

# VITA OSPEDALIERA

RIVISTA MENSILE DEI FATEBENEFRAPELLI DELLA PROVINCIA ROMANA

ANNO LXXV - N. 06

POSTE ITALIANE S.p.a. - SPED. ABBONAMENTO POSTALE - D.L. 353/2003 (Conv. in L. 27/02/2004 N° 46) Art. 1, Comma 2 - DCB ROMA

GIUGNO 2020

## L'APPROCCIO HTA

per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Ospedaliere in Sala Operatoria



La professione  
con il cuore  
in mano



COVID-19  
un bicchiere  
mezzo pieno



# I FATEBENEFRAPELLI ITALIANI NEL MONDO

*I Confratelli sono presenti nei 5 continenti in 52 nazioni.  
I Religiosi italiani realizzano il loro apostolato nei seguenti centri:*

## CURIA GENERALIZIA

[www.ohsjd.org](http://www.ohsjd.org)

### • ROMA

**Centro Internazionale Fatebenefratelli**  
Curia Generale  
Via della Nocetta, 263 - Cap 00164  
Tel. 06.6604981 - Fax 06.6637102  
E-mail: segretario@ohsjd.org

**Ospedale San Giovanni Calibita**  
Isola Tiberina, 39 - Cap 00186  
Tel. 06.68371 - Fax 06.6834001  
E-mail: frfabell@tin.it  
Sede della Scuola Infermieri  
Professionali "Fatebenefratelli"

**Fondazione Internazionale Fatebenefratelli**  
Via della Luce, 15 - Cap 00153  
Tel. 06.5818895 - Fax 06.5818308  
E-mail: fbfisola@tin.it

**Ufficio Stampa Fatebenefratelli**  
Lungotevere de' Cenci, 5 - 00186 Roma  
Tel. 06.6837301 - Fax: 06.68370924  
E-mail: ufficiostampafbf@gmail.com

### • CITTÀ DEL VATICANO

**Farmacia Vaticana**  
Cap 00120  
Tel. 06.69883422  
Fax 06.69885361

## PROVINCIA ROMANA

[www.provinciaromanafbf.it](http://www.provinciaromanafbf.it)

### • ROMA

**Curia Provinciale**  
Via Cassia, 600 - Cap 00189  
Tel. 06.33553570 - Fax 06.33269794  
E-mail: curia@fbfrm.it

### • Centro Studi

**Corso di Laurea in Infermieristica**  
Via Cassia, 600 - Cap 00189  
Tel. 06.33553535 - Fax 06.33553536  
E-mail: centrostudi@fbfrm.it  
*Sede dello Scolasticato della Provincia*

### • Centro Direzionale

Via Cassia, 600 - Cap 00189  
Tel. 06.3355906 - Fax 06.33253520

### • Ospedale San Pietro

Via Cassia, 600 - Cap 00189  
Tel. 06.33581 - Fax 06.33251424  
[www.ospedalesanpietro.it](http://www.ospedalesanpietro.it)

### • GENZANO DI ROMA (RM)

**Istituto San Giovanni di Dio**  
Via Fatebenefratelli, 3 - Cap 00045  
Tel. 06.937381 - Fax 06.9390052  
[www.istitutosangiovannididio.it](http://www.istitutosangiovannididio.it)  
E-mail: vocazioni@fbfgz.it  
*Centro di Accoglienza Vocazionale*

### • NAPOLI

**Ospedale Madonna del Buon Consiglio**  
Via A. Manzoni, 220 - Cap 80123  
Tel. 081.5981111 - Fax 081.5757643  
[www.ospedalebuonconsiglio.it](http://www.ospedalebuonconsiglio.it)

### • BENEVENTO

**Ospedale Sacro Cuore di Gesù**  
Viale Principe di Napoli, 14/a - Cap 82100  
Tel. 0824.771111 - Fax 0824.47935  
[www.ospedalesacrocuore.it](http://www.ospedalesacrocuore.it)

### • PALERMO

**Ospedale Buccheri-La Ferla**  
Via M. Marine, 197 - Cap 90123  
Tel. 091.479111 - Fax 091.477625  
[www.ospedalebuccherilaferla.it](http://www.ospedalebuccherilaferla.it)

### • ALGHERO (SS)

**Soggiorno San Raffaele**  
Via Asfodelo, 55/b - Cap 07041

## MISSIONI

### • FILIPPINE

**St. John of God Rehabilitation Center**  
1126 R. Hidalgo St., Quiapo, Manila, 1001  
Tel 0063.2.7362935 Fax 0063.2.7339918  
Email: roquejusay@yahoo.com  
*Sede dello Scolasticato e dell'Aspirantato*

### • Social Center La Colcha

1140 R. Hidalgo St., Quiapo, Manila, 1001  
Tel 0063.2.2553833 Fax 0063.2.7339918  
Email: callecolcha.hpc16@yahoo.com

### • St. Richard Pampuri Rehabilitation Center

36 Bo. Salaban, Amadeo, Cavite, 4119  
Tel 0063.46.4835191 Fax 0063.46.4131737  
Email: fpj026@yahoo.com  
*Sede del Noviziato Interprovinciale*

### • St. John Grande Formation Center

House 32, Sitio Tigas  
Bo. Maymangga, Amadeo, Cavite, 4119  
Cell 00639.770.912.468 Fax 0063.46.4131737  
Email: romansalada64@yahoo.com  
*Sede del Postulantato Interprovinciale*

## PROVINCIA LOMBARDO-VENETA

[www.fatebenefratelli.eu](http://www.fatebenefratelli.eu)

### • BRESCIA

**Sede legale della Provincia**  
Via Pilastroni, 4 - Cap 25125

### • Centro San Giovanni di Dio Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Via Pilastroni, 4 - Cap 25125  
Tel. 030.35011 - Fax 030.348255  
[centro.sangiovanni.di.dio@fatebenefratelli.eu](mailto:centro.sangiovanni.di.dio@fatebenefratelli.eu)  
*Sede del Centro Pastorale Provinciale*

### • Asilo Notturmo San Riccardo Pampuri

**Fatebenefratelli onlus**  
Via Corsica, 341 - Cap 25123  
Tel. 030.3530386  
[amministrazione@fatebenefratelli.eu](mailto:amministrazione@fatebenefratelli.eu)

### • CERNUSCO SUL NAVIGLIO (MI)

**Curia Provinciale**  
Via Cavour, 22 - Cap 20063  
Tel. 02.92761 - Fax 02.9241285  
E-mail: prcu.lom@fatebenefratelli.org  
*Sede del Centro Studi e Formazione*  
**Centro Sant'Ambrogio**  
Via Cavour, 22 - Cap 20063  
Tel. 02.924161 - Fax 02.92416332  
E-mail: s.ambrogio@fatebenefratelli.eu

### • ERBA (CO)

**Ospedale Sacra Famiglia**  
Via Fatebenefratelli, 20 - Cap 22036  
Tel. 031.638111 - Fax 031.640316  
E-mail: sfamiglia@fatebenefratelli.eu

### • GORIZIA

**Casa di Riposo Villa San Giusto**  
Corso Italia, 244 - Cap 34170  
Tel. 0481.596911 - Fax 0481.596988  
E-mail: s.giusto@fatebenefratelli.eu

### • MONGUZZO (CO)

**Centro Studi Fatebenefratelli**  
Cap 22046  
Tel. 031.650118 - Fax 031.617948  
E-mail: monguzzo@fatebenefratelli.eu

### • ROMANO D'EZZELINO (VI)

**Casa di Riposo San Pio X**  
Via Cà Cornaro, 5 - Cap 36060  
Tel. 042.433705 - Fax 042.4512153  
E-mail: s.piodecimo@fatebenefratelli.eu

### • SAN COLOMBANO AL LAMBRO (MI)

**Centro Sacro Cuore di Gesù**  
Viale San Giovanni di Dio, 54 - Cap 20078  
Tel. 0371.2071 - Fax 0371.897384  
E-mail: scolombano@fatebenefratelli.eu

### • SAN MAURIZIO CANAVESE (TO)

**Beata Vergine della Consolata**  
Via Fatebenefratelli 70 - Cap 10077  
Tel. 011.9263811 - Fax 011.9278175  
E-mail: sanmaurizio@fatebenefratelli.eu  
*Comunità di accoglienza vocazionale*

### • SOLBIATE (CO)

**Residenza Sanitaria Assistenziale San Carlo Borromeo**  
Via Como, 2 - Cap 22070  
Tel. 031.802211 - Fax 031.800434  
E-mail: s.carlo@fatebenefratelli.eu

### • TRIVOLZIO (PV)

**Residenza Sanitaria Assistenziale San Riccardo Pampuri**  
Via Sesia, 23 - Cap 27020  
Tel. 0382.93671 - Fax 0382.920088  
E-mail: s.r.pampuri@fatebenefratelli.eu

### • VARAZZE (SV)

**Casa Religiosa di Ospitalità Beata Vergine della Guardia**  
Largo Fatebenefratelli - Cap 17019  
Tel. 019.93511 - Fax 019.98735  
E-mail: bvg@fatebenefratelli.eu

### • VENEZIA

**Ospedale San Raffaele Arcangelo**  
Madonna dell'Orto, 3458 - Cap 30121  
Tel. 041.783111 - Fax 041.718063  
E-mail: s.raffaele@fatebenefratelli.eu  
*Sede del Postulantato e dello Scolasticato della Provincia*

### • CROAZIA

**Bolnica Sv. Rafael**  
Milsrdna Braca Sv. Ivana od Boga  
Sumetlica 87 - 35404 Cernik  
Tel. 0038535386731 - 0038535386730  
Fax 0038535386702  
E-mail: prior@bolnicavetirafael.eu

## MISSIONI

### • TOGO - Hôpital Saint Jean de Dieu

Afagnan - B.P. 1170 - Lomé

### • BENIN - Hôpital Saint Jean de Dieu

Tanguiéta - B.P. 7

## VITA OSPEDALIERA

*Rivista mensile dei Fatebenefratelli della Provincia Romana - ANNO LXXV*

Sped.abb.postale Gr. III-70% - Reg.Trib. Roma: n. 537/2000 del 13/12/2000

Via Cassia 600 - 00189 Roma  
Tel. 0633553570 - 0633554417  
Fax 0633269794 - 0633253502  
e-mail: stizza.marina@fbfrm.it - dicamillo.katia@fbfrm.it

**Direttore responsabile:** fra Angelico Bellino o.h.

**Redazione:** fra Gerardo D'Auria o.h.

**Collaboratori:** fra Giuseppe Magliozzi o.h., fra Massimo Scribano o.h., Mariangela Roccu, Armando Vitiello, Alfredo Salzano, Cettina Sorrenti, Fabio Liguori, Raffaele Villanacci, Franco Luigi Spampinato, Giuseppe Failla, Ada Maria D'Addosio, Costanzo Valente, Mons. Pompilio Cristino, Ornella Fosco, Francesco G. Biondo  
**Archivio fotografico:** Sandro Albanesi  
**Segreteria di redazione:** Marina Stizza, Katia Di Camillo  
**Amministrazione:** Cinzia Santinelli

**Stampa e impaginazione:** Tipografia Miligraf Srl

Via degli Olmetti, 36 - 00060 Formello (Roma)

**Abbonamenti:** Ordinario 15,00 Euro

Sostenitore 26,00 Euro

IBAN: IT 58 S 01005 03340 000000072909

**Finito di stampare:** giugno 2020

In copertina: L'approccio HTA per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Ospedaliere in Sala Operatoria

# s o m m a r i o

## rubriche

- 4 Pier Gioglio Frassati:  
una vita donata
- 5 La protezione delle persone  
vulnerabili
- 6 COVID-19: un bicchiere mezzo  
pieno
- 7 Abbiamo imparato a respirare
- 8 Gestione del Diabete  
nell'Adolescente
- 9 Gli albori della medicina: i  
monaci medici
- 10 Tappa evolutivo-adolescenziale  
che maggiormente incide sulla  
femminilità
- 11 **L'approccio HTA per la  
prevenzione e il controllo delle  
Infezioni Ospedaliere in Sala  
Operatoria**
- 15 San Giovanni d'Avila
- 16 Dio ha tanto amato il mondo,  
da dare il Suo Figlio Gesù!
- 17 Infezione da helicobacter  
pylori

## dalle nostre case

- 18 Aree critiche e risposte  
adattative
- 20 Aggiornamenti in Chirurgia  
oncologica: le neoplasie  
gastriche
- 21 La professione con il cuore in  
mano
- 22 Progetto HCV Patient Journey  
per sconfiggere l'epatite C  
La moda milanese in Ospedale.  
Il brand Grace dona  
mascherine
- 23 NEWSLETTER

# e d i t o r i a l e

## Ma è tutto da dimenticare o buttare?



■ Non conosco il cinese e non saprei come verificare quanto vi dico ma, considerando che è una citazione del defunto e amato presidente degli USA John Fitzgerald Kennedy, posso fidarmi: **“Scritta in cinese la parola crisi è composta da due caratteri. Uno rappresenta il pericolo e l'altro rappresenta l'opportunità”**. Prima di lui altri si sono cimentati in espressioni che poi sono diventate celebri. Tra queste quella che mi ha colpito di più è ciò che affermò Alber Einstein: **“Non possiamo pretendere che le cose cambino se continuiamo a fare le stesse cose. La crisi è la più grande benedizione per le persone e per le nazioni, perché porta progressi... È nella crisi che sorgono l'inventiva, le scoperte e le grandi strategie. Chi supera la crisi supera se stesso senza essere superato”**. Che la pandemia da coronavirus sia stata ed è tutt'ora una crisi di portata biblica è innegabile. Se avessimo potuto scegliere sicuramente ne avremmo fatto a meno. Ma visto che è arrivata, dopo averne parlato a lungo e criticato, io per primo, tante cose, cerchiamo di trarne anche aspetti positivi, dando credito ai due grandi del passato citati: Albert Einstein e John Fitzgerald Kennedy.

Ho provato a elencare le cose positive, ma chiunque può stilare la propria lista: traffico, furti, rapine, inquinamento, spreco di cibo e beghe politiche gratuite e incomprensibili, si sono francamente ridotti o azzerati;

- dovendo mostrare lo scontrino fiscale del supermercato con relativa ricevuta bancomat, ci siamo abituati all'uso delle carte di credito, moneta virtuale e si è ridotta l'evasione fiscale (i pagamenti fatti con carte di credito sono tracciabili), evitando multe in quanto se ci fermavano le forze dell'ordine potevamo dimostrare la ragione per la quale eravamo in giro;
- abbiamo riscoperto le ricette della nonna, facendo il pane in casa, la pasta fresca, dolci deliziosi; abbiamo ripulito le nostre case che adesso brillano come non mai e ci siamo dati tutti al giardinaggio;
- ci siamo impraticchiti con gli acquisti online sui siti di e-commerce, abbiamo sperimentato il lavoro da casa con lo smart working e la didattica, dalle elementari alle università, è stata fatta con le piattaforme di video-conferenza con i professori e gli alunni che s'incontravano nell'aula virtuale del monitor PC;
- siamo sopravvissuti all'assenza del calcio in TV o allo stadio, incrementato la lettura dei libri, dei giornali e la visione dei film (spesso di recente produzione e visualizzabili gratis sui canali a pagamento), condividendo, con il coniuge e i figli, relazioni umane ormai riposte nel cassetto;
- siamo diventati più solidali e vogliosi di interagire con il prossimo e siamo diventati tutti più fedeli al coniuge e alla promessa dell'amore eterno (anche perché andare dall'amante era difficile);
- abbiamo scoperto un modo nuovo di essere religiosi praticanti con Papa Francesco che ogni mattina celebrava la Santa Messa trasmessa da Rai 1, in cui dispensava consigli e raccomandazioni. Praticamente Papa Francesco è diventato uno di noi, uno di casa, un amico di tutti;
- siamo diventati cittadini più ossequiosi e rispettosi delle norme e del bene pubblico e sociale, accorgendoci che i veri eroi non sono Superman o l'Uomo Ragno, ma gli addetti ai servizi sanitari che hanno permesso di poter vedere la luce in fondo al tunnel, spesso con il sacrificio della propria vita;
- abbiamo scoperto che l'Europa è un'altra cosa e abbiamo compreso chi, tra gli stati europei, ci è amico e chi no.

Certo l'elenco è lungo e potrei continuare, ma sarei contento se almeno una parte delle cose che abbiamo fatto durante il lockdown, in italiano possiamo tradurlo con licenza poetica in arresti domiciliari, potesse durare a lungo e qualcuna delle cose elencate, fosse presa alla lettera diventando duratura. Vi devo confessare che mi arrabbio ogni qualvolta sento dire “speriamo di tornare alla normalità di prima”. Ma quando mai. Ma chi ci vuole tornare a quel modo di vita precedente, ora che abbiamo riscoperto valori dei quali ne avevamo ampiamente sottostimato la portata, l'utilità e il significato? Io no. Mi trovo bene in questo nuovo ordine. Mi trovate d'accordo se la normalità da porre come questione centrale è quella che abbiamo ritrovato adesso nella limitazione delle libertà personali a comprova che **“non tutti i mali vengono per nuocere”**. ■



# Pier Giorgio Frassati: una vita donata

di Mons. Pompilio Cristino

“**T**Il beato Pier Giorgio Frassati, morto nel 1925, “era un giovane di una gioia trascinate, una gioia che superava anche tante difficoltà della sua vita”. Diceva di voler ripagare l’amore di Gesù che riceveva nella Comunione, visitando e aiutando i poveri”; con queste parole Papa Francesco nella Esortazione Apostolica “Christus Vivit”, 60, propone ai giovani l’esempio e la testimonianza di vita di questo giovane universitario torinese.

“Il cuore della Chiesa, continua ancora il Papa, è pieno anche di giovani santi, che hanno dato la loro vita per Cristo; molti di loro fino al martirio. Sono stati preziosi riflessi di Cristo giovane che risplendono per stimolarci e farci uscire dalla sonnolenza. Il Sinodo ha messo in evidenza che - molti giovani santi hanno fatto risplendere i lineamenti dell’età giovanile in tutta la loro bellezza e sono stati nella loro epoca, veri profeti di cambiamento; il loro esempio mostra di che cosa sono capaci i giovani quando si aprono all’incontro con Cristo - (49).

Pier Giorgio era nato a Torino il 6 aprile 1901 da una ricca famiglia: la madre Adelaide era una nota pittrice e il papà Alfredo, fondatore del quotidiano La Stampa, nel 1913 era il più giovane senatore del Regno e nel 1922 fu ambasciatore d’Italia a Berlino.

Il giovane Pier Giorgio, educato in famiglia secondo la mentalità dell’epoca a osservare tutto un sistema di regole e di doveri, senza però una vera educazione di fede, scoprì proprio nella fede il senso più bello e profondo della sua vita.

Ai suoi amici scriveva: “La fede è per me la prima cosa e per essa farò qualsiasi sacrificio” e ancora: “Solo la fede ci dà la possibilità di vivere”.

Quello che colpisce di questo giovane



è la volontà di vivere con intensità ogni giorno e ogni occasione della vita. Scrive a Isidoro Bonini: “Ogni giorno di più comprendo quale grazia sia essere cattolici. Poveri quelli che non hanno una fede: vivere senza una fede, senza un patrimonio da difendere, senza sostenere in una lotta continua la verità, non è vivere, ma è vivacchiare”.

Dal suo cammino di fede scaturisce una grande gioia che trasmette soprattutto ai suoi amici e con la quale affronta le difficoltà di ogni giorno: “Carissima, scrive alla sorella, tu mi domandi se sono allegro; e come potrei non esserlo? Finché la fede mi darà forza, sempre allegro! Ogni cattolico non può non essere allegro: la tristezza deve essere bandita dagli animi dei cattolici; il dolore non è tristezza, ma una malattia peggiore di ogni altra”.

Per poter vivere in pienezza tutta la sua ricchezza interiore e il suo entusiasmo appassionato si iscrisse, spesso contro il volere dei suoi familiari, a numerose Associazioni, soprattutto di volontariato, partecipandovi attivamente e assumendo responsabilità di guida.

Anche se giovane cercò, con grande senso di maturità, di fare armonia tra la fede e la vita, tra l’impegno dello studio e il servizio ai poveri. Proprio al “volontariato della carità” Pier Giorgio si dedicò immergendosi nella più viva tradizione dei santi sociali della sua terra piemontese (Don Giovanni Bosco, Giuseppe Benedetto Cottolengo, Leonardo Murialdo, Luigi Orione ...). Amava dire: “Gesù mi fa visita ogni mattina nella Comunione, io la restituisco nel misero modo che posso, visitando i poveri”.

Questo giovane pieno di vita e di gioia, amante dello sport, soprattutto della montagna; questo studente universitario ormai prossimo alla laurea, “ardente di carità” dedito instancabilmente al servizio dei poveri, a soli 24 anni, il 4 luglio 1925, conclude il suo cammino terreno.

Probabilmente, proprio visitando i poveri nelle loro abitazioni, egli contrasse una meningite fulminante che in meno di una settimana lo portò alla morte. Nei giorni della sua sofferenza scrisse: “La fede ci dà la forza di sopportare le spine di cui è intessuta la vita”.

Nel giorno della sua Beatificazione il 20 maggio 1990, S. Giovanni Paolo II ha affermato: “Certo, a uno sguardo superficiale, lo stile di Pier Giorgio Frassati, un giovane moderno pieno di vita, non presenta granché di straordinario. Ma proprio questa è l’originalità della sua virtù, che invita a riflettere e che spinge all’imitazione”. ■

# La protezione delle persone vulnerabili

di Ada Maria D'Addosio

**L**e difficoltà di questi mesi nel programmare l'assistenza dei pazienti evitando il rischio dei contagi da Covid 19 hanno portato i medici a utilizzare nuove forme di assistenza sanitaria attraverso le tecnologie. La telemedicina, il teleconsulto, le chiamate telefoniche con gli orari messi a disposizione dell'utenza, l'invio di ricette on line, le mail e l'uso di whatsapp, visualizzazioni tramite Skype o tecnologia Web, sono stati alcuni dei mezzi utilizzati da molti clinici per mantenere il rapporto con i loro pazienti, specie quelli cronici.

Tali mezzi però non sono stati una valida risposta alle esigenze dei pazienti fragili: molti anziani si sono dimostrati poco inclini all'uso del computer, e a volte hanno preferito che i contatti telefonici

fossero svolti dai loro familiari. Ancora più complessa si è dimostrata l'assistenza ai pazienti psichiatrici, a cui la sola voce del medico poteva non bastare a contenere l'ansia e i disturbi comportamentali, sono stati necessari sistemi di contatto visivo, sebbene per alcuni la necessità andava ben oltre la semplice visualizzazione attraverso lo schermo.

La comunicazione ha seguito canali non consoni a persone straniere, i cosiddetti "extra-comunitari", magari con difficoltà nella lingua, già alle prese con burocrazie farraginose, che hanno comportato disorientamento nell'accedere a cure possibili. L'importanza dell'inserimento e dell'integrazione è proprio venuta a mancare nel momento in cui si richiedeva l'isolamento sociale generalizzato.

In alcuni malati l'assistenza è stata decisamente carente, con mancanza di esami ematici, radiologici e assenza di comunicazione con il medico. Tra la paura del contagio e la reale impossibilità di accedere ai servizi, alcune categorie di pazienti hanno perso i benefici di tutta un'organizzazione clinica a loro disposizione fino a febbraio.

Sono stati riportati problemi relativi al



ritardo di diagnosi di infarto, di tumori operabili, fino all'estreme conseguenze, con decessi a domicilio di alcuni pazienti per scelta sia personale, sia dei familiari, pur di non restare isolati all'interno degli ospedali e morire senza il conforto dell'affetto dei propri parenti.

Non bisogna dimenticare tra le persone fragili, le donne che hanno partorito in questo periodo: la necessità di protezione per sé e per il loro piccolo le ha costrette spesso a partorire sole, senza il partner, con scarsa presenza di familiari stretti, e impossibilità di condividere la gioia della nascita con parenti ed amici. Un evento lieto si è caricato di ansia per il presente e per il futuro.

La ripresa delle attività routinarie, ambulatoriali e di degenza, potrà permettere una valutazione dell'impatto di questo

periodo di lock down sanitario sulla popolazione. Se per esempio il blocco dei programmi di screening preventivo delle patologie oncologiche porterà a un numero maggiore di diagnosi di casi ormai avanzati, bisognerà intraprendere nuove forme di assistenza, che tengano conto del rischio del ripresentarsi di endemie virali nel futuro.

Anche l'indirizzo dei pazienti presso gli Hospice o le RSA è stato di difficile accettazione da parte dell'utenza, che ha visto in queste scelte non un'opportunità di continuare le cure, anche palliative, per garantire una assistenza adeguata delle fasi della vita in cui le terapie rischiano di essere solo un accanimento, ma il rischio di finire in Centri ad alto rischio di diffusione del virus, paventando disastro-

se conseguenze già verificatesi.

Non sempre curare un paziente significa guarirlo o aiutarlo a stare meglio; a volte può voler dire solo proteggerlo dalle conseguenze del suo male o dal rischio di ulteriori mali. Questo ci dovrà portare a scegliere il da farsi in maniera condivisa con il paziente e la famiglia, accettando la possibile precarietà del momento. In tal senso è evidente come questa pandemia abbia collocato tra le persone fragili e vulnerabili gli stessi operatori sanitari, alle prese con incertezze e paure, stress e gestione dell'emotività, tensione, ansia sul lavoro e preoccupazione di portare a casa il rischio del contagio. Anche per loro ci sarà la necessità di ricorrere a forme di aiuto che tengano conto della grave ricaduta umana e professionale che avrà questa pandemia. ■



# COVID-19: un bicchiere mezzo pieno

di Domenico Picozzi (*Reparto Covid San Carlo - Ospedale san Pietro*)

**D**ifficile poter riassumere in poche parole le sensazioni e le emozioni che si vivono nel momento in cui si affronta una nuova esperienza lavorativa, soprattutto se questa esperienza ti porta a dover affrontare un “mostro” sconosciuto, del quale poco si conosce e che finora ha mietuto molte vittime, non solo nel nostro Paese, ma in tutto il mondo, scatenando una pandemia. Così, da un giorno all’altro ci siamo ritrovati, alcuni colleghi e io, in una sorta di gabbia, vestiti come astronauti a combattere contro il Covid-19, la tremenda malattia causata dal virus SARS-COV2. Fino ad allora, ne avevamo sentito parlare solo attraverso i mezzi di informazione, poi è toccato anche a noi in veste di infermieri, scendere in campo a combattere contro il nemico invisibile. La scelta è ricaduta solo su alcuni di noi, non perché ritenute persone speciali, ma sulla base di criteri definiti dalle direzioni sanitaria e infermieristica; ci siamo ritrovati così, da un giorno all’altro, a svolgere i nostri turni lavorativi in un nuovo reparto, a vivere questa nuova avventura.

Ricordo molto bene quei primi giorni in cui eravamo impacciati, un po’ spaventati e maldestri, come ho memoria dell’iniziale difficoltà nel ricordare la sequenza corretta nell’indossare e soprattutto rimuovere i dispositivi di protezione individuale. Ricordo lo stato d’animo di tutti noi che spesso ci siamo confrontati e confortati a vicenda durante questi mesi. Uno stato d’animo diverso rispetto alle ordinarie giornate lavorative; lo si percepiva ovunque, negli sguardi dei colleghi, nelle disposizioni più dettagliate della nostra coordinatrice, nelle accurate pulizie del personale ausiliario, che con noi ha



condiviso questa esperienza e, osservando tutto questo, fermandoti a riflettere, ti rendevi conto che non era una giornata come tutte le altre, che nonostante l’ansia e la paura, eravamo comunque tutti pronti a varcare quella porta vetrata che divideva la zona “pulita” da quella infetta. La prima cosa che mi è rimasta impressa, superando quella porta filtro, è stato il silenzio assordante, un silenzio per noi nuovo, abituati a reparti densi di attività movimentate e talvolta rumorose, con un via vai continuo di barelle che trasportano pazienti per sale operatorie, ambulatori, consulenze, noi abituati a corridoi spesso pieni di gente. Lì dentro invece, varcando quella soglia, non era

così, c’eravamo solo noi, con i nostri nomi scritti sulle tute per riconoscerli e con le nostre paure, ogni volta che aprivamo le porte delle stanze per assistere pazienti, colpevoli solo di aver contratto questa malattia che li costringeva a essere soli, isolati dal mondo esterno; pazienti a volte autonomi, che esprimevano comunque il desiderio di parlare con qualcuno e altri non autonomi che, oltre alle normali attività assistenziali, cercavamo di confortare con la nostra presenza, così da alleviarne la solitudine. Ci siamo resi conto che il contatto diretto con questi pazienti, faceva svanire tutte le nostre paure e quel minimo stato di agitazione prima di entrare non aveva motivo di sussistere. Una cosa però ricorderò per sempre, ovvero la solitudine sofferta e verbalizzata dai pazienti durante la loro degenza e anche nel delicato passaggio dalla vita alla morte: sempre soli, privati del conforto dei propri cari e della possibilità di poterli salutare e abbracciarli per un’ultima volta. Un passaggio che in condizioni normali sarebbe avvenuto attraverso il rito della “vestizione”, ma che è stato negato loro, dovendo noi obbligatoriamente “comporli” con gli indumenti indossati all’atto del decesso, all’interno di un neutrale telo.

Personalmente ho sempre cercato nella mia vita di vedere il cosiddetto bicchiere “mezzo pieno”, piuttosto che “mezzo vuoto” e, quindi, anche questa nuova e sconcertante esperienza della pandemia, ha comunque permesso a molti di noi di metterci nuovamente alla prova dal punto di vista lavorativo; ci ha consentito di lavorare con colleghi nuovi con i quali ci siamo trovati in perfetta armonia e di ritrovarne tanti altri vecchi con i quali è stato un piacere immenso lavorare di nuovo. ■

# Abbiamo imparato a respirare

di Katuscia Quondam Angelo

**3** novembre 2018 ore 4.10 circa: era una notte buia e tempestosa quando scoppiò l'incendio, ma questa è un'altra storia!!!!

Fine marzo 2020, mentre il mondo si preoccupava chiuso in casa e alla ricerca di provviste per affrontare la pandemia del secolo, prendendo d'assalto i supermercati e facendo incetta di tutte le materie prime, un gruppo di dodici infermieri tra cui la sottoscritta e otto anestesisti dell'ospedale san Pietro, Fatebenefratelli, si preparavano ad affrontare il mostro del momento. Devo ammettere che all'inizio non è stato affatto semplice, imparare a vestirsi, ma soprattutto svestirsi; noi moderni astronauti che non lasceranno mai la terra, perché per proteggersi e non contaminarsi bisogna seguire in ordine lo smaltimento dei dispositivi di protezione, gesti meccanici, ripetitivi, ma mai banali, perché il rischio di sbagliare è dietro l'angolo, l'eccesso di sicurezza può creare danni irreparabili; si fa sempre in due davanti allo specchio, come un lento rituale.

Surreale il primo approccio con il paziente: noi bardati dalla testa ai piedi, loro completamente abbandonati alle nostre cure. Inizialmente ci scrivevamo i nomi sulle tute perché non ci riconoscevamo neanche tra di noi, ma con il passare dei giorni i pazienti che nel loro stato andavano affinando altri sensi, ci riconoscevano dal modo di camminare, dalla gestualità nell'eseguire il nostro lavoro, dalla voce, ma soprattutto dagli occhi, l'unica parte scoperta del corpo.

Abbiamo imparato a respirare.

Ricordo la difficoltà dei primi giorni quando pensavo di soffocare; ci alternavamo con gli anestesisti a turni di quattro ore perché passato questo

tempo viene meno l'efficacia dei presidi; abbiamo imparato a muoverci nelle nostre tute che rendevano i movimenti come quelli dell'omino Michelin; abbiamo imparato a sopportare temperature che già a maniche corte in terapia intensiva erano difficilmente tollerabili; abbiamo imparato a sopportare la fatica quadruplicata durante un'emergenza con occhiali appannati, respirando la nostra stessa anidride carbonica, con mal di testa, grondanti di sudore, cercando di salvare una vita (ma non sempre ci siamo riusciti). Tra un cambio e l'altro la breve pausa nella sala relax dove ci incontravamo con i colleghi del reparto di cardiologia/COVID, per poter scambiare qualche chiacchiera, confrontarci e confortarci, pause benedette.

Strano virus, strana malattia, diverso il trattamento dei pazienti isolati dal mondo e dagli affetti; a volte per ridurre di un po' le distanze utilizzavamo i nostri cellulari, per fare video telefonate con i familiari (come non commuoversi davanti a scene che in altri momenti non avremmo neppure considerato). Noi potevamo stare vicino ai loro cari, ma lontani dai nostri (mia madre come un mantra: stai attenta, mi raccomando, stai attenta!), trattati da eroi dai media, come appestati, a volte, dai vicini di casa. I colleghi sono diventati la nostra famiglia, abbiamo condiviso ogni singola emozione, sia gioie, sia dolori.

Da un giorno all'altro tutte le procedure scontate sono state ridefinite: come far arrivare un prelievo in laboratorio, come far refertare un ECG, come fare una radiografia, i percorsi dei nuovi ricoveri e la bonifica dei materiali; non è stato facile entrare nell'ottica del "tutto infetto".



La nostra vita in questo periodo è stata un continuo cambiamento di umore: dall'ansia all'euforia, dalla gioia alla paura, con uno stato psichico a dir poco traballante; la speranza di tutti di tornare a una vita normale, per noi normale non sarà più, con conseguenze sia fisiche, sia psicologiche. Per fortuna siamo riusciti a trasferire qualche paziente nel reparto medico COVID, unica gioia, ma questo non significa che siano guariti, non li vediamo uscire dall'ospedale, li trasferiamo in attesa che si negativizzino e che tornino a casa, magari con un bel ricordo di noi. Ma c'è anche chi non ce l'ha fatta, c'è chi al cambio turno non hai più trovato, difficile non pensare a come siano usciti dal nostro reparto. Ora è il momento di ripartire, ma noi non possiamo dimenticare questi tre mesi che hanno segnato in maniera indelebile le nostre vite. ■



# Gestione del Diabete nell'Adolescente

di Mariangela Roccu

Il diabete è una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) e dovuta a un'alterata quantità o funzione dell'insulina. L'insulina è l'ormone, prodotto dal pancreas, che consente al glucosio l'ingresso nelle cellule e il suo conseguente utilizzo come fonte energetica. Quando questo meccanismo è alterato, il glucosio si accumula nel circolo sanguigno.

Il Diabete tipo 1 che insorge nell'infanzia o nell'adolescenza, è classificato tra le malattie cosiddette "autoimmuni", cioè dovute a una reazione immunitaria diretta contro l'organismo stesso.

L'esordio è acuto, spesso in relazione a un episodio febbrile, con polidipsia, poliuria, astenia, perdita di peso, pelle secca, aumentata frequenza di infezioni.

La terapia della malattia diabetica ha come cardine l'attuazione di uno stile di vita adeguato, ovvero sane abitudini alimentari, la pratica costante dell'attività fisica e l'astensione dal fumo.

In campo adolescenziale, il ragazzo diabetico può mostrare segni di difficoltà emotiva nei confronti della malattia e addebitare al diabete tutte le difficoltà e le complessità della fase di crescita. Per tale ragione è ampiamente condiviso il parere, che il controllo del diabete in età adolescenziale sia un "problema" per l'adolescente stesso, per la famiglia, per il team diabetologico.

Un processo naturale e graduale di sostegno, incoraggiamento, fiducia e confidenza da parte del genitore, del medico e dell'infermiere sono molto d'aiuto, per responsabilizzare l'adolescente nell'autogestione della propria malattia.

Anche la partecipazione degli insegnanti, unitamente agli operatori sanitari, riveste una grande importanza nel percorso di adattamento psicologico al diabete, sia per il ragazzo, sia per la famiglia.



In questo contesto l'infermiere rappresenta il trait d'union tra le figure di riferimento del giovane; il professionista a cui la famiglia si affida per pianificare insieme uno stile di vita che consenta al bambino/ragazzo di convivere con la sua malattia e, allo stesso tempo, non sentirsi diverso dai suoi coetanei. L'assistenza infermieristica diventa, quindi, fondamentale e soprattutto complessa e ampia, dovendo prevedere attività che spaziano dall'assistenza, all'educazione terapeutica e alla prevenzione delle complicanze.

Il ragazzo con diabete non deve ricevere un trattamento particolarmente diverso, in quanto il suo impegno e le sue potenzialità sono uguali a quelle dei suoi compagni.

Le finalità dell'educazione sanitaria, in questo caso, sono quelle di far acquisire al giovane coscienza della propria salute, aumentando le conoscenze attraverso informazioni e raggugli specifici su problemi di cui i giovani hanno esperienza e/o comprensione limitate; far raggiungere consapevolezza rispetto a un particolare problema o alla salute in generale e del diabete in particolare, identificando la priorità essenziale di realizzazione personale, in una determinata fase di vita.

Quindi, per agire in modo appropriato in queste situazioni, è necessario che l'infermiere possieda abilità cognitive fondate su solide basi teoriche, le quali devono essere costantemente aggiornate attraverso la formazione continua, l'analisi critica delle proprie esperienze e il confronto con altre realtà sanitarie analoghe.

Il programma educativo deve essere progettato attentamente, con obiettivi di apprendimento specifici, condivisi con il bambino e/o l'adolescente e la sua famiglia, personalizzato in base all'età, allo stadio della malattia, al livello di maturità e allo stile di vita.

Il programma educativo deve essere predisposto al momento della diagnosi iniziale e poi revisionato sulla base delle richieste fatte dal paziente o sulla base della valutazione individuale delle singole necessità.

Si comprende, pertanto, come gli infermieri che lavorano in un contesto di diabetologia giovanile, debbano possedere un vasto bagaglio di conoscenze e competenze soprattutto educative-relazionali, per far vivere questa malattia cronica invisibile, attraverso lo svolgimento di un ruolo di sostegno, migliorando la compliance con empatia e rispetto, facilitando la qualità di vita all'adolescente e alla sua famiglia. ■



# Gli albori della medicina: i monaci medici

di Pier Paolo Vergineo



Non è possibile parlare di medicina in epoca posteriore alla caduta dell'impero romano senza menzionare la Scuola medica Salernitana, la cui fondazione risale probabilmente al IX sec. Questa celeberrima istituzione, a ragion veduta considerata l'origine della medicina moderna, affonda le sue radici nella cultura medica classica e tardoantica (la stessa città di Salerno si fregiò successivamente del titolo di "Hippocratica Civitas").

La fondazione della scuola è avvolta nella leggenda; si narra che essa sia stata istituita da un greco, da un "latino", da un arabo e da un ebreo. Nonostante l'impossibilità di verificare storicamente la fondatezza di questa affermazione, la tradizione è indizio del sincretismo che ha caratterizzato la scuola probabilmente fin dai suoi albori; essa si presenta non solo come la naturale erede della cultura classica (Galeno e Ippocrate su tutti), ma anche come l'ideale punto di convergenza di tutte principali tradizioni mediterranee.

Nonostante l'epoca aurea della scuola (XI – XII sec) sia caratterizzata dalla sua secolarizzazione, con la professione medica che progressivamente viene praticata sempre più da laici, è certo che, per secoli, la medicina fu di pertinenza principale dei monaci.

Lo stesso S. Benedetto, al momento della fondazione dell'abazia di Monte-

cassino e del suo convento, stabilì nella sua regola che ogni monastero dovesse avere un medico che attendesse alle loro cure in un luogo ben distinto del cenobio, dove i malati potessero essere assistiti. In conseguenza fu necessario che uno o più monaci raccogliessero il materiale didattico medico, lo studiasero e lo trasmettessero a coloro che in appresso li avrebbero dovuti sostituire. Venne così a formarsi quell'insegnamento pratico trasmesso oralmente e per iscritto, desunto dai codici medici greco-romani. Da questi testi i monaci medici fecero dei riassunti e traduzioni comprensibili a un pubblico più ampio. Il medico in questi conventi aveva un'alta figura morale. Qualche volta al di fuori del monastero si trovava un ospedale per il ricovero e l'assistenza dei borghesi infermi. È certo che fra questi monaci medici, che avevano il titolo di *clericus*, se ne trovano anche parecchi con il titolo di *presbiter*. Essi curavano, prescrivendo i medicamenti, preparandoli da loro stessi, o servendosi di quelli conservati nell'*Armarium pigmentorum*.

Un orto, di cui ogni monastero era fornito, permetteva di avere sottomano le piante medicinali. I discepoli che il medico veniva formando nel monastero lo coadiuvavano nell'assistenza e cura dei malati. Tutte le prestazioni erano gratuite. In ogni grande centro monastico benedettino si venne quindi a formare un vero *studium*, dal quale i medici venivano distribuiti ai centri minori.

Nell'Italia meridionale anche i monasteri basiliani contribuirono a tener viva la fiaccola del sapere medico con la traduzione dei testi greci.

Il loro fondatore, S. Basilio Magno, aveva istituito a Cesarea la Basiliade, il più grande ospizio e ospedale del tempo. Ma pian piano l'esercizio della

*Chirurgi, se avete operato  
con coscienza - per un compenso  
adeguato se il paziente è ricco,  
o senza alcun compenso se è povero  
- non dovete temere né il fuoco,  
né la pioggia e le tempeste.  
Non è necessario che invochiate  
la religione, vi rechiare  
in pellegrinaggio  
o facciate altre cose del genere,  
poiché avrete già salvata  
la vostra anima  
attraverso la vostra scienza.*

Henri de Mondeville, 1306

medicina fuori dei chiostrini ingenerò nei monaci abitudini e tenore di vita non rispondenti ai loro voti religiosi, tanto da indurre i pontefici, durante i secoli XII e XIII, a vietare la pratica della medicina ai monaci e ai chierici secolari. In conseguenza di questa proibizione, i medici laici cominciarono a ingrandire la loro sfera di azione, a riunirsi in corporazione aumentando di numero, finché i liberi comuni e i governanti iniziarono a disciplinare l'insegnamento della medicina nelle *universitates studiorum*.

Il passaggio a una medicina "laica", insegnata in istituzioni di tipo universitario, segna un momento di svolta importante nella medicina medievale, che si prepara a diventare, a tutti gli effetti, una disciplina moderna, sempre più indipendente dalla religione (e talvolta in aperta contrapposizione con essa). Tuttavia, senza il contributo dei monasteri e dei monaci, questa evoluzione non sarebbe stata possibile; questo soprattutto perché i monasteri sono stati i custodi e i centri di diffusione della grande tradizione classica, sopravvissuta solo grazie all'impegno di centinaia di trascrittori e dotti che lavoravano negli *scriptoria*, i quali hanno consentito alla cultura medievale di crescere sulla radice, danneggiata ma non rescissa, della cultura classica; il costante dialogo con questa e, sotto molti aspetti, il suo superamento, sono all'origine dell'idea moderna di medicina. ■



di Fabio Liguori

# Tappa evolutivo-adolescenziale che maggiormente incide sulla femminilità

**XXIV - Caratteristiche e disparate reazioni; principale argomento di “confidenze” tra fanciulle; oscure intuizioni e “sorpresa” per l’evento; fondamentale ruolo della madre.**



...fondamentale ruolo della madre

La vita psicologica femminile ha inizio nella pre-pubertà, periodo caratterizzato da rapide e radicali trasformazioni fisiche (sviluppo del seno, forme aggraziate, fianchi più larghi) che, fisiologicamente, si concludono con la comparsa del primo ciclo. L'età in cui si verifica l'evento è (più o meno) quella giusta, ma insufficiente sotto il profilo psicologico.

Pur non rappresentando la conferma del raggiungimento di un assetto neuro-ormonale da adulta, i sintomi morfologici e funzionali che accompagnano il menarca sono effetto delle modifiche dell'apparato endocrino, cui concorrono fattori etnici, climatici e costituzionali che gradualmente porteranno alla pienezza della femminilità. Ma non basterà la matita agli occhi o la minigonna: dodici o quattordici anni sono sempre

pochi per sentirsi donna.

Tappa significativa che maggiormente incide sulla psicologia evolutiva adolescenziale, la comparsa del ciclo è in grado di suscitare nelle ragazze reazioni tanto diverse quanto caratteristiche di questa critica fase dell'età, da costituire uno dei capitoli più interessanti della psicosomatica femminile. L'avvento del menarca è uno dei principali argomenti di “confidenze” tra fanciulle: le amiche più piccole guardano le più grandi con curiosità o invidia, le rispettano, le ammirano o le compatiscono, e si domandano con timore o emulazione a chi per prima toccherà fra loro.

L'eccitante aspettativa che precede l'inizio dei cicli impegna così l'intera personalità dell'adolescente; e quest'arco di tempo assume rilevante importanza nel determinare la reazione

della ragazza alla futura esperienza reale, anche se già ne abbia una conoscenza razionale. Particolare ruolo assumono le impressioni infantili sui “segreti” della madre che, tra osservazioni fatte per caso, fantasie, oscure intuizioni, possono imprimere nella fanciulla pensieri celati nell'inconscio. In molti casi, infatti, è la ragazza “sorpresa” dall'evento quella che un tempo ha avuto le idee più stravaganti circa l'atteso fenomeno fisiologico.

Queste confuse sensazioni possono rimanere inconscie o manifestarsi sotto forma di erronee credenze, in relazione al grado di capacità percettiva della ragazza o a condizionamenti dell'ambiente in cui vive; ma soprattutto sono effetto di insufficienti informazioni ricevute. Infine, il *fattore sorpresa* può essere il risultato di omissioni o freni imposti da persone in grado di influenzare la ragazza. Situazioni simili possono però verificarsi solo in circostanze straordinariamente sfavorevoli: anche la figlia di una madre inibita avrà avuto occasioni di essere informata.

La madre ha, quindi, un ruolo fondamentale nel preparare per tempo la fanciulla all'evento scegliendo, anche con il ricorso a specifici testi, le parole più adatte per presentare alla figlia la *naturalità dell'ovogenesi*: ciò che le ha permesso di divenire *sua madre*. Tuttavia, questo non avviene nella maggioranza dei casi: molte madri trovano più facile parlare della gravidanza e del parto, che non dei ritmi naturali per la donna, così come del concepimento. ■

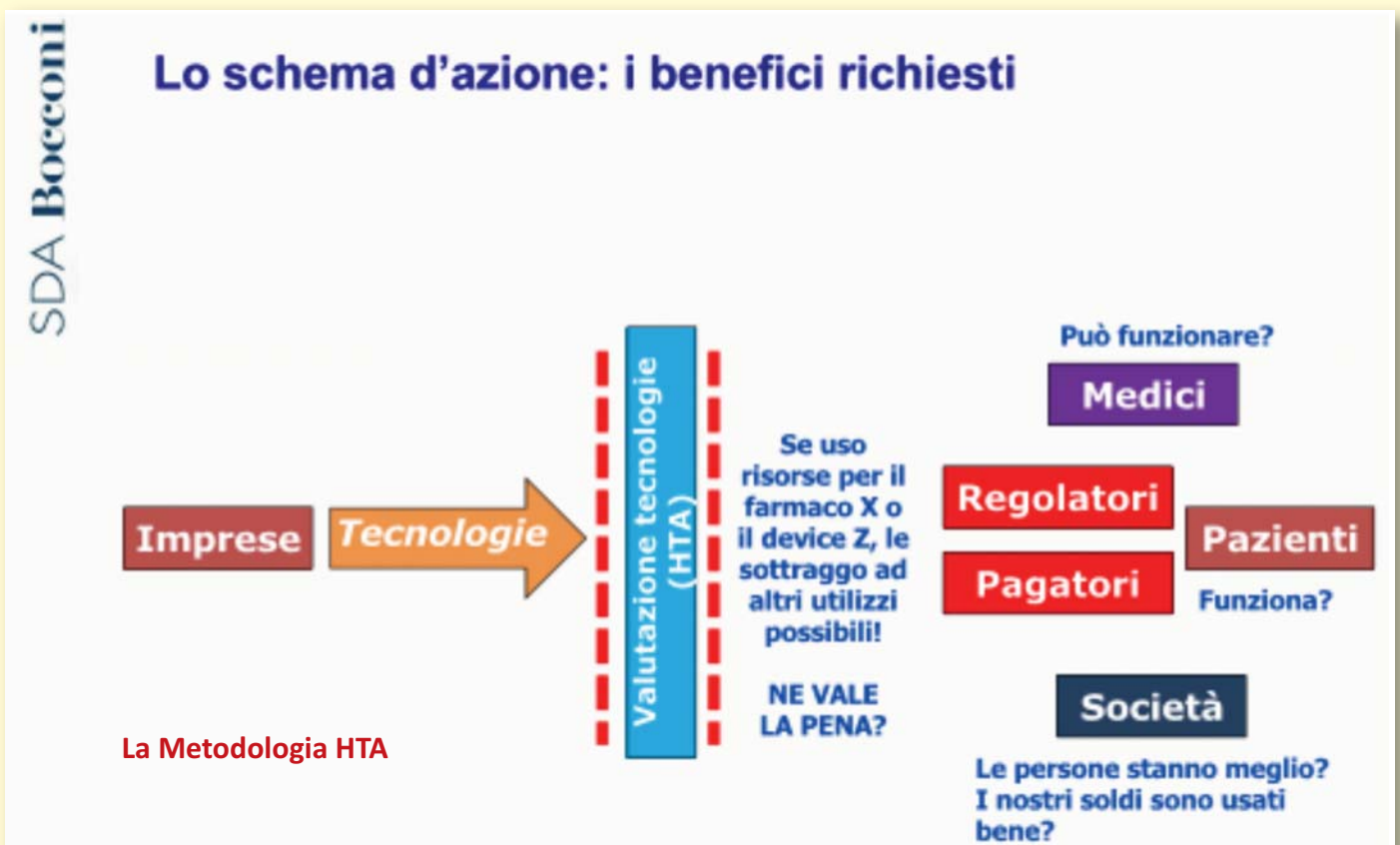


# L'approccio **HTA** per la prevenzione e il controllo delle Infezioni Ospedaliere in Sala Operatoria

di Valentina Coppi, Carlo Dalia, Giuseppe D'Uva, Antonio Cerulo, Alfonso Del Sorbo

**S**intetizzare mesi di approfondimenti e di analisi è un compito arduo, ma ci proveremo!  
 Il nostro gruppo di lavoro, nonostante per studi e competenze professionali fosse più attento a concetti di efficacia e di efficienza, si è voluto cimentare in un campo di studio le cui caratteristiche sono più prettamente consone a esperti in ambito sanitario.  
 Ovviamente il nostro approccio è stato di natura economico gestionale ma, anche grazie alla collaborazione di clinici, chirurghi e altri operatori sanitari, abbiamo realizzato una indagine ad ampio spettro.  
 Il nostro punto di partenza è stato il seguente.  
 Considerato che le infezioni ospedaliere sono diventate

una delle complicanze più frequenti nell'assistenza sanitaria e stanno causando non pochi problemi sia al paziente che alla comunità sociale, che è costretta ad impiegare preziose risorse aggiuntive per risolvere gli effetti di tale problema, ci siamo posti la seguente domanda:  
*"Quanto incidono le infezioni ospedaliere nel processo della cura sia in termini di qualità assistenziale che di in termini di spesa?"*  
 L'intera nostra trattazione ha cercato di dare risposte, speriamo esaustive, e soprattutto ha cercato di dare una visione complessiva del problema.  
 Prima di tutto abbiamo approfondito il concetto di infezioni ospedaliere, analizzando quali processi coinvolgono





## Da "Funziona?" a "Ne vale la pena?"

e quanto incidono in termini economici.

Non è stata una cosa semplice, perché il tema ha molte sfaccettature e implica una molteplicità di studi, spesso difficilmente equiparabili.

Come documentato da molti studi scientifici, per infezioni ospedaliere, altrimenti definite "Infezioni Correlate all'Assistenza Ospedaliera" (ICA), identifichiamo quelle patologie infettive, insorte durante il ricovero in ospedale o dopo la dimissione del paziente e che al momento dell'ingresso non erano manifeste clinicamente, né erano in incubazione.

Dal punto di vista della qualità della cura e dell'assistenza ospedaliera si è evidenziato un forte impatto nella organizzazione ospedaliera che coinvolge molti settori e molteplici attività quali la sorveglianza, la gestione delle attività di controllo e l'attuazione delle procedure di eliminazione del fenomeno.

L'infezione ospedaliera è una criticità che coinvolge aspetti organizzativi e strutturali. I principali ostacoli nell'organizzazione e nella gestione delle attività di controllo delle Infezioni Ospedaliere sono dovuti a molteplici aspetti: strutturali (tipologia dell'Ospedale), evolutivi (tipologia dei pazienti, comparsa di nuovi agenti biologici (accentuazione o comparsa di nuovi fenomeni di antibiotico-resistenza), economici (limitatezza delle risorse disponibili) e culturali (scarso coinvolgimento e interessamento da parte degli organi politici, amministrativi e sanitari, sull'importanza del problema Infezioni Ospedaliere).

Per trarre una fotografia del fenomeno, ci siamo avvalsi del portale curato dal Centro Nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute dell'Istituto superiore di sanità, denominato "Epicentro", che documenta come ogni anno, circa il 5-8% dei pazienti ricoverati contrae un'infezione ospedaliera. Parliamo di circa 500 mila casi all'anno, di cui il 30% sono potenzialmente prevenibili ed eliminabili alla sorgente.

La seconda fase della nostra trattazione ha focalizzato la sua attenzione sulle metodologie adottate per la risoluzione del problema. Ovviamente il nostro approccio è stato

di tipo economico, ma non per questo non è stato meno attento alla qualità della assistenza sanitaria.

L'infezione ospedaliera erode buona parte delle già scarse risorse economiche in molteplici aspetti del processo della cura ospedaliera. Tali implicazioni economiche possono essere così riassunte:

ritardano la dimissione ospedaliera, determinando un aumento dei costi di ospedalizzazione. Inoltre, determinano costi indiretti a carico del paziente correlati ai giorni di assenza dal lavoro e quelli a carico dei familiari/amici per gli spostamenti e le visite durante la permanenza in ospedale;

comportano un aumento dei costi di trattamento (per esempio, terapia farmacologica e procedure, inclusi possibili interventi chirurgici). Qualora il paziente ancora infetto, fosse dimesso dall'ospedale, i costi di assistenza sanitaria ricadrebbero sui servizi territoriali e sulla medicina generale; comportano un aumento del numero delle indagini diagnostiche e di laboratorio; determinano un incremento dei costi dei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni, incluse le analisi epidemiologiche e del tempo di assistenza medica, infermieristica e di gestione; sono spesso causa di contenzioso.

*Ma quanto costano realmente le infezioni ospedaliere?*

La risposta è allarmante, circa 5 miliardi l'anno!

Secondo la ricerca "Burden economico delle infezioni ospedaliere in Italia", realizzata dal professor Francesco Saverio Mennini, Research director Ceis dell'Università di Roma Tor Vergata, una singola infezione ospedaliera ha un costo di circa 9.000 - 10.500 euro, di cui buona parte sono costi che riguardano le risorse umane e tecnologiche.

Nel nostro project work abbiamo analizzato quest'ultimo aspetto e abbiamo cercato di dare il nostro contributo per quanto riguarda le possibili scelte da adottare, specificamente per quello che riguarda il processo di acquisizione delle nuove tecnologie e lo abbiamo comparato con le procedure già utilizzate all'interno della Provincia Religiosa Fatebenefratelli. Il metodo adottato è quello di tipo Health Technology Assessment (HTA).

La HTA è una metodologia che permette di valutare le tecnologie sanitarie disponibili in termini di efficacia assoluta (*efficacy*); efficacia pratica o "efficacia relativa" (*effectiveness*) e efficienza (*efficiency*).

La nostra attenzione è stata focalizzata sulle procedure per la prevenzione delle infezioni nel Blocco Operatorio. Evidenze scientifiche dimostrano che un ambiente di cura contaminato svolge un ruolo significativo nella trasmissione di microrganismi e pertanto devono essere seguiti dettagliati protocolli di sanificazione che garantiscono il più alto livello igienico da adottare prima, durante e dopo

l'intervento chirurgico. La loro pratica è la condizione fondamentale per ottenere una riduzione dei danni dovuti alle infezioni nel percorso chirurgico del paziente. Il nostro case study è stato contestualizzato nel Blocco Operatorio di Ortopedia dell'ospedale Sacro Cuore di Gesù di Benevento, dove si svolge una importante e complessa attività chirurgica.

L'oggetto della nostra analisi è stata la sanificazione della sala operatoria, prima e dopo un intervento.

La metodologia di analisi è stata quella di valutare secondo i criteri di efficienza, efficacia ed economicità, le diverse tecnologie utilizzabili.

La nostra ricerca ha usato come campione di studio due tipi di tecnologie.

La prima tecnologia utilizza un sistema che micro-nebulizza una soluzione disinfettante a base di perossido di idrogeno e cationi d'argento, generando una nebbia assolutamente secca che si diffonde e si distribuisce in modo uniforme nell'aria e nell'ambiente. La soluzione, ridotta in miliardi di particelle di dimensioni inferiori al micron, provoca la distruzione dei microrganismi presenti nell'ambiente: batteri, virus, spore, biofilm, funghi, lieviti e muffe.

La seconda tecnologia analizzata è un robot ad alta energia per la disinfezione dell'aria e delle superfici, basato su un sistema per la mappatura dei locali, in grado di generare in modo rapido ed efficace l'emissione continua di raggi UVC per l'eliminazione di germi ed elementi patogeni sino a una distanza di 2 metri

Per analizzare l'efficacia delle due tecnologie si è provveduto ad eseguire dei rilievi della carica microbica attraverso la conta delle unità formanti colonie (CFU); il campionamento è stato suddiviso in quattro fasi e la rile-

vazione della carica batterica è stata ripetuta in ogni fase. I risultati hanno dimostrato la maggiore efficacia del trattamento effettuato dalla tecnologia UVC rispetto al nebulizzatore.

Conclusa la fase dedicata alla verifica dell'efficacia delle due tecnologie, l'attenzione è stata focalizzata sull'analisi dei tempi impiegati per il trattamento e sul relativo impatto sulla programmazione della sala operatoria. Il personale ha fornito i tempi standard per determinate procedure routinarie che vengono effettuate nel corso di un generico intervento chirurgico. Vi sono delle procedure comprese tra la fine di un intervento e l'inizio del successivo che assorbono un tempo medio pari a circa 45 minuti. Il tempo medio effettivo di un intervento, elaborato dai dati del sistema informatico ospedaliero, è pari a circa un'ora, così come confermato dal coordinamento del blocco operatorio; per tempo medio effettivo si intende il momento dell'ingresso in sala del chirurgo fino all'uscita dalla sala del suddetto professionista. Partendo da questi capisaldi, sono state confrontate le due tecnologie in base ai tempi impiegati dagli strumenti per il trattamento e per il post-trattamento.

Per quanto riguarda il robot UVC, la durata media di un trattamento è pari a circa 15 minuti, in quanto, attraverso il *Room Scanning*, si può decidere di circoscrivere l'area interessata dalla disinfezione alle attrezzature utilizzate durante l'intervento, lasciando così la disinfezione dell'intero locale alla fine della giornata. Circoscrivendo l'area si accorciano i tempi del trattamento e non si riduce l'efficacia della tecnologia. Alla fine della disinfezione la sala operatoria è pronta per l'uso, annullando di conseguenza i tempi del post-trattamento.





Per il nebulizzatore la durata media della vaporizzazione della soluzione disinfettante è pari a circa 20 minuti; è necessario sottolineare che con il metodo della vaporizzazione, le “zone d’ombra” non vengono interessate dal trattamento. Una volta terminata la disinfezione, la sala operatoria non è immediatamente pronta per l’uso, ma bisogna attendere circa 25 minuti per poter rientrare in sala; inoltre, durante questo tempo la sala deve arieggiare e in questo modo vengono annullati parzialmente gli effetti generati dalla disinfezione. Da una analisi dettagliata dei tempi è emerso che con la tecnologia UVC si riducono del 35% i tempi rispetto al nebulizzatore, sia per il minor tempo impiegato per effettuare il trattamento, ma soprattutto per l’eliminazione del tempo d’attesa per il rientro in sala post-trattamento. Ciò significa che è possibile programmare fino a un intervento in più per seduta ordinaria, rispetto all’uso del nebulizzatore.

Premettendo che il presente studio non ha la pretesa di dare una risposta risolutiva alla problematica delle infezioni ospedaliere, si vuole tuttavia evidenziare che tale fenomeno non è rilevante solo sotto il profilo sanitario, ma trova la sua essenza soprattutto nella gestione “economica” dell’Ospedale. Ci riferiamo a impegni di spesa enormi e impattanti sul sistema Paese. Solo per dare alcuni cenni economici, basti pensare che in Italia la spesa sanitaria è di circa 149,5 miliardi di euro, tra costi sostenuti dallo Stato per 112,2 miliardi (75%) e spesa sanitaria privata, pari a 37,3 miliardi, di cui il 90,9% direttamente a carico delle famiglie e che la sua incidenza rispetto al PIL è dell’8,9%. Non basta, per far capire l’importanza della nostra ricerca, evidenziamo che di tale spesa il 20,8%, circa 31 miliardi, è impegnata in prodotti farmaceutici e tecnologie, buona parte assorbita dal fenomeno delle infezioni.

Tornando al nostro “case study” l’intera attività operatoria dell’Ospedale Sacro Cuore di Gesù ha un costo annuo di circa 5 milioni di euro, con un costo medio per seduta che si aggira intorno ai 2.500 euro e un costo medio per intervento è di circa 800 euro (media degli interventi ortopedici per seduta: 3,5). In considerazione di tali cifre possiamo evidenziare che, la scelta di una tecnologia piuttosto che un’altra, non è solo un problema di tutela della salute del paziente, ma è un vero e proprio “asset” strategico. Incrementare la media degli interventi di mezzo punto percentuale non è solo una questione di efficienza ospedaliera da evidenziare nei convegni scientifici e nelle statistiche annuali, ma significa consentire di risparmiare, nel nostro caso all’ospedale Sacro di Cuore di Gesù, circa 500 mila euro, ovvero il 10% dell’intera spesa dell’attività ospedaliera.

Lo studio, seppur nella sua sinteticità di analisi, ha evidenziato che una semplice scelta, nel nostro caso la tecnologia UVC, appare vincente dal punto di vista economico e sanitario (considerando sia i tempi dedicati al trattamento, sia i tempi di attesa post trattamento), poiché non produce solo un minor impiego di risorse, ma anche una maggiore organizzazione gestionale nei tempi di assistenza ospedaliera e quindi minori sofferenze per il paziente. ■

In conclusione possiamo osservare dalla nuda cronaca, come la sanificazione degli ambienti ospedalieri sia un aspetto troppo spesso sottovalutato e non considerato con la giusta attenzione. Purtroppo ne abbiamo avuto dimostrazione in questi tristi momenti che stiamo vivendo; l’emergenza da COVID 19 ha evidenziato che la sanificazione ricopre un ruolo fondamentale per fronteggiare e contenere il contagio. Non siamo esperti e non vogliamo arrogarci titoli che non abbiamo, ma anche in virtù della nostra analisi possiamo affermare che, se avessimo utilizzato la tecnica H.T.A. anche in queste fasi di emergenza, avremmo fatto valutazioni attente di costi e benefici, mettendo sullo stesso piano l’aspetto economico e quello concernente il miglioramento della salute dell’uomo.

Purtroppo negli ultimi anni si è parlato molto di tagli alla sanità e di malasanità, tagli che potevano verificarsi laddove esistevano e purtroppo ancora esistono larghe sacche di inefficienza, ma non si è mai parlato di investimenti e nuovo approccio di cura che sia al tempo stesso etico, efficiente, efficace, ma qualitativamente mirato alla persona.

Riteniamo pertanto, che pur non sottovalutando le risorse impegnate, sia giunto il momento di reingegnerizzare il Sistema Sanitario Nazionale, affinché tuteli i diritti dei cittadini sanciti dalla Costituzione, perché sia adeguato alle moderne esigenze, per permettere a tutti, governanti, operatori e cittadini, di fare le scelte che realmente mettano al centro del sistema il paziente.





# San Giovanni d'Avila

## *Nel Cinquantenario della sua Canonizzazione*

di Fra Giuseppe Magliozzi o.h.

Giusto mezzo secolo fa, il 31 maggio 1970, San Paolo VI canonizzò San Giovanni d'Avila, e alla cerimonia nella Basilica Vaticana c'ero anch'io, perché noi Fatebenefratelli abbiamo particolare devozione per lui che con una predica convertì il nostro Fondatore San Giovanni di Dio e accettò di divenirne la sua guida spirituale, così come lo fu di altri Santi Fondatori, quali Sant'Ignazio di Loyola dei Gesuiti, Santa Teresa d'Avila delle Carmelitane e San Pietro d'Alcantara degli Alcantarini (poi nel 1897 confluiti nei Frati Minori), per cui anche i membri di tali Istituti Religiosi gli sono sempre stati assai devoti, come parimenti l'intero Clero Diocesano spagnolo, che dal 1946 lo ha come Patrono. Va anzi precisato che fu proprio tale viva e costante devozione per l'Avila, non solo tra i suddetti consacrati ma anche tra i laici, soprattutto del mondo culturale ispanico (poiché spese la sua vita in Spagna, dove nacque ad Almodóvar del Campo nel 1499 e morì a Montilla nel 1569), ciò che permise nel 1970 a San Paolo VI di poterlo proclamare Santo con una canonizzazione equipollente, ossia senza il previo riconoscimento di un miracolo, nonché indusse Benedetto XVI nel 2012 a rendergli speciale onore col proclamarlo Dottore della Chiesa. Tornando alla cerimonia del 1970, ricordo che poi in piazza, dopo recitato l'Angelus, San Paolo VI aggiunse: «Oggi la Chiesa possiede un nuovo Santo, ed è San Giovanni d'Avila. Un Santo spagnolo, del Cinquecento, grande predicatore, grande scrittore, grande promotore della riforma della Chiesa, al tempo del Concilio di Trento, e grande maestro di vita spirituale. Tra gli altri suoi libri ve n'è uno che meriterebbe d'essere conosciuto anche in Italia, ancor oggi, specialmente dalle anime religiose, intitolato



*San Giovanni di Dio incontra l'Avila*

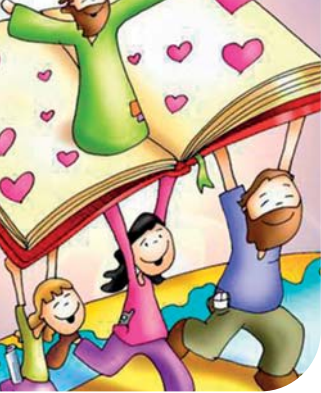
“Audi, filia”, ascolta, o figlia». Tale invito fu subito raccolto in Italia dalle Case Editrici e merita, specie per noi Fatebenefratelli, scorrere questo libro poiché non solo fu il primo testo in lingua volgare che spiegò in modo chiaro e semplice il cammino di perfezione cui tutti siamo chiamati, ma anche perché offre una pista preziosa per individuare l'influsso che l'Avila esercitò su San Giovanni di Dio quando, dopo averlo convertito nel 1538, ne divenne il Direttore Spirituale e lo aiutò a discernere la divina chiamata e a come trasformarsi in pioniere di una più fraterna assistenza ai bisognosi. È vero che Giovanni di Dio, durante la sua permanenza a Ceuta e dunque prima d'incontrar l'Avila, aveva già manifestato inclinazione alle opere di misericordia aiutando la famiglia di Luis de Almeida ridottasi al lastrico, ma fu solo dopo la conversione che acquisì una motivazione soprannaturale del suo impegno caritativo con l'aiuto del suo Direttore Spirituale, con cui fece una sorta di Noviziato di circa un mese, quando si recò da lui a Montilla dopo lasciato l'Ospedale Reale, e poi visitandolo più volte a Baeza. Per noi Fatebenefratelli e per chiunque è impegnato nell'assistere i bisognosi, sono particolarmente importanti nel libro “Audi, filia” i capitoli dal 94 al 96, composti nel 1533, dunque anteriori di cinque anni al suo primo incontro con

San Giovanni di Dio, perché sono un veloce ma esauriente trattato di quell'amore al prossimo che l'Avila seppe accendere nel cuore del nostro Fondatore dal 1538 in poi.

Nel settembre 2012 dedicai l'Inserito di *Vita Ospedaliera* a un esame di tali tre capitoli, ma qui devo limitarmi a dire sinteticamente che per l'Avila i sette punti che devono caratterizzare il nostro amore al prossimo sono: il prossimo c'è fratello; chi dona al prossimo dona a Dio; il prossimo va amato per Iddio; la carità estingue i peccati; mai tralasciare di fare il bene; mai insuperbire delle buone opere; umiltà nel compierle, come Gesù nel lavare i piedi ai Dodici. Tutti e sette questi punti furono profondamente vissuti da San Giovanni di Dio e fu proprio applicando il settimo con un nuovo infermo, appena arrivato e di cui stava lavando i piedi, che questi si trasfigurò in Cristo e, prima di sparire gli disse: «Giovanni, quando lavi i piedi a un povero, è a Me che li lavi!».

L'Avila nutrì speciale predilezione per San Giovanni di Dio e questo chiaramente traspare dalle lettere che egli indirizzò al Fondatore dei Fatebenefratelli, in una delle quali non esita a scrivere: «Poiché nostro Signore volle che io avessi cura di voi e ci unì nella fraternità e nell'amore, diventiamo una cosa sola, e vedrete come fugge il demonio».

Giovanni di Dio seppe far tesoro di così generosa e profonda amicizia e soleva spesso sollecitare per lettera gli illuminati suoi consigli. Ci fu una volta che temette che la fitta corrispondenza potesse finire per stancare il Maestro, ma costui si affrettò a replicargli affettuosamente nella lettera di risposta: «Non crediate di darmi fastidio con lo scrivermi a lungo, perché essendo molto l'amore, la lettera non può sembrar lunga». ■



# Dio ha tanto amato il mondo, da dare il Suo Figlio Gesù!

di fra Massimo Scribano, o.h.

Oggi, celebriamo e festeggiamo le tre persone della Santissima Trinità, Solennità del nostro unico e vero Dio che si manifestano a noi con relazioni profonde che attingono al grande mistero del Dio amore: Padre Creatore, Figlio Salvatore, Spirito Santo santificatore. Come possiamo vedere ogni persona ha un ruolo, ma che si unisce in un circolo virtuoso ed essere una sola persona. Nella liturgia di oggi, Dio si manifesta al mondo comunicando amore in ogni situazione personale e comunitaria. Egli è Dio misericordioso, lento all'ira e grande nell'amore. Come nel brano dell'Esodo, nel quale Dio si manifesta a Mosè, rivelando il suo nome: «*Io sono colui che sono*». Tutto ciò, nonostante la testardaggine del popolo (a volte anche la nostra!), Dio rimane fedele alle sue promesse perché il suo amore si manifesta nel perdono, nella tenerezza di Padre e Salvatore. Ciò che scandalizza i farisei infatti è il Dio che si fa uomo, che è tenero, che perdona e ama a tal punto da mandare il suo Figlio Unigenito Gesù. L'identità di Dio, rivelato da Gesù Cristo è ciò che ci interessa di più: il Tutto, il per sempre, l'Infinito, l'Onnipotente, l'Onnisciente. In quale Dio noi crediamo? A questa domanda fondamentale risponde il Catechismo della Chiesa Cattolica: «*Dio si rivela di Israele come colui che ha un amore più forte di quello di un padre o di una madre per i suoi figli o di uno Sposo per la sua Sposa*». «*Egli è amore in se stesso*», (1Gv 4,8.16) che si dona completamente, gratuitamente e che «*ha tanto amato il mondo da dare il Suo Figlio unigenito, perché il mondo si salvi per mezzo di Lui*. (Gv 3,16-17)

Il Vangelo che abbiamo scelto, tratto da Gv 3,16-18 dove ci mostra il volto vero del Padre presentato da Cristo quando dialoga con Nicodemo: «*Dio ha tanto amato il mondo da dare il Suo Figlio unigenito perché chiunque crede in lui non è condannato; ma chi non crede è già stato condannato, per-*



ché non ha creduto nel nome del Figlio Unigenito di Dio!». Dio che perdona, è misericordia, salva, non condanna: questo è il Dio in cui noi crediamo. Egli si è rivelato al popolo d'Israele dicendo: «*Ascolta Israele, il Signore è uno solo*» (Dt 6,4) e non ce n'è altri. (Is 45,22) Chi ha rivelato il volto di Dio? Gesù Suo Figlio che nel ministero pubblico ha dato testimonianza glorificando il Padre. Professare che Gesù e lo Spirito Santo sono anch'essi Dio non vuol dire dividere Dio-Uno. Nel 2018, Papa Francesco disse all'Angelus: «*La festa della Santissima Trinità*

è una festa per contemplare, lodare il mistero del Dio di Gesù Cristo che è uno della comunione di tre persone: il Padre, il Figlio e lo Spirito Santo. In questa giornata celebriamo un Dio amore con un nuovo stupore perché ci offre la Sua vita gratuita e ci chiede di diffonderla nel mondo». Ma in tutto questo discorso, non va esclusa la Beata Vergine Maria, perché ella è stata preservata dal peccato ed è stata immersa nell'amore di Dio dall'eternità. Maria ci aiuta a comprendere e prendere consapevolezza del Figlio di Dio e dello stesso mistero della Trinità. Ci sorregge e ci sprona a evangelizzare, testimoniando al mondo che il senso della vita non è quello che il mondo offre: i vizi sono gioie effimere e senza valore; sciolgono la gioia appena arrivano le prime difficoltà. Il senso della vita per noi, per voi giovani e meno giovani è l'amore infinito, concreto della Trinità. Se la Trinità abita in noi allora potremmo sperimentare i frutti: gioia, perfezione, coraggio, stessi sentimenti di Cristo. Essi sono comportamenti spirituali dettati

da san Paolo nella lettera ai Corinzi. Auguro a tutti una buona ripresa delle attività, sia lavorative, sia accademiche per essere pronti a continuare la ricerca in Dio e nel rinnovamento della vita spirituale.

A causa del Covid-19 le attività di pastorale giovanile e vocazionale sono sospese fino a data da destinarsi. Rimanangono attivi i contatti per qualsiasi informazione per discernimento scrivendo una mail a [vocazioni@fbfgz.it](mailto:vocazioni@fbfgz.it) o chiamando il numero 06.93738200 e chiedendo di Fra Massimo Scribano. Buon cammino! ■





# Infezione da *helicobacter pylori*

di Costanzo Valente

## Definizione

L'*helicobacter pylori* è un batterio gram negativo flagellato acido-tollerante, il cui habitat ideale è il muco gastrico situato nello stomaco umano. La resistenza a pH compreso tra 1 e 2 gli è conferita dalla produzione dell'enzima ureasi, che crea intorno al



batterio, un microambiente che lo protegge dall'acidità gastrica. Una volta insediatisi nello stomaco, l'*helicobacter pylori* non fa altro che sottoporre la mucosa ai metaboliti tossici da esso prodotti. Il batterio può produrre sostanze che causano danni alle cellule gastriche e con il tempo possono sovrappiungere gastrite e ulcera.

## Prevalenza

Si stima che l'infezione da *helicobacter pylori* sia una delle malattie più diffuse, in quanto colpisce circa la metà della popolazione mondiale.

Sebbene la sua incidenza si sia notevolmente ridotta nei Paesi sviluppati nelle ultime decadi, la prevalenza di questa infezione rimane elevata con valori pari al 10-20% nei soggetti con meno di 50 anni di età e pari al 40-50% in quelli di età superiore.

## Modalità di trasmissione

Ci sono quattro modalità di trasmissione:

- oro-fecale;
- orale (è stata dimostrata la presenza di *helicobacter pylori* nella saliva);
- attraverso materiali sanitari (uso di endoscopi o sondini naso-gastrici);
- zoonosi (prevalenza alta nei veterinari e nelle persone a stretto contatto con gli animali).

## Clinica

L'infezione può rimanere asintomatica in un'elevata percentuale di pazienti. Tuttavia, la presenza *helicobacter pylori* determina invariabilmente una gastrite cronica attiva, ossia uno stato di infiammazione cronica della mucosa gastrica, che tende a peggiorare nel corso degli anni, potendo evolvere in lesioni precancerose, quali la metaplasia intestinale e la displasia. Le patologie asso-

ciate a questa infezione comprendono la dispepsia non ulcerosa, l'ulcera peptica, il linfoma gastrico a basso grado di malignità, la piastrinopenia autoimmune idiopatica, l'anemia sideropenica idiopatica e il cancro gastrico. L'*helicobacter pylori* è stato classificato dalla International Agency for Research for Cancer (IARC) come carcinogeno di tipo I per lo sviluppo di cancro gastrico e si stima che oltre il 70% dei carcinomi gastrici, sia attribuibile a questa infezione. Inoltre, la presenza di infezione può interagire con i farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) nel determinare lesioni gastroduodenali. I sintomi sono rappresentati da dolore o fastidio epigastrico, disturbi digestivi, nausea, vomito e sazietà precoce. A volte un'ulcera può sanguinare e indurre anemia.

## Diagnosi

I metodi per la diagnosi di *helicobacter pylori* possono essere classificati come:

- invasivi (gastrosopia e biopsia);
- non invasivi (breath test del respiro, ricerca dell'antigene nelle feci e ricerca degli anticorpi nel sangue).

## Terapia

La terapia per l'eradicazione del batterio, comprende inibitori di pompa protonica per ridurre l'acidità e l'uso contemporaneo di più antibiotici.

Il primo ciclo terapeutico si basa sull'uso dei seguenti antibiotici: claritromicina + amoxicillina o metronidazolo per almeno una settimana. La seconda scelta terapeutica prevede, oltre agli inibitori di pompa, l'utilizzo di bismuto, metronidazolo e tetraciclina. Nel caso in cui le terapie classiche dovessero rivelarsi inefficaci, è indicata una biopsia endoscopica per isolare il batterio ed effettuare la scelta del farmaco in base al risultato dell'antibiogramma. ■



# Aree critiche e risposte adattative

*Uno studio attivato dal personale dell'Ospedale San Pietro di fronte all'evento Coronavirus*

di Paola Sbardellati, Giorgia Parente

**S**peso non si è portati a riflettere sull'aspetto psicologico, su cosa significhi vivere da un punto di vista emotivo i vari eventi che normalmente costellano la nostra esistenza. Ognuno si muove in base ai propri bisogni, ci si concentra sui comportamenti, su quello che possono provocare, ci si muove in base all'istinto.

Dopo una prima fase in cui avviene tutto ciò, solitamente, ci si orienta e si inizia a ragionare su quanto sta accadendo, sia livello comportamentale, sia psicologico.

I due aspetti sono correlati, uniti e pertanto vicendevolmente condizionanti.

Pertanto, non si può prescindere dalla considerazione che ogni emergenza, sia essa sanitaria o sociale, sia anche una emergenza psicologica.

Le persone, sebbene si sforzino di essere razionali, facendo affidamento alla logica, sono profondamente psico-logiche. Infatti, le emozioni giocano un ruolo essenziale, stravolgendo le scelte più pensate e strutturate o basate su dati di fatto. Di fronte a un'emergenza le reazioni possono essere varie. La più frequente è la paura. La paura è una emozione primaria, utile per la nostra difesa e/o sopravvivenza. Se pensiamo un attimo a cosa significhi questa risposta emotiva, ci rendiamo conto che se non la si prova non si riesce a preservarsi dal correre dei rischi.

Questa emozione ha la funzione di attivarci. È altrettanto vero, però, che se si eccede nella sua attivazione si va in ansia generalizzata, in panico e i comportamenti non sono poi funzionali.

Infatti, le persone non sono strutturate psicologicamente per reggere forti e, soprattutto, continue situazioni di stress. In altri tempi le persone reagivano, attaccando o fuggendo da una situazione pericolosa. Oggi si staziona maggiormente e questo produce ulteriori situazioni disfunzionali, quali, ad esempio, l'ipocondria, l'isolamento o un odio verso chi provoca lo 'stress'.

Se si ragiona su quanto detto sinora si nota che tutte le risposte che produce un individuo sono volte a controllare quanto lo preoccupa, lo stressa, quanto faccia male emotivamente e pertanto venga percepito come pericoloso.

Tutti, da sempre, vogliamo controllare gli eventi: speriamo di gestire ogni cosa traendone un beneficio.

Purtroppo questo non sempre è possibile, soprattutto quando l'evento spaventoso, traumatico, è rappresentato da una malattia. Ciò che dipende da noi spesso viene vissuto con più serenità, tutto quello che esula dalle nostre intenzioni e non è noto, ci getta nel panico.

Questi aspetti emotivi sono fondamentali nel momento in cui si parla di Coronavirus.

Questo virus ha sconvolto la vita di tutti, ha fatto saltare tutti i normali punti di riferimento, le note abitudini di vita, la routine.

Ha obbligato a un nuovo orientamento e a una nuova organizzazione di tutto quello che ha a che fare con la vita quotidiana, dalle mansioni, al modo in cui ci si orienta, al modo in cui ci si muove, al modo in cui ci si relaziona. Ognuno ha dovuto rivedere il proprio *modus vivendi* e operandi.

Questo ha comportato un ulteriore stress nello stress, ovvero cambiare.

Le persone sono da sempre refrattarie al cambiamento. Noi psicoterapeuti sappiamo bene quanta sofferenza accompagni ogni ristrutturazione: non si vuole lasciare andare, non si vuole modificare un proprio stile di vita, si difende fino all'ultimo un proprio ragionamento o una abitudine.

Noi tutti, di fronte a un evento che sconvolge, siamo portati ad attivare delle strategie, inizialmente conservative, ovvero volte a mantenere la condizione usuale. Solo successivamente, spinti da sintomatologie, ci attiviamo con delle strategie di coping, cioè di adattamento più funzionali.

In funzione di tutto questo si è deciso di fare uno studio a tappeto su tutto il personale dell'ospedale san Pietro, per valutare, anche attraverso la somministrazione di due strumenti diagnostici, la risposta adattativa dei singoli. Il fine è stato quello di capire per poter meglio intervenire nelle aree critiche. Infatti, un intervento psicologico supportivo è sensato, se si comprende un bisogno.

Da qui, poi, si può aiutare la persona a comprendere 'chi sta controllando che cosa', chiedendosi: 'sono sempre io che gestisco e scelgo cosa fare o sto attuando dei comportamenti, seguendo una massa di persone che fa proprio quello che andrebbe razionalmente evitato?' 'sono sempre io che agisco o sto semplicemente reagendo senza uno scopo, un obiettivo?' 'sono io che valuto, che ragiono o sto

## TERMOMETRO DELLE EMOZIONI

REPARTO	N° TEST EFFETTUATI	STRESS	ANSIA	UMORE DEPRESSO	RABBIA	AIUTO
Covid	19	32	64	46	58	41
Pronto soccorso	19	104	64	75	61	27
S. Giovanni Grande	6	42	33	14	20	12
Utin	8	41	30	20	24	30
S. Giovanni di Dio	11	55	53	34	27	25
S. Giuseppe	18	91	71	49	62	54
S. Maria Goretti	2	18	18	9	17	11
S. Carlo Solventi	4	23	21	11	13	9
Menni	11	68	63	43	44	30
S. Caterina	26	150	133	99	137	130
S. Camillo	4	29	20	18	25	14
S. Raffaele	7	38	33	21	35	19
S. Vincenzo	10	44	26	25	26	21

trusività ed evitamento. Il Termometro ha rilevato forti livelli di stress, ansia e rabbia.

Correlando i due strumenti si nota che le persone, come strategia, tendono maggiormente a 'trattenere' ciò che provano, per poi sviluppare un meccanismo di difesa quale l'Evitamento, percependo l'evento traumatico come Intrusivo, che va ad alterare il loro equilibrio. Con difficoltà le persone chiedono aiuto in modo strutturato, arrivando a stressarsi ulteriormente.

Questi sono, chiaramente, dei fattori di rischio che andrebbero gestiti al fine di garantire un adeguato equilibrio psicofisico.

subendo delle direttive senza capirne il senso?'.  
Di fronte a un evento traumatico è fondamentale, infatti, aiutare le persone a sfogarsi, per poi orientarle per far sì che mettano in atto dei comportamenti funzionali. È importante non preoccuparsi agitandosi, ma occuparsi in modo mirato sul problema.

Nello studio sono stati utilizzati due strumenti: la 'Scala di impatto dell'evento' (Impact of Event Scale, Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar, 1996) e il 'Termometro delle emozioni' (Distress Thermometer, Alex Michell, 2012) ed è stata offerta la possibilità di effettuare dei colloqui di sostegno. Si è pensato di utilizzare gli strumenti sopra menzionati per la loro facile fruibilità. È stato importante non appesantire il personale ulteriormente e invogliarlo allo stesso tempo alla compilazione di un qualcosa che consentisse un'indagine psicologica. Inoltre, la somministrazione di un test aiuta le persone a sentirsi maggiormente considerate.

La Scala dell'Impatto dell'evento è una misura di self-report di 22 elementi, che valuta lo stress soggettivo causato da eventi traumatici. I risultati vengono successivamente raggruppati in tre sottoscale, quali: evitamento, intrusività, iper-arousal (iper-eccitazione, attivazione).  
Il Termometro delle emozioni descrive il grado di emotività sperimentato. Consente di individuare il bisogno di aiuto rispetto alle seguenti problematiche: stress, ansia, umore depresso, rabbia, aiuto. I valori segnalati dallo strumento sono compresi tra zero e dieci.  
Nella Scala di Impatto dell'evento, globalmente, i punteggi si sono concentrati in due sottocategorie in particolare: in-

## SCALA DI IMPATTO DELL'EVENTO

Reparto	EVITAMENTO	INTRUSIVITÀ	IPERAROUSAL
Covid		●	
Pronto soccorso		●	
S. Giovanni Grande		●	
Utin	●	●	
S. Giovanni di Dio	●		
S. Giuseppe		●	
S. Maria Goretti		●	
S. Carlo Solventi	●	●	
Menni		●	
S. Caterina		●	
S. Camillo	●		
S. Raffaele		●	
S. Vincenzo	●		

I dati raccolti lasciano intendere che le persone cercano di far capo a loro stesse per fronteggiare eventuali difficoltà. Ovviamente tutto ciò non significa che non vogliono chiedere aiuto: il contesto, per esempio, può condizionarle nei loro movimenti volti a richiedere un supporto.

Questi dati sono stati anche confermati dal fatto, che solo in alcuni reparti il personale si è attivato, chiedendo dei colloqui di sostegno. Avendo notato la difficoltà nel formalizzare la richiesta di aiuto, si è proceduto andando nei reparti stessi con continuità, chiedendo come stessero andando le cose. Questo ha fatto sentire le persone 'non dimenticate', 'seguite'. Allo stato attuale tale studio ha permesso di evidenziare alcune aree critiche sulla base delle quali si creeranno degli interventi mirati. ■



# Aggiornamenti in Chirurgia oncologica: le neoplasie gastriche

di Dario Scrocco

**Dati epidemiologici.** Nonostante il costante declino in incidenza, in Europa nel 2012 sono stati stimati oltre 140.000 casi di carcinoma gastrico, con oltre 100.000 morti correlati a questa patologia. In Italia si stimano circa 12.700 nuovi casi di carcinoma gastrico per il 2018 e circa 10.000 decessi. Escludendo i tumori della cute, nel complesso il carcinoma gastrico rappresenta circa il 4% di tutti i tumori in entrambi i sessi. Con il 6% circa dei decessi, il carcinoma gastrico occupa il quinto posto in entrambi i sessi. In Italia abbiamo assistito a una costante riduzione di incidenza e mortalità sia negli uomini, sia nelle donne.

**Prevenzione e sorveglianza.** *Helicobacter pylori* è classificato dalla International Agency for Research on Cancer (IARC) come agente cancerogeno di tipo 1 con meccanismo patogenetico da ricondurre allo sviluppo di gastrite cronica atrofica e prevalentemente associato ad adenocarcinoma di tipo intestinale nelle popolazioni ad alto rischio. L'eradicazione dell'infezione è fondamentale per la prevenzione primaria del carcinoma gastrico. Altri fattori di rischio sono l'assunzione di elevate quantità di nitrati, il fumo di sigaretta e l'obesità.

**Inquadramento diagnostico.** La diagnosi di carcinoma gastrico può essere effettuata

su esame biotico da gastroscopia, su resezione endoscopica o chirurgia. Le procedure di valutazione iniziale dovrebbero comprendere: esame obiettivo; esami ematochimici (emocromo, funzionalità epatica e renale), gastroscopia con biopsie multiple alla periferia della lesione; TC torace-addome-pelvi. La laparoscopia (con o senza lavaggio peritoneale) può essere utilizzata nei pazienti considerati potenzialmente resecabili allo scopo di escludere malattia metastatica peritoneale. L'esame PET (o meglio PET-TC) può portare a una migliore definizione dello stadio della malattia. Lo stadio dev'essere assegnato secondo quanto descritto nella VIII edizione del manuale TNM (2016), redatto dalla American Joint Committee on Cancer (AJCC).

**Chirurgia.** Le indicazioni e il tipo di trattamento chirurgico per pazienti portatori di cancro gastrico dipendono dalle caratteristiche della neoplasia al momento della diagnosi e variano a seconda si tratti di un cancro iniziale (Early Gastric Cancer, EGC), di cancro avanzato (AGC), di un cancro avanzato con diffusione agli organi circostanti (T4b) o con carcinosi peritoneale. Va sottolineato che la chirurgia rappresenta la principale modalità di trattamento del carcinoma gastrico resecabile. L'intervento chirurgico radicale (R0) è quello che garantisce la completa asportazione del tumore primitivo. La classificazione della radicalità chirurgica, in accordo con la UICC, la seguente: RX: la presenza di tumore residuo non può essere valutata; R0: assenza di tumore residuo; R1: residuo tumorale microscopico (trancia di sezione); R2: residuo tumorale macroscopicamente evidente.

È opportuno osservare che nei pazienti sottoposti a gastrectomia totale per carcinoma gastrico, la splenectomia di principio può essere evitata. Nei pazienti con cancro gastrico avanzato (T2-T4a), la linfadenectomia con asportazione di almeno 16 linfonodi è da considerare il trattamento chirurgico standard, rispetto alla linfadenectomia più limitata (D1). La gastroresezione laparoscopica può essere so-

vrapponibile rispetto alla gastroresezione con tecnica aperta, nel trattamento chirurgico dei pazienti con carcinoma gastrico. Nei tumori localmente avanzati (T4b), può essere indicato un trattamento neo-adiuvante rispetto alla sola Chirurgia. La resezione chirurgica radicale può essere considerata il trattamento appropriato anche nel paziente anziano.

**Conclusione.** La corretta stadiazione clinica del cancro gastrico è cruciale per programmare la scelta del trattamento chirurgico, che è determinante per ottenere una qualità e una quantità di vita ottimale. Si riporta la tabella dell'attività svolta dal 2012 al 2019 presso l'U.O.C. di Chirurgia generale dell'ospedale "Sacro Cuore di Gesù" Fatebenefratelli, diretta dal dott. Francesco Giuseppe Biondo (Tabella 1). ■

Tabella 1

	III SUP n (%)	III MEDIO n (%)	III INF n (%)	Totale n (%)
<b>EARLY</b>			3 (3,19)	3 (3,19)
procedura			GST	
<b>T2</b>	1 (1,06)		7 (7,44)	8 (8,51)
procedura	Res. pol. sup.		GST	
<b>T3</b>	10 (10,63)	23 (24,46)	18 (19,14)	51 (54,25)
procedura	GT	14(GT) 9(GST)	14(GST) 4(GT)	
<b>T4</b>	3 (3,19)	6 (6,38)	18 (19,14)	27 (28,72)
procedura	1(GT) 1(P)	GT	13(GST) 5(P)	
<b>LNH</b>		2 (2,12)		2 (2,12)
procedura		GT		
<b>GIST</b>			3 (3,19)	3 (3,19)
procedura			2(WR) 1(GST)	
<b>Tot</b>	14 (14,89)	31 (32,97)	49 (52,12)	94 (100%)

GT (Gastrectomia Totale) GST (Gastrectomia SubTotale) WR (Wedge Resection) P (Palliative)



# La professione con il cuore in mano

di Sonia Monastero

**D**ivise bianche, celesti, glicine, verdi... in questi ultimi mesi in un gioco di colori si sono intrecciate insieme a paure, lacrime, emozioni e stanchezza. Interminabili giornate di lavoro, visi stanchi, sorrisi tirati...eppure sempre lì, in reparto con l'impegno e la professionalità, accanto ai nostri ospiti. Non eravamo pronti ad affrontare un peso psicologico così grande, non eravamo pronti ad affrontare le nostre paure, eppure ci siamo nutriti dell'unità del gruppo e della voglia di esserci sempre per i nostri ragazzi, per arginare e superare l'impotenza e l'improvvisa solitudine al tempo del covid-19. Rivivo quei giorni e penso a come nonostante tutto, la vita possa essere felice e magnifica, a come spesso ce ne dimentichiamo, perché pensiamo troppo e sentiamo troppo poco. Ho visto cose incredibili: operatori capaci e volenterosi di dare dignità al paziente in ogni istanza, che con pazienza e dedizione hanno fatto più di quello che è stato loro richiesto, più di quello che era di propria competenza. In questi giorni in cui il tempo non è stato più nelle nostre mani, abbiamo dovuto cambiare il nostro modo di agire, di pensare, di fornire assistenza ai nostri ospiti, che aldilà di ogni nostra più rosea aspettativa, si sono adeguati a tutte le misure restrittive necessarie alla prevenzione del contagio. Bravi loro, bravi i nostri operatori, che hanno saputo modulare le attività in base ai bisogni assistenziali e riabilitativi di questo preciso contesto, con le disposizioni aziendali. I nostri protocolli, le nostre procedure sono state modificate per far fronte alla pandemia Covid-19 e la nostra politica di prevenzione/contenimento del contagio è stata rigida e standardizzata per tutta l'azienda, per tutti i settori e setting assistenziali. Sono state fornite indicazioni operative, da attuare nel rispetto dei principi di precauzione e di proporzionalità, finalizzate a incrementare in ogni U.O., l'efficacia delle misure di contenimento adottate per contrastare una possibile epidemia di SARS-CoV2. Norme di comportamento precise e dettagliate, procedure operative di isolamento per casi sospetti/accertati covid-19, pulizia/sanificazione degli ambienti, procedura di atti-



vazione lavanderia per caso di patologia infettiva sospetta o conclamata, identificazione dei percorsi pulito e sporco, procedure di triage, sono alcune delle disposizioni che il direttore sanitario, dott.ssa Maria Cardarelli, ha proficuamente elaborato a tutela degli operatori sanitari e dei nostri ospiti.

Oltre alle misure organizzative sono state disposte anche misure rafforzative alla ordinaria educazione sanitaria: utilizzo di tutti i DPI e corretta prassi igienica, sia a tutela dei lavoratori, sia degli utenti esterni quali i fornitori; tutto ciò mentre ancora

nelle altre strutture territoriali si cercava di interpretare al meglio le indicazioni dei vari DPCM e delibere regionali spesso in contraddizione tra loro. Per contenere il contagio si è scelto da subito di limitare al massimo le occasioni di contatto con l'esterno, impedendo l'accesso ai familiari e ai volontari, ma garantendo e favorendo le videochiamate attraverso l'uso di tablet forniti dall'Azienda, al fine di permettere ai nostri ospiti e ai loro familiari di superare il disagio della lontananza. Fondamentale l'intervento del direttore amministrativo, dr. Lorenzo Contini, che con spirito di abnegazione, si è reso partecipe e disponibile a ogni tipo di richiesta e di esigenza. Tre mesi oramai dall'inizio dell'emergenza e il personale non ha smesso mai di prendersi cura degli ospiti con la professionalità di sempre, pur vivendo una situazione di potenziale rischio e di grande preoccupazione. I tanti sorrisi nascosti dalle mascherine fanno scudo alla paura palpabile che serpeggia nei corridoi, ma nonostante tutto si agisce in scienza e coscienza e ogni movimento è ragionato e ponderato e l'assistenza erogata è ancor più vigile e attenta di sempre. Sono orgogliosa di fare parte della "squadra" e il mio ringraziamento non sarà mai abbastanza per l'impegno e la professionalità con cui gli operatori hanno affrontato l'emergenza e assistito i nostri ospiti. Un sincero ringraziamento va' al nostro Padre Superiore, fra Michele Montemurri, per la sensibilità, la generosità e l'attenzione concreta, dimostrate verso i malati e verso l'équipe tutta, attraverso il supporto della "macchina organizzativa". ■



# Progetto HCV Patient Journey per sconfiggere l'epatite C

di Cettina Sorrenti

L'epatite C (HCV) incide sulla qualità di vita dell'individuo e rappresenta un importante problema di salute pubblica, che richiede una risposta urgente e colloca gli ospedali in prima linea per combattere la patologia. L'Unità Operativa di Medicina dell'ospedale diretta dal dott. Fabio Cartabellotta, da anni riferimento per il trattamento delle patologie epatiche e centro capofila della *Rete HCV Sicilia*, ha avviato un progetto dal titolo "HCV PaPatient Journey" per sconfiggere l'epatite C, favorendo lo screening e la presa in carico dei pazienti e contemporaneamente, per informare i cittadini e il personale sanitario. Nel mese di marzo 2015, in Sicilia è stato istituito il registro HCV, che contiene i dati fino a oggi. In questo arco di tempo, nella piattaforma web sono stati registrati 18.300 pazienti che rappresentano lo 0,35% della popolazione generale dell'Isola. Il 57% sono maschi con un'età media di 61 anni, il 34% di età superiore ai 70 anni. Negli ultimi anni, nel 97-98% dei casi gli antivirali ad azione diretta, hanno permesso di curare le infezioni da virus C. "Alla luce dell'osservazione epidemiologica della Rete HCV, dal primo di novembre dello scorso anno - commenta il dott. Fabio Cartabellotta - abbiamo avviato uno screening generale di tutti i pazienti che accedono al reparto di medicina; il 98% dei quali perviene attraverso l'area di emergenza. Il nostro reparto è dotato di 31 posti letto in cui afferiscono 1200 pazienti, il 50% per patologie respiratorie, il 30% per patologie gastroenterologiche e il restante 20% per patologie metaboliche e per patologie correlate all'età senile. Il 75% ha più di 65 anni. Il 55% sono uomini e il 45% donne. Lo screening pilota, ha rilevato che su 355 ricoverati è stata trovata una prevalenza del 7,5% di positivi all'anti HCV, dei quali solo una percentuale presenta il virus attivo, ma comunque non noto. L'obiettivo del nostro progetto di screening è quello di far emergere «il sommerso» (pazienti infetti non noti), fra i soggetti di età compresa fra i 40 e gli

esiste una CURA CHE PERMETTE DI GUARIRE DALL'EPATITE C

Progetto HCV patient journey OSPEDALE BUCCHERI LA FERLA (Fatebenefratelli) - Palermo

Sconfiggere l'epatite C

L'ospedale Buccheri la Ferla Fatebenefratelli di Palermo, da anni riferimento per il trattamento delle patologie epatiche tra cui l'epatite C (HCV), ha iniziato uno screening generale di tutti i pazienti ricoverati presso le varie unità operative.

Il paziente ricoverato, di età compresa fra 40 e 80 anni, verrà sottoposto allo screening per l'epatite C (HCV). Il paziente riscontrato positivo sarà indirizzato a consulenza epatologica, per essere poi avviato al trattamento.

In Italia l'infezione da epatite C (HCV) ha un impatto rilevante sulla salute e la qualità di vita di un individuo, per questo gli ospedali devono essere in prima linea per combattere e porre massima attenzione a questa patologia.

La terapia è accessibile a tutti **GRATUITAMENTE**

Servizio call center 392-0558659 attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12 e dalle ore 16.00 alle ore 18.00

«Con il contributo incondizionato» GILEAD

Progetto grafico: Claudia Fasani - email: claudiafasani@gmail.com

80 anni ricoverati presso le unità operative di Medicina Interna, Oncologia, Neurologia, Chirurgia, Ortopedia, Cardiologia e contemporaneamente di avviare i pazienti alla cura". Il lavoro si articolerà in più fasi: una preliminare di tipo educazionale, informativa, con la relativa divulgazione di materiale informativo, l'altra di screening durante il ricovero, attraverso la ricerca dell'anticorpo anti HCV (HCV Ab) con chemiluminescenza (i pazienti positivi saranno avviati al trattamento e indirizzati a consulenza epatologica con ambulatorio dedicato). Seguirà una fase di gestione da parte di personale dedicato della raccolta dei dati anamnestici, demografici, clinici e biochimici dei pazienti e, nell'ultima fase dello screening, saranno resi pubblici i risultati. "Il nostro progetto - dichiara il dott. Gianpiero Seroni, direttore sanitario dell'ospedale - si colloca nella prospettiva di raggiungere uno degli obiettivi primari fissati dall'OMS, che prevede l'eliminazione dell'epatite C entro il 2030. Abbiamo subito accolto il progetto per la sua rilevanza scientifica, che parte dalla conoscenza e dall'informazione che sono alla base delle possibilità di compiere delle scelte consapevoli. È fondamentale che tutti abbiano gli strumenti per prevenire e limitare l'infezione da HCV". ■

## La moda milanese in Ospedale. Il brand Grace dona mascherine

Grazia Di Miceli, titolare del brand *Grace*, una giovane star up nata un anno fa, con sede nella prestigiosa via dello shopping di Milano in via Monte Napoleone 21, specializzata nella creazione di esclusivi costumi da bagno e fuori acqua, nel momento dell'emergenza sanitaria, ha deciso di affiancare alla produzione, la realizzazione di mascherine a uso civile, destinandone uno stock da donare all'ospedale. Le mascherine, 100% made in Italy, sono lavabili e riutilizzabili, realizzate in-

ternamente con il 100% in cotone jersey idrorepellente e esternamente con il 100% in poliestere. "Abbiamo accettato con molto piacere il gesto solidale della stilista - dichiara fra Alberto Angeletti, Superiore del Buccheri La Ferla, per portare anche un tocco fashion in ospedale, destinando le mascherine al personale che svolge un lavoro non a contatto con i pazienti. Ogni gesto per noi è importante e contribuisce ad alleviare questi momenti difficili che stiamo vivendo". ■

## NEWSLETTER

**SAN RICCARDO PAMPURI**

In maggio, perdurando nelle Filippine un rigido lockdown, la Solennità di San Riccardo Pampuri, che le nostre tre Comunità spendevano insieme nel Noviziato di Amadeo, intitolato a questo Santo, questa volta la hanno celebrata separatamente. Ad Amadeo non c'è Cappellano in Casa, per cui con solennità al mattino del primo maggio sono state celebrate solamente le Lodi, e durante esse fra Firmino O. Paniza, su delega del Provinciale, ha accolto il rinnovo dei Voti Annuali di fra Giuseppe H. Calipes e fra Giuseppe Maria Escrivá A. Cenera, con testimoni fra Gerardo G. Mortera e fra Paolo Hoang Trung Hien. A Manila invece fra Eldy L. de Castro ha presieduto la Messa alle 7 del mattino ed hanno concelebrato con lui il Cappellano, don Stefano Nguyen The Trung, e i due sacerdoti vietnamiti, nostri ospiti, don Pietro Tran Le Thanh Tung e don Ignazio Do Tran My. Durante il Rito fra Rocco T. Yusay, su delega del Provinciale, ha accolto il rinnovo dei Voti Annuali di fra Isidoro U. Biason (*vedi in basso la foto centrale*), fungendo da testimoni fra Aroldo I. Alquicer e fra Pio A. Troyo.

Dopo il Rito c'è stata una foto ricordo dei presenti (*vedi la prima foto in basso*), schierati accanto alla statua di San Riccardo Pampuri e ad un suo reliquiario, sistemato su di un tavolino e tra due lumi. Sia i confratelli in Amadeo, sia le Suore di Menni e tanti amici hanno

seguito il Rito di Quiapo tramite streaming; e alcuni l'hanno anche inserito su Facebook. Parimenti in streaming le nostre Comunità usano ora spesso pregare il Rosario insieme con altri Enti Religiosi o Diocesani e li hanno a loro volta invitati a unirsi a esse dal 27 aprile al 3 maggio, in occasione della Settimana di Preghiere per le Vocazioni del nostro Ordine.

**RIAPRE "LA COLCHA"**

Pur restando alto il numero degli infetti, per motivi economici già da giugno il lockdown sarà meno rigido e, rispettando le misure di sicurezza, tutti potranno circolare nelle strade di Manila, tornando ai lavori occasionali di cui molti vivevano. Perciò il nostro Centro di Aiuto Psico-Spirituale "La Colcha", che ora seguiva i pazienti solo per telefono, ha dal 25 maggio riaperto le prenotazioni per incontri e già subito ce ne sono state due.

Inoltre, dato che il Dormitorio, che avevamo offerto ai frontalieri assunti per emergenza da un vicino Ospedale, rimarrà vuoto a metà giugno per il calo dell'emergenza, vi alloggeremo i pazienti che preferiscano seguire da residenti il **Corso FIAT** (= Intervento Formativo tramite Accompagnamento fino alla Trasformazione) e già c'è una persona che ha prenotato per restare alloggiata dal 9 giugno a fine luglio. Tale corso può durare, secondo i casi, da un mese a un anno e finora molti l'hanno

seguito, ma sempre da esterni, mentre da ora potranno anche farlo come residenti da noi.

**CELEBRANDO PENTECOSTE**

Anche per Pentecoste fra Eldy a Manila ha presieduto al mattino la Messa, concelebrando con gli altri tre preti, e l'hanno seguita in streaming sia i confratelli in Amadeo, da dove è ancora arduo raggiungere Manila, sia tanti amici e specie le Comunità filippine delle Suore di Menni, poiché per loro coincideva anche con il 139° Anniversario della fondazione del loro Istituto, avvenuta il 31 maggio 1881 a Ciempozuelos quando San Benedetto Menni, ottenuto il riconoscimento diocesano dell'Istituto, ammise in Noviziato le prime dieci Candidate e scelse quella data perché le Suore nell'assistere le malate psichiatriche invocassero sempre come loro Patrona Nostra Signora del Sacro Cuore di Gesù, della quale quel dì ricorreva la Memoria Liturgica. Ovviamente fra Eldy ha dedicato l'omelia sia alla Pentecoste, sia all'Anniversario di questo che è il più importante ramo femminile del nostro Ordine.

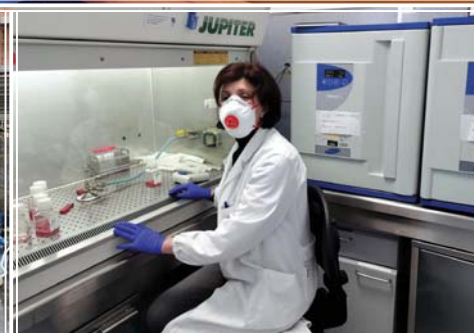
Dopo la Messa fra Eldy ha invitato i presenti a prendere da un vassoio uno dei cartoncini con scritto nel retro uno dei vari doni che lo Spirito Santo a Pentecoste infuse sui Discepoli e che continua a effondere. Dopo preso il cartoncino, i presenti hanno posato per una foto ricordo (*vedila qui sotto*). ■





# EMERGENZA COVID-19

A.F.M.A.L. PER GLI OSPEDALI DELLA  
PROVINCIA ROMANA DEI FATEBENEFRAPELLI



Abbiamo salvato vite in ogni parte del mondo, in emergenza e nelle situazioni più critiche. Ora l'emergenza è in casa nostra e dobbiamo fare presto, le nostre strutture sanitarie devono far fronte a ingenti spese per potenziare i reparti di rianimazione e terapia intensiva; acquistare materiali monouso e dispositivi di protezione per medici e il personale sanitario.

**Aiutaci con una donazione**

Bonifico bancario intestato ad A.F.Ma.L. Onlus

IBAN **IT86L0100503340000000001770**

oppure con

bollettino postale sul c/c **16767006**

[www.afmal.org](http://www.afmal.org)