



## 1° Missione ad Haiti

(12 marzo – 3 aprile 2010)

### RELAZIONE DELLA MISSIONE AD HAITI

Dott. Manlio Leonardi

Quando il 12 Gennaio tutte le agenzie di stampa riportarono le notizie del drammatico e funesto terremoto di Haiti, le Organizzazioni di Volontariato si interrogarono sulle notevoli difficoltà logistiche di intervento su un'isola che dai freddi dati statistici risultava essere per ricchezza, pardon per povertà, il terzultimo paese del mondo (ancora oggi mi interrogo di come potrebbero essere le condizioni degli ultimi due).

Le immagini della catastrofe geologica e umana per la prima settimana successiva all'evento hanno bombardato tutti gli schermi televisivi della terra, poi quasi il silenzio. I morti aumentavano esponenzialmente ai giorni che passavano e i quasi miracoli dei ritrovamenti sotto le macerie annullavano le solite statistiche di sopravvivenza andando oltre i venti giorni.

Ultimata la mia esperienza in Abruzzo e per l'alluvione di Messina, mi ero ripromesso di non voler partecipare ad altre missioni umanitarie per motivi familiari quando a ciel sereno mi arriva una telefonata dal C.I.S.O.M. (Corpo Italiano di Soccorso Ordine di Malta) che mi sollecitava a partecipare alla Missione Umanitaria che il Malteser International organizzava ad Haiti (avendo già da tempo un ospedale a Port-au-Prince) allettandomi con la responsabilizzazione come team leader della missione; il nostro turno sarebbe stato dal 12/03 al 06/04 dopo il 2° team costituito da personale haitiano e tedeschi e il 3° da nord-americani, cubani e inglesi. La località di azione sarebbe stata Léogane (già distrutta nel terremoto del 1770), cittadina di circa 130.000 abitanti epicentro del terremoto con il 90% delle costruzioni distrutte e circa un terzo della popolazione morta sotto le macerie ed il più alto numero di malati con invalidanti fratture o, peggio, di amputati di arti, specie donne, data l'ora locale del terremoto (16.53) ora in cui le donne si trovavano a casa per accudire ai propri doveri domestici e materni (si è avuto un altissimo numero di amputazioni anche di lattanti). Tutto ciò mi veniva comunicato tramite e-mail il 01/02 e nel contempo venivo sollecitato a far girare il file tra i Medici So.San. Il 12/02 una e-mail spedita al Presidente, Dott. Trigona, comunicava che il team C.I.S.O.M. era già completo per cui al momento non erano più necessari ulteriori allertamenti nei riguardi dei medici So.San. Il team era formato da chi vi scrive come specialista ortopedico-traumatologo, dalla dott.ssa Chiara Scarsi come medico di pronto soccorso, dal dott. Luigi Stradella come ostetrico-ginecologo, Salvatore Pellegrini e Luigia Pettirossi come infermieri professionali, Loredana Boschetti come ostetrica e Marina Moll; quest'ultima arrivata successivamente sarebbe diventata la team leader in quanto, giustamente, il sottoscritto non poteva essere sottratto al proprio lavoro sanitario per occuparsi invece di problemi

politico-organizzativi, ho coperto così il ruolo di vice team leader e responsabile sanitario del gruppo .

Il gruppo si sarebbe dovuto formare a Milano, ma per uno sciopero sopravvenuto dei controllori di volo dalle ore 10 alle ore 14 di quel venerdì 12 non riuscimmo a partire tutti insieme da Malpensa per Madrid dove avremmo avuto la coincidenza per Santo Domingo; l'aeroporto di Port-au-Prince non era completamente agibile per cui si proseguiva da qui con un volo delle U.N. Non poche difficoltà ho dovuto affrontare per riuscire ad imbarcare il gruppo nel volo successivo e trovare le rispettive coincidenze. A Santo Domingo il logista Roland ci ha aspettati per permetterci il trasferimento in aeroporto . Da Port-au-Prince seguiamo per Léogane e in questo momento mi sono reso conto quale immane tragedia avesse colpito questo popolo e quanto lavoro si sarebbe dovuto realizzare per portare un aiuto concreto e possibilmente duraturo a chi nei secoli era stato merce di scambio da parte di chi aveva qualcosa da farsi perdonare.

Al campo di Léogane rileviamo l'equipe anglo-nordamericana che trovammo particolarmente stressata per la tipologia di lavoro sostenuta anche se di una sola settimana di permanenza; i motivi adottati erano la mancanza di organizzazione, di strutture idonee, di coordinamento con le altre organizzazioni sanitarie che lavoravano in loco, dalle pessime condizioni igieniche e logistiche ( si dormiva in tende canadesi singole in cui si soffriva terribilmente il caldo-umido con temperature che oscillavano dai 27° ai 34° e che si allagavano quando pioveva; il bagno in struttura muraria era perennemente allagato in quanto l'acqua refluita senza alcuno scolo ) e la mancanza totale di sicurezza (non ne esisteva anche prima del terremoto ).

Presentati i casi clinici ricoverati , circa 24 pazienti ( il circa è doveroso in quanto erano anche ricoverati genitori e parenti senza dimora e orfani sottratti alla strada ), presso il nostro ospedale da campo e formalizzato il cambio di presenze i nostri colleghi sono rientrati presso le loro sedi. La patologia era rappresentata per il 90% da ricoveri per esiti disastrosi di fratture, amputazioni da revisione e rieducazione funzionale. Di questi casi alcuni sono stati sottoposti a revisione chirurgica anche per la presenza di un collega anestesista londinese che si è fermato con noi per un'altra settimana.

All'attività di chirurgia e nosocomiale era associata l'attività ambulatoriale giornaliera dalle ore 8.00 alle ore 16.00 coadiuvata da medici haitiani stipendiati, insieme ad infermieri e traduttori, dal Maltiser International. Tale attività si svolgeva sia a Léogane che a Narbonne, piccolo paese a pochi Km in montagna. La patologia osservata era quella di medicina di base; i casi più complessi erano osservati da noi specialisti o inviati a strutture sanitarie di emergenza.

Nella nostra zona erano in attività:

n° 1 ospedale da campo americano in tensostruttura con sala operatoria, terapia intensiva ed astanteria; tale servizio era assicurato, a rotazione di una settimana, da colleghi chirurghi, ostetrici-ginecologi, ortopedici-traumatologi, anestesisti, chirurghi plastici ecc. . I turni, anche se programmati, non erano sempre coperti; in questa situazione abbiamo offerto io e il mio collega ginecologo il nostro aiuto, per cui , oltre il lavoro del nostro campo, abbiamo operato presso tale struttura. Gli interventi che si sono realizzati con modeste strutture di supporto (mancavano letti ortopedici, letti per ostetricia, apparecchi radiografici e TAC; lo strumentario di osteosintesi e chirurgico era collocato in un angolo della tenda a terra) riguardavano stabilizzazioni ossee con fissatori esterni o placche e viti (non esistevano chiodi endomidollari) o il comune gesso. Sono stati effettuati parti cesarei e isterectomie.

n°1 ospedale da campo con laboratorio, rieducazione funzionale, medicina generale e chirurgica, pediatria gestito da cubani al quale affluiva un gruppo di tecnici ortopedici romeni incaricati di preparare le protesi per i pazienti amputati; questi erano seguiti da un'equipe di psicologi cubani e haitiani per i notevoli problemi che presentavano data la giovane età (le donne sapevano di non avere alcuna possibilità di trovare un compagno e gli uomini di restare esclusi da qualunque attività lavorativa)

n° 1 radiologia in un magazzino dell'ospedale crollato gestito da colleghi giapponesi, gentilissimi; ciò mi ha permesso effettuare i controlli post intervento (era situato a circa 800 metri dall'ospedale

e quindi di difficoltoso accesso in quanto si doveva percorrere questo tratto in barella su terreno accidentato e in mezzo alle tende de terremotati) o programmati su prenotazione. Era presente un modesto ecografo portatile che comunque ha assicurato al mio collega delle eco risolutive per le diagnosi ginecologiche.

n° 1 ospedale da campo in tensostruttura di Medecins sans Frontieres. Non ultima è stata la collaborazione con i colleghi (sempre restii a questo) che ci ha anche fruttato un encomio per la nostra disponibilità nel momento in cui erano privi di ortopedici e ginecologi.

Il nostro campo disponeva di un container adibito a sala operatoria per piccola chirurgia, sala parto e medicazioni impegnative; un capannone per visite, sala gessi e medicazioni. Tale struttura funzionava H 24 in quanto di notte serviva da pronto soccorso per ferite da arma da fuoco, traumi della strada ecc.ecc. Due tende erano adibite a ricovero (12 pz. per tenda) In una struttura muraria (capannone) era allocata la farmacia gestita da una farmacista canadese. Al lavoro specialistico operatorio era anche abbinata l'attività di degenza con regolari visite, medicazioni, terapia medica e rieducazione, attività ambulatoriale di base e specialistica a Léogane e Narbonne, luogo dove si sarebbe dovuta spostare tutta l'attività sanitaria del Maltiser in quanto si sarebbe abbandonata la cittadina di Léogane e spostarsi in montagna con le cliniche mobili là dove vi erano parecchi rifugiati che non volevano rientrare in città oltre i locali contadini e piccoli commercianti. Tre fuoristrada ed un'ambulanza servivano per i nostri spostamenti ed al trasporto di pazienti agli ospedali vicini e Port-au-Prince. Il vitto e l'alloggio erano assicurati in un campo di tende e strutture in legno allestito accanto ad un distaccamento U.N. di militari dello Ski Lanka, i pasti da donne haitiane, madri di piccoli ricoverati, che garantivano il pranzo e, i primi giorni, la cena con prodotti del programma alimentare FAO: riso e fagioli cucinati in una cucina da campo aperta al sole e alla pioggia. Tende canadesi erano predisposte per dormire, anche queste esposte al sole e alla pioggia tanto che le donne, anche per motivi di sicurezza, si erano trasferite in un campo tedesco leggermente più attrezzato e forse più sicuro.

La sicurezza era uno dei tanti problemi in quanto non era consigliabile muoversi da soli senza un accompagnatore locale. Gli spostamenti avvenivano solo con fuoristrada e non oltre le ore 23. Il nostro campo, anche se accanto a militari U. N. e sotto la protezione di n. 3 vigilantes per notte è stato oggetto di vari furti: computer e generatore di corrente di 15 KW.

Presso l'ospedale terremotato di Saint Croix era presente un laboratorio mobile per la costruzione di protesi per arti anche se parecchio materiale era bloccato per motivi doganali a Santo Domingo ; per tale motivo non era possibile completare il lavoro di protesizzazione.

Alla fine dei nostri 25 giorni di missione siamo stati rilevati da n. 7 sanitari francesi: n. 2 medici , n. 4 infermieri , n. 1 logista ( un uomo e sei donne ). Auguri e buona fortuna.

Considerazioni

L'esperienza acquisita da questa missione è valutabile sia dal punto professionale che emotivo (i due punti come abbiamo visto si intrecciano ). Vorrei parlare inizialmente di ciò che umanamente ho vissuto di fronte ad un'immane catastrofe , che forse solo marginalmente ha colpito un popolo già in ginocchio economicamente e socialmente.

L'impatto con la realtà , all'aeroporto di Port-au-Prince , mi ha scosso da quel leggero torpore determinato da quel mielato brusio dei notevoli personaggi imbarcati in quel volo delle U. N. che dissertavano di varie cose che comunque non interessavano il disastro; dall'arrivo in poi non si è parlato di altro con i miei compagni se non degli effetti del terribile terremoto.

Lo spostamento da Port-au-Prince a Léogane, circa 28 Km. , è stato percorso in poco meno di 3 ore , dovendo superare montagne di macerie , campi di tende montate sulla strada ( unico terreno in piano rimasto ) , superamento di enormi crepe del manto stradale , rallentamento o soste prolungate per ingorghi di auto e di gente determinati dalle colonne di autobus , autocarri , persone con masserizie e animali che non riuscivano a procedere. La visione di tale inferno e catastrofe era forse più sconvolgente per me piuttosto che sui volti della gente che appariva serena nel loro sguardo dignitoso ma impenetrabile. Sui loro volti era impressa la rassegnazione di una realtà forse

peggiorativa della loro vita, ma insieme una espressione di fierezza di chi sa di voler continuare a vivere. Questi sguardi mi hanno seguito per tutta la mia missione e forse solo alcune volte si è trasformato in un tenue sorriso quando riuscivo a mettere in piedi pazienti dopo mesi di allettamento. La fierezza era determinata dalla forza interiore che si trasformava in volontà di azione, di collaborazione, di ringraziamento per quello che ognuno di noi faceva. Ciò era maggiormente rappresentato nei ragazzi che avevamo adottati nel nostro campo i quali, non avendo più altra famiglia o casa, si legavano sempre più a noi. Classico esempio Jean Pierre ragazzo di 14 anni con frattura di femore in fase di viziosa consolidazione e con il divieto di caricare il quale, con l'aiuto di bastoni sottoascellari, mi seguiva di corsa, dato il passo veloce che mi tipizza in ogni mio spostamento, chiedendomi quanto sarebbe tornato a correre anche lui e se potesse venire con me in Italia. Sapevo che se lo avessi abbandonato la strada lo avrebbe fagocitato brutalmente dato che non aveva più genitori né casa.

La coscienza di sapere che tutto quello che facevamo era una goccia nell'oceano si radicava in me. La ricostruzione sarebbe stata molto lenta, come lenta era stata l'agonia di quel popolo, nativo delle coste atlantiche africane che, strappato dalla propria terra, veniva venduto come schiavo e come tale si è trovato nei secoli successivi, pur essendo dopo la dominazione francese la prima repubblica a maggioranza nera del mondo (1803-04) e la seconda nazione dell'era moderna, dopo gli Stati Uniti, ad affrancarsi dal gioco coloniale europeo.

Questa falsa libertà non ha interrotto lo stato di schiavitù che i vari presidenti hanno voluto mantenere, nascondendola dietro una bandiera democratica. L'union fait la force: questo è il motto che è impresso nella loro variopinta bandiera, e proprio questa è la chiave di lettura della loro grande dignità; la coscienza di riconoscersi in una grande famiglia come hanno riconosciuto il presidente François Duvalier con il nome di "Papa Doc".

Tutto questo ti aiutava nel lavoro di giorno nel comprendere le contraddizioni che tipizzavano il loro atteggiamento nei riguardi di noi medici bianchi europei; di sera sotto una meravigliosa luna equatoriale invece scambiandoci le esperienze lavorative della giornata ci interrogavamo se tutto era stato fatto bene o se dovessimo migliorare e dare di più.

D'altra parte invece un miglioramento del nostro stato non era pensabile in quanto le condizioni ambientali non potevano variare: caldo-umido afoso giorno e notte, rapporto sonno-veglia secondo il ciclo solare alba-tramonto, condizioni alimentari disastrose (la mia gastro-enterite è durata 20 giorni) come anche quelle igieniche (bagni allagati per reflusso), allertamento h.24 con l'impossibilità di un minimo di programmazione, minimi stati di tensione al presentarsi di problemi organizzativi e di sicurezza ecc. . Pur tuttavia tutto ciò veniva superato e alla fine quasi dimenticato quando abbiamo notato che a differenza delle missioni precedenti, la gente veniva a cercarti per motivi diversi da quelli sanitari istituendo così rapporti umani intensi. I bambini cercavano biscotti e caramelle, le donne si aprivano ad una visita ginecologica effettuata da un uomo ecc. ; la diffidenza si trasformava in collaborazione: non era facile lavorare per un popolo che ha sempre ritenuto il bianco un padrone.

Accanto a questo però la sicurezza, come già detto, era uno dei grossi problemi: alla domanda che cosa facessero i tre vigilantes durante i furti (il gruppo elettrogeno pesava intorno ai 250 Kg.) la risposta era stata che erano stati addormentati per effetto di una imposizione vudù; oltre ciò la prostituzione era molto presente (una notte abbiamo prestato assistenza ad un protettore per questione di donne), come anche la violenza sessuale (una ragazza si è presentata con un notevole ematoma del grande labbro di sinistra).

Un discorso a parte è doveroso farlo per il nostro gruppo, eterogeneo. A parte il sottoscritto, la dott.ssa di Palermo e l'infermiere di Matera che avevano una notevole esperienza in attività CISOM, gli altri provenivano da esperienze diverse o in Croce Rossa o solamente ospedaliere o addirittura era la prima volta che partecipavano ad una missione superando così l'esperienza della prima notte in tenda. Anche se di provenienze diverse le donne e gli uomini che mi hanno affiancato sono stati eccezionali; alimentati da altruismo, di notevoli capacità professionali ci siamo sempre ritrovati insieme nel risolvere diverse problematiche professionali e non, senza prevaricazioni o ostentazioni,

rinunziando quando necessario o imponendosi quando doveroso, ma sempre con quella pietas che ci ha portati così lontano dall'Italia.

Dott. Manlio Leonardi