

SOCIAL NEWS



Con il patrocinio
Segretariato Sociale
www.segretariatosociale.rai.it

CULTURE A CONFRONTO - MENSILE DI PROMOZIONE SOCIALE

PREMIATO
EUROMEDITERRANEO2008



www.socialnews.it

Anno 14 - Numero 11

Gennaio Febbraio 2017

Salute: come si
interviene
in una situazione di
emergenza
di Elio Carchietti

In viaggio
in alto mare
per salvare
vite umane
di Letizia Di Tommaso

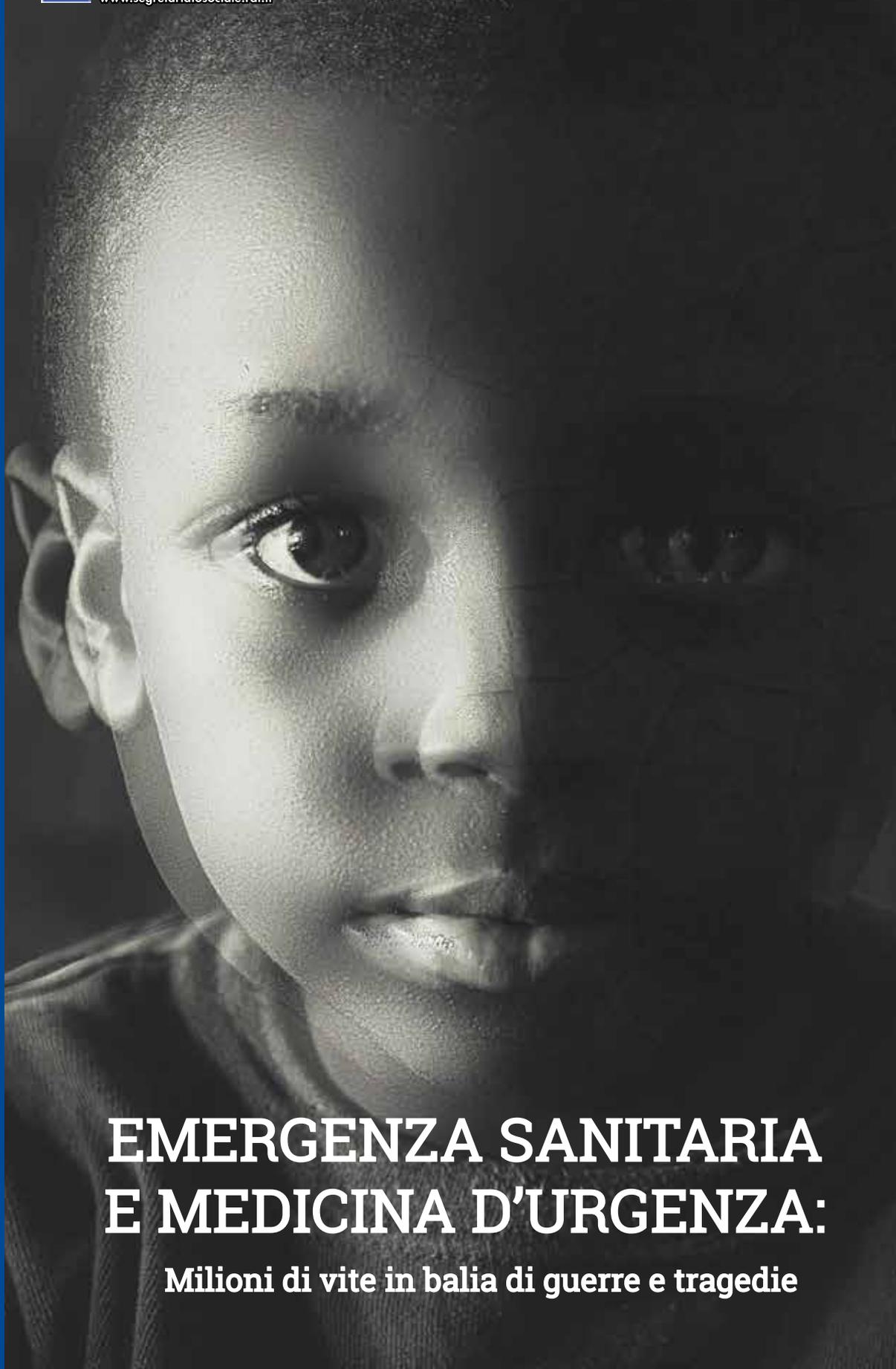
Medici siriani
da tutto il mondo
per affrontare
la tragedia
del loro Paese
di Nabil Al Mureden

Emergency
in prima linea a
Mosul per curare le
vittime del conflitto
di Rossella Palma

L'emergenza
alimentare
in Burkina Faso
e i nuovi ricchi
di Gigi Pietra e
Marina Martinetto

EMERGENZA SANITARIA E MEDICINA D'URGENZA:

Milioni di vite in balia di guerre e tragedie



ARMI PROIBITE

di Massimiliano Fanni Cannelles

Occupandoci di medicina d'emergenza, non possiamo non parlare delle conseguenze di una guerra sulla popolazione civile. Per sua natura, un conflitto mira alla distruzione dell'individuo. Le armi sono costruite proprio per provocare il maggior danno possibile sul nemico, qualunque esso sia.

In virtù delle innovazioni tecnologiche, alle cosiddette convenzionali si sono via via aggiunte armi più sofisticate, che fanno ricorso a tecnologie avanzate in ambito chimico, biologico e batteriologico. Altre, ancor più devastanti, fanno uso dell'energia nucleare. Nel 1925, in seguito alla maturata consapevolezza dei gravi danni procurati dalle armi chimiche, 38 Nazioni firmarono il "Protocollo di Ginevra". Questa fonte ne proibiva l'utilizzo anche in contesti di guerra, ma non ne vietava la produzione. Nel 1980, alla luce dei drammi causati da questi strumenti di morte, le Nazioni Unite ritennero necessario ed urgente avviare un programma di disarmo chimico e nucleare su scala mondiale. Nel 1993, cinque anni dopo il massacro di Halabja, perpetrato da Saddam Hussein con il gas nervino, la stragrande maggioranza dei Paesi firmò la Convenzione di Parigi. Essa prevedeva che il 90% dell'arsenale chimico venisse distrutto. Tuttavia, alcuni Stati, come Egitto e Corea del Nord, non vi aderirono. Altri lo fecero, ma forse mentirono sull'entità delle scorte. Un esempio viene proprio dalla Siria: il regime utilizzò il sarin su alcuni quartieri di Damasco nell'agosto del 2013. Perirono più di 1.400 persone. Assieme al Trattato di non proliferazione delle armi nucleari, al comprehensive test ban Treaty ed alla Convenzione per il bando delle armi biologiche, la Convenzione sulla proibizione delle armi chimiche costituisce uno dei pilastri fondamentali su cui si fonda il sistema di disarmo e di non proliferazione delle armi di distruzione di massa. La violazione è considerata un crimine di guerra, punibile da un tribunale internazionale alla fine delle ostilità.

Per quanto riguarda le armi nucleari, come è noto, esse vennero impiegate per la prima volta alla conclusione della Seconda Guerra Mondiale in Giappone. La potenza di un ordigno atomico è compresa tra 0,5 kilotoni e 1,5 megatoni. Una detonazione da 1 megatone sprigiona un'energia equivalente a quella liberata dall'esplosione di un milione di tonnellate di tritolo. La bomba H, invece, fortunatamente mai utilizzata, sfrutta la fusione fra i nuclei di deuterio e trizio. In questo modo sprigiona una quantità molto maggiore di energia (fino a 100 megatoni). L'evoluzione delle armi nucleari non finisce qui. Visto il loro mancato utilizzo in seguito alle moratorie internazionali, determinate dalla preoccupazione per gli effetti successivi all'esplosione, sono stati sviluppati altri ordigni, più tattici e meno appariscenti. Ad esempio, la bomba al neutrone, o bomba N, si giova della combinazione fissione-fusione-fissione. E' studiata per sprigionare la maggior parte della sua energia sotto forma di radiazioni. Lo scopo è quello di sterminare tutti gli esseri viventi bruciandoli con le radiazioni e lasciando intatte abitazioni ed altre strutture. Simile è l'effetto della bomba al cobalto, o bomba G. Emette raggi gamma, i più devastanti. Dobbiamo, infine, menzionare le armi radiologiche. Si tratta di una classe di bombe nucleari di potenza modesta, progettate per disperdere il materiale radioattivo nell'ambiente, contaminando oggetti e persone. Per questi ordigni non esistono ancora Convenzioni internazionali di non proliferazione. Il riconoscimento delle armi a bassa radioattività nella classe delle armi atomiche potrebbe portare all'inclusione in tale categoria dei proiettili all'uranio impoverito. Questo elemento viene utilizzato per indurre le munizioni anticarro, ma, in quanto radioattivo, in seguito all'impatto si disperde nell'ambiente. I danni provocati dagli ordigni nucleari sono molteplici: la distruzione derivante dall'onda d'urto e di calore nel primo momento, le ustioni procurate dal fall-out radioattivo nelle ore immediatamente seguenti, l'alterazione cellulare, e quindi tumorale, nei mesi e negli anni successivi alla detonazione. Per quanto riguarda i gas tossici, il cloro è stato il primo ad essere realizzato. Crea problemi di respirazione in ambienti chiusi. In seguito sono stati prodotti i gas chimici neurotossici e vescicatori. L'iprite è stata utilizzata nella Prima guerra mondiale, il sarin e il tabun nella Seconda guerra mondiale e fino alle Guerre del Golfo. A parità di peso, le armi tossicologiche sono da 150 a 200 volte più efficaci di quelle chimiche: bastano pochi grammi per provocare effetti letali. Le sostanze ustionanti esordirono in Vietnam con il Napalm-B. Al posto della benzina si aggiungeva fosforo bianco. Questo elemento provoca necrosi ossea se inalato e ustioni gravissime quando entra a contatto con l'aria. Tuttavia, la Convenzione sulle armi chimiche non lo considera tale. Osservando le conseguenze provocate dalle armi, convenzionali e di distruzione di massa, viene spontaneo chiedersi se possa esistere un'etica della guerra o fino a che punto abbiano senso regolamentazioni pensate per proteggere i civili, ma disattese dagli stessi Stati che le hanno fissate. Qual è la logica di produrre armi sempre più devastanti per vincere e poi aderire a Convenzioni che ne limitino l'uso? Il problema risiede nella natura stessa dell'uomo: per raggiungere il potere non si pone limiti, né etici, né tecnologici.

I SocialNews precedenti. Anno 2005: Tsunami, Darfur, I genitori, Fecondazione artificiale, Pedopornografia, Bambini abbandonati, Devianza minorile, Sviluppo psicologico, Aborto. Anno 2006: Mediazione, Malattie croniche, Infanzia femminile, La famiglia, Lavoro minorile, Droga, Immigrazione, Adozioni internazionali, Giustizia minorile, Tratta e schiavitù. Anno 2007: Bullismo, Disturbi alimentari, Videogiochi, Farmaci e infanzia, Acqua, Bambini scomparsi, Doping, Disagio scola- stico, Sicurezza stradale, Affidi. Anno 2008: Sicurezza e criminalità, Sicurezza sul lavoro, Riuti, I nuovi media, Sport e disabili, Energia, Salute mentale, Meritocra- zia, Riforma Scolastica, Crisi finanziaria. Anno 2009: Eutanasia, Bambini in guerra, Violenza sulle donne, Terremoti rare, Omosessualità, Internet, Cellule staminali, Carcere. Anno 2010: L'ambiente, Arte e Cultura, Povertà, Il Terzo Setto- re, Terapia Genica, La Lettura, Il degrado della politica, Aids e infanzia, Disabilità a scuola, Pena di morte. Anno 2011: Cristianesimo e altre Religioni, Wiki...Leaks...pedia, Musica, Rivoluzione in Nord Africa, Energie rinnovabili, Tekehon, 150 anni dell'Unità d'Italia, Mercificazione della donna, Disabilità e salute mentale, Le ri- sorse del volontariato. Anno 2012: Inquina- mento bellico e traffico d'armi, Emergenza giustizia, Il denaro e l'economia, Gioco d'azzardo, Medicina riproduttiva, La Privacy, @uxilia contro il doping nello sport, Bambini Soldato, Una medicina più umana, Leggi e ombre sul lavoro. Anno 2013: Fuga di cervelli all'estero, La legge elettorale, Europa unita: limiti e possibilità, Costi e Riforma della Sanità, L'evasione fiscale, Maestri di strada, Siria, Malattie rare, "Per me si va nella città dolente", Doping. Anno 2014: L'Europa che verrà, Ucraina, Diritto d'asilo, Euro-balcani, Rom e Sinti, Guerra Fredda 2.0, Telemedicina, Ame- rica Latina, Articolo 18, Giustizia Minorile. Anno 2015: 10 anni insieme, Cuore d'oro, Violenza negli stadi, Diritto al nome, Essere donna, Cibo, Carceri, Curdi, Autismo, Migranti. Anno 2016: Emergenza Sanitaria, Sport e disabilità, Nel cuore dell'Isis, Turismo responsabile, sostenibile e solidale, Protesi e robotica: che futuro?, Violenza contro le donne, Dalla pagina al web: il futuro del libro nell'era digitale, Sport e dintorni: tra competizione e business, Democrazia liquida tra populismi e nuove forme di partecipazione, Bambini soldato: quando l'innocenza muore in prima linea. Esiste un caso Italia?

Direttore responsabile:
Massimiliano Fanni Cannelles

Redazione:
Capo redattore
Angela Caporale e Gabriele Lagonigro

Impaginazione
Blessed Bernadette Ephraim

Valutazione editoriale, analisi e correzione testi
Tullio Ciancarella

Grafica
Paolo Buonsante, Blessed Bernadette Ephraim

Ufficio stampa
Angela Caporale

Ufficio legale
Silvio Albanese, Roberto Casella, Carmine Pullano

Segreteria di redazione
Cristina Lenardon

Edizione on-line
Angela Caporale

Social media manager
Angela Caporale

Newsletter
Aurora Tranti

Responsabile editoriale di Auxilia Onlus
Gea Arcella

Consulenti editoriali
Gabriele Lagonigro, Giovanni Taranto*

Responsabili Ministeriali
Serenella Pesarin (Direttrice Generale Ministero Giustizia),
Enrico Sbriglia (Dirigente Generale Penitenziario con ruolo di Provveditore Penitenziario)

Responsabili Universitari
Cristina Castelli (Professore ordinario Psicologia dello Sviluppo Università Cattolica), Pina Lalli (Professore ordinario Scienze della Comunicazione Università Bologna), Maurizio Fanni (Profes- sore ordinario di Finanza Aziendale all'Università di Trieste), Tiziano Agostini (Professore ordina- rio di Psicologia all'Università di Trieste)



Questo periodico è aperto a quanti desiderino collaborarvi ai sensi dell'art. 21 della Costitu- zione della Repubblica Italiana che così dispone: "Tutti hanno diritto di manifestare il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni mezzo di diffusione". Tutti i testi, se non diversamente speci cato, sono stati scritti per la presente testata. La pubblicazione degli scritti è subordinata all'insindacabile giudizio della Redazione: in ogni caso, non costituisce alcun rapporto di colla- borazione con la testata e, quindi, deve intendersi prestata a titolo gratuito.

Tutte le informazioni, gli articoli, i numeri arretrati in formato PDF li trovate sul nostro sito: www.socialnews.it. Per qualsiasi suggerimento, informazioni, richiesta di copie cartacee o ab- bonamenti, potete contattarci a: direttore@socialnews.it
Ufficio stampa: angela.caporale@socialnews.it
Registr. presso il Trib. di Trieste n. 1089 del 27 luglio 2004 - ROC Aut. Ministero Garanzie Comu- nicazioni n° 13449. Proprietario della testata: Associazione di Volontariato @uxilia onlus www. auxilia.fvg.it - e- mail: info@auxilia.fvg.it
Stampa: **LA TIPOGRAFICA sri - Basaldella di Campofornido - UD - www.tipografica.it**

Qualsiasi impegno per la realizzazione della presente testata è a titolo completamente gratu- ito. Social News non è responsabile di eventuali inesattezze e non si assume la responsabilità per il rinvenimento del giornale in luoghi non autorizzati. È consentita la riproduzione di testi ed immagini previa autorizzazione citandone la fonte. Informativa sulla legge che tutela la pri- vacy: i dati sensibili vengono trattati in conformità al D.L.G. 196 del 2003. Ai sensi del D.L.G. 196 del 2003 i dati potranno essere cancellati dietro semplice richiesta da inviare alla redazione.

Per contattarci:
direttore@socialnews.it, auxiliaonlus@gmail.com

INDICE

3. **Armi proibite**
Massimiliano Fanni Cannelles
4. **Salute: come si interviene in una situazione di emergenza**
Elio Carchietti
6. **In viaggio in alto mare per salvare vite umane**
Letizia Di Tommaso
9. **Dalla Siria alla Somalia con L'AICS**
Rocco Durante
11. **Medicina in zone di guerra: quali diritti?**
Gea Arcella
13. **Procedura di emergenza al fronte**
Claudio Torbino
16. **Emergency in prima linea a Mosul per curare le vittime del conflitto**
Rossella Palma
18. **Medici con l'Africa Cuamm: Mezzo secolo di impegno missionario**
Marta Regattin
20. **Medici siriani da tutto il mondo per affrontare la tragedia del loro Paese**
Nabil Al Mureden
24. **L'eterno calvario del Congo e il miracolo del centro Mirko Mori**
Maria Schiavo
26. **Competenze e passione: quando l'e-inclusion è senza frontiere**
Roberto Zarro
30. **L'emergenza alimentare in Burkina Faso e i nuovi ricchi**
Gigi Pietra e Marina Martinetto



EMERGENZA SANITARIA

Anno 13 Numero 1
Gennaio Febbraio 2016

HANNO SCRITTO:

Moira Monacelli, Davide Giacalone, Susanna Svaluto Moreolo, Marco Co- chi, Antonio Irlando, Roberto Luzzati, Marta Mascarello, Andrea di Lenar- da, Massimo Casciello, Francesco



MIGRANTI: EMERGENZA INFINITA

Anno 12 Numero 10 Febbraio 2015

HANNO SCRITTO :

Lucio Caracciolo, Sandra Zampa, Susanna Svaluto Moreolo, Massi- miliano Fedriga, Davide Giacalone, Franco Codeg, Maria Immacolata Macioti, Franco Maccari, Pierluigi Musarò, Gabriella Russian, Sabrina



SALUTE, COME SI INTERVIENE IN UNA SITUAZIONE DI EMERGENZA

COS'È IL SISTEMA DI EMERGENZA E COME FUNZIONA IL SOCCORSO SANITARIO

di **Elio Carchietti**, Aeshesia - Resuscitation Specialist, docente di Medicina d'emergenza Cavaliere al merito della Repubblica Italiana

L'emergenza sanitaria è una condizione di urgente necessità di soccorso che può coinvolgere numerose persone in un contesto territoriale variabile, dal piccolo Comune all'intera Nazione. Si tratta di una esigenza generata da un evento che ne rappresenta l'origine. Questo può essere prevedibile o imprevedibile ed impatta in maniera critica su un sistema organizzato limitatamente alla gestione ordinaria della salute. Il fattore tempo, l'urgenza e il tempo necessario per agire, diventano pressanti e richiedono la disponibilità operativa di un "sistema di emergenza" attivo che si avvalga di una specifica pianificazione.

Che cos'è un sistema di emergenza?

Il concetto di "sistema" corrisponde ad un insieme ordinato di procedure operative mirate ad un obiettivo assistenziale e terapeutico pianificato. Tale insieme ordinato di attività si concretizza in procedure e comportamenti (processi) che rispondono a criteri scientifici ed a condivisione di efficacia, nonché a sviluppo ordinato e prevedibile perché conosciuto da tutti gli operatori.

L'efficienza del sistema presuppone la sua integrità strutturale, organizzativa e funzionale. Se il sistema non può avvalersi di uno solo degli elementi fondamentali che lo compongono, per carenza strutturale (elemento non inserito), organizzativa (elemento non disponibile) o funzionale (inadeguatezza qualitativa), è un sistema debole. La verifica della funzionalità di sistema deve essere periodica. Per mitigare il rischio, il sistema deve avvalersi di "interazioni lineari", sostenute da appropriatezza e tempestività delle azioni.

Le sequenze operative esplicitamente definite (protocolli) devono essere ed apparire "lineari", ovvero note a tutti i componenti del sistema. I sistemi lineari sono in grado di garantire tempestività, omogeneità, sicurezza, appropriatezza ed integrazione operativa.

Utilità dei sistemi lineari a connessioni strette

- processi tempestivi (privi di stand-by);

- sequenze invariate (ad A segue sempre B);
- sicurezza (pianificazione);
- nessuna eccedenza di risorse (slack risk).

Perché è necessario un piano operativo per eventi che comportano un alto incremento del numero di persone da soccorrere?

Una condizione di emergenza determinata dal coinvolgimento di numerose persone può essere ulteriormente aggravata dal concorso di esigenze straordinarie innescate da una delle seguenti motivazioni: insufficienza di risorse disponibili per realizzare un soccorso adeguato (evento maggiore); gestione di un evento le cui dimensioni richiedono un impiego di risorse straordinarie; gestione di un evento le cui dimensioni richiedono il coordinamento fra più Enti (emergenza nazionale e internazionale). Un'organizzazione consapevole deve conoscere i problemi, le minacce e le opportunità, identificare, analizzare, ricercare o costruire alternative. Una decisione operativa non sostenuta da adeguata pianificazione può esitare in azioni controproducenti e acuire ulteriormente la crisi di sistema. La pianificazione permette di identificare la direzione delle azioni, incrementare la conoscenza e l'accesso alle risorse disponibili, prevenire e governare il caos, determinato dallo stesso numero elevato di vittime, ma anche, ed in maniera più rilevante, da un elevato numero di soccorritori non strutturati nel sistema. Un pericolo spesso sottostimato è rappresentato dalla possibilità che l'intero sistema, o parti di esso, sovrastimino le proprie capacità di "reazione" all'evento, esitando in cedimenti improvvisi ed imprevedibili.

La comunicazione e l'informazione in emergenza

La comunicazione e l'informazione rappresentano uno strumento di governo per la definizione dei bisogni e delle attività di soccorso, ma anche di partecipazione consapevole ed attiva delle vittime alla funzionalità del sistema. La comunicazione in emergenza "è il mezzo che modella e controlla la

dimensione, il tipo di associazione e il comportamento umani" (Marshall Mc Luhan), in particolare le crisi di paura e di panico generate da timori e incertezze correlate alla complessità e alla dimensione dello scenario ed alla evidente sproporzione fra vittime e soccorritori, fra bisogni e risorse.

Il soccorso sanitario

Per risultare adeguato, il soccorso sanitario deve svilupparsi in maniera strutturata nelle tre fasi operative tempo-correlate:

1. primo soccorso sulla scena e triage;
2. evacuazione e destinazione;
3. ospedalizzazione.

Allo scopo, è necessario predisporre:

- Un modulo operativo di primo soccorso e triage;
- Un modulo sanitario per evacuazione e destinazione;
- Un modulo operativo logistico di evacuazione e destinazione.

Nel caso dell'emergenza sanitaria immigrati, il "modulo operativo di primo soccorso e triage" si identifica con il primo posto medico avanzato (PMA), la cui collocazione è a bordo delle navi o nelle immediate vicinanze della sede di sbarco degli immigrati. Il Ministero della Salute ha emanato delle direttive per mezzo di un protocollo per "le attività di assistenza di 1° livello". Prevedono "una prima valutazione dei parametri vitali ed eventuali manifestazioni sospette di malattie infettive e diffuse". Nell'emergenza immigrati, lo scenario è complesso perché composito.

E' costituito da un elevato numero di persone di diversa nazionalità (Eritrea, Siria, Africa Centrale, Afghanistan), si tratta di persone con culture diverse, in fuga, che hanno attraversato il mare in condizioni rischiose, possono aver subito violenze fisiche e psicologiche, possiedono una rilevante ed astratta aspirazione di libertà e realizzazione sociale.

Il responsabile del modulo operativo di primo soccorso e triage ha il compito di realizzare il primo soccorso individuale e collettivo nell'ottica dell'organizzazione di sistema, ma anche di informare tutte le persone soccorse ed ignare circa l'organizzazione del sistema e lo sviluppo delle fasi dell'accoglienza sanitaria.

In particolare:

1. definisce e tratta la criticità del bisogno sanitario immediato;
2. allerta il modulo operativo logistico di evacuazione/destinazione;
3. coordina l'evacuazione della nave o del PMA in relazione alle priorità sanitarie.

Il "modulo operativo logistico"

E' il modulo maggiormente esposto alla criticità di impatto determinata dal numero elevato delle persone e la corrispondente insufficienza di risorse.

Il rischio di impatto può essere mitigato pianificando in maniera adeguata gli spazi di accoglienza e di "attesa" e governandone l'utilizzo ordinato con una corretta previsione dei tempi operativi. Altrettanto utile può risultare la "frammentazione" del bisogno globale, caratterizzato da uno scenario composito e complesso, settorializzando per provenienze i diversi gruppi di persone, prevedendo per ciascuno di essi un adeguato modello di colloquio e valorizzando ogni forma di possibile collaborazione. Il concetto di integrazione può essere riferito in maniera molto limitativa al bisogno di ridurre il rischio di dispersione di risorse professionali, tecniche ed economiche. Tuttavia, dal punto di vista funzionale, per integrazione deve intendersi il superamento dell'agire per scelte individuali, così che le fasi temporali del processo di soccorso non diventino solo "episodi" inseriti in un divenire di "fasi" convergenti, ma rappresentino una continuità operativa di azioni, ciascuna necessaria e preliminare alla successiva.

Il modulo sanitario per evacuazione/destinazione

E' un'organizzazione di più sedi di accoglienza per destinazione sanitaria.

E' necessario distinguere l'organizzazione ospedaliera, caratterizzata da "livelli" di criticità e pertinenza, tutelando la salvaguardia delle attività ordinarie e i limiti potenziali in particolare delle attività a più alta specializzazione, dall'organizzazione dell'"assistenza di II livello" dallo stesso protocollo ministeriale affidata a Centri di primo soccorso e assistenza (Cpsa), Centri di accoglienza (CDA), Centri di accoglienza per richiedenti asilo (CARA), Centri di identificazione ed espulsione (CIE). Una forma di tutela di "sistema" è l'informazione precoce delle persone accolte considerando le differenti culture. Può attuarsi anche per mezzo di sintesi grafiche dell'intero processo di accoglienza e soccorso sanitario, in differenti lingue, già a bordo delle navi utilizzate per l'accoglienza.

Gli ospedali

La pianificazione dell'utilizzo degli ospedali deve armonizzare le esigenze di cure con le potenzialità e la disponibilità di risorse delle singole strutture, non tralasciando l'opportunità, laddove possibile, di considerare le distanze dai Cpsa o dai Centri di primo soccorso e accoglienza che possono svolgere anche la funzione di accoglienza alla dimissione del paziente dall'ospedale.

La tutela della salute pubblica

La mitigazione del rischio per la salute pubblica dipende in gran parte dall'identificazione dei rischi correlati al maxi afflusso di immigrati e dall'efficacia degli interventi di contenimento degli stessi. ■

IN VIAGGIO IN ALTO MARE PER SALVARE VITE UMANE

DA ANNI SULLE NAVI DELLA GUARDIA COSTIERA,
IL PERSONALE MEDICO DEL CISOM RACCONTA
TUTTE LE SFIDE SANITARIE DEL SOCCORSO AI MIGRANTI

di **Letizia Di Tommaso**, Ufficio stampa CISOM



Nel buio della notte, o durante le lunghe traversate per raggiungere il target, l'unico pensiero è sempre lo stesso: arrivare in tempo e portarli tutti in salvo. Immersi nella storia contemporanea, cerchiamo di essere d'aiuto. Per i volontari del Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta, ogni giorno si rinnova la tradizione operando nei sacri principi dell'Ordine di Malta: testimonianza della fede e ossequio ai poveri. Per fede ci si rivolge ad un più alto e puro sentimento del Dio misericordioso vicino agli ultimi. Abbiamo incrociato gli sguardi e teso le mani a più di 150.000 migranti dal maggio del 2008, quando, al largo di Lampedusa, per primi, a bordo delle motovedette della Guardia Costiera e della Guardia di Finanza, i nostri team sanitari hanno iniziato questa straordinaria esperienza di salvaguardia della vita umana in mare. Medici e infermieri non esitano a salire sulle navi anche se non hanno mai navigato e si prodigano nell'assistenza di chi cerca fortuna trovando, troppo spesso, soltanto il buio del Mar Mediterraneo. Le squadre lavorano sostenute soprattutto dalla profonda convinzione di dover aiutare chi, in questi anni, ha sentito la necessità di imbarcarsi senza alcuna certezza per cercare una nuova vita in Europa. Donne e uomini preparati fisicamente e professionalmente per affrontare qualsiasi difficoltà. Nove anni in cui hanno maturato una specifica formazione nell'ambito dell'attività sanitaria di soccorso in mare, una figura medica sotto molti aspetti innovativa. La storia contemporanea ci ha consegnato un cospicuo numero di persone tratte in salvo. Nel solo 2016 sono state 31.198, di cui 25.205 soccorse a bordo di unità navali maggiori della Guardia Costiera. Il progetto SAR OPERATION nasce da protocolli d'intesa attivati dal Corpo con la Capitaneria di Porto e implementati dal Ministero dell'Interno, Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione. Quest'ultimo ha inserito il progetto nell'ambito delle Community Actions 2013 del Fondo Europeo per le Frontiere Esterne. Vi è stato,



operativi un medico al nucleo aereo del Corpo delle Capitanerie di Porto – Guardia Costiera di Catania, un medico e un infermiere sulle due unità navali maggiori della Guardia Costiera, tre medici, tre infermieri e un logista a Lampedusa operativi sulle motovedette della Guardia Costiera.

Nel buio della notte

La testimonianza del dottor Giuseppe Pomilla. Nella notte del 18 aprile 2015 si trovava a bordo della nave Gregoretti in soccorso ad un barcone rovesciato carico di migranti. Con il team sanitario del CISOM ha assistito i 27 superstiti del naufragio costato la vita a più di 800 persone.

“Erano ancora vivi, ma non ne ero certo. Li ho trovati fra i corpi che galleggiavano con gli occhi aperti rivolti al cielo. Giovani di età compresa fra i 17 e i 25 anni in cerca di una vita migliore, accolti soltanto da acqua gelida e indifferenza. Buio totale e nero indistinto tra cielo e mare, mentre galleggiavano tenendosi ai cadaveri. Li ho avvicinati. Il battito del polso quasi inesistente. Ho sentito afferrarmi il polso nel buio della notte mentre

cercavo, in quella massa indistinta di corpi, un segno di vita. Era Sahif, 27 anni, del Ghana. Senza fiato. Con l'ultima forza rimasta mi ha stretto così forte da farmi trasalire. Poco distante, due occhi bianchi riversi fissavano il cielo nella speranza di essere riconosciuti. Un leggero e impercettibile movimento delle palpebre illuminate dalla torcia ha permesso a Mustafa di salvarsi. A bordo sono stati visitati. Erano ancora vivi. Due dei 27 superstiti di una mattanza costata la vita ad 800 persone. Quando sono partito, quel giorno, pensavo al significato del nostro lavoro, ai motivi che mi spingono ad intraprendere questo tipo di professione. Giunti al target, nella concitazione del momento, non c'è più da farsi domande, soltanto salvare tuoi coetanei, dar loro sostegno. Le coperte sono rimaste piegate a bordo della nave, così come le avevo lasciate. Sono rimaste lì, nessuno le ha toccate, non sono servite. Ogni missione, ogni volta, ti rimangono gli abbracci e i contatti. Messaggi di speranza che raccontano il resto del loro viaggio a terra. Da domani ritorneremo a lavorare nell'indifferenza di molti”.

DALLA SIRIA ALLA SOMALIA CON L'AICS

L'AGENZIA ITALIANA PER LA COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO È STATA ISTITUITA NEL 2014.
IN OGNI PAESE CHE NECESSITI DI AIUTI
SEGUE E CURA UN NUMERO PRESTABILITO DI INTERVENTI PLURIENNALI

di **Rocco Durante**, studente del corso di laurea in Relazioni Internazionali e Diritti Umani dell'Università di Padova e collaboratore di Socialnews

Accogliendo l'appello del Segretario Generale delle Nazioni Unite, Antonio Guterres, abbiamo disposto, tramite la Cooperazione Italiana, un pacchetto di aiuti umanitari dell'importo di 10 milioni di euro in risposta alla gravissima crisi alimentare che sta mettendo a rischio la sopravvivenza di 20 milioni di persone in Yemen, Sud Sudan, Nigeria e Somalia, fra cui 1.400.000 bambini di età inferiore ai cinque anni con problemi di acuta malnutrizione". Così si è espresso il Ministro degli Esteri, Angelino Alfano, dopo un incontro avvenuto al Palazzo di Vetro a New York. L'Italia, in questa maniera, dimostra ancora una volta la sua posizione in prima linea nel sostegno a favore dei Paesi in difficoltà a causa di conflitti e carestie. L'Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo, istituita nel 2014, ha diverse direttrici d'azione in tutti i Paesi del globo che necessitino di aiuti e individua, in ognuno di questi, un numero limitato di settori di intervento pluriennale. Tra i diversi settori (sicurezza ambientale, alimentare, sviluppo economico) l'Italia vanta una consolidata tradizione di impegno per la salute, specialmente nella lotta contro le pandemie, le malattie trasmissibili ed una particolare attenzione a favore della salute materno-infantile.

LOTTA ALLA MORTALITÀ INFANTILE E MATERNA

Tra i Paesi che ricevono più aiuti troviamo l'Afghanistan, dove la mortalità infantile è ancora elevatissima, arrivando, addirittura, al 91%. Nell'autunno del 2013, grazie all'Organizzazione Mondiale della Sanità, è stato avviato un progetto di miglioramento dell'ospedale di Kabul specializzato nelle cure ginecologiche, ostetriche e neonatali. In Mozambico, invece, è il tasso di mortalità materna ad essere ancora elevato, costante dal 2003 (408 morti ogni 100.000 nati). Per contrastare il fenomeno, le istituzioni internazionali hanno sostenuto la formazione del personale infermieristico, dei ginecologi e delle ostetriche. Al contrario, in Etiopia,

grazie alle attività di cooperazione, gli indicatori sanitari sono migliorati in termini di condizioni di salute e di copertura dei servizi. La mortalità infantile è diminuita, passando da 217 morti ogni 1.000 nati a 88.

INTERVENTO CONTRO LE MALATTIE INFETTIVE E SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

La battaglia contro le malattie infettive e sessualmente trasmissibili ha sofferto, nell'ultimo periodo, di una consistente riduzione dei fondi. Di fatto, gli interventi sono stati ridotti e sono calati i Paesi beneficiari. Oggi, la maggior parte degli aiuti viene destinata ad Etiopia e Repubblica Democratica del Congo. A questi, dal 2014, a causa dell'epidemia di Ebola, si è aggiunta la Guinea, per la quale l'Italia favorisce l'arrivo di esperti, forniture e attrezzature sanitarie. Fondamentale nella lotta all'Ebola è stata l'azione congiunta di Croce Rossa, Unicef e Medici Senza Frontiere.

INTERVENTO E SENSIBILIZZAZIONE SULLE POLITICHE DI GENERE

Ulteriore area di intervento d'emergenza è la lotta per porre fine alle mutilazioni genitali femminili. La direzione generale di Cooperazione allo Sviluppo è attiva in questo ambito sin dagli anni '80.



Reportage Fotografico a cura del CISOM





Vengono lanciate molte campagne promosse da UNICEF, dalla stessa direzione generale Cooperazione allo Sviluppo e da vari Paesi. L'ONU eroga € 1.200.000 per realizzare campagne di sensibilizzazione. L'Italia garantisce ampio sostegno a questi programmi. Le mutilazioni genitali femminili non rappresentano solo una pratica lesiva dei diritti delle donne e della loro salute, ma anche il risultato di condizionamenti sociali e culturali. La direzione generale Cooperazione allo Sviluppo finanzia attività di promozione dei diritti delle donne in Afghanistan, Libano, Myanmar, Palestina, Senegal ed El Salvador.

In Afghanistan, l'Italia è impegnata sul tema dal 2003. Eroga € 716.000 tramite Action Aid Italia ed € 800.000 tramite la direzione generale Cooperazione allo Sviluppo. In Myanmar è in corso un progetto a favore dello sviluppo e del processo di crescita delle donne attraverso la loro formazione professionale ed intervenendo indirettamente anche a sostegno dei loro diritti. Il budget per questo programma è limitato e sconosciuto. In Palestina, infine, l'Italia è presente attraverso l'istituzione di un centro nazionale antiviolenza dedicato alle donne palestinesi e realizzato grazie a 2.500.000 dollari erogati dalla Banca mondiale.

Il medesimo programma è attivo anche ad El Salvador. Qui prevede anche un approfondimento in materia di sicurezza alimentare, sostenibilità ambientale e sviluppo rurale avviato con l'Istituto Agronomico D'Oltremare. Vi partecipano tre Università italiane.

INTERVENTI IN ZONE DI GUERRA

Nell'ultimo decennio, l'area medio-orientale è stata funestata da numerose guerre. Queste hanno comportato un sistematico sfollamento di intere comunità. Moltissime persone hanno trovato rifugio nei Paesi confinanti. La sola guerra in Siria ha portato 21 milioni di persone a vivere al di sotto della soglia di povertà. Dall'inizio del conflitto sono stati persi due milioni di posti di lavoro, il tasso di disoccupazione è salito al 48,8%, l'indice dei prezzi al consumo è aumentato dell'84,4% e il pound siriano è stato deprezzato rispetto al dolla-

ro americano del 300%. Il sistema educativo è in crisi: molte scuole sono andate distrutte abbassando, di fatto, la frequenza scolastica. Il sistema sanitario è stato devastato: 32 ospedali governativi non sono più attivi e le sanzioni internazionali bloccano l'importazione di farmaci salvavita, equipaggiamenti e pezzi di ricambio. Il personale sanitario scarseggia, a fronte di più di 80.000 morti e almeno 240.000 persone ferite o mutilate. Per far fronte a questa emergenza, l'Italia ha stanziato, nel settembre del 2013, un contributo di € 1.200.000 per aprire un nuovo campo profughi vicino ad Azraq in Giordania, ai confini con l'Arabia Saudita. L'obiettivo è la costruzione di una struttura prefabbricata da adibire ad ospedale da campo. L'iniziativa si inquadra all'interno di un progetto finanziato e coordinato a livello europeo.

Da una crisi all'altra, non si può ignorare la drammatica situazione dell'Iraq dopo la missione statunitense e la caduta del regime di Saddam Hussein. In quest'area l'Italia ha destinato un contributo di € 150.000 a favore di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa (Ficross) per sostenere il piano d'azione lanciato in seguito alle violenze registrate nel gennaio del 2014 nella provincia di Al Anbar. Il piano d'emergenza è volto a fornire assistenza a 25.000 persone. Tende a rafforzare le capacità di Mezzaluna Rossa con incentivi a favore del personale, supporto tecnico e formazione finalizzata ad assicurare un'adeguata risposta all'emergenza sanitaria. L'Italia eroga un contributo al Sud Sudan a sostegno delle Ong attive sul territorio impegnate a far fronte alla drammatica crisi alimentare. I fondi stanziati sono pari a 57 milioni di dollari e servono all'acquisto e alla distribuzione di razioni alimentari ed alimenti ad alto contenuto proteico specifici per i bambini e per le donne in allattamento. Con questo programma vengono raggiunte circa 400.000 persone. In Somalia, l'Italia sostiene il Governo federale tramite programmi volti ad accrescere i favori della popolazione nei suoi confronti e ad aumentare le sue capacità di erogare servizi. In conclusione, il coordinamento tra i rappresentanti delle organizzazioni non governative, l'Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo e il Ministero degli Esteri assume un rilievo fondamentale. Dal meeting è emersa una scala di priorità idonea ad orientare gli interventi programmatici per il futuro. Le istanze definite prioritarie per la Cooperazione allo Sviluppo sono: l'approvazione del documento di programmazione da parte del Comitato interministeriale per la Cooperazione allo Sviluppo, senza il quale la nostra cooperazione si trova priva di un chiaro riferimento strategico e programmatico; il potenziamento, tramite l'assunzione di nuovi esperti, dell'Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo e l'effettivo riconoscimento politico del suo Consiglio Nazionale. ■

MEDICINA IN ZONE DI GUERRA: QUALI DIRITTI?

LA NASCITA DEGLI INTERVENTI UMANITARI IN ZONE DI GUERRA E L'ITER CHE HA PORTATO ALLE CONVENZIONI INTERNAZIONALI A TUTELA DELLE VITTIME DEGLI EVENTI BELLICI. ANCORA TROPPI PAESI NON NE RICONOSCONO IL VALORE E RIFIUTANO DI APPLICARLE

di **Gea Arcella**, Responsabile giuridico ed editoriale di @uxilia Onlus

“Un figlio, idolo dei genitori, allevato e curato per lunghi anni da una tenera madre che s'atterra alla più lieve indisposizione di lui, un brillante ufficiale idolatrato dalla famiglia, che ha lasciato moglie e figli... eccolo steso nel fango, nella polvere, bagnato dal proprio sangue. La sua maschia, bella figura è irriconoscibile, la sciabola o la mitraglia non l'hanno risparmiato, soffre, spira, il suo corpo, oggetto di tante cure, paonazzo, gonfio, orribile a vedersi, è destinato ad essere gettato, così com'è, in una fossa frettolosamente scavata. Non sarà ricoperto che da alcune palate di calce e terra...”

Così Jean Henry Dunant, medico ginevrino presente sul posto – successivamente Premio Nobel per la pace nel 1901 - nel suo *Un Souvenir de Solferino*, descriveva l'orrore dei morti in battaglia a Solferino. Quella battaglia, 24 giugno 1859, con la sconfitta dell'Austria da parte dell'esercito francese e di quello piemontese, rappresentò il primo passo concreto verso l'unità nazionale italiana. Per questo viene ricordata nei nostri libri di storia. Tuttavia, con i suoi moltissimi morti e feriti, con le devastazioni alle coltivazioni, alle case e, soprattutto, per l'inadeguatezza dei servizi sanitari dei tre eserciti, resta uno snodo fondamentale nella storia moderna degli interventi umanitari. Grazie a quel testo, vibrata denuncia contro la guerra, e all'impegno di Dunant nel formare un servizio sanitario che si occupasse dei feriti a prescindere dalla loro nazionalità, nel 1863 nacque il Comitato internazionale della Croce Rossa, quale prima risposta alle atrocità della guerra. I conflitti armati ottocenteschi e, in gran parte, anche la Prima guerra mondiale, vedevano soprattutto scontri tra eserciti. La popolazione civile veniva coinvolta solo marginalmente. Per questo motivo, la prima Convenzione di Ginevra del 1864, e le revisioni del 1906 e del 1929, si occupavano prevalentemente del miglioramento delle condizioni dei feriti delle forze armate in campagna. Le Convenzioni dell'A-

ia del 1899 e del 1907 si occuparono, invece, dell'adattamento alla guerra marittima dei principi della Convenzione del 1864.

Il coinvolgimento delle popolazioni inermi come tecnica di guerra ha una data storica precisa: il bombardamento su Guernica del 26 aprile 1937. L'incursione aerea fu un'azione di guerra che portò, per la prima volta, anche un attacco “terroristico” alla popolazione civile, inaugurando, purtroppo, una prassi poi adoperata in tutta la Seconda guerra mondiale da entrambe le parti. A Guernica vi erano obiettivi militari (il ponte, la ferrovia, alcune fabbriche di armi, usciti con pochi danni dall'attacco), ma le vittime del bombardamento furono soprattutto i civili. L'emozione di quell'episodio, ancora percepito come “eccezionale”, scosse numerosi artisti (l'evento venne ricordato da una scultura di René Iché e da un poema di Paul Éluard) e venne immortalato nel famoso quadro di Pablo Picasso. L'opera prende il nome della città e fu realizzata su commissione della Repubblica socialista spagnola in piena guerra civile contro i nazionalisti per essere collocato al centro del padiglione spagnolo in occasione dell'Esposizione internazionale di Parigi del 1937. Solo dopo la fine della Seconda guerra mondiale, però, e con una rinnovata coscienza di come le guerre non coinvolgano esclusivamente i militari in battaglia, ma anche, e soprattutto, le popolazioni che quelle guerre subiscono, il primo nucleo del Diritto Internazionale Umanitario venne esteso organicamente anche alle popolazioni civili con l'adozione delle quattro Convenzioni di Ginevra.

LE CONVENZIONI DI GINEVRA

Le quattro Convenzioni di Ginevra del 12 agosto 1949, unitamente ai due Protocolli Aggiuntivi del 1977 ed al Protocollo Aggiuntivo del 2005, costituiscono il corpo fondamentale del Diritto Internazionale Umanitario o dei conflitti armati e sono alla base dell'azione del Movimento Internazionale della Croce Rossa e della Mezza Luna Rossa.

Esse proteggono le associazioni umanitarie che si trovino a prestare servizio in territorio di guerra e assicurano il rispetto del personale civile e di quello medico non coinvolto negli scontri.

Le Convenzioni si occupano di:

- miglioramento delle condizioni dei feriti e dei malati delle forze armate in campagna;
- miglioramento delle condizioni dei feriti, dei malati e dei naufraghi delle forze armate sul mare;
- trattamento dei prigionieri di guerra;
- protezione delle persone civili in tempo di guerra.

I protocolli aggiuntivi del 1977 sono dedicati alla protezione delle vittime dei conflitti armati internazionali e dei conflitti armati non internazionali durante le guerre civili. Le categorie tutelate dalle Convenzioni di Ginevra sono: la popolazione civile, i feriti, i naufraghi, gli ammalati, i caduti, i prigionieri di guerra. L'ampliamento del concetto di 'vittima' dei conflitti armati ha portato all'estensione, attraverso specifiche convenzioni internazionali (ad esempio la Convenzione dell'Aia del 1954 per la protezione dei beni culturali in caso di conflitto armato), della tutela anche ad alcuni beni, come i beni culturali e l'ambiente. Le convenzioni garantiscono neutralità e protezione alle ambulanze, agli ospedali militari, al personale sanitario, al materiale sanitario, nonché ai feriti di ogni parte ed al personale civile di ogni parte che si adopera per migliorare la sorte dei feriti. È proibito sparare ad una persona o ad un veicolo che espone una bandiera bianca poiché essa indica l'intenzione di arrendersi o di patteggiare, così come l'emblema della Croce Rossa e della Mezza Luna Rossa, posto sui veicoli e sugli edifici umanitari e sanitari, fa sì che essi siano protetti dagli attacchi militari.

Per questo motivo, l'emblema della Croce Rossa deve essere usato solo per evidenziare:

- strutture per la cura di feriti e malati dei membri delle forze armate;
- equipaggiamento e personale medico delle forze armate;
- personale sanitario e religioso al seguito delle forze armate;
- gruppi della Croce Rossa quali il Comitato Internazionale della Croce Rossa, la Federazione Internazionale delle Società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa e le Società Nazionali di Croce Rossa e di Mezzaluna Rossa.

Le persone sotto la protezione della Croce Rossa o della bandiera bianca devono rimanere neutrali. Non possono, quindi, compiere azioni ostili e atti di violenza o portare armi o munizioni poiché questo costituisce una violazione del codice di guerra. Gli Stati firmatari sono tenuti a prevenire l'uso non autorizzato del nome e dell'emblema della Croce Rossa, in tempo di guerra o di pace, allo scopo di garantire il rispetto universale del simbolo. Ciononostante, l'emblema, con colori differenti, è diventato

un simbolo internazionale che indica pronto soccorso, unità paramediche e simili, ma in maniera non del tutto autorizzata. L'uso dell'emblema della Croce Rossa è, infatti, consentito, come protezione, solo ed esclusivamente agli ospedali civili. Caratteristica comune di questo corpus di convenzioni è la c.d. 'clausola Martens': si tratta di una norma di chiusura che prevede, nei casi non contemplati dagli accordi, l'esistenza di un insieme di principi di natura consuetudinaria ("principi del diritto delle genti come risultano dagli usi stabiliti, dai principi di umanità e dai precetti della pubblica coscienza"), a tutela della popolazione civile e dei combattenti. Il comportamento dei combattenti, pertanto, non può mai considerarsi senza limiti, ma deve sottostare a questi principi di diritto naturale. Le norme contenute nelle Convenzioni di Ginevra e, in particolare, il c.d. principio di umanità, sono state ritenute dalla Corte Internazionale di Giustizia parte integrante del diritto internazionale consuetudinario (ad esempio, nella sentenza del 1986 sulle attività militari e paramilitari in Nicaragua). Ciò comporta la loro applicabilità anche al di fuori dei rapporti tra gli Stati firmatari. Nelle sentenze del 1995 e del 1997 sul caso Tadić, il Tribunale per i crimini commessi nella ex Jugoslavia ha affermato, in sintonia con tale orientamento della Corte Internazionale di Giustizia, che non solo i principi umanitari contenuti nell'art. 3 comune alle Convenzioni di Ginevra, ma anche quelli del Protocollo addizionale applicabile nei conflitti non internazionali costituiscono norme inderogabili del diritto internazionale generale. Il riconoscimento del valore universale di tali norme, anche in situazioni di guerra civile, è particolarmente importante e fonda l'azione umanitaria anche in quegli Stati i quali, non essendo firmatari delle Convenzioni e dei Protocolli, potrebbero rivendicare l'inapplicabilità degli stessi, con evidenti ricadute negative per le popolazioni civili. ■



PROCEDURE DI EMERGENZA AL FRONTE

IL SISTEMA 9LINE MEDEVAC NATO CODIFICA IN MANIERA PRECISA ED EFFICACE LE PROCEDURE PER TRASPORTARE IN AREE SICURE LE VITTIME DEGLI EVENTI BELLICI

di **Claudio Torbino**, Ufficiale della Riserva 77° Batt. Lupi di Toscana, infermiere trauma center, autore e webmaster socialnews.it



MEDEVAC (Medical Evacuation) è il termine tecnico militare con cui viene definita una serie di azioni volte allo sgombero dei feriti dal campo di battaglia o, per essere più aderenti alla realtà attuale, dalla zona di operazioni. Spesso, il termine viene erroneamente confuso con CASEVAC (Casualties Evacuation), lo sgombero di personale ferito con mezzi di circostanza il cui impiego non è pianificabile a priori. Il MEDEVAC si effettua con piattaforme di soccorso mobili ed attrezzate (elicotteri, blindati, aerei da trasporto, ecc.) Il sistema 9Line (9 linee) Medevac utilizza un processo a cinque fasi e 9 linee per definire precisamente i parametri di evacuazione. Nelle operazioni militari di oggi, la possibilità di utilizzo di un MEDEVAC in un formato 9-line in combattimento richiede personale operativo e sanitario altamente specializzato. Molti operatori e molti soldati non

ricevono la formazione necessaria per chiamare il personale medico in modo corretto.

Se un MEDEVAC viene impropriamente richiesto, il paziente rischia di non ricevere cure mediche prontamente, con possibili conseguenze fatali, ed il personale sanitario (laico e non) rischia seriamente la vita. Tutto il personale, civile o militare, dovrebbe essere addestrato alla calma e, collettivamente, ad effettuare chiamate in MEDEVAC 9Line sotto stress. La formazione dovrebbe, inoltre, includere scenari di stress in cui il personale, dai soldati agli ufficiali superiori, fa pratica chiamando i MEDEVAC correttamente.

Quando si chiama un MEDEVAC, esistono diversi passaggi che i soggetti coinvolti devono osservare per garantire la corretta chiamata e il corretto invio delle unità di soccorso, cui devono essere fornite le informazioni necessarie per raggiungere la posizione del paziente.

Vediamo le fasi da seguire:

Fase 1: fuoco di risposta

Prima di tentare di chiamare un MEDEVAC 9Line la scena deve essere resa sicura. Il personale non deve ridurre l'efficacia complessiva della potenza di fuoco della forza mentre tenta di chiamare un 9Line. Se l'unità sotto il fuoco riduce la risposta di fuoco contro la forza nemica, ciò potrebbe tradursi in una maggiore perdita di personale. A tutti i costi, il conflitto a fuoco deve essere vinto prima di muoversi per l'aiuto ai feriti.

Fase 2: copertura di fuoco al personale medico

Una volta stabilita la superiorità di fuoco, possono iniziare le cure ai feriti, sempre sotto il fuoco di copertura. In questa fase, il personale medico e gli operatori con preparazione medica possono iniziare a curare i feriti in pericolo imminente di vita mantenendo la propria sicurezza.

Fase 3: determinare il numero di pazienti

Questa fase è importante non solo per determinare il numero di mezzi necessari al MEDEVAC 9line, ma anche per consentire al personale medico di effettuare un preciso triage su stato di salute e probabilità di vita. In questa fase, il personale gravemente ferito è identificato e stabilizzato, se del caso. Inoltre, non deve esserci spazio limitato sulle piattaforme MEDEVAC in arrivo.

Fase 4: contatto MEDEVAC

Garantire un'ottimale sicurezza della scena è fondamentale perché l'arrivo delle piattaforme MEDEVAC rappresenta un momento critico. Le unità MEDEVAC hanno tempi di risposta variabili e sono vulnerabili. Informandole con precisione della situazione nel più breve tempo possibile, si contribuisce a ridurre il loro tempo di stazionamento sulla scena. Il fuoco di copertura deve essere preventivo e durare per tutto il MEDEVAC.

Fase 5: uso del formato 9Line MEDEVAC

Le prime cinque righe sono le più importanti quando si chiama un MEDEVAC, le altre quattro possono essere trasmesse quando i mezzi sono partiti. Ci si deve assicurare di avere una zona sicura per le squadre di soccorso. Importante: quale che sia la situazione sul terre-

no, l'operatore radio deve rimanere calmo e protetto a tutti i costi. Il personale radio che chiama un MEDEVAC in stato di panico può trasmettere informazioni non corrette o parlare in modo incomprensibile. Inoltre, le unità che rispondono non arrivano più velocemente se l'operatore radio continua a chiamare il 9Line in maniera insistente. Per garantire che un 9Line venga trasmesso in modo corretto, l'operatore dovrebbe scrivere le informazioni e poi controllarne la pertinenza prima di chiamare.

IL FORMATO 9LINE MEDEVAC:

Il formato MEDEVAC 9line può variare a seconda del reparto operativo. Alcuni eserciti usano il sistema 9line MEDEVAC USA, i più utilizzano il Line MEDEVAC NATO. Tutto il personale di direzione e i medici dovrebbero avere carte topografiche MEDEVAC e frequenze radio adeguate. Nel MEDEVAC 9line si usa l'alfabeto fonetico NATO per indicare le lettere.

Vediamo ora la composizione del dispatch MEDEVAC 9line

- Linea 1: Posizione
- Linea 2: Frequenza Id Chiamata
- Linea 3: Numero di pazienti per priorità
- Linea 4: Attrezzature speciali necessarie
- Linea 5: Numero di pazienti per tipo
- Linea 6: Sicurezza area evacuazione
- Linea 7: Metodo di marcatura sul sito di

prelievo

- Linea 8: Nazionalità paziente e Stato
- Linea 9: Contaminazione NBC

Analizziamo ora le 9 linee nel dettaglio:

Linea 1: Posizione

La posizione del sito di prelievo, rilevato su una griglia MGRS (Military Grid Reference System) precision level 6° x 8°

Linea 2: Frequenza Id Chiamata

Rappresenta la frequenza e il nominativo con cui si parlerà ai velivoli o veicoli MEDEVAC in arrivo. Nella maggior parte dei casi, si tratta di un canale predeterminato non criptato messo a disposizione solo per il MEDEVAC. Se possibile, si dovrebbero trascrivere questi dati su tutte le schede 9Line

prima della missione.

Linea 3: numero di pazienti per priorità

A-Urgent (chirurgica) - il paziente ha bisogno di un chirurgo in volo per effettuare un intervento chirurgico durante il viaggio verso l'ospedale.

B-Urgent (non chirurgica) - il paziente ha una perdita arteriosa che può essere stabilizzata fino all'arrivo in ospedale.

C-Priority - pazienti con lesioni che non rappresentano un immediato pericolo di vita, ma sono comunque gravi.

D-Routine - pazienti che richiedono cure mediche minori, ma l'unità non è in grado di trasportarli con i propri mezzi.

E-Convenience - nessuna minaccia di vita e cure fornite al personale in zona di combattimento. Personale da non evacuare.

Linea 4: attrezzature speciali necessarie

- A- Nessuno
- B- Argano
- C- Estricatore, decespugliatore
- D- Ventilatore, respiratore artificiale

Linea 5: Numero di pazienti per tipo:

- A- Litter- non può camminare
- B- Ambulatory- in grado muoversi alla piattaforma MEDEVAC

Linea 6: Sicurezza area evacuazione

- N- Assenza di truppe nemiche nella zona
- P- Possibili truppe nemiche nella zona (approccio con cautela)
- E- Truppe nemiche nella zona (approccio con cautela)
- X- Truppe nemiche attive (richiesta scorta armata)

Linea 7: Metodo di marcatura sul sito di prelievo

- A- Pannello fosforescente visibile in notturna
- B- Luce pirotecnica
- C- Fumogeno (indicare il colore del fumo)
- D- Nessuno
- E- Flash a infrarossi o faro

Linea 8: Nazionalità paziente e Stato

- A- Militare NATO
- B- Civile NATO
- C- Militari non NATO
- D- Civili non NATO
- E- Sconosciuto

Linea 9: Contaminazione NBC

- A- nucleare
- B- biologica
- C- chimica

UN ESEMPIO DI 9 LINEA MEDEVAC:

"Bravo cinque qui è Victor due, richiesta 9 linea MEDEVAC"

"Victor due qui è bravo cinque pronto a copiare"

"Linea uno, otto Sierra - Whisky Papa - uno due quattro - cinque uno sette" (Posizione)

"Linea due, due sette Zero Zero Bravo Five" (Frequenza e ID)

"Linea tre, Alpha One, Bravo One" (Numero e Gravità feriti)

"Linea quattro, Alpha" (Attrezzature speciali)

"Linea cinque, alfa quattro" (Numero di pazienti per tipo)

"Victor due copiato, arriviamo"

A questo punto, la linea MEDEVAC ripete tutti i dati e avvia il processo MEDEVAC. Una volta in aria, l'operatore comunica le restanti quattro linee nello stesso modo indicato.

Questo articolo ha descritto sommariamente i concetti di "Medical Evacuation" (MEDEVAC) per le operazioni Interforze coerentemente con i principi e le politiche che dettano l'organizzazione e le capacità del sistema di MEDEVAC, tenendo conto dello sviluppo dell'integrazione operativa multinazionale.

Il MEDEVAC non impone un sistema di sgombero univocamente definito, ma dovrebbe consentire ad ogni Nazione di mantenere le proprie procedure sanitarie di sgombero per quanto possibile. Allo stesso tempo, incoraggia le Nazioni a pianificare un affidabile, conveniente "Aeromedical Evacuation" presso strutture sanitarie in cui si possano poi ricoverare i pazienti in condizioni di sicurezza. Il MEDEVAC rappresenta una parte cruciale del trattamento medico fornito dall'organizzazione di supporto medico ai pazienti. Richiede specifiche capacità mediche (di personale e di assetti). Il trasferimento di feriti in conformità con gli standard medici moderni non riguarda solo il loro semplice trasporto ad una struttura MTF (Medical Treatment Facilities) idonea, ma è parte del continuum del loro trattamento e cura, e costituisce, quindi, una responsabilità medica. In breve, la disposizione di cure mediche per i feriti in tutto il continuum di cura deve essere considerata un'attività medica indipendente a tutti gli effetti e deve essere pianificata di conseguenza. ■

Fonti:
<http://www.difesa.it>
<http://www.iasus.it/MainPage.aspx?PAGE=123>
https://en.wikipedia.org/wiki/Casualty_evacuation
https://en.wikipedia.org/wiki/Military_Grid_Reference_System

EMERGENCY IN PRIMA LINEA A MOSUL PER CURARE LE VITTIME DEL CONFLITTO

L'INTERVENTO DEI MEDICI ITALIANI A ERBIL PER SUPPORTARE IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE IRACHENO E FORNIRE CURE MEDICO-CHIRURGICHE GRATUITE ALLA POPOLAZIONE

di **Rossella Palma**, Emergency

“**A**rrivare all'ospedale in lacrime, stringendo la tua unica figlia illesa tra le braccia e accompagnando il tuo unico figlio, ferito, ma ancora vivo. Sederti in un angolo, attonito, con lo sguardo perso, i vestiti sporchi, la barba lunga, la fame e la sete che non senti più, con la piccola aggrappata al collo.

E poi scoppiare a piangere. Hai tenuto tutto dentro nel lungo viaggio da Mosul a Erbil, tua moglie e gli altri tre figli sono morti durante i combattimenti e il dolore ti uccide. Passano i giorni, le condizioni di tuo figlio migliorano e la telefonata di un cugino ti fa sapere che una delle tue figlie, che credevi essere morta e avevi perso di vista al posto di primo soccorso, è viva! In quello scantinato, nel quale vi eravate rifugiati per giorni durante i combattimenti, al freddo, senza cibo, senza acqua e gravemente feriti, avevi prima assistito alla morte di tua moglie e poi avevi visto quella tua figlia spegnersi lentamente. Eri convinto fosse morta. La telefonata ti ha colto alla sprovvista, sei corso a dirme-

lo, la bambina ha perso una gamba, ha subito delle ustioni e ti hanno riferito che si trova in un campo di sfollati fuori Mosul. Me lo hai detto in lacrime e ho pianto con te. Abbiamo organizzato la ricerca, mille telefonate ad amici, giornalisti, colleghi.

L'abbiamo trovata, i colleghi l'hanno portata all'ospedale più vicino, l'abbiamo messa su un'ambulanza e oggi è qui. Vi siete abbracciati e baciati, avete pianto, tutti e quattro stretti in un unico abbraccio. E noi abbiamo pianto e gioito con voi.

Quanto dolore e quanta tristezza, quanta felicità e quanta rabbia. Ho visto la guerra, ho visto per anni le conseguenze di questa follia. Non la capirò mai e non esiste nulla a questo mondo che

la possa giustificare, nulla che mi faccia credere che questa famiglia paghi un prezzo accettabile per queste guerre “necessarie o giuste”. Milioni di persone stanno perdendo tutto, centinaia non perderanno più nulla, perché sono morte.

La guerra è ‘accettare di essere disumani’.”

Questa è la testimonianza di Michela Paschetto, Coordinatrice medica di Emergency. A causa dell'intensificarsi del conflitto a Mosul e del peggioramento della crisi umanitaria, il 15 gennaio,

d'intesa con il Dipartimento di Salute del Kurdistan Iracheno, la struttura ha iniziato a lavorare presso l'Emergency Hospital, il Centro Chirurgico di Erbil, Nord Iraq, per garantire assistenza medico - chirurgica alle vittime del conflitto. Mesi e mesi di combattimenti - un'offensiva dell'esercito iracheno nel tentativo di strappare Mosul a Daesh (ISIS) - hanno ridotto allo stremo la popolazione, intrappolata tra le linee del fronte. Le aree abitate dai civili vengono attaccate indiscriminatamente e i residenti in fuga utilizzati come scudi umani.

“Abbiamo deciso di intervenire per rispondere alle crescenti ne-

cessità di chirurgia di guerra. La popolazione di Mosul convive con una guerra cruenta. Le persone bisognose di cure medico-chirurgiche arrivano con difficoltà presso gli ospedali. A loro volta, le strutture sanitarie locali, i medici, gli infermieri cercano di tenere il passo con il flusso dei feriti, in continuo aumento. Vogliamo essere sicuri che i civili colpiti dal conflitto abbiano accesso a cure gratuite e di qualità” spiega Emanuele Nannini, Vice Coordinatore Ufficio Umanitario Emergency. Gli ospedali vicini alle aree abitate sono inaccessibili o non funzionanti, molti pazienti muoiono a causa della mancanza di cure mediche immediate e dei lunghi tempi di trasferimento necessari

“Quanto dolore e quanta tristezza, quanta felicità e quanta rabbia. Ho visto la guerra, ho visto per anni le conseguenze di questa follia. Non la capirò mai”

per raggiungere strutture adeguate. Nonostante le autorità sanitarie nazionali stiano lavorando affinché possano ricevere cure mediche tempestive, al momento i feriti arrivano presso i cosiddetti Trauma Stabilization Points, vicini alle linee del fronte, nei quali viene fornita una prima assistenza per poi indirizzare i pazienti presso le strutture di assistenza sanitaria secondaria basate ad Erbil, che sono ormai insufficienti. Negli ultimi mesi, il numero di pazienti in arrivo all'Emergency Hospital è stato in costante aumento ed Emergency ha deciso di tornare ad Erbil per supportare il sistema sanitario nazionale, fornendo 24 ore su 24 cure medico - chirurgiche gratuite alla popolazione colpita. Lo fa tornando nell'ospedale che aveva costruito nel 1998 per le vittime di guerra e delle mine antiuomo e che ha condotto fino al 2005, quando ha trasferito la gestione del centro alle autorità sanitarie locali. “Dal 2005 torniamo a lavorare a Erbil, nello stesso Centro chirurgico che avevamo aperto nel 1998 e poi affidato alle autorità locali perché il Kurdistan sembrava un Paese stabile e sicuro” continua Nannini. “Oggi siamo di nuovo qui, a fare i conti con le terribili conseguenze di una delle più grandi e complesse crisi umanitarie degli ultimi tempi: il conflitto di Mosul”. Come in tutti i progetti, Emergency si è occupata di ristrutturare l'ospedale, ampliandone il numero dei posti letto, passati da 24 a 68. Particolare attenzione sarà riservata alla formazione del personale medico in chirurgia di guerra, effettuata da personale internazionale, per allineare le procedure ospedaliere agli standard internazionali. “Tra qualche anno si commemoreranno anche le vittime di Mosul?” mi sono chiesto, pensando a quanto vedo qui ogni giorno” racconta Giacomo Menaldo, Coordinatore Emergency in Iraq. “Ieri, tutto il popolo curdo si è fermato qualche minuto per commemorare il massacro di Halabja: nel 1988, migliaia di persone hanno perso la vita e altrettante hanno subito danni a causa dell'uso di armi chimiche. Vedere i nostri colleghi curdi ricordare quell'evento insieme a centinaia di altre persone, davanti al cancello del nostro ospedale, ci ha impressionato e commosso. Sono cambiati i governi, ma la situazione non è cambiata: la guerra c'è sempre e c'è sempre gente che soffre. I combattimenti a Mosul hanno già causato migliaia di feriti e morti, il nostro ospedale è sempre pieno. Nell'ultimo mese abbiamo fatto oltre 250 operazioni, più di 8 al giorno. Continuiamo a sostenere che la guerra non è lo strumento per la risoluzione dei conflitti. Semplicemente, non è uno strumento. Porta solo sofferenza e altra violenza. Qui, all'Emergency Hospital di Erbil, lo vediamo ogni giorno”. Dal 1995, in Iraq, Emergency ha assistito quasi 700.000 persone (dati al 31 dicembre 2016) nei suoi due Centri chirurgici, nella rete di Centri sanitari e nel Centro di riabilitazione. L'intervento di Emergency in Iraq si è concentrato nel Kurdi-

stan iracheno, al confine con Iran e Turchia, in una zona densamente minata. Attualmente, Emergency gestisce in Iraq un Centro di riabilitazione e reintegrazione sociale a Sulaimaniya, avviato nel 1998 constatata l'elevata presenza nell'area di persone amputate. Oltre alla cura dei pazienti e all'applicazione di protesi, Emergency favorisce il loro reinserimento nelle comunità di provenienza. Dal 2014, inoltre, Emergency offre assistenza sanitaria ai profughi iracheni e siriani nei campi delle aree di Arbat e Kalar. I Centri sanitari di Emergency attualmente presenti in Iraq sono sei, quattro nell'area di Arbat e due nell'area di Kalar. A partire dal luglio del 2014, il nostro staff ha offerto cure presso il Centro sanitario di Aliawa, nell'area di Khanaqin, fino al passaggio di consegne con le autorità sanitarie locali effettuato nel febbraio del 2015. Nel 1995 Emergency ha riattivato l'ospedale di Choman, villaggio curdo al confine tra Iran e Iraq. L'area, abitata dai Curdi iracheni, era disseminata da più di 10 milioni di mine, anche di fabbricazione italiana. A Sulaimaniya e a Erbil, città allora controllate da due fazioni in lotta tra loro, nel 1996 e nel 1998 Emergency ha aperto due Centri chirurgici per fornire assistenza gratuita e di alta qualità. Nel tempo, entrambe le strutture sono state ampliate con unità specializzate nel trattamento delle ustioni e delle lesioni spinali. In tutto il Paese Emergency ha attivato una rete di 22 Posti di primo soccorso per offrire cure tempestive ai feriti e il loro trasferimento in ospedale in casi di emergenza.



Foto di Alessandro Rota

MEDICI CON L'AFRICA CUAMM: MEZZO SECOLO DI IMPEGNO MISSIONARIO

DA PADOVA L'ESPERIENZA DEL COLLEGIO UNIVERSITARIO ASPIRANTI MEDICI MISSIONARI,
UNA ONG CHE SI OCCUPA DI SALUTE E SVILUPPO NEI PAESI DELL'AREA SUB-SAHARIANA

di **Marta Regattin**, collaboratrice di SocialNews



Foto tratte dal sito: mediconlafrica.org

Medici con l'Africa Cuamm, acronimo di Collegio Universitario Aspiranti Medici Missionari, nasce nel 1950 nella diocesi di Padova da un'idea del professor Francesco Canova e del vescovo, Monsignor Girolamo Bortignon. Lo scopo originario era quello di formare studenti di medicina, italiani e stranieri, desiderosi di dedicare un periodo della loro attività professionale al servizio degli ospedali missionari e delle popolazioni più bisognose nei Paesi in via di sviluppo. Cuamm è una Ong che si occupa di salute nei Paesi dell'Africa Sub-sahariana. Attualmente, è attiva in Etiopia, Sud Sudan, Uganda, Tanzania, Mozambico, Angola e Sierra Leone. In passato, ha lavorato a lungo in Kenya e ha sostenuto un progetto in Rwanda. Sceglie di investire in progetti sanitari di medio-lungo termine piuttosto che concentrarsi sulle emergenze: l'obiettivo è quello di migliorare in modo concreto e duraturo il sistema sanitario locale dei Paesi in cui interviene. I progetti di igiene e sanità pubblica sono molto ampi: includono il sostegno alle Università per la formazione di nuovi medici locali, alle scuole per infermieri e ostetriche locali e l'invio di medici, infermieri, tecnici di laboratorio, amministratori, logisti e farmacisti che lavorano in ospedali missionari e governativi poiché Cuamm non dispone di strutture proprie. "Riteniamo importante rimanere a fianco delle popolazioni presso le quali interveniamo per il tempo necessario a fare un pezzo di strada assieme: ecco il significato dell'espressione 'con' l'Africa" - spiega Giancarlo Ometto, medico volontario presente dal 1988 nel Cuamm. Il dottor Ometto riferisce che la gran parte degli interventi si concentra nei Paesi africani bisognosi di supporto ai propri sistemi sanitari e che da soli non riescono a garantire risposte efficienti ed efficaci alla popolazione. In queste zone, le cause di malattie e morte sono molteplici e collegate tra loro: è difficile stabilire delle priorità tra i numerosi problemi da affrontare. "Chi lavora in Africa" - continua - "sa che chi non mangia a sufficienza si ammala più facilmente e più facilmente muore. La malnutrizione è endemica in moltissime aree, non solo nelle savane, ma anche, e specialmente, nelle baraccopoli delle grandi città. La mancanza di acqua pulita è un'altra fonte di malattie e decessi. Anche la guerra e le conseguenti migrazioni forzate rappresentano un'altra causa di sofferenza e morte. E fin qui non ho parlato delle malattie, che pure ci sono, facilmente prevenibili e curabili... se solo si volesse!"

Il dottor Ometto continua enumerando le malattie più diffuse: malaria, enteriti da acque e cibi conta-

minati, malattie infettive per le quali esistono vaccini (morbillo, TBC, tetano) o che possono essere curate, come Aids, sifilide, polmoniti. Le uniche emergenze definibili tali ogni giorno affrontate dal Cuamm sono le maternità a rischio, un problema costante: per affrontarlo è nato il progetto 'Prima le mamme e i bambini', che coinvolge 4 Paesi, 4 ospedali principali, 22 centri di salute periferici e 1.300.000 abitanti. Obiettivo del progetto è garantire l'accesso gratuito al parto sicuro e alla cura dei neonati raddoppiando in cinque anni il numero dei parti assistiti in quattro distretti di Angola, Etiopia, Uganda e Tanzania. L'impegno a combattere la mortalità materna e infantile rientra in uno dei grandi Obiettivi del Millennio stabiliti dalle Nazioni Unite. Le aree in cui è più difficile intervenire sono le zone di guerra e dove persiste instabilità politica. "Solitamente non andiamo in aree di guerra, ma capita che ci ritroviamo "dentro", come in Sud Sudan. Cerchiamo, allora, di offrire il nostro contributo come possiamo, anche curando i feriti di guerra". Nei Paesi in cui il Cuamm interviene, le istituzioni e i Governi locali accettano volentieri l'aiuto. Il lavoro dei volontari integra, infatti, la scarsa assistenza sanitaria "istituzionale". "Abbiamo appena ricevuto un riconoscimento ufficiale dalle autorità governative locali e nazionali in Sud Sudan e ci vengono richieste sempre più spesso professionalità specifiche e certificate (come medici specializzati)" - continua Ometto. Anche tra la popolazione il servizio di qualità erogato dalla struttura sanitaria nella quale operano i volontari del Cuamm è riconosciuto e gradito: in questi centri, soprattutto ospedali missionari, viene accolto anche chi non può pagare il servizio sanitario "ufficiale". Molte attività sono svolte sul territorio perché finalizzate ad aumentare la consapevolezza della popolazione sulla propria igiene.

Si tratta di interventi di educazione sanitaria, vaccinazioni, servizi di assistenza alle donne incinte. "In questo ambito si cerca di trasmettere il messaggio che certe cure tradizionali (ben presenti ovunque) possono fare male e che non sempre l'ostetrica del villaggio può risolvere i problemi di una gravidanza. Si tratta di un lungo lavoro che svolgiamo da molti anni. Quando mi trovo



in Kenya, trent'anni fa, organizzavamo incontri mensili con i guaritori tradizionali per condividere questi temi e cercare il loro appoggio". L'approccio del CUAMM è, dunque, multilaterale: assistenza sanitaria, educazione della popolazione e del personale medico locale, dialogo con i guaritori tradizionali.

Il dottor Ometto ha lavorato in molti Paesi, l'ultimo dei quali è teatro di una terribile guerra civile, causa, tra le altre cose, di una drammatica carestia: il Sud Sudan. "L'anno scorso, durante l'estate, ho lavorato per due mesi nell'ospedale di Lui. Quando sono arrivato, la situazione sociale era tranquilla, poi è ripartita la guerra. Per la prima volta mi sono trovato in una situazione del genere. Ciò che più mi ha preoccupato è stata la sicurezza della gente e del personale che lavorava in ospedale". In quel momento, all'interno dell'ospedale, l'equipe del Cuamm era composta da personale italiano, ugandese e keniano. "Da responsabile del gruppo, ho chiesto a tutti se desideravano essere evacuati. Tutti abbiamo preferito restare. Una decisione molto apprezzata dalle autorità e, soprattutto, dalla popolazione, la quale, in tal modo, non si è sentita abbandonata." Un ospedale aperto nelle aree di conflitto rappresenta una vera e propria protezione per donne, bambini, anziani e tutti i civili che poco hanno da spartire con gli scontri in corso. "Ricordo che, in quei giorni, molte persone sono venute anche solo a dormire in ospedale. Nei primi giorni, quando si sono sentiti in lontananza i primi colpi di artiglieria, sono sceso in ospedale per fare il giro in pediatria e ho trovato il reparto vuoto. Nella mia pluriennale esperienza in Africa, non mi era mai successo. Solitamente, le pediatrie, specialmente nella stagione delle piogge, sono sempre affollate a causa della malaria. Per capirci, la situazione è tale che ci sono due madri, con relativi figli, per ciascun letto, più le stuoie sul pavimento. Cos'era successo quel giorno? Le donne avevano già conosciuto la guerra degli anni precedenti. Hanno preferito fuggire nella foresta con i figli malati per evitare gli orrori del conflitto armato". L'intervento medico fine a se stesso nei Paesi africani non risolve i numerosi problemi sanitari nel lungo periodo. Seppur utile, può al massimo aiutare a superare le fasi critiche, ammesso che, in questi luoghi, esistano periodi peggiori di altri. L'azione del Cuamm e di altre Ong simili è molto importante. Non si limita all'assistenza sanitaria, ma sviluppa progetti multilaterali focalizzati soprattutto sull'educazione del personale sanitario locale e della popolazione. Questi interventi si pongono l'obiettivo del miglioramento duraturo del sistema sanitario locale affinché questo continui a funzionare bene anche dopo la fine dei progetti. Devono, infatti, essere garantiti servizi di qualità a tutta la popolazione e vanno proseguiti gli interventi di educazione sanitaria rivolti alle persone e le attività di prevenzione. ■

MEDICI SIRIANI DA TUTTO IL MONDO PER AFFRONTARE LA TRAGEDIA DEL LORO PAESE

L'ASSOCIAZIONE MEDICA ESPATRIATI SIRIANI OPERA DA SEI ANNI
PER SUPPORTARE I COLLEGHI RIMASTI NEL PAESE DILANIATO DALLA GUERRA

di **Nabil Al Mureden**, responsabile dell'ospedale Al Amal e referente per l'Italia dell'Associazione Medica Espatriati Siriani

Una sera come le altre, a cena con la mia famiglia. La testa è sempre in Siria, dove sono nato, nel Paese dilaniato da sette anni orribili. Sebbene la vita possa sembrare sempre la stessa, da quell'inverno del 2011 tutto è cambiato. Anche quella sera stavo ripercorrendo le strade della memoria quando una telefonata improvvisa ha cambiato tutto. Una telefonata da Madaya, città del sud della Siria, assediata dalle truppe di Assad.

“La tragedia ci stimola a sostenere i medici rimasti che si prodigano a favore delle migliaia di sfollati”

Uno dei due dentisti della città ha bisogno di aiuto: deve far partorire una donna, c'è bisogno di un cesareo, non sa come si fa e non c'è nessun altro medico in tutta la città.

The first women's soccer team in the Middle East was from Aleppo, Syria, circa 1950's



Questa è la Siria oggi e questo è il contesto nel quale SEMA, l'Associazione Medica Espatriati Siriani, di cui faccio parte, opera. Siamo un gruppo internazionale di medici di origine siriana, un gruppo di connazionali sparsi divenuto, in qualche modo, anche un gruppo di amici. Già nel 2011 abbiamo avuto l'intuizione di aggregarci per poter offrire assistenza umanitaria e sanitaria ai Siriani rimasti là perché conosciamo la nostra terra e gli Assad. Da allora molte cose sono cambiate. Molti ospedali sono stati danneggiati o distrutti, molti medici, infermieri, ostetrici non ci sono più. Qualcuno è partito, qualcuno è stato meno fortunato. Uno zoccolo duro non smette nemmeno per un istante di lavorare, visitare, operare. SEMA sostiene proprio questo gruppo di operatori sanitari che continuano a prestare i propri servizi sul territorio, sotto le bombe. Grazie alle donazioni raccolte forniamo loro uno stipendio, strumenti medici, materiali sanitari.

Molti centri hanno subito danni. Durante l'offensiva delle truppe di Assad, supportate dalla Russia, per riconquistare la città di Aleppo, è stato bombardato anche l'ultimo ospedale ancora operativo in città. In questa situazione bisogna scappare,

improvvisare ospedali da campo o strutture mobili oppure costruire degli ospedali protetti dentro le grotte o ricoperti da strati di cemento armato in località non segnalate. Spesso, nemmeno questi accorgimenti si rivelano sufficienti a proteggere i malati e i feriti. In collaborazione con altri osservatori e ONG presenti sul territorio, dall'inizio della guerra la nostra associazione monitora gli attacchi contro gli ospedali. Spesso, troppo spesso, è stato utilizzato anche il gas. Si insinua nelle grot-

te e in ogni anfratto causando danni irreversibili, soprattutto nei siti in cui è difficile far arrivare i medicinali anti-gas.

Restano gli ospedali da campo, i centri protetti e poco altro. Anziché scoraggiarci, la tragedia ci stimola a cercare nuovi finanziamenti ed a sostenere i medici rimasti che si prodigano a favore delle migliaia di sfollati. Ricordiamo che molti Siriani non ha avuto modo di fuggire alla volta della Turchia e dell'Europa. Molti Siriani, soprattutto coloro i quali





hanno bisogno di cure, hanno subito una mutilazione, sono stati feriti da un cecchino, è ancora là. Ed sono là che dobbiamo essere presenti per poterli supportare.

Abbiamo aperto un ospedale anche in Turchia, a circa 30 km dalla frontiera, protetti dalle autorità di Ankara. Lì abbiamo allestito cinque reparti fissi: Chirurgia generale, Ortopedia, Neurochirurgia, Urologia e Oculistica. Ciclicamente, poi, invitiamo e ospitiamo professionisti provenienti da tutto il mondo per poter svolgere operazioni altamente specialistiche. Organizziamo il viaggio, spargiamo la voce nella zona in cui vivono migliaia di Siriani e poi procediamo con le operazioni.

Ogni giorno, nell'ospedale, vengono eseguiti almeno 10 interventi chirurgici. Tale numero cresce quando riusciamo ad ospitare un chirurgo specializzato in interventi alla colonna vertebrale e in chirurgia maxillo-facciale ricostruttiva. Sono queste, infatti, le problematiche più diffuse, gli effetti principali delle pallottole dei cecchini che colpiscono civili, passanti, persone normali. Siamo piuttosto fieri degli interventi realizzati, in particolare per quanto riguarda proprio le delicatissime operazioni sulla colonna vertebrale e la ricostruzione di occhi, nasi e altre parti del viso. Questi interventi esercitano un forte impatto psicologico sul paziente: grazie all'operazione, questi può sentirsi lievemente più normale. La normalità è la sensazione che manca più di tutte quando intervieni in qualità di medico in un teatro operativo. Terre minate, spesso letteralmente, in cui anche le cose più semplici diventano complesse. Nel 2012, ad esempio, il Ministero degli Esteri italiano aveva garantito la sua disponibilità a trasferire alcuni feriti in Italia a scopo terapeutico. Il tempo passava e non accadeva niente. Allora abbiamo pensato: perché non chiedere al Ministero di investire quegli stessi soldi nell'allestimento di una sala operatoria neurochirurgica in loco, a due passi dal confine, là dove serve davvero? Abbiamo ottenuto una risposta positiva. Soltanto nel primo anno di attività, questo piccolissimo ospedale da campo ha completato 300 operazioni.

Questa è la dimensione della crisi siriana. Le persone hanno bisogno, un bisogno assoluto e urgente, di sostegno sanitario. Per rispondere a questa esigenza, nel 2015 SEMA ha deciso di aprire una vera e propria Accademia delle urgenze nella zona di Idlib. Qui vengono formati decine di studenti e giovani medici siriani. Nel primo anno di attività, ai corsi hanno partecipato 60 studenti. Ad essi è stato offerto vitto, alloggio ed una formazione specifica sulla medicina d'urgenza. Abbiamo predisposto una strategia per cui molte lezioni vengono svolte anche a distanza, spesso dall'Italia, coinvolgendo l'intera rete dell'associazione ed anche strutture sul territorio. Ad esempio, insieme all'ospedale di Udine stiamo progettando un corso di chirurgia



maxillo-facciale a distanza. L'esperienza ci insegna che questa modalità di lavoro è molto utile e ci permette di interagire direttamente con i medici, mettendo i nostri saperi in comune.

Così, anche nell'emergenza, il medico sa quale numero chiamare, con chi collegarsi, a chi chiedere una mano. Immaginiamo la situazione di Madava, una città di 40.000 abitanti nella quale sono rimasti due soli medici, entrambi dentisti. Sono loro a doversi occupare di tutto e non possono uscire dall'assedio. Ogni giorno vedono i propri concit-

tadini morire di fame. A che risorse possono attingere? Per questo non vogliamo mollare, non ci distraiamo e offriamo il nostro sostegno a titolo di volontariato. Desideriamo sia fatto tutto il possibile. E desideriamo che, anche tra le macerie, possa nascere qualcosa di buono.



Reportage fotografico a cura di Nabil al Mureden

L'ETERNO CALVARIO DEL CONGO E IL MIRACOLO DEL CENTRO "MIRKO MORI"

NELLA REPUBBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO,
FUNESTATA DALLA GUERRA CIVILE E DA UNA PERENNE EMERGENZA SANITARIA,
@UXILIA ONLUS HA REALIZZATO UN OSPEDALE IN RICORDO DI MIRKO MORI

di **Maria Schiavo**, studentessa del corso di laurea in Relazioni Internazionali e Diritti Umani dell'Università di Padova e collaboratrice di SocialNews

UNA GUERRA SENZA FINE

La Repubblica Democratica del Congo, Paese in cui si è consumata una delle più cruente colonizzazioni del secolo scorso, nonché teatro di quella che viene definita la "Prima guerra mondiale africana" (1998-2003), è oggi protagonista di una delle più gravi crisi umanitarie del mondo. Guerra civile, disastri naturali, epidemie ed altissimi livelli di povertà hanno portato ad un bilancio sanguinoso: più di cinque milioni di morti in vent'anni. Dal 1998, la Repubblica Democratica del Congo è stata colpita da sistematiche violazioni dei diritti umani e brutali massacri: quasi tutte le vittime sono civili e la metà di esse è costituita da bambini (Rapporto UNICEF 2009 sulla situazione economico-sociale-sanitaria nella Repubblica Democratica del Congo). Le regioni orientali del Paese - con particolare riferimento alle province dell'Ituri e del Nord Kivu - sono caratterizzate da una situazione di perenne insicurezza ed instabilità politica: dal 2003 l'area è colpita da violenti scontri che portano con sé gravi crisi umanitarie ed economico-sociali. Il conflitto etnico-tribale è definito da vent'anni una "guerra senza fine". Nonostante cambino i nomi dei gruppi ribelli protagonisti, il motivo che spinge alla prosecuzione del conflitto è evidente: fin dalla colonizzazione belga, si tratta del controllo delle immense ricchezze minerarie del Paese.

ETERNI PROFUGHI

Dal 2008, la provincia del Nord Kivu ha visto saccheggiare e dare alle fiamme centinaia dei suoi villaggi. Queste razzie continue hanno portato allo sfollamento di massa di milioni di persone, costrette alla fuga in Uganda e Sud Sudan. I pericoli per la sopravvivenza nelle sei regioni orientali del Paese non riguardano solo i conflitti: rimangono, infatti, migliaia di mine inesplose. Gli accordi di pace tra la Repubblica Democratica del Congo e le Nazioni confinanti sono costante-



mente disattesi poiché non si riesce a contrastare le profonde radici dell'instabilità della regione: il flusso di profughi e ribelli dal confinante Ruanda dopo il genocidio del 1994. Il Ruanda viene accusato di fomentare disordini a causa delle devastanti incursioni dei suoi gruppi ribelli armati, le quali rendono quella dei Congolesi una vita da "eterni profughi".

I PRINCIPALI PROBLEMI SANITARI DEL PAESE

La Repubblica Democratica del Congo è abitata da 67 milioni di persone (secondo i dati della Banca Mondiale). Il 50% è costituito da bambini. La speranza di vita media è di 46 anni. Solo il 46% della popolazione ha accesso all'acqua potabile ed il 31% ai servizi igienico-sanitari. Il 4% della popolazione è affetto da HIV/AIDS (Report UNICEF 2009 sulla situazione economico-sociale-sanitaria nella Repubblica Democratica del Congo). Il grande problema del Paese è proprio questo: nonostante i disordini ed i combattimenti, la maggior parte delle persone muore per fame, malattie, mancanza d'acqua potabile e assistenza medico-sanitaria e sociale. Una donna su cinque muore di parto ed un bambino su sei non raggiunge il quinto anno di vita a causa di malattie prevenibili o curabili, tra le quali il morbillo, la diarrea e la malaria, o a causa della malnutrizione cronica. Queste piaghe si diffondono rapidamente non solo per l'assistenza

medica carente, ma anche per la difficoltà di fornire aiuto dovuta al continuo spostamento forzato di migliaia di persone in fuga dalla guerra.

Dopo il 2008, a causa di una vasta epidemia, aggravatasi in seguito agli scontri in Nord Kivu, i casi di colera sono triplicati. Nel 2016 sono stati riportati 67 casi di febbre gialla e, al termine dello scorso anno, a peggiorare la situazione ci sono state catastrofiche piogge torrenziali e lo straripamento del fiume Kalamu. Nonostante le avversità con le quali continuano a scontrarsi, le agenzie dell'ONU, in collaborazione con numerose Organizzazioni Non Governative partner, garantiscono diversi programmi umanitari nel settore sanitario e nutrizionale, dell'istruzione e dell'assistenza agli sfollati. I principali interventi a contrasto delle emergenze e finalizzati allo sviluppo sono indirizzati alla lotta alla malnutrizione e all'estensione dei vaccini, la maggior parte dei quali sostenuti dal meccanismo di risposta rapida alle emergenze (MRR) UNICEF-ONU. Tuttavia, gli aiuti umanitari sono limitati dalla costante insicurezza delle principali strade di collegamento. Ciò determina che la situazione dei civili sfollati permanga drammatica. Come se i problemi sanitari non bastassero, il Paese è affetto da gravissime piaghe sociali, tra le quali le violenze sessuali, la presenza di bambini soldato ed il loro continuo arruolamento, l'abbandono sulle strade di bambini accusati di stregoneria, lo sfruttamento minorile anche in miniera. Secondo un'indagine di Amnesty International del 2016, infatti, il cobalto utilizzato per fabbricare le batterie degli smartphone e di altri prodotti viene estratto dai bambini che lavorano in condizioni precarie nelle cave della Repubblica Democratica del Congo. Le aziende chiamate in causa sono Apple, Sony, Samsung.

AIUTI CONCRETI: IL "CENTRE DE SANTÉ MIRKO MORI"

L'aiuto delle grandi organizzazioni internazionali risulta, quindi, essenziale per il miglioramento della situazione e per il futuro della Nazione. Tuttavia, non è esclusivo: esistono, infatti, anche realtà più piccole che apportano comunque contributi non indifferenti. Una di queste è @uxilia Toscana Onlus, la quale ha realizzato un piccolo ospedale nella periferia della capitale Kinshasa. @uxilia Toscana Onlus segue l'emergenza umanitaria nella Repubblica Democratica del Congo dal 2014: in seguito alla tragica morte di Mirko Mori, i genitori di questo ragazzo hanno contattato Danilo Prestia, presidente di @uxilia Toscana Onlus. Prestia ricorda che i coniugi Mori intendevano "dar inizio ad un progetto in memoria del ragazzo con l'idea e l'intento che da una morte possano nascere molte vite". Prestia spiega che "questo progetto ha potuto prendere forma grazie alla collaborazione di @uxilia Toscana Onlus e dei genitori di Mirko Mori

con il parroco della Diocesi di Fiesole, la quale ha donato il terreno dove sorge ora l'ospedale, e con un ingegnere congolese autore del progetto della struttura ospedaliera". "Questo 'ospedalino', la cui fonte esclusiva di finanziamento si basa su attività di fundraising, ha aperto le porte alla popolazione congolese nel giugno del 2016, non appena terminati i lavori alla prima parte della struttura". Quella che Prestia definisce "la prima parte dell'ospedale" corrisponde ad una sala operatoria, una sala parto, una sala maternità, un'infermeria e dei servizi igienici; è, invece, ancora in costruzione "la seconda parte dell'ospedale", costituita da una sala chirurgica, un laboratorio di analisi, una sala medicazioni e una farmacia. Il "Centre de Santé Mirko Mori" è diventato presto un punto di riferimento per la popolazione locale. Il lavoro è già tantissimo: non solo si curano i bisognosi, ma si promuovono anche importanti campagne di vaccinazione, oltre a fornire formazione al nuovo personale ospedaliero. Vengono, quindi, creati anche nuovi posti di lavoro a favore della popolazione locale. Danilo Prestia sottolinea che "l'importanza dell'ospedale risiede nel fatto che offre cure gratuite in un Paese in cui la sanità è privata, dunque non accessibile a tutta la popolazione". Fortunatamente, i recenti disordini non hanno colpito l'ospedale, permettendo, così, alla struttura di continuare ad espandersi grazie all'investimento in attrezzature mediche avanzate e pannelli solari necessari a garantire la corrente elettrica. La speranza dei genitori di Mirko sta prendendo forma: grazie al nuovo ospedale, molte vite sono state salvate ed altre sono venute alla luce, e il primo neonato è stato chiamato proprio Mirko.



L'EMERGENZA ALIMENTARE IN BURKINA FASO E I NUOVI RICCHI

LARGHE FASCE DELLA POPOLAZIONE SOFFRONO DI MALNUTRIZIONE, MENTRE LA NUOVA BORGHESIA OSTENTA GLI STATUS SYMBOL DEL POTERE

di Gigi Pietra e Marina Martinetto, Medicus Mundi Italia



Davanti all'ufficio di MMI, si erge un *Diospyros mespiliformis*, gaaka in lingua locale, un albero selvatico che produce piccoli frutti commestibili. Su quest'albero, durante la stagione dei frutti, si sono arrampicati almeno cento bambini. Timidi, silenziosi, vengono a gruppetti, indicano «gaaka» e chiedo-

no educatamente il permesso di salire sull'albero. Sono ragazzini in caccia della frutta fresca assente dall'alimentazione familiare. Il pasto quotidiano è costituito da polenta di miglio accompagnata da una salsa di foglie. E' tutto. Sempre o quasi sempre. Niente frutta o verdura fresca, niente carne, niente pesce, niente latticini. «Se mangi solo il



Foto1 – Un'attività generatrice di reddito molto diffusa: la donna spacca a mano il granito per farne ghiaia, che sarà venduta alle imprese di costruzioni delle città

Foto2 – Le madri imparano come aggiungere i micronutrienti alla pappa del bambino

piatto familiare – afferma un infermiere – sei morto». L'altra attività dei bambini è, infatti, la ricerca di proteine animali. Topi, lucertole, uccellini vengono catturati, arrostiti e mangiati. In qualche modo, i ragazzini riescono a completare la scarsa alimentazione. Ma i più piccoli?

Secondo le statistiche nazionali, oltre il 90% dei bambini di età compresa tra 6 mesi e 5 anni è anemico, il 50% carente di anche iodio e circa uno su tre in ritardo di crescita. Uno scandalo. Ma in Burkina è normale. I dati sono relativamente migliorati nel corso degli anni. Un tempo, parlare delle conseguenze della malnutrizione sullo sviluppo fisico e intellettuale non era politicamente corretto perché considerato razzista. Sulla nutrizione non s'interveniva perché gli economisti spiegavano come fosse inutile: solo la crescita economica avrebbe



Foto3 – Una dimostrazione di cucina

Foto4 – Anche i padri devono essere coinvolti nei problemi di salute e di crescita del bambino

sconfitto la povertà che la genera. La loro profezia non sembra essersi avverata: da 10, 15 anni Ouagadougou mostra effettivamente le manifestazioni di una nuova ricchezza: grandi edifici pubblici, ville di lusso, fuoristrada, SUV, ristoranti eleganti... Ma cresce il divario tra i poveri, residenti soprattutto nelle aree rurali e che continuano a (soprav)vivere della solita economia di sussistenza, e i ricchi, concentrati nella capitale.

I più esposti alla malnutrizione e ai suoi effetti deleteri sullo sviluppo fisico e intellettuale sono i bambini di età compresa tra i 6 e i 24 mesi. La prevalenza delle varie forme di malnutrizione inizia a crescere dai 5-6 mesi, quando l'apporto del latte materno diventa insufficiente, per scendere poi lentamente dopo i 20-24, quando il bambino è più autonomo, in grado di masticare e quindi di approfittare dei «fuori pasto» disponibili in natura. Da grande, una parte di questi indispensabili fuori

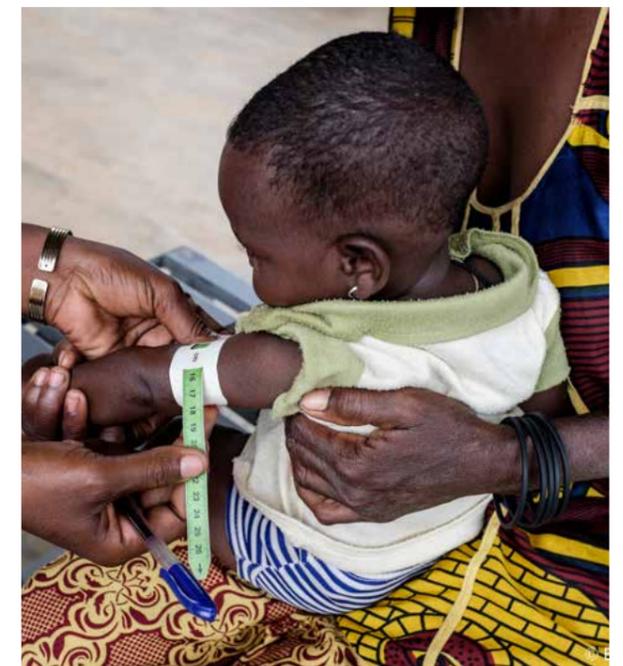
pasto – in particolare quelli proteici, carne, pesce, uova – se li procurerà al mercato, con i pochi soldi che riuscirà a guadagnare. Ma un bambino di 6-24 mesi dipende totalmente dalla madre, cui una serie di problemi impedisce di occuparsi bene di lui: tanto carico di lavoro, poco tempo e poche risorse. Perché? La donna coltiva i campi dell'uomo, ma i prodotti – e i soldi, se i prodotti sono venduti – li gestisce l'uomo; la divisione tradizionale dei compiti rispetto all'alimentazione della famiglia prevede che l'uomo metta a disposizione il cereale e che dei «condimenti» se ne occupi la donna – o le donne, se la famiglia è poligama; se la donna desidera procurarsi qualcosa di più delle solite foglie, per sé e per i suoi figli, deve sviluppare un'attività generatrice di reddito, che però le porta via del tempo, sottratto alle cure necessarie ai bambini; spesso le gravidanze sono così ravvicinate che il nuovo nato sottrae al fratello maggiore le cure cui

avrebbe diritto: la donna burkinabé ha in media 6 bambini, un dato che non cambia da vent'anni... Cosa può fare una piccola ONG in questo contesto? In collaborazione con un'altra ONG italiana, LVIA, e con il contributo finanziario della Cooperazione italiana, abbiamo avviato, in tre dei distretti in cui operiamo, la distribuzione di micronutrienti – vitamine e sali minerali – a tutti i bambini di età compresa tra i 6 e i 24 mesi - circa 33.000 - per sopperire alle carenze più gravi (ferro, soprattutto, ma anche iodio). Si tratta di un intervento consigliato dall'OMS e previsto dai programmi nazionali rimasto finora sulla carta, salvo una piccola sperimentazione. I micronutrienti sono distribuiti nei 62 centri di salute dei tre distretti alle mamme che effettuano le visite di controllo della crescita del bambino. Sono confezionati in bustine monodose che la mamma aggiunge ogni giorno alla pappa. La logistica dell'approvvigionamento e della distribuzione è relativamente semplice, il costo contenuto (circa 6 euro all'anno per bambino) e la pratica dell'aggiunta di «vitamine» alla pappa ben accetta dalle madri. Speriamo, quindi, possa diffondersi in tutto il Paese. Ovviamente, si tratta di un palliativo alle carenze del regime alimentare, ma, se permette ai bambini di crescere più sani e più forti, non è certo una prassi da rifiutare. Ci si è poi chiesto come si possa migliorare l'alimentazione quotidiana del bambino senza pesare troppo sul tempo della madre. Sono state individuate alcune soluzioni: ad esempio, se la farina con la quale si prepara la pappa per il bambino (la «bouillie») viene tostata, si conserva meglio, quindi la madre può tostare tutta insieme la quantità necessaria per una o due settimane. Con la farina tostata, la pappa sarà non solo più gustosa, nutriente e digeribile, ma anche di cottura più rapida. Ci siamo, poi, resi conto che molti alimenti non vengono somministrati al bambino perché si pensa che non ne abbia bisogno e che non sia in grado di mangiarli. Le 62 animatrici – una per centro di salute – da noi formate e seguite nel lavoro cercano, quindi, di trasmettere un messaggio unico: «Per crescere bene, il bambino ha bisogno di tanti cibi diversi. Tutto quello che è disponibile e che mangiano i grandi, se si può ridurre in purea, polvere o succo, va bene anche per il bambino, tranne l'alcool, il peperoncino, le spezie forti e le bevande come the e caffè».

Le dimostrazioni di cucina organizzate nei centri di salute con piccoli gruppi di mamme s'ispirano a questo concetto di base. Le animatrici insegnano come tostare e conservare le farine e come aggiungere quel poco che c'è per renderle più nutrienti: puree, succhi e polveri di frutti (karité, mango, guayava, fagiugole, gaaka...), pasta d'arachide o di sesamo, fagioli sbucciati, pesce secco ridotto in polvere... Infine, insegnano come aggiungere i micronutrienti al cibo del bambino. Un'animatrice afferma orgogliosa: «Sono diventata la mamma di

tutti i bambini del villaggio!». E' anche un modo per aumentare la fiducia in se stesse, combattere la rassegnazione, convincersi che «io posso fare qualcosa».

Con questo, naturalmente, non si risolve il problema di fondo: le donne – come i giovani – sono forza-lavoro sfruttata (14-17 ore di lavoro al giorno, a seconda della stagione), mentre il potere decisionale rimane nelle mani dei maschi adulti e degli anziani di famiglia, e delle anziane per quanto riguarda la salute del bambino. Di rado il tema viene affrontato in modo esplicito, per evitare di «urtare le sensibilità» e d'incrinare la coesione della mitica «comunità rurale». Nei centri di salute si continua, quindi, a «sensibilizzare» le donne su scelte delle quali non sono padrone: l'alimentazione del bambino, la contraccezione... Si comincia, però, a rendersi conto che, se il papà, le nonne e le zie non sono informati e coinvolti, il miglioramento dell'alimentazione infantile resta limitato. La nostra prossima tappa è invitare le famiglie alle dimostrazioni di cucina per i bambini.



Reportage fotografico a cura di

COMPETENZE E PASSIONE: QUANDO L'E-INCLUSION È SENZA FRONTIERE

INTERVISTA A FRANCO VISENTIN, COORDINATORE DI INFORMATICI SENZA FRONTIERE.
LE NUOVE TECNOLOGIE SVOLGONO UN RUOLO CRUCIALE DELL'EMERGENZA

di **Roberto Zarro**

Franco Visentin, coordinatore per l'Emilia-Romagna di Informativi Senza Frontiere, ci ha parlato dei progetti per la diffusione delle competenze digitali promossi dall'associazione, dell'importanza di fare rete con altre realtà, e di una scelta di vita che, giorno dopo giorno, lo gratifica sempre più. Nel suo profilo online, Franco Visentin indossa un cappello così particolare che, quando lo si incontra di persona per la prima volta, si stenta a riconoscerlo. "È un cappello tradizionale del Mali. Nel 2012 - spiega - sono stato con altri due volontari, Raffaele e Toni, a Douenza, 200 km a sud di Timbuktu, per un corso di informatica di base rivolto ad alcuni insegnanti, preceduto dalla creazione di un'aula informatica e di un Internet point. Grazie alla collaborazione con un'associazione italo-maliana fu un vero successo, anche perché selezionammo uno dei corsisti e, al termine, gli donammo un anno di stipendio chiedendogli di diffondere le conoscenze acquisite tra la comunità rurale formata da circa 700 studenti". Questo è solo uno dei numerosi aneddoti da Informativo senza frontiere che Franco dispenserà in poco meno di un'ora. Tuttavia, è particolare perché, parole sue, "In quell'occasione ci improvvisammo anche Cinematografari senza frontiere: di sera, nel villaggio, proiettavamo film e cartoni in francese sul muro di un'abitazione. A cominciare dai bambini, coinvolgemmo l'intero paese. Fu davvero emozionante". Franco è entrato nel mondo del volontariato dopo trent'anni di onorato servizio presso una multinazionale informatica: "Ho cominciato riparando i computer presso i clienti quando ancora non esisteva il fax. Poi, un passo alla volta, sono arrivato ad un certo grado di responsabilità. Nel 2009, però, mi hanno proposto di trasferirmi in una nuova sede. Non ne ero convinto. Proprio allora ho realizzato che era giunto il

momento di dedicarmi alla libera professione". In effetti, Franco una partita Iva l'ha aperta. Ben presto, però, è diventata qualcosa di simbolico, o poco più. Alla fine del 2009, imbeccato da un ex cliente di Milano, si è proposto come coordinatore per l'Emilia-Romagna di Informativi Senza Frontiere (ISF). Da lì, nel giro di poco, è diventato un volontario a tempo pieno. "Anche troppo, dice scherzando la mia compagna. Nel volontariato, se hai voglia, fai in fretta ad accumulare incarichi. Così, molto velocemente, sono entrato nel direttivo nazionale. Devo ammettere che, sarà perché nasco tecnico, tra il lavoro in un certo senso politico e l'impegno sul campo scelgo preferibilmente il secondo". "Sul campo" Franco è davvero molto presente. Rimanendo alla sola Emilia-Romagna, in cui sono state realizzate molte iniziative targate ISF, al momento è impegnato su tre fronti. Collabora a progetti per avvicinare i disabili alle tecnologie, ne segue altri finalizzati alla creazione di software open source per esigenze molto specifiche (uno degli ultimi è un gestionale che, anche grazie al contributo della Regione Emilia-Romagna, sarà presto donato ai farmacisti del popolo Saharawi), e progetta, per poi realizzare in prima persona, corsi di alfabetizzazione informatica. Anche in quest'ultimo caso il lavoro è rivolto a soggetti particolari: detenuti, ospiti di comunità e case-famiglia, cittadini extracomunitari e altri soggetti a rischio di marginalità. "Costa fatica. Spesso - spiega - hai di fronte persone con storie difficili. Ma dà grande soddisfazione". Con alcune detenute del carcere Dozza di Bologna, per la maggioranza sudamericane, di recente Franco ha partecipato, assieme ad altri volontari, a delle lezioni di videoscrittura terminate con l'invio di una lettera a Papa Francesco. "È stato toccante vedere con quanta passione l'hanno scritta. Anche se non possiedo notizie al riguardo, sono sicuro che il

"Costa fatica.
Spesso
hai di fronte persone
con storie difficili.
Ma dà grande
soddisfazione"

Papa abbia risposto o lo farà quanto prima". Nel carcere minorile del Pratello, sempre a Bologna, Franco ha, invece, avuto a che fare fino a pochi giorni fa con interlocutori ben diversi: "Ragazzi che possiedono già le conoscenze di base. Se non li stimoli immediatamente parlando di ciò che interessa loro, tipo scaricare musica, film o videogame, fanno il vuoto intorno a te dopo cinque minuti". L'effetto deserto è stato ampiamente scongiurato. Anzi, al termine del corso, i ragazzi hanno chiesto di poterne frequentare altri. "Il nostro è in parte anche un lavoro da psicologi, addirittura antropologi. Le soluzioni standard non possono funzionare, e, prima di formulare delle idee, occorre sempre osservare attentamente chi hai di fronte. Vale anche per i volontari: ne arrivano molti con tanta buona volontà e la classica voglia di fare. Prima di mandarli allo sbaraglio in Africa o chissà dove, però, è bene metterli alla prova su situazioni di disagio locali. Serve a capire come reagiscono e a valorizzare meglio il loro potenziale". Detto della capacità di ascolto, secondo Franco un altro fattore chiave per il successo delle iniziative di inclusione digitale consiste nella possibilità di collaborare con altre realtà. Presso un'aula informatica dell'istituto Spallanzani di Castelfranco Emilia, ad esempio, nei mesi scorsi ISF e CittadinanzAttiva hanno organizzato due corsi di alfabetizzazione digitale che hanno registrato il "tutto esaurito". "Hanno avuto grande seguito perché CittadinanzAttiva è una realtà molto radicata in questo territorio, così come lo è a Bologna". E ricorda la positiva esperienza di formazione ai giovani richiedenti asilo realizzata a inizio 2015. Determinanti anche il contributo del Centro servizi di Pane e Internet, che ha fornito le dispense e gli attestati di partecipazione, e il forte sostegno dell'amministrazione locale. "Al termine dei due corsi abbiamo allestito un'altra aula informatica, partendo dall'imbiancatura dei locali, passando dalla posa dei cavi e terminando con la dotazione dei computer, e l'abbiamo donata all'Istituto. Si è trattato di un piccolo gesto simbolico per sancire l'avvio di una relazione con queste realtà. Non a caso, a Castelfranco, le nostre attività continuano. Presto partiranno nuovi corsi presso alcuni circoli anziani e, dopo un primo contributo dei nostri volontari per garantire il servizio di facilitazione digitale nella biblioteca comunale, abbiamo cominciato a sperimentare lo stesso servizio anche via e-mail". È un po' presto per parlare degli esiti, ma Franco pensa che, strutturandolo a dovere, può avere ampi margini di crescita, a Castelfranco e non solo. Resta che tutti questi sono piccoli esempi di quanto sia fondamentale fare rete. Anche per questo Franco e ISF guardano con interesse alla nascita dei primi Punti PEI in Emilia-Romagna. "Mettere assieme le specificità e le competenze di diverse realtà è in piena sintonia con la nostra filosofia. Siamo molto curiosi di vedere cosa po-

trà accadere nei territori e, ovviamente, siamo disponibili a dare il nostro contributo". Rimanendo in tema di aspettative, viene spontaneo chiedere a Franco se le sue, quando ha deciso di voltare pagina, siano state soddisfatte. "Da fuori si potrebbe pensare ad un cambiamento radicale, ma le cose sono sempre più sfumate. Dal mio passato in azienda eredito un background preziosissimo in una realtà tendenzialmente destrutturata come il volontariato. Detto ciò, se prima tutto era orientato al profitto, oggi fai le cose con lo stesso impegno, ma vieni ripagato con ben altra moneta. Parlo dei rapporti umani, spesso profondi, che stringi con i destinatari delle tue azioni, ma anche con i soci e con i simpatizzanti". Non bastasse, come è scritto nel nome della sua associazione, grazie a questi progetti si viaggia tanto. "Certo, non si dorme in alberghi a quattro stelle, e talvolta di stella non ce n'è nemmeno una... Però, se uno ha la passione della scoperta e, tutto sommato, si trova più a suo agio dove manca qualche comfort, ma c'è abbondanza di umanità, fare l'Informativo senza frontiere ripaga quanto un cospicuo conto in banca". Talvolta, viene da pensare ascoltando i suoi aneddoti, forse anche di più. ■



Foto tratte dal sito medium.com/@pane_e_internet/competenze-e-passione-quando-l-e-inclusion-è-senza-frontiere-630a60621bfc



PER LE DONAZIONI
CONTO CORRENTE BANCO POSTA
IBAN: IT 15 H 07601 02200
000061925293

Causale
Aiutiamo Riyadh

Doniamo a Riyadh una nuova speranza

Un giovane operatore umanitario, Riyadh Aaskar Hameed, appartenente alla minoranza Shabakh, è l'unico sopravvissuto dell'attentato suicida avvenuto a Mosul East il 5 febbraio scorso. L'ospedale è disponibile ad operarlo, ma servono 8.000 dollari per il trasporto del giovane e l'alloggio del padre.

Il costo dell'operazione è di 10.000 dollari.

Riyadh stava proteggendo alcuni bambini durante i bombardamenti.

Oggi rischia la paralisi.

Aiutaci ad aiutare