

Tanzania: due specializzande in Pediatria all' "Health Center" di Msange

Camilla Turco, Federica Pollini
Clinica Pediatrica, Policlinico "G.B. Rossi", Verona

Ci presentiamo: siamo Camilla Turco e Federica Pollini, due medici specializzandi, oggi al quarto anno della Scuola di Specializzazione in Pediatria di Verona. Un sogno nel cassetto, l'Africa, avveratosi nel gennaio 2011, grazie al progetto "Le Mille Malarie" e al dottor Giovanni Donadelli (www.puntodincontrovr.it, www.abcsverona.it).

In quel gennaio 2011 siamo partite per recarci in un Paese del Terzo Mondo dove non esisteva un vero ospedale e soprattutto del personale in grado di garantirci un percorso di formazione. Consapevoli di questo, abbiamo deciso di non rinunciare al nostro sogno, speranzose di tornare in Italia il mese successivo con argomentazioni sufficienti a poter fare approvare progetti futuri da parte della nostra Scuola di Specializzazione. Quando, preparando la valigia, abbiamo sentito la voglia di metterci dentro tante cose per il popolo che stavamo per conoscere e quasi nulla per noi, è stato il momento in cui abbiamo realizzato che questo sarebbe stato un viaggio diverso e unico, il "viaggio" più bello della nostra vita. La paura non è mai mancata, non ci siamo mai sentite veramente pronte per partire. La consapevolezza di andare in un Paese sconosciuto e lontano, la cultura diversa, il pericolo sanitario, la vita così differente dalla nostra, ma soprattutto quella domanda che per mesi ci siamo poste: saremo mai all'altezza di farci carico di tanta sofferenza psicologica e fisica?

Inutile nascerlo, il terrore della morte, il terrore di essere lì da sole come pediatre e di vedere morire i bambini costituivano la nostra paura principale.

È bastato il primo giorno di lavoro all' "Health Center" di Msange per farci sentire a casa, parte di una grandissima famiglia. Sembra impossibile che una terra come l'Africa possa portarti così tanta serenità. Il lavoro è stato sempre intenso, tanti i bambini da visitare quotidianamente. La malattia principale, motivo di accesso, è sicuramente la

malaria, ma non è solo quella. Tante le parassitosi, gli ascessi, le ferite da medicare, la malnutrizione. E poi la sala parto e la cura dei nuovi nati.

Un grande aiuto nel fare diagnosi lo abbiamo sicuramente trovato nell'utilizzo della diagnostica immunoenzimatica. Nel 2005 il dottor G. Donadelli (nostro fantastico capo spedizione), vedendo che gli sforzi di aggiornamento e formazione del personale di laboratorio non davano i risultati sperati, ha pensato di avviare una diagnostica semplice e sicura con l'introduzione nella routine quotidiana dell'uso di tecniche immunoenzimatiche (kit diagnostici monouso importati dall'Italia).

Con il nostro viaggio è stato possibile estendere tale metodica alla diagnosi di altre patologie predominanti nella Regione di Morogoro (HIV, sifilide, tifo, giardiasi e schistosomiasi), che colpiscono sia la popolazione adulta che pediatrica locale.

Abbiamo cercato di fare del nostro meglio per curare questi piccoli, non solo con medicine, ma anche con l'affetto: una coccola, una caramella, un palloncino molto spesso bastavano per far passare la paura e farsi regalare un sorriso. Porteremo per sempre nel nostro cuore i sorrisi di questi bambini e i loro occhioni neri, troppe volte un po' tristi.

Oltre alla cura dei bimbi abbiamo cercato di pensare anche al loro futuro creando un rapporto di lavoro speciale con i sanitari locali. Nostro intento era quello di lasciare a Msange qualche nozione basilare di pediatria, qualche strumento in più che potesse permettere di portare avanti il servizio pediatrico con sicurezza e successo. Ci rendiamo conto che l'esperienza non è stata strutturata dal punto di vista didattico e dei limiti dell'impatto nella pratica assistenziale, ma ci piaceva testimoniare il lato umano e la ricchezza di tale esperienza.

Questo viaggio è stato occasione di crescita professionale, per noi abituate ai turni di guardia in Pronto Soccorso Pediatrico, dove a un minimo dubbio seguivano approfondimenti strumentali e laboratoristici: ci siamo trovate a lavorare in un posto dove l'unica cosa a nostra disposizione erano il fonendoscopio, l'o-

scopio e un ambu. I primi giorni ci sembrava impossibile poter lavorare senza eseguire esami ematochimici e indagini radiologiche. Poi ci siamo riscoperte in grado di essere medici anche senza questi aiuti, ritrovando la vera essenza del nostro lavoro. Tutto questo apparentemente può essere banale ma ci ha aiutato a sviluppare autonomia e una capacità decisionale basata solo ed esclusivamente sulla clinica: una cosa che, nei limiti del possibile, dopo questo viaggio cerchiamo di continuare a fare anche qui in Italia. L'esperienza in pediatria di famiglia ha alcuni punti in comune con questa considerazione: basti pensare all'esperienza in ACP del "curare meglio a meno", in cui si è dimostrato che si potevano curare le patologie del territorio con riduzione della spesa senza inficiare i risultati in termini di guarigione.

Al nostro ritorno in Italia con grande entusiasmo abbiamo organizzato un incontro rivolto ai nostri colleghi, perché potessero condividere con noi un pezzo d'Africa, ma soprattutto potessero emozionarsi e, perché no, appassionarsi al nostro sogno.

Ancora non abbiamo trovato aspetti negativi in quest'avventura professionale, che consigliamo a tutti i nostri colleghi in formazione specialistica e che, se strutturata, potrebbe avere importanti ricadute sulla crescita dello specializzando.

La Tanzania è stata per noi una straordinaria esperienza professionale e di vita. Per alcuni può essere forse solo una goccia nell'oceano, ma aver salvato o curato anche un solo bambino ci ha reso felici. Felici per avergli offerto forse un futuro migliore.

Aspettiamo con ansia di ripartire, oggi, dopo un anno di lavoro in Terapia intensiva pediatrica e neonatale a Verona, forse un po' più pronte e adeguate a rispondere alle esigenze dei nostri piccoli pazienti africani.

Commento da parte del professor G. Masera

Il breve articolo delle due giovani pediatre affronta un tema non molto originale: l'esperienza di un mese in un ospedale di un Paese con limitate risorse, la Tanzania. Ormai da numerosi anni i pediatri

Per corrispondenza:

Camilla Turco
e-mail: camilla.turco@hotmail.it

italiani hanno sviluppato programmi in numerosi Paesi con limitate risorse (LIC = Low Income Countries), aprendo così la possibilità a giovani medici, e anche a studenti, di fare esperienze al di fuori del nostro Paese. Come emerge da alcuni spunti dell'articolo, il valore di questa esperienza non strutturata risiede soprattutto in quello che si è imparato più che in quello che si è fatto "curando": si è conosciuto il mondo della grande povertà, dove i bambini, in particolare, muoiono di fame, di malnutrizione e di malattie curabili; si sono acquisite maggiore "autonomia" e "capacità decisionale", dovendo basarsi prevalentemente sulla clinica; si è fatta una straordinaria "esperienza di vita".

Una riflessione per quanto riguarda la formazione e la Scuola di Specializzazione. Andrebbe programmato, come momento formativo per studenti e soprattutto per specializzandi, uno spazio, anche breve, di esperienza in uno dei LIC. Si scoprirebbe un altro mondo, che non si può capire se non lo si conosce sul posto, imparando anche dallo sguardo dei bambini e delle loro mamme. Un suggerimento rivolto all'ACP è quello di promuovere, in collaborazione con gli stessi specializzandi, una indagine, tramite questionario, rivolta a capire come le Scuole di Specializzazione in Pediatria si comportino rispetto alle esperienze nei LIC. Sarebbe importante, senza nulla togliere al valore umano dell'esperienza, contestualizzarla e valorizzarla nell'iter formativo. ♦

GLI SCREENING NEONATALI: STATO DELL'ARTE AL 2012

Dalla indagine di "Cittadinanzattiva" risulta che il test del riflesso rosso viene eseguito solo nel 28% delle neonatologie. Le neonatologie meno sensibili sono quelle delle grandi strutture (1000-25.000 parti per anno) dove la pratica è assente nel 77% dei punti nascita. Lo screening audiologico viene effettuato (solo?) nel 74% delle strutture. Lo screening neonatale allargato viene eseguito nel 44% dei punti nascita secondo selezionati programmi regionali. Non ne è ancora esplicitata l'inclusione nei LEA.

(Il Sole 24ORE Sanità, 2 - 8 ottobre 2012)

INDAGINE FIMMG SULLA FORME ASSOCIATIVE

Su 2285 medici interpellati soltanto il 10% lavora completamente da solo. Le forme associative però non sono molto evolute: il 78% è inserito in una medicina di gruppo (38%) o di rete (40%), il 14% in un'associazione semplice. Solo l'8% (159 medici in tutto) lavora in forme diversamente evolute: rete (49), nuclei e gruppi di cure primarie (15), Utap (18), cooperative (41), forme miste (32), case della salute (4).

(Il Sole 24ORE Sanità, 9 - 15 ottobre 2012)

CONTRO LA PARTNERSHIP DI NESTLÉ CON LA FEDERAZIONE INTERNAZIONALE DEL DIABETE

Numerosi ricercatori delle università di Ginevra, Liverpool, Copenaghen, Bristol, Londra, Auckland, Melbourne, Sheffield, Edimburgo (ma nessuna italiana) hanno inviato una lettera a *The Lancet* (2012;380:805) per protestare contro la partnership di Nestlé con la Federazione del Diabete (FID) che è una organizzazione che comprende più di 200 sezioni di 160 nazioni con l'obiettivo di promuovere la prevenzione e la cura del diabete.

Dicono i ricercatori, che la partnership è una eccellente pubblicità per Nestlé e che non va d'accordo con il passato della multinazionale nella diffusione delle formule per l'allattamento che ha recato danno ai Paesi in via di sviluppo, e con il suo presente in cui continua a commercializzare di prodotti "energy-denses", e di bibite iperenergetiche che producono obesità e diabete, nonostante alcune modificazioni dei prodotti puramente cosmetiche.