

ACCEPTANCE STATEMENT

The Secretary-General, 1 of the United Nations, H.E. Ban ki-moon
The UNFPA Executive Director, H.E. Babatunde Osotimehin,
Your Excellencies, the Ambassadors,
Ladies and Gentlemen

Let me start by thanking the UN Select Committee and the United Nations Population Fund for selecting me to receive this year's UN Population Award. I am most honoured by this prestigious Award. I also wish to acknowledge and congratulate the other co-recipient of this year's Award, the Jhpiego, a non profit global health affiliate of John Hopkins University of USA .

Vorrei cominciare citando una famosa frase di Gesù: " I poveri li avrete sempre con voi."

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

Mi spiegherò con un fatto. Quello di una donna della mia città, per esempio. Ella 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. Il suo marito morì quand'era ancora giovane. Poi i vincoli del sangue la spinsero ad accogliere nella sua capanna gli orfani ancora piccolini delle sue sorelle: prima due, poi uno, poi altri due. Il suo lavoro è coltivare un campo di riso e fare piccoli commerci: comprare un sacco di aranci e poi rivenderli 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 sorprese perché, invece di chiedermi i soliti trecento meticaïs 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 accoglierne altri due?

Nel tempo in cui vivevo nella provincia di Tete conobbi e curai molti lebbrosi. Erano gli anni settanta, ed allora era ancora abbastanza comune vedere i malati ridotti dalle mutilazioni della malattia ad uno stato miserabile. Una di queste 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 di riducevano a stracci. La trovai a chiedere aiuto lungo la strada che percorrevo ogni mercoledì per visitare i posti 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.

L'operai alle palpebre e, poco a poco, le ulcere dei ginocchi si chiusero. La riaccompnai alla sua capanna, felice e contenta.

La settimana seguente nel posto sanitario mi consegnarono un biglietto, scritto da un suo vicino, perché la visitassi sulla via del ritorno. Mi aspettava davanti alla 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!

Sunde era un giovane che si guadagnava la vita arrampicandosi sulle palme per raccogliere cocchi. 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 ad urinare. Gli mettemmo un catetere e gli demmo un posto nel 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, senza 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 ritornare 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 capannuccia che aveva a Quelimane dove dormiva al tempo di quando 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 ...

Da molti anni in qua, un grande numero di pazienti è entrato nella mia vita ed 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 ed, 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 lasciare 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 poterle trattenere. 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 sottomessa ad un parto cesareo, cioè dalla distanza che c'è tra la sua residenza ed il più vicino ospedale con chirurgo. La grande maggioranza arriva in sala operatoria quanto il feto ha già perso la vita. È facile immaginare quanto deve soffrire la giovane mamma. Le doglie del parto, l'angoscia per provare tanto dolore senza veder nascere il figlio. Poi la fatica per arrivare alla maternità periferica e di qui l'attesa di ore prima che arrivi l'ambulanza del distretto per condurla all'ospedale. Quando vi arriva, non è quasi più persona: stremata, disidratata, spaventata.

Per ultimo, ecco, entra, finalmente, in sala operatoria!

Alla luce, tuttavia, esce solo il cadaverino del suo 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 ad 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 sarà una conseguenza necessaria del parto. Il giorno dopo ancora e poi ancora, finché capisce che è una cosa inesorabile. Tutto ciò viene sofferto senza riuscire ad immaginarne il motivo. Lo si considera un destino avverso ed incomprensibile, forse conseguenza di una maledizione o di un influsso malevolo. La causa resta sconosciuta, il formarsi della fistola resta sconosciuto. L'unica cosa, che diventa ogni giorno più evidente, è che la perdita di urina 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 raccogliere l'urina, bisogna spremerlo e cambiarlo parecchie volte al giorno. Come fare per frequentare i vicini, andare al mercato, andare in chiesa o alle riunioni? La paziente tende sempre più ad isolarsi, ad 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 ed il marito collabora per riuscire a cercarne la soluzione.

L'unica soluzione è quella chirurgica. Per molti anni la fistola ostetrica è stata una infermità trascurata, creando un circolo vizioso. Poco interesse, pochi chirurghi impegnati ad 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 ad impegnarsi concretamente.

Io lavoro nel campo della riparazione chirurgica delle fistole. Sono impegnato ad insegnarne la tecnica ai giovani chirurghi del Mozambico. In questo Paese si organizzano campagne di una settimana nei vari ospedali, invitando le pazienti colle 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 operate si radunarono in una sala per il saluto finale sedute in una fila di panche. Passavo davanti ad ognuna per stringere la mano e dire "ciao".

Quando arrivai alla terza, questa si alzò di scatto ed invece di stringermi la mano mi abbracciò e mi baciò. E così, dopo di lei, tutte le altre: si alzarono e mi baciaron. 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 ed i poveri!

The Secretary General of the United Nations
The UNPA Executive Director, Dr. Batunde Osotimehin
Your Excellencies, Ladies and Gentlemen
Thank-you.

Padre Aldo Marchesini