

La mia esperienza in Uganda: *Apwoyo matek!* (grazie mille!)



Andrea Smarrazzo

Dipartimento di Scienze Mediche Traslazionali, Sezione di Pediatria, Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Come tanti miei colleghi, ho iniziato il mio percorso di studi in Medicina tra tanti ideali e buoni propositi, tra cui l'idea che, un giorno, sarei andato in Africa. E ad ogni esame, ad ogni libro, questo pensiero si rafforzava, avendo sempre nella testa quelle immagini che venivano dai media e dalle testimonianze di alcuni professori o volontari di ritorno da quelle terre.

Però bisogna studiare, ci sono gli esami, i tirocini, i corsi, la tesi, il concorso di specializzazione che ti assorbono; quel sogno va in un cassetto, da aprire quando sarà il momento giusto. Cambiano tante cose nel corso dei lunghi anni di medicina, ma il tuo obiettivo è sempre quello, e forse anche questo ti spinge a lavorare con un professore che conosce quel mondo e che può aiutarti a realizzare il tuo sogno. Così, quando poi sei ormai in specializzazione, hai accumulato qualche anno di esperienza e ti senti pronto, capisci che è arrivato il momento da non lasciarsi scappare. Documenti, burocrazia, vaccinazioni, passaporto, assicurazioni, discussioni con amici e parenti (la maggioranza dei quali è, ovviamente, in ansia per questa tua scelta: "con tutto quello che si sente!, e se ti succede qualcosa?"), ma alla fine la tua forza di volontà è più forte: Uganda, 6 mesi, da solo.

L'Uganda

Impossibile dormire durante le tante ore di viaggio. Il diario di viaggio si riempie di tensioni, paure, emozioni e, una volta atterrato, immagini ricche di contraddizioni. L'Uganda è tra i Paesi più poveri al mondo, la memoria della guerra e dell'epidemia di Ebola è ancora fresca. In effetti, i segni di questo passato si vedono benissimo. Con un Land Rover (il tipo di macchina più diffuso, considerate le condizioni dell'asfalto) arriviamo a Kampala, passando per strade polverose piene di traffico e di buche, dove i palazzi del centro sono circondati da zone in cui i mercati e le baracche dominano il panorama. L'elemento più caratteristico delle strade ugandesi sono, però, i Boda-Boda, motociclette che sfrecciano senza regola tra macchine e passanti (in swahili "Boda" sarebbe il confine, e queste moto vengono usate per spostarsi da un confine all'altro!). C'è da dire, però, che queste motociclette, oltre ad essere il principale mezzo di trasporto, sono anche la principale causa di incidenti stradali e, conseguentemente, la principale causa di morte nel Paese.

Quando poi si parte alla volta di Gulu, cittadina in crescita nel nord Uganda, dove la

guerra e l'Ebola hanno colpito più duro, il paesaggio cambia: una strada dritta, che più dritta non si può, attraversa paesaggi verdi e paludi; ogni tanto si passa attraverso qualche villaggio, fatto di baracche di mattoni e lamiera oppure di capanne di paglia ma, incredibile, tutte con il mini-pannello solare per ricaricare i telefoni. Non fai in tempo ad accostare per riposarti che la macchina viene assalita da venditori di soda, spiedini di carne, frutta, giornali che, al confronto, i venditori ambulanti dei mercatini di Napoli ti sembrano dei dilettoni. Ma quello che più colpisce è vedere l'enorme quantità di persone di ogni età (tantissimi bambini, anche soli) che camminano lungo queste strade, percorrendo chilometri a piedi (i più fortunati in bicicletta, quelli meno fortunati a piedi scalzi) per portare cibo o taniche gialle e luride usate per l'acqua; e questo avviene a qualunque ora del giorno e della notte, con qualunque clima e senza preoccuparsi delle auto e dei camion che sfrecciano lungo la via.

Dopo 336 chilometri e 6 ore di viaggio, dopo aver attraversato il ponte che passa sul Nilo, strade invase dai babbuini e aree di allerta per "pericolo attraversamento elefanti" si arriva finalmente in ospedale,



Figura 1. Tentativi di "corruzione" in reparto.



Figura 2. Famiglia nei giardini dell'ospedale.



Figura 3. Non si è mai troppo piccoli per dare una mano.



Figura 4. Potere della carta e della penna.

il Saint Mary's Hospital Lacor. Fondato nel 1959 dai missionari comboniani e gestito dal pediatra italiano Piero Corti e dalla chirurga canadese Lucille Teasdale, questo ospedale (non a scopo di lucro) è stato, ed è tutt'ora, un'oasi, un rifugio per la popolazione locale, in particolare per la tribù Acholi, martoriata durante la guerra civile dall'esercito ribelle e dalle numerose epidemie (l'ultima di Ebola nel 2000). L'obiettivo, dichiarato, dell'ospedale è prendersi cura di chiunque, indipendentemente da religione, colore della pelle o ideale politico, nel miglior modo possibile. I costi per i pazienti sono decisamente più contenuti rispetto ad altre strutture, anche pubbliche, della regione; basti pensare che il prezzo per una visita pediatrica oscilla tra i 2000 e i 5000 scellini ugandesi (da circa 0,25 a 1,25 €) e che i ricoveri per le patologie oncologiche pediatriche sono gratuite.

Mi aspettavo di trovare tende e capanne nella terra battuta, in mezzo al nulla, con pochi presidi e strumenti improvvisati; e invece ecco un ospedale vero e proprio, con i suoi reparti, le sale operatorie, un laboratorio, la radiologia, le sale parto, gli ambulatori...

Mi lanciai quindi a testa bassa nel Children's ward, dove trovo un reparto affollato con oltre 200 bambini (fino a 5 anni, oltre sono trattati come adulti), insieme alle relative famiglie, affidati a 2 pediatri, 5 "interns" (equivalenti ai nostri colleghi laureati che fanno i tirocini prima dell'esame di Stato) e 4-5 infermieri; proporzioni decisamente diverse dai nostri reparti.

Le vere sfide

Le prime difficoltà non tardano a farsi notare: più di un bambino sullo stesso letto, condizioni igieniche conseguentemente compromesse, ossigenoterapia affidata a dei concentratori più vecchi di me, prelievi fatti con le agocannule lasciando cadere le gocce di sangue nelle provette, pochissime indagini disponibili (emocromo, test per la malaria e radiografie; più difficili ecografie, funzione renale, elettroliti, enzimi epatici, esami microbiologici; decisamente rari o mai visti VES, altra biochimica, doppler, coagulazione, ormoni e altre indagini più specialistiche). Fin qui sembrano solo difficoltà organizzative, e da medico occidentale che viene da un Paese ricco ti senti in diritto e in dovere di criticare e dare suggerimenti, come se fossi il "Deus ex machina" appena sceso dall'aereo arrivato per fare l'eroe... ed è a quel punto che ti scontri con quella che è la vera realtà.

Se in quasi 7 anni di esperienza (tra internato e specializzazione), tra ospedali di rilievo nazionale e policlinici di 3° livello, ho avuto modo di vedere alcune situazioni molto complicate, ma fortunatamente ben pochi decessi (in casi estremi, cronici e molto gravi), in soli sei mesi il risultato è stato decisamente diverso: il primo decesso (uno shock settico), già il primo giorno, di un bambino che prima di questo episodio era altrimenti sano; e purtroppo la media difficilmente andava sotto 1-2 decessi al giorno, con picchi tristemente alti soprattutto nel weekend, quando la disponibilità di personale e di strumenti era ancora più limitata. E non c'è tirocin-

ario o corso di laurea o esame delle università occidentali che ti possa preparare psicologicamente a tutto questo, a vedere così tanti bambini in distress respiratorio e così poca disponibilità di ossigeno, così tanti anemici severi (Hb anche di 1.5-2 g/dl, tanto da andare in scompenso cardiaco) e così poco sangue a disposizione, povertà estrema, malnutrizione severa, un tasso di HIV altissimo (circa il 6-7% della popolazione), disidratazioni che da noi si leggono solo sui libri. E, ovviamente, oltre che a vedere e tollerare tanta sofferenza, nessun esame ci preparerà mai a sopportare la morte, soprattutto quando è così frequente, così evitabile (basterebbe non trovarsi nel terzo mondo) e allo stesso tempo così inevitabile: non credo che riuscirò mai a togliermi dalla testa i volti dei bambini che attendono, purtroppo senza speranza, che arrivi la sacca di sangue, o la sensazione provata nel riuscire a rianimare un bambino e nel doverlo poi lasciare andare perché non hai la possibilità di ventilarlo all'infinito. E la cosa più incredibile è proprio il rapporto con la morte, a cui questa gente è tanto abituata (non è raro trovare madri, neanche trentenni, con solo 4 figli vivi su dodici partoriti) che di fronte a una perdita in reparto non fanno altro che raccogliere le loro cose, avvolgere il corpo in un panno e uscire. Non dimenticherò mai lo sguardo di una donna che una notte, guardandomi stremato e sudato dopo oltre 45 minuti di tentativi infruttuosi di rianimazione di un piccolo, mi disse ridendo "he's dead", come a dire "ti sei spinto anche troppo, era meglio se ti arrendevi prima".

Una delle cause principali dell'altissima mortalità risiede nel fatto che, causa povertà e scarsità dei mezzi di trasporto (molti devono aspettare che arrivi un Boda-Boda, a pagamento, che li porti in ospedale), spesso i pazienti attendono l'ultimo momento per andare in ospedale, magari dopo aver ricevuto una qualche forma di terapia da sciamani, stregoni e medici tradizionali che risiedono nei villaggi; il risultato è che, nella gran parte dei casi, quando arrivano in ospedale è già tardi, e questo vale per i pazienti con sepsi, per i neonati con ittero, per le donne che devono partorire, per i traumatizzati, per gli ustionati.

Tristi esempi sono le tante donne che partoriscono nei villaggi, nelle capanne, senza assistenza medica invece di arrivare in ospedale, spesso lontano chilometri dalle loro case. Oppure il caso di una madre che aveva portato il suo neonatino di 3 giorni da un guaritore del villaggio perché aveva febbre e lo vedeva itterico e questo "sedicente guaritore" aveva fatto diagnosi

di febbre gialla intimando alla madre di mantenere il piccolo chiuso in casa; solo dopo una settimana, quando il piccolo ha iniziato a convulsivare, la madre si è decisa a portare il figlio in ospedale, dove non abbiamo potuto far altro che confermare la sepsi meningococcica, iniziare gli antibiotici e la fototerapia e fare un counselling con la madre riguardo alle conseguenze del kernicterus.

Un altro ostacolo per un medico occidentale in una situazione simile, oltre alle differenze nei protocolli e nelle linee guida, risiede nella comunicazione. Sebbene sulla carta l'Uganda sia un Paese anglofono, in realtà solo una minoranza delle persone parla inglese e ogni tribù ha la sua rispettiva lingua, diversa l'una dall'altra, al punto da non capirsi tra una tribù e l'altra. Mi ci sono voluti circa 2 mesi per iniziare a masticare un po' di lingua Acholi, ma non sono mai riuscito ad essere indipendente nella raccolta di un'anamnesi, necessitando sempre di un interprete a supporto. Va da sé che, in situazioni di emergenza, questo dettaglio diventa un ostacolo notevole, che rallenta enormemente la capacità di agire (come in tutti i casi di intossicazione o come quella volta che un padre portò la figlia che era semi-annegata in una piscina di acqua salata per acquacoltura).

L'assenza di una politica sanitaria di base, di una "medicina del territorio" complica ulteriormente le cose, dal momento che è impossibile un follow-up, è impossibile affidare alle cure di un pediatra di famiglia un paziente che può essere dimesso (o che vuole essere dimesso, perché non ha più soldi per rimanere in ospedale), come è impossibile trattenerli in ospedale per completare le terapie che, perché costose, non verrebbero completate a casa. E basta solo immaginare che impatto questo abbia sulle patologie direttamente conseguenti alla miseria e alla povertà, come la malnutrizione o la tubercolosi, o sulle patologie oncologiche, come il linfoma di Burkitt e i sarcomi, così frequenti a queste latitudini.

Ultimo, ma non ultimo, tra i fattori che rendono questa esperienza "tosta" dal punto di vista psicologico è la solitudine; pur essendo sempre circondato da tante persone, italiani e non, e avendo contatti quotidiani tramite internet con gli affetti in Italia, vivere dentro l'ospedale, tra il reparto e la guest-house, ti porta ad avere sempre la testa dedicata ai pazienti, 24 ore su 24, senza sosta, e soprattutto la mancanza di qualcuno con cui confrontarsi e sostenersi fa sì che il peso di quello che vedi e vivi, a un certo punto, diventa arduo da portare in spalla.



Figura 5. Merenda energetica per malnutriti: "plumpy nuts".

Le immagini che rimarranno impresse nella mente

Detto così, sembrerebbe che sia stata un'esperienza terrificante, con sola morte e devastazione, sofferenza e dolore. Sicuramente ci sono state molte sconfitte in questa esperienza, ma le vittorie e i successi ottenuti mi hanno regalato un'energia e una forza incredibili.

I sorrisi, gli occhi stupiti, curiosi e a tratti spaventati dei tanti bambini che vedono il "mzungu" (letteralmente "quello che si sposta in continuazione", riferito ai tanti bianchi in viaggio e quindi, per traslato, ai bianchi) e le loro reazioni creavano dei momenti di allegria e felicità; e, sembrerà incredibile, ma una cosa simile succede anche con gli adulti e gli anziani, che quando ti incrociano tra i reparti si inchinano, ti salutano, ti stringono la mano e ti dicono "apwoyo", "grazie". Mi sono trovato, nel periodo di Pasqua, a gestire una piccolina di 2 mesi, sieroesposta, con una sindrome della cute scottata stafilococcica; la madre, per ringraziarmi per l'attenzione e il tempo che le dedicavo, decise di cambiare il nome della piccola, dandole il nome di battesimo di mia madre.

Può sembrare banale, ma lì ho ritrovato una cosa che dalle nostre parti abbiamo perso, e cioè la fiducia e il rispetto tra la famiglia e il medico, un'alleanza mirata alla salute del piccolo paziente che, alle nostre latitudini, è minata dalla medicina difensiva e dall'aggressività nei rapporti; e questo, senza dubbio, rende il lavoro del medico più piacevole e sereno.

Cosa porto a casa

La carenza di strumenti diagnostici mi ha restituito il piacere della clinica; ho riscoperto

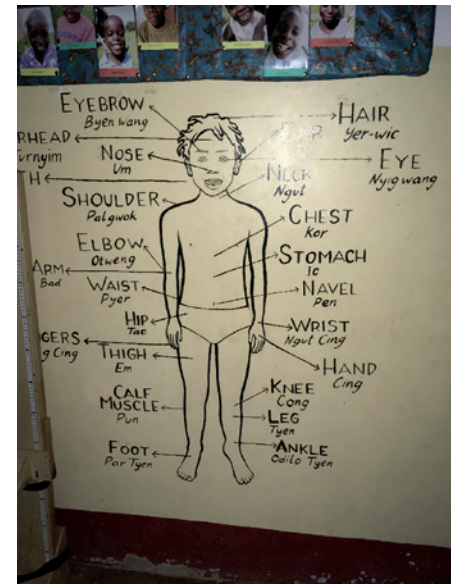


Figura 6. Ripassi di Anatomia Acholi.

però manovre che avevo letto solo su testi come il Fradà o lo Swartz e a cui non avevo mai dato peso perché si aspettava la conferma dell'ecografia o della radiografia. Ho riscoperto cosa significa "toccare" il paziente, vivere la sua sofferenza (in una situazione del genere, almeno per me, il distacco è stato impossibile) e prendere delle scelte anche su base probabilistica, analizzando però tutte le possibili diagnosi differenziali e sviscerando ogni possibile dubbio diagnostico, mettendo tutti i dati insieme secondo il principio che "ogni sintomo ha una causa".

Questa esperienza mi ha consentito di capire come, prima di partire, applicassi dei protocolli in maniera rigida, senza ragionare sul singolo caso; e questo fa capire come 1) non potremmo mai essere sostituiti da macchine nel nostro lavoro, e 2) quanto possa essere utile, soprattutto per un giovane specializzando, un'esperienza del genere.

Altra cosa che non facevo da tempo: ho riscoperto il piacere di leggere un testo di medicina. Poiché sapevo che una connessione a Internet non sarebbe stata sempre disponibile, mi sono portato da casa alcuni testi, in italiano e in inglese, che ho usato per ragionare sui casi che vedevo giorno per giorno; e vi posso assicurare che quello che ho letto mi è rimasto impresso in mente molto più delle tante cose che cerchiamo sul web.

Non posso dire che Casa non mi sia mancata in quei sei mesi, se non altro perché tutti i miei affetti erano a 4000 chilometri di distanza. Ma i rapporti che ho stretto durante la mia permanenza nel cuore dell'Africa, le persone che ho incontrato e con cui ho viaggiato, i luoghi che ho visto,



Figura 7. Qualche intern deve aver perso uno stetoscopio...



Figura 8. Arriva la notte, e il reparto diventa un dormitorio...

i suoni e gli odori che caratterizzano quei luoghi (dalla folla dei mercati con l'odore dei polli e delle capre ai pazienti del reparto ustionati e della chirurgia in cui l'odore della carne in putrefazione si unisce al sudore e all'urina, alle foreste e ai parchi nazionali dove si respira la natura più vera) fanno sì che il Lacor, e tutte le persone che lì ho incontrato, abbiano lasciato un segno indelebile nel mio animo, tanto da farla considerare una seconda Casa.

Non so fino a che punto abbia avuto modo di essere di aiuto, di dare una mano; ero partito con l'idea di voler lasciare un segno del mio passaggio, ma sono convinto di esser tornato con molti più "segn" e insegnamenti di quelli che ho lasciato. È già passato un po' dal mio ritorno, e sono lentamente ritornato al mio tran-tran di pediatra occidentale, ma non passa giorno che non mi torni a mente un episodio accaduto in quei sei mesi; mi sembra ancora di sentire la sirena del mattino che richiama tutti al lavoro, o i canti che vengono dalla messa della cappella dell'ospedale, o il buongiorno ("icho!") dei meeting del mattino. A dire di tutte le persone che ho re-incontrato fino ad ora, sembra cambiato; in effetti queste esperienze ti portano ad avere una diversa scala di valori, a dare un peso diverso alle cose e agli eventi della vita (quello giusto?). Ma soprattutto,

può sembrar banale, ti inducono a vivere le tue giornate con un sorriso, ringraziando di essere nato in un lato del mondo in cui guerre, miseria, carestia, epidemie di malattie terribili sono cose che si vedono più in televisione che con i propri occhi.

Non è detto che un medico, per sentirsi realizzato in questo senso, debba per forza fare un'esperienza nel "terzo mondo" per aprire la sua mente a un nuovo modo di vivere e pensare la medicina; forse, anzi sicuramente, esperienze come questa, che lasciano il segno nell'anima, possono essere fatte tra i muri di casa: penso alle nostre aree più povere economicamente e socialmente, alle nostre periferie, che di certo non mancano di situazioni strazianti come quelle africane; è solo una questione di numeri e di culture diverse. Ma è sicuramente una di quelle esperienze che può solo essere di giovamento per i giovani medici, che molte cose le vedono solo sui libri e troppo spesso vengono plagiati da abitudini di medicina difensiva o, peggio, ignari di cosa sia la vera sofferenza, finiscono per vivere con distacco il rapporto con i loro pazienti.

Ringraziamenti

Il primo ringraziamento va al mio mentore, il prof. Luigi Greco, che mi ha introdotto e accompagnato nei miei primi pas-

si in Pediatria, consentendomi poi di fare questa esperienza magnifica. Un grazie va anche a chi (familiari, amici, colleghi, tutor della Scuola di Specializzazione), dall'Italia, mi ha supportato e ha risposto alle mie richieste di aiuto nei momenti difficili di questa esperienza. Ma il ringraziamento più grande va alle persone che ho incontrato al St. Mary's Hospital di Lacor durante questa avventura; grazie per tutto quello che fanno per le persone povere e bisognose dell'Uganda e, ovviamente, per quello che hanno fatto per me in questi sei mesi.

Post scriptum

Segnalo, ai colleghi specializzandi interessati, che è possibile effettuare stage presso il St. Mary's Hospital di Lacor e l'ospedale di Kalongo (sempre in Nord Uganda), partecipando al progetto Result Based Financing (RBF), un progetto che si occupa di assegnare fondi provenienti da organizzazioni internazionali (governative e non) sulla base del livello della qualità delle cure. Questo consentirebbe ai partecipanti di poter effettuare questa esperienza senza sostenere le spese di viaggio e soggiorno. Per maggiori dettagli, contattare il prof. Luigi Greco (ydongre@unina.it).

✉ and.smarrazzo@libero.it