



## OGGI COME 15 ANNI FA

CECILIA STRADA

Kabul, casa degli internazionali di Emergency, una sera di fine estate. Non c'è molto da fare qui la sera, se non aspettare una chiamata dal Pronto soccorso che spero non arrivi, e le giornate sono sempre faticose: si cena e via, a letto. A volte, spesso il giovedì, si guarda un film insieme: stasera sarebbe toccato ad *Accattone* di Pasolini, ma il programma è cambiato in corsa quando qualcuno ha detto: "E se guardassimo *Jung*?". *Jung*, che si pronuncia *giàng* e vuol dire guerra, racconta l'Afghanistan del 1999, l'inizio delle attività di Emergency, la prima missione esplorativa, le prime fatiche e le prime soddisfazioni, i primi camion di rifornimenti che – con fatica – riuscirono ad arrivare in quello che sarebbe diventato il primo ospedale.

Dopo quindici anni, stasera a Kabul, ci fa uno strano effetto riguardare *Jung*. Tutto è cambiato, niente è cambiato. Quando siamo arrivati nel Paese, nella prima sala operatoria in cui ci siamo imbattuti il riscaldamento era a palle di sterco. Non c'erano farmaci, materiale di consumo; non c'erano medici, anestesisti, infermieri.

Siamo partiti da zero, con i mattoni e con le persone, con la calce e la formazione, e abbiamo aperto il Centro chirurgico di Anabah. A quel primo ospedale se ne sono aggiunti due, e poi il Centro di maternità e decine di piccole cliniche sul territorio. Oggi a Kabul abbiamo una terapia intensiva che non sfigurerebbe, anzi, in una capitale europea: tutto è cambiato, dai giorni delle palle di sterco.

E niente è cambiato. Sullo schermo sentiamo sparare, sopra la nostra testa vola basso un elicottero da guerra. Guardiamo gli occhi dei pazienti di allora e intanto la radio appoggiata sul tavolino annuncia l'arrivo di un ferito in Pronto soccorso. Oggi come allora le corsie sono piene di feriti da *bullet*, *shell*, *mine*, da proiettili, schegge e mine; oggi come allora un paziente su tre ha meno di quattordici anni. Oggi come allora Emergency è qui per aiutare chiunque ne abbia bisogno. Oggi come allora pensiamo che la guerra non si può umanizzare: si può solo abolire.

# IN QUESTO NUMERO

**DIRETTORE RESPONSABILE**

Roberto Satolli

**DIRETTORE**

Gino Strada

**REDAZIONE**

Simonetta Gola

**HANNO COLLABORATO**

Valeria Brigida, Fabrizio Carucci,  
Roberto Cerino, Christian Elia, Rebecca  
Gaspari, Yohannes Gulbrai, Paola  
Marchetti, Emanuele Nannini, Giorgia  
Novello, Roberto Satolli, Cecilia Strada.

**FOTOGRAFIE**

Archivio Emergency, Victor Blue,  
Gianluca Cecere, Simone Cerio, Niclas  
Hammarstrom, Francesco Pistilli

**PROGETTO GRAFICO**

Francesco Franchi, Davide Mottes

**ICONE**

Luis Prado

**GRAFICA**

Angela Fittipaldi

**STAMPA**

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

**TIRATURA**

255.000 copie, 197.000 delle quali  
spedite ai sostenitori

**REDAZIONE**

via Gerolamo Vida, 11  
20127 Milano  
T +39 02 881 881  
F +39 02 863 163 36  
info@emergency.it  
www.emergency.it

**EMERGENCY RINGRAZIA**

Alessandra Lanza  
Consorzio Dono per  
Fastweb  
Filippo La Mantia  
Fondazione Cariplo  
Giuseppe Carrieri  
Indiana Production  
Infostrada  
Irene Felici  
Leo Burnett

Leo Ortolani  
Baobab edizioni  
Maddalena Carrai  
Marco Craig  
Nico Piro  
Pablo Trincia  
Pupa  
Slow Food  
Stadio  
Tavola Valdese  
Teresa Mannino  
Tim  
Vodafone  
Wind

**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](http://www.emergency.it)

**MILANO**

via Gerolamo Vida, 11  
20127 Milano  
T +39 02 881 881  
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

**VENEZIA**

Isola della Giudecca 212  
30133 Venezia  
T +39 041 877931  
F +39 041 8872362  
infovenice@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

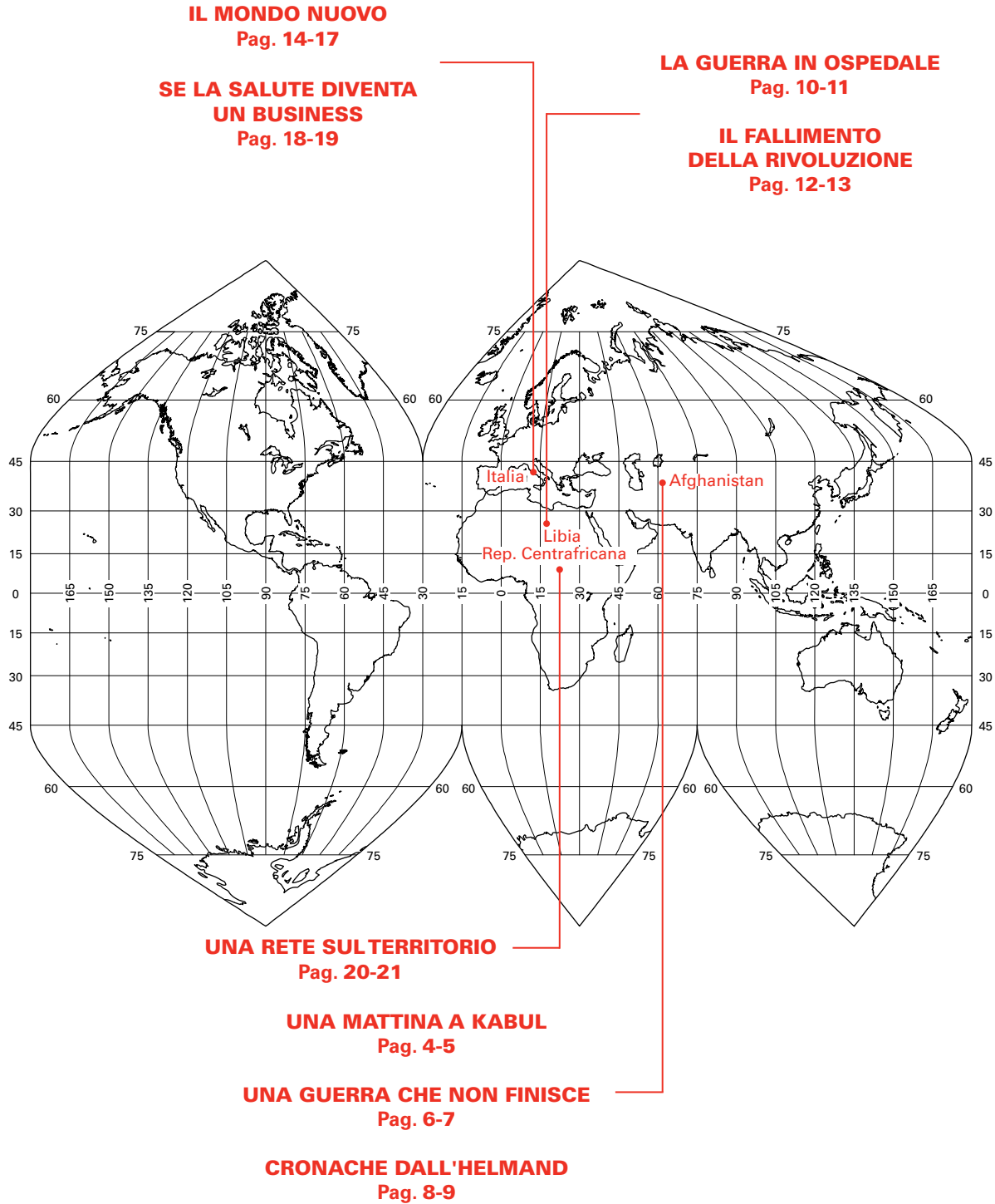
— **c/c bancario presso**

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

— **c/c bancario presso**

Banca 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.**



**HANNO  
SCRITTO:**

**CECILIA**

**STRADA**

Presidente

**Copertina**

**Pag. 4-5**

**CHRISTIAN**

**ELIA**

Staff Emergency

**Pag. 6-7**

**GIORGIA**

**NOVELLO**

e

**ROBERTO**

**CERINO**

Infermieri da

Lashkar-gah

**Pag. 8-9**

**EMANUELE**

**NANNINI**

vice coordinatore

dell'Ufficio

umanitario di

Emergency

**Pag. 10-13**

**VALERIA**

**BRIGIDA**

Staff Emergency

**Pag. 14-15**

**ROBERTO**

**SATOLLI**

Direttore

**Pag. 18-19**

**REBECCA**

**GASPARI**

Project manager

Rep. Centrafricana

**Pag. 20-21**

**Informativa sulla privacy ai sensi dell'art. 13, d.lgs. n. 196/2003** - I dati personali raccolti sono trattati, con strumenti manuali e informatici, esclusivamente per finalità amministrative conseguenti al versamento di contributi a sostegno dell'associazione, per l'invio della pubblicazione periodica e per la promozione e la diffusione di iniziative dell'associazione. Il conferimento dei dati è facoltativo. Il mancato conferimento o il successivo diniego al trattamento dei medesimi non consentirà di effettuare le operazioni sopra indicate. I dati personali raccolti potranno essere conosciuti solo da personale specificamente incaricato delle operazioni di trattamento e potranno essere comunicati agli istituti bancari che effettueranno il trattamento dei dati per le finalità relative alla gestione dei mezzi di pagamento e a terzi ai quali sono affidati la predisposizione e l'invio della pubblicazione periodica. I dati trattati non saranno diffusi. Titolare del trattamento è EMERGENCY - Life Support for Civilian War Victims ONG ONLUS, Via G. Vida 11, Milano, in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore. Responsabile del trattamento è Alessandro Bertani, al quale è possibile rivolgersi, all'indirizzo sopra indicato o a [privacy@emergency.it](mailto:privacy@emergency.it), per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, tra i quali quelli di consultare, modificare, cancellare, opporsi al trattamento dei dati e conoscere l'elenco aggiornato degli altri responsabili.

**IMMAGINE DI COPERTINA:** Centro chirurgico di Kabul, Afghanistan - © Gianluca Cecere



AFGHANISTAN

Uno sguardo  
diverso

INIZIO DELLE  
ATTIVITÀ  
NEL CENTRO  
CHIRURGICO DI  
KABUL:  
APRILE 2001

# UNA MATTINA A KABUL

L'inizio della giornata nell'ospedale di Kabul, tra medici,  
infermieri, lavandaie e giardinieri.

—  
CECILIA STRADA

Il suono della notte che diventa giorno, a Kabul, è il trottare dei cavalli che portano la frutta e la verdura dai campi alle bancarelle in città. I versi degli uccelli, qualche cane. Poi il sole comincia ad alzarsi e arrivano le auto, gli autobus, i taxi, i vigili che cercano di proteggersi dallo smog con una mascherina chirurgica, qualche bicicletta, i bambini che sciamano verso scuola. E poi gli elicotteri e le sirene: la giornata è cominciata. La prima cosa è superare l'orario di apertura degli uffici governativi: è in questo momento che si sono concentrati gran parte degli attentati in città negli ultimi anni, contro ministeri e istituzioni pubbliche, contro gli autobus che portano i dipendenti al lavoro. Superare l'inizio della giornata, è già qualcosa. Nonostante la voglia di "normalità", che si dipinge sulle strade di Kabul con le gigantografie pubblicitarie di telefonia mobile, palestre e bibite energetiche, gli enormi *wedding malls* dove organizzare ricevimenti nuziali con migliaia di invitati, qui sai che esci la mattina e potresti non tornare a casa la sera. Motivo: stavi andando a lavorare e ti sei trovato nel posto sbagliato al momento sbagliato. "Per questo la mattina saluto la mia famiglia come se non dovessi vederli più", dice qualcuno; "Io non esco mai di casa arrabbiato con qualcuno dei miei", fa un

altro; "E se poi...? No, non si va via dopo aver litigato". La mattina, al cancello dell'ospedale di Kabul, decine di uomini e donne delle pulizie, cuochi, operai, logisti, magazzinieri, giardinieri, arrivano a prendere servizio e dare il cambio a chi ha fatto la notte. Arriva al cancello una bicicletta: tre ruote, pedale a braccia, mazzo di rose di plastica – sette, rosse – sul manubrio, ampia poltrona ricoperta di tappeto rosso scuro, perfetta per le gambe malformate di Koko Yulmai che arriva sorridendo, parcheggia vicino all'officina di manutenzione dell'ospedale e si infila nel suo regno da quasi quindici anni: il giardino. Giardino che, a quest'ora del mattino, si gode la sua quiete. I pazienti sono ancora in corsia, fino alla fine del giro visite. Poi cominceranno a uscire, chi può sulle sue gambe, molti in carrozzina, magari con un bambino che ne spinge un altro. Qualcuno segue i gerani – una pianta sudafricana che ha girato il mondo – fino alle panchine sotto al pergolato, c'è chi spinge la piantana della flebo e chi può andare a far due passi con i porta-drenaggio bianchi che ha fatto Mokhtar, il falegname dell'ospedale. Il giardino è a tutti gli effetti parte della squadra dei fisioterapisti, presenti in ospedale ventiquattr'ore su ventiquattro, e star fuori

dal letto – a camminare o chiacchierare, bere un tè guardando i fiori gialli viola rossi arancioni – fa meglio al morale. E non solo quello dei pazienti.

La mattina, al Centro chirurgico di Kabul, è il *morning report* in Pronto soccorso: chi smonta dalla notte passa le consegne a chi entra, presenta i nuovi ricoverati, aggiorna sui più critici, si discutono i casi e si fa la lista operatoria – "salvo emergenze", che ti vien da sorridere perché qui l'emergenza è continua, o "poi vediamo quel che succede". E tutti al lavoro. Gli alberi dell'ospedale sono carichi di frutta. Una delle signore della lavanderia passa e tira fuori un fico dalla tasca: "Assaggia!". Tra i rami qua e là una piccola scopa per tirare giù la frutta; è tanta, è gratis, è per tutti e fa il turno di notte anche lei. I bambini più grandi aiutano quelli più piccoli – o su una sedia a rotelle – a prendere le mele o l'uva del pergolato. I grandi camminamenti dell'ospedale, invece, sembrano fatti apposta per quei ragazzini che hanno voglia di farsi una corsa sulla sedia a rotelle: "Vai piano!". Ma in troppi non ci pensano nemmeno. Sono ancora troppo arrabbiati, o scioccati; sono in giardino, sì, magari vanno in giro con altri bambini, o con i fratelli maggiori, ma la faccia è scura,



nera. E si può capire, trovarsi senza una gamba a dodici anni. A cinque, perdere le gambe e una mano. Allora capita che anche un sorriso diventi un risultato clinico da condividere, "Oh, sapete che cosa è successo oggi?", dice il chirurgo la sera, "Siamo riusciti a far ridere M. Sì, abbiamo fatto proprio gli scemi, alla fine ce l'abbiamo fatta".

La mattina dell'ospedale è la riunione degli uomini della manutenzione, che cosa c'è da costruire, aggiustare, controllare, dipingere. Il Centro deve bastare a se stesso: fuori dal cancello c'è una zona di guerra e "poi vediamo cosa succede", non possiamo dipendere dagli altri per far funzionare l'ospedale. Inoltre non ci piace buttare, preferiamo riparare, e costruire in casa quello di cui abbiamo bisogno ci consente di risparmiare soldi, mentre diamo lavoro

a diverse persone. Ecco perché se dal giardino giri dietro le corsie trovi le officine di manutenzione, la falegnameria, il laboratorio per riparare le apparecchiature biomedicali, i meccanici per le ambulanze, il saldatore; e dopo la manutenzione tutti i servizi, sartoria, lavanderia e stireria per lenzuola, divise, pigiami, il materiale destinato alla sterilizzazione, e poi i magazzini, e la torre dell'acqua...e in questo spazio dell'ospedale si muovono sicuri alcuni tra i più vecchi colleghi di Emergency, uomini e donne che sono con noi dall'inizio di quest'avventura. Allora erano i fragili tra i fragili: chi aveva perso una gamba, chi il marito in guerra, chi l'uso delle braccia; dare una possibilità di lavoro a chi non ne avrebbe trovato altrove è, da sempre, cosa cui teniamo.

Oggi sono qui, dopo dieci, quindici anni, a mostrare

con orgoglio il badge di Emergency appuntato sul petto, a indicare la data di assunzione. Poi magari si lamentano di qualche acciaccio o dolore, come: "la protesi mi sta facendo un po' male, devo farmi vedere"; del resto in quindici anni siamo invecchiati tutti, e in Afghanistan di più. Sorridono, prendono le borse, qualcuno sale sulla bici modificata, qualcuno sulla sua sedia a rotelle, salutano chi arriva per il turno di giorno, vanno a casa. Un'altra mattina, a Kabul.

01 Un ex paziente ora al lavoro con  
Emergency





AFGHANISTAN  
Da Kabul

# UNA GUERRA CHE NON FINISCE

Continuano gli scontri tra talebani ed esercito afgano di fronte a una comunità internazionale che guarda lo sfacelo del Paese da lontano.

CHRISTIAN ELIA

**EMERGENCY** Surgical Center for War Victims, Kabul, Afghanistan

Date 12-4-16 Time 13 Name \_\_\_\_\_ Pt. No. 34684

Age 23 Sex M Coming from \_\_\_\_\_ Phone No. \_\_\_\_\_ Bed No. F/14

Cause of Inj. B S M O NPO since (hrs.) 4/1 Time since injury (hrs.) 4/1

General Condition G F P LT BP 120 HR 72 RR 20 Temp. C° \_\_\_\_\_ SO2 98

Blood group \_\_\_\_\_ Hb 8 Blood X-matched Y N No. Units \_\_\_\_\_

NGT(fr) \_\_\_\_\_ F/C(fr) \_\_\_\_\_ TRIAGE CAT. I II III

Drugs \_\_\_\_\_

Fluids \_\_\_\_\_

X-ray Y N No. \_\_\_\_\_ Type \_\_\_\_\_

DIAGNOSIS BI 42 (N) thigh in  
no out (S.W.)

OPERATION DRP + R.O.F.B

Post-op orders Aspirin STD + Penicillin 1gr/1000 P/10

Fluids/Medication K.V.O

Diet/Position/Mobilisation NID

Next OT 17/04/16 for DPC 1/1 Next X-ray \_\_\_\_\_ type \_\_\_\_\_

Outcome/ Discharged on 12-4-16 Death (date and cause) \_\_\_\_\_

Re Admission \_\_\_\_\_ Pt belongings stored YES/NO Nurse Signature \_\_\_\_\_

Quando arriva un paziente, tra le altre cose, bisogna conoscere quanto tempo è passato dall'ultimo pasto. È un indicatore pratico, come altri, per gestire al meglio le cure. In Afghanistan, a volte, è un elemento che aiuta a capire una storia. In certi casi parla di povertà, in altri di malnutrizione, in altri ancora della situazione attuale del Paese. Perché se il paziente è un soldato dell'esercito nazionale afgano, che non mangia da tre giorni, bisogna riflettere. In primo luogo su quello che, fuori da Kabul, è un conflitto sempre più intenso, sempre più esteso. Ma è un fatto che racconta anche altro. Racconta di un assedio, durato giorni interi, senza che arrivassero rinforzi. Racconta di una mappa della violenza, in quasi tutte le province del Paese, che l'esercito afgano non riesce a controllare. Racconta di un'insorgenza capace di stringere le maglie dei combattimenti. Soprattutto racconta di come, quindici anni dopo, l'invasione dell'Afghanistan non ha portato nessun risultato tangibile rispetto alla sicurezza dei cittadini afgani. Se nella capitale sono gli attentati a rendere la vita una sorta di appuntamento con il destino, il resto dell'Afghanistan è sempre più lacerato. Miliardi di dollari spesi in armamenti

e formazione alle forze locali, non sono riusciti a portare la pace nella vita degli afgani, finendo tritati dalla vorace macchina della corruzione. Lo dice il SIGAR (*Special Inspector General for Afghanistan Reconstruction* – Ispettore speciale generale per la ricostruzione dell'Afghanistan), in un report pubblicato a settembre 2016. Il SIGAR, istituito dal Congresso dagli Stati Uniti d'America nel 2002, calcola in 113,1 miliardi di dollari il fondo per la formazione di esercito e polizia locali. Lo stesso SIGAR certifica il fallimento di questa operazione, denunciando come non si è impedito che questa enorme mole di denaro diventasse un fiume in piena che ha travolto la vita degli afgani. Sarebbe facile dare la colpa alla società afgana, incapace di badare a se stessa, ma l'invasione da parte delle forze armate dei Paesi più ricchi e avanzati del pianeta non poteva non comportare una responsabilità sul futuro, sul controllo degli aiuti, su un flusso di armi che ha inondato il Paese, perdendosi in rivoli che portano, a volte, unità dell'esercito e ribelli a spararsi addosso con le stesse armi. Sulla pelle dei civili.

La situazione sul terreno è sempre più complessa: il movimento talebano, che resta capace di azioni molto intraprendenti, fino all'occupazione e al controllo di città o province, è comunque diviso tra obiettivi, metodi e gestione del conflitto. A questo, come se non bastasse la situazione, si è aggiunta la variabile di Isis, che tenta di reclutare e di installarsi nel Paese. Senza dimenticare come anche il popolo afgano sia diviso (l'attentato contro il corteo di Hazara a Kabul nel luglio 2016 è un elemento preoccupante),

tra violenza e politica, nel vortice di una criminalità comune in aumento, nella spirale che sembra eterna del narcotraffico.

È come se anche la società afgana si stesse ammalando di guerra. Perché di pace, purtroppo, questa terra ne ha conosciuta poca negli ultimi quarant'anni. E la tossicodipendenza in crescita, i rapimenti (anche di bambini) per ottenere un riscatto, la diffusa violenza sulle donne sono indicatori preoccupanti di un malessere generale. Nel quale la disoccupazione di massa non aiuta e che, in prospettiva del tramonto di un'economia drogata dagli aiuti internazionali di questi anni, annuncia un futuro cupo. Non manca chi resiste, chi lavora al futuro, con passione e tenacia. Le vittime dell'attacco all'Università americana di Kabul raccontano di ragazzi che parlano un inglese eccellente, che studiano *State Building e Business Administration*, che vogliono restare a Kabul per costruire il loro futuro. Che un giorno, però, li ha messi di fronte a un kalashnikov, costretti a buttarsi dal terzo piano per salvarsi la vita. È a tutti loro che non possiamo far pagare il prezzo di questi quindici anni di scelte sbagliate, di fondi sprecati, senza una strategia.

Un dirigibile sospeso nel cielo, chiamato "l'occhio di Kabul", è uno dei sistemi – molto costosi – con i quali quel che resta della coalizione controlla la situazione. Guarda, filma, ascolta. E costa, tanto. È la metafora di una comunità internazionale che, dopo quindici anni, tenta di lavarsi le mani rispetto a quel che accade agli afgani, alle loro case, alle loro vite, al loro futuro. Una distanza,

enorme, come quella che separa lo standard di vita dei Paesi della coalizione da quelli dell'Afghanistan. Che guarda un disastro, dall'alto, senza sapere che fare, senza volersi lasciar coinvolgere troppo. Un distacco che non è permesso a chi lavora nell'ospedale di Emergency, a Kabul come a Lashkar-gah, dove la violenza ha – di volta in volta – il volto di una donna, di un bambino, di un soldato che non mangia da tre giorni. E che, qualche volta, non ha avuto neanche un volto. Perché una pallottola ha attraversato la pancia della sua mamma incinta. Ha ucciso il bimbo, che senza aver mai visto il mondo è una vittima di guerra, e ha salvato la mamma. Dall'alto, dall'altezza siderale del dirigibile, non si vedono queste storie.

Il rapporto SIGAR è consultabile qui:  
<https://www.sigar.mil/pdf/lessonslearned/SIGAR-16-58-LL.pdf>

01 Foglio di ammissione all'ospedale





**AFGHANISTAN**  
Nel Sud del Paese

# CRONACHE DALL'HELMAND

Si combatte a pochi chilometri da Lashkar-gah, ormai circondata dalle milizie talebane, e il numero dei feriti continua ad aumentare.

GIORGIA NOVELLO E ROBERTO CERINO



01

L'Helmand è la provincia più vasta dell'Afghanistan e una delle zone più martorate dalla guerra: qui i talebani si erano rifugiati subito dopo la presa di Kabul da parte della coalizione internazionale ed è qui che gli americani e gli inglesi hanno cercato di stanarli fino al ritiro nel 2014. Con la partenza delle truppe straniere, l'esercito afgano si trova ad affrontare da solo l'avanzata dei talebani verso Lashkar-gah, dopo aver espugnato interi villaggi. Vivere in Helmand significa conoscere bombardamenti

aerei, combattimenti nei villaggi, rappresaglie casa per casa. Ma negli ultimi mesi la situazione è drasticamente peggiorata e, solo nella seconda metà di luglio, circa 30.000 abitanti dei distretti circostanti si sono riversati a Lashkar-gah in cerca di un rifugio sicuro. Il viaggio per arrivare non è stato semplice: hanno dovuto seguire strade secondarie, attraversare *checkpoint*, passare tra i due fronti, sempre rischiando di calpestare una delle migliaia di mine di cui le strade sono

piene. Pochi chilometri che durano ore, quando va bene. A volte anche giorni. I più fortunati sono riusciti a trovare un posto dove alloggiare: casa di parenti, di amici, di conoscenti, "per qualche giorno". Tanti altri no, e ora vivono in strada. "Qualche giorno" diventa una settimana, poi due e poi non si sa perché la situazione, anziché migliorare, peggiora.

Immaginate la fatica di un viaggio simile per una persona ferita. Per questa ragione negli



02

ultimi due anni abbiamo aperto 6 Posti di primo soccorso nei villaggi intorno a Lashkar-gah: volevamo che i feriti potessero ricevere subito la prima assistenza da infermieri preparati a gestire l'emergenza, in attesa di essere trasportati in ambulanza al nostro ospedale. Nonostante i combattimenti, i nostri centri rimangono aperti, mentre nei distretti di Nawa e Sanghin almeno 4 centri sanitari pubblici sono stati chiusi a causa degli scontri, privando migliaia di persone dell'assistenza medica. Intanto nell'ospedale di Lashkar-gah facciamo scorte di farmaci, gasolio, acqua e cibo per far fronte al peggio e ci prepariamo ad accogliere ancora più feriti: nel solo mese di agosto, abbiamo curato oltre 350 feriti, il numero più alto di sempre.

Per capire che cos'è la guerra basta fare un giro nelle nostre corsie. Sono piene di donne e bambini, colpiti mentre erano al bazar o a lavorare nei campi. Un pomeriggio arrivano stipati in una macchina quattro bambine, un ragazzino e una donna. L'uomo che li

accompagna racconta che la loro casa è stata colpita durante un bombardamento, probabilmente nel tentativo di attaccare i talebani che ormai da giorni stanno cercando di raggiungere la città. Mentre li visitiamo, seduti sulle panchine appena fuori dal Pronto soccorso, aspettano il loro turno un altro bambino e un neonato, sporchi della polvere della loro casa crollata. Non sono feriti, ma spaventati e affamati: da giorni la loro famiglia non riusciva a trovare il cibo necessario per sfamarli. Qualche ora dopo, alle 5 del mattino, 26 pazienti arrivano tutti insieme. Hanno ferite da armi da fuoco o da schegge di un'esplosione. Hanno impiegato 9 ore per riuscire a raggiungere il nostro ospedale. Sono civili inermi che con la guerra non c'entrano nulla. O, almeno, non dovrebbero.

## LA GUERRA NEI VILLAGGI

Shah Mohammad, 60 anni, contadino, è stato ricoverato per ferite alla mano, alla spalla e alla gamba procurate da un razzo caduto sulla sua casa. È stato colpito durante la controffensiva lanciata dalle forze afgane contro i talebani a Chah-e-Anjeer, un villaggio di poche centinaia di famiglie nella regione di Helmand. È potuto arrivare nel nostro ospedale di Lashkar-gah solo il giorno dopo, alla fine dei combattimenti. Ha passato tutta la notte accudito dai familiari, senza poter vedere un medico, senza neanche un antidolorifico. Shan Mohammad si è salvato: cercherà rifugio a Lashkar-gah perché non ha più una casa ed è troppo pericoloso tornare al suo villaggio. A chi chiede perché rimaniamo a Lashkar-gah mentre tutto intorno si combatte, possiamo citare le parole dei familiari di Shan Mohammed: "Grazie di essere rimasti. Non avremmo saputo dove altro andare".

01-02 Nell'ospedale di Lashkar-gah





**LIBIA**  
da Gernada

# LA GUERRA IN OSPEDALE

Ripetuti episodi di violenza da parte della polizia locale ci hanno costretto a lasciare l'ospedale aperto un anno fa.

EMANUELE NANNINI



01

Il 12 ottobre dello scorso anno aprivamo l'ospedale di Gernada, in Libia. Era il frutto di un lavoro di preparazione molto intenso, mesi di verifiche di fattibilità e incontri istituzionali a cui erano seguiti 2 mesi per la ristrutturazione, l'equipaggiamento e il reclutamento del personale per un piccolo ospedale dedicato alle vittime di guerra. Le autorità di Tobruk erano state puntuali: alla nostra proposta di aiuto, avevano risposto con l'offerta di una struttura a Gernada, a un centinaio di chilometri da Bengasi, per assistere i feriti dei combattimenti tra truppe governative e miliziani dell'Isis.

L'inasprirsi dei combattimenti aveva causato un aumento dei feriti che non trovavano cure in un sistema sanitario ormai inesistente. La guerra iniziata nel 2011 ha portato il sistema sanitario del Paese al collasso. La riduzione

dell'esportazione di petrolio ha tagliato i fondi per il *welfare* e la sanità, il caos istituzionale ha compromesso il trasferimento di risorse e il personale medico, che era per lo più straniero, ha lasciato il Paese.

Qualche mese prima avevamo avviato contatti con le diverse autorità presenti nel Paese: mentre Zintane e Misurata ci hanno chiesto di fornire medicinali, l'autorità di Tobruk ci aveva offerto collaborazione per l'apertura di un ospedale nella zona di Bengasi.

Quando abbiamo preso in mano la struttura di Gernada, avevamo di fronte un piccolo ospedale vuoto e abbandonato. In poco tempo, con un enorme lavoro, l'abbiamo trasformato in un vero ospedale con due sale operatorie, una corsia per i pazienti, una sala X-ray, una terapia intensiva, un laboratorio e il Pronto soccorso.



02

Eravamo fieri di quell'ospedale fortemente voluto e realizzato contro le più oscure previsioni. 10 mesi dopo abbiamo dovuto lasciarlo.

Nel mese di agosto abbiamo assistito a gravi episodi di violenza da parte delle forze di polizia locale all'interno dell'ospedale stesso, che ci hanno fatto temere per l'incolumità dei pazienti e del nostro staff. È stata una decisione sofferta, soprattutto in un momento di grande incertezza come quello che il Paese sta vivendo. Tuttavia, nonostante le ripetute rassicurazioni da parte delle autorità locali, a Gernada non c'erano più le condizioni essenziali per garantire le minime condizioni di sicurezza.

Dover chiudere un ospedale perché non è sicuro è una sconfitta per tutti: significa che la guerra non risparmia nemmeno i feriti e i malati e non è una questione di violazione delle Convenzioni

internazionali, ma di rispetto dei bisogni fondamentali delle persone più vulnerabili che dovrebbero essere tutelate anche – e ancor di più – in una guerra.

Con la nostra partenza, l'ospedale e il personale locale – istruito dal nostro staff internazionale – rimangono a disposizione delle autorità sanitarie locali. Stiamo comunque valutando diverse opzioni insieme al ministero della Sanità libico per riprendere quanto prima le attività di assistenza chirurgica alle vittime di guerra laddove potranno essere garantite le condizioni di sicurezza necessarie a fare il nostro lavoro: curare chi ne ha bisogno.

01-02 Nell'ospedale di Gernada



PAZIENTI CURATI  
NELL'OSPEDALE  
DI GERNADA:

**1.400**



**LIBIA**  
Il contesto

# IL FALLIMENTO DELLA RIVOLUZIONE

A 5 anni dalla caduta di Gheddafi, per i libici non c'è libertà, ma guerra.

—  
**EMANUELE NANNINI**

La Libia è sempre stato un Paese diviso. Diviso dalla sua grandezza geografica, dalle sue grandi distanze, dal suo immenso deserto, dalla sua storia millenaria fatta di conquiste e sopraffazioni, di coloni e di tiranni rivoluzionari. Ma soprattutto diviso dall'orgoglio e l'ostinazione delle sue città-stato. Dopo la rivoluzione del 2011 però, viaggiando ed esplorando questo grande Paese, si era sempre accompagnati da un semplice gesto che accomunava i giovani ragazzi di tutte le città: il gesto a V fatto con l'indice e il medio della mano destra. Quel gesto, accompagnato da un grande sorriso, stava a significare la vittoria e la gioia per la libertà ottenuta dopo 42 anni di dominio assoluto da parte del Colonnello Gheddafi. Negli occhi dei giovani libici si poteva leggere la speranza in un futuro migliore come raccontavano anche le strade che in pochi giorni si erano colorate di graffiti che glorificavano la rivoluzione: Libya - 17 February Revolution – Freedom!

Oggi, viaggiando per le città-stato libiche, il gesto a V ha assunto tanti significati diversi fra loro, e non è più accompagnato da sguardi speranzosi. I ragazzoni che compongono le truppe speciali della Brigata di Misurata sono sempre vestiti con uniformi linde e ordinate, sono tutti molto disciplinati e portano barbe e capelli corti. I loro scurissimi occhi neri sono tristi e affaticati quando fanno il gesto della vittoria: stanno rientrando in città dal fronte di Sirte, hanno vinto un'altra battaglia, hanno strappato anche oggi qualche prezioso metro ai miliziani di Isis, ma hanno perso come sempre tanti uomini. Ormai è chiaro che quella che doveva essere una guerra lampo si è trasformata in una lenta e sanguinosa guerra di trincea. I miliziani si sono asserragliati, le trappole esplosive combinate con la precisione dei cecchini stanno di nuovo falciando via le giovani vite dei misuratini che già durante la rivoluzione, che ha rovesciato il Colonnello Gheddafi, avevano pagato un

pesantissimo pegno in vite umane. La città martire di Misurata piange ancora i suoi giovani caduti.

A Bengasi i ragazzi portano quasi tutti i capelli lunghi, si combatte da più di due anni e l'aspetto di una città martoriata dai colpi di mortaio ormai ha contagiato anche i suoi abitanti. I miliziani del Generale Kalifa Haftar portano gli stivali sempre slacciati e sfrecciano per le strade con i loro pick up pieni di fori di proiettile. A ogni check point si salutano anche loro con il segno a V, i loro occhi sono pieni di adrenalina, il viso è quasi sformato perchè la notte si dorme poco sotto i colpi di mortaio. Anche oggi si combatte e si corre da un'estremità all'altra della città per difendere uno dei tanti fronti, da un lato i miliziani di Isis, dall'altro qualche risacca di Ansar Al-Sharia, la filiale libica di Al Qaeda, e ad ovest la neonata formazione jihadista delle Brigate per la difesa di Bengasi. Il segno a V è un auspicio di buona speranza visto che in città da più di due anni la storia è sempre la stessa: ogni mese un nuovo nemico, ogni settimana un nuovo fronte e ogni giorno i ragazzi corrono su e giù per le strade cittadine andando incontro a un nemico incerto ma a un destino sempre più fatale. Bengasi, il cuore pulsante dell'economia libica, ormai è dissanguato.

Dopo diversi mesi di assedio da parte delle truppe del Generale Haftar oggi in città inizia a scarseggiare tutto. Solo qualche mese fa a Derna il segno a V stava significare Vittoria, il consiglio della *Shura* cittadina aveva scacciato i miliziani dell'Isis e per diverse notti grandi cortei di macchine, da cui uscivano bandiere libiche, hanno scorrazzato festeggiando per le strade cittadine. La gioia è durata poco, la *Shura* non ha trovato un accordo con il Generalissimo della Cirenaica che ha messo sotto assedio Derna con le sue truppe. Oggi in città i ragazzi hanno le barbe sempre più lunghe, il taglio classico dei salafiti, barba incolta e baffi ben

rasati. Uscendo dalle moschee continuano a salutarsi con il solito gesto che ha assunto un significato completamente nuovo: resistenza a tutti i costi. Derna la culla della cultura della Libia sta di nuovo sprofondando per disperazione negli abissi dell'estremismo islamico. I ragazzi libici ogni giorno cercano di dare un senso alle loro speranze. Ma in guerra i sogni sono troppo spesso macchiati di sangue: oggi è la voglia di vincere un'inutile battaglia, domani il desiderio di normalità dopo troppe notti insonni e troppi mesi al fronte, un altro giorno sarà il desiderio di farsi saltare in aria per rompere un assedio. I sogni di libertà che nutrivano durante la rivoluzione del 2011 ormai si sono infranti nelle logiche di una guerra miope, una stupida guerra che ha messo tutte le città libiche una contro l'altra. Il Paese continua a sprofondare in un caos sempre più profondo mentre le sue giovani generazioni ne continuano a pagare le conseguenze.

La fiducia nel Governo di Accordo Nazionale (GNA), guidato dal Primo Ministro Serraj, è ai minimi storici. Nel Paese non c'è liquidità, ogni volta che arriva del contante nelle banche scoppiano disordini e spesso ci scappa il morto. In un Paese ricco di risorse energetiche la fornitura di corrente elettrica è ormai un privilegio per pochi. Nei forni le file per il pane sono sempre più lunghe vista l'eterna crisi della farina. Nel Est del Paese il Generale Haftar non dà segni di avvicinamento verso il Governo di Accordo Nazionale. Le sue truppe ancora non sono riuscite a liberare completamente Bengasi dalle milizie islamiste e l'assedio di Derna non sta portando gli effetti desiderati. Nonostante queste difficoltà il Generalissimo ha sorpreso ancora una volta i suoi oppositori con delle repentine conquiste nella Mezzaluna del Petrolio. La frammentazione politica è al suo massimo storico, i bisogni della popolazione sempre in crescita. Le soluzioni proposte sempre le stesse: bombardamenti con i droni Americani, armi e munizioni dall'Egitto e qualche centinaio di paracadutisti italiani.

## GLI ULTIMI AVVENIMENTI

**Il 10 settembre le truppe del Generale Kalifa Haftar hanno conquistato, dopo pesanti combattimenti contro le Guardie Petrolifere di Ibrahim Jadran, due dei più importanti porti della Mezzaluna Petrolifera Libica, Ras Lanuf e Sidra. Haftar controllava già i terminal di Brega e Zueitina.**

**Il 12 settembre il Senato Italiano ha approvato l'invio di 300 paracadutisti a Misurata per proteggere il nascente ospedale da campo che l'Italia ha deciso di costruire per il trattamento dei feriti dei combattimenti in corso per la liberazione di Sirte dall'Isis.**

**Il 18 settembre i soldati di Tripoli insieme alle guardie petrolifere di Jadran hanno riconquistato il terminal petrolifero di Sidra.**

**Il 19 settembre altri due lavoratori italiani sono stati rapiti in Libia; ancora le autorità italiane non sono riuscite a capire se il rapimento abbia una matrice religiosa o se il movente sia solo il riscatto. Sono undici gli italiani rapiti in Libia negli ultimi tre anni, compresi i due tecnici della Bonatti uccisi lo scorso marzo.**

**Il 22 settembre a New York i rappresentanti di Algeria, Canada, Chad, China, Egitto, Francia, Germania, Giordania, Italia, Malta, Marocco, Niger, Qatar, Russia, Arabia Saudita, Spagna, Sudan, Tunisia, Turchia, gli Emirati Arabi, il Regno Unito, gli Stati Uniti, l'Unione Europea, le Nazioni Unite, la Lega dei Paesi arabi e l'Unione Africana si sono riuniti per confermare il loro supporto al Consiglio Presidenziale di Serraj e agli accordi di Skhirat, firmati in Marocco il 17 dicembre 2015.**





**ITALIA**  
Assistenza  
agli sbarchi



Arrivi in Italia via  
mare nei primi  
cinque mesi del  
2016: **46.714 (dati  
UNHCR)**

**I gruppi più  
numerosi di  
minori non  
accompagnati:**  
egiziani (21%),  
gambiani (12,3%),  
albanesi (11,4%),  
eritrei (7,1%)  
nigeriani (6,2%) e  
somali (5,2%).

# IL MONDO NUOVO

Al porto di Augusta il nostro staff accoglie, cura e ascolta.

—  
**VALERIA BRIGIDA**

Arrivano scalzi. Non appena mettono piede sulla banchina del porto commerciale di Augusta, infilano un paio di ciabatte di plastica distribuite dalla protezione civile. A volte non hanno neanche quelle ciabatte e li vedi camminare sull’asfalto rovente, in file ordinate: dalla passerella dell’imbarcazione che li ha salvati, fino al piazzale dove vien ordinato loro di sedersi a terra e aspettare che la conta finisca e abbia inizio l’identificazione. Sono stanchi. Le donne si trascinano con lo sguardo vuoto. Si vedono pancioni anche all’ottavo o nono mese. Ci sono bambini di ogni età, con o senza genitori. La maggior parte arriva dall’Africa occidentale. Molti dal Corno d’Africa, dalle nostre ex colonie. Spesso si vedono ragazzini egiziani. I giovani libici stanchi della guerra sono pochi, ma iniziano a vedersi anche quelli. Invece di siriani non se ne vedono quasi più. Un anno fa hanno cambiato via di fuga. Al Canale di Sicilia, la rotta più pericolosa al mondo, hanno preferito la rotta balcanica fino a quando è rimasta ufficialmente aperta.

Quando l’imbarcazione su cui arrivano i migranti attracca in porto, il personale del ministero della Salute sale a bordo per effettuare i controlli sanitari. Dopodiché, iniziano lo sbarco e il primo triage in banchina. I casi più urgenti vengono subito trasferiti in Pronto soccorso. Spesso si tratta di donne incinte, con contrazioni o a rischio aborto. A volte, di feriti da arma da fuoco che raccontano di trafficanti libici che hanno perpetuato violenze fino alla fine, quando hanno visto che non c’era più denaro da estorcere per quell’ultimo tratto di viaggio e se ne sono sbarazzati caricandoli su gommoni precari alla volta dell’Europa. Non tutti arrivano vivi. C’è chi muore ancor prima di imbarcarsi, e il suo corpo rimarrà in Libia senza nome. C’è chi muore in mare e, una volta sbarcato, verrà raccontato come “la salma” arrivata al porto. Infine, c’è chi arriva vivo. Quando la polizia dà l’ordine, percorrono tutti insieme il tratto di strada che separa la banchina dall’area attrezzata dal ministero degli Interni:

migliaia di piedi che si muovono in marcia. È una marcia silenziosa. Ogni tanto, si sente solo il fruscio delle copertine termiche che ancora portano addosso per riscaldarsi dalle troppe ore trascorse in mare aperto. Si dirigono tutti verso uno spiazzo enorme, a poco più di duecento metri, dove troveranno tre tendoni. Uno per le famiglie, i bambini e le donne; uno per i giovani; uno per gli uomini. Ma la divisione non è mai così netta. All’interno dell’area attrezzata c’è il nostro ambulatorio: tre container per il supporto all’assistenza sanitaria. Di solito ci arrivano i casi segnalati dalle autorità locali che hanno già effettuato il primo triage sanitario. Quando ci chiedono di raccontare una storia che ci ha colpito, ognuno di noi, che sia un medico, un infermiere, uno psicologo o un mediatore, esita un attimo. Ci dobbiamo pensare. Perché tra le migliaia di storie che abbiamo incrociato, ognuna è unica, a modo suo. Potremmo raccontare di quella volta che su oltre 700 persone arrivate, almeno l’80% aveva il corpo ricoperto di ustioni da carburante che si era riversato nelle imbarcazioni su cui viaggiavano. Perché la gente non lo sa, ma spesso capita che durante la navigazione ci siano perdite di carburante proprio dove sono sedute le persone. E che quel liquido, a contatto con acqua e urina, creano una miscela che brucia la pelle. Potremmo raccontare gli sguardi delle donne ripetutamente violentate in Libia. I corpi troppo magri di chi non mangia da settimane, di chi ricorda carcerieri libici che, una volta al giorno, gettavano a terra, tra feci e urine, una poltiglia di cibo alla folla imprigionata e in attesa di partire verso l’Italia. Potremmo raccontare che le migliaia di persone che abbiamo visitato agli sbarchi non hanno chissà quali malattie esotiche, ma semplici febbri e diarree causate dalle pessime condizioni in cui hanno viaggiato. Da quando abbiamo iniziato questa attività, abbiamo osservato e curato migliaia di corpi. Questi corpi ci raccontano profonde ferite, visibili e invisibili. Sono forse la nostra unica fonte di informazione diretta



01

rispetto a quanto accade tra la Libia e il Mar Mediterraneo. Come quei quattro ragazzi somali arrivati qualche giorno fa. Erano gonfi dalle percosse che avevano subito poco prima di imbarcarsi. Uno di loro non ce l’ha fatta ed è morto poco prima dello sbarco. Gli altri tre sono vivi. Ma quando sono arrivati da noi tremavano. Erano ancora sotto shock. Le ferite sul corpo si rimargineranno più o meno presto. Per quelle nella mente, sicuramente, ci vorrà più tempo. Ci sono persone che riescono a permettersi di pagare un viaggio più costoso. E allora il transito in Libia dura poco, vengono subito stipati su un gommone e, se sono più fortunati, dopo poche ore, vengono recuperati in mare da imbarcazioni militari o civili. Questi fortunati li riconosci subito perché la vitalità che sprigionano è talmente forte da essere contagiosa. E poi ci sono quelli che chiamiamo “sbarchi critici”, gli sbarchi con i superstiti di qualche naufragio. Non dimenticheremo mai E., ragazzino di 12 anni. È arrivato da noi dicendo: “Io sto bene nel corpo, non ho dolori”. E dopo averci fatto vedere che non aveva né malattie né ferite visibili sul corpo, ha aggiunto: “Non ho bisogno di un medico, ma di qualcuno con cui parlare perché mi è successa una cosa brutta”. Una nostra psicologa lo ha accolto nell’ambulatorio. “La nostra barca si è ribaltata. Io sapevo nuotare. Mio fratello maggiore di

17 anni, no. L’ho visto annegare e non sono riuscito a far nulla”. Quel racconto si è interrotto bruscamente quando qualcuno ha bussato alla porta: era la polizia che chiedeva che il ragazzino facesse il riconoscimento del corpo del fratello. Ma un minore non accompagnato, dopo quell’esperienza traumatica, non poteva essere esposto a un secondo trauma. E quindi abbiamo mediato: il riconoscimento del corpo sarebbe stato effettuato dagli adulti che erano presenti col ragazzo durante il viaggio. Mentre E. sarebbe stato ascoltato solo rispetto a quelli che erano i dati anagrafici del fratello: nome, cognome, data di nascita, provenienza. Ovvero ciò che gli altri adulti non avrebbero potuto conoscere perché estranei. “Sei stato coraggioso come un super eroe” gli aveva detto il mediatore della polizia. E. aveva sorriso e timidamente aveva aggiunto: “Come Spiderman? È il mio super eroe preferito!”. Un ragazzino, pur essendo così piccolo, aveva chiesto un supporto psicologico. Eravamo emozionati dalla sua capacità di riconoscere un bisogno che lo aiuterà nel suo percorso verso lo star bene. Nella sua vita. E in una situazione così complessa e delicata, è fondamentale la sinergia che a volte si riesce a creare con le forze di polizia e i servizi territoriali. Quei servizi che prendendo in carico i soggetti più vulnerabili, dovrebbero seguirli in un percorso di accoglienza adeguato e su misura.





02

**PERSONE  
CURATE AGLI  
SBARCHI:  
10 mila**

Alla fine, il fratello di E. è stato sepolto nel cimitero di Augusta. Insieme ai tanti altri corpi che negli ultimi anni si riescono a recuperare nel Mediterraneo. A chi parla di “invasione” andrebbe ricordato che in totale, secondo i dati dell’UNHCR, gli arrivi in Italia via mare nei primi cinque mesi del 2016 sono 46.714, contro i 47.463 del 2015. Che l’Europa conta 507 milioni di abitanti e che gli 875mila migranti e profughi arrivati in Europa via mare tra il 2008 e il 2015 rappresentano lo 0,17 per cento della popolazione europea. I frequenti sbarchi sulle nostre coste hanno finalmente portato anche i media a parlare di “fenomeno strutturale” e non più di “emergenza”. Anche se a volte, come a seguire cicliche onde di propaganda politica, la rappresentazione mediatica dominante torna a usare inspiegabilmente toni allarmistici e sensazionalistici. E così, ogni sbarco sembra uguale a quello precedente e a quello che verrà.

Ogni sbarco sembra portare indistinte masse di persone disperate. E, invece, chi riesce ad arrivare rappresenta un universo a sé. Ognuno arriva con la propria storia, con il proprio bagaglio di esperienze e le proprie proiezioni verso un futuro tutto ancora da disegnare. Ed è per questo che, senza retorica, dare il miglior benvenuto a ciascuna delle persone che arriva è la migliore risposta che possiamo dare. Come medici, infermieri, mediatori, psicologi. E come persone.

01-02 Al porto di Augusta

## IL MOMENTO CHE NON DIMENTICHERÒ

“Avevo cercato di dissuaderlo in ogni modo, ma lui è sempre stato un testardo. Gli avevo detto che il viaggio è troppo pericoloso, ma ha deciso comunque di partire, 8 mesi fa. Dall’Eritrea è andato in Etiopia, poi in Sudan e infine in Egitto, dove ha preso la barca che è arrivata fin qui, a Pozzallo. Ho fatto fatica a riconoscerlo – non lo vedevo da 9 anni – ma il momento in cui l’ho visto scendere dalla nave non lo dimenticherò mai. È arrivato sano e salvo: è Tedros, mio fratello.”

Yohannes Gulbrai, mediatore



## L'ATTESA DI UN ABBRACCIO

"Non vedo l'ora di riabbracciare mia moglie". Per farlo, T. ha attraversato il mare rischiando la vita. E non è un modo di dire: solo dall'inizio di quest'anno, oltre 3.000 persone sono morte nella traversata del Mediterraneo.

Lei sta in Sicilia, è arrivata qualche mese fa, ora stiamo cercando di metterli in contatto con l'aiuto di associazioni che si occupano di ricongiungimenti.

La loro storia sembra uscita da un film, ma purtroppo non è finzione. È la realtà di chissà quante persone che passano dalla Libia nel viaggio verso l'Europa. Sono partiti dalla Costa d'Avorio. Hanno attraversato il deserto. Hanno vissuto di lavori saltuari a Tripoli, poi a Sabratah. Paga misera, quando arrivava, e maltrattamenti continui. Sono stati incarcerati, e non perché criminali: avevano solo chiesto al datore di lavoro di essere pagati. Dopo qualche mese in cui lo stipendio non arrivava, si erano fatti forza e avevano reclamato ciò che spettava loro. In cella violenze e torture: i segni della frattura al piede, le cicatrici, le bruciature sulla pelle di T. ne sono la testimonianza ancora viva. Un incubo che finisce dopo due mesi, quando escono dal carcere e si rimettono a lavorare duro. Servono soldi per affrontare il viaggio. Finalmente riescono a mettere da parte qualcosa, prima parte lei, lui la raggiungerà. "E non vedo l'ora di riabbracciarla", ripete, mentre ci racconta la sua storia.

Fabrizio Carucci, psicologo



SANITÀ

Abusi verso diritti

# SE LA SALUTE DIVENTA UN BUSINESS

Quando il profitto entra nella medicina, i primi a rimetterci sono i malati.

ROBERTO SATOLLI

*Mario L. ha un pacemaker, di quelli speciali, capaci anche di dare una scarica elettrica in caso di fibrillazione del cuore. Lo chiamano per sostituirlo, perché la batteria si sta scaricando. Purtroppo le cose vanno di traverso, il nuovo impianto si infetta, Mario entra in un tunnel di complicazioni che dura qualche mese e rischia di lasciarci la pelle. Sfortuna? Non proprio, perché sul British Medical Journal due cardiologi denunciano lo “Scandalo delle batterie dei pacemaker”<sup>1</sup>. In breve, i produttori potrebbero facilmente mettere sul mercato apparecchi di maggior durata, ma ci guadagnano di più facendo così. Data l’età di Mario, se le batterie fossero state più longeve, probabilmente il suo apparecchio non avrebbe mai avuto bisogno di essere sostituito. Il pacemaker oltretutto costava uno sproposito (oltre 30 mila euro), e anche con le batterie in uso si sarebbe potuto aspettare in piena sicurezza almeno altri 6 mesi prima di cambiarlo. Ma tanto paga il Servizio sanitario (cioè tutti con le tasse)! Anche i medici e gli ospedali hanno interesse a fare interventi di sostituzione più ravvicinati. Solo i malati ci rimettono in sofferenza e fastidi e, quando le cose vanno male (fino a un caso su venti), compromettono la salute per il profitto altrui.*

Lo “scandalo” dei pacemaker non è un caso isolato. Serve a capire che si potrebbero far tornare i conti della sanità senza negare a nessuno il diritto alla salute. Anzi, il più delle volte, a fare di meno (meno esami, meno farmaci, meno prestazioni di ogni tipo) sarebbe proprio la salute a guadagnarci. Questo perché la ricerca del profitto spinge a fare anche quello che è inutile e potenzialmente dannoso. Che oggi la medicina sia in gran parte

un’impresa condotta a scopo di lucro è considerato un fatto scontato, sgradevole ma inevitabile, al quale i sistemi sanitari e i malati devono adattarsi. Si ritiene anzi che le regole del mercato e della competizione producano nel complesso più vantaggi che inconvenienti, e che senza incentivi economici non potremmo avere i continui e meravigliosi progressi della medicina contemporanea. Per cui nessuno si “scandalizza” più di tanto, salvo quando può toccare con mano, sulla propria pelle, i danni degli eccessi. Il che avviene raramente: Mario non saprà mai che i suoi guai col pacemaker si sarebbero potuti evitare, rinunciando a un po’ di guadagni.

*Luigi invece sa benissimo che potrebbe probabilmente guarire dalla sua epatite C con i nuovi farmaci antivirali (per esempio il Sofosbuvir della Gilead), che sono molto più efficaci e meno tossici dei precedenti. Purtroppo le case produttrici approfittano dei brevetti per imporre ai sistemi sanitari prezzi altissimi, che partono dai 1.000 euro per pillola. Di conseguenza in quasi tutti i Paesi, oltre a contrattare sconti con accordi segreti, si stanno applicando criteri di razionamento di vario tipo. In genere i nuovi farmaci vengono riservati ai malati più gravi e in pericolo di vita imminente (per esempio già in fase di cirrosi avanzata o in attesa di trapianto). Perciò Luigi, che sta ancora relativamente bene, dovrà aspettare di aggravarsi per poter accedere alla possibilità di guarigione: eppure sono proprio i malati come lui quelli che possono maggiormente giovare della nuova possibilità di cura. Però sono troppo numerosi (centinaia di migliaia) per poterli trattare tutti, nonostante che, per esempio, in Italia siano stati stanziati 500 milioni di euro extra solo per questa cura. Ci dicono che i prezzi vertiginosi servono a rientrare dei costi per la ricerca e sviluppo delle novità terapeutiche. Ma Gilead ha comprato il brevetto già pronto per lo sfruttamento commerciale al prezzo di 11 miliardi di*

*dollari, e ha recuperato l’investimento nel solo primo anno di vendite.<sup>2</sup> Non vi è quindi alcuna giustificazione per richiedere un prezzo così alto, che ha tutto il sapore di un ricatto, e costringere per di più a un odioso razionamento. Per la cifra complessiva stanziata in Italia, i produttori potrebbero consentire al Servizio sanitario di trattare almeno tutti i malati che se ne possono giovare: ma questo porterebbe in breve tempo a estinguere la malattia, e quindi a far crollare il business.*

La vicenda dei farmaci contro l’epatite C (e di tutte le altre innovazioni reali che arriveranno nei prossimi anni) illustra bene come si deve inquadrare il profitto nel campo della salute e come produce danni. Secondo gli economisti, in un libero mercato ben regolato il profitto tende ad annullarsi, senza bisogno di scomodare Marx e i suoi seguaci. Quando si tiene conto di tutti i costi di un prodotto o di un servizio – considerando anche la remunerazione del capitale, oltre al giusto compenso del lavoro di tutti, compresi gli imprenditori – se la concorrenza è libera e il mercato è efficiente, il margine sui ricavi dovrebbe tendere a zero. Come mai allora nel campo della salute ciò non avviene, anzi il mercato produce profitti tra i più alti nell’economia occidentale, anche durante i cicli di crisi? Semplicemente perché la concorrenza è bloccata dai monopoli, garantiti da brevetti e altri vincoli, mentre il mercato non funziona bene per la mancanza di trasparenza e di accesso alle informazioni essenziali. Questo stato di cose è la conseguenza del costituirsi, negli ultimi 50 anni, di una rete di interessi convergenti a promuovere con ogni mezzo la crescita del “fatturato” della salute, che coinvolge tutti gli attori in gioco: ospedali, medici, laboratori, case farmaceutiche e tutti gli altri produttori di beni e servizi, compresa la formazione, la ricerca scientifica, quella informatica e tutto l’indotto. Si tratta di un settore economico ingente, che rappresenta una quota rilevante del prodotto lordo, oltre che del bilancio degli Stati. In Italia la filiera della salute contribuisce alla ricchezza nazionale per l’11 % del PIL (stima Confindustria, 2013).

La direzione generale della sanità lombarda stima che al privato, comprendendo tutti i beni e servizi, vada ormai l’80 per cento del budget regionale per la salute (quasi 15 su oltre 18 miliardi di euro l’anno), e che una tale massa di interessi particolari costituisca un problema per

chi dovrebbe governare il sistema<sup>3</sup>. Non a caso a questo settore è stato dato il nome di “complesso medico-industriale”, per sottolinearne la capacità di influenzare pericolosamente le scelte politiche degli Stati, al pari del “complesso militare-industriale” denunciato negli Stati Uniti dal presidente Eisenhower nel 1961, come minaccia permanente per la pace, la democrazia e la libertà.

<sup>3</sup> Alessandra Corica. “Ai privati finisce l’80% dei fondi pubblici per la sanità”. La Repubblica, 21 aprile 2016.

## IL COMPLESSO MEDICO-INDUSTRIALE

**Nel suo Discorso alla Nazione del 1961, il presidente USA Dwight Eisenhower, dopo avere elogiato le virtù delle Forze armate americane per il mantenimento della pace, mette in guardia contro un rischio imminente: “Dobbiamo guardarci dall’accrescersi di una influenza indebita, voluta o non voluta, da parte del complesso militare-industriale. Il rischio che cresca un disastroso potere fuori luogo è concreto, e persisterà. Non dobbiamo permettere che il peso di questa combinazione metta in pericolo le nostre libertà o i processi democratici”. Se alla parola “militare” si sostituisce “medico”, e alla parola “pace” si sostituisce “salute”, si individua una minaccia, diversa ma di simile gravità, per un diritto non meno fondamentale. Lo ha fatto per primo nel 1980 il medico americano Arnold Relman, direttore della rivista *New England Journal of Medicine*: “Il “nuovo complesso medico-industriale” è un’ampia e crescente rete di imprese private impegnate a fornire servizi sanitari ai pazienti a scopo di profitto”. In entrambe i casi si tratta di un intreccio informale di interessi e di legami tra industria e apparati o settori della società (le strutture militari o quelle sanitarie), che possono determinare l’evoluzione delle politiche nei rispettivi ambiti al di là della volontà collettiva. Nel campo militare la spinta è a produrre, vendere e impiegare sempre più armi, cercando occasioni di nuove guerre anziché proteggere la pace; in quello della salute, il “complesso” produce un’inflazione di consumo di beni e servizi che in gran parte non solo non genera salute, ma può spesso danneggiarla attraverso un eccesso di diagnosi e di cure.**

RS

<sup>1</sup> Dean, John and Sulke Neil. Pacemaker battery scandal - Much can and should be done to maximise the longevity of existing devices. British Medical Journal 2016;352:i228 doi: 10.1136/bmj.i228 (Published 4 February 2016)

<sup>2</sup> Avorn Jerry. The \$2.6 billion pill – Methodological and policy considerations. NEJM, 2015; 372: 1877-79.





REPUBBLICA  
CENTRAFRICANA  
Una collaborazione  
importante

# UNA RETE SUL TERRITORIO

Il bilancio della collaborazione con un'associazione centrafricana per la cura dei bambini e la formazione del personale locale.

REBECCA GASPARI



01

Il Centro Pediatrico di Emergency a Bangui si trova su una delle arterie principali della capitale, proprio di fronte all'Assemblea Nazionale. Come succede in tutti i nostri centri pediatrici in giro per il mondo, al mattino, già prima delle 8.00, l'ingresso dell'edificio rosso è affollato di voci e di mille vivacissimi colori: sono le mamme che arrivano al centro con i figli in spalla, in braccio, o attaccati alle gonne.

Dopo il triage, inizia l'attesa per la visita pediatrica, ma le mamme e i bambini non hanno il tempo di annoiarsi perché vengono subito coinvolti dai nostri infermieri nelle attività di sensibilizzazione. Gli infermieri cercano di trasmettere alle donne concetti importanti, come la prevenzione e la pianificazione familiare. I nostri educatori sanitari spiegano le norme igieniche fondamentali

per evitare le malattie più comuni e raccontano le regole basilari della contraccezione, calando queste semplici, ma preziose "lezioni" nella realtà che tutti i giorni le mamme vivono nei loro quartieri e nei loro villaggi. Sembrerebbe un compito facile, ma non lo è: gli educatori, infatti, devono insistere per convincere questo piccolo pubblico di mamme del fatto che le malattie dei



02

loro bambini sono causate da qualche stregoneria, ma da virus, batteri e carenza di igiene. La carenza di vere strutture sanitarie, di strade per il rapido trasferimento delle urgenze verso gli ospedali, di personale sanitario qualificato sono il più grande ostacolo al benessere della popolazione centrafricana. Le complicità legate alle malattie trasmissibili e non-trasmissibili (in particolar modo la malaria) e alle malattie croniche (anemia falciforme, diabete, HIV/AIDS, ecc.) sono drammaticamente diffuse tra i bambini, i più vulnerabili in ogni comunità. Dall'inizio della crisi politica del 2013, la malnutrizione è ancora più diffusa e ormai colpisce circa 1,5 milioni di persone: il 30% dell'intera popolazione della RCA. L'estrema povertà delle famiglie non permette di

soddisfare neppure i bisogni primari dei bambini, che spesso muoiono perché arrivano in ospedale quando è troppo tardi. Tutto ciò si riflette su un tasso di mortalità già molto elevato. Nel 2014 Emergency ha deciso di collaborare con l'Ong centrafricana *Dispensaire le Peuple Santé pour Tous* (DPST), formando lo staff dell'organizzazione sul riconoscimento, primo trattamento e trasferimento delle urgenze verso gli ospedali della capitale. Il progetto "RESAS – *Référence Sanitaire Sauve vie* (Trasferimento sanitario salva vita) – " è finanziato da un contributo dell'Unione Europea ed è sostenuto anche dal ministero della Sanità centrafricano. Insieme abbiamo organizzato un sistema di trasferimento dei pazienti che hanno bisogno di un intervento urgente

dai dispensari di DPTS sul territorio al nostro ospedale di Bangui. In questo modo, vengono superate le difficoltà di spostamento legate all'insicurezza delle strade, alla mancanza di trasporti efficienti e all'impossibilità delle famiglie più povere di pagare il viaggio. Tuttavia, spesso i bambini arrivano in ospedale in condizioni molto gravi, a causa del ritardo con il quale giungono ai dispensari. Le famiglie infatti vivono in luoghi isolati e – non potendo lasciare da soli gli altri figli– aspettano fino all'ultimo prima di mettersi in viaggio, sperando che la situazione si risolva da sola.

Risultati ottenuti con le attività del progetto, da ottobre 2014 ad agosto 2016:

**43.600** bambini curati  
**10.181** vaccinazioni effettuate  
**3.500** bambini affetti da patologie gravi ricoverati  
**17.600** donne che hanno ricevuto servizi di assistenza prenatale e pianificazione familiare  
**265** bambini e donne incinte trasferiti in urgenza  
**20** persone di staff sanitario DPST formate  
**32** persone di staff del Centro Pediatrico di Emergency formate

Il centro pediatrico di Bangui è co-finanziato da



UNIONE EUROPEA

01 Un momento di formazione dello staff  
02 Ingresso del Centro pediatrico





# GRUPPI TERRITORIALI

Il volontariato è una componente fondamentale dell’attività di Emergency. Sul territorio italiano sono attivi circa 3.500 volontari, divisi in 170 Gruppi. I volontari contribuiscono a informare e sensibilizzare l’opinione pubblica, a diffondere una cultura di pace (attraverso la partecipazione a conferenze, incontri nelle scuole e nei 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  
laquila@volontari.emergency.it

Gruppo di Pescara  
328 08 94 451  
pescara@volontari.emergency.it

Gruppo di Roseto Pineto  
329 57 35 892  
roseto-pineto@volontari.emergency.it

Gruppo di Teramo  
349 80 11 706  
teramo@volontari.emergency.it

## BASILICATA

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

Gruppo del Lagonegrese (PZ)  
339 29 55 200  
lagonegrese@volontari.emergency.it

Gruppo di Matera  
329 59 21 341  
matera@volontari.emergency.it

## CALABRIA

Gruppo di Reggio Calabria  
340 46 32 561  
reggiocalabria@volontari.emergency.it

Gruppo di Catanzaro  
345 87 04 829  
catanzaro@volontari.emergency.it

Gruppo di Cosenza  
349 66 79 861  
cosenza@volontari.emergency.it

Gruppo di Piana e Polistena (RC)  
348 58 36 778  
polistena-piana@volontari.emergency.it

## CAMPANIA

Gruppo di Napoli  
338 99 90 787  
napoli@volontari.emergency.it

Gruppo di Avellino Benevento  
345 76 44 604 / 349 37 29 700  
avellino-benevento@volontari.emergency.it

Gruppo di Caserta  
333 73 70 000 / 380 47 36 761  
caserta@volontari.emergency.it

Gruppo del Cilento (SA)  
339 12 22 497 / 339 45 67 945  
cilento@volontari.emergency.it

Gruppo del Salerno  
329 18 29 392 / 348 86 05 868  
salerno@volontari.emergency.it

## EMILIA ROMAGNA

Gruppo di Bologna  
333 13 33 849  
bologna@volontari.emergency.it

Gruppo di Imola (BO)  
0546 656 433 / 338 28 91 027  
imola@volontari.emergency.it

Gruppo di Ferrara  
333 99 40 136  
feerrara@volontari.emergency.it

Gruppo di Forlì Cesena  
335 58 69 825 / 338 44 24 283  
forli-cesena@volontari.emergency.it

Gruppo di Modena  
059 763 110 / 347 59 02 480  
modena@volontari.emergency.it

Gruppo di Parma  
348 44 46 120 / fax 0524 680 212  
parma@volontari.emergency.it

Gruppo di Piacenza  
335 10 25 263 / 392 54 16 955  
piacenza@volontari.emergency.it

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

Gruppo di Faenza (RA)  
327 18 27 439  
faenza@volontari.emergency.it

Gruppo di Reggio Emilia  
347 41 84 461  
reggioemilia@volontari.emergency.it

Gruppo di Rimini e San Marino  
335 73 31 386  
rimini-sanmarino@volontari.emergency.it

Gruppo di Trieste  
347 29 63 852  
trieste@volontari.emergency.it

Gruppo di Gorizia e Monfalcone  
0481 31 863 / 327 77 71 168  
gorizia-monfalcone@volontari.emergency.it

Gruppo di Pordenone  
389 91 47 244  
pordenone@volontari.emergency.it

Gruppo di Udine  
0432 580 894 / 339 82 68 067  
udine@volontari.emergency.it

## LAZIO

Gruppo di Colferro (RM)  
335 65 45 313  
colleferro@volontari.emergency.it

Gruppo di Frosinone  
348 59 13 736  
frosinone@volontari.emergency.it

Gruppo di Cassino (FR)  
331 24 35 830 / 333 67 38 041  
cassino@volontari.emergency.it

Gruppo di Cisterna (LT)  
335 58 63 135  
cisterna@volontari.emergency.it

Gruppo di Latina  
328 76 58 122  
latina@volontari.emergency.it

Gruppo di Montalto di Castro (VT)  
329 41 11 698  
montaltodicastro@volontari.emergency.it

Gruppo della Tuscia (VT)  
340 78 12 437  
tuscia@volontari.emergency.it

## LIGURIA

Gruppo di Genova  
010 36 24 488  
genova@volontari.emergency.it

Gruppo della Valpolcevera (GE)  
339 35 82 558  
valpolcevera@volontari.emergency.it

Gruppo di La Spezia  
328 21 20 050  
laspezia@volontari.emergency.it

Gruppo di Savona  
347 96 98 210  
savona@volontari.emergency.it

Gruppo di Ventimiglia  
346 58 54 949  
ventimiglia@volontari.emergency.it

## LOMBARDIA

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

Gruppo del Magentino (MI)  
335 77 50 744  
magentino@volontari.emergency.it

Gruppo di San Vittore Olona (MI)  
0331 516 626  
sanvittoreolona@volontari.emergency.it

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

Gruppo di Settimo Milanese (MI)  
335 54 54 619 / 333 82 52 545  
settimomilanese@volontari.emergency.it

Gruppo di Bergamo  
338 79 54 104  
bergamo@volontari.emergency.it

Gruppo dell'Isola Bergamasca (BG)  
333 62 22 733  
isolabergamasca@volontari.emergency.it

Gruppo di Brescia  
335 17 67 627 / 333 32 89 937  
brescia@volontari.emergency.it

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

Gruppo di Como  
329 12 33 675  
como@volontari.emergency.it

Gruppo di Crema e Cremona  
335 69 32 225  
crema-cremona@volontari.emergency.it

Gruppo di Lecco e Merate  
329 02 11 011 / 348 58 60 883  
lecco-merate@volontari.emergency.it

Gruppo di Lodi  
335 80 48 178  
lodi@volontari.emergency.it

Gruppo di Mantova  
0376 223 550 / 320 06 32 506  
mantova@volontari.emergency.it

Gruppo di Monza e Brianza  
335 30 49 02 / 340 28 83 320  
monza-brianza@volontari.emergency.it

Gruppo di Usmate Velate (MB)  
039 673 324 / 039 672 090  
usmatevelate@volontari.emergency.it

Gruppo di Pavia  
347 95 32 399  
pavia@volontari.emergency.it

Gruppo della Valchiavenna (SO)  
348 91 34 577 / 348 98 16 053  
valchiavenna@volontari.emergency.it

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

Gruppo di Varese  
340 52 62 608  
varese@volontari.emergency.it

Gruppo di Busto Arsizio (VA)  
0331 341 424 / 333 91 34 636  
bustoarsizio@volontari.emergency.it

Gruppo di Saronno (VA)  
339 76 70 908  
saronno@volontari.emergency.it

## MARCHE

Gruppo di Ancona  
327 85 30 577  
ancona@volontari.emergency.it

Gruppo di Fabriano (AN)  
339 58 60 696  
fabriano@volontari.emergency.it

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

Gruppo di Fermo  
328 40 50 710  
fermo@volontari.emergency.it

Gruppo di Macerata  
338 65 77 818  
macerata@volontari.emergency.it

Gruppo di Fano (PU)  
340 53 29 677  
fano@volontari.emergency.it

## MOLISE

Gruppo di Isernia  
338 33 42 683  
isernia@volontari.emergency.it

## PIEMONTE

Gruppo di Torino  
338 89 22 094  
torino@volontari.emergency.it

Gruppo di Pinerolo (TO)  
340 34 45 431  
pinerolo@volontari.emergency.it

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

Gruppo di Alessandria  
338 71 19 315  
alessandria@volontari.emergency.it

Gruppo di Biella  
349 26 09 689  
biella@volontari.emergency.it

Gruppo di Cuneo  
393 37 27 184  
cuneo@volontari.emergency.it

Gruppo di Alba (CN)  
339 65 30 243  
alba@volontari.emergency.it

Gruppo di Novara  
347 14 31 790  
novara@volontari.emergency.it

Gruppo di Arona (NO)  
338 34 72 829  
aronas@volontari.emergency.it

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

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

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

Gruppo di Vercelli  
347 96 04 409  
vercelli@volontari.emergency.it

## PUGLIA

Gruppo di Bari  
339 41 22 332 / 340 75 83 259  
bari@volontari.emergency.it

Gruppo di Molfetta (BA)  
340 83 01 344  
molfetta@volontari.emergency.it

Gruppo di Monopoli (BA)  
333 97 55 441 / 339 89 81 503  
monopoli@volontari.emergency.it

Gruppo di BAT  
347 23 28 063  
bat@volontari.emergency.it

Gruppo di Pr. Brindisi (BR)  
339 42 44 600  
brindisi@volontari.emergency.it

Gruppo di Foggia  
340 83 45 082  
foggia@volontari.emergency.it

Gruppo del Salento (LE)  
348 91 92 809  
salento@volontari.emergency.it

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

## SARDEGNA

Gruppo di Cagliari  
388 56 12 383  
cagliari@volontari.emergency.it

Gruppo di Nuoro  
346 31 39 100  
nuoro@volontari.emergency.it

Gruppo di Budoni (NU)  
329 42 11 744 / 340 33 96 803  
budoni@volontari.emergency.it

Gruppo della Maddalena (OT)  
349 22 45 867  
lamaddalena@volontari.emergency.it

Gruppo di Sassari  
079 251 630 / 339 32 12 345  
sassari@volontari.emergency.it

Gruppo di Alghero (SS)  
347 91 51 986  
alghero@volontari.emergency.it

Gruppo di Serrenti (VS)  
328 67 64 872  
serrenti@volontari.emergency.it

Gruppo Tonara-Barbagia-Mandrolisai (NU)  
333 71 83 712  
barbagia-mandrolisai@volontari.emergency.it

## SICILIA

Gruppo di Agrigento  
349 71 96 468  
agrigento@volontari.emergency.it

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

Gruppo di Caltanissetta  
348 86 05 868  
caltanissetta@volontari.emergency.it

Gruppo di Catania  
339 86 42 142 / 339 40 28 577  
catania@volontari.emergency.it

Gruppo di Enna  
328/8364244  
enna@volontari.emergency.it

Gruppo di Piazza Armerina  
333 99 98 642  
piazzarmerina@volontari.emergency.it

Gruppo di Messina  
090 67 45 78 / 348 33 07 495  
messina@volontari.emergency.it

Gruppo di Vittoria (RG)  
338 13 03 373  
vittoria@volontari.emergency.it

Gruppo di Siracusa  
349 05 87 122  
siracusa@volontari.emergency.it

Gruppo di Trapani  
0923 53 91 24 / 347 99 60 368  
trapani@volontari.emergency.it

Gruppo di Pozzallo  
366 26 17 964 / 339 41 03 473  
pozzeallo@volontari.emergency.it

## TOSCANA

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

Gruppo di Empoli (FI)  
347 84 96 940  
empoli@volontari.emergency.it

Gruppo di Sesto F.no e Calenzano (FI)  
340 05 21 604  
sestofiorentino@volontari.emergency.it

Gruppo di Arezzo  
333 80 26 711  
arezzo@volontari.emergency.it

Gruppo Maremma  
331 12 28 213 / 331 82 07 483  
maremma@volontari.emergency.it

Gruppo di Manciano GR  
339 81 70 700 / 348 77 98 331  
manciano@volontari.emergency.it

Gruppo di Livorno  
338 97 95 921 / 377 22 93 212  
livorno@volontari.emergency.it

Gruppo di Costa degli Etruschi  
340 71 23 665  
costadeglietruschi@volontari.emergency.it

Gruppo di Lucca  
328 06 56 258 / 328 00 30 974  
lucca@volontari.emergency.it

Gruppo della Versilia (LU)  
328 20 62 473  
versilia@volontari.emergency.it

Gruppo di Massa Carrara  
349 83 54 617  
massacarrara@volontari.emergency.it

Gruppo di Pisa  
345 77 68 041  
pisa@volontari.emergency.it

Gruppo di Volterra (PI)  
349 88 21 421  
volterra@volontari.emergency.it

Gruppo di Pistoia  
347 48 60 690  
pistoia@volontari.emergency.it

Gruppo di Prato  
333 40 54 916  
prato@volontari.emergency.it

Gruppo di Siena  
333 66 96 973  
siena@volontari.emergency.it

Gruppo di Monteamiata  
348 42 10 872  
monteamiata@volontari.emergency.it

Gruppo di Trento  
340 30 35 203  
trento@volontari.emergency.it

Gruppo dell'Alto Garda (TN)  
348 99 25 513  
altogarda@volontari.emergency.it

Gruppo di Fiemme e Fassa (TN)  
349 80 42 968  
fiemme-fassa@volontari.emergency.it

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

Gruppo di Rovereto (TN)  
339 12 42 484  
rovereto@volontari.emergency.it

Gruppo di Bolzano  
339 69 36 469  
bolzano@volontari.emergency.it

## UMBRIA

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

Gruppo di Città di Castello (PG)  
347 12 19 021  
cittadicastello@volontari.emergency.it

Gruppo di Foligno (PG)  
347 69 33 216 / 340 23 41 989  
foligno@volontari.emergency.it

Gruppo di Terni  
339 76 44 365  
terni@volontari.emergency.it

## VALLE D'AOSTA

Gruppo di Aosta  
333 47 30 647  
aosta@volontari.emergency.it

## VENETO

Gruppo di Venezia  
349 26 26 756  
venezia@volontari.emergency.it

Gruppo del Miranese (VE)  
333 27 37 789  
miranese@volontari.emergency.it

Gruppo di Riviera del Brenta (VE)  
320 08 03 267  
rivieradelbrenta@volontari.emergency.it

Gruppo del Veneto Orientale (VE)  
335 72 77 849 / fax 0421 560 994  
venetorientale@volontari.emergency.it

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

Gruppo di Padova  
328 00 28 086 / 328 13 84 505  
padova@volontari.emergency.it

Gruppo di Rovigo  
331 11 24 828  
rovigo@volontari.emergency.it

Gruppo di Treviso  
340 46 79 669 / 320 75 37 965  
treviso@volontari.emergency.it

Gruppo di Verona  
349 68 93 334  
verona@volontari.emergency.it

Gruppo di Vicenza  
348 72 04 865  
vicenza@volontari.emergency.it

Gruppo di Thiene e Schio (VI)  
349 15 43 529  
thiene-schio@volontari.emergency.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.

**COORDINAMENTO VOLONTARI MILANO**  
T 02 881 881 - **volontari.milano@emergency.it**

**COORDINAMENTO VOLONTARI ROMA**  
T 06 68 81 51 - **volontari.roma@emergency.it**





# Guarda al futuro anche dopo di te

Con un lascito testamentario a EMERGENCY i tuoi valori possono continuare a vivere nel lavoro dei nostri medici e dei nostri infermieri.  
**Fai continuare il futuro anche dopo di te.**



**EMERGENCY**  
www.emergency.it



Per avere maggiori informazioni sulle nostre attività e per conoscere le modalità di destinazione di un lascito a EMERGENCY compila questo coupon e spedisilo via fax allo 02/86316336 o in busta chiusa a **EMERGENCY - UFFICIO LASCITI**:

via Gerolamo Vida 11 – 20127 Milano - T +39 02 863161 - F +39 02 86316336  
via dell'Arco del Monte 99/A – 00186 Roma - T +39 06 688151 - F +39 06 68815230  
email: lasciti@emergency.it

**codice lotto numero 1201**

|           |         |           |
|-----------|---------|-----------|
| NOME      | COGNOME |           |
| INDIRIZZO |         |           |
| CITTÀ     | CAP     | PROVINCIA |
| email*    | TEL.    |           |

\*Il tuo indirizzo email ci permetterà di inviarti informazioni più velocemente e di risparmiare i costi di carta, stampa e spedizione.

FIRMA (per presa visione e accettazione dell'informativa sotto riportata)

**Informativa sulla privacy ai sensi dell'art. 13, d.lgs. n. 196/2003** - I dati personali raccolti sono trattati, con strumenti manuali e informatici, esclusivamente per finalità amministrative conseguenti al versamento di contributi a sostegno dell'associazione, per l'invio della pubblicazione periodica e per la promozione e la diffusione di iniziative dell'associazione. Il conferimento dei dati è facoltativo. Il mancato conferimento o il successivo diniego al trattamento dei medesimi non consentirà di effettuare le operazioni sopra indicate. I dati personali raccolti potranno essere conosciuti solo da personale specificamente incaricato delle operazioni di trattamento e potranno essere comunicati agli istituti bancari che effettueranno il trattamento dei dati per le finalità relative alla gestione dei mezzi di pagamento e a terzi ai quali sono affidati la predisposizione e l'invio della pubblicazione periodica. I dati trattati non saranno diffusi. Titolare del trattamento è EMERGENCY - Life Support for Civilian War Victims ONG ONLUS, Via Gerolamo Vida 11, Milano, in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore. Responsabile del trattamento è Alessandro Bertani, al quale è possibile rivolgersi, all'indirizzo sopra indicato o a [privacy@emergency.it](mailto:privacy@emergency.it), per esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, tra i quali quelli di consultare, modificare, cancellare, opporsi al trattamento dei dati e conoscere l'elenco aggiornato degli altri responsabili.