

Aldo Marchesini

Ferite a Vita

La lunga guerra a fianco delle coraggiose donne del terzo mondo contro le fistole vescico vaginali:
lesioni da parto,
quasi sempre chirurgicamente risolvibili,
ma invalidanti a vita se non operate.

1. Dovete sapere che ...

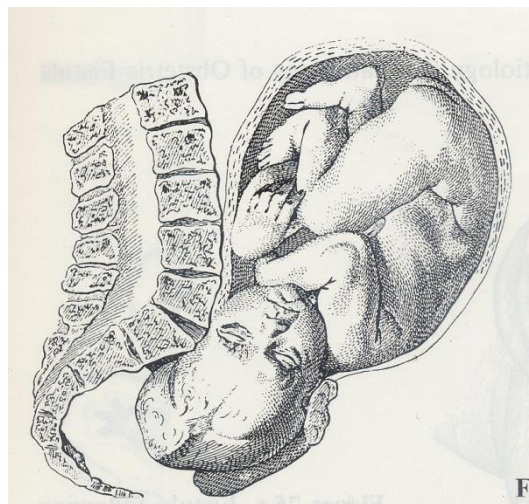
Una delle ultime volte che tornai in Italia in vacanza, andai a trovare a Roma dei miei cugini con i loro figli e nipoti. Fu una visita molto bella, piena di tanti ricordi cari, perché con loro avevo passato gli anni della mia prima infanzia. C'era allora la guerra e con la mia mamma e mia sorella Maria Teresa eravamo sfollati in Toscana. Mio babbo era partito soldato e noi vivevamo nella famiglia della nonna materna. Risiedevano ancora in paese e nel raggio di trecento metri avevo tutti gli zii e i miei cugini. Quegli anni erano restati indelebili nella mia memoria, profumati degli affetti semplici e gioiosi dei primi anni della vita. Mi avevano invitato a cena ed il riaffiorare dei ricordi evocati dalla loro presenza creava un'atmosfera intensa, piena di contentezza, e di voglia di raccontarci cose. Fu in questo contesto familiare che la conversazione scivolò sulla mia vita in missione e sull'attività di medico in Africa. Uno dei nipoti ad un certo punto si alzò e mi disse: "Sai, zio, che abbiamo una tua foto di quando eri giovane, in un giornalino delle missioni? Lo conserviamo come un cimelio di famiglia. Ora vado a prendertelo."



Tornò con un giornalino che recava una fotografia di quando avevo trent'anni, vestito col camice da medico accanto al letto di una giovane sorridente. Riconobbi subito il contesto: ero nell'ospedale di Aber, nel Nord Uganda, e quella giovane era la mia prima paziente operata di fistola vescico vaginale. Che emozione, rivedere quella foto, che credevo perduta per sempre! "Sapete – dissi – chi è questa ragazza? È la mia prima paziente di fistola! Pensavo d'aver perduto per sempre la foto. Aris, devi assolutamente farmi una copia, prima che parta. La voglio conservare con me per sempre!" "Perché, zio, sei così legato a questa foto?" "Per capirlo dovrei raccontarti una grande storia, che ha accompagnato per più di trent'anni il mio lavoro in Africa. Mi ci vorrebbe molto tempo: non riuscirei a finire prima di mezzanotte!" "Devi per lo meno cominciarla, zio! Siamo tutti curiosi" "È vero, comincia stasera. Potresti poi finirla scrivendoci un racconto" - soggiunsero gli altri. "Va bene! Allora comincio ..."

2. C'era una volta ...

Quando arrivai in Africa per la prima volta ero ancora giovane: pochi mesi dopo compii là il mio ventinovesimo compleanno. I miei superiori mi avevano incaricato di prepararmi per aprire un ospedale missionario in Mozambico. La prima cosa che feci, dopo una visita di conoscenza della situazione sanitaria della zona prescelta, fu quella di accettare l'invito di andare in Uganda dal padre Dr. Giuseppe Ambrosoli, dei missionari Comboniani. Era un chirurgo già esperto, che aveva fondato in mezzo alla savana, nella missione di Kalongo, un ospedale di circa 300 letti con sala operatoria, reparti di chirurgia, medicina, maternità e pediatria. Aveva anche i Raggi x e c'era perfino una scuola di infermiere ostetriche, molto apprezzata nel Paese. Mi aveva invitato a passare un anno con lui, per insegnarmi dal vivo, in prima linea, i fondamenti della chirurgia che serve in Africa, soprattutto nelle zone rurali. Quell'anno fu indimenticabile! Operammo sempre insieme tutti i casi di chirurgia elettiva e tutte le urgenze che si presentarono: furono più di ottocento operazioni. Tra queste ci furono due o tre casi di pazienti con fistole vescico vaginali. I casi, è vero, furono pochi, ma l'importanza che il padre Ambrosoli diede loro fu molto grande. Mi spiegò in dettaglio come si formavano e mi descrisse le dolorose conseguenze che avrebbero accompagnato queste giovani mamme sfortunate per tutto il resto della loro vita, a meno che non si imbattessero in un chirurgo che sapeva come si faceva a ripararle. Lui l'aveva imparato e considerava di estrema importanza insegnarlo anche a me. In quasi tutta l'Africa, ed in generale nei paesi in via di sviluppo, la rete sanitaria di unità ospedaliere dove sia possibile fare un parto cesareo è molto esigua. La maggioranza della popolazione deve percorrere decine o centinaia di chilometri (se si usa come unità di misura la distanza), od impiegare qualche giorno (se si prende come misura il tempo). È risaputo che circa un parto su dieci presenta qualche complicazione, capace di mettere in pericolo la vita e la salute della mamma e del bambino. Quando il parto si blocca, la testa del feto si ferma dentro la vagina e non riesce più a procedere.



Parto bloccato. La testa non passa tra pube e sacro.

Le ossa della testa comprimono i tessuti molli contro le ossa del bacino e la circolazione del sangue si interrompe. Come conseguenza i tessuti muoiono, si forma un orificio e l'urina comincia così ad uscire dalla fistola direttamente in vagina, scorrendo lungo le gambe.

Quando la compressione avviene anche tra testa e osso sacro, comprimendo vagina e retto contro il sacro, si aggiunge un secondo orificio, una fistola retto vaginale, attraverso la quale escono le feci direttamente in vagina. Qual è l'evoluzione di questa ostruzione? Se non giunge un aiuto dall'esterno, come parto cesareo, sinfisiotomia, ventosa o forcipe, che rimuova il feto dal canale da parto, quest'ultimo muore e con la decomposizione cadaverica la testa si collassa e può passare. Altre volte le contrazioni dell'utero, sempre più forti, nel tentativo di vincere la resistenza, provocano la rottura del fondo dell'utero e l'entrata delle gambe e del tronco del feto morto nella cavità addominale della madre, generando una peritonite che nel giro di tre o quattro giorni porterà la partoriente al decesso. Se arriva in tempo ad un ospedale con chirurgia, potrà essere operata, ma quasi sempre sarà necessario togliere l'utero, molto infettato ed in parte necrosato. Il più delle volte queste complicazioni si presentano nel primo parto, specialmente se la mamma è ancora adolescente o se la statura è piccola, meno di un metro e mezzo. Esistono però anche complicazioni e fistole che si formano durante la seconda, terza o quarta gravidanza, per ostruzioni dovute al mal posizionamento della testa del feto. Queste donne sfortunate sono destinate a rimanere così per sempre, a meno che non riescano a trovare un chirurgo capace di operarle e di chiudere la fistola. Si può facilmente immaginare la vita dolorosa a cui vanno incontro. La perdita costante di urina, giorno e notte, le spinge a cercare con ogni mezzo di assorbirla con panni e drappi voluminosi, che ben presto si inzuppano e cominciano a emanare cattivo odore. È necessario cambiarli con frequenza, lavarli e farli asciugare per poterli riusare ciclicamente. Se la fistola si forma al primo parto, quando ancora il matrimonio non è consolidato, quasi sempre la donna è abbandonata e torna a vivere con la famiglia di origine. Il complesso del cattivo odore le blocca in casa. Si vergognano ad andare al mercato o alle riunioni o alla preghiera nella comunità, a visitare i conoscenti, a fare comunque una vita sociale come tutte le altre. Padre Ambrosoli non dovette faticare molto per interessarmi al problema. Come sempre, si preoccupò perché potessi studiare qualche testo che mi facesse approfondire i suoi insegnamenti e i suoi suggerimenti. Mi condusse alla sua scansia di libri e ne scelse uno, stampato in Inghilterra negli anni cinquanta, di un certo professore Chassar Moir, che scoprii, più tardi negli anni, essere uno dei grandi maestri di quella chirurgia. Si intitolava "Obstetric Fistula". Era un'edizione di pregio, di carta patinata, un po' ingiallita dal tempo, corredata di numerose figure, rilegata, colla copertina rigida, di appena un centinaio di pagine, ma ricca dell'esperienza di un'intera vita professionale. In una delle ultime pagine riportava la sua statistica personale: raccontava di aver operato più di 850 fistole! Questo numero straordinario mi rimase impresso nella memoria e molte volte mi tornava alla mente mentre operavo un caso. Chissà – dicevo tra me – se riuscirò mai ad avvicinarmi ad una tale casistica? Non potevo immaginare, a quel tempo, il numero di casi che avrei incontrato, lavorando una vita intera in Africa: certamente le occasioni per operare fistole furono assai di più di quelle che si presentarono al professor Chassar Moir in Europa! Lessi quel libro varie volte, cercando di immergermi nella sua realtà. Suggeriva di operare le pazienti in una posizione inconsueta apparentemente strana, a pancia in giù con le gambe aperte ed i piedi alti, appesi agli appoggia gambe con l'aiuto di fasce per sostenere i ginocchi. Il primo caso che mi si presentò fu nell'ospedale di Aber, dove lavoravo come unico medico. Osservai bene la paziente e mi parve che sarebbe stato possibile tentare di chiudere la fistola.

Ripresi in mano il libro, (padre Ambrosoli me lo aveva regalato come augurio per il mio futuro lavoro) per imprimere bene nella mente i vari passaggi, e poi entrai in sala operatoria. Era la mia prima fistola che operavo da solo, senza la possibilità di avere un aiuto da un collega più esperto. Il primo giorno dopo l'operazione, tolto il tamponamento vaginale, vidi con grande soddisfazione che la paziente non bagnava più il lenzuolo d'urina! Annotai in cartella: «Tolto tamponamento. Non bagna». Anche il giorno dopo il lenzuolo si manteneva asciutto. Ma al terzo giorno rimasi sconcertato: la mia prima fistola bagnava il letto! La sutura ha ceduto, pensai. Ma subito mi tornò alla mente una raccomandazione del padre Ambrosoli: "Non dimenticare mai che il catetere può non funzionare bene, e smettere di drenare l'urina. La vescica si riempie ed il contenuto fa pressione, riuscendo ad insinuarsi tra il catetere e la parete dell'uretra. La prima cosa da fare è cambiare il catetere". Questo ricordo mi rasserenò e, prima di lasciarmi vincere dallo sconforto, chiamai l'infermiera per organizzare il cambiamento del catetere. Svuotai il palloncino che lo tratteneva in vescica e lo sfilai. Quando il nuovo entrò in vescica, subito un flusso d'urina cominciò a scorrere ed entrare nel sacco collettore. Era vero: la vescica era piena e l'urina che bagnava il letto, non potendo più uscire dalla fistola, aveva cercato di forzare la via dell'uretra scivolando al lato del catetere. Che gioia provai! La mia prima fistola stava andando bene. Aspettai con trepidazione che finissero i quattordici giorni previsti per lasciare guarire la sutura della vescica. Non bagnò più il letto. Anche dopo, senza il catetere, il controllo della vescica rimaneva completo. La soddisfazione che provai fu grande e sentii il bisogno di immortalare questa piccola vittoria, facendo una fotografia da conservare per sempre! Il tempo dell'Uganda finì dopo alcuni mesi. Ebbi l'occasione di operare qualche altra paziente e, grazie a Dio, tutte guarirono completamente. Riuscii ad incontrarmi col padre Ambrosoli: desideravo fargli sapere come procedeva l'esperienza delle fistole e, soprattutto, volevo ringraziarlo per avermi introdotto in quel piccolo, ma speciale mondo delle fistole vescico vaginali!

3. Arrivo in Mozambico

Dico subito che il progettato ospedale missionario non si concretizzò. Tuttavia, dopo una sola settimana che ero arrivato, firmai il mio primo contratto col Servizio Nazionale di Salute del Mozambico. Tutto quello che avevo imparato in Uganda si dimostrò subito utile. Fui collocato provvisoriamente nell'ospedale di Quelimane. Due mesi dopo ricevetti la mia prima destinazione, all'ospedale rurale di Mocuba, centro della provincia della Zambesia, *"dove tutte le strade si incrociano e la Zambesia si abbraccia!"*. Così recitava la scritta sul cippo all'entrata della città. Era un ospedale di 120 letti e ne ero l'unico medico. Il lavoro era straordinariamente intenso, dovevo dedicarmi alla chirurgia e alla maternità, alla pediatria e medicina. Le operazioni erano numerose e ben presto cominciai a farmi un'idea delle patologie più frequenti. Molto del lavoro era relazionato con i parti. Facevo molti tagli cesarei, ma solo nei casi estremi. Spesso risolvevo l'ostruzione praticando la sinfisiotomia. È un'operazione semplicissima, che mi aveva insegnato il padre Ambrosoli in Uganda, che si fa con anestesia locale. Consiste nell'incidere la cartilagine della sinfisi del pube, in modo che il diametro del bacino si allarghi di circa un centimetro. Ciò è sufficiente perché la testa del feto possa passare.

Questa semplice operazione, inventata in Argentina dal ginecologo Zarate, esige meno di dieci minuti a farla. La praticai decine di volte a Mocuba e certamente fu la prima misura di prevenzione, escluso il parto cesareo, che misi in opera per contrastare la formazione delle fistole vescico vaginali! Essa può essere eseguita perfino dove non esiste la sala operatoria. Come sempre accade, quando appare qualcuno che sa curare un'infermità, i casi cominciano ad apparire sempre più frequenti. Pian piano la notizia si diffondeva e pazienti con fistola cominciarono ad arrivare all'ospedale di propria iniziativa, senza aspettare di essere trasferiti da qualche infermiere.

4. Nuovi contesti

Accadde però che, dopo neanche due anni, fui trasferito per lavorare nell'ospedale di Songo, il villaggio sorto per ospitare i lavoratori delle imprese costruttrici della grande diga e centrale elettrica di Cahora Bassa. Apparteneva ad un'altra Provincia, quella di Tete e le differenze erano molte. Mentre Mocuba era il centro dove tutte le strade si incrociavano, Songo era situato all'estremità di una strada in salita che non aveva nessun'altra via di accesso o di uscita. La popolazione che viveva nell'altipiano era costituita da poche migliaia di persone, e per di più tutta la zona era recintata e protetta da un servizio di sicurezza. Le prime settimane che vi passai mi fecero sentire quasi inutile e sotto utilizzato. Ero però anche il responsabile sanitario del Distretto e quindi avevo dei doveri di assistenza e di controllo di due altre piccole unità sanitarie: Estima e Marara. Andavo a visitarle tutte le settimane, in un giorno fisso. Ben presto la popolazione dislocata lungo i 150 km del circuito cominciò a notare che tutti i mercoledì passava l'ambulanza dell'ospedale col dottore e due infermieri. In poco tempo si costituirono tre o quattro ambulatori all'aria aperta lungo la strada, in prossimità di qualche grande albero. Ad ogni viaggio riportavo con me, all'ospedale, alcuni malati. Per lo più erano persone che avevano bisogno di essere operate. Tra loro, inevitabilmente, si trovavano alcune portatrici di fistole vescico vaginali. Rimasi a Songo quattro anni ed i viaggi del mercoledì contribuirono a farmi conoscere più da vicino l'ambiente rurale dove la gente viveva, si ammalava, e dove, a volte, i parti si complicavano e davano origine alle fistole vescico vaginali. Al termine di questo periodo rientrai nella Zambesia. Lavoravo nell'ospedale provinciale di Quelimane, molto più grande e con più movimento di quelli di Mocuba e Songo. C'era bisogno di aumentare i rifornimenti del materiale che si consumava e ciò che più mi preoccupava erano i fili di sutura. Per operare le fistole avevo scoperto un filo molto buono, a lento riassorbimento, di fibre ritorte, colorate d'un tenue viola, resistente e molto flessibile. Il suo nome era "Vicryl". Era molto caro e lo Stato lo forniva in quantità minima. Era necessario che mi dessi da fare per trovare qualche amico benefattore che me ne regalasse e spedisse dall'Italia parecchie confezioni. Così pure il moltiplicarsi della casistica rendeva necessario poter disporre di un maggior numero di strumenti chirurgici propri per questa chirurgia. Dovevo avere ferri sufficienti per poter operare fino a tre fistole nello stesso programma operatorio. Il mondo delle fistole vescico vaginali cominciava quindi ad interpellare, per via dei rifornimenti, nuove persone, residenti in vari paesi, mentre il tema di questa chirurgia si diffondeva anche nelle altre province.

5. Le “campagne”

Nel 1987 ricevetti un invito dal Direttore Provinciale di Inhambane il dottor Caetano Pereira: “Dottor Marchesini, sarebbe disposto a venire un mese ad Inhambane per operare qualche decina di pazienti portatrici di fistole vescico vaginali? Questa patologia è molto frequente nella provincia e non abbiamo nessun chirurgo che le operi. Sarebbe un grande aiuto per la nostra popolazione. Se accetta, pensiamo noi a selezionare le pazienti e a concentrarle nell’ospedale provinciale. Potranno rimanere nei giorni antecedenti all’operazione in una casa di attesa. Riserviamo poi un numero di letti sufficienti per consentire l’internamento delle operate.” Accettai l’invito e due o tre mesi più tardi era tutto pronto. Quando arrivai in aereo a Maputo trovai ad aspettarmi un volo militare su un Antonov, dell’Unione Sovietica. Era un aereo da carico. I sedili erano costituiti da una specie di banco lungo le pareti laterali dell’aereo. La parte centrale era riservata per il carico del materiale. Ciò che più ricordo di quel volo è il rumore assordante dei due motori a elica, che ci accompagnò per tutto il viaggio. L’Antonov procedeva lento, oserei dire maestoso, avvolto nel suo rumore. Non mi ricordo che ci fossero finestrini per guardare fuori. Potevo solo starmene seduto, senza parlare, senza idea della velocità del movimento, immerso nella consapevolezza che si trattava di un volo militare, quindi caratterizzato da regole ignote a noi, semplici ospiti civili. Ci mettemmo un’ora buona per coprire i quattrocento chilometri fra Maputo e Inhambane. Quando la porta si aprì e scesi dall’aereo, riconobbi subito, in piedi al margine della pista, la figura sorridente e soddisfatta del dottor Caetano Pereira. Andammo all’ospedale per un sopralluogo al reparto di maternità e di chirurgia e per un saluto alle pazienti. Ci mettemmo d’accordo sull’orario del giorno seguente e quindi il mio collega mi portò alla residenza del vescovo di Inhambane, Dom Alberto, che, gentilmente, aveva accettato di ospitarmi. A distanza di venticinque anni i ricordi sono un po’ sfumati, ma conservo ancora nella memoria l’accoglienza amichevole dei due strumentisti e dei due infermieri anestesisti. Il loro numero ridotto li obbligava a restare di servizio d’urgenza a giorni alternati. Pur così, si dissero molto interessati a prestare la loro opera per questa nuova chirurgia per tutti e cinque i giorni lavorativi di ogni settimana. La mattina dopo, il dottor Pereira ed io, cominciammo ad esaminare le pazienti. Tutte avevano già la cartella aperta, coi loro dati e una piccola storia clinica. Il primo esame sommario lo feci in ambulatorio, con un’esplorazione vaginale. Spiegavo al dottor Pereira i particolari a cui si doveva prestare attenzione e di cui bisognava prendere nota, come la grandezza della fistola, la sua localizzazione nella vagina e così via. Ciò serviva per classificare i vari tipi di fistole e permetteva di farsi un’idea sull’esito della riparazione. Lo stesso giorno ci mettemmo al lavoro ed operammo la prima paziente. Quando si comincia una chirurgia, mai prima praticata in un blocco operatorio, ci sono sempre molte cose da organizzare. Una di queste era, nel nostro caso, trovare il modo migliore per usare i sostegni che servivano per mantenere sollevati gli arti inferiori. Bisognava trovare il posizionamento corretto delle aste e sistemare la paziente nella posizione giusta. Doveva essere tale che permettesse una buona visibilità al chirurgo principale. Bisognava poi tener pronto l’aspiratore, un catetere per drenare l’urina col suo sacco collettore, e disporre sul tavolo i vari ferri speciali. La cosa più curiosa per il personale della sala operatoria fu quella di preparare una capsula con liquido color azzurro scuro ed una grossa siringa. Ciò serviva per controllare, alla fine, se la sutura era riuscita bene: bisognava riempire la vescica di liquido colorato e si doveva attentamente osservare che non ne uscisse neanche una goccia nella vagina.

La prima operazione servì come rodaggio. La mattina seguente fu molto più semplice. Ci fu anche una felice novità: il dottor Igor Vaz, giovane medico che lavorava nell'ospedale di Chicucue, sull'altra sponda della Baia di Inhambane, era riuscito ad attraversare il mare col primo traghetto e ad arrivare in tempo per l'inizio delle operazioni. Era molto interessato ad entrare pure lui nel piccolo mondo chirurgico delle fistole vescico vaginali. Non aveva ancora iniziato la specializzazione in chirurgia, ma operava già abitualmente nel suo ospedale, risolvendo con successo i casi di base e quelli di urgenza. Si instaurò subito tra noi un'amicizia sincera e impegnata, piena di entusiasmo e di dedizione per cercare di risolvere quanti più casi possibili. Il dottor Caetano era riuscito a riunire ventisette pazienti con fistola, provenienti da vari distretti della provincia di Inhambane. Per operarle tutte avevamo a disposizione tre settimane. La casistica non era troppo difficile, e quindi fu possibile permettere ai miei due giovani colleghi di operare come primo chirurgo quasi tutti i giorni. Alla fine risultò che entrambi erano riusciti ad operare sette pazienti ognuno. Un'esperienza così intensa e realizzata con impegno quotidiano durante tre settimane di seguito faceva sperare che fosse sufficiente a dar loro il coraggio per continuare ad operare i casi più semplici anche da soli. Arrivò l'ultimo giorno ed organizzammo un incontro con le pazienti già operate, che restavano in ospedale per completare le due settimane di catetere. Mancavano due o tre giorni alla festa di Natale. Le pazienti erano sedute su panche, lungo le pareti di una sala. Il dottor Caetano informò che io dovevo ritornare a Quelimane e che volevo salutarle prima di partire. Era un ambiente di festa, perché praticamente tutte avevano cessato di perdere urina e si leggeva la soddisfazione nei loro occhi. Passai davanti ad ognuna per dire "ciao" e stringere la mano. Così feci con le prime tre. La quarta, invece, balzò in piedi e mi abbracciò e baciò, con grande effusione. Dopo di lei tutte le altre si alzarono per abbracciarmi e baciarmi. La gioia che ne provai fu grande e la conservo intatta nel cuore fino ad oggi, venticinque anni dopo. I loro baci e abbracci mi confermarono nel proposito di continuare a fare tutto il possibile per ridare di nuovo il sorriso a donne come quelle, che già si consideravano definitivamente emarginate da una sorte crudele.

6. Non si finisce mai d'imparare

Eravamo negli anni della guerra e gli spostamenti erano sempre un po' difficili. Tuttavia succedeva che da una provincia o l'altra mi venisse un invito per trattenermi tre o quattro settimane per operare alcune decine di pazienti che non avevano chi le operasse. Viaggiai così varie volte a Beira, Tete e Pemba. Frattanto il tempo passava: il dottor Igor Vaz concluse la specializzazione in chirurgia, proseguì con quella in Urologia e, dopo alcuni anni, divenne direttore della Urologia dell'Ospedale Centrale di Maputo e docente universitario. Questa carica gli offrì varie occasioni per viaggiare, vedere altre tecniche, conoscere altri colleghi, altre mentalità ed imparare molto. Cominciò ad organizzare nell'ospedale centrale di Maputo dei seminari internazionali di urologia dove la chirurgia delle fistole aveva sempre un posto di rilievo. Anch'io vi partecipai alcune volte ed ebbi la fortuna di imparare nuovi modi di affrontare i problemi. Il più rilevante lo appresi dal dottor Thomas Raassen, un chirurgo olandese residente in Kenya. Facemmo amicizia e cominciò a chiedermi quali tecniche usavo. Gli spiegai che operavo le pazienti in posizione prona, come avevo studiato sul libro di Chassar Moir e come avevo visto fare dal padre Ambrosoli in Uganda.

Rimase piuttosto sorpreso, perché questa posizione era ormai abbandonata in tutto il mondo ed era stata sostituita da quella supina, cosiddetta iperginecologica, che consisteva nel mettere la paziente sdraiata a pancia in su, con le cosce divaricate e piegate sull'addome. Il letto operatorio era poi inclinato nella posizione nota come "trendelemburg", cioè con testa più bassa del bacino. Gli raccontai che avevo trovato descrizioni di tecniche operatorie su vari atlanti, ma che non avevo più letto nessun trattato di chirurgia delle fistole. Ne approfittò per parlarmi del libro "Obstetric Fistula", di Robert Zacharin, un ginecologo australiano che aveva lavorato in numerose occasioni con i coniugi Reg e Catherine Hamlin, considerati i capostipiti della moderna chirurgia delle fistole. Essi avevano aperto negli anni settanta in Etiopia, alle porte di Addis Abeba, un ospedale dedicato solo alle fistole vescico e retto vaginali di origine ostetrica. Si erano ispirati a quello che da tutti era additato come il padre di questa chirurgia, il ginecologo americano James Marion Sims, che nel 1855 aveva fondato a New York "The First Fistula Hospital" (Il Primo Ospedale di Fistole), totalmente dedicato a questa patologia. Quando gli Hamlin decisero, nel 1975, di aprire anche loro in Etiopia, un ospedale totalmente dedicato alle fistole ostetriche, il dottor Reg Hamlin si recò a New York, riuscendo ad ottenere uno dei mattoni del vecchio ospedale del Dottor Sims, che riportò trionfante ad Addis Abeba, per conservarlo come un cimelio carissimo. Dettero al loro ospedale il nome di "The Second Fistula Hospital", per sottolineare l'ideale continuità col filone originario. Vi si operava una media di 700 pazienti all'anno e ben presto si costituì spontaneamente una scuola dove si cominciarono ad accogliere chirurghi di tutto il mondo. La scuola continua ancora oggi, dopo la morte di Reg ed il ritiro di Catherine, ultraottuagenaria, dalla chirurgia attiva. Quando tornai a Quelimane, iniziai ad usare anch'io la posizione iperginecologica e conclusi che era infinitamente migliore che quella a pancia in giù. Comprai il libro "Obstetric fistula" e lo studiai con passione e grande interesse. Potei anche imparare nuovi particolari della tecnica, che mi aiutarono a migliorare i risultati. Durante un successivo incontro internazionale incontrai di nuovo il dottor Tom Raassen e ne approfittai per ringraziarlo. In quell'occasione fu offerto a tutti i partecipanti il libro di un chirurgo olandese, Kees Waaldijk, che da molti anni si dedicava esclusivamente ad operare fistole ostetriche. Aveva un ospedaletto rurale nel Nord Nigeria nello stato di Katsina. A partire dal 1984 si era dedicato a questa chirurgia ed aveva raccolto un'infinità di dati. In dieci anni aveva operato circa cinquemila pazienti e nel 1994 era stato in grado di pubblicare la sua esperienza nel libro "Chirurgia delle fistole vescicovaginali, passo per passo", ricco di foto e di insegnamenti pratici. Presentava anche una sua nuova classificazione delle fistole. La proponeva come strumento di riferimento per confrontare tecniche e comparare risultati di questa chirurgia in diverse parti del mondo.

7. Non basta riparare fistole: bisogna insegnare come si fa

A Quelimane le pazienti con fistole arrivavano con flusso continuo, una o due o tre alla settimana. Venivano per la maggior parte dalle zone rurali della provincia della Zambesia. Ogni tanto ne arrivavano una o due da altre provincie: il che significava, da oltre 400 km di distanza. **Mi resi** conto che da solo non sarei mai riuscito a fare qualcosa in grado di incidere sul problema epidemiologico nel suo complesso. Le statistiche dicono che nei paesi poveri, con rete sanitaria insufficiente, ogni mille parti ce ne sono due che si complicano con una fistola.

Calcolando che in Mozambico avvengono circa un milione di parti all'anno, le nuove fistole dovrebbero essere circa duemila, sparse su tutto il territorio nazionale, cioè duecento in ognuna delle dieci provincie, con variazioni in base al numero di abitanti. L'esperienza delle campagne di fistole dimostrò che bisognava andare incontro alle pazienti, senza pretendere che viaggiassero per centinaia o migliaia di chilometri. Dopo Inhambane fui sollecitato di tanto in tanto, come già dissi, ad andare in altri ospedali provinciali per operare qualche decina di pazienti. Andai così a Beira, Tete e Pemba, varie volte. Da parte dei chirurghi di questi ospedali non trovavo però molto interesse ad imparare, mentre la cosa più importante avrebbe dovuto essere proprio quella di insegnare a quante più persone possibile. Bisognava trovare chirurghi che fossero interessati ad apprendere. Il cammino fu progressivo. Il primo passo lo feci a Beira, una decina di anni fa. Dopo la prima campagna, in cui operai da solo una quindicina di pazienti in un settimana, vidi che non si poteva continuare così. Ne parlai col direttore, il dottor Josefo Ferro, che si mostrò sensibile al problema. Gli suggerii di scegliere, per la prossima volta, un chirurgo periferico, collocato in un distretto, per venire ad aiutarmi ed imparare con me. Ero convinto che nei distretti sarebbe stato più facile trovare chirurghi motivati, perché era nella periferia che si formavano le fistole ed era nelle più remote zone rurali che le pazienti abitavano. Ci volevano colleghi che vivessero e operassero in quell'ambiente. Detto e fatto. La volta seguente il dottor Ferro mi presentò il chirurgo distrettuale di Nhamatanda, distante cento chilometri da Beira. Era il dottor Caetano Dias. Ne fui contento, perché ci eravamo già conosciuti anni prima in una campagna a Tete. Egli mostrò grande interesse e molta abilità chirurgica. Operammo insieme una quindicina di pazienti e fu in quella settimana che il dottor Dias rimase conquistato dal mondo delle fistole. Entrando in contatto con queste pazienti si rese conto che non era solo questione di imparare una tecnica. C'era bisogno di andarle a cercare nelle zone rurali, di far loro sapere che era possibile guarire con una operazione. Le donne che soffrono di questa complicazione rimangono, infatti, emarginate, perché il perdere continuamente urina, giorno e notte, non lascia loro tregua. Cercano di combattere, usando panni per assorbire l'urina che sgocciola tra le gambe. Nonostante questa cura di sé, è facile emettere un cattivo odore, che impedisce la convivenza civile. Vivono appartate, rassegnate sotto il peso di una convinzione ancestrale, vecchia come il mondo, che questa infermità non è guaribile. Nei mesi che seguirono, il dottor Dias si diede da fare: sensibilizzò le ostetriche dei centri sanitari rurali, parlò con le autorità tradizionali, che facevano da intermediari tra gli Amministratori dei distretti e la popolazione civile di un dato territorio nel raggio di alcuni chilometri. Anche le radio a FM dei distretti nelle emissioni in lingua locale contribuirono a far circolare l'informazione. La volta seguente portò con sé quasi una ventina di donne, che poteva veramente definire come "sue" pazienti. Mi aspettava una seconda bella notizia: era arrivato la sera prima, da Chimoio, capitale della vicina provincia di Manica, distante circa 250 km, il dottor Armando Melo, giovane ginecologo mozambicano, direttore dell'ospedale di quella capitale provinciale. Aveva saputo che a Beira c'erano campagne di fistole ogni sei mesi ed era venuto spontaneamente, mosso dal desiderio di entrare da protagonista per contribuire a risolvere il problema di queste pazienti emarginate. Diventammo subito amici tutti e tre, molto motivati, pieni di interesse a moltiplicare le abilità chirurgiche di ciascuno di noi, attraverso la pratica, vorrei dire appassionata, di operare tutti i giorni da lunedì a sabato, quante più pazienti possibili, durante circa dieci ore di lavoro quotidiano.

Ci rendevamo conto che, una volta interiorizzati i principi di questa chirurgia, il progresso nell'abilità chirurgica dipendeva da quanti più casi si potessero operare e quanto più differenziati fossero nelle loro caratteristiche. Il dottor Melo ci invitò per realizzare la campagna seguente nel suo ospedale di Chimoio. Fu un'esperienza molto positiva, sia per conoscere altre strutture ed altri colleghi, sia per divulgare la realtà di questa patologia, per tanto tempo trascurata dalla medicina ufficiale, nell'ambiente di un'altra provincia. Essendo ormai in tre capaci di riparare fistole, pensammo che potevamo allargare il numero dei chirurghi. Scrivemmo un memorandum per il Ministro della sanità, il dottor Ivo Garrido, e glielo mandammo, perché ne avesse conoscenza e l'approvasse. La risposta non si fece attendere e per la volta seguente ci trovammo in sei a Beira. Si erano aggiunti i chirurghi dei distretti di Búzi, di Vila Catandica e di Tete, appartenenti rispettivamente alle province di Sofala (capitale Beira), di Manica, (capitale Chimoio) e di Tete. Si unì a noi anche il dottor Miranda, direttore del servizio di chirurgia dell'ospedale centrale di Beira. Le abilità chirurgiche si diffondevano nel Paese e così pure la consapevolezza e l'impegno di ricercare e condurre a Beira le pazienti delle zone rurali più distanti. La notizia di queste campagne di insegnamento giunse anche a Nampula. Il direttore della chirurgia di quell'ospedale provinciale, dottor Bernardo Leite, mi invitò ad andare da loro ed un po' alla volta si cominciò anche in quella provincia molto popolosa del Nord, a fare campagne regolari di riparazione e di insegnamento. Rimaneva la Zambesia, la mia provincia: era diventata la più trascurata quanto all'insegnamento! Cercai di rimediare, andando personalmente nei due distretti principali di Mocuba e di Gurúè ed operando con ciascuno dei due chirurghi locali una quindicina di pazienti in una maratona di sei giorni consecutivi iniziando alla mattina e finendo alla sera dopo il tramonto. Quest'esperienza che etichettai di "un distretto, un insegnante, un alunno" ebbe ai miei occhi un grande esito. Ciò che un unico alunno riusciva ad apprendere era sensibilmente di più di quanto imparava con gli insegnamenti collegiali, impartiti durante le campagne di Beira e di Nampula.

8. Non tutti gli operatori di fistole sono chirurghi

Con l'aumentare del numero delle campagne e con il reclutare nuovi chirurghi, diventava sempre più importante il problema dei rifornimenti dalle retrovie. Si operavano alcune centinaia di pazienti all'anno ed i chirurghi in formazione erano ormai circa due decine. La nostra finalità era di insegnare nel modo più sicuro possibile, e di incoraggiare i colleghi che cominciavano ad essere abbastanza abili, ad operare da soli i casi più semplici nei loro distretti periferici. Si fa presto a dirlo a parole, ma bisogna attrezzare i nuovi chirurghi con gli strumenti, che, come ho già avuto modo di accennare, sono propri per questa chirurgia. Occorrono, per esempio, varie qualità di divaricatori vaginali, un tipo di porta aghi curvo, una sonda metallica da usare per l'uretra, una pinza speciale, sottile e dalla punta fine, che noi, chirurghi di fistole, abbiamo battezzato col grazioso diminutivo di "Joaninha", che corrisponde più o meno all'italiano "Giannina", e così via. L'insieme di un gruppo di ferri propri si chiama, in gergo chirurgico, "kit". Ora, ad ogni nuovo chirurgo autorizzato a operare da solo nel suo distretto i casi più semplici, era necessario offrire uno di questi kit.



Kit per operare fistole vescico vaginali

In Mozambico non si potevano reperire. Era necessario ricorrere ad amici e benefattori in Italia. Il primo cerchio era formato dalle persone, che avevano il compito principale di coordinare: stendere la lista delle cose richieste, telefonare ai vari rivenditori, anch'essi diventati col passar del tempo, membri della squadra delle fistole. Persone gentilissime che si impegnavano non solo a cercare sulla piazza internazionale i vari produttori da cui poter acquistare questo o quello strumento, ma anche a fornirli al prezzo di costo, senza margini di guadagno per loro. E come non ricordare con gratitudine lo stuolo di benefattori che contribuivano con le loro offerte a riunire i fondi necessari per l'acquisto e la spedizione? Il materiale acquistato doveva poi essere confezionato in pacchetti postali da 2 kg. Perché proprio da due chili? Beh, il primo motivo è perché le poste accettano solo pacchi fino a due chili, oppure fino a cinque o fino a dieci. Il secondo è perché quelli fino a due chili sono esenti dalla dogana e quindi le pratiche per il loro ritiro in Mozambico sono abbastanza semplificate. Varie persone amiche hanno collaborato in questi anni a procurare i cartoni per i pacchi, a confezionarli, incartarli e legarli. Tutto questo lavoro lo si doveva fare, e con assai maggior frequenza, anche per i fili di sutura di vicryl e per i cateteri vescicali, sempre insufficienti in Mozambico. Senza la collaborazione volontaria e sorridente di tutte queste persone, non si sarebbero potute realizzare le campagne, né distribuire i kit ai nuovi chirurghi di fistole. Penso quindi che a pieno titolo tutte loro possano entrare a far parte della squadra dei chirurghi di fistole del Mozambico!

9. Pazienti, non solo casi clinici

Voglio cominciare con un caso vero, che mi capitò negli anni immediatamente seguenti alla fine della guerra. Mi trovavo a Mocuba per sostituire il chirurgo locale e decisi di andare a visitare l'ospedaletto di Mugeba a una quarantina di chilometri di strada sconnessa. Alcuni chilometri prima di Mugeba vedo fermo sul ciglio della strada un gruppetto di persone: una giovane donna seduta su una pietra, sfinita, una donna più anziana con in braccio un neonato ed un uomo. Mi fermo per chiedere se avevano bisogno di qualche aiuto. Mi rispondono che la giovane mamma aveva dato alla luce quella notte il bambino che era in collo alla nonna. La placenta non era uscita e quindi stavano andando a piedi, piano piano, in compagnia del marito, verso l'ospedaletto di Mugeba per avere soccorso. Li faccio salire in macchina e li porto con me. Era di domenica e trovo solo la suora infermiera, che viveva nella missione a lato, ed una inserviente di turno. Mi faccio accompagnare alla sala da parto e metto il grembiule di tela cerata, poi infilo i guanti sterili per estrarre manualmente la placenta. Per fortuna esce senza difficoltà, ma mi imbratto di sangue fino al gomito. Mi lavo su un catino in cui la suora versa l'acqua sugli avambracci con una specie di boccale di plastica. Mi dice che ha un caso molto complicato in attesa di soluzione e mi chiede di vederlo. Mi mostra una donna sdraiata su una stuoia, arrivata in mattinata, dopo alcune ore di cammino, portata a spalla da alcuni uomini della famiglia, su una barella fatta di rami d'albero. Le testa del feto è ferma nella vulva, e se ne vedono i capelli spuntare tra le piccole labbra. Chiedo lo stetoscopio per sentire il battito cardiaco fetale. È molto lento, ma è ancora presente. Portarla a Mocuba per il cesareo è ormai troppo tardi. L'unica soluzione possibile è fare una sinfisiotomia. Chiedo se esiste un bisturi. Mi dice che è rimasta solo una lama di bisturi nella bustina sterile e di manici non ce n'è nessuno. Mi faccio portare una siringa usa e getta e inietto lidocaina nella regione del pube, per fare anestesia locale. Tenendo la lama fra due dita e guidandomi con l'indice della mano sinistra infilata in vagina, incido la pelle e poi approfondisco fino a tagliare la cartilagine della sinfisi pubica. Sento il bacino aprirsi leggermente e quel centimetro di diametro guadagnato è sufficiente perché la testa passi ed in meno di cinque minuti il feto esce fuori. Non respira, ma è vivo. Lo adagio su un tavolino e con una garza fra le mie labbra e le sue, inizio la respirazione bocca a bocca. E ogni tre respiri mi fermo per fare il massaggio cardiaco. Vado avanti così più di mezz'ora. Ausculto il cuore appoggiando l'orecchio sul torace. Si sente un battito ogni tanto. Continuo ancora un po', ma poi devo darmi per vinto. Il feto non recupera. Ritorno alla donna. Faccio uscire la placenta massaggiando il fondo dell'utero e poi faccio un tocco vaginale. I tessuti sono in grave sofferenza e semidistrutti. Non si può fare altro che aspettare. Appena il tessuto necrosato cadrà, si formerà una fistola vescico vaginale ... Di storie simili ne ho ascoltate molte, ma solo riferite: "sono cominciati i dolori, e sono venute le parenti che vivevano lì attorno a fare forza sulla pancia, ma niente! Alla fine si prende la decisione di andare alla maternità del Centro sanitario della zona, distante alcuni chilometri. Un vero calvario, coi dolori sempre più forti. A volte la partoriente è caricata su una bicicletta, condotta a mano, mentre qualcuno la sostiene e cerca di farle coraggio. Alla maternità l'infermiera di salute materno infantile la esamina e si rende conto che la testa non passa. Bisogna portarla all'ospedale con blocco operatorio per fare il taglio cesareo. L'ospedale è troppo distante. Ci vuole una macchina. Si cerca di telefonare e far venire l'ambulanza.

Altre volte nessuno ha un telefono e si va sulla strada per chiedere un passaggio a qualche macchina che transiti da lì. Alla fine si arriva all'ospedale e il chirurgo residente fa il taglio cesareo". Il feto molto spesso è già morto. Se l'utero è rotto, il cesareo si deve trasformare in un'isterectomia. Spesso l'utero è intero, ma può accadere che la chirurgia praticata in quell'utero con la cavità già infettata dopo tante ore con le membrane rotte, apra la porta, attraverso la ferita, per far penetrare i germi nello spessore dell'organo, provocando una sepsi. Un giorno o due dopo si rende evidente una peritonite ed è necessaria una laparotomia d'urgenza per togliere l'utero infettato. Quando vissi l'episodio di Mugeba, raccontato sopra, con la storia delle due donne accomunate dal dramma imprevisto delle complicazioni del parto, mi vidi interpellato in prima persona, vedendo coi miei occhi, sentendo con le mie orecchie, toccando con le mie mani. Come è differente la realtà sentita dal di fuori nelle parole di un racconto e vissuta dal di dentro, prendendovi parte come attore! Vorrei pure raccontare un altro aspetto, complementare, che fa parte anch'esso del mondo interiore vissuto da queste donne, meno drammatico forse, ma pur sempre in qualche modo fonte di sofferenza. Parto da un caso concreto. Ero andato a Pebane, insieme ad un gruppetto di colleghi, per vedere a che punto erano i lavori di preparazione di un piccolo blocco operatorio nel Centro di salute di quel distretto così fuori mano, sulla costa dell'Oceano Indiano. Distava trecento chilometri sia da Mocuba che da Quelimane, entrambe a sud, ed era il punto di confluenza di tutti i casi di complicazioni ostetriche di un'immensa area che si estendeva per altri duecento chilometri verso nord, per terminare sulle sponde del grande fiume Ligonha, sprovvisto di ponti. Stavamo per salire in macchina, quando sento gridare il mio nome da una donna appena scesa dalla bicicletta del fratello, che ci correva incontro, agitando le mani. Era una giovane paziente di fistola ostetrica che avevo osservato a Quelimane ed avevo programmato di operarla più o meno in quei giorni. Aveva saputo che ero a Pebane e veniva per concordare meglio la data del suo ricovero. Le dissi di venire nella settimana seguente. Rimase contenta e per ringraziarmi mi baciò quando le diedi la mano per salutarla. Il giorno dopo partimmo per Quelimane e nel viaggio l'ambulanza capotò. Rimasi vivo per miracolo, e dovetti sottomettermi a cure e riabilitazione per circa nove mesi. Quella paziente, che chiamerò col nome di Jolita, fece di fatto trecento chilometri la settimana dopo. Ma non mi trovò a Quelimane. Dovette ritornarsene triste a Pebane e restarvi per aspettarmi, finché fossi guarito. Riapparve quasi un anno dopo, quando si sparse al notizia che ero ritornato. Si mise a raccogliere di nuovo i soldi per potersi pagare una seconda volta il biglietto e finalmente un giorno si presentò all'ospedale per essere operata. Fu operata ed a Quelimane conobbe un inserviente che se ne innamorò e poco dopo si sposarono. Due anni dopo diede alla luce un bel bambino, naturalmente con un taglio cesareo. C'è qualcosa di doloroso in tante vicende di questo tipo. Quando la paziente passa dalla rassegnazione di appartenere ad una condizione di emarginazione e di umiliazione senza uscite, alla conoscenza che invece è possibile essere operata e guarire, la speranza torna a brillare nella vita e si concentra nell'attesa gioiosa della data stabilita per l'operazione. Finalmente arriva il giorno e quando ormai sembrava tutto giunto alla fine, sorge una complicazione che obbliga ad un rinvio verso una data futura avvolta nell'incertezza. Queste pazienti sono donne straordinarie, che la lunga sofferenza ha abituato alla sopportazione, che l'emarginazione ha consolidato in una posizione di umiltà e di assenza di diritti nella società. Sanno sopportare con grande forza d'animo i rinvii e le modifiche ai programmi. Lo abbiamo potuto constatare tante volte negli anni delle nostre campagne.

Esse giungono all'ospedale spesso in numero superiore a quello che noi possiamo operare, anche dopo aver cominciato a fare campagne della durata di due settimane. Facciamo gli esami per la classificazione, controlliamo che non ci siano impedimenti di salute per l'anestesia e l'operazione, poi compiliamo una lista coi giorni. Quasi sempre riusciamo ad operare tutte quelle che sono presenti nel primo giorno. Ma gli arrivi continuano per tutta la durata della campagna. Alcune si riescono ad aggiungere, ma non è possibile soddisfare tutte. Dobbiamo radunare le ultime e spiegare loro che non riusciremo ad operarle. Dovranno ritornare a casa, a volte lontana oltre cento chilometri e ripresentarsi da lì a sei mesi, per la prossima campagna. Molte, è vero, piangono per lo sconforto e la disillusione. Ma piangono silenziosamente, senza lamentarsi con noi e senza insistere. Raccolgono in silenzio le loro cose e se ne vanno verso casa. Ma non desisteranno. Le sostiene la speranza che la volta seguente saranno operate.

La loro umiltà e la loro forza d'animo sono per noi la miglior lezione che possiamo ricevere

10. Nasce il Programma Nazionale

Anche a livello mondiale le cose stanno evolvendo. La patologia delle fistole ostetriche è uscita dalla lista delle malattie dimenticate, per entrare in quella delle patologie privilegiate dagli obiettivi del terzo millennio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. I vari Governi del mondo, soprattutto della fascia tropicale, sono stati sollecitati a dare importanza nei loro programmi a questa realtà finora considerata marginale, ma che affliggeva milioni di persone e di famiglie. Era urgente che si elaborassero piani e programmi per affrontare con decisione tutti gli aspetti, vale a dire prevenzione, trattamento, reintegrazione e riabilitazione sociale delle operate. Sono stati pubblicati vari principi guida per ognuno degli aspetti. Si è cominciato a realizzare incontri internazionali di specialisti per far crescere la coscienza ed incoraggiare le iniziative. Anche il Mozambico ha aderito all'invito e si è impegnato, nel consesso mondiale, a redigere una sua propria strategia. In questo contesto è sorto il Programma Nazionale delle fistole ostetriche. Il dottor Melo ne è stato nominato direttore ed il dottor Igor Vaz supervisore. Col passaggio da nucleo chirurgico spontaneo a Programma Nazionale, ogni campagna è diventata un evento che emana direttamente dal Gabinetto del Ministro.

11. Chirurgie diversificate

Le modalità con cui una fistola si può presentare sono abbastanza diversificate. Per ogni varietà ci sono modi differenti per ripararle. Si va dai casi semplicissimi fino a casi di difficoltà estrema, che esigono frequentemente tre ore o più di attento lavoro. Alcune varietà non si riescono ad operare per via vaginale. Si rende necessaria una laparotomia, cioè una chirurgia a "pancia aperta". I casi più complessi li operiamo nelle campagne provinciali, aiutati dagli alunni, per far loro vedere le esigenze avanzate di una chirurgia molto speciale. Tali casi, però, non si lasciano operare nei distretti e vengono inviati ai chirurghi più esperti. Bisogna sapere che purtroppo esistono anche casi inoperabili, che presentano una distruzione quasi completa della vescica o una retrazione cicatriziale totale che lascia un'apertura vaginale grande come la punta d'una matita.

Che fare allora? Una soluzione esisterebbe: quella adottata quando si deve togliere la vescica per completo, a causa di un tumore maligno. Si recidono gli ureteri e li si infilano nel tratto terminale dell'intestino. La continenza viene assicurata dallo sfintere anale, che normalmente trattiene l'urina con facilità. È, come si può comprendere facilmente, un estremo rimedio. In presenza di casi di cancro non ci sono esitazioni. È l'unica alternativa per poter vivere. Ma per le donne con fistole, sorgono dubbi. La deviazione degli ureteri nell'intestino porta con sé rischi reali di un'infezione ascendente: i germi presenti nelle feci possono risalire lungo gli ureteri e provocare gravi infezioni ai reni, con serio pericolo di morte. Se questa complicazione si presenta in una donna che può con facilità ricorrere ad un ospedale sufficientemente attrezzato, il rischio è minore: forti antibiotici alle dosi giuste, riescono a controllare il pericolo. Non è, purtroppo, così per molte delle pazienti con fistole. Esse vivono per lo più in aree rurali remote, di difficile accesso, senza ospedali sufficientemente attrezzati nelle vicinanze. In più si deve considerare il livello d'istruzione di queste pazienti, che nella maggioranza dei casi sono analfabete e poverissime. Che fare dunque? È un dilemma serio. In vari contesti chirurgici africani si è scelto così: meglio continuare a perdere urina, con una speranza di vita di durata normale, piuttosto che vivere senza bagnarsi, ma col pericolo reale di vivere parecchi anni meno della media. Noi ne abbiamo operate parecchie negli anni passati, ma dobbiamo dire che solo di pochissime abbiamo avuto notizie. La nostra posizione si è fatta ultimamente più prudente dopo incontri internazionali in cui si è sollevato il problema. Siamo alla ricerca di statistiche postoperatorie di diverse parti del mondo, per poter avere un po' più di luce per decidere, specialmente nei casi in cui le pazienti insistono per deviare l'urina.

12. Conclusione

È un problema di coscienza che aggiunge drammaticità ulteriore alla situazione di queste pazienti sfortunate. Un motivo in più per guardare con simpatia e prossimità queste donne coraggiose e così provate. Per fortuna tali casi complicati sono in percentuale ridotta, meno di un caso su dieci, nella nostra esperienza. La loro esistenza rende più toccante il panorama delle fistole ostetriche e rinforza ancora di più la decisione di aiutarle con tutte le forze. Soprattutto, però, porta a sottolineare che la cosa più importante è la prevenzione. Bisogna riuscire a fare in modo che le fistole non si formino! La soluzione finale può essere solo questa, come già avviene nei paesi con sistemi sanitari pienamente sviluppati. Nel frattempo, mentre si lotta per arrivare lì, continueremo ad impegnarci per dare dignità e sorriso a queste donne straordinarie: pazienti con fistole, amiche care!

Quelimane, 18 febbraio 2013

Aldo