

## VACANZE INTELLIGENTI: NORTH KINANGOP CATHOLIC HOSPITAL KENIA, 1-14 LUGLIO 2007

### INTRODUZIONE

La povertà e l'indigenza che interessano gran parte del continente Africano giungono in parte attenuate fino ai circa 2500 metri della Missione di North Kinangop. Si tratta di un piccolo villaggio situato ad un centinaio di chilometri a nord di Nairobi, su un vasto altipiano dove l'allevamento e l'agricoltura costituiscono il fulcro dell'economia locale.

Lungo la strada che da Nairobi porta alla Missione si è colpiti dalla ricchezza di vegetazione che sembra contrastare con la povertà che traspare dai villaggi e dalle baraccopoli che si incontrano lungo il tragitto.

I mezzi di comunicazione interni sono piuttosto limitati: la popolazione si sposta prevalentemente a piedi e in bicicletta. In alternativa, con i Matatoo, pulmini privati che, carichi all'inverosimile, attraversano le strade a elevata velocità.

Le improbabili strade keniate, strisce di terra solcate da cunette torrenziali e dalle ruote dei fuoristrada o, quando va bene, pavimentate da un vecchio asfalto dissestato, sembrano costituire centri di ritrovo sociale. Attraversando i piccoli villaggi esse si arricchiscono di bancarelle che vendono merci di ogni tipo. Durante la settimana sono attraversate da una moltitudine di persone che si reca verso i luoghi di lavoro; al fine settimana, poi, si riempiono dei variopinti colori della festa di un popolo povero ma molto dignitoso.

### CLIMA

Durante il nostro soggiorno, coinciso con l'inizio dell'inverno, il clima è stato ottimo. Di giorno si raggiungevano i 24 - 28 gradi e si poteva lavorare indossando un paio di pantaloni estivi ed una maglietta a maniche corte. Durante la notte la temperatura scendeva, fino a raggiungere qualche grado sopra lo zero alle prime luci del mattino. La sera, pertanto, era necessario indossare un maglione o una felpa in pile, non eccessivamente pesanti, mentre un paio di coperte garantivano un sonno notturno confortevole.

Con il cambio delle stagioni, le temperature subiscono modeste variazioni, trovandosi la zona a pochi paralleli sotto l'equatore. L'unica cosa che cambia realmente è la frequenza delle piogge, più elevata durante l'inverno.

Per chi dovesse partire in missione è consigliabile portare con sé un abbigliamento fondamentalmente estivo, con un paio di blue-jeans da mettere la sera, insieme ad un maglione non troppo pesante e un giubbino impermeabile in caso di pioggia. Ovviamente, un paio di solide scarpe da ginnastica devono far parte del corredo.

Al momento della partenza, lasciare alcuni indumenti lavati ed in buono stato alla Missione è considerato tutt'altro che offensivo: lascerà un po' di spazio in valigia per qualche souvenir che potrà essere acquistato nel week-end libero, da trascorrere, immancabilmente, nella mitica riserva del Masai-Mara, per un safari fotografico indimenticabile.

### ALTRE INFORMAZIONI UTILI

Per quanto riguarda le vaccinazioni, è consigliabile la profilassi antimalarica (Malarone®, 1 compressa al giorno da 2 giorni prima dell'esposizione a 7 giorni dopo) in caso di permanenza in zone di endemia malarica. Ricordiamo che nell'altipiano dove sorge la missione non è presente il vettore della malaria, e noi, come gli altri Colleghi, abbiamo eseguito la profilassi soltanto per il safari al Masai-Mara

Per telefonare in Italia, su consiglio di Don Sandro, abbiamo acquistato della schede telefoniche di una compagnia locale (Safaricom), riuscendo a risparmiare sensibilmente rispetto all'utilizzo delle schede italiane. Questo inoltre ci ha anche consentito di comunicare agevolmente tra di noi e con il personale della missione. Per chi avrà la fortuna di partecipare alle spedizioni, abbiamo lasciato le schede a Don Sandro in modo che non debbano essere sempre riacquistate. Ricordiamo che nella missione c'è possibilità limitata di utilizzare internet: l'unico computer collegato in rete è nello studio di Don Sandro.

Consigliamo di portare con sé, ove possibile, un PC portatile, che potrà servire per registrare l'attività svolta o per aggiornare l'inventario della sala operatoria o più banalmente per scaricare la grande quantità di foto che vi troverete a scattare.

In ultimo, consigliamo un paio di occhiali da sole, della crema insetto-repellente, e qualche libro da leggere.

## LA MISSIONE

La Missione è composta, oltre che dall'ospedale, dal convento, dalla chiesa, dalle dimore del personale che lavora nella missione, dalla casa per gli ospiti, dalla cucina e da varie officine che la rendono una struttura autosufficiente e in grado di gestire molteplici attività di cui beneficia anche la piccola comunità locale, facendone un punto di riferimento non solo sanitario. Troviamo il panificio (fig. 1), la falegnameria (fig. 2), il laboratorio per la lavorazione artigianale della pietra (fig. 3), l'officina meccanica (fig. 4) dove si esegue la manutenzione del discreto parco macchine e la riparazione di camion, escavatori e trattori utilizzati nella lavorazione dei campi.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

## L'ALLOGGIO

Nello spiazzo principale della Missione si trova la casa per gli ospiti (fig. 5), costituita da un salone (Fig. 6) da cui si dipartono due corridoi che danno accesso alle camere. Queste sono pulite, ampie e luminose, dignitosamente arredate con due letti, un tavolino ed un armadio (Fig. 7). Ogni camera ha un bagno con lavandino, WC, bidet, specchio, doccia (Fig. 8). Sono incluse le lenzuola, due asciugamani e una saponetta. Per chi si volesse avvicinare all'esperienza della Missione, è consigliabile portare con sé un asciugamano grande o un accappatoio, un asciugacapelli, oltre ai vari detergenti personali (da non tenere durante il viaggio, ricordiamo, nel bagaglio a mano).

Nella casa è anche presente un bagno comune dove si trova un lavabo e la lavatrice.

Nel salone, oltre alla televisione satellitare e ad un videoregistratore, con ampia scelta di film, c'è anche il camino che, viste le temperature, dà la possibilità di avere un caldo e rustico conforto di sera. Alla fine della giornata è consuetudine stare tutti assieme per chiacchierare, bere un po' di birra acquistata nell'unico "bar" della zona, e guardare la televisione italiana, o un bel film, insieme a don Sandro, simpatico, abile e tenace responsabile della Missione (oltre che grande appassionato di libri gialli e molto riconoscente a chi dovesse farne dono).



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

## LA CUCINA

A pochi metri di distanza dalla casa degli ospiti si trova la cucina (Fig. 9). Tramite un piccolo porticato si entra nella zona cottura dove ognuno si serve prendendo, direttamente e liberamente dalle pentole, le buone pietanze preparate dalle cuoche (Fig. 10). Si passa, quindi, nella sala da pranzo dove si trova un lungo tavolo con una quindicina di posti (Fig. 11).

A capo tavola siede don Sandro con a fianco gli ospiti, poi le Suore che collaborano direttamente nell'organizzazione dell'attività dell'ospedale. In questo ambiente si fa la prima colazione, il pranzo e la cena.

Il menu è fondamentalmente italiano, con un piccolo tocco, qua e là, di cucina locale. Immaneabili e in gran quantità vi sono banane, oltre ad altri frutti del luogo, noti e meno noti (mango, papaya, frutto della passione, guava, cerimonia, tamarillo).

Dopo aver mangiato, tutti insieme si sparecchia, si pulisce la tavola e la si prepara per il pasto successivo.



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11

## L'OSPEDALE

L'ospedale, di poco meno di 200 posti letto, risulta costituito da un pronto soccorso, una Radiologia, il blocco ambulatoriale, quattro reparti (Medicina, Pediatria, Chirurgia e Ostetricia-Ginecologia), la Farmacia e le cucine, tutti collegati tra di loro da corridoi esterni (Fig. 12) separati da spazi verdi dove i pazienti, tempo permettendo, sono soliti trascorrere il periodo della degenza (Fig.13).

Il tipo di assistenza è privato e prevede il pagamento (diretto o mediato da forme di assistenza assicurativa) non solo di una retta, ma anche delle spese del materiale sanitario utilizzato per il paziente nel corso della degenza. Si tratta di cifre per noi irrisorie e, comunque, "popolari" anche per la realtà locale, senza le quali, tuttavia, l'ospedale non potrebbe mantenersi. Sono ovvie le conseguenze in fatto di decisioni diagnostiche e terapeutiche da prendere per ogni singolo caso. Può anche capitare che un paziente, fatti due conti presso l'amministrazione dell'ospedale, decida di non sottoporsi all'intervento proposto.



Fig. 12



Fig. 13

## GLI AMBULATORI

Gli ambulatori sono ampi, ben illuminati ed attrezzati (fig. 14). Durante l'attività ambulatoriale si è assistiti da Suore-infermiere che, oltre all'inglese, parlano un buon italiano e aiutano il medico ad aggiornare le schede impiegate dai Medici locali.

L'attività ambulatoriale si svolge il lunedì, in maggior parte, ed il mercoledì. Spesso, tuttavia, i pazienti arrivano da lontano durante tutta la settimana, in maniera non prevedibile. Questo talora comporta dei disagi, perché uno dei due urologi (di solito il più giovane) è costretto ad

allontanarsi dall'attività operatoria per visitare entro tempi ragionevoli i pazienti. In caso di prestazione ritardata, tuttavia, nessuno si lamenterà (esclusa la efficientissima Suor Margareth).

Riguardo ai farmaci a disposizione, quasi tutte le specialità di interesse urologico sono disponibili, anche se con poche scelte. Si ha sempre, comunque, la possibilità di consultarsi con i colleghi della Farmacia (dove tra l'altro lavora una collega italiana) per valutare, insieme, quali farmaci prescrivere, anche in relazione ai costi, aspetto di importanza non secondaria. Per evitare imbarazzi e perdite di tempo si consiglia di portare un piccolo informatore farmaceutico, dato che si parla spesso in termini di principi attivi, più che di prodotti farmaceutici.

Il primo giorno di attività ci ha fatto entrare subito in contatto con uno dei problemi principali che l'ospedale si trova a dover affrontare: la mancanza, tra gli altri, di uno specialista in urologia. Ci siamo trovati, infatti, a dover visitare una ventina di pazienti, spesso già valutati dai Colleghi locali, che presentavano tutti situazioni piuttosto impegnative che hanno necessitato, per lo più, il ricorso a procedure chirurgiche. Questo ha portato ad impegnare in una sola giornata di visite buona parte delle sedute operatorie delle due settimane successive.

Con la crescente diffusione dell'informazione della popolazione locale circa le missioni di urologi in arrivo il lavoro probabilmente crescerà sempre di più; a ciò si aggiunga che molti dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico dovranno essere rivisti dai Colleghi delle missioni successive. Ne conseguirà, a nostro avviso, la necessità di incrementare la frequenza delle missioni stesse, per poter garantire un controllo ravvicinato dell'esito delle cure prestate ed un'assistenza continuativa rispondente alle esigenze locali.



Fig. 14

## LA RADIOLOGIA

All'interno dello stesso padiglione destinato agli ambulatori troviamo la Radiologia, composta di una saletta con due ecografi, di cui uno solo funzionante (fig. 15), una sala raggi e una sala con la TAC di "seconda mano".

Il punto debole del servizio è, senza dubbio, la mancanza di un Radiologo. Le ecografie vengono infatti eseguite (con grande professionalità, peraltro) da Suor Rosemary. La sala raggi viene gestita da un Tecnico di radiologia, mentre la TAC è ancora inutilizzata, per mancanza di conoscenze da parte del Tecnico.

Per la nostra attività il servizio di Radiologia è stato più che sufficiente. La procedura più eseguita è stata senza dubbio l'uretrocistografia (fig. 16) oltre all'ecografia. Abbiamo anche eseguito, personalmente, alcune urografie. Particolare attenzione deve essere posta nell'utilizzo

parsimonioso del mezzo di contrasto, dati i costi, che vanno a gravare sulle spese complessive che il paziente deve affrontare.



Fig. 15



Fig. 16

## IL REPARTO DI CHIRURGIA

Il reparto di Chirurgia, dove vengono seguiti i pazienti urologici, è un ampio padiglione con una guardiola ampia e luminosa, posta all'ingresso, sei stanze, di cui due femminili (di otto letti ciascuna) e quattro maschili (venti letti), a cui va aggiunta una camera con sei letti per quei pazienti che possono permettersi di pagare un servizio alberghiero migliore.

Delle tre stanze maschili una sarebbe in realtà la "recovery", cioè una stanza a due letti dove dovrebbero essere seguiti i pazienti più critici; tuttavia, data la scarsa disponibilità di strumentazione per il monitoraggio postoperatorio viene, in definitiva, utilizzata come una normale stanza di degenza.

Le ampie camerate (fig. 17), hanno accesso ad un piccolo prato erboso dove i pazienti possono trascorrere la degenza seduti sulle panchine a prendere il sole chiacchierando (fig. 18).

L'attività del reparto è organizzata in modo simile a quella degli ospedali italiani, con giro dei medici e medicazioni di primo mattino. Nell'attività di tutti i giorni si deve fare i conti con la ridotta disponibilità del materiale, che spesso viene sterilizzato e riutilizzato (in particolar modo siringhe da lavanda e lame da bisturi). Questo costringe a razionalizzare l'attività da svolgere, riducendo le procedure all'essenziale.

Non può essere dimenticato il personale infermieristico, che, seppure non abituato alla gestione di pazienti con problemi urologici, si è sempre dimostrato pronto a coadiuvare al meglio il

medico, ad acquisire rapidamente come gestire la miriade di intrecci idraulici che caratterizza il nostro lavoro, attento sempre ai consigli forniti e impegnato nell'eseguire le disposizioni impartite. Purtroppo, a causa della rarità con cui si trova ad affrontare tali problematiche, molta dell'esperienza acquisita di volta in volta è destinata a perdersi nell'arco di tempo che separa una missione dalla successiva.



Fig. 17



Fig. 18

## SALE OPERATORIE

Un portone in legno dà accesso alle sale operatorie, dove un ampio disimpegno diviso da una sbarra impedisce alle barelle che provengono dall'esterno di entrare nell'ambiente protetto. Appena entrati, sulla destra e sulla sinistra si accede al filtro operatorio (diviso per uomini e donne) che ammette ad un ampio spazio utilizzato sia per preparare il paziente all'intervento (compresa l'anestesia spinale) sia come sala risveglio (fig. 19). Entrando dallo spogliatoio maschile si incontra sulla destra una saletta per l'endoscopia digestiva e, sulla sinistra un fluoroscopio, utilizzabile anche per eseguire procedure sull'alta via urinaria.

Le sale operatorie, una delle quali messa a nostra disposizione senza rigoroso limite di orario dal martedì al venerdì, sono due, ampie e luminose (fig. 20), divise tra di loro da uno spazio per la pulizia dei ferri operatori. Completano il blocco operatorio una sala con le autoclavi per la sterilizzazione dei ferri chirurgici e un tavolino dove si scrivono gli atti operatori, rigorosamente a mano (fig. 21).

Se la prima impressione che desta il blocco operatorio è nel complesso positiva, i problemi incominciano a sorgere quando ci si appresta all'attività operatoria. La prima nota dolente sono senza dubbio le lampade scialitiche, molto vecchie e incapaci di garantire una buona illuminazione del campo operatorio. Altro problema è rappresentato dall'elettrobisturi che, col suo funzionamento capriccioso, costringe spesso a pause durante l'intervento, che possono risultare, oltre che fastidiose, critiche in alcuni passaggi dell'intervento. Un nuovo elettrobisturi, ancora imballato, donato da una missione di Chirurghi, sarà messo in funzione a breve.

Sui problemi relativi all'endoscopia torneremo successivamente.

Una menzione particolare merita la figura dell'Anestesista, il simpatico, quanto bravo e rapido Edward, che, gestendo due sale contemporaneamente, permette di eseguire qualsiasi intervento con la tecnica anestesologica più idonea, incoraggiando il Chirurgo con il suo rassicurante "no problem". Edward, tra l'altro, si fa carico dell'inquadramento pre-operatorio dei pazienti, delle liste operatorie, da concordare insieme, e del monitoraggio post-operatorio. E pensare che la sua non è una laurea in medicina, ma una laurea breve in anestesia.

I camici utilizzati negli interventi sono di tela molto sottile, pertanto è sempre consigliabile indossare un grembiule protettivo impermeabile per evitare di sporcarsi di secrezioni organiche (in realtà vi sono anche camici nuovi portati da spedizioni precedenti, che vengono conservati con grande e giustificata parsimonia da Suor Norberta, ma che le si può chiedere di utilizzare). Sono inoltre disponibili maschere protettive per gli occhi, il cui utilizzo, sebbene fastidioso, è auspicabile, data la diffusione di HIV nel Paese. Ricordiamo che il test per la determinazione della positività all'HIV, pur non potendo essere eseguito di routine, può essere effettuato in caso di incidenti in pochi minuti. Inoltre, un kit di emergenza per possibile contaminazione da retrovirus è messo a disposizione da Padova Ospitale ad ogni missione.

Durante il soggiorno è stato anche redatto un inventario del materiale disponibile nella sala messa a nostra disposizione, scoprendo la carenza di materiale "vitale" per la nostra attività, accanto alla presenza di materiale di cui nessuno, ormai, ricordava la presenza. E' auspicabile che, ad ogni missione, questo inventario sia aggiornato per permettere alla missione successiva di valutare quale sia il materiale più urgente da portare.

Non si può, infine, non menzionare la grande professionalità del personale di sala, sempre attento ad ogni problema, disponibile ad ogni richiesta e capace a collaborare con il chirurgo per trovare soluzioni che permettano di portare a termine gli interventi nel migliore dei modi (fig. 22).



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22

## REALTA' CLINICA LOCALE

La patologia urologica che abbiamo riscontrato con maggior frequenza è la stenosi dell'uretra. L'eziologia è spesso traumatica, legata ad incidenti sul lavoro (spesso durante l'attività agricola) oltre che su base infiammatoria (malattie sessualmente trasmesse). Quasi sempre viene trascurata dal paziente, o misconosciuta, fino a che non si manifesta in maniera clamorosa con la ritenzione urinaria (da acuta fino all'insufficienza renale). Dai Medici locali viene trattata o con l'inevitabile posizionamento di una cistostomia (Foley 18 ch. riposto rigorosamente per via chirurgica attraverso una Pfannenstiel), lasciata in situ spesso per tempi prolungati, o con

trattamenti conservativi (cateterismi e calibrazioni uretrali), che permettono di “tirare avanti” per un po’, ma che a lungo andare non fanno che peggiorare la situazione.

Questo ci ha portato a due immediate considerazioni: la prima è che è necessario che gli specialisti che vengono mandati in tale realtà non possano non avere una buona conoscenza della chirurgia dell’uretra, come, del resto, è stato previsto; la seconda è che, essendo la stenosi dell’uretra una patologia che tende a recidivare, soprattutto se ci si limita ad un trattamento endoscopico, probabilmente crescerà il numero di pazienti che ad ogni missione necessiteranno di rivalutazione, accrescendo di conseguenza il carico di lavoro a livello ambulatoriale.

Ove non possibile una anastomosi termino-terminale, la scelta da noi attuata nel trattamento delle stenosi uretrali più impegnative è stata quella dell’uretroplastica con lembo di mucosa buccale. Questa tecnica permette, potenzialmente, di risolvere con un solo intervento il problema, evitando gli interventi in due tempi, che graverebbero sulle missioni successive. In alternativa, ci siamo trovati costretti ad eseguire una uretrotomia endoscopica, spesso per l’impossibilità di eseguire sempre interventi di lunga durata, nonostante si trattasse di stenosi inveterate, piuttosto lunghe e con marcata reazione fibrotica. Altra procedura da suggerire in alcuni casi potrebbe essere il confezionamento di una uretrostomia perineale: meno elegante di una correzione con lembo buccale, è una tecnica relativamente rapida e semplice che può garantire risultati accettabili.

La seconda patologia che, come frequenza, ci siamo trovati ad affrontare è stata l’ipertrofia prostatica. Scarsa è la tendenza all’utilizzo della terapia medica, scelta sicuramente legata alle ridotte possibilità economiche. Mancando completamente le competenze per eseguire un trattamento endoscopico, l’intervento che viene eseguito dal Collega locale (il simpatico e bravissimo Philip, Chirurgo generale, ricordiamo) è l’adenomectomia chirurgica (prevalentemente trans-vescicale), penalizzato, da quanto ci è sembrato dalla sommaria esperienza ambulatoriale, da una certa incidenza di incontinenza.

Nella nostra esperienza eseguire la resezione endoscopica della prostata è stato tutt’altro che agevole, sia per l’attrezzatura disponibile, non proprio di prima scelta e non sempre “in forma” (elettrobisturi in prima istanza), sia per la scarsa esperienza del personale nell’assistenza (dalla conoscenza degli strumenti e delle loro connessioni, alla gestione del liquido di lavaggio, alla mancanza di un sistema di raccolta). In realtà il personale (la dolce e brava Teresa, in particolare) acquisisce rapidamente dimestichezza con la procedura, ma altrettanto rapidamente rischia di perdere la manualità acquisita a causa della rarità con cui si trova a dover affrontare questi interventi. Una telecamera, infine, esiste, e sarebbe l’ideale per ridurre i rischi di contagio microbiologico, ma non permette una buona visione. Per tutti questi motivi abbiamo eseguito la resezione endoscopica, con tanta buona volontà, solo in caso di ipertrofia prostatica di dimensioni contenute, privilegiando l’adenomectomia retropubica negli altri casi.

Altra realtà con la quale ci si è confrontati è la neoplasia prostatica avanzata. Considerando gli elevati costi della terapia ormonale, praticamente insostenibili per la popolazione locale, l’alternativa terapeutica inevitabile è rappresentata dalla “vecchia” orchietomia. Ovviamente la decisione può essere presa solo dopo il conforto di un responso istologico, che in genere giunge dopo due settimane, a missione finita. La decisione sarà presa o dalla missione successiva, oppure, con contatto e-mail, lasciando al buon Philip il compito di eseguire l’intervento. Recentemente, peraltro, l’ospedale fa riferimento ad un nuovo servizio di Anatomia Patologica di Nairobi che ha ridotto a poco più di 7 giorni i tempi d’attesa per i referti.

A titolo esemplificativo di ciò che può capitare in questo tipo di realtà riportiamo un caso che ci ha posto di fronte a molteplici problematiche. Si trattava di un paziente con massa pelvica, sospetta (e confermata poi) per neoplasia prostatica, associata ad idronefrosi bilaterale, con funzionalità renale ancora conservata. Il problema maggiore che ci siamo trovati ad affrontare nella

scelta terapeutica è stata l'impossibilità di garantire una assistenza e un follow-up adeguati in caso di derivazione percutanea (peraltro un po' problematica da eseguire, anche se non proibitiva). Ci è parso appropriato, pertanto, proporre, alla vecchia maniera, una derivazione chirurgica transileale, che il paziente ha però rifiutato. In attesa della prossima missione, contiamo su una lenta evoluzione del quadro verso l'insufficienza renale e una pronta risposta alla orchietomia, che nel frattempo avrà eseguito Philip su nostra indicazione.

Poca, a sorpresa, la patologia urolitiasica. L'unico caso, osservato in una giovane donna che si è presentata con un calcolo pielo-caliceale a stampo di 4 cm, è stato trattato chirurgicamente. Improprio, allo stato attuale, il trattamento percutaneo e, in generale, tutti i trattamenti endourolitici, escluso, forse, il drenaggio urinario in emergenza (a cui, però, dovrà far seguito un intervento risolutivo e tempestivo).

Può anche essere eseguita la chirurgia maggiore, come la cistectomia con derivazione. Con grandissima attenzione per il post-operatorio, affidato in gran parte alle attenzioni degli operatori, a 1000 ml di soluzione fisiologica e altrettanti di Glucosata al 5% al giorno. Ma si può fare.

## CONCLUSIONI

La scelta del titolo di questa relazione è scaturita dalla consapevolezza di aver fatto, in effetti, una delle vacanze tra le più intelligenti della nostra vita.

Riteniamo che questa esperienza sia stata di grandissima utilità.

Per i pochi, purtroppo, a cui forse abbiamo in qualche modo risolto un problema.

Sicuramente per noi: la piacevole sensazione di mettere a disposizione il nostro lavoro per qualcosa di utile, di cui si percepisce, palpabile e immediata, l'importanza, è assolutamente impagabile. La riconoscenza dei pazienti, poi, è a dir poco commovente. Abbiamo anche realizzato, tra l'altro, una cosa importante: quanto sia dispendioso il nostro modo di gestire la sanità e quanto si possa, in effetti, essere altrettanto efficaci sperperando un po' meno.

Certamente questa iniziativa non può che considerarsi una piccolissima goccia in un oceano enorme. Ma è una iniziativa concreta, che deve essere assolutamente continuata e potenziata (vi sono, a questo proposito, alcune idee per coinvolgere anche alcuni Sponsor, mediante l'organizzazione di Congressi in loco). Magari allargata, se possibile, ad altre realtà, come già sta facendo Padova Ospitale.

Sicuramente non può essere interrotta. Ciò significherebbe aver solo illuso alcune persone, facendo loro vedere cosa avrebbero potuto avere in una situazione privilegiata, quale è quella in cui viviamo e di cui non ci rendiamo conto più di tanto.

Troviamo estremamente intelligente la formula dell'équipe composta da un Urologo formato (è necessaria molta esperienza in certi frangenti) ed uno in formazione (sono necessari entusiasmo e resistenza giovanili).

Ci auguriamo che questo nostro resoconto stimoli un gran numero di Colleghi, dotati di buona volontà, a farsi coinvolgere. Siamo in molti, sicuramente, nel solo Triveneto.

Magari rinunciando all'ennesimo Congresso ripetitivo, talora inutile, o ad una vacanza non particolarmente divertente.

Claudio Milani e Stefano Lai

*Ringraziamo i Colleghi Massimo Dal Bianco e Guglielmo Breda per averci coinvolti.*