

L e mie povere donne

Il medico dehoniano Aldo Marchesini
premiato alle Nazioni Unite

Signor segretario generale, signor direttore esecutivo dello UNFPA, vostre eccellenze signori ambasciatori, signori e signore,

mi sia consentito di iniziare ringraziando il Comitato ristretto delle Nazioni Unite e il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA) per aver scelto di assegnare a me il World population award dell'ONU per il 2014. Sono molto contento e onorato di ricevere questo prestigioso riconoscimento. Voglio congratularmi anche con il John Hopkins Program for international education in gynecology and

obstetrics, l'organizzazione non governativa affiliata alla John Hopkins University che riceve insieme a me quest'anno lo stesso premio.

Vorrei cominciare citando una famosa frase di Gesù: «I poveri li avete sempre con voi» (Mt 26,11). Poche verità sono più reali ed evidenti di questa, specialmente per chi, nella vita, ha avuto l'avventura di sentirsi condotto a fissare la sua dimora nella periferia della terra, in quelle zone del mondo dove la frase più coniugata è: «Non ce n'è». Vivere con i più poveri è un'esperienza straordinaria, perché poco a poco si comprende un'altra verità, divulgata anch'essa da Gesù: i sapienti e gli intel-

ligenti non riescono a capire i segreti del mondo. I segreti del mondo più inaccessibili sono invece aperti e palesi per i piccoli e i poveri.

La dignità degli ultimi

Mi spiegherò con un fatto. Quello di una donna della mia città, per esempio. Lei viene spesso a chiedere aiuto per comprare una misura di 20 chili di granturco per i suoi cinque figli che sono in casa con lei, vedova. Li chiama affettuosamente figli, ma neppure uno è nato da lei. Sono i figli di sue sorelle, già defunte. Suo marito morì quand'era ancora giovane. Poi i vincoli del sangue la spinsero ad accogliere nella sua capanna gli orfani ancora piccoli delle sue sorelle: prima due, poi un altro, poi altri due.

Il suo lavoro è coltivare un campo di riso e fare piccoli commerci: comprare un sacco di arance e poi rivenderle a due o tre alla volta, seduta su un marciapiede; oppure un cesto di pomodori e poi portarli al mercato, e così via. Alcuni mesi fa mi stupì perché, invece di chiedermi i soliti trecento *meticais* (la valuta corrente in Mozambico; ndr) per il granturco, me ne chiese mille e duecento. Rimasi sorpreso!

«Devo andare a Beira, nella provincia vicina, a raccogliere i due figli piccoli della mia ultima sorella». «Ma ne ha già cinque! Come farà a dar loro da mangiare?». «Non importa. Sono i figli di mia sorella!».

Se non fosse stata così povera, come avrebbe potuto capire che il suo cuore, capace di accogliere cinque orfani, poteva, senza timore, allargarsi per accogliere altri due?



P. Aldo Marchesini.

Due vocazioni

La vocazione alla vita religiosa e quella per la medicina. Due passioni che vanno di pari passo nella biografia di p. Aldo Marchesini, sacerdote dehoniano, nato a Bologna nel 1941. Medico e missionario, vive e lavora (sodo) in terra d'Africa da oltre quarant'anni, gran parte dei quali trascorsi in Mozambico.

Una scelta dei superiori, al tempo tutt'altro che scontata, consente al giovane religioso di laurearsi in Medicina (nel 1966, a Bologna), prima di concludere gli studi teologici ed essere ordinato sacerdote (1969). La missione africana, destinazione sognata, diventa subito realtà. Arrivato in Africa per la prima volta nel luglio 1970, rimane 4 mesi in Mozambico – tra i paesi più poveri del mondo – per conoscerne le condizioni sanitarie. «Feci il giro di tutte le missioni per scegliere il posto dove costruire il futuro ospedale missionario della diocesi di Quelimane». Ma prima di mettersi all'opera, il giovane medico è atteso da un lungo tirocinio. Subito in Uganda, a imparare la professione «sul campo» alla scuola di p. Giuseppe Ambrosoli, chirurgo comboniano, che aveva fondato e dirigeva l'ospedale di Kalongo, nella savana. Poi, in attesa di un visto che non arriva, gli studi di specializzazione in Medicina tropicale a Lisbona (1972) e in Clinica della lebbra ad Addis Abeba (1974), a integrare il curriculum.

Nel novembre del 1974 torna in Mozambico. Impossibilitato ad aprire un ospedale missionario, firma il primo contratto come chirurgo col Governo di transizione: Quelimane, Mocuba, Songo-Cahora Bassa e Tete i distretti sanitari a cui viene successivamente destinato, fino al 1980. Nell'agosto del 1981 è di nuovo a Quelimane, dove oggi riveste le cariche di direttore

clinico e tutore della specializzazione in Chirurgia generale presso l'ospedale della città e di coordinatore provinciale di Chirurgia per tutta la provincia della Zambesia. Nel 2003, scopre di essere affetto dal virus dell'HIV, contratto durante una delle numerose operazioni su pazienti sieropositivi. Inizia così la sua battaglia per far arrivare i farmaci antiretrovirali anche tra i poveri dei suoi ospedali in Africa.

Da molti anni, Marchesini si occupa – tra i primi chirurghi in terra africana – del problema delle fistole ostetriche, una piaga la cui soluzione è stata inserita tra gli Obiettivi del terzo millennio dall'Organizzazione mondiale della sanità. Tutti i governi della terra sono stati in seguito sollecitati a intraprendere azioni concrete per migliorare la prevenzione, la riparazione chirurgica e il reinserimento delle donne guarite nella società. «Io mi occupo principalmente di migliorare la cura chirurgica», scrive nella sua biografia. «Collaboro per la formazione di giovani chirurghi. Per i 2015 l'obiettivo, in Mozambico, sarebbe quello di collocare in tutti gli ospedali periferici distrettuali un chirurgo capace di affrontare i casi non complicati, che sono circa il 30-40 per cento del totale».

È per questo suo impegno che il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA) gli ha riconosciuto, nel 2014, il prestigioso World population award, premio che Marchesini ha ricevuto lo scorso 12 giugno durante una cerimonia al Palazzo di Vetro, il quartier generale dell'ONU a New York. In quell'occasione ha tenuto il discorso che qui pubblichiamo.

M. B.

Nel tempo in cui vivevo nella provincia di Tete conobbi e curai molti lebbrosi. Erano gli anni Settanta, e allora era ancora abbastanza comune vedere i malati ridotti in uno stato miserabile dalle mutilazioni della malattia. Una di loro si chiamava Otilia. Non aveva praticamente più né mani né piedi. Al loro posto erano rimasti moncherini. Camminava sui ginocchi protetti da panni, che ben presto si riducevano a stracci. La trovai a chiedere aiuto lungo la strada che percorrevo ogni mercoledì per visitare i presidi sanitari del mio distretto.

Aveva ulcere profonde tra le enormi callosità dei ginocchi e a causa della paralisi delle palpebre le lacrime le scorrevano continuamente sul viso. La caricai sul Land Rover e la portai al mio ospedale. Vi rimase molte settimane, il tempo necessario per rimediare a questo tipo di lesioni. La operai alle palpebre e, poco a poco, anche le ulcere dei ginocchi si chiusero. La riaccompnai alla sua capanna, felice e contenta.

La settimana seguente nel presidio sanitario mi consegnarono un biglietto,

scritto da un suo vicino, perché la visitassi sulla via del ritorno. Mi aspettava davanti alla sua capanna. Mi fece entrare nel suo piccolo terreno e mi fece sedere sotto la veranda. Entrò in casa e ne uscì con una gallina. Me la mise tra le mani. Non ebbe bisogno di pronunciare nessuna parola! Nulla avrebbe potuto dire di più della verità del suo indimenticabile sorriso!

Libertà, amore, povertà

Sunde era un giovane che si guadagnava la vita arrampicandosi sulle palme per raccogliere noci di cocco. Un giorno cadde e si fratturò la colonna vertebrale con sezione del midollo. Lo portarono all'ospedale dopo due o tre giorni, con paralisi delle due gambe. La vescica era strapiena perché non riusciva più a urinare. Gli mettemmo un catetere e gli demmo un posto letto per cercare di assisterlo nella sua infelicità.

Non aveva più i genitori e l'unica persona della famiglia che gli restava era una sorella, anch'essa poverissima, che viveva da sola in un distretto vicino.

Ben presto si rese evidente che la lotta contro le piaghe da decubito sarebbe stata una battaglia persa non avendo l'appoggio dei familiari. Il peso delle gambe e delle cosce immobili era come una catena che lo teneva prigioniero nel letto. Gli proposi di amputarle, in alto, sopra il ginocchio. Si sarebbe alleggerito di più di venti chili e sarebbe stato libero di girarsi e rigirarsi, di stare seduto e di spostarsi appoggiandosi sul sedere. Gli avremmo costruito nell'officina dell'ospedale una carrozzella a tre ruote tipo triciclo, per poter potersi spostare anche fuori di casa.

Accettò molto volentieri. Aveva ancora una forza straordinaria nelle braccia. Dopo alcune settimane era pronto. Il buon umore era ritornato sul volto e non gli pareva vero di essere di nuovo libero. Andò a casa da sua sorella, ma non c'erano mezzi per sopravvivere. Ritornò dopo un mese o due all'ospedale per raccontarmi le novità. Era accompagnato da una giovane, anch'essa senza nessuno, vicina della sorella e si erano accordati per vivere insieme nella capannuc-

cia che aveva a Quelimane, dove dormiva al tempo in cui raccoglieva i cocchi. Lei lo aiutava in tutto e lui guadagnava da vivere per entrambi, chiedendo l'elemosina in città. La sua incapacità fisica era evidente a tutti e c'erano sempre passanti che offrivano una monetina.

Mentre mi raccontava queste novità gli occhi gli brillavano. Libertà, amore, povertà. Questa è la felicità! Tutto il resto è in sovrappiù...

Il dramma delle fistole ostetriche

Da molti anni in qua, un grande numero di pazienti è entrato nella mia vita e occupa molta parte del mio tempo e delle mie energie. Sono donne, quasi tutte molto giovani, che perdono urina giorno e notte attraverso la vagina e, a volte, anche feci. Questa infermità è conseguenza di parti complicati. La testa del feto si blocca nel passaggio attraverso il bacino e comprime i tessuti molli della vagina, vescica e retto. Se la compressione è tale da non lasciar circolare il sangue e dura alcune ore i tessuti schiacciati muoiono e cadono, lasciando un orifizio che non può più chiudersi spontaneamente: si è formata una fistola. Da lì usciranno liberamente urina e feci, senza possibilità di trattenerli.

Anche il feto, naturalmente, soffre ed è in pericolo di vita! Il destino del bambino dipende dal tempo che la mamma deve aspettare per essere sottoposta a un parto cesareo, cioè dalla distanza che c'è tra la sua residenza e il più vicino ospedale con chirurgo. La grande maggioranza delle donne arriva in sala operatoria quando il feto ha già perso la vita. È facile immaginare quanto deve soffrire la giovane mamma. Le doglie del parto, l'angoscia nel provare tanto dolore senza veder nascere il figlio. Poi la fatica di arrivare alla maternità periferica e di qui l'attesa, anche di ore, prima che giunga l'ambulanza del distretto per condurla all'ospedale. Quando infine vi arriva, non è quasi più una persona: stremata, disidratata, spaventata.

Per ultimo, ecco, entra finalmente in sala operatoria! Alla luce, tuttavia, esce senza vita il figlio tanto atteso! Unico sollievo, per tanto dolore, soltanto la silenziosa presenza della parente che l'ha accompagnata. Solo una parte di queste partorienti riesce a incamminarsi verso un ospedale. Per molte di loro tutto si

consuma nella periferia delle aree remote dove vivono. Il feto viene espulso dopo alcuni giorni, quando la macerazione dopo la morte ne rammollisce il cranio.

La prima notte, in ospedale o in casa, la donna bagna il letto, ma pensa che sia una conseguenza necessaria del parto. Il giorno dopo ancora e poi ancora, finché capisce che è inesorabile. Tutto ciò viene sofferto senza riuscire a immaginarne il motivo. Lo si considera un destino avverso e incomprensibile, forse conseguenza di una maledizione o di un influsso malevolo. La vera causa, il formarsi della fistola, resta sconosciuta. L'unica cosa che diventa ogni giorno più evidente è che la perdita è destinata a restare per sempre, per tutta la vita.

L'urina fa cattivo odore, bagna costantemente le gambe e i vestiti. Bisogna usare un panno per raccogliercela; il panno va spremuto e cambiato parecchie volte al giorno. Come fare per frequentare i vicini, andare al mercato, andare in chiesa o alle riunioni? La donna tende sempre più a isolarsi, a uscire dal consesso umano e a nascondersi nel seno della famiglia. Se il parto che ha provocato la fistola è stato il primo, l'unione coniugale è ancora fragile: facilmente il marito l'abbandona e sarà difficile trovarne un altro. Se però il parto che provoca la fistola è il secondo, il terzo o il quarto, con già bambini piccoli in casa, allora la famiglia quasi sempre resta unita e il marito collabora a cercare la soluzione.

Preparare giovani chirurghi in Mozambico

L'unica soluzione è quella chirurgica. Per molti anni la fistola ostetrica è stata un'infermità trascurata, creando un circolo vizioso. Poco interesse, pochi chirurghi impegnati a operarle, poche fistole operate e perciò accettazione rassegnata di una situazione difficile da parte delle famiglie.

Nel frattempo le donne portatrici di fistole ostetriche aumentano. Si calcola che ogni mille parti, nei paesi in via di sviluppo, si formino due fistole. In Mozambico, ad esempio, dove i parti sono più di un milione all'anno, ogni anno si formano per lo meno duemila nuove fistole ostetriche.

Fin dai primi anni del mio lavoro, prima in Uganda e poi in Mozambico, sono stato colpito dal dramma e dalla discriminazione di queste sfortunate

mamme. Non ho mai lasciato passare una di queste donne dal mio ospedale senza operarla. Tra loro e me c'è sempre stata una profonda simpatia e comprensione.

Con l'inizio del nuovo millennio, però, le cose sono cambiate. L'Organizzazione mondiale della sanità ha evidenziato la fistola ostetrica come una situazione di attenzione privilegiata, stimolando iniziative ben articolate per prevenirne la formazione, correggerle chirurgicamente e patrocinare il reinserimento delle pazienti guarite nella società civile. La soluzione del problema delle fistole ostetriche è stata scelta come uno degli obiettivi del terzo millennio. Tutti i governi sono stati sollecitati a impegnarsi concretamente.

Io lavoro nel campo della riparazione chirurgica delle fistole. Sono impegnato a insegnarne la tecnica ai giovani chirurghi del Mozambico. In questo paese si organizzano campagne di una settimana nei vari ospedali, invitando le pazienti attraverso le radio locali. Se ne raccolgono alcune decine e le si operano con un orario prolungato, dalle 8 del mattino fino alla fine del giorno. Si opera su due o tre letti operatori contemporaneamente, con un chirurgo di fistole più esperto e due apprendisti. In questo modo chi sta imparando ha la possibilità di operare una quindicina di casi in una sola settimana.

Nelle campagne non ci si limita alla tecnica, si convive in una certa prossimità con le pazienti e così si crea un clima di simpatia e di amicizia. Ricorderò sempre la fine della mia prima campagna, tanti anni fa. Quella volta ero da solo e mi trattenni quasi un mese. L'ultimo giorno tutte le donne operate si radunarono in una sala per il saluto finale sedute in una fila di panche. Passavo davanti a ognuna per stringere la mano e dire «ciao». Quando arrivai alla terza, questa si alzò di scatto e invece di stringermi la mano mi abbracciò e mi baciò. E così, dopo di lei, tutte le altre: si alzarono e mi baciavano.

Quale onorario operatorio potrebbe compararsi a tale ricompensa che solo un povero è capace di dare? È proprio vero: i segreti del mondo più inaccessibili sono invece aperti e palesi per i piccoli e i poveri!

Aldo Marchesini