

Le missioni umanitarie: le esperienze più belle della mia vita

Claudio Mele

infermiere di sala operatoria all'ospedale "Madonna delle grazie" di Matera.



“Sono un infermiere al mio ventiquattresimo anno di attività, laureato a Matera nel 2000. Ho lavorato subito in una Terapia Intensiva di cardiocirurgia pediatrica a San Donato per 11 anni e poi 9 anni in Emodinamica pediatrica. Successivamente ho lavorato all'Istituto Nazionale dei Tumori in Sala Operatoria, e reparto covid sempre lì all'Istituto Nazionale dei Tumori. Attualmente sono all'ospedale di Matera “Madonna delle grazie” in sala operatoria, sia chirurgia generale che chirurgia vascolare, e sia la parte dei cesarei”.

So che hai effettuato delle missioni umanitarie, ti andrebbe di raccontarmele? Sia dal punto di vista lavorativo e clinico, sia dal punto di vista emozionale.

“Prima di cominciare ti do il sito di un video che tutti dovrebbero andare a guardare, intitolato “Abbiamo massaggiato per 4 ore il cuore – ITALY ON A DAY”, <https://www.youtube.com/watch?v=nyzq-eQq7o8>.

Ho iniziato la mia prima missione umanitaria nel 2006 nel Kurdistan Iracheno, precisamente a Erbil che è la capitale del Kurdistan iracheno. Ci siamo poi spostati a Duhok, che è stata una missione umanitaria importante perché stavo attraversando una crisi emotiva, e quindi vivere o morire

per me era diventata la stessa cosa, durante una fase depressiva della mia vita, e quindi ci sono andato anche perché al quel tempo esisteva ancora la dittatura di Saddam Hussein, che non solo teneva in ostaggio quella che era l'emancipazione del popolo curdo, che è un popolo nomade, che non ha un territorio dove poter stare, e quindi scappava dalle barbarie, ma perseguitava anche chi aiutava il popolo curdo. Infatti, l'ho saputo lì, c'era una taglia sulle nostre teste; quindi, la prima volta che siamo andati non potevamo sorvolare i cieli iracheni se non attraverso un aereo che volava da Amman in Giordania; quindi, soltanto l'aereo che partiva dalla Giordania poteva sorvolare i cieli iracheni, altrimenti venivamo bombardati.

Quindi da lì abbiamo capito quale era il vero pericolo di stare lì, che si è poi concretizzato quando ci hanno smistato nei vari camion scortati dagli americani, perché se avessero sequestrato una camionetta, almeno sequestravano una persona di noi e non tutti noi; siamo stati divisi in aeroporto e lì abbiamo realizzato la pericolosità della missione.

In realtà la prima missione è stata una missione più particolare delle altre perché non c'era un ospedale, perché Saddam Hussein non voleva che loro venissero soccorsi, e quindi noi abbiamo trovato un ambulatorio di fortuna dove abbiamo visitato 180 bambini e ne abbiamo selezionato 80, che poi dovevamo portare in Italia con un aereo privato, per essere poi operati in Italia. Quindi noi eravamo clandestinamente lì, in modo che Saddam Hussein non sapesse nulla. Questi 80 bambini sono stati messi in aereo e portati in Italia.

Dal punto di vista clinico ed emotivo, i bambini sono stati visitati in questi ambulatori, e ogni volta che selezionavamo (selezionare significava anche dal punto di vista emotivo, assistere quella che era la negazione del fatto che poi questi bambini potessero essere operati in Italia), e valutavamo che il rischio era così elevato e loro potevano morire in Italia, quindi li selezionavamo a tal punto che non li portavamo in Italia, perché sarebbe stato più dispendioso riportarli poi nel Kurdistan.

Mentre in Italia non si sarebbe detto “NO” ma comunque si sarebbe data l'opportunità, lì invece l'opportunità la davamo solo se eravamo quasi sicuri che il bambino sarebbe potuto tornare nel paese di origine. Quindi anche dire



“NO” portava un peso emotivo, tante vero che ci siamo sbagliati con una bambina nel 2006, abbiamo avuto il “NO” dal Policlinico San Donato, abbiamo dovuto richiamare il padre, il padre è venuto, voleva che noi li ripagassimo quelli che erano i soldi della benzina. Quindi per il padre era più importante recuperare i soldi della benzina e non la negazione sul fatto che la figlia non potesse essere più operata, quando in realtà poco prima avevamo detto che veniva operata.

Anche questo ti porta a misurarti con quelle che sono le priorità degli altri, perché se per gli altri la priorità è la benzina e che non sarebbe la priorità di un italiano, questo va rispettato. Anche questa è stata una cosa molto forte con cui noi ci siamo dovuti misurare, e quindi abbiamo dovuto mettere da parte quello che era il pregiudizio nei confronti di una cultura diversa che vive un'economia diversa dalla nostra.

La parte creativa è stata la parte infermieristica più curiosa, perché l'infermiere è un creativo. Innanzitutto, dovevamo prendere un accesso venoso al momento che dicevamo “SI” anche se la partenza era prevista per tre giorni dopo, quindi l'accesso venoso perché, durante il trasporto, la pressione all'interno dell'aereo avrebbe potuto portare problemi ai pazienti che sono cardiopatici. Quindi bisognava spiegare che quell'accesso non doveva essere rimosso, perché loro non avevano mai visto un accesso, alcune mamme non l'avevano mai visto.

In più avevamo sequestrato il passaporto di modo che eravamo sicuri che il documento ci fosse, cioè potevamo aspettare il bambino ma non il documento. Ce la siamo studiata bene. Anche se non ti presenti, noi abbiamo il documento, il documento lo rifai. Invece che non ti venga data la possibilità di non essere operato, è così elevata se tu dimentichi il documento, anche perché venivano da paesi molto lontani.

Poi abbiamo dovuto organizzare, da infermieri che siamo, anche l'aereo: dove mettere le bombole, dove togliere i sedili, perché c'erano bambini che non potevano stare se-

duti, che dovevano rimanere in posizioni diverse. È stato un viaggio molto particolare. E poi ce li siamo portati in Italia. In Italia ne è morto uno all'arrivo, uno dopo l'intervento, e uno poi è morto a Roma perché poi gli abbiamo smistati in varie città italiane.

Morti 3 su 80, il che è stato un bilancio un po' negativo, perché non ci aspettavamo 3, massimo 1 se non 0.

In più una cosa creativa che ci siamo dovuti inventare: i braccialetti. Tutti si chiamavano Mohamed, quindi abbiamo dovuto smistare il braccialetto Milano, il braccialetto giallo Torino, il braccialetto verde Firenze.

Abbiamo fatto un briefing dove dovevamo mettere tutte le nostre capacità creative per poter pianificare meglio il viaggio.

Ultima cosa creativa che ricordo è dove smistare gli aghi: una teiera di metallo, mettere il coperchio, incrostarlo e buttarlo. Anche lì ci siamo dovuti inventare. Una teiera di questo bricco, di questa dispensa di questa signora che andava in giro per andare a fare queste dispense, è servita per eliminare gli aghi.

Un'altra cosa molto bella che ricordo vivamente di quel viaggio è stata la partenza, perché tutti i bambini e là mi sono commosso tantissimo, potevano venire con un solo genitore; quindi, l'altro non sapeva se il bambino tornava vivo, e poi tutti i bambini sono arrivati vestiti elegantissimi, giacca e cravatta anche i bimbi di tre anni. Il perché? Perché venivano in Italia, l'Italia era considerata come l'America, per loro era un modo per stare a loro agio in un paese che considerano “la moda”. E anche questa parte mi ha emozionato.

Gli altri viaggi invece si sono svolti più o meno alla stessa maniera, nel senso che IL CAIRO, BUCAREST, TUNISI, LO ZAMBIA, sono stati viaggi in cui avevamo già una struttura ospedaliera.

Come in Kurdistan iracheno quando ci siamo tornati altre volte l'ospedale era stato realizzato perché Saddam Hussein era stato poi ammazzato.

Quindi siamo riusciti ad arrivare e realizzare degli interventi veri e propri con quello che trovavamo. Ogni realtà è una realtà a sé stante, diversa.

Il Kurdistan era riuscito a realizzare un ospedale fatto bene, organizzato nei minimi dettagli anche se il personale non era in grado di dare assistenza a dei bambini cardiopatici nel post operatorio, motivo per cui il nostro compito era quello di formare il personale.

Stessa cosa in altri paesi, solo che gli altri paesi non avevano una struttura ospedaliera capace di fare in modo che si potessero anche formare queste persone.

Esempio in Zambia mi è capitato di andare come infermiere di emodinamica pediatrica e non c'era il respiratore. Non abbiamo annullato la lista operatoria, ma ci siamo dovuti adattare e cambiare quella che era l'anestesia, “incer-

vellandoci” su quella che poteva essere l’anestesia migliore affinché i bambini non si muovessero durante impianti di device o altro, utilizzando solo una bombola di ossigeno, quindi con gli occhialini o maschera. Mentre il monitor, abbiamo dovuto portarne uno dalla terapia intensiva all’emodinamica, perché non avevano nemmeno l’idea che un paziente in emodinamica andasse monitorato.

Il cassetto dei farmaci invece presentava fiale non inscatolate ma tutte mischiate l’una con l’altra, sembra un cassetto di biglie colorate. Quindi bisognava anche preparare o un cassetto di farmaci o un vassoio di farmaci che poi andava custodito affinché nessuno ci mettesse le mani e utilizzasse quel vassoio.

Oppure delle flebo: loro non hanno le flebo da 100ml, loro hanno solo flebo da 1000ml o 2000ml, per un bambino di 3 kg. Non ci sono pompe infusionali.

Quindi dovevi avere la mente attiva e farti carico della tua esperienza affinché quello che ti sembrava scontato in strutture ospedaliere avanzate, non fosse scontato lì.

Un’altra cosa importante è la solidarietà che si va ad instaurare ed organizzare intorno a questi eventi. Prima di partire gli infermieri solitamente preparano delle valigie con dentro tutto il materiale che può servire durante quegli interventi, ma soprattutto tutto quello che potrebbe servire loro alla nostra partenza, al loro ritorno. Quindi dobbiamo cercare di immaginare tutta una lista di cose che potrebbero servire in base anche al viaggio precedente che abbiamo fatto.

Quindi un briefing è necessario affinché si capisca cosa va fatto.

L’aspetto creativo dell’infermiere è l’aspetto più importante di questi viaggi.

Ad esempio: la spirometria. Cera un bambino che non respirava benissimo, dopo l’estubazione era pieno di muco, bisognava fare in modo che facesse esercizi respiratori, avevamo delle esponenti della Chicco che erano venute lì per finanziare giocattoli e avevano portato delle bolle di sapone. Ecco, io ho preso le bolle di sapone e ho fatto soffiare

dentro le bolle di sapone. Infatti, dopo la saturazione ha cominciato a migliorare.

Quindi bisogna inventarsele tutte con quello che c’è e con quello che non c’è e che ti devi inventare. Fa molto la capacità creativa e spirito di adattamento.

In più la cosa che secondo me va considerata, sono i rapporti tra gli infermieri con le persone del posto, che cambiano in base alla cultura. E questo arricchisce, il cercare di ridurre e addirittura annullare il pregiudizio nei confronti di chi ha una cultura completamente diversa dalla tua. Ed è una cosa molto bella questa perché lo straniero sei tu, chi invade il territorio sei tu, e se per loro è più importante un aspetto piuttosto che un altro è giusto a mio avviso rispettare questo aspetto”.

Cosa ti sei portato da queste esperienze? Cosa ti hanno lasciato?

“Sono tutte esperienze che arricchiscono emotivamente, ti danno la possibilità di dare una motivazione ed è la vera essenza *del nostro lavoro*, che magari slegato e snaturato da quello che è un compenso monetario che è giusto che sia, lì invece tocchi con mano la vera natura della nostra assistenza, appunto quella del darsi agli altri, una sorta di Agape, amore verso l’altro; è quindi *la linfa di questa professione*”.

Che differenze hai potuto constatare dal punto di vista infermieristico tra l’Italia e i paesi esteri in cui sei stato durante le missioni?

“La differenza dal punto infermieristico si basano non solo sulla struttura che è presente, su quelle che sono le criticità del posto, che cambiano tantissimo; un esempio: quando ho dovuto trasportare un bambino a Bucarest, quando siamo arrivati a Bucarest in pediatria, la mamma mi ha spiegato che lì c’è una forma di tangente, cioè si paga una tangente affinché il bambino, oltre le cure basilari possa avere anche del materiale come i pannolini, quindi questa cosa andava preventivata.

Quindi l’assistenza si deve comunque adeguare a quelle che sono le usanze che si hanno nel posto, e non è facile, perché sono proprio completamente lontane da quelli che sono i nostri usi e costumi. Spesso quello che noi consideriamo un diritto alla salute, negli altri posti non è così, e quindi là bisogna adeguarsi e anche preventivarla questa cosa.

Un’altra cosa molto importante è che la figura infermieristica in questi posti si smussa, ossia che tutti, anche chi non è infermiere, ma che ha comunque delle conoscenze, come anche un tirocinante, può dare un contributo, perché se io faccio un’emogasanalisi e non ho il tempo di portarlo in macchina, questa persona che è con me e che sa usare la macchina, lo può fare, e mi è di aiuto.

Quindi il tutto può ruotare su quello che è lo spirito di solidarietà che ci può essere in queste occasioni, e non vanno sprecate”.

