crescere nel 2014. Nei primi sei mesi dell'anno abbiamo avuto 1.700 ricoveri chirurgici. Se la tendenza attuale continuerà, il numero delle vittime civili nel 2014 sarà



senza problemi, compreso quello di Marjah, dove è nato. Ora, però, è prigioniero a Lashkar-gah insieme agli altri membri dello staff e non può più spostarsi. Chiedo se lui e la sua famiglia sono tentati di andarsene. "Non potremmo vivere in pace da nessuna parte. La situazione è uguale in tutto l'Afghanistan, quindi rimarremo qui. Arrivano feriti tutti i giorni. Chi ha un proiettile nel torace, chi in testa. La situazione peggiora e non sappiamo cosa accadrà. Non ci sono speranze per il futuro".

GUARDA IL REPORTAGE DI BEN ANDERSON "WHAT WE'RE LEAVING BEHIND" È VISIBILE SU

<https://news.vice.com/video/afghanistan-what-were-leaving-behind-full-length>

04

potrà parlare mai più". Chiedo se il ragazzino sa di non poter più parlare e il chirurgo lo conferma. Il libro che ha rifiutato serviva per scrivere: lo staff stava cercando di insegnargli a scrivere in pashtun in modo che potesse comunicare con loro.

Ci fermiamo vicino al letto di un paziente con gli occhi gonfi e le guance attraversate da punti lunghi e spessi. La bocca sembra piena di tessuto. "Il paziente ha una ferita causata

da una granata a viso e bocca", dice il dottor Shah Wali. "Abbiamo ricostruito una piccola parte della bocca, ma manca la mandibola". Muove il pollice e un altro dito lungo la mascella per mostrarmi di quale osso sta parlando: l'intero mento è stato letteralmente disintegrato dallo scoppio. Una bambina ha perso la maggior parte delle dita e ha entrambi gli occhi blu chiusi e gonfi. Ha raccolto un oggetto

luccicante, mai visto prima. I bambini lo fanno spesso. In realtà si trattava di una bomba inesplosa di un qualche tipo. Le centinaia di tagli che le attraversano il viso dimostrano chiaramente che la granata le è esplosa in faccia mentre la stava guardando.

Il dottor Shah Wali, al pari di Dimitra e degli altri membri dello staff, descrivono le ferite con dovizia di particolari. Manifestano le loro emozioni solo di rado e

sembrano spesso disorientati dalle mie domande da non esperto in materia. Ma li ho visti compiere molto spesso gesti di tenerezza verso i pazienti. E li ho osservati mentre, passando, toccavano la testa dei bambini o accarezzavano loro il braccio. Quando ho chiesto loro cosa li faccia andare avanti, mi hanno detto: "È il nostro lavoro".

Sono seduto su un muretto fuori dai reparti insieme a Shah Wali in una delle sue rare pause. L'uomo

lavora come chirurgo nella provincia di Helmand ormai da tredici anni, quasi l'intera durata del conflitto in corso. "All'inizio la situazione era tranquilla, non c'era la guerra", dice. "Ci occupavamo spesso di incidenti stradali o simili. Lentamente, però, le ferite di guerra hanno iniziato a essere più frequenti e più gravi. Ora ci occupiamo solo di questo tipo di pazienti". Il dottore elenca i distretti che qualche anno fa poteva visitare

- 01 Una pallottola estratta da un ferito
- 02 In attesa fuori dal Pronto Soccorso di Lashkar-gah
- 03 Nell'ospedale di Lashkar-gah
- 04 A Lashkar-gah 1 paziente su 3 è un bambino



AFGHANISTAN

Dal Centro di maternità di Anabah

UN NUOVO AMBULATORIO

Assistenza alle donne e ai neonati, formazione professionale, emancipazione femminile: succede ad Anabah.

EMANUELE ROSSINI



01

APERTURA DEL CENTRO DI MATERNITÀ 2003

“Sto facendo la mia specializzazione in ginecologia presso il Centro di maternità di Emergency in Panshir. Sono al quarto anno, l'ultimo, del corso riconosciuto dal ministero della Sanità afgano che si tiene qui. Imparo molto, faccio esperienza e grazie al lavoro quotidiano con lo staff internazionale le mie competenze migliorano continuamente, ma soprattutto aiuto molte persone, molte donne che non avrebbero altre possibilità per partorire in modo sicuro. Aiuto il mio Paese.”

Seduta su una panchina nel giardino del Centro di maternità di Anabah, Zuria è un fiume di parole.

Racconta di sé (“Ho studiato medicina a Kabul, poi ho deciso di venire a specializzarmi qui”), del suo lavoro (“Imparo un sacco di cose lavorando con il personale internazionale, nuove tecniche di diagnosi e di cura, e soprattutto faccio tanta esperienza”), della sua famiglia (“mio padre è molto orgoglioso di me: dice che sono la migliore dei suoi figli, perché aiuto gli altri”), delle sue aspirazioni (“una volta fatta esperienza qui, voglio portare quello che ho imparato in tutte le province dell'Afghanistan. Tutte”). Nelle sue parole, Zuria riassume il senso del progetto del Centro di maternità di Anabah: cura, formazione,

emancipazione, lavoro, impatto sociale sul territorio.

Anche mentre chiacchieriamo, Zuria sorveglia con attenzione la sua radio, lo strumento che lo staff dei nostri ospedali in Afghanistan usa per le comunicazioni interne. C'è da capirla: con una media di 14-15 parti al giorno negli ultimi due mesi, l'attività del Centro di maternità è sempre molto intensa e una chiamata urgente potrebbe arrivare da un momento all'altro. Eppure, all'inizio, non era tutto così scontato. “I primi tempi arrivavano una quindicina di donne al mese” racconta Akbar Jan, una delle figure storiche del Programma Afghanistan di

Emergency: ha iniziato a lavorare con noi nel 1999, prima ancora che aprissimo il primo ospedale nel Paese. “Abbiamo fatto un lavoro capillare sul territorio, abbiamo parlato alle comunità, siamo andati dai mullah per spiegare il nostro lavoro. E piano piano le cose si sono mosse: la gente arrivava attraverso il passaparola, vedeva i risultati con i propri occhi, e ha iniziato a fidarsi”. Ora, invece, siamo nella situazione opposta. Con oltre 2 mila donne visitate ogni mese e un numero così alto di parti, gli spazi del Centro di maternità stavano diventando stretti, rischiando di compromettere il buon andamento delle attività. Come fare per gestire contemporaneamente e



BAMBINI NATI DAL 2003 A FINE GIUGNO 2014

24.396



02

ANABAH DONNE VISITATE AL MESE 2.000

bene le emergenze, la ginecologia e le visite di routine? È per questo motivo che a luglio abbiamo inaugurato il nuovo ambulatorio rivolto alle donne nella “Anabah Clinic”, il Centro sanitario di Emergency che si trova di fronte al nostro ospedale. Lì le donne potranno seguire il percorso di assistenza prenatale, fare le visite di controllo, ricevere consulenze su contraccezione e *family planning*, con la possibilità per i casi più urgenti di essere riferite al Centro di maternità. “Vediamo anche cinquanta donne al giorno” dicono le ragazze dello staff afgano del nuovo ambulatorio. Perché le donne vengono qui, non solo dal Panshir

ma anche da altre province limitrofe, da Parwan, da Kapisa, e pure da Kabul?

Ce lo spiega Maria, *team leader* afgana della maternità: “Perché ‘scappano’ dagli altri ospedali per rivolgersi al Centro di maternità di Emergency? Perché sanno che qui troveranno igiene impeccabile, cure gratuite, personale esperto e attenzione”.

01 Zuria e le altre ostetriche in corsia
02 Una nuova nascita al Centro di maternità

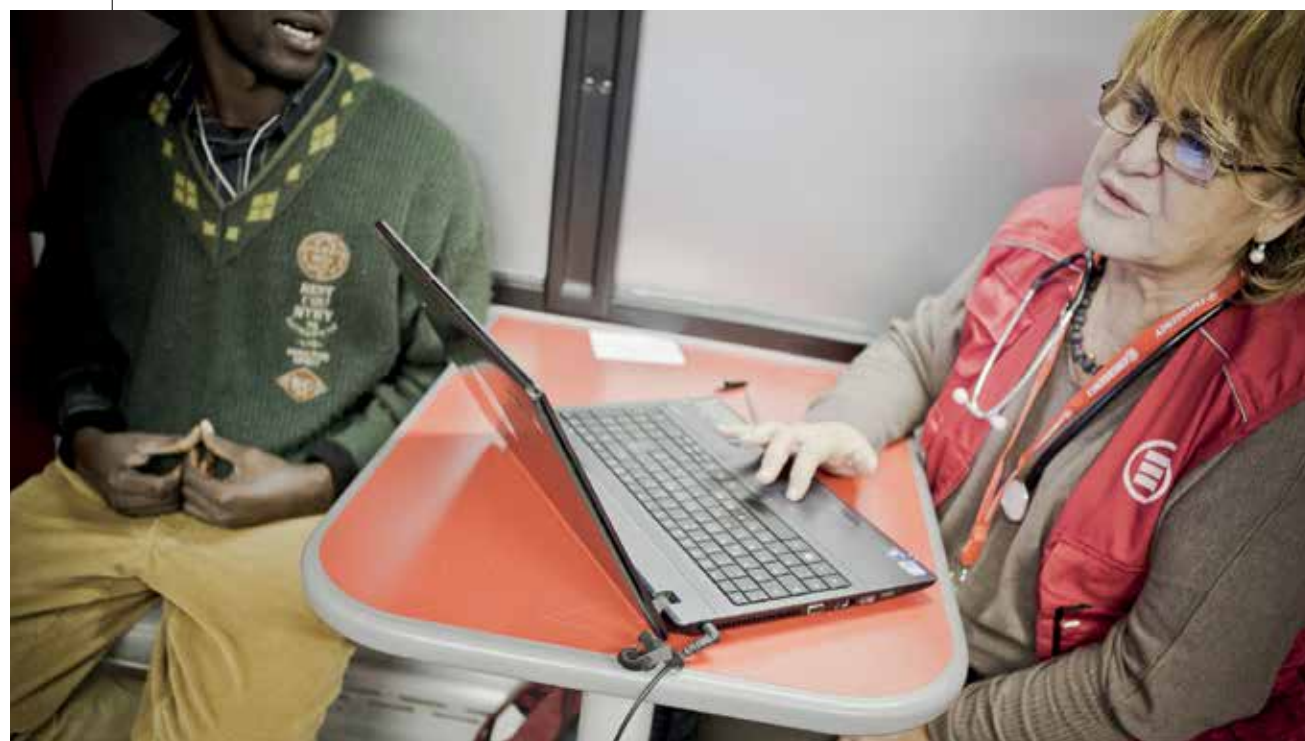


ITALIA
Dal
Poliambulatorio
mobile di
Emergency a
Siracusa

PER I MIGRANTI

Il Polibus di Emergency continua a lavorare fuori dal Centro Umberto I, dove arrivano i migranti appena sbarcati, e nei Centri per minori stranieri non accompagnati.

—
ANDREA BELLARDINELLI



01

Il Polibus di Emergency è a Siracusa dalla fine di luglio 2013. Staziona fuori dal Centro di accoglienza Umberto I e offre un servizio di medicina di base e mediazione culturale ai migranti che lì vivono, in accordo con l'ASP e la Prefettura. Da quando per la prima volta abbiamo portato il nostro ambulatorio mobile a Siracusa, abbiamo imparato a familiarizzare con nuove parole che declinano diverse tipologie di intervento per gli sbarchi dei migranti sulle coste italiane: *Mare Nostrum*, *Frontex Plus*, *Triton*. La prima volta a salvare vite umane, le altre a pattugliare i confini della "Fortezza Europa". In questi ultimi mesi sono

arrivati soprattutto siriani, eritrei, nord africani e sub sahariani: fuggivano tutti da Paesi dove la guerra, la politica o la situazione economica fanno sembrare carta straccia tutte le convenzioni internazionali sui diritti umani. Famiglie, uomini e donne, a volte bambini soli si imbarcano in viaggi che durano mesi e che producono guadagni incredibili per i trafficanti di esseri umani: come su un catalogo, a seconda del prezzo che si è disposti a pagare, si può scegliere di viaggiare via mare (con o senza salvagente), via terra, spesso tra i semiassi di un autoarticolato. Il viaggio, quando non uccide, produce ferite invisibili: violenze, stupri di massa, traumi, perdita

delle persone più care. Un dolore immenso e senza senso, disteso sul fondo del mare nostrum.

Trafficking o smuggling sono termini quotidiani a Siracusa, Pozzallo, Lampedusa, in Spagna, Grecia e Bulgaria. I progetti di Emergency in Italia ritrovano queste parole nel loro lavoro quotidiano: a Castel Volturno dove l'unità di strada incontra le prostitute nigeriane, o nelle campagne della Capitanata, di Vittoria e Rosarno. Luoghi dove le cliniche mobili di Emergency danno una prima risposta socio-sanitaria a migranti che vivono in condizioni vicine alla schiavitù, nell'ignoranza generale: è meglio non porsi domande, il prezzo

della primizia o del pomodoro al supermercato è ottimo. Poi capire che cosa c'è dietro è spesso considerata occupazione solo di giornalisti impegnati, come Antonio Mangano che descrive che cosa succede nelle campagne italiane nel suo libro, dal titolo eloquente, "Ghetto economy", o delle associazioni caritatevoli. Ma tra la carità, valore nobile, e il rispetto delle norme e della legge c'è di mezzo la civiltà di una Paese.

Nel giro di tre anni, la provincia di Siracusa ha visto moltiplicare le persone sbarcate sulle sue coste: da gennaio a ottobre 2014 sono state oltre 38.000. Nello stesso periodo, sono arrivati in Italia oltre 22.000 minori stranieri, di cui circa 12.000 non accompagnati. I più vulnerabili tra i vulnerabili. Per aiutare i ragazzi soli, abbiamo ampliato il nostro intervento ai Centri per minori stranieri non accompagnati di Priolo, Augusta e Caltagirone. Ascolto, al centro minori di Augusta, la storia di Abdullai, quindicenne africano. La storia è uguale a tante altre: la povertà, i rischi di avere idee diverse da quelle del potere in carica. Racconta la fuga, il viaggio, le violenze in Libia, la mancanza di soldi e di speranza per potersi costruire un futuro migliore in Europa.

Approda grazie a *Mare Nostrum* ad Augusta in provincia di Siracusa, città commissariata per mafia che ha accolto nel suo porto migliaia di altre persone con un destino simile al suo. Il Centro per minori di Augusta, aperto da aprile 2014, dovrebbe offrire la "primissima" accoglienza, solo per pochi giorni. Nonostante il grande impegno delle istituzioni locali, i minori rimangono in questa struttura del tutto inadatta per mesi con conseguenze che sono facilmente e tristemente immaginabili. Finalmente il 21 ottobre, dopo mesi di richieste e contrattazioni con le istituzioni, la struttura di

Augusta viene chiusa. Abdullai e gli altri 115 minori ospiti vengono trasferiti a Melilli, sempre in provincia di Siracusa, in un Centro che rispetta gli standard essenziali per l'accoglienza. C'è voluto molto tempo per ottenere questo risultato, ma come può la macchina governativa italiana (europea?) lasciare che la periferia della Sicilia si assuma, praticamente da sola, l'onere di accogliere chi arriva?

Nel Nord Africa ci sono regimi ed economie in gravi difficoltà, l'età media è di 27 anni. Dove dovrebbe scappare un giovane nordafricano dopo le rivoluzioni che hanno interessato quei Paesi? Sono 20 anni che la politica italiana affronta il fenomeno immigrazione con parole come emergenza, ondate, violenza, criminalità, casa loro e casa nostra.

La "seconda accoglienza" sta pressando Prefetture, Comuni, ASL, cancellerie di governi europei e sta ingrassando, immancabilmente, le tasche dei caporali e della criminalità organizzata, nazionale e internazionale. Ma ci sono funzionari pubblici, marinai, operatori umanitari e società civile, che credono nella necessità dell'accoglienza e soprattutto che il nostro Paese possa rispondere agli arrivi rispettando le leggi, le convenzioni internazionali e i diritti umani. Che credono che l'Italia possa ancora essere un Paese civile.

"Abbiamo amato l'Odissea, Moby Dick, Robinson Crusoe, i viaggi di Sinbad e di Conrad. Siamo stati dalla parte dei corsari e dei rivoluzionari. Cosa ci fa difetto, per non stare con gli acrobati di oggi, saltatori di fili spinati, e di deserti accatastati in viaggio nelle camere a gas delle stive, in celle frigorifere, in container, legati ai semiassi di autocarri? Cosa ci manca, per un applauso in cuore, per un caffè corretto, al portatore di suo padre in spalla e di suo figlio in braccio portato via dalle città di Troia, svuotate dalle fiamme? Benedetto il viaggio che vi porta, il Mar Rosso che vi lascia uscire, l'onore che ci fate bussando alla finestra."

Erri De Luca

A Siracusa sono state effettuate oltre 7.500 visite.

Chi arriva sulle coste siciliane è affetto da patologie frutto delle condizioni disumane del viaggio: infezioni gastrointestinali, scottature, ferite, disidratazione...

Il timore dei migranti come veicolo di epidemie – prima la tubercolosi, ora Ebola – non è basato su evidenze scientifiche e non può essere una scusa per la mancata accoglienza, né per posizioni politiche razziste. Delle persone visitate dallo staff di Emergency, solo l'1% è stato riferito al Pronto Soccorso dell'Azienda Sanitaria.

Il servizio di medicina di base svolto da medico, infermiere e mediatore culturale di Emergency, oltre a sancire un diritto fondamentale dell'individuo, quello di essere curato, produce un risparmio notevole per il Sistema sanitario nazionale, tutelando la salute individuale e collettiva.

AB

01 Accoglienza sull'ambulatorio mobile

NATALE PER EMERGENCY

<http://natale.emergency.it>



"Una tessera è solo un rettangolo di carta, ma un rettangolo di carta che si trasforma in cure gratuite e di qualità per chiunque ne abbia bisogno, nei sei Paesi in cui stiamo lavorando. A guardarla, in effetti, un rettangolo di carta assomiglia molto a un mattone. Un altro mattone per costruire, insieme, Emergency".

Cecilia Strada, Presidente di Emergency

"Con Emergency. Per curare chi ne ha bisogno, senza discriminazioni" è la nuova tessera 2015. Fare la tessera di Emergency è un modo per sostenere concretamente le attività umanitarie dell'associazione e per ribadire l'importanza di un diritto fondamentale: quello a ricevere cure, gratuite e di qualità, quando se ne ha bisogno. Un diritto di tutti, senza distinzioni.



Dalle cure alle vittime delle mine al Centro di maternità che fa partorire le donne in sicurezza, dall'idea di uguaglianza all'impegno per la formazione professionale e per il lavoro delle donne, dall'opposizione alla guerra alla bellezza degli ospedali come riconoscimento di dignità. Questa è Emergency vista da 12 illustratori italiani nel calendario 2015.

Immagini di: Joey Guidone, Angelo Monne, Riccardo Guasco, Guido Scarabottolo, Lorenzo Gritti, Francesco Chiacchio, Giulia Sagamola, Shout, Marta Iorio, Olimpia Zagnoli, Matteo Perazzoli, Giordano Poloni.

Carta certificata FSC, formato 25 cm x 25 cm.

Costo 5 euro.



16 CITTÀ, 16 NEGOZI DI NATALE



Milano, Roma, Bari, Bologna, Brescia, Ferrara, Firenze, Forlì, Genova, L'Aquila, Livorno, Napoli, Padova, Reggio Emilia, Torino e Trento sono le città che a dicembre ospiteranno i **Negozi di Natale di Emergency**. Se acquisti i tuoi regali presso i Negozi di Natale di Emergency sarà un regalo doppio: per chi lo riceve e per i pazienti dei programmi umanitari di Emergency.

Oltre ad una vasta scelta di gadget di Emergency, presso i Negozi di Natale potrai trovare giocattoli e libri per bambini, prodotti di bellezza, bigiotteria, vini e prodotti alimentari del nostro territorio donati dalle aziende che quest'anno contribuiranno a sostenere le attività di Emergency in Afghanistan.



CESTE REGALO



GADGET E BIGLIETTI NATALIZI

Biglietti natalizi personalizzabili, ceste regalo, magliette, calendari, e anche doni per i bambini. Su natale.emergency.it trovi il regalo adatto a tutti.





GRUPPI TERRITORIALI

Il volontariato è una componente fondamentale dell'attività di Emergency. Sul territorio italiano sono attivi circa 4.000 volontari, divisi in 160 Gruppi e 30 riferimenti locali. I volontari contribuiscono a informare e sensibilizzare l'opinione pubblica, a diffondere una cultura di pace (attraverso la partecipazione a conferenze, incontri nelle scuole, in luoghi di lavoro...) e

a raccogliere fondi (banchetti promozionali, organizzazione di iniziative locali, presentazione di progetti specifici agli enti locali, sviluppo sul territorio delle campagne promosse dall'associazione...).

I volontari offrono anche un supporto prezioso alle attività degli uffici delle sedi di Milano e Roma. Per ulteriori informazioni: **volontariato@emergency.it**

ABRUZZO

Gruppo de L'Aquila
349 25 07 878 / 333 41 85 801
emergencyquila@libero.it

Gruppo di Pescara
328 08 94 451
emergencycescara@virgilio.it

Gruppo di Teramo
349 80 11 706
emergencyteramo@hotmail.it

BASILICATA

Gruppo di Potenza
347 84 67 282
emergency-potenza@hotmail.it

Gruppo del Lagonegrese (PZ)
339 29 55 200
emergencylagonegrese@gmail.com

Gruppo di Matera
329 59 21 341
emergency.matera@gmail.com

CALABRIA

Gruppo di Reggio Calabria
347 06 81 163
emergencyreggiocalabria@gmail.com

Gruppo di Catanzaro
349 19 24 067
emergencycatanzaro@gmail.com

Gruppo di Cosenza
349 66 79 861
emergencycosenza@gmail.com

Gruppo di Piana e Polistena (RC)
348 58 36 778
emergencypiana@tiscali.it

CAMPANIA

Gruppo di Napoli
334 11 12 812
emergency.napoli@gmail.com

Gruppo di Avellino Benevento
345 76 44 604 / 349 37 29 700
emergencyavellino@gmail.com

Gruppo di Caserta
333 73 70 000 / 380 47 36 761
emergencycaserta@libero.it

Gruppo del Cilento (SA)
339 12 22 497 / 339 45 67 945
emergency_cilento@libero.it

EMILIA ROMAGNA

Gruppo di Bologna
333 13 33 849
emergencybologna@virgilio.it

Gruppo di Imola (BO)
0546 656 433 / 335 63 29 133
emergencyimola@libero.it

Gruppo di Ferrara
333 99 40 136
emergency.fe@gmail.com

Gruppo di Forlì Cesena
335 58 69 825
emergency.forli@libero.it

Gruppo di Modena
059 763 110 / 347 59 02 480
emergencymodena@gmail.com

Gruppo di Parma
348 44 46 120 / fax 0524 680 212
emergencyparma@polaris.it

Gruppo di Piacenza
335 10 25 263 / 392 54 16 955
emergencypiacenza@gmail.com

Gruppo di Ravenna
342 72 00 985
emergency.ravenna@yahoo.it

Gruppo di Faenza (RA)
334 54 64 998
emergencyfaenza@yahoo.it

Gruppo di Reggio Emilia
0522 555 581 / 348 71 52 394
emergency.re@fastwebnet.it

Gruppo di Rimini e San Marino
335 73 31 386 / 347 99 20 030
grupporimini@gmail.com

FRIULI VENEZIA GIULIA

Gruppo di Trieste
347 29 63 852
emergencytrieste@yahoo.it

Gruppo di Gorizia e Monfalcone
0481 393 255
emergencygorizia.monfalcone@gmail.com

Gruppo di Pordenone
389 91 47 244
emergencypordenone@yahoo.it

Gruppo di Udine
0432 580 894 / 339 82 68 067
emergencyudine@alice.it

LAZIO

Gruppo dei Castelli Romani (RM)
328 20 85 986 / 340 23 32 465
castelli.rm.emergency@gmail.com

Gruppo di Colleferro (RM)
335 65 45 313
emergencycolleferro@gmail.com

Gruppo di Frosinone
348 59 13 736
emergencyfrosinone@gmail.com

Gruppo di Cassino (FR)
331 24 35 830 / 333 67 38 041
cassinoxemergency@libero.it

Gruppo di Cisterna (LT)
333 73 14 426 / 320 7243218
emergency.cisterna@gmail.com

Gruppo di Latina
335 60 32 395
emergency.latina@libero.it

Gruppo di Montalto di Castro (VT)
329 41 11 698
emergencymontalto@gmail.com

Gruppo della Tuscia (VT)
340 78 12 437
emergencytuscia@gmail.com

LIGURIA

Gruppo di Genova
010 36 24 485
emergencygenova@gmail.com

Gruppo della Valpolcevera (GE)
347 96 80 417
gruppoemergencyvalpolcevera@gmail.com

Gruppo di La Spezia
328 21 20 050
emergencylaspezia@gmail.com

Gruppo di Savona
347 96 98 210
emergencysavona@libero.it

LOMBARDIA

Gruppo di Cinisello B. e Cusano Mi. (MI)
348 04 13 702 / 349 85 85 127
emergency.cinisello@email.it

Gruppo del Magentino (MI)
335 77 50 744
emergencymagentino@gmail.com

Gruppo di San Vittore Olona (MI)
0331 516 626
emergencysanvittoreo@libero.it

Gruppo di Sesto San Giovanni (MI)
335 12 30 864 / 348 27 12 371
emergencysesto@emergencysesto.it

Gruppo di Settimo Milanese (MI)
335 54 54 619 / 333 82 52 545
emergencysettimomi@gmail.com

Gruppo di Bergamo
338 79 54 104
info@emergencybg.org

Gruppo dell'Isola Bergamasca (BG)
333 62 22 733
emergencyisolabg@gmail.com

Gruppo di Brescia
335 17 67 627 / 333 32 89 937
info@emergencybs.it

Gruppo della Valle Camonica (BS)
347 78 19 984 / 339 82 63 272
emergency.vallecamonica@gmail.com

Gruppo di Como
329 12 33 675
emergencycomo@hotmail.it

Gruppo di Crema e Cremona
335 69 32 225 / 335 60 21 006
emergency.crema@gmail.com

Gruppo di Lecco e Merate
329 02 11 011 / 348 58 60 883
emergencylecco@libero.it

Gruppo di Lodi
335 80 48 178
emergencylodi@yahoo.it

Gruppo di Mantova
0376 223 550 / 320 06 32 506
emergencymantova@virgilio.it

Gruppo di Monza e Brianza
347 52 74 314 / 335 71 01 205
emergency.monza@inwind.it

Gruppo di Usmate Velate (MB)
039 673 324 / 039 672 090
emergencyusmatevelate@virgilio.it

Gruppo di Pavia
347 95 32 399
emergencypv@hotmail.com

Gruppo della Valchiavenna (SO)
348 91 34 577 / 348 98 16 053
emergencyvalchiavenna@gmail.com

Gruppo della Valtellina (SO)
347 72 03 955 / 339 56 77 424
emergency.valtellina@gmail.com

Gruppo di Varese
340 52 62 608
emergencydivarese@gmail.com

Gruppo di Busto Arsizio (VA)
0331 341 424
emergencybustoarsizio@virgilio.it

Gruppo di Saronno (VA)
339 76 70 908
emergencysaronno@gmail.com

MARCHE

Gruppo di Ancona
327 85 30 577
emergencyancona@gmail.com

Gruppo di Fabriano (AN)
0732 4559 / 335 57 53 581
emergencyfabriano@libero.it

Gruppo di Jesi (AN)
349 49 44 690 / 0731 208 635
emergency.jesi@aesinet.it

Gruppo di Fermo
339 12 28 631
gruppoemergencyfermo@gmail.com

Gruppo di Macerata
338 65 77 818
emergency_martinafranca@yahoo.it

Gruppo di Fano (PU)
340 53 29 677
emergencyfano@yahoo.it

MOLISE

Gruppo di Isernia
338 33 42 683
emergency_isernia@yahoo.it

PIEMONTE

Gruppo di Torino
338 89 22 094
emergency.to@inrete.it

Gruppo del Canavese (TO)
338 84 99 627
emergency.canavese@gmail.com

Gruppo di Pinerolo (TO)
340 34 45 431
emergencypinero@gmail.com

Gruppo di Santena (TO)
349 58 73 401 / 347 22 83 350
emergency.santena@virgilio.it

Gruppo di Alessandria
338 71 19 315
emergency.al@gmail.com

Gruppo di Biella
349 26 09 689
emergencybiella@gmail.com

Gruppo di Cuneo
393 37 27 184
emergencycuneo@gmail.com

Gruppo di Alba (CN)
339 65 30 243
emergencyalba@gmail.com

Gruppo di Novara
347 14 31 790
emergencynovara@yahoo.it

Gruppo di Arona (NO)
338 34 72 829
emergency.arona@virgilio.it

Gruppo di Verbania
348 72 66 991
emergency.verbania@libero.it

Gruppo di Lago D'Orta (VB)
349 76 31 718
emergency.lagodorta@libero.it

Gruppo dell'Ossola (VB)
340 91 59 363
emergency.ossola@yahoo.it

Gruppo di Vercelli
347 96 04 409
emergencyvercelli@libero.it

PUGLIA

Gruppo di Bari
347 93 66 743 / 327 95 59 424
emergencybari@gmail.com

Gruppo di Molfetta (BA)
340 83 01 344
emergencymolfetta@gmail.com

Gruppo di Monopoli (BA)
333 97 55 441 / 339 89 81 503
emergencymonopoli@libero.it

Gruppo di BAT
347 23 28 063
emergencybat@tiscali.it

Gruppo di Pr. Brindisi (BR)
339 42 44 600
emergencytorress.br@libero.it

Gruppo di Foggia
340 83 45 082 / 340 26 35 906
emergencyfoggia@gmail.com

Gruppo del Salento (LE)
333 80 26 711
emergencysalento@gmail.com

Gruppo della Valle d'Itria (TA)
329 77 30 651 / 329 66 58 408
emergency_martinafranca@yahoo.it

SARDEGNA

Gruppo di Cagliari
320 41 52 834
emergency.cagliari@gmail.com

Gruppo di Nuoro
347 64 16 169
gianfrancamu@virgilio.it

Gruppo di Budoni (NU)
329 42 11 744 / 340 33 96 803
emergencybudoni@yahoo.it

Gruppo di Milis (OR)
348 18 59 953
sadmudesogus@gmail.com

Gruppo di Olbia (OT)
347 57 29 397
insiemergencyolbia@tiscali.it

Gruppo della Maddalena (OT)
338 33 23 176 / 349 22 45 867
lamaddalena.emergency@gmail.com

Gruppo di Sassari
079 251 630 / 339 32 12 345
emergencysassari@yahoo.it

Gruppo di Alghero (SS)
347 91 51 986
algheroemergency@tiscali.it

Gruppo di Serrenti (VS)
328 67 64 872
emergency.serrenti@gmail.com

SICILIA

Gruppo di Agrigento
320 26 15 757
emergencyagrigento@gmail.com

Gruppo di Palermo
338 37 05 981 / 328 90 13 860
emergency.pa@libero.it

Gruppo di Catania
339 86 42 142 / 339 40 28 577
emergencycatania@gmail.com

Gruppo di Enna
328/8364244
emergencyenna@virgilio.it

Gruppo di Piazza Armerina
333 99 98 642
emergencypiazza1@gmail.com

Gruppo di Messina
090 67 45 78 / 348 33 07 495
messinaperemergency@hotmail.com

Gruppo di Vittoria (RG)
338 13 03 373
emergencyvittoria@tiscali.it

Gruppo di Siracusa
349 05 87 122
emergency.siracusa@gmail.com

Gruppo di Trapani
0923 53 91 24 / 347 99 60368
emergency.trapani@gmail.com

TOSCANA

Gruppo di Firenze
366 81 86 654
info@emergency.firenze.it

Gruppo di Empoli (FI)
338 98 53 946 / 333 30 47 807
emergency-empoli@libero.it

Gruppo di Rignano sull'Arno (FI)
339 17 34 165 / 338 46 09 888
emergency-riignano@email.it

Gruppo di Sesto F.no e Calenzano (FI)
335 80 53 144
emergencysestofiorentino@gmail.com

Gruppo di Arezzo
333 80 26 711
gruppoemergencyar@gmail.com

Gruppo di Grosseto
331 12 28 213 / 388 79 68 751
emergencygrosseto@gmail.com

Gruppo di Manciano GR
339 81 70 700 / 348 77 98 331
emergencymanciano@gmail.com

Gruppo di Livorno
338 97 95 921 / 333 11 59 718
emergencylivorno@katamail.com

Gruppo di Piombino (LI)
327 77 22 091 / 340 71 23 665
emergencypiombino@gmail.com

Gruppo di Lucca
328 06 56 258 / 328 00 30 974
emergencylucca@yahoo.it

Gruppo della Versilia (LU)
328 20 62 473
emergencyversilia@yahoo.it

Gruppo di Massa Carrara
349 83 54 617
gruppomassacarrara.emergency@gmail.com

Gruppo di Pisa
340 83 66 600
info@emergencypisa.it

Gruppo di Volterra (PI)
349 88 21 421
emergencyvolterra@gmail.com

Gruppo di Pistoia
333 33 12 230
emergencypistoia@gmail.com

Gruppo di Prato
333 40 54 916
emergency.prato@gmail.com

Gruppo di Siena
347 08 21 909
emergency.siena@gmail.com

TRENTINO ALTO ADIGE

Gruppo di Trento
347 77 28 054
emergencytrento@yahoo.it

Gruppo dell'Alto Garda (TN)
345 50 19 031
emergencyaltogarda@hotmail.it

Gruppo di Fiemme e Fassa (TN)
334 50 46 160
emergencyfiemmefassa@yahoo.it

Gruppo delle Giudicarie (TN)
328 40 25 330
emergency.giudicarie@libero.it

Gruppo di Rovereto (TN)
339 12 42 484
emergencyrovereto@libero.it

Gruppo di Bolzano
339 69 36 469
emergencybolzano@yahoo.it

UMBRIA

Gruppo di Perugia
329 97 85 186
emergency.perugia@libero.it

Gruppo di Città di Castello (PG)
347 12 19 021
emergencycittadicastello@yahoo.it

Gruppo di Foligno (PG)
347 69 33 216 / 340 23 41 989
emergencyfoligno@libero.it

Gruppo di Terni
339 76 44 365
emergency_tr@libero.it

VALLE D'AOSTA

Gruppo di Aosta
333 47 30 647
emergencyaosta@gmail.com

VENETO

Gruppo di Venezia
349 26 26 756
emergencyve@gmail.com

Gruppo del Miranese (VE)
333 27 37 789
emergencydelmiranese@gmail.com

Gruppo di Riviera del Brenta (VE)
349 21 20 280
emergency.dolo@libero.it

Gruppo del Veneto Orientale (VE)
335 72 77 849 / fax 0421 560 994
emergencyvenetoor.portogruaro@gmail.com

Gruppo di Belluno
335 80 14 325
emergency.belluno@yahoo.it

Gruppo di Padova
328 13 84 505 / 347 46 57 078
emergency.padova@gmail.com

Gruppo di Rovigo
331 11 24 828
emergencyrovigo@libero.it

Gruppo di Treviso
329 25 57 500
emergency.treviso@gmail.com

Gruppo di Verona
349 68 93 334
emergency.vr@libero.it

Gruppo di Vicenza
324 92 79 453
info@emergencyvicenza.it

Gruppo di Bassano del Grappa (VI)
339 17 16 807
emergencybassano@yahoo.it

Gruppo di Thiene e Schio (VI)
349 15 43 529
emergencythiene@tiscali.it

SVIZZERA

Gruppo del Canton Ticino
0041 787 122 941
0041 786 051 131
emergency-ticino@bluewin.ch

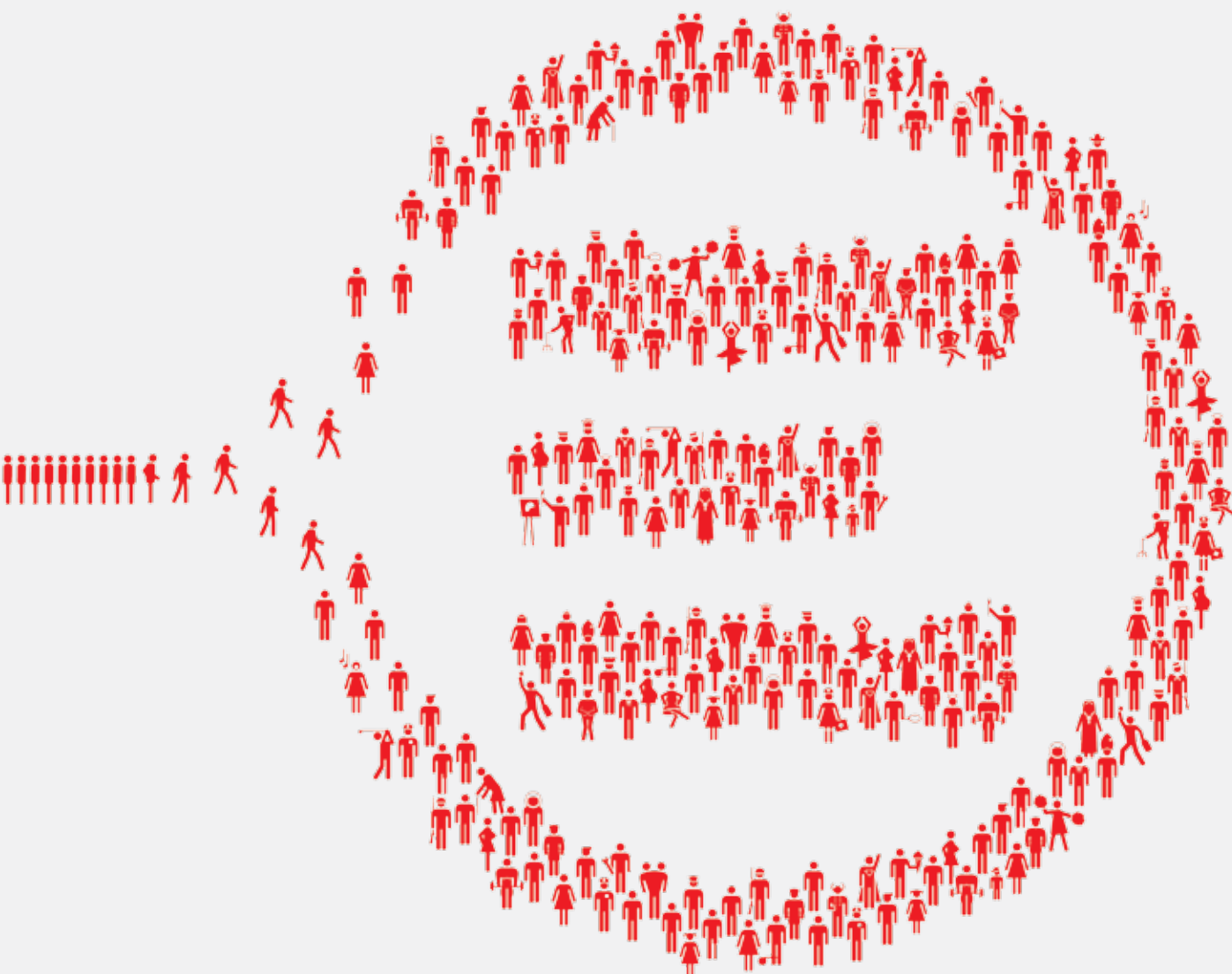
EMERGENCY interviene nelle scuole con progetti di informazione e sensibilizzazione basati sulla sua esperienza umanitaria.

Per informazioni e prenotazioni scrivi a **scuola@emergency.it** o contatta il gruppo territoriale più vicino.

Per Roma e Lazio scivi a **scuola.roma@emergency.it**

COORDINAMENTO VOLONTARI
MILANO
Tel. 02 863 161
volontari.milano@emergency.it

COORDINAMENTO VOLONTARI
ROMA
Tel. 06 688 151
volontari.roma@emergency.it



[Fai la tua parte. Stai con Emergency]

Emergency è nata nel 1994 per offrire cure gratuite e di elevata qualità alle vittime della guerra e della povertà. Da allora abbiamo assistito oltre 6 milioni di persone grazie al contributo di decine di migliaia di sostenitori che hanno deciso di fare la propria parte per garantire un diritto fondamentale - il diritto alla cura - in alcuni dei Paesi più disastrati al mondo.

Aiutaci con l'attivazione di una donazione periodica (SDD): tu scegli che cifra destinare a Emergency e con quale frequenza e noi potremo pianificare al meglio il nostro lavoro e mantenere la nostra indipendenza.

Vai su www.staiconemergency.it/ancheio per scoprire come si fa.
Fai la tua parte. Stai con Emergency.



EMERGENCY
www.emergency.it