

Nanorò: Riflessioni di viaggio

“Guarda la tua forma, il tuo aspetto, include e afferma l'anima”. Questi versi tratti dalla *Foglie d'erba* di Walt Whitman mi ritornavano nella mente, mentre osservavo, con l'occhio analitico dell'europeo, il variopinto microcosmo che quotidianamente affolla i viali, gli ambulatori, i reparti di degenza del Centro Medico di Nanorò. L'irriducibile unicità dell'essere umano, amalgama indissolubile di corpo e anima, affermata dal poeta in coraggiosa antitesi col pensiero dominante della sua epoca ancora nutrita della filosofia cartesiana, trova in questo lontano lembo d'Africa una sorprendente ed emozionante conferma. La naturale eleganza del portamento, la bellezza dei lineamenti, l'armoniosità dei gesti si coniugano con la mitezza del carattere, la dignità d'animo, la cordialità dei modi di queste genti della “terra degli uomini integri”. E così al mercato o lungo le piste sterrate o nei villaggi di mattoni di fango essiccati al sole, ti accoglie la stessa ferruginosa polvere di laterite e gli stessi sorrisi aperti ed ospitali, ed è difficile dire cosa resti più appiccicato addosso.

All'interno della cinta ospedaliera e immediatamente oltre i cancelli, i piccoli bivacchi dei familiari dei degenti con i resti dei fuochi della cena della sera precedente e, ancora stesi per terra, i teli colorati sui quali hanno trascorso la notte. Qui le distanze sono viaggi e i trasporti minimali: a piedi, in bicicletta, la moto per i più fortunati. E poi i parenti sono parte integrante dell'assistenza: puliscono le camere, rassettano i letti, assistono i malati. Quello che per noi è una nota di colore in un diario di viaggio, è in realtà un quotidiano esercizio di sopravvivenza: la mancanza di sacche per i lavaggi vescicali continui è sostituita da un familiare che costantemente rabbocca, con acqua minerale, un contenitore in plastica per fleboclisi al quale è stata praticata un'apertura sul fondo, lo stesso familiare che controlla che il catetere non si ostruisca e periodicamente svuota la sacca di raccolta.

Davanti agli ambulatori, la lunga e composta attesa di chi ha affrontato ore e ore di strada per “la consultation” che potrebbe cambiare un destino altrimenti segnato. In una terra povera di risorse e opportunità, il tempo è forse l'unica ricchezza ugualmente accessibile per tutti.

Nessuna protesta, nessun lamento: patologie di grado impensabile per chi arriva dalla medicina delle diagnosi precoci, degli screening, dei sintomi premonitori, sopportate con la medesima silenziosa compostezza che osservi nei pazienti chirurgici, i quali sembrano immuni dal dolore postoperatorio. “Tres bien” e “ça va”, questo è il tenore abituale delle risposte anche contro ogni evidenza, alle quali fa da contrappunto, ad ogni visita di controllo, l'eco dei “merci” ripetuti da amici e familiari. Più che un retaggio culturale, sembra il frutto della memoria ancestrale e collettiva di un popolo per il quale la sofferenza è sempre stata parte ineludibile e non occasionale della propria esperienza.

Bastano poche ore per accorgersi che occorre affrancarsi rapidamente dalle stratificazioni culturali che hanno modificato la nostra professione, per recuperare un senso antico dell'essere e dell'agire medico: il paziente-cliente della nostra epoca post-moderna, la cui soddisfazione è divenuta esigenza strategica per le nostre aziende ospedaliere, il paziente-utente autonomo, capace di autodeterminazione e soggetto attivo di un contratto terapeutico è lontano mille secoli di storia. Analogamente a quando quella medica era Ars e non ancora Scienza, il rapporto è quello paternalistico, quasi sacerdotale, asimmetrico fra il paziente-malato e chi ha conoscenza e moralità (scienza e coscienza) per perseguire il suo bene.

In un contesto nel quale il supporto strumentale è pressoché inesistente o scarsamente affidabile, torna la clinica a doversi fare carico di risolvere i dubbi delle diagnosi differenziali. Il confronto con i colleghi di altre specialità ospiti del centro, perde ogni connotazione difensivo-cautelativa e di mera conferma di dati strumentali già acquisiti come spesso capita nei nostri ospedali, e diventa un'indimenticabile esperienza di fattiva e costruttiva collaborazione. Laddove le opzioni terapeutiche sono limitate, la chirurgia nelle sue varie branche, in assenza di ogni risorsa complementare (oncologia medica, radioterapia, terapia farmacologica per molte classi di molecole, ecc.), torna ad essere in molti casi l'unica chance terapeutica, un tutto o niente che non consente troppi distinguo classificativi. Una

chirurgia low-cost ed a basso contenuto tecnologico, legata con correttezza etimologica all'arte manuale dell'operatore, ma che, pur dovendosi confrontare con gravità e demolizioni per noi inconsuete, ottiene risultati obiettivamente sorprendenti.

Il nostro approccio riduzionistico, abituato a distillare i pazienti in singoli e più piccoli problemi, scomponendoli e dissezionandoli in organi e apparati separatamente oggetto di analisi da parte di specialisti e superspecialisti, non trova diritto di cittadinanza. Il bilancio diagnostico-terapeutico deve tener conto non solo dei mezzi disponibili e delle condizioni generali del paziente, ma anche delle gestione quasi impossibile delle cronicità (pochi, ad esempio, hanno risorse che permettano l'acquisto di farmaci), delle difficoltà logistiche e pratiche ad aderire ad un qualunque programma di sorveglianza, del contesto culturale ed economico, delle dinamiche familiari e sociali. Una donna trentanovenne con un prolasso uterino di III grado, chiede di evitare l'isterectomia, perché madre di "solo" due figli e, in un contesto di poligamia, l'infertilità implica una perdita di ruolo familiare e sociale.

Le responsabilità gestionali di appropriatezza di cure e risorse proprie delle nostre strutture, si traducono nella ricerca di un'etica sociale sostenibile. La difficoltà di fronteggiare ed accettare una sproporzione incolmabile fra possibilità operative e necessità sanitarie, genera inevitabili riflessioni sulle modalità distributive di un'assistenza comunque insufficiente. La visione di chi ritiene di sollecitare la crescita di un senso di responsabilità e di una coscienza civica più progredita anche attraverso la partecipazione individuale di ciascun degente alle spese sanitarie, stride spesso con l'impossibilità, per chi è abituato ad operare in un sistema sanitario universalistico, di accettare che un malato, soprattutto in pediatria, debba rinunciare alle cure per mancanza di mezzi. Immagino che a chiunque sia capitato, come al sottoscritto, di imitare Gino (*ndr: Gino Capponi, Chirurgo da quasi 8 anni a Nanorò*) nell'acquistare un kit chirurgico ad un paziente che non poteva permetterselo (cifre per noi irrisorie, per carità!),

pur sapendo che non c'è beneficenza che possa modificare i destini di un popolo, non c'è bicchiere che possa svuotare il mare. Un paziente chiede di posticipare la data dell'intervento perché prima deve vendere una gallina per avere i soldi necessari: è forse superfluo sottolineare che la lettura della stessa realtà può essere anche profondamente diversa fra persone che, pur perseguendo le stesse finalità, provengono da habitat sociali e culturali tanto distanti.

Riflessioni, "deepest remains", che assieme ad un'esperienza umana straordinaria sono il bagaglio di ritorno di questo viaggio. Un'opera d'arte trascende il materiale con la quale è stata realizzata: un quadro è infinitamente più dei colori, pennello e tela che l'hanno creato o una sinfonia della carta e della matita con le quali è stato scritto lo spartito. Alla partenza, sul pick-up che ci conduce all'aeroporto lungo la strada in terra battuta costeggiata da alberi di mango e baobab, mentre i bassi edifici dell'ospedale scompaiono dietro di noi, pensi che anche lì, a Nanorò, c'è un'opera che supera in modo esponenziale la somma dei mezzi che la costituiscono, grazie all'umanità e alle capacità di quanti la fanno crescere ogni giorno.



Antonio Amato
a.amato@asl1.liguria.it