

# Notizie dal Lacor

*In Uganda un sogno è diventato realtà*

## In questo numero

Se cambia lo scenario

p. 2

Intervista a Valeria Calbi, ematologa al Lacor Hospital

p. 4

Anno VII - n. 5 - Novembre 2011

Periodico a cura di: Fondazione Piero e Lucille Corti Onlus, Piazza Velasca 6, Milano

Tel. 02.4952.4096 Fax 02.805.4728 Leg. Ric.

con D.M. 7-11-95 - N. 75976 reg. il 14-12-95

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in

abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv.

in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 2 e 3,

NO/NOVARA n° 3 anno 2011



FONDAZIONE ONLUS  
PIERO E LUCILLE CORTI  
PER LACOR HOSPITAL

L'ANALISI DELLE ATTIVITÀ SVOLTE AL LACOR NELLO SCORSO ANNO MOSTRA GRANDI CAMBIAMENTI RISPETTO ALL'ANDAMENTO DEGLI ULTIMI VENT'ANNI. DOMINIQUE CORTI CE NE SPIEGA LE RAGIONI E CI PRESENTA LE NUOVE SFIDE CON CUI L'OSPEDALE DEVE CONFRONTARSI.

## Se cambia lo scenario

L'analisi delle attività svolte al Lacor nel corso dell'anno fiscale appena concluso (1/7/10 - 30/6/11) mostra alcuni cambiamenti significativi rispetto all'andamento degli ultimi vent'anni. Rispetto all'anno precedente, il numero di bambini minori di 6 anni curati è diminuito del 42%. (v. tab.) ►

Il drastico calo è dovuto alla diminuzione dei bambini affetti da malaria, malnutrizione e polmonite. Da oltre vent'anni più della metà dei malati che morivano al Lacor erano bambini tra 0 e 4 anni, proprio a causa di queste malattie.

Siamo particolarmente lieti di questo andamento, che viene attribuito alla pace e al ritorno degli sfollati alle proprie terre, con conseguenti migliori condizioni abitative e ripresa delle attività agricole e di allevamento. Il governo ha effettuato campagne di disinfestazione domiciliare e distribuzione di zanzariere, grazie anche all'aiuto degli organismi internazionali. Il calo della malaria si riscontra anche in altri paesi dell'Africa, anche se in alcuni, dopo qualche anno di riduzione, si è osservato una ripresa per cause non chiare. **Il Lacor sta dunque svolgendo un prezioso ruolo di "sentinella epidemiologica".**

La domanda di ricovero e cura da parte degli adulti è invece stabile, mentre cresce la richiesta dei servizi alle mamme in attesa. (v. tab.) ►

Questa modifica della tipologia di persone che ricorrono alle cure implica, da parte del Lacor, un grande sforzo di adattamento per riorientare le proprie attività. In passato la stragrande prevalenza delle malattie infettive aveva fatto spesso passare in secondo piano, nella percezione della gente, le malattie ad andamento meno acuto (v. box a pag. 4). **Con la pace emergono molti bisogni sanitari per i quali prima non si rischiava il viaggio: tumori, malattie croniche come diabete e ipertensione.** Per questi problemi, per il singolo malato, il costo delle cure in giornate di degenza, mezzi diagnostici e cure, è molto maggiore di quello per una malaria o una polmonite. **Per l'ospedale questo significa meno pazienti, ma con patologie mediamente più complesse e costose.**

La popolazione è meno facilmente preda di malattie infettive, viste le migliori condizioni igieniche nei villaggi rispetto ai campi profughi, ma si trova comun-

N. bambini curati (ambulatori e ricoveri)	Anno '09/'10	Anno '10/'11	Variatz. %
Bambini < di 6 anni	156.422	91.037	-42%
Adulti	140.657	141.222	0%
Mamme	34.267	36.327	+6%
<b>TOTALE</b>	<b>331.346</b>	<b>268.586</b>	<b>-19%</b>



Foto: Mauro Fermariello

**In crescita la richiesta dei servizi alle mamme in attesa**

Servizi Materno Infantili	Anno '09/'10	Anno '10/'11	Variatz. %
Parti	4.678	5.348	+14%
Cesarei	640	713	+11%
Ambulatorio prenatale	25.234	26.748	+6%
Ambulatorio ostetricia e ginecologia	19.380	19.095	-1%
Ricoveri in maternità	9.033	9.579	+6%

**All'ospedale si presentano patologie sempre più complesse e costose da curare**



Foto: Mauro Fermariello

que davanti a gravi problemi, come il dover ricostruire le proprie capanne e dissodare terre a lungo abbandonate per trarne ciò che basta per mangiare e, se la fortuna aiuta, anche qualche cosa in più da poter vendere al mercato per poter mandare i figli a scuola. Le elementari sono gratuite, ma i genitori devono comperare, oltre a uniformi e quaderni, il gesso per la lavagna e persino le zappe per provvedere alla manutenzione della scuola. Una spesa che spesso richiede tutti i risparmi.

**Dal 2003, ogni anno, nel Consiglio di Amministrazione del Lacor, si ripropone il dibattito sulla necessità di ridurre la dipendenza dall'estero, chiedendo qualcosa in più ai malati, ma alla fine prevale la considerazione che i più non riuscirebbero a sostenere l'aumento, così le tariffe sono ancora quelle del 2003.**

I bambini e le donne in gravidanza sono curati gratuitamente, mentre a tutti gli altri viene chiesto, se possono permetterselo, solo un contributo forfettario che copre in media meno del 15% del costo delle cure.

Ancora oggi aumentare le rette significherebbe, per la maggior parte della popolazione, dover rinunciare alle cure o in alternativa rinunciare a mandare i figli a scuola o ad avviare una piccola attività commerciale grazie ai primi, pochissimi risparmi.

Per complicare le cose, nell'ultimo anno i prezzi degli alimenti di base come il mais, le patate dolci e lo zucchero, sono aumentati di circa il 40%. Questo fenome-

no sta interessando quasi tutta l'Africa ed è stato una delle principali cause delle rivolte "del pane" nell'Africa Mediterranea. Nell'Africa rurale l'agricoltura di sostentamento sta in parte tamponando il problema, ma **le popolazioni vivono un momento particolarmente difficile, trovandosi sempre più spesso davanti al dilemma di spendere per il cibo o per la scuola, per il cibo o per le cure mediche.**

La forte svalutazione dello scellino rispetto al dollaro (-30% in un anno) ha provocato un aumento del costo di tutti i beni importati, primo fra tutti il petrolio. È salito il costo dei farmaci e del carburante che serve per i nostri mezzi di trasporto e per i nostri generatori.

Nel 2012 l'ospedale dovrà preparare il suo secondo piano strategico per il periodo 2012-17 in un contesto radicalmente cambiato. Sarà fondamentale, molto più che nel passato, capire non solo i nuovi bisogni sanitari, ma anche i cambiamenti sociali, economici e politici che stanno trasformando la regione. **Con il divario crescente tra i costi delle tecnologie e dei farmaci considerati "il minimo essenziale" in occidente, ed i pochi mezzi a disposizione nei paesi poveri, sarà una sfida sempre maggiore riuscire ad individuare la strada perché il Lacor possa continuare a perseguire la sua missione: "offrire le migliori cure possibili, al maggior numero di persone possibile, al minor costo".**

*Dominique Corti, Presidente Fondazione Corti*

Foto: Mauro Fermariello



# Intervista a Valeria Calbi, ematologa al Lacor Hospital

## Valeria, di cosa ti occupi?

Mi occupo di tutti i tumori del sangue, nonché di tutti i bambini con tumore. In particolare è molto diffuso un tipo di linfoma chiamato Burkitt, dal nome del suo scopritore. Si tratta di un tumore del sangue che colpisce soprattutto i bambini.

## È curabile il linfoma di Burkitt?

Se curato in tempo e con le giuste chemioterapie ha un'ottima prognosi. I pazienti che si presentano nella fase iniziale guariscono in più del 70% dei casi, ma ha buone speranze anche chi arriva con forme già avanza-

te: complessivamente il 50%-60% di chi riesce a raggiungere il Lacor può guarire. Potremmo salvarne di più, ma purtroppo spesso tardano molto a venire perché il viaggio può costare più di quanto una famiglia si possa permettere, soprattutto per un gonfiore che non dà febbre alta e dolore e non sembra mettere a rischio la vita. Quindi iniziano ad affidarsi alle cure della medicina tradizionale perché è a portata di mano e il costo è prevedibile, oppure ai piccoli negozietti di farmaci sparsi un po' ovunque dove un venditore, in genere con scarsa o nessuna competenza sanitaria, vende farmaci di dubbia qualità. E dire che spesso è facilmente riconosci-

## Le malattie non trasmissibili nei paesi poveri

Le malattie trasmissibili hanno finora focalizzato gli sforzi nell'aiuto ai paesi poveri in campo sanitario, ma **ai vecchi mali si stanno sempre più sommando malattie** dovute a stili di vita sbagliati, tipici dei paesi ricchi, **come tumori, diabete, malattie cardiovascolari e polmonari.**

Un recente rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>1</sup> fa il punto sulle analisi riguardanti le malattie non trasmissibili nei paesi poveri: **le vecchie e le nuove malattie "si aiutano" a vicenda. Un diabetico ha maggiori probabilità di contrarre la tubercolosi, un HIV-positivo in terapia antivirale ha maggiori probabilità di contrarre il diabete o il cancro.**

Gli aiuti allo sviluppo hanno finora spesso mirato esclusivamente ad alcune malattie trasmissibili considerate prioritarie, come l'AIDS (Secondo un rapporto OMS/OCSE/Banca Mondiale, il 32% di tutto l'aiuto allo sviluppo ufficiale per la sanità dal 2000 è stato assorbito dall'HIV/AIDS. Alcuni paesi, come l'Uganda, sono vincolati a spendere quasi la metà del budget sanitario per interventi riguardanti l'AIDS<sup>2</sup>, mentre **solo il 3% dei fondi destinati allo sviluppo per la sanità hanno riguardato le malattie non trasmissibili, nonostante i paesi poveri sostengano l'80% del carico mondiale di queste malattie, di cui si prevede un forte aumento.** Prevenirle è prioritario: sono malattie che uccidono molto più rapidamente nei paesi poveri (con conseguenti enormi perdite economiche) e le cui cure si protraggono a lungo o per tutta la vita. In Uganda esistono solo sei apparecchi per la dialisi e un'insufficienza renale da diabete equivale ad una sentenza di morte, dato che per un trapianto la soluzione più economica è l'India, dove il costo è di circa 40.000 dollari (circa 30.000 euro)<sup>3</sup>.

In Uganda, come nella maggioranza dei paesi africani, la maggior parte dei malati affetti da cancro non ha accesso alle cure. **Per 34 milioni di abitanti esiste un solo centro specializzato per i tumori.** Nell'elenco pubblicato dall'Ordine dei medici sono registrati, per tutto il paese, 1 oncologo, 1 radioterapista, 2 cardiologi, 4 farmacologi e 25 patologi. La spesa sanitaria procapite in Uganda (ovvero tutto ciò che viene speso mediamente nell'anno per ogni persona) è di 43 dollari, di cui 20% è il contributo dello Stato, mentre la maggior parte della quota rimanente è costituito dai pagamenti effettuati dai cittadini "dalle proprie tasche", al momento del bisogno. In confronto, in Italia la spesa sanitaria procapite è di circa 3.300 dollari, di cui 77% è il contributo dello Stato<sup>4</sup>. Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, quando i cittadini sono costretti a partecipare ai costi delle cure con un'elevata quota di pagamenti "dalle proprie tasche" vi è un elevato rischio di avere spese catastrofiche ed impoverimento delle famiglie. Questo vale sia in un paese povero come l'Uganda, sia in un paese come gli Stati Uniti dove, nel 2007, il 62% di tutte le cause per bancarotta erano dovute a spese mediche. La maggior parte erano persone istruite, di classe media, 3/4 aveva una assicurazione familiare<sup>5</sup>.

**Curare un bambino affetto da Linfoma di Burkitt costa circa 200 euro;** pochissimi se si considerano le diverse decine di migliaia di euro che sono ritenute essenziali per curare, o semplicemente per ritardare la progressione di molti tumori in paesi come l'Italia, ma tantissimo per la maggior parte degli ospedali Africani. E sicuramente inimmaginabili per chi vive con meno di un dollaro al giorno.

1. From Burden to "Best Buys": Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries. 2011 World Health Organization - World Economic Forum. 2. Strengthening Health Systems - Capacity Issue 42 June 2011 3. Chronic diseases in developing countries 24 Sept 2011 Economist 4. Banca Mondiale [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org); OMS [www.who.org](http://www.who.org) 5. Medical Bankruptcy in the United States, 2007 - AM J Med



Foto: Mauro Ferrarello

Uno dei tanti negozietti di farmaci che si incontrano in Uganda, "dove un venditore, in genere con scarsa o nessuna competenza sanitaria, vende farmaci di dubbia qualità"

Sud Sudan. Pochi altri ospedali qui nel Nord hanno le medicine necessarie per il trattamento, e nell'elenco ufficiale degli specialisti Ugandesi non è presente neanche un ematologo o un oncematologo.

### Ti occupi anche di altro?

Oltre a curare ho il compito di formare i pediatri e i medici ugandesi nel mio particolare ambito, e mi occupo anche di ricerca. Il Linfoma di Burkitt insegna che i tumori sono molto diversi e influenzati fortemente dall'ambiente e dal contesto.

Pochissimo si sa dei tumori in

bile perché crea dei grossi e caratteristici rigonfiamenti sul collo o sul volto.

### Oltre al Burkitt ci sono altri tumori?

Sì, il 10 % sono tumori del sangue (leucemie, linfomi, ecc.), il 20% altri tumori (c.d. tumori solidi: rene, ossa, muscoli, sistema nervoso), e il 70% Burkitt.

Purtroppo molti dei tumori diversi dal Burkitt non li possiamo curare in quanto richiedono terapie molto costose che non ci possiamo permettere. Anche quelli cui consigliamo di andare a Kampala, per lo più tornano a casa loro perché il viaggio e la permanenza sono oltre le loro possibilità (v. box a pag. 4).

Qui, come nel resto d'Africa, l'incidenza dei tumori sta aumentando, ma il sistema sanitario non può assolutamente permettersi i mezzi necessari per affrontare il problema. Le cure sono costose, ma anche per la diagnosi sono necessari grandi investimenti, soprattutto per la formazione del personale dei laboratori. La somministrazione dei farmaci richiede spesso molto più tempo da parte delle infermiere. Abbiamo dovuto introdurre un'infermiera dedicata a tempo pieno: è un grande sforzo se si considera che nel reparto di pediatria, per 100 letti, negli anni passati erano sistemati 150 bambini, spesso con punte molto più alte, con 5-6 infermiere qualificate la mattina e solo 2 o 3 nei turni pomeridiani e notturni.

### Quanti sono i tuoi pazienti e da dove vengono?

Di solito ho in trattamento tra i 30 e i 50 bambini alla volta, più quelli che vengono per le visite periodiche di controllo. Il trattamento dura in media 3 mesi. All'anno diagnosticiamo tra 120 e 150 nuovi casi. Per i pazienti tumorali siamo il centro di riferimento di tutto il Nord Uganda, e diversi pazienti giungono anche dal

Africa, della loro storia naturale, evoluzione ed epidemiologia. Non si possono semplicemente trasferire le nostre conoscenze occidentali, ma occorre sviluppare protocolli di cure basati sulle realtà locali. Questo è possibile anche implementando la ricerca clinica ed epidemiologica, come il Lacor sta cercando di fare.

Il Dottor Martin Ogwang, chirurgo e Direttore Istituzionale del Lacor, negli ultimi anni ha promosso la partecipazione dell'Ospedale a diverse iniziative di ricerca a livello internazionale. Al Lacor, la quantità di malati curati e l'affidabilità dei dati sulla storia clinica dei singoli pazienti possono, speriamo, contribuire a capire meglio e quindi curare in modo più efficace almeno alcuni tipi di tumori in Africa.

### Com'è per te comunicare con i malati?

Ho imparato il minimo necessario di Acoli per fare la diagnosi, anche se spesso mi aiutano i pochi genitori che parlano inglese. Quando i pazienti vengono da altre regioni devo fare uso di improvvisati traduttori. A volte, nonostante il dramma della malattia, le scene sono esilaranti perché si formano delle vere e proprie "catene", come nel caso di un paziente sudanese che parlava solo arabo. Abbiamo trovato un altro sudanese che sapeva un po' di arabo e parlava una lingua simile al Karamojong, un'altra persona parlava Karamojong e Iteso, un'altra parlava Iteso e Lango, che essendo molto simile all'Acoli a sua volta veniva tradotto in inglese da un Acoli: una catena composta da 5 persone! Ma la cosa più divertente è che ad ogni mia domanda tipo: "il bambino ha male all'orecchio?" seguivano spesso lunghe conversazioni in ogni lingua, ma alla fine dell'estenuante catena la risposta era spesso un sì, o un no, senza altri commenti!

### Quali sono le differenze tra essere medico qui in Uganda

## e esserlo in Italia?

Mentre da noi uno specialista si occupa sempre più soltanto di un campo limitato della sua specialità, qui i dottori hanno una conoscenza molto più a 360 gradi, come da noi qualche decennio fa. In Uganda i medici sono pochi (meno di 1 per 10-20.000 persone, mentre in Italia 1 ogni 300 persone) e gli specialisti ancor meno, devono quindi essere in grado di diagnosticare e curare tutto il possibile nell'ambito di poche specialità: solo gli ospedali maggiori, come il Lacor Hospital, hanno almeno uno specialista in Medicina, Chirurgia, Pediatria e Ginecologia.

Un'altra differenza è la capacità di fare diagnosi con pochissimi strumenti diagnostici, sia strumentali che di laboratorio: manca ciò che in Italia sarebbe considerato il minimo necessario per fare diagnosi. Il medico deve affidarsi molto alla visita, al colloquio con il paziente e soprattutto moltissimo alla propria esperienza perché al Lacor, che rappresenta una situazione migliore rispetto a molti altri ospedali, i nostri 22 medici, di cui 14 specialisti, quest'anno in media si sono dovuti occupare ogni giorno di 700 malati ambulatoriali e 600 malati ricoverati. C'è pochissimo tempo per ogni malato, e per questo in Uganda esistono i Clinical Officers, infermieri specializzati che si occupano delle diagnosi e terapie più semplici.

Anche noi medici italiani abbiamo molto da imparare qui. In particolare tante cose che abbiamo disimparato con l'evoluzione attuale della nostra professione, fatta di analisi ipersofisticata e di conoscenze iperspecialistiche, tutto aggravato dall'elevato livello di contenzioso legale che impone di eseguire, a scopo cautelativo, esami non strettamente necessari per il bene del paziente.

## Secondo te di cosa c'è più bisogno al Lacor?

È chiaro che c'è bisogno un po' di tutto. Però soprattutto bisogna avere personale qualificato a sufficienza. E mi dicono che i soldi per pagare il personale sono spesso la cosa più difficile da trovare, perché molti donatori preferiscono finanziare investimenti in macchinari, edifici, attrezzature. Certo, qui c'è molto bisogno di quello, per carità, se no non possiamo lavorare. Ma se poi manca il personale medico o infermieristico necessari per farli funzionare, questi investimenti rischiano di essere sfruttati solo in parte o essere inutilizzati entro poco tempo, ed è un peccato.

Peraltro aiutare l'ospedale ad affrontare questi costi secondo me significa fare una doppia donazione, in quanto si aiutano sia i tantissimi pazienti che da questi medici e infermieri ricevono le cure, sia il medico o l'infermiera stessa, che con i loro sudati stipendi riescono a mandare a scuola i figli e nipoti, e spesso a fare piccoli investimenti, comprando magari un po' di terra e colti-

vandola. Anche lavorare in un ambiente dove si cerca di usare al meglio le risorse, dimostrandolo con trasparenza, ha un grande valore per chi vi opera e per l'ambiente difficile in cui l'ospedale si trova.

Sono tutte cose molto importanti per lo sviluppo economico di questa zona. Alla fine solo se ci sarà sviluppo economico gli ospedali qui potranno smettere di aver bisogno di aiuti esterni e di donazioni, ed essere finanziati con le tasse dei cittadini.

## Ma tu come sei arrivata a lavorare al Lacor?

Nel novembre del 2009 sono arrivata per trascorrere l'ultimo anno della specializzazione in Ematologia che ho fatto al San Raffaele. Poi sono rimasta grazie ad un progetto AISPO finanziato dalla Cooperazione Italiana (Ministero degli Esteri). Da 6 mesi invece, lavoro come dipendente del Lacor.

*Chiara Paccaloni*

La dott.ssa Calbi in reparto con un giovane paziente affetto da linfoma di Burkitt





**Per ringraziarvi e augurarvi Buone Feste, ci sembra che il modo migliore sia dedicarvi queste parole di Piero e Lucille. Auguri!**

“Nessuno può dimenticare che tale lavoro non sarebbe stato possibile senza il sostanziale apporto dei benefattori... Lo stesso, è inevitabile, sarà per il futuro: e noi si vuole andare avanti, fare di più, offrire a questi pazienti che sono il nostro prossimo, un servizio medico che continui a migliorare in qualità e quantità.

Tutto questo col suo aiuto, gentile benefattore, e con l'aiuto del Signore. Quel Signore che fra pochi giorni verrà nuovamente tra noi nel suo Santo Natale, noi lo preghiamo umilmente, perché continui a tenere la sua mano protettrice sul nostro ospedale, e sulla vita di coloro che ci amano e che noi amiamo.

Buon Natale. Buon Anno Nuovo”.

*Piero e Lucille Corti, Natale 1963*



“Molte persone considerano il giorno della nascita del loro figlio come il giorno più felice della propria vita.

Nei paesi ricchi è certamente così nella maggioranza dei casi. Nei paesi poveri, invece, quel giorno spesso è anche il giorno della morte della madre.

Nei paesi dell’Africa sub-sahariana le donne hanno una possibilità su 16 di morire partorendo”.

Nazioni Unite - Campagna del Millennio  
[www.campagnadelmillennio.it](http://www.campagnadelmillennio.it)

Una donazione alla Fondazione Corti è un dono che arriva lontano, perché garantisce cure, assistenza materna, lavoro, formazione di competenze, sviluppo.

**DONA SUBITO:**  
[www.fondazionecorti.it](http://www.fondazionecorti.it)

## DONAZIONI

**C/C Postale:** 37260205 intestato a Fondazione Piero e Lucille Corti Onlus

### Bonifico bancario\*:

- Credito Artigiano  
IBAN IT90 C035 1232 5200 0000 0001 888
- Banca Popolare di Sondrio  
IBAN IT23 H056 9601 6000 0000 5945 X61

\*Per darci la possibilità di inviarvi un riscontro di ricezione, raccomandiamo ai donatori di segnalarci, via email o nella causale del bonifico stesso, il proprio indirizzo. Questo infatti, sebbene indicato nella disposizione di bonifico, spesso non compare, per ragioni di privacy, nell’estratto conto che ci notifica le donazioni.

**RID bancario:** utilizzando il modulo in allegato o collegandosi al sito [www.fondazionecorti.it](http://www.fondazionecorti.it)

**Carta di credito:** dona online su [www.fondazionecorti.it](http://www.fondazionecorti.it)

**CONTATTI:** ♦ MILANO: Chiara Paccaloni, tel. 02 49524096, [info@fondazionecorti.it](mailto:info@fondazionecorti.it) ♦ BERGAMO: Achille Rosa, tel. 035.345278, [achirosa@tin.it](mailto:achirosa@tin.it) ♦ PARMA: Bruno Molinari, tel. 0525.64265, [bruno.molinari2@tin.it](mailto:bruno.molinari2@tin.it) ♦ PAVIA: Diego Gasperi, tel. 335.7115995, [d.gasperi@virgilio.it](mailto:d.gasperi@virgilio.it) ♦ BESANA BRIANZA: Federico Gatti, tel. 335.6818359, [gattif2008@hotmail.it](mailto:gattif2008@hotmail.it) ♦ NAPOLI / ROMA: Francesco Bevilacqua, tel. 340.6423978, [fr.bevilacqua@fastwebnet.it](mailto:fr.bevilacqua@fastwebnet.it) ♦ IVREA: Maresa Perenchio, tel. 335.5432407 [maresaperenchio@yahoo.it](mailto:maresaperenchio@yahoo.it)

**FONDAZIONE PIERO E LUCILLE CORTI ONLUS** sostiene l’ospedale St Mary’s Hospital Lacor (Uganda) - CODICE FISCALE: 91039990154 - P.za Velasca 6, 20122 Milano, Tel. 02 49524096 e-mail: [info@fondazionecorti.it](mailto:info@fondazionecorti.it) - [www.fondazionecorti.it](http://www.fondazionecorti.it)  
Iscr. Reg. Pers. Giuridiche Prefettura di Milano N. d’ord. 491, pag. 870, vol. III.

**Notizie dal Lacor:** Periodico della Fondazione Piero e Lucille Corti Onlus - Reg. presso il tribunale di Milano N. 750 12/12/2003 Dir. Resp. F. Ferrarone - Stampa: Italgrafica Srl, Via Verbano 146, 28100 Novara Veveri - Propr.: Fondazione Piero e Lucille Corti Onlus. Editore: Fondazione Piero e Lucille Corti Onlus - Redazione: L. Suardi, C. Paccaloni.

**Informativa Privacy:** *informiamo che, ai sensi dell’art. 13 del d. lgs. 196/2003 a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto ai dati personali, i dati personali da Lei forniti alla nostra Fondazione sono utilizzati esclusivamente per la realizzazione dei progetti socio-umanitari di cui allo Statuto e per le attività accessorie (contabili, amministrative e gestionali), in ottemperanza alle disposizioni sulla tutela dei dati personali. Il titolare del trattamento, presso il quale potrà esercitare i diritti di cui all’art. 13 (cambiamento, cancellazione, etc.), è la Fondazione Piero e Lucille Corti Onlus, piazza Velasca 6, Milano. La dott.ssa Dominique Corti è responsabile del trattamento dei dati.*