

VALENTINA FIORITO

Buonasera a tutti.

Vi dico subito che non risponderò a proposito del nutri, diciamo, di questa pappa, anche perché non mi sarei trovata nei tempi che mi sono stati dati, però probabilmente risponderò alla domanda 'perché andare in Africa?'. Almeno per me, ovviamente.

Vi racconto di un'avventura chiamata GULULAND.

Per farlo vi porto in Uganda.

L'Uganda è un paese che si trova al centro dell'Africa, tagliata dall'equatore, confinante col Kenia, lo Zaire, la Tanzania e il Sudan.

Io sono stata a Gulu, vediamo se lo troviamo su questa immagine, ecco qua, io sono stata a Gulu, qui, praticamente la città più grande al nord dell'Uganda; in realtà il nord dell'Uganda è la parte del paese più povera, quella diciamo in contatto col sud Sudan, devastata da guerre, diciamo, follie dei ribelli. Com'è sorta la facoltà di medicina di Gulu? Questo progetto Gulunap è iniziato nel 2002, ma senza i fondi per una facoltà di medicina; quando poi nel 2004 l'ambasciata italiana ha donato una partita di riso italiano del valore di circa 790 mila dollari e quindi poi il rettore dell'università di Gulu, il professor Nieto ed il professor Greco delegato dal rettore Trombetti della Federico II di Napoli, hanno deciso di fare questo progetto per una facoltà di medicina, nel dicembre 2003.

Dopo una decina di mesi, dopo l'approvazione del progetto, è sorta questa facoltà.

Questa era la situazione di partenza. I locali, gli spazi che dovevano poi essere adibiti all'università nel dicembre 2003; cominciano quindi i lavori a maggio 2004 e a ottobre la facoltà era pronta: c'erano delle aule, dei laboratori e persino un'aula multimediale con computers donati dalla regione.

Le risorse iniziali abbiamo detto erano questi 790 mila dollari che in realtà inizialmente la popolazione locale voleva investire in carrarmati, comunque armi per difendersi dai ribelli che la notte andavano nei villaggi, rapivano i bambini, infatti avevano il problema dei bambini soldato, stupravano le donne e quindi sostanzialmente questi villaggi sono andati via via a scomparire perché le persone andavano chiedendo ospitalità nei campi profughi oppure c'era il fenomeno dei nat commuters persone che prendevano gli stuoini la sera e venivano a dormire in ospedale perché per loro era troppo pericoloso dormire nei villaggi.

Veramente non si può investire in armi per combattere la guerra, per cui si è deciso di investire in formazione del personale sanitario, di fare una facoltà di medicina.

In realtà queste risorse iniziali era un'illusione pensare che potessero essere sufficienti e quindi c'è stato bisogno di molti altri soldi poi, donatori, ricerca di fondi un po' di qua un po' di là, e infine anche risorse della cooperazione italiana che dal 2007 al 2010 ha dato soldi per un centro di salute mentale, per l'endoscopia a Lacor, per attrezzature per l'istruzione, quindi proprio per i corsi, e per la radiologia dell'ospedale di Gulu.

L'università di Gulu in realtà è legata a 2 ospedali: il Gulu Regional Hospital che è un ospedale governativo e l'ospedale di Lacor che invece è un ospedale missionario legato alla Fondazione Corti.

Gli studenti quindi cominciano a frequentare nel 2004; vedete il primo gruppo di studenti che addirittura avevano problemi a raggiungere le aule per cui qui l'università ha dovuto provvedere a comprare delle biciclette da prestare poi ai ragazzi perché potessero arrivare in orario a lezione.

Poi in realtà sono aumentati fortunatamente i fondi, i computers addirittura adesso hanno un pullman per potersi spostare tra gli ospedali e le aule. Quindi al 2006 erano già stati iscritti 195 studenti di cui 150 con borsa di studio governativa, 45 sponsorizzati. Vengono da tutta l'Uganda più 4 dal Sudan, dallo Zaire, Dalla Tanzania.

Piano piano i ragazzi hanno cominciato ad avere sempre più orgoglio per questa loro università per cui hanno creato anche un giornalino, praticamente, studentesco e quindi, diciamo, le attività sono andate avanti con docenti italiani che vanno per un mese poi tornano, una volta va quello che fa lezioni di genetica, poi quello di anatomia; e docenti ugandesi che invece davano la continuità. Fino a che, il 23 gennaio 2010, c'è stata la prima cerimonia di laurea dei primi 40 studenti della facoltà di medicina.

Vi ho portato qualche foto. In realtà l'Africa non è solo tristezza, morte, ospedali "brutti"; l'Africa è fatta di tanti colori e quando si tratta di far festa gli africani sono bravissimi, hanno delle cerimonie molto belle, partecipare ad un matrimonio africano, per esempio, è molto bello.

Quindi per questa occasione hanno creato una cerimonia in pompa magna, ci sono qui i due rettori, i professori italiani e quindi...qui ci sono i 40, diciamo colleghi, che hanno giurato, il giuramento d'Ippocrate, e quindi, come me, adesso possono fare i medici nel loro paese.

Come ogni università che si rispetti ci sono dei programmi di scambio che inizialmente sono cominciati inviando degli studenti italiani lì, in realtà alla fine siamo, sono riusciti a far venire 2 studenti in Italia. Il più bravo tra gli uomini, la più brava tra le femmine; c'è stata una selezione diciamo per meritocrazia però sono stati inviati qui in Italia per seguire dei reparti. Vi dico subito che hanno fatto una grandissima figura, sono veramente molto, molto bravi, anche ambiziosi cioè molto orgogliosi per cui i professori italiani erano meravigliati per le capacità che avevano. Laurearsi in Uganda significa avere già tutta una serie di skills, cioè saper fare cesarei da soli, cosa che gli studenti in Italia assolutamente non sanno fare.

Vi ho detto quindi che c'era questo scambio, all'inizio, fin da subito, di italiani che venivano inviati in Uganda, studenti, specializzandi in pediatria che chiedevano di fare, quindi era una scelta assolutamente volontaria, chiedevano di fare quest'esperienza di 4 mesi in Uganda.

Questa che vedete qui è la pediatria, pediatria che noi frequentavamo quando eravamo lì; il primo piano è tutto di pediatria, il piano di sopra laboratori.

Io sono stata nel 2007, sono stata lì per 6 mesi. Che cosa ho fatto? In realtà ho lavorato nel reparto di pediatria dove per lo più si ricoverava malaria, polmoniti, diarrea, anemia, malnutrizione, sepsi, infezione delle vie urinarie, tubercolosi, meningite, aids ecc. ecc.

Vedete in questa foto: una scena che negli ospedali italiani non vedrete mai, la distribuzione dei farmaci avveniva con una campanella che fungeva da richiamo, le madri si mettevano in fila con il loro foglietto e la cartella clinica, l'infermiera leggeva praticamente la prescrizione fatta dal medico e quindi somministrava il farmaco. Se la mamma non andava, il farmaco non veniva somministrato, ma era l'unico modo per lavorare perché in realtà c'erano 3 infermiere per 200-300 bambini. Quindi è inimmaginabile altrimenti lavorare.

In realtà ho visto lì anche malformazioni, cardiopatie, prematuri; malformazioni che in Italia non avrei mai visto perché in Italia abbiamo tutta una serie di possibilità per prevenirle oppure per diagnosticarle presto in maniera di, o non farli proprio nascere, o farli nascere in centri specializzati con correzioni nei primissimi giorni di vita.

Qual'era la mia giornata tipo? Cominciavo la mattina presto, arrivavo in reparto, c'era una oxigene room, che era in realtà la terapia intensiva; vedete, la terapia intensiva non ha nulla a che fare le nostre terapie intensive, e qui venivano ricoverati gli stress respiratori, anemie severe, meningiti, prematuri, cardiopatie, qualsiasi emergenza veniva gestita qui. Il giro medici qui era con tutti i medici del reparto, la persona, diciamo, più alta in grado aveva il comando, quindi prendeva tutte le decisioni importanti in questa stanza. Finito il giro nella oxigene room, ciascun medico si prendeva una stanza, il reparto è fatto di 10 stanze, i pazienti suddivisi praticamente per patologia, quindi la stanza della malaria, la stanza della polmonite, la stanza delle gastroenteriti ecc., con 100 posti letto, ma in realtà l'occupazione media durante l'anno era del 20-22% quindi con la stagione secca c'erano circa 140 - 150 ricoverati, però la stagione delle piogge, quindi in cui la malaria è molto di più, c'erano 250, 300 bambini. Anche qui è singolare la modalità della visita. Il medico prende la sua sedia, si mette all'inizio della stanza, le mamme corrono, si prendono la loro sediolina, si mettono in fila e fanno la visita; cioè è sempre la mamma che in qualche modo deve sollecitare la visita del proprio bambino perché in un posto dove ogni letto è per 2, 3 bambini insomma il controllo ovviamente sarebbe difficilissimo.

Il pomeriggio era dedicato alle procedure. Quindi procedure come la puntura lombare, la somministrazione intraticale di farmaci antiblastici, prelievo venoso da femorale per emocultura, incanalamento di vene periferiche. E inoltre c'era poi l'attività della wessie sila, cioè la clinic che in realtà è una forma di ambulatorio esterno-pronto soccorso: chiunque dai villaggi voleva giungere all'ospedale ed essere visitato andava in questa iat ciai clinic, dopo di che, se necessario, il medico che

era in questa wessi si decideva il ricovero oppure faceva la diagnosi, terapie e mandava a casa. E poi c'era l'attività del reparto di malnutrizione, era vicino, ma separato dalla pediatria.

L'altra attività degli studenti, degli specializzandi quindi, diciamo, la mia attività era del tutor agli studenti di medicina, quindi lezioni a piccoli gruppi, esercitazioni al letto dei pazienti, esecuzione di procedure.

Poi c'erano delle attività a scadenze settimanali. Si facevano i prelievi per la psar per i pazienti risultati positivi al test rapido per l'HIV, perché poi c'era la macchina che partiva per Kampala perché questo esame veniva fatto solo nella capitale.

Il cnm, l'educazione continua in medicina. Tutti i sabati c'era questa riunione, lezione proprio per tutti i medici dell'ospedale. C'era l'obbligo proprio di partecipazione, si sospendeva per 2 ore l'attività del reparto e poi si riprendeva.

Poi c'erano i meeting di reparto, momenti, tutte le settimane, momenti in cui si parlava delle criticità del reparto quindi, per esempio, in una di queste occasioni ci siamo resi conto di come mancasse totalmente l'idea del triage e quindi nella wessisi ci capitavano persone, bambini in fila che morivano, che arrivavano davanti al medico che erano già morti e nessuno si era reso conto che questo bambino aveva invece bisogno di un'assistenza prima degli altri.

E poi per me, e solo per me, c'era la sanitary topics. In realtà io sono andata a continuare diciamo la mia formazione lì per cui ero affidata al primario il quale ogni settimana faceva degli incontri con me ovviamente soprattutto per quanto riguarda le malattie tropicali sulle quali io ero ovviamente deficitaria.

Qual è stato quindi il bilancio della mia esperienza? Sicuramente ho imparato a fare diagnosi con pochi mezzi, mani, occhi, orecchi e sicuramente poco altro ancora, non c'era molto altro. E in realtà mi sono confrontata con dei colleghi che avevano una conoscenza della semeiotica che a me ha impressionato e continuava ad impressionare giorno dopo giorno. Loro con l'auscultazione del cuore ti dicevano ha questa patologia, tu dicevi bah, ma sarà...poi tornavano con l'ecocardio e avevano ragione! Puntualmente avevano ragione e io non avevo queste capacità perché qui da noi sentiamo il soffio ma andiamo dal cardiologo, non ci mettiamo poi molto a capire qual è poi la probabile patologia.

Ho imparato a fare le procedure, procedure che in realtà in Italia si imparano un po' poco, diciamo, o perché alcune di queste vengono fatte fare agli ultraspecialisti o perché forse ce n'è bisogno un po' meno. Quante punture lombari si fanno nei nostri ospedali? Lì invece se ne facevano tante e tutti dovevano saperle fare. Poi la somministrazione intratecale di farmaci, prelievi venosi per dalle femorali, incanalamenti, lavaggio di ferite necrotiche che lì invece erano all'ordine del giorno.

Ho imparato ad usare gli antibiotici molto più ovviamente che nella mia università dove ovviamente è un terzo livello, si fanno moltissime malattie particolari ma pochissima patologia infettiva un po' perché in Italia abbiamo poche malattie infettive rispetto a quelle che hanno lì in Africa, un po' perché forse la preparazione dell'università è molto che ne so? Diciamo la malattia metabolica, la patologia particolare, il trapiantato non ti arriva così facilmente

Ho imparato a gestire le emergenze perché lì c'erano continuamente emergenze io qua ho aggiunto senza panico isterismi deliri di onnipotenza

Ho imparato all'inizio ero terrorizzata poi piano piano mi sono resa conto che il bagaglio culturale accumulato in fondo poi era utile piano piano poi ho apprezzato molto gli studi fatti in Italia

Mi sono serviti

Ho imparato a prendere decisioni autonomamente richiedere esami diagnostica terapie dimissioni cioè decidere in quel setting di mandare a casa un bambino che sapevi che con buona possibilità aveva difficoltà a ritornare se le cose non andavano, non era una decisione da prendere a cuor leggero.

Loro erano veramente gentilissimi, dolcissimi. Chiedevi consigli e ti rispondevano sempre però il lavoro era veramente tanto cioè non potevi continuamente interrompere la tua attività per chiedere consiglio ad altri invece in Italia abbiamo sempre la possibilità di consultarci con il collega più grande, con il professore cui ti stai specializzando, magari con il primario ecc. ecc.

Questa scatolina qui in realtà era la scatola dove venivano messe le cartelle dei pazienti deceduti.

Quindi la mattina la prima cosa che facevo era controllare i deceduti, verificare che, è brutto dirlo,

però verificare che non ci fosse la mia scrittura sopra, che io non avessi fatto errori. In realtà come ha già detto qualcuno prima, la maggior parte delle morti avveniva di notte quando non c'era il medico perché erano arrivati troppo tardi in ospedale diciamo quello è un posto dove la presenza o meno del medico effettivamente fa la differenza ti rendi conto che il giorno in cui lavoravi facevi la differenza. Mi ha arricchito molto questa esperienze, mi ha arricchito anche il confronto con una cultura diversa che per me spettacolare cioè io ho imparato a conoscere la cultura degli aciori in realtà fatta di 80 tribù diverse con lingue molto differenti le une dalle altre. Io quindi posso dire di averne conosciuta una soltanto però mi è piaciuta molto per esempio mi ha colpito molto il rapporto che loro hanno con la morte per loro la nascita e la morte sono quasi la stessa cosa fanno entrambi parte della vita l'affrontavano con una serenità che veramente mi ha sconvolto.

E poi mi ha arricchito il confronto con il sistema formativo anglosassone. Qui vedete 2 studenti della facoltà di medicina, loro hanno una formazione veramente molto pratica, trascorrono tantissime ore al letto del paziente, tutte le mattine facevano la storia dei pazienti, li visitavano, facevano proposte di iter diagnostico o facevano ipotesi di diagnosi e poi tutti i pomeriggi ne discutevano poi con il primario quindi è veramente una formazione forse un po' meno teorica della nostra valorizzata molto.

Il progetto in che cosa consiste? Il progetto della rotazione ogni 4 mesi che ha permesso la mia esperienza in africa. Rotazione di 4 mesi con 2 settimane di sovrapposizione per il passaggio delle consegne è un progetto per gli specializzandi di pediatria del 3, 4, 5, anno vi dico subito che in realtà non sempre riusciamo a coprire le rotazioni perché non ci sono poi così tante richieste purtroppo. All'inizio c'erano tanti specializzandi che volevano andare adesso sono diminuiti.

Viene data una borsa, sostanzialmente una borsa di viaggio che copre il viaggio aereo, l'assicurazione con il rimpatrio, vitto e alloggio. E va bene: questo è il sito del progetto GuluNap.

Afoyo! Afoyo in Uganda vuol dire Grazie, ma è anche un saluto. E' una cosa molto bella: loro ti incontravano per strada e ti dicevano "afoyo", cioè ti salutavano e ti ringraziavano allo stesso tempo.