



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Sede di Ancona

**Il ruolo del personale infermieristico in servizio presso le Ong: una
ricerca etnografica.**

Relatore:

Dott. Cotichelli Giordano

Tesi di Laurea di:

Fattori Camilla

Anno Accademico 2021/2022

*A tutti voi che fuggite ogni giorno,
abbandonando la vostra dimora,
non curanti di ciò che accadrà.*

INDICE

ABSTRACT

1- INTRODUZIONE	1
1.1 La rotta del mar Mediterraneo centrale	3
1.2 Le zone SAR del mar Mediterraneo	4
1.3 Cosa sono le Ong e quali sono quelle che operano nel mar Mediterraneo	6
1.4 Come sono cambiati i flussi migratori durante la pandemia Covid-19	8
1.5 Decreto-legge del 2 gennaio 2023	12
2- OBIETTIVO	14
3- MATERIALI E METODI	15
3.1 Definizione dei metodi e dei testimoni privilegiati	15
3.2 Caratteristiche dei metodi	15
3.3 Limiti dello studio	17
3.4 Aspetti etici	17
4- RISULTATI	18
4.1 Risultati delle testimonianze estrapolate dal web	18
4.2 Risultati delle interviste ai testimoni privilegiati	22
5- DISCUSSIONE	29
5.1 Interpretazione critica dei risultati	29
5.2 Implicazioni per la pratica clinica	43
6- CONCLUSIONE	45
7- BIBLIOGRAFIA	47
8- SITOGRAFIA	59
9- ALLEGATI	50
9.1 Allegato 1	50
9.2 Allegato 2	69

ABSTRACT

INTRODUZIONE: La presenza di persone che intraprendono il viaggio migratorio nelle acque del mar Mediterraneo è in continuo aumento. Questa condizione comporta ad una crescita esponenziale di morti e dispersi, specialmente nel mar Mediterraneo centrale, che è definita la rotta migratoria più letale al mondo. Tale realtà viene combattuta quotidianamente da organizzazioni non governative, che si battono per affrontare queste difficoltà, allo scopo di evitare decessi e di far rispettare i diritti umani.

All'interno di queste Ong sono presenti figure sanitarie, tra cui infermieri. Questi svolgono un ruolo fondamentale nel soccorso in mare, accompagnati da una squadra di soccorso e altre figure quali psicologi e mediatori linguistici. Questo nuovo setting di azione comporta, inevitabilmente, un adattamento dell'assistenza infermieristica che dovrà focalizzarsi su determinate patologie più frequentemente presenti e tenere fortemente in considerazione tutto quel lato emotivo e psicologico che caratterizza i vari atteggiamenti dei migranti soccorsi.

L'obiettivo dello studio è quello di indagare le azioni che l'infermiere deve mettere in atto durante un soccorso in mare, considerando sia l'aspetto tecnico-professionale, che emotivo-relazionale.

MATERIALI E METODI: Lo strumento utilizzato è l'intervista semi-strutturata. Lo studio consiste in due momenti; il primo analizza delle testimonianze trovate sulla rete internet, il secondo consiste nell'esecuzione di interviste a testimoni privilegiati. Queste ultime interviste vengono analizzate, come le prime, al fine di unire i risultati ottenuti dalle due tipologie di testimonianze con lo scopo ultimo di delineare il ruolo dell'infermiere.

RISULTATI: I risultati sono congruenti tra le due analisi, con qualche sfaccettatura che li va a differenziare. In prima istanza vengono analizzati dei temi prettamente tecnici, legati alla logistica e all'organizzazione del soccorso. Si indaga le Ong di appartenenza, le zone SAR in cui si effettua il soccorso, con e su quale tipologia di mezzo l'infermiere esegue il proprio lavoro, le difficoltà maggiori alle quali si va incontro e il trattamento della "malattia del gommone".

Nel momento successivo si approfondisce tutta quella sfera emotiva-relazionale andando a ricercare i sentimenti che i soccorritori provano e che i migranti trasmettono.

ANALISI E DISCUSSIONE: Da questo lavoro emerge che l'infermiere occupa una posizione importantissima durante il soccorso in mare, in quanto svolge funzioni sia tecnico-professionali che emotivo-relazionali. Durante lo studio si è sottolineata l'importanza della comunicazione non verbale, della necessità di attuare un nursing transculturale e quindi di impegnarsi a conoscere le culture al di fuori la propria, i costumi, le tradizioni, le lingue, in modo tale da riuscire a comprendere meglio con chi si sta interagendo.

Un altro punto interessante, che è emerso, è la necessità di creare dei protocolli condivisi e di cercare di trovare un modo per permettere che, durante il soccorso, vi sia un infermiere a bordo dei rhib in quanto si è osservata come questa situazione porterebbe a ampi vantaggi.

PAROLE CHIAVI: Organizzazioni non governative; zona SAR; Mediterraneo.

INTRODUZIONE

La porta d'Europa, elemento architettonico simbolico che dal 2008 ha iniziato ad accogliere i migranti, rappresenta l'emblema dell'accoglienza, dell'arrivo ad un nuovo mondo, dell'entrata ad una nuova vita, è simbolo dell'ingresso in una casa. Viene inaugurata il 28 giugno 2008 ^[1], una struttura di quasi cinque metri di altezza e tre di larghezza sul promontorio dell'isola di Lampedusa, realizzata in ferro zincato e ceramica refrattaria proprio per permettere di assorbire la luce e rifletterla, è una sorta di faro per i migranti che, dopo giorni interi trascorsi in mare, riescono ad individuare un primo oggetto sulla terra ferma: una porta.

Il termine “migrazione” viene definito in genere come “ogni spostamento di individui, per lo più in gruppo, da un'area geografica ad un'altra, determinato da mutamenti delle condizioni ambientali, demografiche, fisiologiche eccetera” ^[2] ed in particolare “nelle scienze antropologiche e sociali, lo spostamento di una popolazione verso aree diverse da quella di origine, nelle quali si stabilisce permanentemente (a differenza di quanto avviene nel nomadismo), dovuto, fin da epoca preistorica, a fattori quali sovrappopolazione, ricerca di migliori condizioni di vita vere o presunte eccetera” ^[2].

La storia della migrazione nel continente ha un andamento più che secolare con motivi molteplici alla base che spingono le persone a migrare e, indiscutibilmente, quelli dell'epoca preistorica sono differenti dalle motivazioni attuali.

Esistono dei fattori di spinta e dei fattori di attrazione che portano il soggetto ad abbandonare la propria terra alla ricerca di un'altra. I fattori di spinta sono proprio quei motivi che spronano le persone a lasciare il proprio paese, mentre i fattori di attrazione sono i motivi per cui le persone si spostano verso quel determinato paese; questi fattori sono raggruppabili in tre categorie principali: fattori sociopolitici, fattori demografici ed economici e fattori ambientali ^[3].

Per quanto concerne la prima categoria questa è costituita da motivi quali persecuzioni etniche, religiose, razziali, politiche, culturali, guerra, minaccia di conflitto e persecuzione da parte dello Stato. Le persone che fuggono per motivi quali conflitti armati, violazione dei diritti umani o persecuzioni, possono essere definiti profughi o migranti

umanitari e ciò permette loro di essere accolti nel paese più vicino che accetta i richiedenti asilo. In Europa nel 2019 è stato riconosciuto lo statuto di protezione a 295.800 richiedenti asilo ^[3].

Per quanto riguarda la seconda categoria, ossia i fattori demografici ed economici, i motivi specifici che spingono la persona a lasciare la propria casa sono le condizioni di lavoro, la disoccupazione e lo stato di salute generale dell'economia di un paese ^[3].

È un istinto naturale cambiare casa quando questa non ti offre più riparo, cibo da dare alla tua famiglia: prendendo come esempio i migratori che vivono più vicino a noi esseri umani, gli uccelli, questi abbandonano il proprio nido quando un pericolo si avvicina, quando si prospetta una situazione di allerta o quando il cibo viene a scarseggiare; questo è lo stesso meccanismo innato che abbiamo noi esseri umani. Aggiungendo il fatto che l'essere umano è di tipo razionale, pensante, dobbiamo anche far riferimento all'ambizione lavorativa, scolastica, sportiva eccetera, alle opportunità di studio che alcuni paesi offrono rispetto agli altri e queste prospettive migliori sono una prerogativa importante per motivare il soggetto a partire.

Secondo l'Organizzazione internazionale del lavoro delle Nazioni Unite, nel 2017 erano circa 164 milioni i lavoratori migranti nel mondo, cioè le persone che si spostano per trovare lavoro, pari ai due terzi dei migranti internazionali. Quasi il 70% si trovava in paesi ad alto reddito, il 18,6% in paesi a reddito medio-alto, il 10,1% in paesi a reddito medio-basso e il 3,4% in paesi a basso reddito ^[3].

I fattori ambientali, che costituiscono la terza categoria, hanno un'importante rilevanza in quanto eventi come disastri naturali, inondazioni, uragani, terremoti, radono al suolo tutto, dando un'unica scelta alla popolazione colpita: quella di fuggire.

L'Organizzazione mondiale per le migrazioni, infatti, definisce i migranti ambientali "coloro che a causa di improvvisi o gradualmente cambiamenti ambientali, che colpiscono negativamente la loro vita o condizioni di vita, sono obbligati a lasciare la propria abitazione, temporaneamente o in modo permanente, e che si spostano in un'altra area del proprio paese o all'estero" ^[3]. In questo concetto si sottolinea che queste persone non hanno la volontà di partire ma sono obbligati, non si tratta di carriera, di desideri, di ambizioni, ma di sopravvivenza.

Quando questi cittadini decidono di lasciare, o sono obbligati a farlo, la propria dimora per recarsi verso la tanto desiderata Europa possono intraprendere delle differenti strade che, per convenzione, vengono definite “rotte”.

Il Consiglio europeo e il Consiglio dell’Unione europea descrivono queste differenti rotte migratorie nella sezione “Politica migratoria dell’UE”: la rotta del Mediterraneo orientale si riferisce agli arrivi irregolari in Grecia, a Cipro e in Bulgaria, la rotta del Mediterraneo occidentale agli arrivi irregolari in Spagna, la rotta dell’Africa occidentale agli arrivi nelle isole Canarie, nell’Oceano Atlantico e la rotta del Mediterraneo centrale comprende gli arrivi irregolari via mare in Italia e a Malta¹.

1.1 La rotta del mar Mediterraneo centrale

I migranti e i richiedenti asilo utilizzano questa rotta per entrare irregolarmente nell’Unione Europea, intraprendendo viaggi lunghi e pericolosi partendo dall’Africa settentrionale, attraversando il Mar Mediterraneo, per raggiungere le prime coste europee.

Lorenzo Attianese ^[4] racconta le tappe che i migranti devono superare prima di poter mettere piede su terra europea: il viaggio inizia subito con una delle prove di sopravvivenza più difficili: resistere al caldo del deserto. Camminano per centinaia di chilometri e, solo se è possibile economicamente, riescono a pagarsi un passaggio di qualche camionista. I primi contatti, come mostra Attianese, sono ad Asmara con gli agenti delle organizzazioni criminali che chiedono a queste persone di pagare somme elevate, fino a seicento dollari, per attraversare il confine e raggiungere il sud della Libia. Il confine del Sudan viene superato nell’area di Kassala e la prima sosta è nei campi profughi a Sawa, a Wadi Sharifa fino a Khartoum, dove consegnano i numeri telefonici di personaggi dell’organizzazione criminale che li dovranno aiutare ad entrare in Libia. Il trasferimento da Khartoum, in Sudan, al confine libico, avviene mediante dei fuoristrada che caricano a bordo fino a 30 persone. Lo step successivo è un altro viaggio su fuoristrada dove dei trafficanti libici li trasportano fino all’oasi di Kufrah. A questo punto i migranti devono comprarsi un passaggio verso Tripoli

¹ <https://www.consilium.europa.eu/it/policies/eu-migration-policy/>

ma a volte il viaggio si ferma ad Ajdabiya e in tal caso bisogna trovare un modo per raggiungere la meta. Prima di partire per l'Europa rimangono nascosti e, con altri duecento dollari, avviene il contatto con gli scafisti che li tragheranno in Italia. Le tariffe variano a seconda dell'esigenza, così come le imbarcazioni, da mille cinquecentocinquanta dollari fino a diverse migliaia, soprattutto per i Siriani, ritenuti più ricchi e che si spostano con intere famiglie e più bagagli.

L'ultimo raduno sulla terra ferma avviene nelle fattorie isolate in cui vengono sequestrati i telefoni per evitare di essere intercettati tramite GPS. A dieci, venti miglia da Tripoli si passa sui gommoni e viene consegnato un cellulare per contattare la guardia costiera lanciando il segnale SOS che darà via al lavoro di recupero dell'autorità italiane. Se la tratta giunge a buon fine, il viaggio termina nei centri di accoglienza di Augusta, Pozzallo e Lampedusa.

Lampedusa, a partire dalla fine degli anni Novanta del secolo scorso, è diventata una delle principali mete delle rotte dei migranti africani nel Mediterraneo, tanto da essere definita "la porta d'Europa". Le persone arrivano sull'isola mediante imbarcazioni precarie, vecchi pescherecci, gommoni o barconi di legno. Una volta effettuato il salvataggio, all'imbarcazione viene fatto un segno bianco, simbolo che il trasbordo è stato effettuato da altre navi Ong, poi viene distrutta. Questo è un passaggio fondamentale, in modo tale da evitare che il mezzo venga recuperato dagli scafisti libici e riutilizzato.

1.2 Le zone SAR del mar Mediterraneo

Le leggi del mare rappresentano un estremo tentativo degli uomini di controllare le circostanze di pericolo in cui potrebbero trovarsi; queste leggi, come afferma la giornalista Annalisa Camilli ^[5], sono differenti da quelle sulla terraferma, sono più essenziali. In mare, continua la giornalista, "non ci sono stranieri o cittadini, clandestini o rifugiati, ma solo naviganti e naufraghi. I primi sono costretti da una legge naturale a soccorrere i secondi. Perché, come nel riflesso di uno specchio, tutti i naufraghi sono stati naviganti, tutti i naviganti potrebbero diventare naufraghi. Questa logica binaria obbliga le imbarcazioni che vanno per mare a soccorrere chi è in difficoltà" ^[5].

Questa legge morale è regolamentata dalla Convenzione internazionale di Amburgo del 1979, nota anche come "Sar", che obbliga al soccorso di qualsiasi imbarcazione in difficoltà

e, contravvenire a questa legge, comporta il reato di omissione di soccorso.

Con la Convenzione si vuole creare un'organizzazione dei soccorsi, e delle zone SAR, in modo tale da riuscire a coordinare l'operato delle Parti che hanno aderito alla Convenzione stessa, definendo come le zone vengono suddivise, come sarà la gestione dell'operazione di salvataggio, quali saranno i mezzi e l'equipaggiamento necessari al soccorso stesso, i mezzi di comunicazione e di allarme e la gestione della fase di emergenza. Lo scopo ultimo è quello di organizzare e coordinare la ricerca e il soccorso in mare affinché ogni imbarcazione in difficoltà possa essere aiutata da qualcuno e ogni persona portata in salvo.

La parola "SAR" è un acronimo inglese che sta per "Search and Rescue" che, tradotto in italiano, significa "Ricerca e Soccorso".

Queste zone rappresentano acque internazionali in cui gli Stati più vicini hanno l'obbligo di intervenire in caso di imbarcazioni in difficoltà e coordinare le navi più adeguate a permettere il soccorso in sicurezza.

L'obbligo per gli Stati di garantire la sicurezza della vita umana in mare deriva da tre convenzioni internazionali ^[6]: la Convenzione internazionale per la sicurezza della vita in mare SOLAS (acronimo di Safety of Life at Sea) del 1974, la Convenzione internazionale di Amburgo sulla ricerca e il salvataggio marittimo, disciplinante le cd. "zone SAR" adottata nel 1979 e la Convenzione delle Nazioni Unite sul diritto del mare del 1982 (UNCLOS).

Queste zone sono così divise, partendo da occidente: SAR della Spagna, SAR dell'Algeria, SAR della Francia, SAR dell'Italia, SAR di Malta, SAR della Libia, SAR della Grecia.

L'attività di soccorso si esplica in due fasi, quella di soccorso e di sbarco ^[6].

Nella prima fase il Corpo delle Capitanerie di Porto della Guardia Costiera deve dare l'allarme di soccorso di imbarcazioni o persone in pericolo e, "quando non abbia a disposizione né possa procurarsi i mezzi necessari, deve darne avviso alle autorità che possano utilmente intervenire." (Art. 69 del Codice della Navigazione).

La seconda fase, quella del trasporto e dello sbarco, che si conclude quando tutte le persone sono state soccorse, si occupa di assicurare che lo sbarco dei naufraghi avvenga in un "luogo sicuro" (Pos: Place of safety) ed è proprio qui che iniziano le prime difficoltà relative all'individuazione di quest'ultimo. Secondo la Convenzione di Amburgo del 1979

per “luogo sicuro” si intende un “luogo in cui sia assicurata la sicurezza, intesa come protezione fisica, delle persone soccorse in mare”. Il Regolamento del Parlamento europeo lo definisce, invece, come un “luogo in cui si ritiene che le operazioni di soccorso debbano concludersi in cui la sicurezza per la vita dei sopravvissuti non è minacciata, dove possono essere soddisfatte le necessità umane di base e possono essere definite le modalità di trasporto dei sopravvissuti verso la destinazione successiva o finale tenendo conto della protezione dei loro diritti fondamentali nel rispetto del principio di non respingimento”.

Questo comporta che, lo Stato “responsabile” di quella zona SAR non deve necessariamente accogliere le navi nei propri porti, ma, in tal caso, deve occuparsi di individuare un altro “luogo sicuro” dove permettere lo sbarco dei migranti soccorsi.

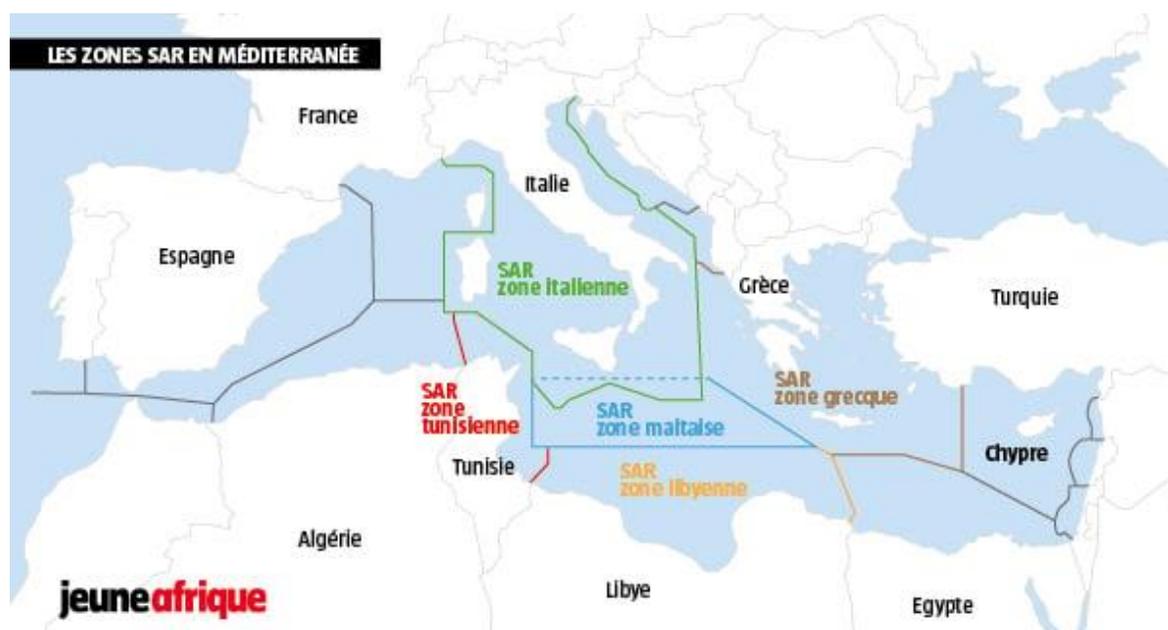


Fig. 1 – Zone SAR del Mediterraneo centrale (Dall’articolo: “Migrants en Méditerranée: le casse-tête du redécoupage des eau” di *Jeune Afrique*)

1.3 Cosa sono le Ong e quali sono quelle che operano nel mar Mediterraneo

Negli ultimi anni sono stati molti i dibattiti sulle Ong operative nel Mediterraneo, le quali sono state accusate di essere responsabili di business dell’immigrazione e alle quali sono state attribuite definizioni come “taxi del mare”, accusate di fare affari con gli scafisti.

Ma, prima di tutto, cosa sono le Ong? Letteralmente “Ong” è la sigla di “Organizzazione Non Governativa” ed è un “organismo senza fini di lucro, per lo più di carattere umanitario, che nei paesi in via di sviluppo gestisce, per incarico del governo di uno o più paesi sviluppati o di organismi internazionali, alcuni servizi essenziali (scuola, sanità, sviluppo all’agricoltura ecc.) o svolge attività socialmente utili (volontariato)”^[7].

La prima organizzazione privata che decise di investire su una barca ed iniziare i soccorsi, fu il Moas nell’agosto 2014 ^[5]. Venne fondata dagli imprenditori, e coniugi, italoamericani Christopher Catrambone e Regina Egle Liotta che, dopo aver ascoltato le parole di Papa Francesco a Lampedusa, nel suo primo viaggio pastorale risalente al 2013, decisero di investire una somma iniziale di 2 milioni di euro per richiamare l’attenzione dell’Europa sulle morti che avvenivano nel Mediterraneo.

Fu così che acquistarono la Phoenix, una nave di quaranta metri equipaggiata con strumenti d’avanguardia sia per il soccorso, sia per l’identificazione delle imbarcazioni in mare.

La giornalista Laura Melissari ^[8] ci permette di avere un chiaro quadro della situazione delle Ong che operano nel mar Mediterraneo.

Dal 2018 le Ong dotate di navi che operano nel Mediterraneo per il salvataggio di migranti che partono dalla Libia per arrivare alle coste europee sono: la Ong spagnola Proactiva Open Arms, la Sea Watch, l’Ong SOS Mediterranee e Medici senza frontiere che gestiscono la nave Aquarius e la Ocean Viking, inoltre operano la Sea-Eye e la Mission Lifeline e Mediterranea Saving Humans.

La Proactiva Open Arms è un’Ong di Badalona (Barcellona, Spagna) che viene finanziata mediante donazioni private (per il novantasei per cento) e dal contributo delle amministrazioni locali (per il restante quattro per cento).

La Sea-Watch, Ong tedesca nata nel 2014, fornisce i mezzi per il soccorso d’emergenza in mare, si batte affinché i governi intensifichino le operazioni di salvataggio, e chiede l’istituzione di corridoi umanitari legali.

SOS Mediterranee è un’organizzazione umanitaria europea (franco-italo-tedesca-svizzera) interamente finanziata dalla popolazione solidale mediante donazioni che ha l’obiettivo di organizzare il salvataggio di migranti in pericolo di vita nel Mediterraneo e che opera tra la Sicilia, Lampedusa e la Libia.

Medici senza frontiere è una Ong nata in Francia che ha come missione primaria l'assistenza medica permessa dalle donazioni dei privati che rappresentano più del novantanove per cento dei fondi.

Mediterranea Saving Humans ha deciso di mettere in mare una nave battente bandiera italiana, attrezzata in modo tale da svolgere azioni di monitoraggio e di eventuale soccorso, con l'obiettivo principale di essere nel posto giusto per testimoniare e denunciare ciò che accade e, se necessario, soccorrere chiunque rischi di morire nel Mediterraneo Centrale.

La Sea-Eye è un'Ong tedesca attiva dal 2016, è un ex peschereccio che ha come obiettivo quello di individuare i migranti in mare e lanciare l'SOS per dar via al soccorso. Anche la Mission Lifeline, tedesca, opera nel Mediterraneo con lo stesso scopo di prestare soccorso.

Queste Ong che agiscono nel mar Mediterraneo hanno tutte lo scopo di intervenire per salvare i migranti in modo tale da prevenire ed evitare i naufragi, infatti, la maggior parte di queste sono nate tra il 2014 e il 2016, in concomitanza con l'aumento dei flussi migratori dal nord Africa e del numero di morti in mare. Si sono dotate di imbarcazioni anche per coprire quel gap lasciato dall'operazione Mare Nostrum, gestita dalla Marina Militare e dell'Aeronautica Militare italiane, che ha operato dal 18 ottobre 2013 fino al 31 ottobre 2014.

Le Ong non agiscono di propria iniziativa, ma l'invio del segnale di inizio dell'operazione viene dato dall'Italian Maritime Rescue Coordination Centre (IMRCC) della Guardia Costiera di Roma, che è l'organo deputato alla gestione degli interventi di Search And Rescue.

Ogni anno aumentano le nuove Ong e in mare vengono inaugurate nuove navi pronte ad agire, infatti, le imbarcazioni operanti sono in continua mutazione. Delle nuove vengono messe in azione, delle altre vengono sequestrate ma nessuno ha mai deciso di fermarsi.

1.4 Come sono cambiati i flussi migratori durante la pandemia Covid-19

Il numero dei migranti che hanno percorso la rotta del mar Mediterraneo è diminuito drasticamente durante il periodo di pandemia di COVID-19 che ha avuto un impatto senza precedenti sui flussi migratori nell'Unione Europea.

“Il 2020 resterà nella storia per la pandemia di Covid-19 e per il suo drastico impatto sulla mobilità umana. A essere colpita non è stata solo la mobilità di natura estemporanea per turismo o business, ma con misure diverse e differenze regionali anche quella temporanea dei lavoratori stagionali o degli studenti internazionali, così come quella permanente (migrazioni economiche, ricongiungimenti eccetera).”; è così che inizia il capitolo intitolato “Demografia, sviluppo e migrazioni internazionali in tempo di Covid-19” del Dossier Statistico Immigrazione 2021 ^[9], mostrando subito un evento che resterà segnato nella storia e che ha avuto un forte inciso per quanto concerne i flussi migratori.

Il lockdown che tutti abbiamo subito è stato la causa della diminuzione dei flussi migratori, sia quelli legali, sia quelli illegali compresa la riduzione del numero di accoglienze di rifugiati.

La pandemia ha avuto un’impattante influenza su questo fenomeno: nel 2020 ci sono state 471.300 richieste di asilo in Europa, 32,6% in meno rispetto al 2019 ^[10].

L’UNHCR, l’Agenzia ONU per i Rifugiati mostra, tramite i loro dati, il quantitativo di persone arrivate nel mar Mediterraneo nei vari anni². Si evidenzia come, nel 2020, anno di inizio della pandemia siano aumentati gli arrivi dei migranti nel Mediterraneo ma anche le loro morti, con un netto di 34.154 arrivi nel 2020 e 955 morti e/o dispersi, rispetto agli 11.471 arrivi e 754 morti e/o dispersi del 2019. È fondamentale evidenziare come nel 2021 gli sbarchi siano ripresi, con un totale di 67.477 arrivi nel Mediterraneo e 1.545 morti e/o dispersi.

2

https://data.unhcr.org/en/situations/mediterranean/location/5205#_ga=2.68041041.1332452302.1677836904-947223929.1677836904

Grafico 1: Unhcr - situazione degli arrivi via mare, dei morti e dei dispersi dal 2015 al 2022:

Previous years	Sea arrivals	Dead and missing
2022	105,131	1,368
2021	67,477	1,545
2020	34,154	955
2019	11,471	754
2018	23,370	1,311
2017	119,369	2,873
2016	181,436	4,578
2015	153,842	2,913

Dai dati che abbiamo a disposizione possiamo quindi evidenziare come, durante la pandemia, vi è stato un declino dei numeri di migranti arrivati sulle coste europee ma poi, successivamente al lockdown ferreo, si è verificato nuovamente un incremento dei casi in quanto le persone native di paesi già in crisi economica e già in precarie condizioni sanitarie, hanno sentito questa situazione ancora più gravante sulle loro spalle, portando loro a fuggire, a cercare nuovi lavori e soprattutto un'assistenza sanitaria in grado di far fronte a questa emergenza mondiale.

La fondazione Openpolis ^[11] riporta ed analizza dati relativi a questo fenomeno mostrando che nei primi sei mesi del 2021 gli sbarchi nel Mediterraneo sono lievemente aumentati fino ad arrivare ad un numero di 38 mila migranti che hanno prediletto la rotta via mare, nonostante questa sia la più pericolosa.

Infatti, come registrato da un recente rapporto di Oim (Organizzazione Internazionale per le Migrazioni), nella prima parte del 2021 almeno 1.146 persone sono morte in mare nel tentativo di raggiungere l'Europa, un numero decisamente maggiore rispetto a quanto registrato nel 2020 (513 persone) e nel 2019 (674 persone).

Nel 2021 il tasso di mortalità nel Mediterraneo è dell'1,3%.

Grafico 2: cruscotto statistico giornaliero del Ministero dell'Interno che mette a confronto i dati dall'anno 2018 al 2020

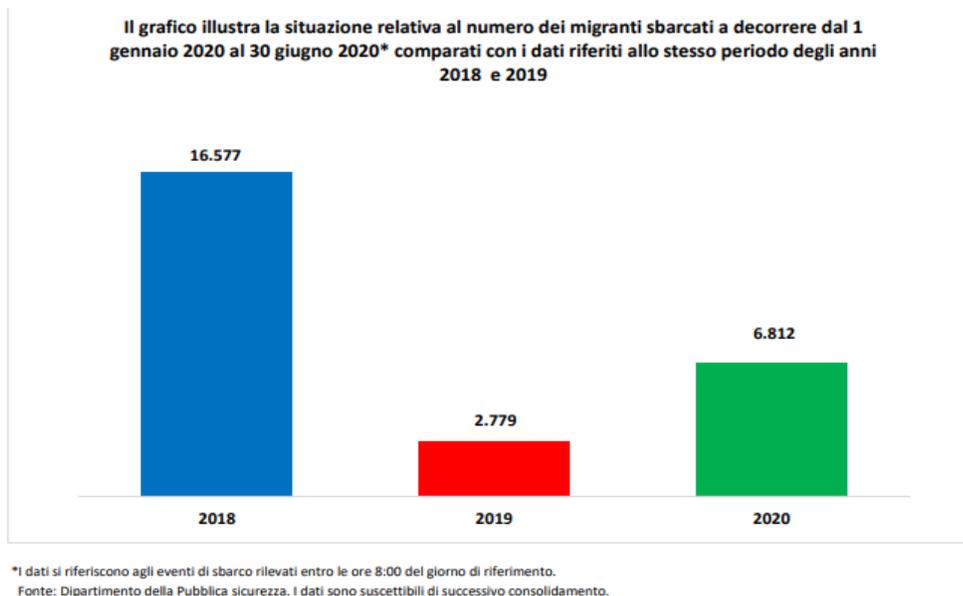


Grafico 3: cruscotto statistico giornaliero del Ministero dell'Interno che mette a confronto i dati dall'anno 2019 al 2021

Il grafico illustra la situazione relativa al numero dei migranti sbarcati a decorrere dal 1 gennaio 2021 al 30 giugno 2021* comparati con i dati riferiti allo stesso periodo degli anni 2019 e 2020

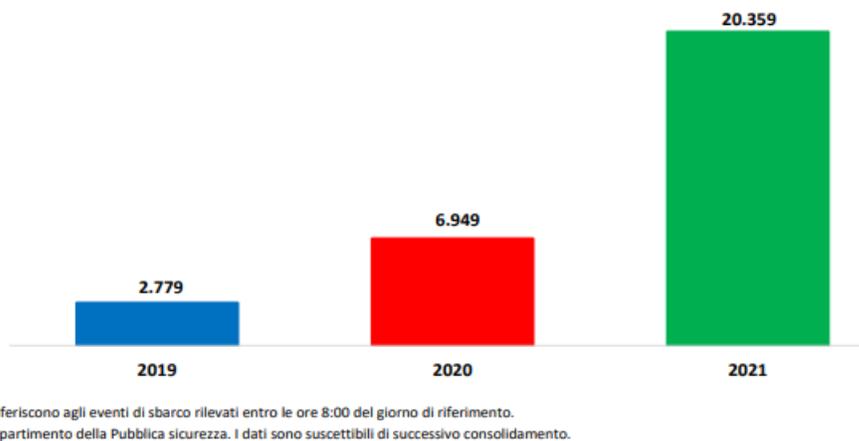
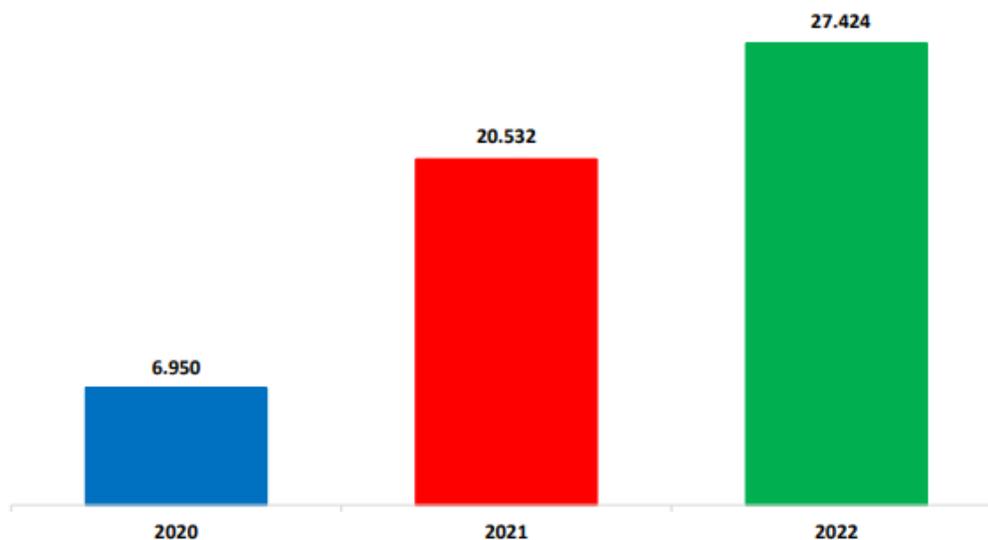


Grafico 4: cruscotto statistico giornaliero del Ministero dell’Interno che mette a confronto i dati dall’anno 2020 al 2022

Il grafico illustra la situazione relativa al numero dei migranti sbarcati a decorrere dal 1 gennaio 2022 al 30 giugno 2022* comparati con i dati riferiti allo stesso periodo degli anni 2020 e 2021



*I dati si riferiscono agli eventi di sbarco rilevati entro le ore 8:00 del giorno di riferimento.
Fonte: Dipartimento della Pubblica sicurezza. I dati sono suscettibili di successivo consolidamento.

1.5 Decreto-legge del 2 gennaio 2023

Il 23 febbraio 2023 è stato approvato il Decreto-legge del 2 gennaio 2023 n.1, relativo alle “Disposizioni urgenti per la gestione dei flussi migratori”, sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro dell’interno, di concerto con i Ministri della giustizia, delle infrastrutture e dei trasporti, degli affari esteri e della cooperazione internazionale e della difesa³.

Il Decreto-legge è composto da tre articoli che recano disposizioni urgenti in materia di transito e sosta nelle acque territoriali delle navi non governative impegnate nelle operazioni di soccorso in mare.

Sul sito web della Camera dei deputati vengono riassunti questi articoli di cui, l’articolo 1, mira a definire le condizioni in cui le navi devono svolgere il soccorso, ritenendo

³ <https://temi.camera.it/leg19/provvedimento/d-l-1-2023-disposizioni-urgenti-per-la-gestione-dei-flussi-migratori.html>

tali condizioni conformi alle convenzioni internazionali e sottolineando, in conseguenza a ciò, la non possibilità di adottare provvedimenti di divieto o limitazione al transito o alla sosta delle navi nel mare territoriale. Tra queste condizioni rientra il fatto che l'assegnazione del porto di sbarco sia richiesta *nell'immediatezza* dopo l'intervento di soccorso, che il porto sicuro venga raggiunto *senza ritardo*, per il completamento dell'intervento stesso, e che vengano avviate *tempestivamente* le richieste di protezione internazionale da mettere a disposizione alle autorità competenti. Il primo articolo disciplina anche gli effetti della violazione del limite o del divieto di transito e sosta nel mare territoriale, sostituendo alla precedente sanzione penale una sanzione amministrativa.

L'articolo 2 reca la clausola di invarianza finanziaria e l'articolo 3 dispone in ordine all'entrata in vigore del provvedimento stabilita nel giorno successivo alla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale; quindi, è vigente dal 3 gennaio 2023.

Nelle condizioni elencate all'articolo 1 viene sottolineata più volte, con i termini “nell'immediatezza”, “senza ritardo” e “tempestivamente”, la necessità di concludere il tutto più velocemente possibile senza mai fermarsi durante il tragitto verso il porto sicuro, magari per un secondo soccorso, e la necessità di effettuare tempestivamente la richiesta di protezione internazionale, magari trascurando le sofferenze e i vissuti delle persone. Ma è possibile tutto ciò quando due esseri umani si guardano negli occhi? Per rispondere a questa domanda ho parlato con coloro che hanno vissuto in prima persona queste esperienze, raccogliendo quanti più dati possibili.

OBIETTIVO

Questa tesi ha come obiettivo quello di identificare il ruolo dell'infermiere durante le operazioni di salvataggio e soccorso nel mar Mediterraneo. Alla fine del lavoro verrà descritto sia l'aspetto tecnico-professionale che umanistico-relazionale dell'infermiere che opera all'interno di una realtà caratterizzata da circostanze precarie e incerte. La ricerca è orientata ad analizzare sia l'aspetto tecnico che umanistico in quanto è inverosimile pensare che, un tale lavoro, possa essere esclusivamente tecnico-professionale e indifferente alla sfera psico-sociale di queste persone, sia dei soccorritori che dei migranti.

MATERIALI E METODI

3.1 Definizione dei metodi e dei testimoni privilegiati

Per raggiungere l'obiettivo prefissato, vengono analizzate delle testimonianze trovate on-line di infermieri che raccontano la loro esperienza durante le operazioni Sar nel Mar Mediterraneo (ALLEGATO 1).

Tali testimonianze verranno confrontate con delle interviste, da me condotte, ad un gruppo infermieristico operante nelle Ong con lo scopo ultimo di trovare eventuali punti in comune e/o differenze così da delineare il ruolo del personale infermieristico in questa tipologia di soccorsi.

Le interviste saranno di tipo semi-strutturato a testimoni privilegiati. Questa tipologia di colloquio permette di fare una ricerca qualitativa mediante domande prestabilite e a risposta aperta, dando la possibilità all'intervistato di rispondere senza la guida strutturale del ricercatore; i dati raccolti con queste interviste rappresenteranno la fonte principale di tutta la ricerca effettuata.

I testimoni privilegiati sono "persone che, per l'esperienza acquisita o lo status che possiedono hanno conoscenze particolare sull'oggetto della ricerca"⁴ e, sulla base di ciò, la mia ricerca si è orientata a trovare persone con qualifica di infermiere e con precedente, o attuale, attività lavorativa o di volontariato, sulle navi Ong in modo tale da poter somministrare loro le domande dell'intervista.

3.2 Caratteristiche dei metodi

La ricerca effettuata è di tipo etnografico che permette di descrivere l'oggetto di studio mediante interviste semi-strutturate.

Per eseguire questo lavoro, e dunque effettuare un'intervista semi-strutturata a testimoni privilegiati, la prima azione da fare è stata quella di identificare soggetti disposti a partecipare a questo studio; successivamente è stato necessario organizzare le domande da porre agli intervistati.

⁴ https://www.sordelli.net/finanziamenti-progettazione-mainmenu-89/strumenti/glossario/822-testimoni_privilegiati

Per interagire con gli infermieri ho contattato le pagine Instagram delle Ong che operano nel Mar Mediterraneo centrale, ricevendo risposta da Mediterranea Saving Humans, SOS Mediterranée e Croce Rossa Italiana.

Le domande sottoposte sono sette, tutte in forma aperta in modo tale da dare loro la possibilità di esprimersi liberamente ma senza perdere di vista l'obiettivo, ossia analizzare il ruolo dell'infermiere sulle navi Ong sia dall'aspetto tecnico-professionale che umanistico-emozionale. Le domande sono state le seguenti:

1. Con quale Ong ha operato durante i suoi soccorsi e in quale zona SAR?
2. Durante le vostre operazioni utilizzate il protocollo LAST (Locate, localizza il distress; Access and Assess, vai vicino e valuta la situazione; Stabilize, metti in sicurezza le persone più che puoi; Transport, trasbordale)? Se no, avete qualche protocollo che usate maggiormente?
3. Quali sono le attività di sua competenza? Opera sulle rhib o sulla nave principale?
4. Quali sono le maggiori difficoltà alle quali si va incontro durante il soccorso?
5. Come viene affrontata, a livello infermieristico, la gestione della cosiddetta "malattia del gommone"?
6. Quali sono le emozioni che prova, prima, durante e dopo il soccorso?
7. Quali sono le emozioni che i migranti trasmettono prima, durante e dopo il soccorso?

Queste domande sono state formulate per creare un quadro globale della situazione, partendo dal generale, e quindi chiedendo con chi e dove sono stati effettuati i soccorsi, per poi addentrarsi nello specifico ed indagare l'aspetto pratico e psicologico.

La prima domanda è stata scelta per contestualizzare le successive risposte, in base all'Ong di appartenenza e per capire se, i soggetti cooperanti con la stessa Organizzazione, riportavano uguali o differenti risposte.

Con la seconda domanda l'obiettivo è quello di capire se gli interventi di soccorso sono di tipo standardizzato e basati su protocolli condivisi di azione. La terza domanda permette di capire dove si svolge l'operato degli infermieri e, con questo quesito, si dà vita al fulcro della tesi, analizzando le attività infermieristiche. Questa domanda è seguita da altre due che, correlate alla precedente, permettono di capire quali sono le difficoltà che l'infermiere si trova ad affrontare e in cosa consiste il trattamento della faticosa ustione da carburante,

analizzando l'aspetto prettamente pratico.

Le ultime due domande sono orientate ad indagare il lato psicologico degli operatori e dei migranti, allo scopo di analizzare globalmente la situazione.

I dati raccolti con queste interviste (ALLEGATO 2) verranno poi confrontate con i dati emersi mediante le interviste pubblicate sulla rete Internet (ALLEGATO 1) in modo tale da avere una visione globale del ruolo dell'infermiere in queste circostanze.

3.3 Limiti dello studio

Le fonti utilizzate per ricavare i dati sono le interviste e le testimonianze. L'attività di indagine è stata ostacolata dalla limitata aderenza delle Ong a partecipare alle interviste e dal ristretto numero di testimonianze pubblicate. La condizione ottimale sarebbe stata quella di partecipare personalmente ad un'attività di ricerca e soccorso ed osservare direttamente l'operato dei professionisti.

Un altro limite è stato l'accesso ai protocolli. L'unico protocollo al quale si è fatto riferimento è quello LAST.

Per quanto riguarda i protocolli di gestione delle persone, del trattamento di varie patologie, o di quelli nominati dalla testimone di SOS Mediterranée, questi non sono stati forniti e quindi non è stato possibile effettuare né un confronto, né una panoramica generale sulla tipologia di eventuali protocolli usati.

3.4 Aspetti etici

Tutti gli intervistati sono stati messi al corrente che le interviste sarebbero state trascritte in anonimato e dunque non è stato necessario alcun modulo per la privacy e il consenso al trattamento dei dati personali.

Per quanto riguarda le testimonianze sul web (ALLEGATO 1), sono state estrapolate ed analizzate e, essendo pubblicate sulla rete Internet, erano gratuitamente e liberamente fruibili.

RISULTATI

In questo capitolo vengono analizzati, mediante dei grafici a torta, i risultati ottenuti sia con le testimonianze che con le interviste. I grafici sono stati prodotti dal programma Microsoft Word che, grazie ad una tabella di Microsoft Excel, permette di inserire i dati ricavati e trarne un grafico a scelta.

Il diagramma riportato nelle sezioni successive è un aerogramma che offre la possibilità di confrontare la frequenza di un dato rilevato sul totale delle risposte offerte. A primo impatto, si percepisce il dato dominante in quanto questo diagramma è caratterizzato da spicchi colorati e, quello con frequenza maggiore, sarà lo spicchio più grande. Per poter poi verificare il quantitativo esatto di quel dato basterà osservare il numero riportato in ogni specifica sezione, esternamente al diagramma.

Nella prima parte verranno riportati i dati ottenuti mediante le testimonianze e, nella seconda parte, i dati ricavati dalle risposte dei testimoni privilegiati.

4.1 Risultati delle testimonianze estrapolate dal web

Di seguito vengono riportati i risultati ottenuti mediante le analisi delle testimonianze ricavate dalla rete Internet (ALLEGATO 1).

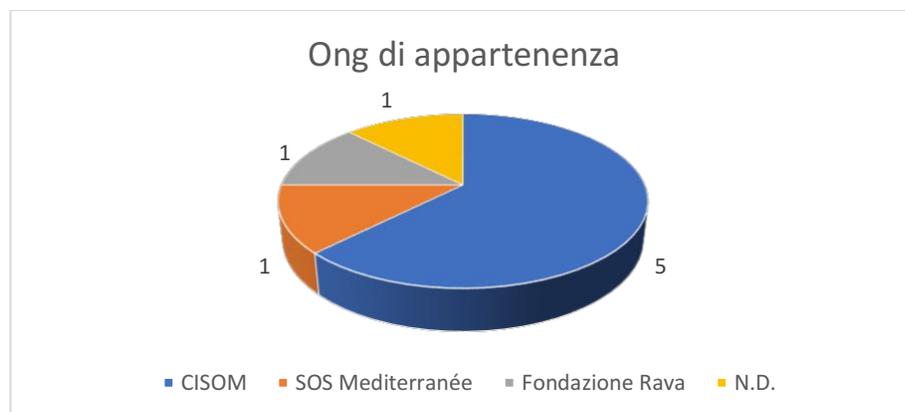


Grafico 5 (elaborazione propria):

In questo grafico a torta vengono mostrate le Ong di appartenenza degli infermieri e/o medici che hanno intrapreso il soccorso in mare. I testimoni in totale sono pari ad otto, di cui cinque infermieri hanno effettuato l'intervento con il CISOM, ossia il Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta; un medico con SOS Mediterranée; un'infermiera con Fondazione Rava e un'altra non definisce con quale Ong ha svolto il suo lavoro (N.D. = non definita).



Grafico 6 (elaborazione propria)

In questo grafico a torta vengono analizzati i mezzi con i quali viene affrontato il soccorso in mare. Quattro infermieri, quelli che cooperano con il CISOM, hanno effettuato il loro operato su una motovedetta della Guardia Costiera Italiana insieme ad un gruppo sanitario costituito da diverse figure quali militari, medici, infermieri e rescue swimmer.

Il medico di SOS Mediterranée ha svolto il proprio lavoro sulla nave principale della Ocean Viking insieme ad un altro medico, ad un'ostetrica e altre due sanitari.

Gli altri testimoni non riferiscono alcun dato sulla tipologia di team al quale erano affiancati ma affermano che il loro soccorso è stato sulla Motovedetta di Capitaneria di Porto, su un vecchio peschereccio di gamberi del 1917 e sugli scafi che partono direttamente

dall'Africa.



Grafico 7 (elaborazione propria):

Questo grafico a torta mostra che tutti gli infermieri e medici testimoni hanno operato nella zona SAR del Mediterraneo Centrale.

Il primo testimone ha eseguito il soccorso nel Mar Mediterraneo a circa 130 miglia da Lampedusa; il secondo a poche centinaia di metri dalla costa di Lampedusa; il terzo nel mare adiacente a Lampedusa; il quarto nel tratto del mar Mediterraneo tra l'Africa e l'isola di Lampedusa; il quinto nel mar Mediterraneo centrale; il sesto nel mare bagnante Lampedusa; il settimo nel canale di Sicilia e nel mar Mediterraneo centrale; l'ottava nei pressi di Lampedusa.

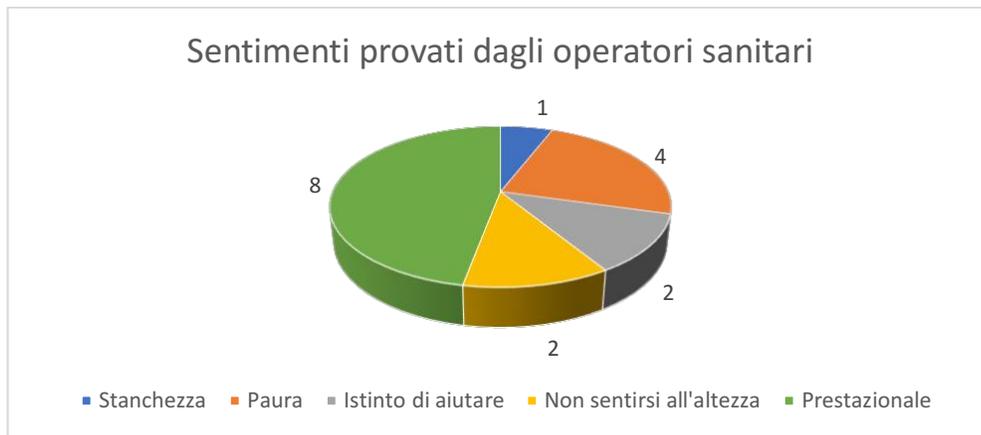


Grafico 8 (elaborazione propria):

In questo grafico a torta vengono analizzati i sentimenti che gli operatori provano durante tutta la fase di soccorso, che comprende quella prima, durante e dopo il salvataggio.

In tutte le otto testimonianze si evidenzia il fatto che i sentimenti precedentemente provati, vengono sostituiti da un pensiero *prestazionale* per soddisfare le esigenze sanitarie, implicando concentrazione, determinazione, attenzione e dinamismo in quanto si opera in spazi ristretti, accompagnati dal moto ondoso del mare ^[12]. Alcuni testimoni sottolineano l'importanza di operare in gruppo in modo sinergico per raggiungere insieme lo stesso obiettivo.

La *paura* rappresenta il secondo sentimento maggiormente presente. Questa è correlata ad eventuali avarie della nave che potrebbero portare ad un incendio e, quest'ultimo, verrebbe aggravato dalla presenza di carburante sugli abiti dei migranti ^[13]; c'è la paura di non riuscire ad arrivare a terra ferma, soprattutto quando si verificano condizioni meteo avverse.

A questa paura iniziale si sostituisce l'*istinto di aiutare*, e quindi essere prestazionali, ed è proprio qui che nasce la difficoltà di essere fermo, concentrato, professionale ed intellettualmente sobrio per portare a termine il proprio operato con un esito favorevole.

Due testimoni riferiscono di *non sentirsi all'altezza* di salvare vite umane nell'impatto iniziale del soccorso, correlato quindi al sentimento della paura.

Lo stesso numero di operatori prova *stanchezza* dopo aver completato l'intervento che può durare dalle 24 alle 48 ore fino a dover rimanere in mare anche per una o due

settimane in attesa di un porto sicuro.

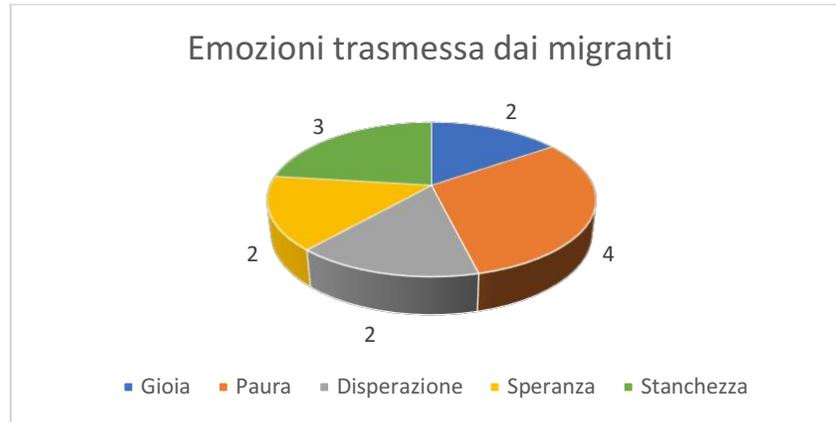


Grafico 9 (elaborazione propria):

Analizzando i sentimenti dei migranti, percepiti dai soccorritori, si vede come la maggior parte riferisce di aver avvertito un sentimento di *paura* di non arrivare a terra, di morire, di essere lasciati in mare.

Questa paura iniziale viene sostituita da un sentimento di *gioia*, per essere stati salvati dal mare e di *speranza* per un futuro migliore. Altre persone sono *disperate* e *stanche* sia a livello fisico che psicologico.

4.2 Risultati delle interviste ai testimoni privilegiati

In questo capitolo vengono riportati i dati relativi alle sette risposte fornite dagli intervistati (ALLEGATO 2).

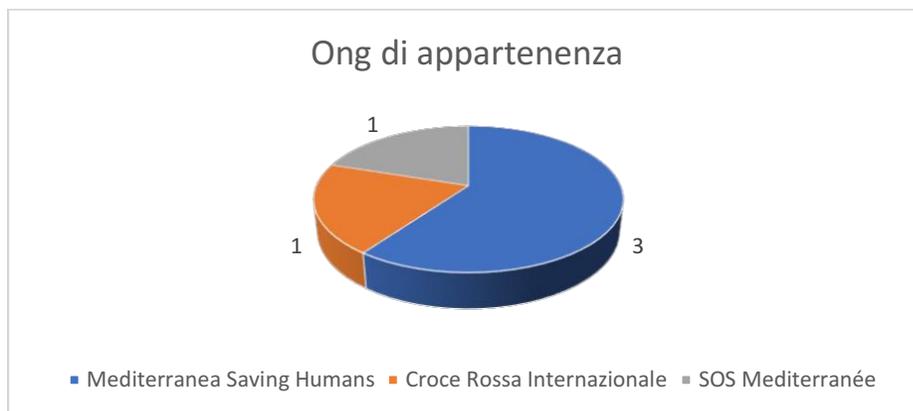


Grafico 10 (elaborazione propria):

Questo grafico mostra che del totale di cinque intervistati, tre infermieri cooperano con Mediterranea Saving Humans, la Ong battente bandiera italiana che da 2018 opera nel mar Mediterraneo centrale; un infermiere con la Croce Rossa Internazionale e l'altro ancora con SOS Mediterranée.

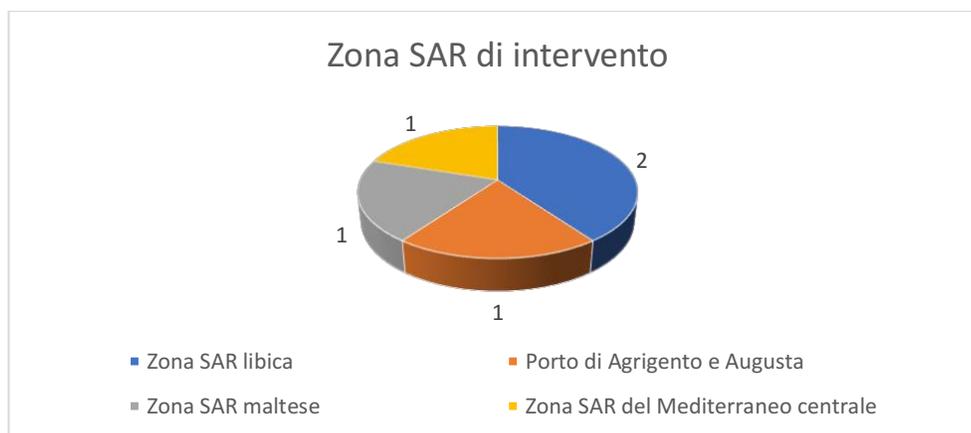


Grafico 11 (elaborazione propria):

In questo grafico vengono rappresentate le zone SAR (Search And Rescue) in cui sono stati effettuati i soccorsi dagli intervistati. Tutti gli infermieri hanno operato nella zona SAR del Mediterraneo Centrale. Due di loro, operanti con Mediterranea Saving Humans, hanno agito nella zona SAR libica, ossia il tratto di mare tra Lampedusa e la Libia.

L'infermiere che ha operato con la Croce Rossa Internazionale era situato inizialmente nel porto di Agrigento e, successivamente, in quello di Augusta con lo scopo di garantire la prima accoglienza dei migranti e assicurare i dieci giorni di quarantena per il contenimento della trasmissione del coronavirus.

Un altro infermiere di Mediterranean Saving Humans ha prestato servizio nella zona SAR maltese, affermando che il desiderio di andare nella zona SAR libica era elevato, ma la paura di incombere in situazioni scomode e pericolose era altrettanto presente.

L'infermiera operante con SOS Mediterranée non definisce in quale zona SAR del Mediterraneo centrale ha eseguito il soccorso ma solo che si trovava in questa area.

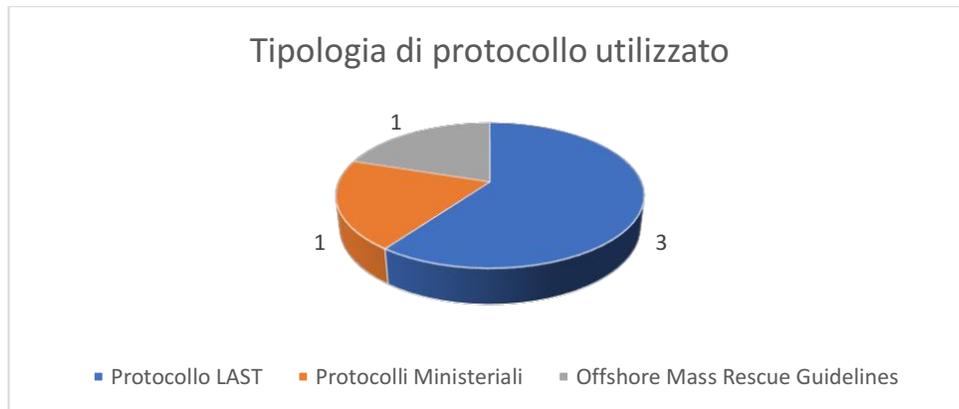


Grafico 12 (elaborazione propria):

Il grafico a torta mostra i vari protocolli utilizzati dai team sanitari durante il soccorso in mare. L'infermiera di SOS Mediterranée afferma che, per le loro operazioni, si avvalgono di *linee guida interne per il soccorso di massa in mare aperto*. L'infermiere della Croce Rossa Internazionale ha utilizzato i *protocolli ministeriali* per eseguire il proprio lavoro in quanto tutto il progetto era definito dal Ministero dell'Interno.

Gli infermieri operanti su navi battenti bandiera italiana, quindi della Ong Mediterranean Saving Humans, hanno tutti utilizzato il *protocollo LAST*.



Grafico 13 (elaborazione propria):

Analizzando le risposte, si evince che tutti e cinque gli intervistati hanno operato sulla nave madre aspettando che gli operatori del team swimmer rescue trasbordassero le persone. Solo uno degli infermieri ha avuto la possibilità di operare sia sulla nave principale che sul rhib.

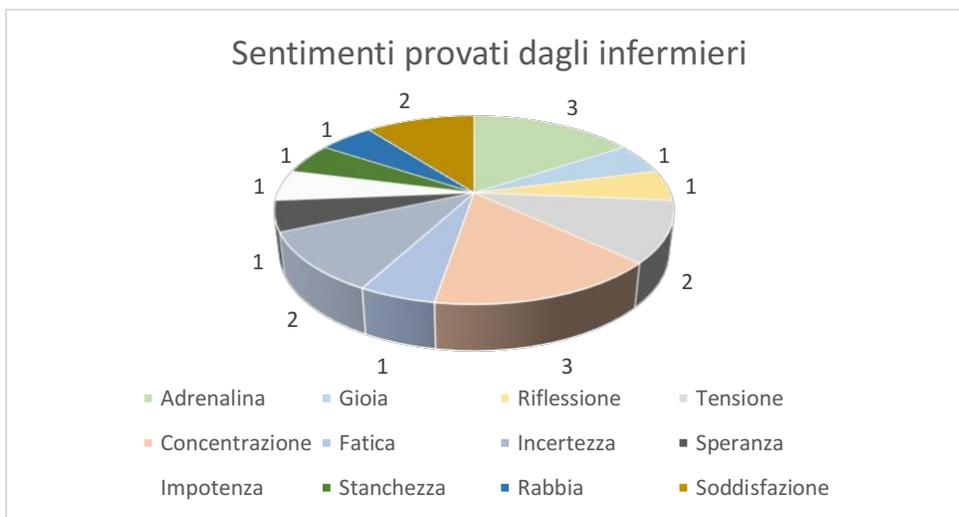


Grafico 14 (elaborazione propria):

Questo grafico a torta mostra la moltitudine di emozioni provate dai soccorritori prima, durante e dopo il soccorso.

Durante la navigazione in mare, alla ricerca di qualche imbarcazione, la *riflessione* prevale tra i pensieri dei soccorritori, che scrutano l'orizzonte *sperando* di non trovare corpi galleggianti e barche vuote. Queste due emozioni sono accompagnate dall'*incertezza* sia per come si concluderà il salvataggio, sia per ciò che succederà a quelle persone una volta giunte a terra. La maggior parte di essi provano sentimenti di *adrenalina* e di *concentrazione* al fine di poter concludere al meglio il soccorso. Queste due emozioni sono correlate alla *tensione*, al senso di *impotenza* per fronteggiare una situazione tale. Una volta concluso il salvataggio, i sentimenti che prevalgono sono quelli di *gioia*, *stanchezza*, *soddisfazione*, *fatica* e *rabbia* perché consapevoli di aver salvato delle vite umane dalla ferocia del mare, ma al corrente che quello non sarà l'ultimo salvataggio che dovranno affrontare.



Grafico 15 (elaborazione propria):

In questo grafico vengono rappresentati i sentimenti che i migranti trasmettono ai soccorritori prima, durante e dopo l'intervento.

Appena le due imbarcazioni si intercettano, quella dei migranti e quella dei soccorritori, gli operatori percepiscono nei migranti una forte *paura*. Quando capiscono di essere al sicuro, nasce tra i soggetti una forte *gioia*, *serenità* e *speranza*.

Dopo aver spiegato il piano di azione ai migranti, questi vengono trasbordati sulla nave madre e in questo momento si verificano in loro pensieri di euforia e gioia iniziali che saranno seguiti da una forte *stanchezza*, dovuta al lunghissimo viaggio.

Le prime persone che vengono fatte sbarcare sono le donne incinta e i bambini e, i

restanti soggetti, trasmettono *incertezza* e *rabbia* dovuti al fatto che ancora devono attendere per arrivare a terra ferma.

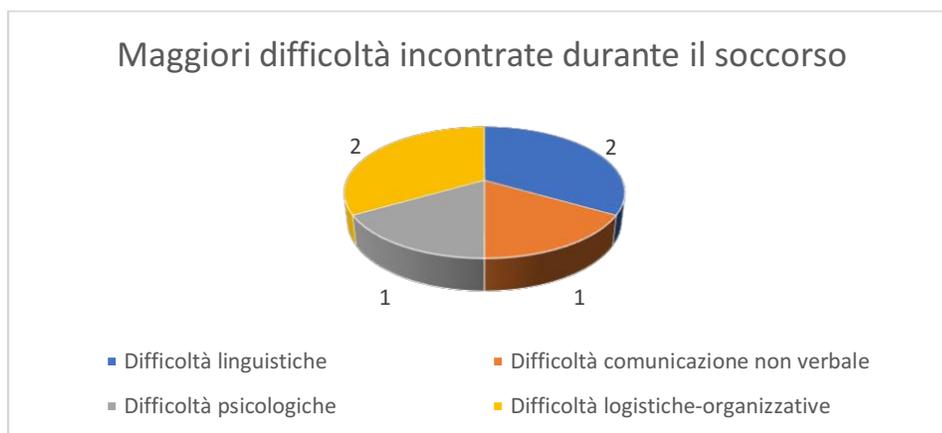


Grafico 16 (elaborazione propria):

Questo grafico a torta mostra le maggiori difficoltà che vengono riscontrate durante i soccorsi. Queste sono diverse ma, nella maggior parte dei casi si riscontrano *difficoltà linguistiche e logistico-organizzative* in quanto bisogna affrontare situazioni in cui bisogna gestire un numero elevato di persone, con origini differenti e di conseguenza che parlano molteplici lingue tra di loro.

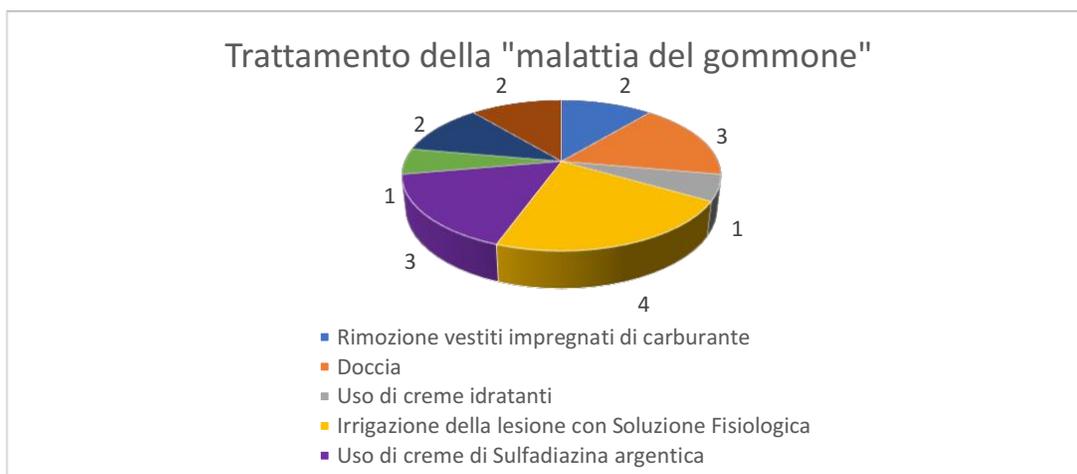


Grafico 17 (elaborazione propria):

In questo grafico a torta vengono analizzati i trattamenti che vengono messi in atto per affrontare la “malattia del gommone”. Questo termine è stato coniato dal medico di Lampedusa, Pietro Bartolo, e definisce un’ustione chimica causata dal mix di acqua salata marina che, miscelandosi con il carburante fuoriuscito dall’imbarcazione, entra a contatto con l’epidermide causandone la caratteristica lesione.

DISCUSSIONE

5.1 Interpretazione critica dei risultati

Lo studio condotto ha fornito un quadro informativo sull'assistenza sanitaria al momento del soccorso in mare, concentrandosi sulla figura dell'infermiere e mostrando come questo abbia un ruolo cruciale sia per quanto riguarda l'aspetto tecnico-professionale che emotivo-relazionale.

Il primo dato analizzato, ossia la tipologia di Ong di appartenenza (*grafico 5; grafico 10*), mostra la moltitudine di organizzazioni non governative operanti nel mar Mediterraneo aventi tutti lo stesso scopo. Il risultato ottenuto da questa analisi mostra solamente la presenza di cinque Ong. Questo dato viene giustificato in quanto, la ricerca, è stata effettuata nei confronti di un numero ristretto di testimoni e interlocutori ma, come viene evidenziato nel capitolo 1.3, grazie ai dati forniti dalla giornalista Laura Melissari ^[8], sono almeno sette le Ong che si occupano di effettuare soccorsi nel mar Mediterraneo.

Un dato rilevante è che il mar Mediterraneo viene pattugliato in differenti zone, in modo tale da garantire una copertura più efficace per coloro che sono in cerca di aiuto.

Il mar Mediterraneo centrale viene definito come la rotta migratoria più letale al mondo. Solo negli ultimi anni sono state lanciate diverse iniziative per cercare di contare i numerosi morti e dispersi in mare. Nel 2014 l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) ha creato un database specifico chiamato "Progetto Migranti Scomparsi" che fornisce numeri e informazioni relativi a questo fenomeno ^[14]. Ad agosto 2022 l'OIM ha contato più di 24.500 morti nel Mediterraneo dal 2014, di cui quasi 17.000 morti e scomparsi solo nel Mediterraneo centrale. Proprio in base a questo dato, l'OIM definisce la rotta del mar Mediterraneo centrale la più letale. Questi dati sono coerenti con i risultati ottenuti dallo studio da me condotto; infatti, tutti i testimoni hanno svolto il loro soccorso nella zona SAR del mar Mediterraneo centrale (*grafico 7; grafico 11*).

Gli otto soggetti, di cui sono state pubblicate le testimonianze, hanno operato maggiormente nelle zone limitrofe a Lampedusa, comprendenti quindi la zona SAR italiana

e libica. Anche i testimoni privilegiati hanno affermato di aver completato il loro lavoro nella zona Search and Rescue del mar Mediterraneo centrale, di cui due infermieri nella zona SAR libica, uno in quella maltese e l'ultimo nei porti di Agrigento e Augusta.

Il terzo risultato, che ci permette di capire su quale mezzo operativo viene svolta l'attività infermieristica (*grafico 6; grafico 13*), riusciamo ad ottenerlo solamente grazie alle interviste ai testimoni privilegiati. Infatti, nelle testimonianze pubblicate on-line, viene nominato solamente il mezzo generico con cui viene effettuato il soccorso, quindi o motovedetta, o peschereccio e così via, senza specificare se la loro operazione si è svolta sulla nave principale o su una rhib. Solo un testimone afferma di aver eseguito il soccorso sulla nave principale della Ocean Viking ^[15].

Per quanto riguarda gli intervistati, dalla totalità delle risposte del campione si evince che l'operazione è stata svolta sulla nave principale, o nave madre, mentre solo un soggetto ha avuto la possibilità di operare sia sulla nave madre che sul rhib.

Il rhib⁵, che letteralmente sta per Rigid Hull Inflatable Boat (battello gonfiabile a chiglia rigida), è un'imbarcazione di dimensioni variabili caratterizzata dalla presenza di una componente rigida, la chiglia, e una gonfiabile; quest'ultima garantisce galleggiabilità anche in presenza di acqua all'interno dello scafo. Queste caratteristiche, insieme alla sua velocità, fanno sì che sia il mezzo utilizzato dal team di soccorso marittimo. Proprio per questo motivo la totalità degli intervistati svolge il proprio lavoro sulla nave principale, in quanto, sul rhib operano solamente soggetti che hanno avuto una preparazione di primo soccorso e di emergenza specializzato in salvataggio marittimo.

Dalle testimonianze si ricavano dati relativi alla nave madre. Questa è la nave principale, maggiore per dimensione e capacità di accoglienza di soggetti al suo interno. Il team medico, comprendente medici, infermieri e ostetriche, rimane su questa imbarcazione e, mediante le comunicazioni via radio, entra in contatto con il team rescue sulle rhib. Questi ultimi comunicano al gruppo medico quali sono le impressioni cliniche generali dei migranti soccorsi, in modo tale da iniziare a preparare tutto il materiale occorrente e predisporre eventuale zona necessaria per fronteggiare un'eventuale emergenza, come un parto.

⁵ <https://it.wikipedia.org/wiki/RHIB>

Appena viene effettuato il trasbordo sulla nave principale, l'infermiere e il medico effettuano un accertamento globale iniziale, in cui si posizionano anche dei bracciali con numeri identificativi per approssimare il numero totale delle persone soccorse, seguito poi da un accertamento più specifico. In questo secondo momento vengono erogati tutti i trattamenti sanitari necessari ad affrontare complicanze cliniche, dalle più leggere alle più gravi.

L'infermiere è, quindi, una risorsa fondamentale sulla nave principale ma, come afferma l'*intervistato n° 4* (ALLEGATO 2), sarebbe opportuno riservare sempre un posto ad un sanitario sulle rhib perché permetterebbe un'ottima comunicazione tra le due imbarcazioni, non solo per problematiche logistiche, ma anche sanitarie. Un esempio dato dall'infermiere stesso, è che, in caso di eventuali soggetti ustionati, la squadra a bordo predisporrà un numero di docce e di ricambi di vestiti in base al quantitativo di soggetti comunicato; oppure, in caso di eventuale donna in stato di gravidanza avanzato, verrà predisposta una modalità di risalita dalla rescue zone diversamente da quella usuale, in quanto la donna dovrà essere sollevata con la schiena rivolta verso la nave e con l'addome verso il mare. Questi piccoli accorgimenti potrebbero permettere di anticipare il lavoro sulla nave principale e garantire un soccorso più efficiente ed efficace, in termini di tempo, di materiale, andando a prevedere tutte quelle situazioni prevedibili.

Per garantire un soccorso ottimale vengono creati dei protocolli d'azione utilizzati dalle Ong. I testimoni non hanno riferito alcuna tipologia di protocollo nelle loro interviste rilasciate, mentre i cinque testimoni privilegiati hanno dichiarato di utilizzare questi proprio per avere uno schema al quale attenersi durante il soccorso.

Nel *grafico 12* vengono rappresentate le diverse tipologie di protocolli utilizzati dalle Ong.

L'infermiera di SOS Mediterranée afferma che il loro operato si basa su delle linee guida interne per il soccorso di massa in mare aperto, senza descrivere quali queste siano. Questo dato mancante rappresenta un ostacolo nel paragonare i vari protocolli utilizzati.

L'infermiere della Croce Rossa Internazionale ha utilizzato i protocolli ministeriali per eseguire il proprio lavoro in quanto tutto il progetto era definito dal Ministero dell'Interno, dunque, quest'ultimo forniva anche dei protocolli operativi. Questi erano sia relativi al trattamento di patologie, quali coronavirus, tubercolosi, HIV ma anche alla risoluzione di pratiche burocratiche. L'*intervistato n° 2* (ALLEGATO 2) racconta come,

essendo il Ministero dell'Interno strettamente correlato con la Polizia di frontiera, veniva richiesto di effettuare la fase iniziale dell'accoglienza, raccogliendo tutti i dati anagrafici dei migranti ed inviando le prime richieste di asilo. Con il decreto-legge del 2 gennaio 2023 questa procedura dovrà essere messa in atto già nella fase del soccorso in mare, andando ad aumentare ulteriormente le mansioni da svolgere sulle imbarcazioni.

Gli infermieri di Mediterranean Saving Humans hanno tutti utilizzato il protocollo LAST.

Tale acronimo sta per: Locate, Access and Assess, Stabilize, Transport. Gli intervistati riportano che, durante la preparazione, vengono addestrati ad eseguire questa tipologia di intervento. Il primo momento cruciale è il pattugliamento in mare in cui si cerca di rilevare qualcosa o qualcuno; si identifica il target mediante il radar o con una segnalazione da Alarm Phone o da aerei come Moonbird e Colibrì. Una volta avvicinati al target si cerca di tranquillizzare le persone, si valuta la sicurezza e si effettua il trasbordo inizialmente sul rhib e successivamente sulla nave madre.

Watch The Med Alarm Phone ⁶ è stato creato nell'ottobre del 2014 da una rete di attivisti e di attori della società civile in Europa e Nord Africa. È un progetto che ha istituito un numero di emergenza auto-organizzato per i migranti in difficoltà nel mar Mediterraneo. Questo numero rappresenta la possibilità di inviare l'SOS sia alle guardie costiere, sia alle organizzazioni non governative, sia ai vari media. Lo scopo è quello di creare pressione sulle entità responsabili per il salvataggio affinché si evitino respingimenti e altre forme di violazione dei diritti umani.

La prima chiamata, da parte di Alarm Phone, viene fatta alla Guardia Costiera; se questa non dovesse riuscire ad intervenire tempestivamente, si prosegue contattando le organizzazioni non governative, facendo pressione sull'opinione pubblica ed eventualmente allertando navi cargo e mercantili nelle vicinanze dell'imbarcazione in pericolo.

La chiamata da parte dei migranti parte da un cellulare che viene consegnato loro dai trafficanti libici, in modo tale che avvenga questo contatto telefonico tra i soggetti in difficoltà e le autorità italiane ^[4] o direttamente con Alarm Phone. In caso di mancata

⁶ <https://alarmphone.org/it/chi-siamo/>

chiamata, l'identificazione del target può essere effettuato da degli aerei che si occupano di pattugliare il mar Mediterraneo, come Colibri e Moonbird. In alcune circostanze, però, l'imbarcazione in distress potrebbe non essere segnalata per svariati motivi.

Nell'*intervista n° 1* (ALLEGATO 2) l'infermiere racconta il loro avvistamento del barcone. È stato un momento casuale, in cui un soggetto dell'equipaggio voleva farsi una fotografia da pubblicare sui social mentre guardava l'orizzonte con il binocolo; proprio in quell'istante ha avvistato qualcosa, forse un tronco, forse una nave. L'imbarcazione si è avvicinata all'oggetto e, solo ad una certa distanza, l'equipaggio è riuscito a capire che si trattava di un barcone pieno di persone.

L'utilizzo di un protocollo condiviso è la base fondante di un soccorso in mare in quanto permette a tutte le Ong di agire nella stessa maniera, utilizzando delle linee guida internazionali e condivise affinché l'operato altrui non sia ostacolato ma, anzi, vi sia una cooperazione e collaborazione per portare il tutto a termine con esiti positivi. Inoltre, in situazioni come quella sopra riportata, permette di garantire una certa lucidità nonostante il carico emotivo sia elevato, dato dalla situazione improvvisa.

Durante il soccorso gli operatori vanno incontro a svariate difficoltà. Nel *grafico 16* vengono rappresentate le differenti difficoltà incontrate. Queste sono principalmente di tipo linguistiche, logistico-organizzative, psicologiche e relative alla comunicazione non verbale.

Le difficoltà linguistiche vengono superate, nella maggior parte dei casi, per quanto riguarda la lingua francese ed inglese, in quanto solitamente si organizzano dei team costituiti da almeno una persona con padronanza in queste due lingue. Le difficoltà nascono quando i migranti non parlano né francese, né inglese ma solo arabo. Quest'ultima lingua viene parlata soprattutto dai migranti sub-sahariani e la migrazione dalla Somalia, dal Sudan e dall'Etiopia, sembra sempre di più in aumento.

Oltre la barriera linguistica, c'è da affrontare tutto quell'aspetto della comunicazione non verbale. Queste persone hanno subito violenze, maltrattamenti, quindi è necessario avere cautela nei movimenti e adattare la gestualità, la prossemica e il tono di voce in base al soggetto con cui si interagisce. Nell'*intervista n° 3* (ALLEGATO 2) l'infermiere afferma che "la comunicazione però non viaggia solo sulle parole, ma anche sugli atteggiamenti. La cosa principale è quindi trovare un livello minimo di comunicazione ed usare la comunicazione

non verbale, quindi occhi negli occhi, le mani che accarezzano, evitare le distanze, rispettare il loro silenzio, il loro capo chino”.

Albert Mehrabian, alla fine degli anni '60, condusse delle ricerche sull'importanza dei diversi aspetti della comunicazione nel far recepire un determinato messaggio ^[16]. Il risultato di questa ricerca fu che la comunicazione non verbale, in particolare quella legata al corpo e alla mimica facciale, ha un'influenza pari al 55%, quella paraverbale, quindi il tono, il ritmo e il volume della voce, influisce per il 38% e quella verbale, mediante le parole, incide solo per il 7%.

È fondamentale ricordarsi il primo assioma della comunicazione, sintetizzato da Watzlawick e colleghi: *“Non si può non comunicare”*. Questo assioma fu una rivoluzione, in quanto da quel momento in poi, tutti avevano la consapevolezza che, facendo qualsiasi cosa, in realtà stavano comunicando un messaggio ad un'altra persona. È per questo motivo che l'infermiera sottolinea l'importanza della comunicazione non verbale, in quanto questa, specialmente in tali situazioni, rappresenta la linea di comunicazione più efficace per poter poi instaurare un legame futuro con i migranti.

Tutto questo aspetto si collega a delle difficoltà psicologiche da dover necessariamente affrontare. La maggior parte delle Ong hanno, all'interno dei loro team, degli psicologi che mediano questo approccio iniziale affinché il soggetto riesca, inizialmente, a farsi aiutare e man mano ad esternare i propri sentimenti e vissuti. Nella maggior parte dei casi succede che, gli operatori, si trovano ad interloquire con donne che, obbligate a scappare, hanno dovuto affrontare tutto il viaggio da sole, sopportando le torture e gli stupri, fino anche a mutilazioni genitali.

Pietro Bartolo, nel suo libro *“Le stelle di Lampedusa”* ^[17] narra della storia di una bambina, Anila, e di sua madre, Carla. Quest'ultima fu costretta a partire in seguito alla morte di suo marito. Tramite il vudù, fu accusata di stregoneria e venne imputata a lei la morte del suo coniuge. Fu così che dovette abbandonare i suoi figli ad una coppia di anziani, per poter continuare il suo viaggio verso l'Europa. Durante il viaggio dovette superare molti ostacoli e torture ma, una volta arrivata in Europa, l'inferno non era terminato anzi, ne ebbe inizio un altro: il giro della prostituzione.

In queste circostanze l'assistenza infermieristica olistica acquisisce maggiormente la

propria valenza. L'intervento infermieristico olistico si basa sulla conoscenza e la consapevolezza che l'essere umano è un'interconnessione di corpo, mente, spirito, ed energia, in cui le componenti sociale, culturale, relazionale e ambientale hanno un ruolo fondamentale nel mantenimento della salute e del benessere individuale ^[19].

Questo approccio olistico infermieristico viene ripreso nella Teoria del Nursing transculturale di Madeleine Leininger dove vede, come base della teoria, il metaparadigma costituito dalla persona, dall'ambiente, dalla salute e dall'assistenza infermieristica ^[19].

La persona viene intesa come un essere umano in grado di aiutare e curare il prossimo; l'ambiente è tutto quello che esiste oltre l'uomo, di cui quest'ultimo non può essere responsabile. Nell'ambiente rientra sia il luogo dove il soggetto trascorre la propria vita ma anche la cultura di appartenenza, i modi di pensare e vedere il mondo, fisicamente ed empiricamente parlando. Rappresenta quindi il luogo dove avviene l'esperienza della persona e che dà significato alle interazioni sociali ^[20].

La salute è il concetto universale che viene, però, identificato diversamente in base alla cultura di appartenenza ^[20]. L'assistenza infermieristica si basa principalmente su tre sistemi, che sono la conservazione, l'adattamento e il rimodellamento dell'assistenza culturale, adattando l'assistenza stessa in base agli usi e ai costumi della cultura dell'assistito, sempre con lo scopo ultimo di promuovere, migliorare, preservare la salute o assistere ed affrontare la morte ^[20].

La conservazione consiste in tutte quelle azioni che aiutano la persona a mantenere uno stato di salute, a guarire da una malattia o a prepararsi per la morte; l'adattamento sono le azioni che portano la persona ad adattarsi ad una condizione o a negoziare una situazione di salute più soddisfacente; la rielaborazione consiste in quelle azioni che aiutano il paziente a cambiare i propri stili di vita ^[20].

Con la Leininger nasce il concetto di “*to care*”, quindi prendersi cura. In queste due semplici parole è racchiuso un concetto importantissimo che rende l'assistenza infermieristica di tipo olistico. È fondamentale che il sanitario si prenda cura globalmente della persona con cui entra in un rapporto di cura, non prestando solamente attenzione a ciò che è di rilievo clinico, ma ascoltando e prendendo in considerazione tutte le differenti varianti che vanno a caratterizzare quel soggetto.

In base a questo concetto, contestualizzato in un periodo storico in cui l'interazione fra diverse culture divenne sempre più frequente, la teorica sviluppa il *Modello del Sole Nascente*.

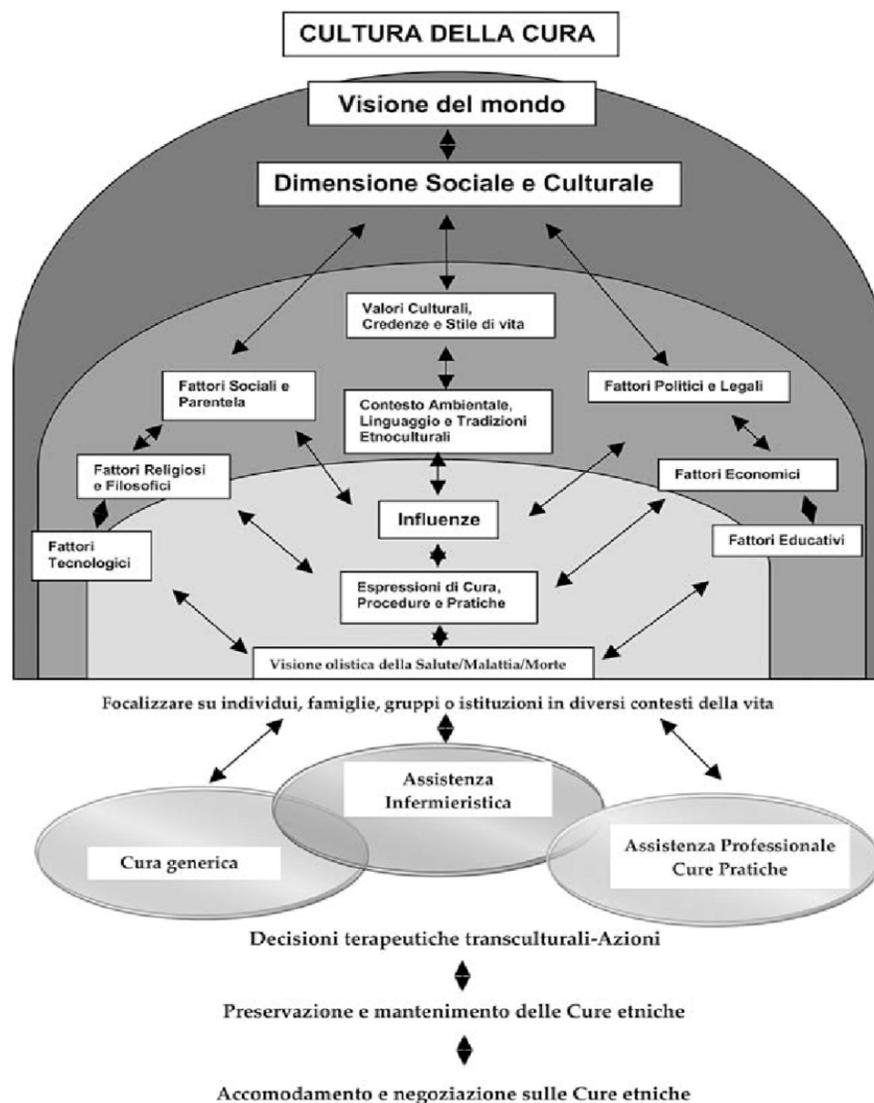


Fig.2 - Il modello del sole nascente (dal manuale: Mutilazioni genitali femminili, tradizione, diffusione, complicità, trattamenti. A cura di Massimo Chiaretti e Giovanna Angela Carru. Università Editrice Sapienza; 2018).

Questo modello, chiamato così per la sua particolare rappresentazione grafica, descrive quali sono i quattro livelli che influenzano la salute e l'assistenza di individui nelle

varie culture del mondo ^[21].

I livelli sono: la *visione del mondo* e del sistema sociale, ossia il modo in cui gli individui tendono a guardare il mondo e l'universo per potersi creare un quadro generale della situazione; la *dimensione sociale e culturale*, quindi i modelli e le componenti dinamiche dei fattori strutturali, di correlazione e organizzativi di una particolare cultura che include valori religiosi, sociali, politici, economici, educativi, tecnologici, culturali e fattori etnostorici; il *contesto ambientale* riferito alla totalità di un evento; l'*etnoistoria* ossia i fatti, gli eventi, i casi, le esperienze del passato di individui o gruppi che descrivono, spiegano e interpretano gli stili di vita umani; la *salute* come condizione di benessere che riflette la capacità degli individui di svolgere le attività quotidiane secondo gli stili di vita espressi culturalmente, utili e codificati.

Questi punti chiave rappresentano dei cardini per l'operato degli infermieri che operano all'interno delle navi Ong. L'importanza di osservare l'altro, non semplicemente guardarlo. Bisogna osservare chi abbiamo davanti, entrare all'interno della sua storia perché, solo così, potremmo riuscire a spiegarci determinati atteggiamenti, determinate convinzioni e pensieri.

I soccorritori sono prettamente occidentali, una cultura completamente differente da quella dei migranti. Il vudù è qualcosa di molto lontano dalla nostra cultura, così come la stregoneria. Come si può spiegare ad una mamma che ha perso il proprio figlio che non c'è una pozione, una frase di rito che lo può far tornare in vita? Con empatia, pazienza e amore nelle nostre parole, ascoltando colui o colei con cui si entra in comunicazione, cercando di spiegare più chiaramente possibile come funzionano le cose, mettendo da parte la presunzione.

Sara Di Santo ^[22] definisce le modalità con cui acquisire competenze transculturali, sottolineando l'importanza di apprendere una lingua straniera, di aggiornare le tecniche relazionali utilizzando il contatto visivo, il contatto fisico e rispettando gli spazi e le distanze.

Inoltre, afferma che è fondamentale approfondire gli aspetti biologici e culturali, acquisendo familiarità con le principali differenze fisiche tra i vari gruppi etnici e con le principali credenze culturali e sanitarie per progettare un piano di assistenza adeguato.

Bisogna coinvolgere l'assistito, al fine di conoscere i suoi modelli di coping e di

favorire i rituali che la persona ritiene utili per la propria guarigione. E per ultimo, ma non di importanza, rispettare l'assistito senza mai ridicolizzare in qualsiasi modo le proprie convinzioni o pratiche culturali e, anzi, scusarsi se le credenze culturali vengano in qualche modo violate.

Oltre a queste difficoltà sul piano culturale e psicologico dei migranti, gli intervistati riferiscono di aver incontrato difficoltà a livello logistico-organizzativo.

Queste si verificano soprattutto quando l'imbarcazione accoglie un numero elevato di migranti, quando questi si trovano in un barcone di legno, in quanto ha una stabilità molto più precaria delle altre, e quando si verifica qualsiasi tipologia di imprevisto tale da mettere in difficoltà la squadra operativa.

Queste difficoltà si verificano soprattutto quando l'assegnazione del Pos (place of safety), il porto sicuro, non avviene nell'immediato ma si protrae nel tempo, lasciando tutta la squadra di soccorso, e i migranti soccorsi, in mare in balia delle scelte dei politici.

Una storia, tra i tanti eventi anche più eclatanti del seguente, è quella raccontata da Alessandra Sciarba nel suo libro ^[23]. Qui viene narrata l'esperienza di tre giorni, nel luglio 2019, a bordo del veliero Alex di Mediterranea Saving Humans, per portare in salvo le vite dei migranti soccorsi. Arrivati di fronte a Lampedusa, sono stati costretti dalle autorità italiane ad attendere, perché indecisi se permettere lo sbarco in Italia o a Malta; un'indecisione che minuto dopo minuto portava ad aumento della stanchezza, della frustrazione e al non rispetto dei diritti umani.

La storia più eclatante fu quella del 12 giugno 2019 quando la Sea-Watch 3, imbarcazione della Ong tedesca Sea-Watch, prestava soccorso a 53 persone alla deriva su un gommone nella zona SAR libica, richiedendo alle autorità dei paesi più vicini, quindi Libia, Malta e Italia, assistenza e l'assegnazione di un porto sicuro ^[24]. Dirigendosi verso Lampedusa, il Viminale vietava l'ingresso della nave nelle acque territoriali e, dopo 14 giorni di attesa, la comandante della nave, Carola Rackete, decideva di violare il divieto ed entrare nel porto, per permettere lo sbarco dei migranti a bordo.

Il porto sicuro è il luogo in cui si considerano terminate le operazioni di salvataggio e, in questo luogo, i sopravvissuti non sono più esposti ad un rischio per la loro vita e possono accedere ad alcuni beni e servizi fondamentali e, nel caso in cui si tratti di migranti, a tutte le

procedure per poter ottenere un passaggio verso la destinazione finale o la più vicina, ad esempio potendo presentare richiesta di asilo [24].

Durante l'attesa per l'assegnazione del porto sicuro le difficoltà maggiormente riscontrate sono l'assenza di cibo e di acqua, l'eccessivo freddo o caldo, in base alla stagione in cui si verifica il soccorso, la necessità di far sbarcare tutti coloro che sono in condizioni cliniche precarie. In questa situazione però, avviene che, come racconta l'intervistata n° 3 (ALLEGATO 2) coloro che rimangono nella nave, iniziano ad avere dubbi, incertezze, fino a provare rabbia. Una rabbia contro l'umanità, contro la parte sbagliata del mondo in cui sono nati e che li ha costretti ad iniziare un viaggio che ancora, nonostante siano stati superati tanti ostacoli, non ha fine.

Scegliendo le domande da effettuare agli intervistati, non poteva venire a mancare quella sul trattamento della cosiddetta malattia del gommone. La prima volta che sentii questo termine fu nel 2019, quando lessi un passo di "Lacrime di sale" del dottor Pietro Bartolo [25]:

"25 maggio 2016. Due di notte. L'allarme arriva da un mercantile. A bordo ci sono tanti migranti soccorsi nel Canale di Sicilia. Venti di loro sono ustionati e fortemente debilitati. Non possono continuare il viaggio in tali condizioni. Una motovedetta va a prenderli. Intanto allertiamo le ambulanze e gli elicotteri, il nostro e quello di Pantelleria. Quando la motovedetta rientra, sono ormai le otto del mattino. A bordo, soprattutto donne. Vittime di quella che ormai chiamo la "malattia dei gommoni".

In venticinque anni di soccorsi non mi era mai capitato di dover curare ustioni di questo tipo. Succede da quando è iniziata la missione europea, Mare Nostrum prima e Frontex poi. Più i salvataggi avvengono al largo e più i trafficanti di uomini utilizzano imbarcazioni provvisorie e fatiscenti. Gommoni, soprattutto, alimentati a benzina invece che a gasolio.

Gli scafisti rabboccano i serbatoi durante il tragitto e il carburante, inevitabilmente, fuoriesce dalle taniche. Come una serpe che scivola lentamente, la benzina si combina con l'acqua salata e la miscela è devastante.

Nei gommoni gli uomini siedono sui tubulari. Le donne, invece, stanno sul fondo con i bambini in braccio. La miscela micidiale inzuppa i vestiti. E, mentre inonda i corpi delle

donne, dando loro una gradevole e apparentemente benefica sensazione di calore, inizia a corrodere la pelle dei piedi, delle gambe, delle natiche. Divora, piano piano, ogni centimetro di tessuto, provocando delle piaghe profondissime. Ustioni chimiche terribili [25].”

Tra gli intervistati nessuno ha riportato episodi di gravi ustioni, fortunatamente, ma di sole piccole lesioni in quanto il viaggio in mare è durato qualche giorno. Ovviamente, maggior tempo si trascorre a contatto con quella miscela, maggiore sarà l'estensione dell'ustione.

Come riportato nel passo di “Lacrime di Sale” [25] e nell'intervista n°4 (ALLEGATO 2) i soggetti maggiormente esposti sono le donne e i bambini in quanto il carburante e l'acqua marina tendono ad accumularsi nella zona centrale dell'imbarcazione, dove solitamente si trovano questi soggetti.

Per quanto riguarda le procedure di trattamento di queste ustioni, vengono analizzate nel grafico 17. La prima azione da fare è quella di identificare le persone che odorano di benzina e dividerle da quelle che non sono entrate a contatto con il carburante.

La fase successiva consiste nella rimozione dei vestiti bagnati, aiutandosi con la Soluzione Fisiologica nel caso in cui questi dovessero essere adesi alla lesione. Per eliminare tutti i residui di carburante, i soggetti esposti vengono invitati a fare una doccia con sapone neutro. Successivamente il trattamento dell'ustione consiste in un'abbondante irrigazione con Soluzione Fisiologica e, in base all'estensione della lesione, può essere necessario applicare creme a base di Sulfadiazina argenticca, un antimicrobico locale ad ampio spettro. La detersione ha un duplice scopo, sia quello di idratare la lesione stessa evitando un eccessivo essiccamento, sia quello di eliminare i residui di benzina sulla cute del soggetto.

In presenza di ustione di primo grado vengono applicate creme idratanti localmente in modo tale da garantire un'ulteriore idratazione della lesione, preceduta dalla Soluzione Fisiologica, con un effetto più efficace e duraturo, in quanto l'assorbimento della crema è più lento rispetto a quello della semplice Fisiologica. Se la lesione è infetta, caratterizzata da segni di flogosi e presenza di pus, il medico di bordo può prescrivere la somministrazione di antibiotici locali o orali o endovena, nei casi più gravi.

L'infermiere dell'intervista n°2 (ALLEGATO 2) racconta che delle volte può essere necessario utilizzare una polvere di nitrato di argento che permette di creare un'ulteriore

ustione sopra la precedente, allo scopo di rimuovere tutto il tessuto necrotico.

L'ultimo passaggio è quello di coprire accuratamente la lesione con delle garze sterili o mediante delle garze apposite, Jelonet, che permettono il libero drenaggio della ferita consentendo il passaggio dell'essudato ad una medicazione secondaria assorbente. Le garze vengono poi fissate con un bendaggio che sarà differente in base alla zona colpita.

Le ultime domande, effettuate agli intervistati, permettono di scoprire tutto quel lato emotivo-sentimentale dei soccorritori e dei migranti. Questi risultati, riportati nei *grafici 8, 9, 14 e 15* in cui troviamo anche le risposte delle testimonianze trovate on-line e questo permette di avere sia più dati a cui fare riferimento, sia di avere un confronto tra le parti.

Il soccorso in mare non è di certo un'azione che qualsiasi persona può effettuare, bisogna avere fegato, concentrazione, riuscire a mantenere la calma anche quando davanti potrebbe presentarsi una scena che ricordi il Guernica. Questo è importante perché, come riferito da entrambi le parti, sia dagli intervistati che dai testimoni, il sentimento maggiormente frequente è quello dell'agitazione, accompagnata da una forte scarica di adrenalina, e della concentrazione. Questa concomitanza di emozioni è data dalla necessità di focalizzarsi su un focus ben specifico, quello di radunare tutte le conoscenze dei propri studi, della propria esperienza lavorativa, per metterli in atto nella maniera più logica possibile e riuscire ad individuare e a risolvere le complicanze primarie.

Ovviamente non tutti, specialmente all'inizio, si sentono all'altezza di riuscire a superare questa situazione, magari perché si tratta del primo soccorso o di un primo vero naufragio con un numero elevato di persone.

È qui che nasce la necessità di stipulare dei protocolli di azione perché questi rappresentano una fonte essenziale sulla quale aggrapparsi in queste circostanze di panico, di confusione. Rappresenta una vera e propria boa in mezzo a quel mare di disperazione e di agitazione. Una boa sulla quale tutti si possono appoggiare e che suggerirà a chiunque la stessa cosa da fare, che sarà quella giusta perché è stata osservata, analizzata criticamente e riportata in un semplice protocollo.

Confrontando i risultati delle testimonianze con quelle delle interviste, si può avere una panoramica generale sul tipo di emozioni che i migranti trasmettono. Non è stato possibile indagare approfonditamente perché questo avrebbe implicato la necessità di fare

delle interviste ai migranti stessi; i dati raccolti sono, quindi, frutto dell'interpretazione delle espressioni, delle grida, degli atteggiamenti, che quelle persone hanno, da parte dei soccorritori.

La paura è, indiscutibilmente, il sentimento primario. Queste persone, dal momento in cui decidono di intraprendere questo viaggio sono sempre accompagnati dalla costante della paura. Paura di perdere un familiare, un amico. Paura di non avere abbastanza soldi per completare il tragitto prefissato. Paura di essere uccisi e, in questo caso, paura di essere riportati in Libia.

La Libia, come definisce Amnesty, il movimento internazionale di persone che si mobilitano in difesa dei diritti umani, da tempo non è luogo sicuro per rifugiati e migranti [26]; attori statali e non sottopongono queste persone ad una serie di violazioni dei diritti umani e abusi, tra cui uccisioni illegali, torture e altri maltrattamenti, stupro e altre violenze sessuali, detenzione arbitraria a tempo indefinito in condizioni crudeli e inumane e lavoro forzato.

Nonostante tutto ciò sia dichiarato e dimostrato, stati e istituzioni europee continuano a fornire supporto materiale e perseguire politiche migratorie che permettono ai guardacoste libici di intercettare uomini, donne e bambini che cercano di scappare alla ricerca di salvezza attraverso il mar Mediterraneo; pensando all'Italia, non si può far meno che citare il Memorandum Italia-Libia [27], un documento di intesa tra i due Paesi firmato, per la prima volta, il 2 febbraio 2017, sotto il governo Gentiloni, con durata triennale e rinnovo automatico. Questo trattato prevede che il governo italiano sia fornitore di aiuti economici e supporto tecnico alle autorità libiche per ridurre i flussi migratori, ai quali viene affidato la sorveglianza del Mediterraneo attraverso la fornitura di motovedette, di un centro di coordinamento marittimo e di attività di formazione.

Continuare a supportare la Libia significa anche contribuire direttamente al respingimento di uomini, donne e bambini, sostenendo i centri di detenzione, definiti ufficialmente come "centri di accoglienza", dove le persone vedono i propri diritti calpestati ogni giorno.

È nel momento in cui le due navi si intercettano che i migranti sono spaventati, perché la maggior parte delle volte queste motovedette libiche effettuano il soccorso senza un minimo di sicurezza e, nel momento in cui la nave viene riempita di migranti, inizia ad essere

una nave di detenzione, e i soggetti vengono riportati indietro, a vivere nuovamente quell'inferno e a dover ripagare tutto ciò che era già stato pagato.

Nel momento in cui capiscono di essere in mano di una Ong e non dei libici, queste persone iniziano a gioire, a cantare, a ballare, ma è proprio qui che è fondamentale attenersi ai protocolli, a spiegare loro di rimanere seduti, che verranno salvati uno ad uno ma che è fondamentale mantenere l'ordine, altrimenti si rischierebbe un naufragio dovuto al ribaltamento dell'imbarcazione, specialmente se questa è una wooden boat.

Appena vengono trasbordati sulla nave madre, la stanchezza predomina la scena. È una stanchezza sia fisica, sia psicologica, in cui corpo e mente si abbandonano al moto ondoso delle onde e il pensiero inizia a viaggiare verso un futuro pieno di speranza.

Fisicamente sono stremati, con quadri di ipoglicemia, disidratazione, con ustioni chimiche [28], con contusioni o fratture dovuti a tutti traumi subiti durante il viaggio, sia dovuti alla collisione tra le persone, sia da punizioni fisiche, maltrattamenti o anche ferite da arma da fuoco.

Non bisogna dimenticarsi che si tratta di esseri umani, siamo tutti uguali ma tutti differenti, perché ognuno ha la propria ricetta di vita, fatta di esperienze, di cultura, di vissuti, di carattere, che permette di essere unici. Questa unicità è preziosa e va salvata, tutti i giorni.

“Quel mare sa essere molto crudele, ma più crudele è quel mare di indifferenza che c'è oggi in Europa” (Pietro Bartolo).

5.2 Implicazioni per la pratica clinica

Con questo lavoro di ricerca sono emerse delle complicanze che si vengono a riscontrare durante lo svolgimento di tali attività.

Prima di tutto, si è evidenziato come la presenza di protocolli condivisi potrebbe rappresentare una importantissima risorsa dalla quale fare affidamento. L'obiettivo futuro è, quindi, quello di creare questi protocolli, dove all'interno descrivere delle linee guida di supporto per affrontare qualsiasi complicanza alla quale si potrebbe andare in contro. Ovviamente, saranno protocolli in continuo aggiornamento, perché come abbiamo visto, la

tematica sulla migrazione è mutata nel tempo e continua a modificarsi giorno dopo giorno, di conseguenza alcune difficoltà verranno risolte, ma tante altre verranno ad aggiungersi.

Un altro tema da dover necessariamente valutare è la formazione del soccorritore. Questo deve essere formato sul piano sanitario, per quanto concerne le patologie prettamente ricorrenti in tali circostanze.

Questa formazione deve avvalersi anche di corsi per il soccorso in mare perché, come sottolineato dai risultati di questa tesi, la presenza di un sanitario sulle lance da soccorso, i rhib, può rappresentare una grande risorsa dalla quale ricavare miglierie, aumentando l'efficacia e l'efficienza del soccorso.

La formazione tecnico-sanitaria deve però, necessariamente, essere accompagnata da una formazione per quanto concerne l'antropologia, quindi lo studio dell'uomo sia nella propria interezza ma anche, e soprattutto, in rapporto con la propria comunità.

È necessario studiare le varie culture, i vari costumi ed usanze, le varie religioni, in modo tale da riuscire ad interpretare i gesti e le risposte delle persone e, capire, e soprattutto anticipare, atteggiamenti, richieste e pratiche da effettuare.

Un altro aspetto da tenere in considerazione è la lingua straniera. Oltre ad organizzare squadre di soccorso aventi almeno un soccorritore con padronanza in lingua o francese o inglese, sarebbe necessario che tutti i componenti abbiano almeno un livello base di queste due lingue, affinché lo scoglio iniziale della lingua, venga abbattuto.

CONCLUSIONE

Questo studio ha permesso di avere una panoramica globale sulla tipologia di compiti che il personale infermieristico svolge a bordo delle navi Ong, dunque, l'obiettivo può essere definito raggiunto.

A partire dai fenomeni osservati in questa ricerca etnografica si giunge alla conclusione che, il ruolo del personale infermieristico in servizio sulle navi Ong, è di tipo multidisciplinare e interdisciplinare in quanto si trova a svolgere un lavoro di tipo compiuto relazionandosi con altri professionisti al di fuori della figura infermieristica, quindi medico, mediatore culturale, psicologo, rescue swimmer.

L'interdisciplinarietà è caratterizzata da competenze trasversali sia in ambito tecnico-professionale, sia in quello emotivo-relazionale.

Per quanto concerne l'aspetto tecnico-professionale l'infermiere si occupa del pattugliamento iniziale, insieme a tutto il resto dell'equipaggiamento. Una volta individuato l'obiettivo, è la squadra di soccorso marittimo ad effettuare il trasbordo ma l'infermiere rimane comunque in contatto con loro, cooperando per completare nel migliore dei modi il soccorso stesso.

Una volta trasbordati sulla nave principale, il medico e l'infermiere svolgono un ruolo fondamentale, occupandosi di effettuare prima un accertamento generale e poi uno più mirato, andando a ricercare eventuali patologie sottostanti o neo-insorte oppure lesioni causate da diversi fattori eziologici.

In ogni momento di interazione con l'altra persona, l'infermiere si trova catapultato in una realtà in cui l'approccio empatico, umano, è fondamentale. Partendo dal rapporto con i propri colleghi, in cui è fondamentale mantenere un atteggiamento propositivo con predisposizione al lavoro di squadra, arrivando poi al rapporto con il migrante, in cui si va a toccare a mani nude la sensibilità dell'altra persona, rispettandola, accogliendo le sue paure, la sua cultura, le sue storie e facendone risorsa per orientare il trattamento da erogare.

In questo caso sono richieste alcune soft skills per una comunicazione efficace, come l'ascolto, la conversazione, la comunicazione non verbale, la gestione dello stress e il controllo delle emozioni.

In questo nuovo scenario, in continua evoluzione, relativo alla tematica migratoria,

gli infermieri, e tutti i componenti della squadra di soccorso, dovranno man mano acquisire delle competenze per risolvere problemi di tipo burocratico, quale l'attivazione della richiesta di asilo.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Ivana Fasciano, “Porta d’Europa, a Lampedusa”; *Mediterraneaonline*; 6 novembre 2013.
- [2] *Vocabolario Treccani*, definizione del termine “migrazione”.
- [3] “Perché le persone migrano? Esplorare le cause dei flussi migratori”; pubblicato sul sito del Parlamento europeo il 2 luglio 2020, aggiornato il 3 novembre 2020.
- [4] Lorenzo Attianese, “Immigrazione – Prima del mare, sabbia e asfalto. Le tappe che precedono Lampedusa”; *Ansa*; 6 luglio 2017.
- [5] Annalisa Camilli, “La legge del mare – cronache dei soccorsi nel Mediterraneo”; *Rizzoli Editore*; aprile 2019.
- [6] Silvia Casu, “Le zone SAR”; *Ius in itinere*; 3 marzo 2019.
- [7] *Vocabolario Treccani*, definizione del termine “Ong”.
- [8] Laura Melissari, “Ong nel Mediterraneo: quali sono, come operano e chi le finanzia”; *The Post Internazionale*; 23 giugno 2018.
- [9] AA.VV. (2021) *Dossier statistico IMMIGRAZIONE*, Idios Centro Studi e Ricerche, Roma.
- [10] European Council of Refugees and Exiles and Asylum Information Database, “Asylum adjourned – the situation of applicants for international protection in 2020”; 19th July 2021.
- [11] Openpolis, “Gli sbarchi di migranti nel Mediterraneo”; 16 luglio 2021.
- [12] Redazione Nurse Times, “Naufragio di Lampedusa: la testimonianza di un infermiere che ha partecipato ai soccorsi”; *Nurse Times*; 06 dicembre 2019. (Testimonianza 2).
- [13] ADN Kronos, “Salute Immigrati: il racconto del soccorritore, il ritorno a Lampedusa una odissea”; *Focus*; 12 febbraio 2015. (Testimonianza 1).
- [14] Civil MRCC (Piattaforma di coordinamento e documentazione per le persone in pericolo nel Mediterraneo centrale); *ECHOES dal Mediterraneo centrale*; SAR news n°2; settembre-ottobre 2022.
- [15] Emmanuelle Chaze, “Anne, medico a bordo della Ocean Viking”; *Esanum*; 27 luglio 2021. (Testimonianza 5).
- [16] Flavio Cannistrà, “La comunicazione non verbale e la regola di Albert Mehrabian”; 22 gennaio 2014.

- [17] Pietro Bartolo, “Le stelle di Lampedusa”; Mondadori; 2018.
- [18] Francesco Burrai, Danilo Cenerelli, Rosa Eugenia Pesci, Orietta Valentini; “L’assistenza infermieristica olistica”; Ordine Infermieri Bologna.
- [19] Redazione Nurse Times, “Madeleine Leininger: fondatrice del Nursing Transculturale”; 17 settembre 2022.
- [20] Dario Tobruk, “Nursing e Assistenza Infermieristica Transculturale di Madeleine Leininger”; Dimensione Infermiere; 01 dicembre 2020.
- [21] S. Brenna, A. Oliveira Silva, “Revisione e sintesi dei modelli teorici del nursing che supportano l’assistenza infermieristica in un contesto multietnico”; GCND, Giornale di Clinica Nefrologica e Dialisi in collaborazione con SIAN; 26 gennaio 2018.
- [22] Sara Di Santo, “L’infermieristica transculturale in una società dai mille volti”; Nurse24; pubblicato il 29 luglio 2016, aggiornato il 7 dicembre 2021.
- [23] Alessandra Sciorba, “Salvarsi insieme – Storia di una barca a vela sulla rotta dell’umanità”; Ponte alle Grazie; 11 giugno 2020.
- [24] Fabio Tumminello, “Il soccorso in mare: i concetti di “porto sicuro” e “porto vicino” nel diritto internazionale”; Ius in itinere; pubblicato il 10 agosto 2019 e aggiornato il 9 agosto 2020.
- [25] Pietro Bartolo, Lidia Tilotta; “Lacrime di sale”; Mondadori; 2017.
- [26] Amnesty, “Fermiamo la detenzione e la tortura di rifugiati e migranti in Libia”; 15 luglio 2021.
- [27] Save The Children, “Memorandum Italia-Libia: un finanziamento contro i diritti umani”; 28 ottobre 2022.
- [28] Marzia Raponi, “Aiutare chi ne ha bisogno è un dovere. La testimonianza di Marzia Raponi”; IMG Press; 18 giugno 2022. (Testimonianza 4).
- [29] Redazione Nurse Times, “Naufragio di Lampedusa: la testimonianza di un infermiere che ha partecipato ai soccorsi”; Nurse Times; 06 dicembre 2019. (Testimonianza 2).
- [30] Angela, “Lampedusa. Cosa ho scoperto quella notte in mare”; Comunione e liberazione; 27 luglio 2018. (Testimonianza 3).
- [31] Simone Gussoni, “La testimonianza di Alessio Gallotta, infermiere di bordo nelle missioni SAR Search and Rescue nel Mediterraneo”; Nurse Times; 20 giugno 2018. (Testimonianza

6).

[32] Ottavia Spaggiari, “Il mare nostrum dei volontari offshore”; VITA; 21 luglio 2016. (Testimonianza 7).

[33] Marco Tapinassi, “Immigrati, infermiera: salire su quei barconi, quanta disperazione!”; AssCareNews, il tuo quotidiano; 17 ottobre 2019. (Testimonianza 8).

SITOGRAFIA

www.consilium.europa.eu

www.data.unhcr.org

www.temi.camera.it

www.sordelli.net

www.wikipedia.org

www.alarmphone.org

9. ALLEGATI

ALLEGATO 1

Testimonianza numero 1:

Quasi 30 ore di navigazione con mare forza 8 e onde alte come un palazzo di 3 piani: *"Io sono tra quelli che hanno riportato a terra i 29 cadaveri. Sono cose che non si dimenticano, ti senti impotente a vedere dei ragazzi di vent'anni che ti muoiono tra le braccia"*. Salvatore Caputo, infermiere 66enne e volontario dell'Ordine di Malta imbarcato sulle motovedette della Guardia costiera che svolgono le operazioni di soccorso al largo di Lampedusa, racconta così all'Adnkronos il salvataggio dei migranti imbarcati sul primo dei gommoni naufragati nel Canale di Sicilia tra domenica e lunedì scorso.

"Appena arrivato a terra ho avuto una crisi di pianto e come me molti altri non hanno retto e sono crollati. Ora sto meglio, ma più passa il tempo e più realizzo quello che è successo", spiega Caputo. *"Siamo partiti verso le 3 del pomeriggio di domenica dopo aver ricevuto l'allerta dalla centrale operativa, e siamo arrivati nei pressi del primo gommone verso le 20.30, a circa 130 miglia da Lampedusa"*. La situazione, riferisce, era davvero estrema, *"con il vento che soffiava a 75 km orari e i ragazzi imbarcati sul gommone che si accalcavano e si calpestavano per salire a bordo per primi"*.

"Il più grande di loro - continua - non aveva trent'anni e gli altri erano tutti molto più giovani: non dimenticherò mai le facce di quelli che tiravamo a bordo, la gioia di sentirsi finalmente al sicuro", continua Caputo che ormai da diversi anni lavora come volontario per il Cisom, il corpo di soccorso dell'Ordine di Malta. *"Dopo qualche ora, verso le 4-5 di mattina, il primo di loro non ha retto al freddo e agli sforzi del viaggio ed è morto"* e così gli altri 28, nelle ore interminabili del viaggio verso le coste italiane. *"In quei momenti ti crolla tutto addosso. La morte, la paura di un incendio a bordo o di una avaria, la consapevolezza che gli elicotteri non*

possono raggiungerci: la paura di non tornare a casa era forte per tutti, anche per noi soccorritori".

"I naufraghi guardavano i loro compagni di viaggio morire ed era chiaro che si immaginavano al loro posto", continua Caputo. Solo una volta arrivati a poche miglia dal porto di Lampedusa "è stato possibile iniziare la conta dei cadaveri". Abbiamo salvato 105 persone, "60 sulla nostra motovedetta e 40 circa sulla seconda, che ci ha raggiunto poco dopo. Noi siamo arrivati a terra verso le 4.30 di lunedì, la seconda motovedetta verso le 7".

Dal mio punto di vista, osserva Caputo, "non ci sono soluzioni definitive per queste situazioni, è così e basta. In questa ultima tragedia, per esempio, non credo che una nave molto grossa avrebbe potuto raggiungere i gommoni. Le motovedette sono mezzi efficaci, agili".

Il Cisom, nei giorni scorsi, ha inviato un team di psicologi "per aiutarci a superare questi momenti: ci insegnano a scaricare l'adrenalina, ci aiutano a sfogarci". Queste esperienze "sono impressionanti, mi sembra di aver vissuto una apocalisse. Qui siamo circa una decina dell'Ordine di Malta, tra medici, infermieri e volontari, e anche se qualcuno è stato davvero sconvolto da questa esperienza, nessuno ha mai mollato. Certo, ognuno ha la sua sensibilità e reagisce a modo suo, ma nessuno di noi abbandona, siamo subito pronti a iniziare di nuovo: io stesso mi sono reimbarcato ieri mattina".

Testimonianza numero 2:

Mi chiamo Andrea e sono un infermiere professionista del Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta, originario di Catania. Lavoro con il CISOM nel progetto PASSIM (Primissima assistenza e soccorso sanitario in mare) sugli assetti navali della Guardia Costiera Italiana. Dal 2017 ad oggi ha partecipato a 16 missioni, tra imbarchi su navi maggiori e motovedette. Quel mare in tempesta, pieno di teste e di braccia, non lo dimenticherò mai. Durante la mia ultima missione a Lampedusa ho vissuto in prima persona i drammatici momenti del naufragio del 23 novembre, a poche centinaia di metri dalla costa. Siamo stati allertati verso le 16:30 e salpati immediatamente a bordo delle motovedette, raggiungendo il target dopo pochi minuti di navigazione. A bordo, la squadra della motovedetta è formata da otto persone: cinque militari dell'equipaggio, un rescue swimmer e il team sanitario del Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta (un medico

e un infermiere). A volte si aggiunge anche un mediatore culturale. Si tratta delle motovedette denominate “Classe ognitempo 300”, capaci di navigare con qualsiasi condizione meteomarina...

Lo scenario che si è presentato ai nostri occhi quel pomeriggio è stato agghiacciante. Tutte le persone recuperate dal mare dopo il naufragio erano terrorizzate e fredde, gelide. Abbiamo subito cercato di aiutare i più gravi, di scaldarli come potevamo. Qualcuno era gravemente ipotermico, qualcuno aveva ferite, altri, appena tirati a bordo, si “lasciavano svenire”. Erano tantissimi. Facevamo fatica a muoverci. Abbiamo distribuito coperte isotermitiche e messo tutte le persone vicine, strette le une alle altre, mentre le onde continuavano a scuotere la motovedetta e a riempirla di spruzzi di acqua gelida. Vedevo alcuni migranti piangere e altri tremare, come mai avevo visto qualcuno prima di allora. Tra i salvati dalle acque c’era anche Faven, la bambina con una giacca di colore rosa. Tirata a bordo, per fortuna la bimba era desta, ma non piangeva. È stata affidata subito alla dottoressa. Ricordo uno dei militari a bordo che ha detto: “Avrà la stessa età di mia figlia”. Poi silenzio. Buio. Avete mai visto morire un bambino? Avete mai visto un corpo galleggiare, privo di vita, in mare? In totale c’erano circa 160 persone in acqua. Siamo riusciti a salvarne 149. Tantissime, ma circa 20 hanno perso la vita. I militari dell’equipaggio delle motovedette della Guardia Costiera sono stati bravi e coraggiosi, bravissimi nelle complicate e concitate operazioni di recupero.

Quando, dopo oltre un’ora, la motovedetta ha lasciato la zona del soccorso, si era fatto ormai buio e sulla superficie del mare non vedevamo più nessuno. Speravamo di averli recuperati tutti. Sbarcati i naufraghi al molo “Favaloro” di Lampedusa, tutte le quattro squadre sanitarie CISOM presenti sull’isola si sono adoperate per prestare il primo soccorso. Nel complesso stavano “bene”. Molto infreddoliti, impauriti e stanchi, ma per fortuna le loro condizioni di salute, a un primissimo esame obiettivo, non erano cattive. Un fiume di persone con la testa china, silenziose, avvolte in copertine dorate. Morte dentro, ma vive.

Quello del 23 novembre non è il primo naufragio in cui ho operato. Nella mia carriera mi era già capitato più volte. La mia reazione iniziale è sempre la stessa: la paura mi paralizza, mi impedisce di muovermi e quasi anche di respirare. La paura di non essere all’altezza, di

non riuscire a salvare chi implora aiuto. Non mi vergogno di parlarne perché credo sia un istinto naturale. La paura è uno dei primi meccanismi di difesa di ogni uomo. Ma dura un attimo, per fortuna. Immediatamente dopo arriva un altro istinto, più nobile, più bello: quello di aiutare, di sbracciarsi, tendere le mani e dare il massimo per aiutare chi sta rischiando di perdere la vita. Non importa quale sia lo scenario o il contesto lavorativo, credo che questo accomuni tutti noi infermieri.

Ad oggi si recuperano ancora salme dopo il naufragio del 23 novembre. Io ero a bordo di una delle motovedette quando sono stati recuperati i primi cinque corpi, tutte donne, tutte giovanissime. Malgrado nella nostra professione si abbia spesso a che fare con la morte, con il dolore, io credo che non ci si abitui mai. I numeri sono semplici perché freddi. Non hanno occhi, i numeri. Non hanno odori, non hanno una storia, non hanno qualcuno che gli vuole bene e che li aspetta. Non hanno calore. E invece lì, in mare, non c'era l'astrazione dei numeri. C'erano le persone in carne e ossa. Io mi sentivo trapassato dai loro sguardi. Quando incroci uno di quegli sguardi, vieni letteralmente travolto. Sguardi di chi ha lottato giorni contro la stanchezza, per non morire.

Vorrei citare tutti i colleghi delle squadre sanitarie, medici e infermieri che hanno operato senza sosta quella sera, sia a terra che sulle motovedette: Alessandra e Daniele (la bimba non si ricorderà di voi, ma il mondo dei giusti sì), Federica, Giusy, Simone, Saverio, Carmen. Svolgo il lavoro più bello che io possa desiderare, con i migliori colleghi che si possano avere.

Il ruolo dell'infermiere di bordo di una motovedetta è più dinamico rispetto alla professione svolta negli ospedali. La nostra funzione principale, in stretta collaborazione con il medico, è quella di sostenere le funzioni vitali dei pazienti in un contesto molto particolare. Gli spazi ristretti, il moto ondoso, i movimenti della barca e la sicurezza a bordo rendono molto difficoltoso il nostro lavoro.

Nel corso della mia esperienza ho partecipato a molteplici operazioni SAR (Search and Rescue), prendendo parte al salvataggio di circa 3mila persone. Spesso veniamo allertati per persone colte da malore o ferite a bordo di imbarcazioni. Si tratta soprattutto di pescatori, diportisti, marittimi in genere, ma anche di bagnanti e turisti che affollano le spiagge di Lampedusa, soprattutto nel periodo estivo. La maggior parte dei nostri interventi

riguarda attività di ricerca e soccorso di barche di migranti che giungono a ridosso di Lampedusa.

Testimonianza numero 3:

“Mi sono laureata a marzo in Scienze infermieristiche e ho fatto domanda per lavorare al Corpo italiano di soccorso dell'Ordine di Malta (Cisom). Il mio lavoro è quello di intervenire in mare, insieme a un medico e un team della Guardia Costiera. Abbiamo a che fare con i migranti diretti a Lampedusa. Io sono partita proprio per questo, per questi migranti. Ho sempre avuto il desiderio di fare un'esperienza così, un po' alle periferie del mondo. Incontrare e aiutare queste persone. Da quando sono qui, ho partecipato a due interventi.

La prima volta ci hanno chiamato per andare incontro ad alcuni barchini sui quali si trovavano ventinove tunisini. Erano tutti pressoché in buona salute, motivo per cui non è stato necessario nessun intervento sanitario. Li abbiamo semplicemente caricati sulla motovedetta e portati a Lampedusa. I tunisini non sono visti molto bene, perché spesso sono persone scappate dalle carceri e quindi non molto tranquilli e poco disciplinati. Durante il viaggio ero molto incuriosita da questi ragazzi (tutti giovanissimi) e non nascondo che anche io, da subito, mi sono lasciata condizionare dal giudizio poco positivo dei miei colleghi. Ma appena ho incrociato il loro sguardo, il loro volto sorridente che ci ringraziava per quel poco che avevamo fatto, anche il mio sguardo è cambiato. Ho capito che ero lì proprio per loro, ero chiamata a stare lì a prescindere dalla loro storia o dal loro passato. A fine giornata ero contenta di essere stata lì proprio per quelle ventinove persone. Il secondo intervento è stato più importante: abbiamo recuperato 450 migranti da un peschereccio, in piena notte. Appena arrivati lo scenario è stato di forte impatto, quasi surreale: chi urlava, chi si sbracciava per essere recuperato e salvato. Mi sono sentita catapultata in un altro mondo. Niente a che vedere con il lavoro ordinario che avevo fatto durante i miei anni di tirocinio. Mi sono sentita piccola di fronte alla disperazione di quella gente e l'unica cosa che ho fatto è stata affidarmi e affidare quella notte. Di quella esperienza mi rimangono impressi alcuni volti, come quello di una bimba di pochi mesi che mi è stata data tra le braccia in attesa che fosse raggiunta dalla mamma. Oppure

quello di un bambino che consolava la madre dolorante e ferita. E ancora quelli di chi ringraziava per l'aiuto ricevuto. Nei loro occhi si leggeva la disperazione: l'unica cosa che potevo fare era accoglierli per fargli percepire che non erano soli. Non riesco a spiegare altro, dare grandi giudizi o aggiungere parole. Ciò che mi rimane è proprio l'impressione di quei volti e dell'umanità palpabile che ho la fortuna di percepire facendo il mio lavoro. Penso che davvero queste persone, tramite il nostro aiuto, siano raggiunte dalla tenerezza Dio. Da una sua carezza, che si concretizza nell'essere letteralmente salvate. Ed è la stessa consapevolezza che auguro a me e alla mia vita. ”

Testimonianza numero 4:

“Ho sempre avuto in testa l'idea di fare volontariato e con l'inizio dell'emergenza sanitaria da COVID-19 ho fatto un passo avanti e sono entrata a far parte della task force per infermieri della Protezione Civile. In quel momento in me tutto si è fatto più chiaro, ho capito che probabilmente questa era la strada che dovevo intraprendere. È stato allora che ho conosciuto alcuni volontari del Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta – CISOM, che mi hanno parlato delle missioni a cui avevano preso parte, soprattutto quelle a Lampedusa.

Nel 2021 sono così entrata a far parte del CISOM e i miei primi impegni sono stati a livello territoriale, nel Lazio dove vivo, svolgendo attività di formazione ai farmacisti per quanto riguarda la somministrazione dei vaccini, dei tamponi e così via. Poi, sono andata sull'isola dell'Asinara, per il servizio di assistenza medica, una realtà complessa perché c'è solo un ambulatorio per la primissima assistenza, non hai un ospedale sul posto a cui appoggiarti, quindi il tuo compito, in caso di emergenza, è stabilizzare il paziente per poi trasferirlo sulla terraferma.

Ho partecipato al progetto PASSIM 3 e sono stata inviata a Lampedusa per fornire supporto sanitario in mare sulle motovedette della Capitaneria di Porto e sulle navi della Guardia di Finanza, durante le operazioni SAR (Search and Rescue) nel tratto del Mar Mediterraneo tra l'Africa e l'Isola di Lampedusa, un vero e proprio corridoio umanitario che ci vede impegnati in prima linea a dare cura a tutte quelle persone che intraprendono viaggi della speranza su barche di fortuna. Per noi volontari non esiste la parola “migrante” ma solo

“fratello”, quel fratello che viene da molto lontano e che non vediamo l’ora di abbracciare e di curare. Personalmente non mi fermo davanti a niente, se c’è bisogno di spostare un paziente per fare una RCP (Rianimazione cardio polmonare) su una motovedetta dove lo spazio è ridotto, lo faccio senza indugi. Ho scelto di fare questa esperienza perché voglio provare, nel mio piccolo, a dare speranza a queste persone. Se hanno la forza di affrontare tutto ciò che affrontano è perché hanno voglia e bisogno di cambiare la loro vita ed è giusto dargli una possibilità. Farei di tutto pur di salvare una vita umana. La voglia di aiutare gli altri viene da dentro, è un moto spontaneo. Quando mi accingo a uscire per un soccorso, tutto il resto si annulla, entro nel mio ruolo, mi concentro in quello che so fare e faccio in modo che vada tutto bene. Poi, quando torno alla base, mi fermo a riflettere, inizio a sentire la stanchezza ma anche le emozioni che mi hanno riempito l’anima.

La mia prima missione a Lampedusa risale ad aprile del 2021. Sapevo di potermi aspettare un ambiente accogliente, condivisione di idee e obiettivi con gli altri volontari. In più quando sei lì ci sono altri attori coinvolti nelle missioni di soccorso, i comandanti della Guardia Costiera, il resto dell’equipaggio delle motovedette con cui noi collaboriamo. C’è un legame forte, c’è lo spirito di fare gruppo, è difficile spiegarlo a parole, alcune situazioni per comprenderle le devi vivere. In quel contesto siamo tutti “nella stessa barca”, è proprio il caso di dirlo, e l’obiettivo di tutti è portare in salvo più persone possibile. È un’emozione molto forte! A prescindere dalla divisa che si indossa, siamo uniti dallo stesso obiettivo, ognuno ha un ruolo specifico che assume il suo pieno valore cooperando tutti insieme. Ci sono stati anche momenti in cui ho provato paura, ad esempio durante un soccorso in condizioni di meteo avverso, quando i rescue si organizzano per gettare a mare i gommoni o indossano le tute per tuffarsi in acqua, i fari sono tutti puntati sul barcone. Ecco, lì la paura ce l’hai perché il momento è veramente critico. In quell’istante, il mio pensiero va alla tranquillità di casa, ai miei famigliari, a mia figlia; so che loro stanno bene e questo mi dà la forza. Ripeto a me stessa: ok, sono qui, metto in gioco la mia vita, l’importante è che a casa stiano bene. Ma quei momenti li superi anche grazie a chi hai intorno. Da sola non sarei nulla, non potrei essere Marzia in quel momento se non ci fosse la squadra.

Tra i vari soccorsi, ho prestato le cure a una donna incinta al settimo mese con minacce di aborto e a un’altra che aveva partorito il giorno prima. Durante il viaggio – che per loro

non inizia nel momento in cui sono sul barchino in mezzo al mare ma inizia anche mesi prima – le donne sono vittime di violenze, ma nonostante tutto conservano la loro dignità, partoriscono e si prendono cura di quella piccola creatura. Nei loro occhi lucidi di gioia, traspare la speranza per un futuro migliore, per un domani più prospero di belle emozioni. In quegli sguardi, in quelle parole scambiate, in quegli abbracci donati ai più piccoli, c'è tutto l'amore, l'umanità e l'accoglienza di cui ogni essere umano ha bisogno.

Ricordo un episodio piuttosto critico. Erano le 22.30 e tutte le squadre erano state chiamate per andare in soccorso di una barca con circa 215 migranti a bordo. Il mare era mosso, le onde alte circa 3 metri, all'orizzonte si vedevano lampi e si sentivano tuoni. I migranti erano impauriti, si gettavano in mare. Era un momento di forte concitazione, perché quando il mare è in tempesta i recuperi si fanno più impegnativi e l'essere umano che recuperi spesso è bagnato, infreddolito, sotto shock. Per quanto ci impegniamo affinché non succeda, a volte qualcuno muore. Quando viene lanciato l'SOS e noi partiamo, i migranti sono allo stremo delle loro forze, sono provati fisicamente e psicologicamente per un viaggio che dura da mesi, con il mare in tempesta, il freddo, senza mangiare, bere, seminudi e bagnati. Una volta saliti a bordo delle motovedette, sono emozionati, gioiosi, alcuni saltano, ballano e cantano per quanto sono felici e dobbiamo calmarli perché rischiamo seriamente di capovolgerci. La loro gioia traspare dagli occhi lucidi, si inginocchiano, ti abbracciano. Se il tragitto verso la terraferma è tranquillo e sereno, riesci anche a stabilire un dialogo con loro e, con un inglese molto basico, si raccontano, ti dicono che hanno frequentato la scuola o i college nel loro paese, che sono dovuti partire perché sanno che rimanendo a casa non avrebbero un futuro.

I bambini sono la parte più bella ed enigmatica delle missioni a cui ho preso parte. La cosa che più mi ha colpito è che non piangono mai. Che siano da soli, in braccio a uno sconosciuto o con i loro genitori, loro sorridono, non piangono mai, non si lamentano se hanno freddo o fame, nulla. È come se fossero abituati ad affrontare il peggio e quel vissuto in quel momento per loro è normale. È una cosa che mi ha lasciato scioccata e mi sono chiesta: ma è possibile, dopo questo viaggio lungo e pericoloso, che non abbiano bisogno di nulla? A loro basta solo un abbraccio per tranquillizzarli. I loro occhi sembrano parlarti, ti

trasmettono grande felicità, non capiscono dove stanno andando o cosa stanno facendo ma sono felici e trasmettono la loro leggerezza anche a te.

Gli eventi traumatici hanno sempre bisogno di tempo per essere metabolizzati, con la mente vai indietro e avanti, ci rifletti fino a che ti dici che hai fatto ciò che hai ritenuto di fare, ti sei affidata alle tue conoscenze e alla tua capacità. Il ciclo della vita inizia con una nascita e purtroppo termina con la morte. Quello che è importante è vivere nel miglior modo possibile, dare ogni giorno il meglio di sé, e nel momento in cui stai soccorrendo devi dare il massimo per permettere all'altra persona di vivere anche soltanto un giorno in più.

Nella vita, ognuno di noi ha una propria missione e nel momento in cui affronti delle difficoltà e le superi, allora la vita ti sta insegnando qualcosa. Sono entrata nel CISOM proprio perché ho bisogno di trasmettere quello che fin qui ho imparato dalla mia vita, dal mio lavoro. Se so qualcosa e sono in grado di farlo, ho il dovere di aiutare l'altro. Non finirò di ringraziare il CISOM per tutto questo, perché mi ha permesso di dare agli altri qualcosa di me."

Testimonianza numero 5:

La seconda missione dell'Ocean Viking per l'anno 2021 ha avuto luogo a marzo-aprile. 236 persone sono state salvate. Ma l'equipaggio prova ancora amarezza: la nave è arrivata troppo tardi per salvare circa 130 persone la cui barca si è rovesciata nella notte tra il 21 e il 22 aprile. Non ci sono stati sopravvissuti. Il loro gommone era stato segnalato "in difficoltà". L'ONG ha sottolineato la mancanza di coordinamento delle operazioni di salvataggio da parte delle autorità responsabili.

Anne è un medico francese. Ha già effettuato diverse missioni a bordo dell'Aquarius e poi dell'Ocean Viking. In marzo-aprile, Anne era la responsabile del team medico. Ecco la sua testimonianza, raccolta dalla giornalista Emmanuelle Chaze che era a bordo.

Per ragioni di sicurezza, la reale identità di Anne non viene rivelata. I membri di SOS Méditerranée sono regolarmente attaccati, e non solo sui social network.

Anne, come si organizza un team medico a bordo?

Lavoriamo a geometria variabile. C'è sempre almeno un medico, almeno un'ostetrica e altre due persone che possono essere medici o infermieri. In questo turno, c'erano due infermieri,

un uomo e una donna, che hanno esperienza in medicina d'urgenza e nel soccorso umanitario. Anche l'ostetrica aveva già lavorato in questo campo. Così abbiamo continuità e complementarità, il che facilita il lavoro di squadra.

Quali tipi di traumi o patologie incontrate in queste missioni?

Al momento del salvataggio, la prima cosa da controllare è che non ci sia pericolo di vita: persone con principio di annegamento o che hanno subito gravi traumi durante il viaggio. Alcuni possono avere vecchie ferite di proiettile. Altri sono stati picchiati dai contrabbandieri durante l'imbarco, perché riluttanti a salire sui gommoni o sulle barche di legno, per esempio a causa del cattivo tempo. I contrabbandieri li picchiano per costringerli a salire a bordo.

Poi i sopravvissuti a volte vanno alla deriva per molto tempo in mare, in condizioni estreme, il che porta a un "problema di esposizione". A seconda del tempo, ci possono essere gravi casi di ipotermia, disidratazione, colpi di sole, ecc. Sulle grandi navi di legno, l'olio combustibile tende ad accumularsi sul fondo e le persone sul fondo della stiva sono gravemente ustionate.

Altre persone sono stipate le une contro le altre, causando contusioni, fratture e traumi toracici. Infine, ci sono molti problemi digestivi. In tutti questi casi, più lunga è la deriva e peggiori sono le condizioni del mare, maggiore è il numero di emergenze mediche.

Allo stesso tempo, abbiamo a che fare con casi che non sono emergenze mediche, ma di estremo disagio psicologico. Queste persone sono state così vicine alla morte durante la loro deriva in mare... I sopravvissuti possono perdere tutta la loro energia, crollare sul ponte, avere reazioni piuttosto paradossali, tremare, ecc. La loro grande angoscia psicologica può portare al panico. In seguito, l'attesa e l'incertezza aumentano la loro ansia perché spesso abbiamo difficoltà a trovare un paese che accetti di accoglierli.

A bordo, tutto l'equipaggio è addestrato dal team medico al primo soccorso psicologico. Tutti noi dobbiamo essere in grado di affrontare un forte disagio emotivo in ogni momento. Quando sbarchiamo, cerchiamo di indirizzare agli specialisti i sopravvissuti le cui condizioni somatiche o psicologiche ci preoccupano.

Una volta a bordo, come ci si comporta con i sopravvissuti?

Dobbiamo prima identificare i casi che inizialmente non sembravano essere urgenti. Per esempio, cerchiamo possibili sintomi di COVID-19, verificiamo se ci sono donne incinte e cerchiamo di capire se le persone sono state vittime di violenza, in ogni sua declinazione. Durante la missione c'è chi si presenta spontaneamente per segnalare i problemi che appaiono man mano che si procede. Questi possono essere postumi del loro viaggio, come ferite o traumi. Trattiamo molte malattie respiratorie, problemi della pelle - soprattutto scabbia, ma anche allergie e punture di insetti - e dolore diffuso. Il mal di mare è molto comune. Altre malattie più gravi possono verificarsi sulla barca, come complicazioni legate alla gravidanza o polmonite.

Lei parla di gravidanze. È un problema specifico?

Queste persone sono state spesso vittime di violenza sessuale, sia nel paese d'origine, che durante il viaggio o in Libia. Le gravidanze indesiderate non sono rare. Possiamo offrire un normale monitoraggio della gravidanza perché abbiamo un ecografo e tutte le medicine necessarie a bordo. A volte ci sono parti a bordo, con un aumento del rischio di infezione o di parto prematuro. Nella precedente missione di gennaio-febbraio, due donne a termine con un alto rischio di infezione hanno dovuto essere trasferite rapidamente. Ecco perché la presenza di un'ostetrica nel team è essenziale.

Nel caso di gravidanze precoci, il dialogo con le donne è fondamentale per determinare se la gravidanza è il risultato di uno stupro, se è desiderata o meno, ecc. Si offrono test di gravidanza ed ecografie e si discute con loro su cosa vogliono fare dopo. A seconda del grado di avanzamento della gravidanza, se è indesiderata, si può proporre loro un'interruzione di gravidanza in condizioni sanitarie adeguate; questo evita loro di doverlo fare più tardi in modo non sicuro.

Come si affronta la violenza sessuale?

Le persone che salgono sulla nostra barca sono state vittime di ogni tipo di abuso, sia uomini che donne. Per gli uomini, la violenza sessuale è estremamente tabù. Molto raramente ci spiegano cosa gli è successo, e in questo caso possiamo aiutarli. Per le donne, il dialogo è un po' più facile, anche se devono sentirsi sicure per parlarne.

Presentano un sintomo come una bruciatura o un dolore ed è al momento dell'esame che il

medico sospetterà un'aggressione e farà le domande giuste.

24 ore dopo il salvataggio, l'ostetrica spiega ai sopravvissuti - separatamente per uomini e donne - che sappiamo che la violenza sessuale si verifica spesso durante il viaggio o in Libia. Dice loro che abbiamo visto molto, che siamo lì, e che siamo pronti ad ascoltarli e a curarli. Questo spesso permette loro di avere il coraggio di raccontare quello che è successo.

La pandemia di COVID-19 influisce su queste missioni di salvataggio in mare?

Al momento del salvataggio, controlliamo la temperatura di tutti coloro che salgono a bordo. In seguito, questo controllo viene effettuato quotidianamente e tutti i sopravvissuti che indossano sempre una mascherina, cambiata ogni giorno. Quelli con sintomi sono indirizzati direttamente in ambulatorio per un esame. In caso di test positivo, controlliamo i vicini per rintracciare i contatti e fare test più ampi. I casi positivi sono messi in isolamento.

Il nostro personale è qualificato per fornire assistenza ospedaliera e abbiamo attrezzature e farmaci specifici nel caso in cui le persone a bordo siano infette. Tuttavia, non abbiamo un ventilatore. Se c'è un caso grave, dobbiamo evacuarlo.

Questa pandemia sta cambiando notevolmente il nostro modo di lavorare, e non solo a livello medico. Tutto l'equipaggio indossa sempre le protezioni, anche durante i salvataggi. È un peso perché tutti i nostri movimenti sulla barca e le nostre interazioni con i sopravvissuti sono stravolte.

Non puoi muoverti liberamente da una zona all'altra. Ci sono due zone separate sulla barca, la zona dei sopravvissuti e la nostra zona giorno. Ogni volta che ci spostiamo da una zona all'altra, passiamo attraverso una zona di decontaminazione. Inoltre, tutti i nostri contatti con i sopravvissuti avvengono con attrezzature da isolamento: tute integrali con cappucci integrati, maschere e occhiali, scarpe chiuse. Le relazioni con loro non sono così spontanee e naturali come lo erano prima della pandemia. Dobbiamo inventare modi per mostrare loro che siamo presenti e disponibili, in modo che si sentano compresi e ascoltati. I nostri gesti devono parlare.

Inoltre, la pandemia ha rallentato il ritmo delle missioni. Siamo obbligati a fare noi stessi una quarantena prima dell'imbarco. Vogliamo evitare a tutti i costi di portare la malattia a bordo. Tutto l'equipaggio viene sottoposto a test all'inizio, a metà e alla fine della

quarantena.

Una volta finita la missione, secondo la legislazione italiana e marittima, abbiamo una nuova quarantena da rispettare prima di poter scendere dalla nave. Questo significa che gli intervalli tra le missioni aumentano, con la conseguenza che Ocean Viking è meno presente. La pandemia è ovviamente un grande problema, ma non possiamo fermare le nostre missioni. Quanto tempo si può dedicare a una vita, a salvare una vita? Non si può misurare.

Testimonianza numero 6:

Alessio Gallotta, Infermiere di 26 anni originario di Portici, ha voluto condividere con i lettori di Nurse Times la propria esperienza lavorativa e di vita. Da luglio 2016 è professionista del Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta per il progetto PASSIM (primissima assistenza sanitaria in mare) finanziato con risorse del Fondo Asilo Immigrazione e Integrazione 2016-2021.

Come descriveresti questa singolare esperienza lavorativa?

Condizioni e circostanze, quelle in mare, diverse rispetto a quelle che si hanno negli ospedali. Sono necessarie un'ottima preparazione teorica e pratica, per avere chiaro a chi opera la tipologia di emergenza e per poterla gestire, controllando le emozioni e avendo quella lucidità utile a non farti commettere errori.

Quanto è durata questa tua esperienza?

La mia esperienza è durata per il tempo necessario a partecipare a 4 distinte missioni "SAR Search and Rescue" nel Mediterraneo, come unico infermiere di bordo sulle unità navali della Guardia Costiera italiana in équipe con un medico di bordo.

L'obbiettivo è stato il salvataggio e nella fattispecie, da parte mia, la rianimazione dei migranti che attraversano il mediterraneo, partendo con imbarcazioni precarie dal Nordafrica.

La mia prima missione si è svolta nel mese di luglio 2016, a bordo delle motovedette SAR di classe 300, in forza al circo mare di Lampedusa.

Questi mezzi vengono definiti "ogni tempo", in quanto riescono a navigare in qualsiasi tipologia di mare, avendo un baricentro che permette nel caso del capovolgimento dell'imbarcazione per avverse condizioni meteo, di ritornare in asse entro 15 secondi

Quali erano le attività che svolgevi?

Il mio compito, essendo in forza come unità sanitaria di bordo delle motovedette classe 300 era di stazionare a Lampedusa ed ogni qualvolta fosse arrivata una chiamata di soccorso alla guardia costiera, essere in grado di intervenire.

Dovevo essere pronto entro 10 minuti per salire a bordo della motovedetta per mollare gli ormeggi e dirigermi verso il luogo del soccorso con zaini ed equipaggiamenti d'emergenza.

Il mio compito sulle ammiraglie è stato di rimanere a bordo dell'unità navale per l'intera durata della missione insieme all'intero equipaggio, ed occuparmi della stabilizzazione e rianimazione dei migranti recuperati durante le operazioni di salvataggio in mare.

Avevo con me ogni presidio, farmaco e ausilio utile per una rianimazione avanzata.

In questa prima missione ho perso il conto delle miglia nautiche affrontate. In circa un mese siamo riusciti a soccorre e portare in salvo più di 1000 migranti, il 25% bambini di età compresa tra i 2 mesi e i 9 anni.

Quanto dura un'operazione di salvataggio in mare?

Per ogni operazione in motovedetta, tra il tempo di percorrenza per raggiungere il target, le manovre di salvataggio, la stabilizzazione e il ritorno in un porto sicuro, si trascorrevano in mare dalle 24 alle 48 ore.

Per le operazioni a bordo di nave Luigi DATTILO o dell'Ubaldo DICIOTTI, tra il tempo per raggiungere il target, le operazioni di salvataggio, la stabilizzazione e il ritorno in un porto sicuro si può arrivare da una settimana continua o addirittura due in mare.

Nelle motovedette che, di norma avrebbero potuto trasportare non più di 70 persone, per necessità ne abbiamo quasi sempre caricate oltre 200 a bordo.

Quali sono state le missioni successive?

La mia seconda missione è stata nell'ottobre 2016, a bordo di nave Luigi Dattilo.

Sulla nave ammiraglia della Guardia Costiera italiana, nell'arco di un mese e 15 giorni, siamo riusciti a mettere in salvo più di 3000 persone.

*L'emozione più grande è stata quella di gestire in collaborazione con la collega medico, **tre** parti naturali a bordo, di ritorno da un salvataggio di oltre 1000 persone a bordo.*

Il primo in particolare è stato una grande emozione in quanto ho provveduto io in primis all'assestamento del nascituro fino alla disostruzione delle vie aeree dello stesso. Ho poi calcolato l'indice di Apgar, fino al clampaggio del cordone ombelicale ed il taglio.

Tutto è andato a buon fine, ma lascio immaginare cosa sia stato gestire tre parti, in meno di 48 ore, a bordo di una nave durante un'operazione di soccorso a oltre mille migranti, Per la precisione 1.004.

Quei bambini ora stanno benissimo, ma non è stato facile: in nave le condizioni sono proibitive. Non essendo in ospedale non avevamo quasi nulla a disposizione: per quei bambini c'eravamo solo noi e la mamma.

La mia terza missione è stata svolta nel giugno 2017 a bordo di nave Ubaldo Diciotti, gemella della Dattilo, anche essa nave ammiraglio della Guardia Costiera italiana.

In circa un mese siamo arrivati nuovamente a soccorrere oltre 3000 persone tratte in salvo dalle perfide acque del Mediterraneo.

La quarta missione invece si è svolta nell'ottobre 2017, nuovamente a bordo delle motovedette classe 300 in forza al circomare di Lampedusa.

Anche durante questa esperienza non sono mancati i momenti tragici in seguito ad un naufragio di un barcone con più 70 vite disperse in quelle acque.

Durante tutto il mese a bordo sono riuscito a rianimare più di 400 persone.

In ogni missione a bordo delle unità navali mi è capitato di dover gestire in perfetta autonomia situazioni di emergenza, poiché a bordo vi erano solo due unità sanitarie per 1000 persone.

C'è poco da dire e molto da fare: da gravi stati ipoglicemici, ferite d'arma da fuoco, edemi polmonari dovuto all'immersione in acqua salata, crisi epilettiche, stati di disidratazione grave, ustioni di 2° e 3° grado dovute al contatto delle persone con la benzina nei gommoni e l'acqua di mare, stati di ipotermia anche severa.

Non sono mancati i decessi, dai bimbi di 1 o 2 mesi ai bambini di 10 anni. Ricordo ancora il decesso di 7 donne incinte e svariati uomini.

Mi sono trovato anche a dover affrontare situazioni nelle quali avevo 10 persone contemporaneamente in arresto cardiocircolatorio.

Con l'aiuto degli uomini della Guardia Costiera tentammo di fare il possibile per quelle persone, ma purtroppo non si salvò nessuno.

Vorresti ringraziare qualcuno?

Un grande ringraziamento e infinita riconoscenza per la fiducia posta in me come professionista e come uomo lo devo a tutto l'intero staff e il Direttore Nazionale Mauro Casinghini del Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta, che, con il loro supporto, mi hanno dato la possibilità di mettere a disposizione la mia professionalità dandomi la chance di salvare più di 6000 vite in mare.

Per quanto riguarda tutte le operazioni svolte a bordo dei mezzi della Capitaneria di Porto, porgo un enorme ringraziamento a tutti i componenti.

Le immani operazioni sono state organizzate alla perfezione. Il personale ha sempre dimostrato grande professionalità, spirito di adattamento e sacrificio che pochi hanno.

L'organizzazione e il coordinamento di tutti i vari interventi di soccorso e recupero di migranti, svolti dalla Guardia Costiera, rendono il nostro lavoro, a livello sanitario, perfetto e possibile.

Testimonianza numero 7:

Per quanto tu ti possa preparare non sarai mai pronto», Ilaria Mosso è sbarcata dalla nave tre mesi fa. Infermiera, romana, è una degli oltre 150 volontari che, dal 2013, con Fondazione Rava, si sono avvicendati sulle cinque navi della marina militare italiana, per soccorrere i migranti nel Mediterraneo. «È un'esperienza che ti cambia la vita. In quattro giorni abbiamo salvato più di mille persone, disidratate, stremate, ferite. E poi moltissimi bambini e tante donne incinte». Negli ultimi tre anni, Fondazione Rava ha contribuito a salvare circa 100mila persone. «Siamo imbarcati con personale medico altamente qualificato, tutto volontario», spiega Emma Bajardi, coordinatrice del progetto. «Sono medici, infermieri e ostetriche che prendono ferie per venire qui».

I volontari di Fondazione Rava non sono soli: è un esercito invisibile, quello delle persone che si alternano nelle operazioni di soccorso via mare, nel Canale di Sicilia e nel Mediterraneo centrale. Centinaia di volontari, arrivati da tutta Europa, per lavorare, giorno e notte, sui ponti delle navi degli umanitari.

Tra questi Sea Watch, l'ong tedesca nata dalla provocazione di cinque amici, dopo la chiusura di Mare Nostrum: *«Avevano deciso che, se l'Europa non voleva fermare la strage nel Mediterraneo, allora si sarebbero assunti loro le responsabilità che i governi non volevano prendersi»*, spiega Giorgia Linardi, consulente legale dell'ong.

La prima missione risale alla primavera del 2015, dopo l'acquisto di un vecchio peschereccio di gamberi del 1917. *«Ci occupiamo della ricerca e del primo soccorso delle imbarcazioni "nascoste", ovvero quelle che non vengono segnalate dal Centro Soccorsi di Roma, (che si occupa di coordinare via radio tutti i soccorsi n.d.r.),»* continua Linardi. *«Il monitoraggio delle acque è fondamentale per salvare chi non può chiedere aiuto. Gli scafisti non si imbarcano quasi più coi migranti e diverse imbarcazioni non sono dotate di telefono satellitare»*. Nell'ultimo anno l'ong ha salvato 7mila persone, garantendo la presenza costante di un equipaggio di 13 volontari, che cambia ogni 15 giorni, compreso il capitano, il primo ufficiale, i macchinisti, i medici e i paramedici.

Tra le imbarcazioni umanitarie, insieme a Sea Watch, anche le due navi di Medici senza Frontiere, quella di Sos Mediterranee e quella di Sea Eye, un'iniziativa tedesca, nata proprio seguendo l'esempio di Sea Watch. Oltre a queste anche Moas, la fondazione creata dalla coppia di imprenditori italo maltesi Christopher e Regina Catrambone che hanno lanciato la prima iniziativa di soccorsi nel 2014, autofinanziando una nave da 40 metri, con un equipaggio di circa 25 persone. Quest'anno, con una seconda nave, hanno accolto a bordo i medici di Emergency e della Croce Rossa italiana. *«Il 70% dei soccorsi avviene grazie ai due droni che utilizziamo per monitorare le acque»*, spiega Maria Teresa Sette, operatrice di Moas. Una strumentazione fondamentale che costa circa 300mila euro al mese, per un'operazione complessiva da 1 milione di euro al mese, interamente finanziata da donazioni private: *«Proprio a causa dei costi, purtroppo siamo costretti a sospendere le missioni nei mesi invernali»*. L'impegno della società civile non basta insomma a supplire interamente il vuoto lasciato dalle istituzioni. *«Siamo consapevoli di essere parte di un gioco politico»*, interviene Linardi, *«il fatto che ci siamo noi volontari, ad offrire soccorso, in qualche modo può rendere più giustificabile l'assenza dei nostri governi, il punto è che non abbiamo scelta»*. Non esserci significa lasciare morire la gente e se si è visto cosa succede nel Mediterraneo, tornare indietro è impossibile. Chiosa Mosso: *«Una volta che prendi il largo*

e vedi certe cose è impossibile pensare di non tornare».

Testimonianza numero 8:

Il suo nome è Sara ed ha prestato per alcuni mesi servizio come **infermiera** presso un'ONG a **Lampedusa**. E oggi ci racconterà in esclusiva **cosa voglia dire salire per primi su uno scafo partito dall'Africa carico di speranza mista a disperazione!**

Sara non ha ricevuto il permesso dall'ONG presso la quale ha prestato servizio, pertanto abbiamo dovuto togliere particolari utili alla sua identificazione.

Ha prestato servizio a Lampedusa, presso il Centro Immigrazione ma non sono mancati gli interventi in mare aperto. Durante alcuni di questi le è capitato di salire su quelli che vengono definiti "barconi", in mezzo a uomini, donne e bambini che scappavano da un intero continente in guerra.

Cosa vuol dire, da infermiera italiana, affrontare la quotidianità dei centri immigrazione?

Rappresenta una realtà emotivamente dura, riflessiva. Ti porta a ragionare e rivalutare. Come le missioni all'estero, soltanto in Italia!

L'ambiente soffre molto dell'umore degli ospiti: spesso è allegro e gioioso, molte volte preoccupato e cupo. Molti si portano dietro storie terribili ed essere sottoposti a tanti controlli li sfianca. I bambini sono eccezionali e le madri gli cantano nella loro lingua.

Arrivando presto al cuore dell'intervista: cosa senti mentre in mare aperto stai per raggiungere una di queste navi della speranza?

È un'esperienza particolare. Non ho mai lavorato sull'ambulanza ma forse può assomigliare al periodo prima dell'arrivo ad uno scenario da codice rosso. Sai che ti aspetta qualcosa per il quale devi essere fermo, professionale, intellettualmente sobrio. Ma l'emozione c'è ed ogni onda la senti che sale fino alla gola.

A quanti soccorsi in mare aperto hai partecipato?

Tre. Uno in realtà poi si è rivelato solo una scorta fino a terra, la barca era in buone condizioni. Gli altri due invece sono stati pesanti.

Salire su di una di queste navi: come ti sei sentita?

Noi eravamo di supporto alla guardia costiera e al personale sanitario addetto al soccorso in mare; quindi, avevamo un atteggiamento un po' "ospite" inteso che attendevamo ordini. Quando sono salita sulla prima "nave" mi sono subito accorta delle condizioni veramente instabili dell'ambiente. L'igiene non è possibile senza acqua e sapone, in uno spazio sporco e destinato a ricevere un terzo o anche meno degli effettivi ospiti. C'erano bambini talmente sporchi da avere gli occhi impastati e la bocca sporca già intorno alle labbra. I malati li mettono in un angolo finché non muoiono, poi li gettano in mare. C'era anche un uomo con un taglio profondo molto infetto.

Cosa potevi leggere sui loro volti?

La principale cosa che ho visto è stata la rassegnazione a una vita privata della dignità, dell'identità, della certezza di un futuro e di un presente. La speranza c'era e qualche lampo di gioia per essere arrivati. Il viaggio per quasi tutti inizia oltre il Sahara ed è uno dei flussi migratori più duri mai esistiti nella storia. Non è da dimenticare, non è un particolare.

Cosa ti ha lasciato questa esperienza?

La consapevolezza di una verità che credevo più soft. Poi come ho detto ai miei genitori, mi ha aperto la mente più di tutti i libri di Tiziano Terzani messi insieme!

Grazie della bellissima testimonianza e complimenti per la sensibilità!

ALLEGATO 2

Intervista numero 1:

Con quale Ong ha operato durante i suoi soccorsi e in quale zona SAR?

“Io ho operato con Mediterranea Saving Humans, come operatore nella SAR Libica nel periodo di maggio 2019. Ho fatto una missione in cui sono stato in mare tre-quattro giorni in cui abbiamo fatto un salvataggio e poi fortunatamente siamo riusciti a tornare subito.”

Durante le vostre operazioni utilizzate il protocollo LAST (Locate-localizza il distress; Access and Assess-vai vicino e valuta la situazione; Stabilize, metti in sicurezza le persone più che puoi; Transport-trasbordale)? Se no, avete qualche protocollo che utilizzate maggiormente?

“Fondamentalmente utilizziamo il protocollo LAST, ovvero una volta che abbiamo un target ci avviciniamo, valutiamo la situazione cercando di imbarcare prima i bambini e poi continuiamo in base alla gravità delle loro condizioni, cerchiamo poi di stabilizzarli fin quando non ci danno un porto sicuro, ossia il porto più vicino e sicuro, dove riusciamo ad arrivarci nel minor tempo possibile, sono queste le regole del mare.”

Quali sono le attività di sua competenza? Opera sulle rhib (gommoni per accostare le imbarcazioni in difficoltà) o sulla nave principale?

“Io ho operato sulla nave principale, ma sono stato anche un rapido appoggio sulla “Alex” ossia sulla barca a vela perché Mediterranea, a quel tempo, aveva sia la “Alex” che la “Mare Jonio”, tutt’ora presente, che è la vera e propria nave ammiraglia. Una volta che noi, con la “Alex”, abbiamo avvisato i ragazzi in difficoltà, questi sono stati imbarcati e a quel punto, come infermiere, ho raggiunto il medico sulla “Jonio” e lì abbiamo fatto un giro visite, accertato le problematiche che erano presenti e in base a quelle abbiamo agito, ma anche qui siamo stati molto fortunati perché non erano presenti grosse problematiche.”

Quali sono le maggiori difficoltà alle quali si va incontro durante il soccorso?

“Come dicevamo prima, fortunatamente le difficoltà a livello sanitario non sono state così rilevanti. Anche per quanto riguarda le difficoltà linguistiche siamo stati molto fortunati perché, nonostante ci fossero stati dei ragazzi che parlavano solo swahili, abbiamo trovato

uno di loro che ci facesse da intermediario. Io, nonostante il mio inglese non sia il massimo, sono riuscito a comunicare e poi comunque abbiamo delle figure che hanno come compito quello di gestire i rapporti tra equipaggio marinaresco ed equipaggio sanitario, persone con degli studi linguistici particolari che ci permettono di comunicare. È fondamentale anche fare da tramite per quanto riguarda la questione culturale, riuscendo a mettere i ragazzi a loro agio. Per esempio, abbiamo dovuto spiegare a dei ragazzi con la scabbia tutte le procedure anti-scabbia, quindi cosa fare, l'importanza di lavarsi, cambiarsi tutto il vestiario, poi dopo il lavaggio di mettere l'apposita saponetta e lì eravamo noi a metterla in alcuni punti perché comunque per il primo approccio era necessario attaccarla nella maniera idonea per poterli poi consegnare alle associazioni che effettuano il trattamento anti-scabbia.”

Come viene affrontata, a livello infermieristico, la gestione della cosiddetta “malattia del gommone”?

“La prima cosa da fare tempestivamente è identificare coloro che o hanno delle vere e proprie ustioni, e non era nel nostro caso fortunatamente, oppure coloro che odorano di benzina. Per quanto concerne il nostro soccorso, praticamente tutti avevano gli abiti che puzzavano di benzina, quindi la prima cosa da fare, subito dopo la visita, è farli lavare, grazie a delle apposite docce adeguate, e dare loro dei vestitari puliti. Abbiamo anche provato a lavare i loro vestiti ma erano talmente fradici che, dopo lavaggi e lavaggi, non era più possibile farglieli indossare, quindi abbiamo dovuto buttarli. Si procede poi con un trattamento con delle creme idratanti. Questi ragazzi erano partiti la sera prima e, nonostante fossero stati una notte a mollo sul gommone con il misto di acqua salata e benzina, non riportavano gravi ustioni, al massimo solo piccole ustioni di primo grado, quindi un arrossamento, che abbiamo trattato con creme idratanti. Il segreto è quello di eliminare la fonte di ulcerazione, quindi in questo caso il mix letale di benzina e acqua salata, rimuovere il vestiario, pulire la lesione ed idratare. Nel caso in cui ci fossero stati dei secondi stadi, avremmo lavorato come una normale lesione da decubito ma fortunatamente non è stato il nostro caso.”

Quali sono le emozioni che prova, prima, durante e dopo il soccorso?

“La mia missione è stata molto particolare: prendendola larga, io teoricamente dovevo partire due settimane dopo la mia effettiva partenza però c’è stato un problema e mi è stato appunto chiesto di anticipare la partenza e tutto ciò mentre ero in una festa di paese; ho ricevuto una chiamata in cui mi chiedevano di partire un po’ prima, io accettai e quando chiesi “quanto prima?” loro mi risposero con “domani”. Quindi è stata una cosa ultrarapida e bella perché comunque io sono stato catapultato in un giorno da una festa paesana a Lampedusa dove praticamente non conoscevo nessuno, neanche l’equipaggio. Qui è stata una situazione strana ma molto bella, si è creata un’energia pazzesca, l’atmosfera era quasi surreale perché non ti rendi conto di ciò che stai facendo fino a quando non vedi poi un gommone. Anche questo fatto è stato molto particolare, premetto che in mare si lavora a stretto contatto con “Moonbird” e “Colibrì”, che sono degli aerei dell’Associazione Civile, ossia un’Ong tedesca, che sorvolano il Mediterraneo e comunicano se vedono delle imbarcazioni in difficoltà. La barca che noi abbiamo soccorso non era stata segnalata da nessuno, né da Moonbird, né da Colibrì, né dalla Marina italiana, né da quella libica e quindi è stato un avvistamento surreale perché Tommaso Stella, il comandante della “Alex”, mi ha chiesto se potevo fargli una foto mentre lui utilizzava il binocolo. Noi eravamo tranquilli, perché non avevamo ricevuto nessuna segnalazione e, mentre Tommaso usava il binocolo, aveva visto qualcosa e io pensavo che stesse scherzando, ci mettemmo entrambi a guardare ed effettivamente vedemmo che c’era qualcosa, sembrava un tronco, qualcosa di molto lontano. Abbiamo deciso di contattare la “Alex”, in quanto loro hanno un radar, ed effettivamente anche loro avevano visto qualcosa di estremamente piccolo, senza escludere che potesse essere un tronco, ma ci hanno detto di avvicinarci visto che noi eravamo più vicini di loro di circa duecento-trecento metri. Era un gommone, di quattro metri e mezzo con trentadue persone sopra. Lì l’emozione è stata veramente forte e surreale ed alla nostra domanda “da dove venite?” loro ci hanno risposto, in inglese, che venivano dall’inferno, una situazione proprio da film. Fortunatamente erano trentadue persone che stavano tutto sommato bene, alcuni puzzavano di benzina, c’erano due donne incinte e una bambina. Con noi era imbarcata Chiara Proietti, una giornalista di “Piazza Pulita” della La7 e lei ha testimoniato proprio questo soccorso.

L'adrenalina che si prova è superata dalla gioia perché comunque vedi queste persone talmente felici che riescono a contagiarti, io ero felice di aver salvato delle persone, delle vite però loro lo erano ancora di più e pensare che molti politici strumentalizzano questa felicità per dire che non stanno soffrendo è assurdo perché è normale che una persona sia felice nel sentirsi al salvo dopo tutto ciò che hanno dovuto passare. ”

Quali sono le emozioni che i migranti trasmettono prima, durante e dopo il soccorso?

“Serenità, speranza e gioia sono le cose che trasmettono di più; speranza perché finalmente si rendono conto di essere su una barca in cui nessuno gli chiederà soldi, nessuno li venderà, nessuno li torturerà, nessuno li riporterà il Libia. Quando vedono la barca noi non riusciamo a vederli, perché sono loro i primi ad individuarci visto che la nostra nave è più grande però immagino che, quando si rendono conto che la nostra barca non è una motovedetta libica, impazziscono di gioia perché comunque sanno di avercela fatta, che non torneranno più il Libia e che non affonderanno. Durante il soccorso bisogna fare attenzione a gestire tutta questa gioia perché capita purtroppo che, in situazioni gestite male, magari si fanno prendere dalla frenesia e, se si trovano in un barcone, è molto facile che questo si ribalti, mentre per quanto riguarda un gommone, per quanto messo male o bucato, è più difficile che si ribalti”.

Intervista numero due:

Con quale Ong ha operato durante i suoi soccorsi e in quale zona SAR?

“Io ho lavorato con la Croce Rossa Internazionale prima ad Agrigento e successivamente nel porto di Augusta, non sono esattamente delle zone SAR perché noi accoglievamo i migranti dopo il soccorso. Queste persone venivano da noi per effettuare un periodo di quarantena Covid-19 all'interno della nave per dieci giorni. Noi eravamo la prima organizzazione, subito dopo i primi soccorsi, che si prendeva cura dei migranti nel periodo 2020-2021. Il mio lavoro lì è stato di circa due mesi, il primo periodo fu alla fine del 2020, a cavallo fra novembre e dicembre, e la seconda missione fu tutto il mese di aprile 2021.”

Durante questo periodo avete utilizzato dei protocolli per gestire tutte il lavoro che dovevate eseguire?

“In realtà lì i protocolli erano più Ministeriali, nel senso che tutto il progetto era evoluto dal Ministero dell’Interno, ovviamente quest’ultimo, non avendo disponibilità per metterlo in atto, si è rivolto alla Croce Rossa, in quanto questa, in Italia, è un’organizzazione enorme e molto attiva nelle risposte di emergenze. Il Ministero dell’Interno, ovviamente, aveva delle richieste di Polizia di frontiera, ossia richiedeva che sulle navi venisse fatto anche il primo step dell’accoglienza, quindi tutta la registrazione dei dati con l’invio delle prime richieste di asilo. Per poter eseguire ciò la Polizia doveva essere presente a bordo ma la Croce Rossa si è rifiutata per non mischiare troppo le carte in tavola. Quando i migranti, dopo il periodo di quarantena, venivano sbarcati in porto, tutto il procedimento per la richiesta di asilo, o il rimpatrio purtroppo, veniva eseguito a terra.

Avevamo quindi un protocollo che era quello ministeriale di tenere i migranti a bordo per i dieci giorni di quarantena, uno per quando fare i tamponi e per come farli.

Dal punto di vista sanitario, invece, non c’erano dei veri e propri protocolli, nel senso che tutto veniva un po’ improvvisato dai vari coordinatori sanitari, medici o infermieri che c’erano a bordo. Noi abbiamo cercato di fare dei protocolli, soprattutto quando arrivai la prima volta, cercammo di creare dei protocolli per identificare patologie quali tubercolosi e HIV prevalentemente perché io, avendo già lavorato in Africa con altre organizzazioni, ero consapevole della diffusione di queste malattie e soprattutto che l’HIV è endemico in alcune parti dell’Africa occidentale. La tubercolosi sappiamo che esiste soprattutto in quei migranti che rimangono per 6-8 mesi in Libia in spazi veramente ridotti.

Avevamo quindi iniziare a fare delle piccole interviste a tutti i migranti al momento dell’imbarco e nei successivi giorni, per identificare proprio questi soggetti a rischio.

Altri protocolli riguardavano la ricerca di vulnerabilità, ossia persone che hanno subito torture in Libia, donne che sono intrappolate nel meccanismo della prostituzione internazionale, minori non accompagnati eccetera; tutta una serie di persone vulnerabili che poi, quando richiedono l’asilo, hanno delle vie preferenziali. Uno dei nostri lavori era proprio quello di individuare le persone vulnerabili in modo da segnalarli al Ministero dell’Interno affinché poi avessero delle vie facilitate per la richiesta d’asilo. Anche qui, con dei questionari, cercavamo di individuare quali erano questi soggetti vulnerabili. Dunque, i

protocolli fondamentalmente ce li siamo dovuti creare da noi stessi, per individuare vulnerabilità psico-sociologiche e alcune patologie più comuni in Africa.”

Quali sono le attività di sua competenza?

“Io coordinavo un team sanitario costituito da tre medici, tre infermieri e uno o due psicologi; gestivo le loro attività, gli orari degli ambulatori ma anche dove fare gli ambulatori. Inoltre, tenevo sotto controllo, insieme ad un capo-missione, tutto lo svolgimento di queste quarantene Covid. Immagina che avevamo a bordo anche ottocento persone che ovviamente non arrivano tutti insieme, ma di quegli ottocento ce ne erano alcuni al terzo giorno di quarantena, altri al decimo e quindi bisognava tenere le fila di tutto ciò. Inoltre, dovevamo anche separare le diverse coorti della quarantena, ossia dei compartimenti della nave separati l’uno dall’altro, in modo che chi fosse in un gruppo di quarantena non potesse comunicare con chi era arrivato due giorni dopo, altrimenti tutto il discorso quarantena non veniva rispettato.

Organizzavamo dove fare i tamponi, quando farli, comunicavamo con l’USMAF (Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera) lo svolgimento di queste quarantene mediante dei report.

Un’altra attività di mia competenza era quella di gestire la farmacia, quindi effettuare ordini di farmaci e di tutto il materiale sanitario. Inoltre, come dicevamo prima, mi occupavo insieme ad altro personale della Croce Rossa di individuare i soggetti vulnerabili in un periodo pari a cinque giorni perché poi l’USMAF e la Polizia volevano questa lista di persone vulnerabili quattro giorni prima del disimbarco, affiancata da un report in cui veniva spiegata la situazione medica-clinica e psico-sociale di queste persone.

Il Ministero dell’Interno, insieme all’USMAF riconosceva, o non, la vulnerabilità e al momento del disimbarco queste persone andavano in una sezione separata per poter essere seguiti in maniera più attenta. Le ragazze di cui sospettavamo far parte di giri di prostituzione internazionale, venivano messe all’interno di case protette che non hanno indirizzi o numeri di telefono di riferimento perché altrimenti la mafia nigeriana o italiana, arrivano di notte e le riprendono. Durante la mia attività, inoltre, mi trovavo a lavorare con neolaureati sia medici che infermieri, quindi ero anche il loro punto di riferimento considerata la mia pregressa esperienza.”

Quali sono state le difficoltà che avete incontrato durante questo periodo?

“Grazie ai mediatori culturali le difficoltà culturali e linguistiche sono state ridotte al minimo. L’unica difficoltà è stata trovare persone che parlavano arabo in quanto la migrazione degli ultimi anni è prettamente sub-shariana; quindi, per qualche motivo è difficile trovare persone che parlano arabo e il numero di migranti che viene dalla Somalia, dall’Etiopia e dal Sudan sembra in aumento e questi parlano tutti arabo. Dal punto di vista culturale o geo politico credo che con la Somalia e l’Eritrea stiamo vedendo un aumento dei flussi e penso che per loro l’integrazione in un sistema come il nostro sia più difficile perché in Somalia non c’è un sistema, non ci sono regole, ma tutto si basa sulla Shari’a, ma anche la sua interpretazione è molto particolare. In Somalia le regole che hai all’interno della tua famiglia, della tua casa, sono le regole che devi seguire in generale, poi dopo queste viene la Shari’a. Queste persone non hanno un vero e proprio stato civile quindi con i ragazzi somali è molto più difficile perché poi loro entrano in un sistema legislativo che inizialmente stentano a capirlo. Questi ragazzi somali però sono veramente intelligenti, abbiamo avuto delle difficoltà iniziali ma poi nel giro di tre settimane sono riusciti ad imparare l’italiano e mantenere delle conversazioni, anche se basilari.”

Come viene affrontata, a livello infermieristico, la gestione della cosiddetta “malattia del gommone”?

“Queste sono ustioni chimiche, dovute alla reazione chimica tra i carburanti e l’acqua marina e anche l’insieme di escrementi. Il trattamento è come quello per un’ustione da calore, quindi tanta irrigazione con Soluzione Fisiologica e poi creme di Sulfadiazina (Sofargen).

Queste ustioni guariscono bene ed in fretta. Sia in Libia che in Serra Leone mi è capitato di notare che le persone di colore, soprattutto le sub-shariane, hanno dei tessuti sottocutanei che reagiscono diversamente da quelli caucasici o asiatici; questi tessuti tendono ad ipergranulare molto in fretta e, questo evento, non è solito verificarsi in Italia. In questo caso si mette subito del cortisone quando la ferita, non infetta, inizia ad avere un minimo di epitelizzazione accompagnata da tessuto di granulazione. Le creme di cortisone vanno proprio ad inibire questa ipergranulazione.

Nei casi più severi devi usare una polvere di nitrato di argento che permette di creare un'ustione sopra la già presente ustione. Dopo aver applicato questa polvere, bisogna coprire la ferita con una garza per tenerla coperta. In caso di lesioni infette, le medicazioni vanno fatte ogni giorno, altrimenti ogni tre giorni, accompagnate da una dieta iperproteica per accelerare la guarigione della ferita.

Nei soggetti sub-shariani si è anche visto che conviene lasciare la lesione scoperta, ossia si effettua la medicazione con irrigazione e Sulfadiazina e, dopo averla lasciata all'aria aperta, guarisce molto prima probabilmente per motivi genetici. Altrimenti se il soggetto frequenterà luoghi sporchi, si irriga, poi si applica la Sulfadiazina, la si lascia asciugare per un paio di ore e poi si copre con una garza accompagnata da un bendaggio.”

Quali sono le emozioni che ha provato durante questa esperienza?

“Inizialmente ero molto confuso, in quanto mi trovavo a gestire grossi flussi di persone che parlavano lingue diverse, chi in media francese-arabo-inglese; quindi, nei momenti più concitati diventava difficile farsi capire. Alla fine, quando siamo riusciti a trovare un sistema più efficace, a lavorare tutti insieme in modo efficiente, ero tanto soddisfatto. Dopo qualche giorno, grazie agli ambulatori che effettuavamo due volte al giorno, si era instaurato un rapporto fra noi e i migranti e questo è stato molto gratificante. Alcuni ragazzi dovevano stare più di dieci giorni, perché magari positivi al Covid, e con loro riuscivamo anche ad instaurare un rapporto di amicizia.

Mi ricordo un gruppo di ragazzi somali che sono stati circa un mese a bordo e con loro avevamo iniziato a fare delle lezioni di italiano, delle giocate con il pallone su alcuni ponti della nave e quindi se all'inizio la confusione era lo stato d'animo prevalente, verso la fine c'era veramente tanta soddisfazione. Un'altra cosa bella era vedere che, dopo aver spiegato loro tutte le tempistiche del processo di accoglienza, la rabbia veniva sostituita dall'accettazione e noi eravamo diventati i loro punti di riferimento. A bordo con noi c'erano dei ragazzi che avevano fatto lo stesso viaggio cinque o sei anni prima e, una volta integrati in Italia, avevano fatto dei corsi di italiano, diventando poi mediatori culturali. Queste persone sono state molto di aiuto per mostrare ai migranti lì presenti che in realtà un futuro c'è e quei mediatori culturali ne erano la dimostrazione.”

Quali emozioni hanno trasmesso i migranti?

“I migranti, a parer mio, andavano in contro ad un turbine di emozioni, nel senso che appena arrivavano a bordo credo che la prima emozione fosse tanto sollievo, perché dopo tutto quello che hanno passato, arrivano su una nave della Croce Rossa, in cui gli viene dato da mangiare, una coperta, una cabina. Nei giorni seguenti vedevo che c’era molta preoccupazione ed incertezza per il loro futuro che poi, purtroppo, si potevano trasformare velocemente in rabbia quando capivano che il sistema di accoglienza non è così immediato come gli era stato detto. La maggior parte di loro sono ragazzi giovani, che hanno viaggiato circa uno-due anni, che hanno già un debito di cinquemila dollari sulle spalle con l’Isis e le milizie libiche che minacciano le loro famiglie a casa per farsi restituire i soldi, quindi hanno fretta di lavorare.

Nel momento in cui gli devi dire che per nove mesi non possono lavorare perché devono andare nel centro di accoglienza a fare la richiesta di protezione internazionale, e una volta fatta non possono più tornare nel loro paese, prendevano consapevolezza che nel momento in cui metti piede in Europa non è finita ma che c’è ancora molto da fare prima di crearti una tua vita. Ecco, in questi momenti vedevo che la rabbia e la delusione erano le emozioni prioritarie.

Intervista numero tre:

Con quale Ong ha operato durante i suoi soccorsi e in quale zona SAR?

“Ho operato con la nave Mare Jonio di Mediterranea Saving Humans nella zona SAR libica, cioè nel tratto di mare tra Lampedusa e la Libia nel periodo di fine agosto-inizio settembre 2019 quando, un’altra nave di soccorso, l’Alan Kurdi, ci aveva segnalato la presenza di questo gommone. C’era una luce lontanissima che noi vedevamo e che, successivamente, abbiamo scoperto fosse un telefonino che brillava con la luce del sole.”

Durante le vostre operazioni utilizzate il protocollo LAST (*Locate-localizza il distress; Access and Assess-vai vicino e valuta la situazione; Stabilize, metti in sicurezza le persone più che puoi; Transport-trasbordale*)? Se no, avete qualche protocollo che utilizzate maggiormente?

“Sì, anche noi abbiamo utilizzato questa tipologia di protocollo. Prima di tutto noi pattugliamo il mare, perché la funzione è proprio quella di vedere se ci sono barche in distress o gommoni in mezzo al mare, in quanto lì è un tratto completamente deserto dove non passano navi mercantili, navi passeggeri, pescherecci eccetera; quindi, l’unica cosa è andare in quella zona, scrutare con dei binocoli di giorno e di notte con gli occhi, facendo dei turni di guardia.

Quando vediamo una barca o un gommone in difficoltà la prima cosa da fare è quella di attrezzarsi sul ponte della nostra nave, che è non è grandissima, non è attrezzata come nave-ospedale rispetto ad altre. Una parte del team rimane sulla nave principale, tra cui io, in quanto responsabile sanitaria, ed altri quattro volontari, giornalisti e marinai; le due equipe dei gommoni salvataggio, su cui c’è anche un infermiere, vanno verso il gommone da salvare.

Arrivati in prossimità i due team dicono alle persone di stare calmi e tranquilli, si individua all’interno del gruppo di migranti, mediante uno sguardo diretto nato un po’ dall’esperienza, la persona nel gommone che potrebbe essere di riferimento per tutti gli altri; questo è fondamentale affinché si vada ad evitare che i migranti si tuffino in acqua.

Una volta individuata la persona e avvicinatasi con il gommone, man mano si fanno scendere.”

Quali sono le attività di sua competenza? Opera sulle rhib (gommoni per accostare le imbarcazioni in difficoltà) o sulla nave principale?

“Io ho operato sulla nave principale. Sui rhib, ossia i gommoni che si avvicinano ai barconi o ai gommoni neri tipici, ci sono di solito persone addestrate al soccorso in mare e al massimo un infermiere. Io mi trovavo sulla nave principale e dovevo essere pronta a qualsiasi tipo di intervento. Quando vidi arrivare il gommone con le prima donne, mi dissi che dovevo radunare tutto quello che sapevo in quanto non avevo la minima idea di cosa avrei dovuto affrontare.

Nel nostro caso avevamo cinque donne incinte di cui quattro in stato avanzato di gravidanza, presumibilmente di sette-otto mesi, poi c’erano ventidue bambini, altre ventisei donne non in stato di gravidanza e dieci minori non accompagnati; infatti, nei giornali dell’epoca venne chiamata “La nave dei bambini”. Attraverso la radio, l’infermiere della rhib mi contattò per

mettermi al corrente della presenza di donne gravide, in modo tale da far sbarcare prima loro. Una volta arrivati sulla nave noi abbiamo indossato, e messo loro, una sorta di bracciale identificativo con dei numeri, per capire con quante persone avevamo a che fare. La prima percezione che abbiamo avuto è stato il forte odore perché erano quattro-cinque giorni che queste persone erano in mare, con il motore rotto che perdeva quindi gasolio. Il mix di benzina, acqua di mare, urine e feci nello stesso gommone provocava questo odore terribile. La prima cosa che abbiamo fatto quindi, in un locale ricavato nella prua della nave, è stato spogliare le prime donne e avvolte all'interno di lenzuola pulite. Con me c'erano due giornalisti di fama che mi stavano aiutando e dopo dieci minuti mi hanno chiesto di scusarli perché non ce la facevano più a stare lì con me per il forte odore. Nel frattempo, mi dava una mano, con le donne, ma al di fuori di questa stanza in quanto non avrei mai spogliato una donna davanti a degli uomini, un componente del Team Rescue dei gommoni. Lui si occupava di misurare la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa in modo tale che, nel momento in cui entravano in quella stanza, io avevo già disponibili quei parametri. Venendo dalla Costa d'Avorio, avevano tutte subito mutilazioni genitali; quindi, era fondamentale che ci fosse una donna a fare questa prima visita. Dopo di che è toccato ai maschi, i quali venivano spogliati dall'infermiere maschio e, una volta cambiati, venivano a fare la visita da me.

Le gravide le ho visitate per prime perché ovviamente dovevo capire a che punto erano di gravidanza in quanto alcune avevano questa pancia enorme di sette-otto mesi. Quindi le ho visitate, ho misurato loro la pressione arteriosa, ho controllato se avessero edemi. Dopo di che ho vistato i bambini, soprattutto per verificare eventuali casi di disidratazione, poi i minori non accompagnati e gli uomini. Dopo di che gli abbiamo dato da mangiare, poi uno ad uno li abbiamo rivisti, ascoltando le loro storie.”

Quali sono le maggiori difficoltà alle quali si va incontro durante il soccorso?

“Secondo me la prima difficoltà è la comunicazione non verbale e la necessità di avere una grande esperienza clinica, che ti permette di capire dall'atteggiamento, dallo sguardo, dalla postura durante la visita, se hanno subito violenze, torture, se hanno quale dolore specifico e così via.

La seconda difficoltà è lo scoglio della lingua; noi eravamo fortunati ad avere la scrittrice Caterina Bonvicini che parlava francese, per cui ci faceva da interprete. Nel nostro soccorso c'erano alcuni nigeriani ma erano prevalentemente francofoni perché provenivano dalla Costa d'Avorio però riuscivano a capire l'inglese, quindi abbiamo comunicato così. La comunicazione però non viaggia solo sulle parole, ma anche sugli atteggiamenti. La cosa principale è quindi trovare un livello minimo di comunicazione ed usare la comunicazione non verbale, quindi occhi negli occhi, le mani che accarezzano, evitare le distanze, rispettare il loro silenzio, il loro capo chino.

Alla fine del soccorso, nel momento in cui non ci permettevano di farli trasbordare, le difficoltà erano soprattutto sul piano psicologico e linguistico in quanto già era magari difficile spiegare il perché, per di più aggiungendo la barriera linguistica, il problema si moltiplicava”.

Come viene affrontata, a livello infermieristico, la gestione della cosiddetta “malattia del gommone”?

“Prima di tutto bisogna valutare il livello di disidratazione, specialmente d'estate, la temperatura corporea e la pressione arteriosa. Dopo di che bisogna capire se hanno, o meno, la scabbia in quanto vengono da posti in cui questa patologia c'è e noi avevamo dei farmaci sia topici che sistemici proprio per trattarla.

Le ustioni vengono curate tenendole deterse e somministrando eventualmente antibiotici, ammesso che vengano trasbordati alla svelta.

Noi fortunatamente non abbiamo avuto grandi ustioni, più che altro il nostro problema era legato a tossi persistenti a causa delle bastonate che avevano preso, due casi di ematuria, un'altra persona aveva un dolore importante sul dorso e con l'auscultazione abbiamo sospettato di un risentimento broncopolmonare, le donne spesso avevano leucoxantorrea, però le ustioni erano presenti solo in alcuni bambini. Queste si sono risolte con una detersione molto accurata. A livello empirico, se l'ustione viene deterse correttamente e si lascia al sole, si secca rapidamente, non umidifica più. Se invece secerne del pus vengono somministrati antibiotici”.

Quali sono le emozioni che prova, prima, durante e dopo il soccorso?

“Prima del soccorso ti poni molte domande, la riflessione è molto forte, perché noi abbiamo passato sei giorni in un mare deserto, scurissimo di notte, senza una luce se non in prossimità delle coste libiche, in lontananza oppure proveniente dai pozzi petroliferi dell’Eni... sembrava proprio un paesaggio d’accesso all’inferno.

Durante il giorno vedi questo mare sconfinato e tu continui a guardare, guardare e guardare perché non sai mai, spero sempre di non trovare dei giubbotti di salvataggio che galleggiano, di non trovare oggetti, e soprattutto questi gommoni neri perché se sono neri senza un segno bianco, che è quello che facciamo noi Ong quando soccorriamo, vuol dire che la gente su quel gommone lì è naufragata.

C’è uno stato di sottile tensione permanente.

Nel momento in cui li vedi sei pronto e la mia emozione è stata appunto quella di dover radunare tutte le nozioni che avevo immagazzinato nel tempo perché non sai mai ciò che trovi. Inoltre rifletti anche sul fatto che noi siamo su una nave-soccorso e non una nave-ospedale, quindi le attrezzature che allora avevamo erano minime, avevamo fleboclisi, farmaci, l’apparecchio della pressione arteriosa ma non avevamo un ecografo portatile, neanche un elettrocardiografo né un defibrillatore, per cui era fondamentale radunare tutta la clinica, saper usare le mani, gli occhi, cose che a noi hanno insegnato, a differenza delle ultime generazioni, quando in realtà in queste circostanze è fondamentale.

Dopo il soccorso l’emozione è stata forte, sconvolgente perché, dopo aver fatto la prima vista globale nell’insieme, abbiamo fatto una seconda visita, più accurata, uno ad uno. Qui è stato sconvolgente, in quanto con grande agio, senza alcuna fretta, fermandoci se necessario, le donne gravide ci hanno raccontato che quattro su cinque erano gravide da stupri di gruppo delle carceri libiche; prima di farci dire ciò abbiamo dovuto aspettare, lasciar correre il pianto. È stato molto faticoso, ma poi ci hanno raccontato tutti la propria storia. Altre donne ci hanno raccontato che erano scappate perché non riuscivano più a sopravvivere nel loro paese, che il loro marito era morto durante il tragitto e avevano con loro due bambini piccoli. Sui giovani maschi, soprattutto, ho visto per la prima volta nella mia vita i segni delle torture e sono cose che non dimenticherò mai più. La cosa che mi ha colpito di più, noi lo diciamo con una frase fatta (Non scendi più dalla Mare Jonio), è quando incontri gli occhi delle mamme con i loro bambini perché sono occhi assolutamente tristi,

profondi, non capisci che emozione c'è dietro ma si tengono attaccati, uniti tra di loro. In quei momenti rifletti sul fatto che queste donne sono salite su questi gommoni, non sapendo dove e se sarebbero arrivate, ma, nonostante ciò, continuano a mantenere quello sguardo, come per dire "sì, fuggiamo da un inferno e alla peggiore delle circostanze, moriamo insieme". Ecco, questo sguardo non mi ha più abbandonato, me lo ritrovo in continuo negli sguardi delle donne che vedo al consultorio, per strada, nelle mamme straniere con i propri bambini o di quelle che subiscono violenza. Sono sguardi che ti raccontano più della storia raccontata direttamente da loro.

Una volta sbarcati nasce però un'emozione negativa in noi soccorritori, perché sei consapevole di averli salvati da morte quasi certa ma non hai certezza di ciò che gli accadrà una volta sbarcati".

Quali sono le emozioni che i migranti trasmettono prima, durante e dopo il soccorso?

"La prima cosa che ci hanno detto è che non volevano tornare in Libia ma noi li abbiamo tranquillizzati dicendogli che erano in Europa. L'emozione che loro trasmettono è quella di non sentirsi soli, nel momento in cui capiscono che noi siamo lì per aiutarli.

Nei loro occhi c'era tanta felicità e tanta speranza, ciò che trasmettevano era la sensazione di avercela fatta.

Quando hanno fatto il trasbordo, hanno dato priorità alle donne incinta, ai bambini, ai minori non accompagnati e a due casi clinici più gravi e sono rimasti a bordo una trentina di persone, le quali non capivano il perché loro non fossero stati sbarcati. Quindi qua l'incertezza, la rabbia erano le emozioni principali. Noi facevamo fatica a spiegare loro il perché.

Era il periodo di fine agosto 2019 in cui stava cambiando il Governo; i tre Ministri che dovevano dare l'ok erano uno dell'Interno, che era Salvini, e due erano del Movimento Cinque Stelle. Noi speravamo che questi ultimi due firmassero contro il nostro respingimento ma invece hanno firmato tutti e tre per lasciarci fuori; quindi, noi siamo stati in mare una settimana, veniva la Guardia Costiera Italiana a darci le bottiglie d'acqua per lavarci, per bere e fare da mangiare e dopo due giorni così io ho fatto intervenire, oltre che con le continue sollecitazioni per le donne gravide e i bambini, il Presidente dell'Ordine dei Medici Internazionale e alcuni Sindaci e Parlamentari. Grazie all'Ordine dei Medici Internazionale,

che ha dichiarato che quelle persone erano tutte da soccorrere, siamo riusciti a trasbordarli tutti in una settimana.

I migranti erano arrivati ad un punto in cui erano addirittura disposti a fare lo sciopero della fame per poter scendere dalla nostra barca”.

Intervista numero quattro:

Con quale Ong ha operato durante i suoi soccorsi e in quale zona SAR?

“Io ho dato vita e corpo a tutto l’aspetto sanitario di Mediterranea Saving Humans, quindi sia al reclutamento dei sanitari che alla loro formazione ma anche alla costruzione fisica dello spazio infermieristico, dell’ambulatorio a bordo della nave Mar Jonio. Per fare tutto ciò ho collaborato e imparato, in passato, tutto ciò che c’era da sapere, special modo dai ragazzi e dalle ragazze di Sea Watch, confrontandomi poi con Open Arms, Sos Mediterranée e anche con tutte le altre Ong. Per quanto riguarda la zona SAR, ho operato nella zona SAR maltese. Ci sarebbe piaciuto anche entrare nella zona SAR libica ma lì si rischia la pelle, ma per soccorrere un maggior numero di persone possibili bisognerebbe entrare lì perché, quando queste persone vengono obbligate a salire su questi barconi, questi ultimi vengono fatti partire a velocità molto elevate e molte persone cadono già nelle vicinanze delle spiagge libiche. Solitamente dicono ai migranti di indirizzare la navigazione verso le luci che vedono all’orizzonte, ma queste luci sono quelle delle piattaforme petrolifere libiche, dicendo loro che è l’Europa ma quando in realtà questa è ancora molto lontana.”

Durante le vostre operazioni utilizzate il protocollo LAST (Locate-localizza il distress; Access and Assess-vai vicino e valuta la situazione; Stabilize, metti in sicurezza le persone più che puoi; Transport-trasbordale)? Se no, avete qualche protocollo che utilizzate maggiormente?

“Utilizziamo il protocollo LAST ed è esattamente come da acronimo, si identifica il target sul radar, oppure si riceve la segnalazione da Alarm Phone o da altri assetti che sono in mare in quel momento e se sei il più vicino ci vai, sperando di arrivare prima della Guardia Costiera Libica; dopo di che arrivi e metti in sicurezza, fai il trasbordo sul rhib e dal rhib sulla nave madre. Il nostro modo di operare si basa quindi su questo protocollo, con tutti i rischi annessi; ad esempio, le wooden boat, ossia le barche di legno, hanno un’altissima

probabilità di capovolgersi durante questo momento poiché, avvicinandoti con il rhib, fai in modo che le persone si alzino e si spostino tutti da una parte, quindi bisogna essere molto attenti. Gran parte della formazione per gli operatori che stanno sulle lance di soccorso, i cosiddetti rhib, è incentrata su questo, ossia di non avvicinarsi troppo repentinamente, dire alle persone, da lontano, di stare fermi, calmi e che non siamo della Guardia Costiera Libica, che non li riporteremo nell'inferno libico e che però devono aiutarti seguendo le indicazioni in modo tale da mantenere ordine ed evitare il capovolgimento della barca”.

Quali sono le attività di sua competenza? Opera sulle rhib (gommoni per accostare le imbarcazioni in difficoltà) o sulla nave principale?

“Io ho avuto la fortuna di operare sia sulle rhib che sulla nave madre. In genere, avendo visto i protocolli anche delle altre Ong, raramente un sanitario opera a bordo delle rhib; chi va nei rhib ha una formazione di primo soccorso, di emergenza eccetera ma le Ong più preparate non mettono il sanitario a bordo delle lance perché il lavoro dell'infermiere e del medico si svolge sulla nave madre. Quando termina l'operazione di salvataggio, gran parte del lavoro è in mano dei sanitari. Purtroppo, o per fortuna, la Mar Jonio dispone di pochi posti a bordo; quindi, ognuno di noi ha dovuto svolgere almeno due ruoli quindi, in questo caso, il mio ero sia soccorritore sui rhib che infermiere a bordo. Avendo la fortuna di aver operato anche sui rhib le mie mansioni iniziavano direttamente lì comunicando alla dottoressa a bordo il numero di persone, le donne in stato di gravidanza, eventuali persone disidratate, ustionate e via dicendo. Si comunica tutto ciò che è rilevante in modo tale che, durante il tempo che trascorre per il trasbordo in nave madre, gli operatori a bordo predispongono il materiale da utilizzare. Se nella prima mandata di venti persone, dieci sono ustionate, si prepareranno già dieci ricambi di vestiti, e ci si attrezzerà per effettuare dieci docce. Se sai già che hai una donna in stato di gravidanza avanzato, bisognerà predisporre di una salita dalla Rescue Zone della persona girata di spalle, con la pancia verso il mare, quindi tirata su di schiena. Sono tutti piccoli accorgimenti che, avendo la fortuna di avere il sanitario a bordo, si riesce ad anticipare un po' il lavoro delicato necessario per salire dal rhib sulla nave, che non è un'operazione semplice.”

Quali sono le maggiori difficoltà alle quali si va incontro durante il soccorso?

“Per le difficoltà linguistiche deduco che in tante navi Ong, quali Medici Senza Frontiere, ci siano molteplici mediatori culturali, perciò, questo problema si riduce. Su Mediterraneo non ci sono, perciò cercavamo sempre di formare un equipaggio dove ci fosse almeno una persona che parlasse il francese o l’inglese in vari livelli. Le difficoltà sono, oltre quelle emotive, organizzative laddove ti capita di fare uno o più salvataggi, o un wooden boat. Per un lasso di tempo questi barconi di legno, che possono trasportare moltissime persone, erano spariti, adesso invece tanta gente sta fuggendo anche dall’Egitto; quindi, anche queste wooden boat stanno tornando. Quando fai un salvataggio di questo tipo, innanzitutto è più difficile da fare, in quanto questi barconi tendono a ribaltarsi e a rompersi e, inoltre, accogliendo tante persone, ti trovi a bordo tantissima gente e in poco tempo devi effettuare le cose più immediate; quindi, se hanno delle ustioni devi cambiare i vestiti e farli lavare, schedare clinicamente tutte queste persone, cercando di fare un minimo di cartella infermieristica, medicare eventuali lesioni eccetera.

Le difficoltà possono nascere quindi quando fai un soccorso con tante persone a bordo, oppure quando fai tanti salvataggi piccoli; questa cosa, stanno cercando di distruggerla nel senso che il nuovo governo Meloni, con Piantedosi al Ministero degli Interni, vuole assegnare il POS subito come una sorta di sfida, a quattro giorni di navigazione dal luogo del salvataggio. Questo significa effettuare un’ennesima tortura delle persone che sono naufraghe. Questa situazione può creare altre difficoltà. Io spero vivamente che tutte le Ong disobbediscano a questo fasullo codice di condotta, che è atroce, e continueranno a fare multipli salvataggi in caso di target uno vicino all’altro. L’obiettivo è quello di salvare prima le persone e poi decidere di ricollocarle come, dove e quando ma questo è da fare su terra ferma, non durante il soccorso. È assurdo anche il nuovo fatto introdotto, che dovresti fare le richieste di asilo già a bordo. A prescindere dalla presenza o meno del mediatore culturale a bordo, come può un minore straniero non accompagnato conoscere cosa sia una richiesta di asilo? Complicato, no? Forse sarebbe meglio tornare ad essere un po’ umani, spiegarglielo a terra dopo aver mangiato e bevuto.

Le difficoltà logistiche sono molte. Durante il periodo di Salvini al Ministero degli Interni, quindi con il periodo degli stand by, giorni, settimane o addirittura mesi a stare fermo in acque internazionali abbiamo riscontrato molte difficoltà logistiche e organizzative.

Capitava che mancava l'acqua, che si rompevano le docce, che i depuratori dopo un po' si bloccavano, finiva il cibo e così via.

Sul campo prettamente sanitario la difficoltà può essere dettata dal tanto lavoro ma quello solitamente è un aspetto che organizzi talmente tanto meticolosamente che è raro che manchi un farmaco o un qualsiasi dispositivo o materiale sanitario. Ciò che manca sono le forze, perché per quanto riguarda gli altri lavori puoi farti dare una mano da tutti, mentre per il lavoro sanitario non si trovano sostituiti.”

Come viene affrontata, a livello infermieristico, la gestione della cosiddetta “malattia del gommone”?

“La malattia del gommone è la dicitura data dal mio amico Pietro Bartolo. Questa ustione avviene per una miscela di acqua di mare più carburante, che di solito è benzina; a contatto con la pelle nell'immediato produce macerazione e poi ustione grave. Considera che si sta immersi per giorni interi quindi queste ustioni vanno dai piedi, all'interno coscia, alle natiche fino ad arrivare alla schiena. Purtroppo, siccome si ha la tendenza a mettere donne e bambini all'interno del gommone, dove in realtà si accumula maggiormente acqua marina, spesso sono questi i soggetti più colpiti anche se capita di vedere uomini, che stanno seduti a cavalcioni a bordo della nave, con ustioni chimiche nell'interno coscia.

La prima cosa che risalta è l'odore di benzina in alcune persone; quindi, bisogna separare le persone che odorano di benzina e chi non, ma è raro che non ci siano persone che puzzano di carburante. Bisogna poi rimuovere tutti i vestiti in modo delicato e laddove si sono già create aderenze con la pelle, si bagnano con litri di Soluzione Fisiologica per staccare i vestiti, poi con un sapone neutro dici loro di fare una doccia ad una temperatura adeguata e di lavare bene la lesione con acqua e sapone. Dopo di che si effettuerà una medicazione a piatto o chirurgica, in base a quanto in profondità è andata la lesione, quindi con Iodio, Sofargen o creme antibiotiche in base alle indicazioni del medico di bordo. In caso di necessità, si integrano liquidi per os o, nei casi più gravi, per via endovena.

Anche in questo caso bisogna tener conto di un aspetto psicologico, in quanto è differente dire ad un uomo, un ragazzo o un bambino adolescente di spogliarsi e fare una doccia e un conto che un operatore uomo dice ad una donna, che ha subito violenze sessuali, di levarsi i

vestiti. È sempre da considerare che la salute mentale è strettamente correlata con la salute fisica, bisogna avere estrema cautela.”

Quali sono le emozioni che prova, prima, durante e dopo il soccorso?

“Non è bello navigare in quelle acque perché i segni che vedi sono più di morte piuttosto che di vita, perché vedi giubbotti di salvataggio, salvagenti galleggiare con già attaccati addosso delle conchiglie, alghe, che ci fanno capire che, nella migliore delle ipotesi, è un giubbotto lanciato in più durante un’operazione di soccorso che ha visto gente cadere in mare. Quando la gente cade in acqua, vengono lanciate tutte cose che galleggiano, a prescindere se ci si trova sulla rhib o sulla nave principale. Quindi nella migliore delle ipotesi è quello, ti aggrappi alla speranza che quel giubbotto che si sta decomponendo abbia salvato qualcuno. Non puoi fare a meno di pensare alla morte, anche perché delle volte si vedono cadaveri galleggiare.

Il segno di morte è tutto quello che avviene prima, inoltre hai una forte sensazione di impotenza che ti invade perché la maggior parte delle volte i migranti riescono a mettersi in contatto con Alarm Phone, e noi Ong molte volte arriviamo in ritardo sul luogo del cosiddetto target, rispetto alla Guardia Costiera Libica. Quest’ultima opera con gli stessi mezzi che hanno le Guardie Costiere Europee, specialmente l’Italia, con mezzi offerti dal nostro Ministero degli Interni che viaggiano a quaranta nodi, rispetto alla nostra Mare Jonio, ma anche a qualsiasi assetto come GeoBarents, che viaggiano a dieci/dodici nodi. Sea Watch, per far fronte a ciò, ha messo in campo la Louise Michel che ha un equipaggio di sole donne ed è una fast boat, studiata per farla arrivare prima sui target, metterli in sicurezza e aspettare la cosiddetta nave madre dove poterli far trasbordare in sicurezza.

Dunque, l’emozione prima del salvataggio è soprattutto di sconforto anche perché spesso, durante le missioni, stai in nave da cinque giorni a settimane intere e ti chiedi il perché non trovi nessuno, se il barcone è affondato oppure anche lì ti aggrappi all’idea che nessuno sia partito.

Durante il soccorso è meglio attivare, anche al fine di una salute mentale, una parte prestazionale, che non significa essere eroi, ma applicare i protocolli. Si entra in una modalità operativa, cercando di normalizzare qualcosa che non è normalizzabile, cerchi di

radunare tutto ciò che hai studiato e visto, sia come studente che come cittadino, per erogare una prestazione massimale. Dipende anche da come va il salvataggio in quanto puoi perderti tra i pensieri se il salvataggio è tranquillo ma non puoi farlo se il salvataggio è agitato, se sta arrivando la Guardia Costiera Libica, se c'è gente in mare ed è per questo che si applicano i protocolli, per procedere rapidamente ed andare via.

Nell'agosto del 2019 ci è capitato di fare un salvataggio di novantotto persone di cui ventidue erano bambini meno di quattro anni, moltissimi neonati e quasi tutte donne. Fortunatamente in quella missione lì ero a bordo con me una ginecologa, di cui avevo espressamente fatto richiesta per la sua presenza, perché nella mia formazione anche post-universitaria ho approfondito tante cose ma non la parte di neonatologia, ginecologia, pediatria e ostetricia; fortunatamente questa dottoressa era a bordo e lì è stato devastante emotivamente perché sui corpi di quelle donne e sui visi di quei bambini, vedi tutta la violenza del mondo. Queste lesioni erano state fatte nei paesi di origine, quali lesioni sulle vagine per infibulazione, mutilazioni di vario grado, ma soprattutto violenze sessuali subite in Libia.

Inoltre, noi a bordo facciamo delle piccole interviste chiedendo anche quanto tempo queste persone sono rimaste in Libia e se magari ci rispondevano con "due anni" e il bambino aveva meno di un anno, prendevamo consapevolezza del fatto che il bambino non era frutto di un grande amore proveniente dal paese di origine ma di un abuso sessuale.

Dopo il soccorso, invece, finito il lavoro a bordo, le emozioni possono essere talmente tanto devastanti che potresti fare tre/quattro giorni senza dormire.

Quando concludi lo sbarco, quindi quando le persone sono a terra in un porto sicuro (il cosiddetto POS – place of safety) hai tanta stanchezza e personalmente molta rabbia, specialmente io che ho una declinazione politica della mia attività, non posso fare a meno che provare tutta questa rabbia. Quando il soccorso va a buon fine si prova anche una soddisfazione estrema per aver strappato una vita ad una morte certa, senza scampo."

Quali sono le emozioni che i migranti trasmettono prima, durante e dopo il soccorso?

"Instaurare una relazione proficua è difficile se non hai dei mediatori a bordo; perciò, in realtà è difficile capire cosa provano. Quando ci vedono da lontano vedi tantissima paura, paura di essere riportati in Libia. Considera che questi sono persone che preferiscono mettere la loro vita, e la vita dei propri figli, su un gommone sapendo che verosimilmente

affonderà, perché questa sarà sempre un'opzione migliore; è meglio morire piuttosto che rimanere in Libia. Nel momento in cui ci avviciniamo con la rhib, tutte queste persone urlano "No Libia, No Libia, ti prego, ti preghiamo, non riportateci in Libia" e noi passiamo il tempo iniziale a girare attorno a questo barcone, seguendo appunto il protocollo, spiegando loro che veniamo dall'Italia, che è Europa, mostriamo loro la nostra bandiera, gli diciamo che siamo amici, che non li riporteremo in Libia e che devono rimanere tranquilli. Inizialmente in loro percepisco quindi molta paura. Parlando a bordo, usciti da così poco tempo dai lager libici, è chiaro che il racconto o il silenzio hanno a che fare con quel trauma lì.

Io lavoro con il sistema di accoglienza di persone vulnerabili; quindi, tutte persone che non hanno superato il trauma della Libia. In nave tutto questo trauma lo percepisci, sia tramite il silenzio sia tramite il racconto che è incentrato tutto sulle vicende libiche. Con qualcuno, che parlava inglese o era francofono, siamo riusciti a capire i motivi dell'aver intrapreso il loro viaggio; alcuni di loro, essendo persone ben istruite, sono partiti volontariamente perché non era più possibile rimanere nel paese di origine perché erano, a loro volta, attivisti e quindi perseguitati e con le famiglie sotto minaccia continua."

Intervista numero cinque:

Which NGO did you work with during your operations of research and rescue? And in which SAR zone?

Con quale ONG ha operato durante i suoi soccorsi e in quale zona SAR?

"I work for SOS MEDITERRANEE in the central Mediterranean. I currently work as the medical manager but have worked on board in the role of nurse and medical team leader."

"Ho operato con SOS Mediterranée nel mar Mediterraneo centrale. Attualmente opero come dirigente medico ma ho lavorato a bordo come infermiera e come leader del team medico."

During your operations, are you usually to use the LAST protocol (Locate, Access and Assess, Stabilize, Transport) or do you use another types of protocols?

Durante le vostre operazioni utilizzate il protocollo LAST (Locate-localizza il distress; Access and Assess-vai vicino e valuta la situazione; Stabilize, metti in sicurezza le persone più che puoi; Transport-trasbordale)? Se no, avete qualche protocollo che utilizzate maggiormente?

"For SAR operations SOS has their own internal Offshore Mass Rescue Guidelines."

“Per le operazioni SAR, la Ong SOS Mediterranée ha delle proprie linee guida interne per il soccorso di massa in mare aperto.”

What kind of activities are your responsibility? Do you act on the rhib or on the flagship?

Quali sono le attività di sua competenza? Opera sulle rhib (gommoni per accostare le imbarcazioni in difficoltà) o sulla nave principale?

“As the nurse/ medical team leader (MTL) I work onboard the mothership and receive the medical cases.

Medics do not work on the rhibs as it is deemed more useful to have them available on the mothership where people can be properly seen and treated. If there was a medical emergency, the goal would be to get the case to mothership as soon as possible. Very little can be done from the rhibs except basic first aid and in case of drowning, rescue breaths and CPR, but other rhib crew can be trained to do this. Particularly in the case of a mass casualty, it is more effective to have all medical staff on deck available to respond.

As a nurse, in collaboration with the whole medical team (team of 4- MD, nurse, midwife, MTL) I was responsible of: overall medical needs, responding to emergencies, performing health assessments/consultations, prescribing medication, creating treatment plans, health education, and psychological first aid (PFA) etc; indicating the need for medevac of critically ill patients (in collaboration with medical team); medical referrals and medical report and liaison with medical authority at disembarkation; providing medical trainings (stretcher, BLS, COVID19 protocols, sexual violence response to the whole team at start of rotation); continuous monitoring and deck consults, nursing procedures, and consultations as needed; vulnerabilities (will assist in the identification of family reunification cases or vulnerable people who may require additional support). As MTL my role is: management and organization of work in medical team; triage during rescue operation; liaison for medical information as needed with the bridge of the ship (SAR coordinator and captain); medical supply and ordering; medical reporting.”

“Come infermiera/leader del team medico opero a bordo della nave madre ricevendo i casi medici. I medici non operano sulle rhib in quanto si ritiene più utile averli a bordo della nave madre, dove le persone possono essere adeguatamente visitate e curate. In caso di emergenza

medica, l'obiettivo è quello di mandare il caso sulla nave madre il più presto possibile. Dalle rhib possono essere fatte poche azioni, ad eccezioni del primo soccorso di base e, in caso di annegamento, delle ventilazioni di soccorso e della RCP, alcuni equipaggi delle rhib sono addestrati per farlo. Soprattutto in caso di molti feriti è più efficace avere tutto lo staff medico sottocoperto pronto ad intervenire.

Come infermiera, in collaborazione con tutto il team medico, costituito da quattro figure quali medico, infermiere, ostetrico e leader del team medico, mi occupo dei bisogni medici nel complesso, di risposta alle emergenze, di eseguire valutazioni/consulenze sanitarie, di prescrivere farmaci, creare dei piani di trattamento, educazione sanitaria e del primo soccorso psicologico... Inoltre, indico eventuale necessità di evacuazione medica per pazienti in situazioni critiche di salute (in collaborazione con il team medico), effettuo visite mediche e rapporti medici in collegamento con l'autorità medica una volta effettuato lo sbarco, mi occupo di effettuare corsi di formazione (barellista, BLS, protocolli Covid-19, risposte a violenza sessuale) a tutto il team all'inizio del turno. Effettuo un monitoraggio continuo e delle visite sul ponte della nave, attuo procedure infermieristiche e, in base alla necessità, varie consulenze. Come infermiera mi occupo anche delle vulnerabilità, identificando eventuali casi di riunificazione familiare o persone vulnerabili che richiedono supporto aggiuntivo. Come leader del team medico mi occupo della gestione e dell'organizzazione del lavoro del team medico, del triage durante le operazioni di soccorso, sono intermediario di informazioni mediche necessarie con il team presente sul ponte della nave (coordinatore SAR e capitano), ordini e fornitura di dispositivi medici e refertazioni mediche.”

What are the greatest difficulties to deal with during the rescue?

Quali sono le maggiori difficoltà alle quali si va incontro durante il soccorso?

“Often times the greatest difficult during a rescue is the crowd control. As people are embarking onto the mother ship, they need to be medically triaged (quick scan to make sure people are walking and talking and not disorientated, also assessing the presence of fuel), registered (country of origin, age, gender, etc), and given a rescue kit (change of clothes, hygienic items, food and water). Depending on how many people are shuttled at a time, it can feel chaotic on the deck, particularly if people are exhausted, overwhelmed, suffering

from hypothermia or dehydration etc. People will need assistance to get organized and settled and most of the team is on the water performing the SAR operation, therefore the team onboard welcoming the people is small and limited and this time can be intense, particularly if people arrive in a poor condition.”

“Molte volte, la maggiore difficoltà durante un soccorso è la gestione della folla. Appena le persone imbarcano nella nave madre, hanno bisogno di essere sottoposte al triage medico (rapido check per assicurarsi che le persone camminano e parlano e che non sono disorientate, valutando anche eventuale odore di benzina), di essere registrate (paese di origine, età, sesso eccetera) e di ricevere il kit di soccorso che contiene un cambio di vestiti, accessori per l’igiene personale, cibo e acqua. In base a quante persone sono trasportati in quel momento, si può percepire caos sul ponte, in particolare se le persone sono esauste, sconvolte, in ipotermia o disidratate eccetera. Le persone avranno bisogno di assistenza, quindi, sarà difficile organizzarsi e sistemarsi in quanto la maggior parte del team è in acqua per eseguire le operazioni SAR, quindi il team a bordo che accoglie le persone sarà di un numero limitato e questa situazione può divenire complicata, specialmente se le persone arrivano in condizioni cliniche scarse.”

How do you solve clinically, as a nurse, the “dinghy disease” (mix of fuel and salt water that cause skin burn)?

Come viene affrontata, a livello infermieristico, la gestione della cosiddetta “malattia del gommone”?

“On first triage we are on high alert for the smell and presence of fuel. When survivors embark, we ask them if there was fuel that leaked in the boat and if anyone was sitting in it. If we smell it, or are informed it leaked, we get people who have come in contact with it in the shower as soon as possible and wash the area well with soap and water to prevent the burn and then monitor. Sometime, its too late and people have been in contact too long with the chemical mix of fuel and salt water and there is already a burn. In this case, we treat the burns just like regular burns. We have a specific fuel burns medical SOP, but essentially, we make sure to do sterile dressing changes where we first clean the area with saline. Sometimes debridement is needed for very severe burns. We apply silver sulfadiazine and then we dress the burn with sterile jelonet (impregnated gauze), sterile gauze, and then a loose wrapping.

We have different methods of dressing/ wrapping depending on the area. Often, if people have been sitting in the boats, the burns are around their genital area and are very painful and difficult to keep clean. It can be quite challenging.”

“Nel triage iniziale noi siamo allerta nel rilevare la presenza e l’odore di benzina. Quando i migranti imbarcano, chiediamo loro se il carburante è fuoriuscito dalla barca e se qualcuno era seduto proprio nella pozza di carburante. Se viene percepito l’odore, oppure se ci dicono che il carburante è fuoriuscito, prendiamo le persone entrate in contatto con la benzina e le facciamo lavare il prima possibile, pulendo bene le zone a contatto con il carburante per prevenire le ustioni, dopodiché monitoriamo quell’area.

Delle volte è troppo tardi e le persone hanno trascorso troppo tempo a contatto con questo mix di carburante e acqua salata e perciò si è già formata l’ustione. In questi casi la trattiamo come una normale ustione. Abbiamo delle procedure standard di operazione per le ustioni chimiche, ma essenzialmente, ci assicuriamo di coprirla in maniera sterile dopo averla pulita con soluzione fisiologica. Delle volte diventa necessario effettuare il debridement, nelle situazioni di ustioni profonde. In questo caso applichiamo sulfadiazina argintica e la copriamo con delle garze sterili impregnate (Jelonet), garze sterili e poi finire con un bendaggio. Appliciamo diversi metodi di bendaggio in base all’area ustionata. Spesso, se le persone si sono sedute sul barcone, hanno ustioni attorno alla zona genitale e ciò comporta molto dolore e difficoltà nel medicarle. In questo caso potrebbe divenire molto impegnativo.”

What do you feel before, during and after the rescue?

Quali sono le emozioni che prova, prima, durante e dopo il soccorso?

“Before the rescue I always felt a lot of adrenaline and anxiety, especially because before reaching the SAR zone we are doing many trainings, but these trainings are focused on preparing for the worst-case scenario (mass casualty plan, basic life support, man over boards, dead body management, etc). After a few rescues, this feeling diminishes.

During the rescue I always continue to feel tense, knowing that its a very precarious moment where anything can go wrong. After the rescue I felt relief and satisfaction that people are safely onboard with us and also have a lot of adrenaline or energy depending on the situation, for example, if there is a medical emergency to attend to. But at this time my focus is

completely on the survivors and assessing what they need and how we will manage those needs.”

“Prima del soccorso ho molta adrenalina e ansia, specialmente perché prima di iniziare la ricerca nelle zone SAR abbiamo fatto molte sessioni di addestramento, ma questi erano focalizzati sull’affrontare gli scenari peggiori (piano delle vittime di massa, supporto delle funzioni vitali, gestione dei cadaveri...). Dopo qualche salvataggio, queste emozioni sono andate a scemare.

Durante il soccorso sono stata sempre tesa, sapendo che è un momento molto precario dove qualsiasi cosa può andare storta. Dopo il soccorso mi sento sollevata e soddisfatta del fatto che queste persone sono a bordo in salvo con noi e inoltre ho anche molta adrenalina o energia, in base al tipo di situazione; ad esempio, in caso di un’emergenza medica da affrontare. In questo caso tutta la mia concentrazione e attenzione è per i sopravvissuti, valutando ciò di cui hanno bisogno e come gestiremo queste esigenze.”

What are the emotions that migrants transmit before, during and after the rescue?

Quali sono le emozioni che i migranti trasmettono prima, durante e dopo il soccorso?

“Especially before and during a rescue, it is a time of intensity. There are many emotions that we observe, ranging from fear and exhaustion to utter joy and elation. It always depends. Some people embark on our ship and appear in shock. Others will come and kiss the deck and break out in song. Some people can no longer walk and need some help and encouragement because they are overcome with emotion. But also, others don’t display a lot of emotion. It really depends. Then after the rescue, once people get their needs met, they tend to be exhausted and everyone sleeps. Afterwards, once people start waking and the intensity of the rescue has worn off, then people carry the emotions of their journey and what they’ve been through. People start sharing their stories, which sometimes they share with emotion, but also sometimes without. Or after a few days with people (while waiting for a place of disembarkation) you notice things about people, how they interact with others or stay away from others, if they are quiet, withdrawn, if they are picking fights, if they are eating, or sleeping, or engaging in daily life activities etc. All of these behaviors and interactions in a way transmit the emotions of people we rescue.”

“Soprattutto prima e durante il soccorso, c’è molta intensità emotiva. Osserviamo diverse emozioni, che variano dalla paura allo sfinimento fino a trasmettere gioia e euforia. Dipende sempre dalla situazione. Alcune persone imbarcano sulla nostra nave e sembrano sotto shock. Altre arrivano baciando il ponte della nave e cantando canzoni. Alcune persone non riescono più a camminare e necessitano di aiuto e di incoraggiamento perché sono sopraffatti dall’emozione. Altri ancora non dimostrano alcuna emozione. Veramente, tutto ciò dipende dalla situazione.

Dopo il soccorso, una volta che le persone soddisfano i loro bisogni, tendenzialmente sono esausti e dormono tutti. Dopodiché, una volta che iniziano a svegliarsi e la tensione del salvataggio a svanire, raccontano le emozioni del loro viaggio e cosa hanno trascorso. Iniziano a condividere le loro storie, condividendo delle volte le loro emozioni e altre volte no. Dopo alcuni giorni con queste persone, in attesa di un porto sicuro dove sbarcare, ti accorgi di certe cose, di come interagiscono fra di loro o come mantengono le distanze, se sono calmi, restii, se litigano tra di loro, se mangiano o dormono, oppure se si impegnano in attività di vita quotidiana eccetera. Tutti questi comportamenti e relazioni ci trasmettono le emozioni delle persone che salviamo.”