

# VITA OSPEDALIERA

RIVISTA MENSILE DEI FATEBENEFRATELLI DELLA PROVINCIA ROMANA

ANNO LXXV - N. 09

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

SETTEMBRE 2020



**GUIDA AL CAMBIAMENTO:  
GESTIONE MANAGERIALE NELL'OTTICA DEL  
MIGLIORAMENTO DELL'OFFERTA SANITARIA**



# 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: fbfsola@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 Infermeristica**  
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.istitutosangiovanididio.it](http://www.istitutosangiovanididio.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.sangiovanidi.dio@fatebenefratelli.eu](mailto:centro.sangiovanidi.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 LXXX

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 5 01005 03340 000000072909

**Finito di stampare:** settembre 2020

In copertina: Guida al cambiamento: gestione manageriale nell'ottica del miglioramento dell'offerta sanitaria

# sommario

## rubriche

- 4 San Pio da Pietrelcina: uomo di preghiera e di sofferenza
- 5 Sarah Quel che Sarah del nostro mondo che sarà
- 6 Pancreatite acuta
- 8 Ottica transculturale per garantire i diritti ai minori stranieri non accompagnati
- 9 Medici contro il virus: eroi o criminali?
- 10 Come l'io si rapporta sempre a un tu la sessualità è premessa per il noi e futura altra vita
- 11 Guida al cambiamento: gestione manageriale nell'ottica del miglioramento dell'offerta sanitaria
- 15 Fra Ciriaco Nuin, unico nostro frate ultracentenario
- 16 Le sindromi dolorose pelviperineali
- 17 Followership e leadership: dal contratto *innominato* al contratto *psicologico*

## dalle nostre case

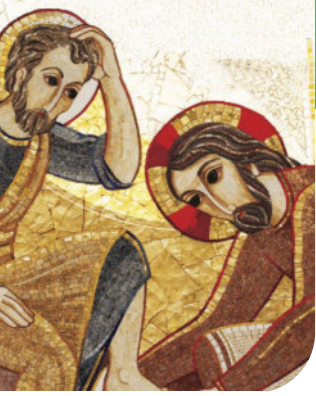
- 18 Emozioni, ricordi, auspici nel saluto alla dottoressa Rosalia Fiore e nell'avvicendamento del dottor Michele Venditti
- 20 Aggiornamenti in Chirurgia oncologica. La Tamis: trattamento trans-ale
- 22 La Visita Canonica del Padre Provinciale a Palermo  
La musica ritorna in Ospedale
- 23 NEWSLETTER

# editoriale

## “FRATELLI TUTTI...”



Impegnarsi per la “**casa comune**”, così definisce Papa Francesco il nostro mondo, sembrerebbe ovvio, quasi un inutile ribadire un messaggio insito e ben chiaro in ognuno dei tanti miliardi di abitanti della terra. Se immaginiamo il nostro pianeta come una camera d'albergo, un ristorante che frequentiamo o il salotto degli amici ove siamo stati accolti con gioia e sorriso, siamo e dobbiamo sentirci ospiti in quanto, quello che usiamo, è un bene che non ci appartiene e va rispettato, conservato, custodito come se fosse una nostra proprietà. Fa piacere essere accolti in uno spazio pulito e curato. Ma è sempre così? Come mai questo concetto di bene privato va a rotoli quando utilizziamo quello che possiamo definire un bene pubblico ove non c'è un titolo tangibile di proprietà? Forse perché appartiene allo Stato (quindi anche a noi) e non sentiamo quel luogo profondamente come cosa nostra? L'accortezza in questo caso non emerge, non viene esercitata, si abusa del bene comune o, a dirla come Papa Francesco “della casa comune” e ognuno prende quello che vuole, sporca come gli pare, altera gli equilibri della natura violentando le foreste, i fiumi, i laghi, il mare, come se fosse un suo diritto e senza dover dare conto a nessuno. Quanta insensibilità e quanto scempio, dimenticando che siamo ospiti di passaggio sulla terra. Possiamo godere dei beni del creato, ma con obbligo di restituirli come li abbiamo trovati o, se possibile, ancora meglio di come ce li hanno affidati. Ma così non è. L'uomo, l'animale più pericoloso al mondo, ha devastato in lungo e in largo il pianeta Terra al punto che le proiezioni temporali del raggiungimento del punto di non ritorno sono talmente allarmanti che gli scienziati e ambientalisti temono il peggio in un lasso di tempo di alcuni decenni. Oltre questo limite, ci sarà una catastrofe ambientale di proporzioni bibliche ove la capacità rigeneratrice e riparatrice della natura sarà compromessa. Questo scempio ha indotto Sua Santità a emanare una nuova enciclica “**Fratelli tutti...**” che firmerà il prossimo 3 ottobre ad Assisi. Sarà la terza enciclica di Papa Francesco, dopo “**Lumen Fidei**” - la cui stesura era stata iniziata da Papa Benedetto XVI - e “**Laudato si**”. Lo ha ribadito il Papa durante l'udienza ai partecipanti all'incontro delle Comunità Laudato si, ricevuti nell'Aula Paolo VI sabato mattina, 12 settembre ove, tra le tante cose, ha detto: «*anche la pandemia lo ha dimostrato: la salute dell'uomo non può prescindere da quella dell'ambiente in cui vive*». Sua Santità, nella nuova enciclica, pone l'attenzione sul problema, esortando a dividerlo come centro propulsore di ogni iniziativa per accedere a una “**ecologia integrale**”. Il Pontefice ha rimarcato come «*l'incuria del creato e le ingiustizie sociali si influenzano a vicenda, al punto che non c'è ecologia senza equità e non c'è equità senza ecologia*» e che la salvaguardia della casa comune «*è un compito che riguarda tutti, specialmente i responsabili delle nazioni e delle attività produttive*», ammonendo che «*non bastano impegni generici e non si può guardare solo al consenso immediato dei propri elettori o finanziatori*» ma al contrario, bisogna «*guardare lontano, altrimenti la storia non perdonerà. Serve lavorare oggi per il domani di tutti. I giovani e i poveri ce ne chiederanno conto*». Questo monito si accompagna a due parole-chiave dell'ecologia integrale: **contemplazione e compassione**. Il Papa riguardo alla prima ha spiegato che «*la natura non viene più ammirata, contemplata, ma “divorata”. Siamo diventati voraci, dipendenti dal profitto e dai risultati subito e a tutti i costi*». Sulla seconda, la «*compassione*», Papa Francesco l'ha definita con immagine efficace «*il vaccino migliore contro l'epidemia dell'indifferenza*». Questa indicata da Papa Francesco è una delle strade, forse la principale, lungo le quali dobbiamo fare un cammino insieme, acquisendo la consapevolezza della drammaticità della situazione. Leggiamo la sua enciclica e attiviamoci a contribuire a mettere in sicurezza la nostra casa comune, il pianeta TERRA, non fosse altro perché non ne abbiamo altre, tenendo ben presente il concetto che dobbiamo lasciarla in eredità ai nostri figli e discendenti. ■



# San Pio da Pietrelcina: uomo di preghiera e di sofferenza

di Mons. Pompilio Cristino

“Quanto a me non ci sia altro quanto che nella croce del Signore nostro Gesù Cristo” (Gal 6,14), in queste affermazioni di san Paolo vediamo riassunta l’esperienza di vita di san Pio da Pietrelcina.

Il Papa, san Paolo VI, parlando ai Superiori Cappuccini il 20 febbraio 1971, affermava: “Guardate che fama ha avuto! Che clientela mondiale ha adunato attorno a sé!

Ma perché? Forse perché era un filosofo? Perché era un sapiente? Perché aveva mezzi a disposizione? Perché diceva la Messa umilmente, confessava dal mattino alla sera ed era, difficile a dire, rappresentante stampato delle stigmate di nostro Signore. Era uomo di preghiera

e di sofferenza” (20 febbraio 1971). Nato a Pietrelcina (BN) il 25 maggio 1887 da una semplice famiglia di contadini, ma ricca di fede, Francesco, questo il nome di Battesimo, maturò fin da ragazzo il desiderio di consacrare la sua vita al Signore. Dopo aver compiuti tutti gli studi nei vari conventi dei Frati Francescani Cappuccini, dove assunse il nome di Pio, il 10 agosto 1910, fu ordinato sacerdote nella Cattedrale di Benevento. Dopo un periodo trascorso in famiglia, a causa della fragilità della sua salute, nel 1916 fu inviato a San Giovanni Rotondo dove rimase per oltre cinquant’anni, fino alla sua morte avvenuta il 23 settembre 1968. La sua vita è stata segnata in modo particolare dalla sofferenza, vis-

suta con grande forza d’animo e con la piena coscienza di essere chiamato a seguire Cristo, portando la croce per la salvezza dei fratelli. Nel giorno della sua “Prima Messa”, il 14 agosto 1910, sull’immaginetta ricordo aveva scritto: “Gesù, mio sospiro e mia vita, oggi che trepidante ti elevo in un mistero d’amore, con Te io sia per il mondo Via, Verità e Vita e per Te sa-

fatto degno di patire con Gesù e come Gesù”.

San Pio vive la sua sofferenza con lo sguardo fisso su Gesù Crocifisso per “essere fatto partecipe dei suoi medesimi dolori”. Infatti, scrive a Padre Agostino, suo Padre Spirituale: “Io non bramo di essere alleggerita la croce poiché soffrire con Gesù mi è caro; nel contemplare la croce sulle spalle di Gesù

mi sento sempre più fortificato ed esulto di santa gioia. Egli sceglie delle anime e tra queste, contro ogni mio demerito, ha scelto anche la mia per essere aiutato nel grande negozio dell’umana salvezza. E quanto più queste anime soffrono senza verun conforto tanto più si alleggeriscono i dolori del buon



cerdote santo, vittima perfetta”.

Padre Pio aveva compreso ben presto che il suo cammino sarebbe stato quello della croce e l’ accettò con coraggio e per amore. Infatti, sperimentò per molti anni le sofferenze dell’animo, lottando con forza contro il male; fin da ragazzo il suo corpo fu segnato da malattie che lo accompagnarono per tutta la vita. Quando dovette subire indagini e restrizioni al suo servizio sacerdotale accettò tutto con profonda umiltà e rassegnazione. Ma, soprattutto, dal 20 settembre 1918, giorno in cui sul suo corpo apparvero le stigmate, che il Santo Cappuccino maturò ancora di più l’idea di essere un “cireneo”, cioè di essere stato scelto per portare la croce di Gesù, “sono stato

Gesù” (20 settembre 1912).

San Giovanni Paolo II, il 2 maggio 1999 giorno della Beatificazione di Padre Pio, nell’omelia affermava: “Se la Provvidenza divina ha voluto che egli agisse senza mai spostarsi dal suo convento, quasi piantato ai piedi della Croce, ciò non è senza significato. Il Divino Maestro ebbe un giorno a consolarlo, in un momento di particolari prove, dicendogli che “sotto la croce s’impara ad amare” (Epist. I, p.339).

Sì, la Croce di Cristo è l’insigne scuola dell’amore, anzi la “sorgente” stessa dell’amore. Purificato dal dolore, l’amore di questo fedele discepolo attraeva i cuori a Cristo e al suo esigente Vangelo di salvezza” (2 maggio 1999). ■

(Continua)



# Sarah Quel che Sarah del nostro mondo che sarà

di Giuseppe Failla

**L'**era covid ci sta imponendo una seria riflessione su tutti gli aspetti della nostra vita, mettendoci in ginocchio e costringendoci a chiederci cosa sarà del nostro pianeta, della nostra vita, delle nostre società costruite sull'esperienza di millenni di storia.

In pochi mesi sono state cancellate certezze collaudate da secoli, le nostre libertà in primis, ritrovandoci assediati dalla paura, una paura che ha il volto non di un nemico dal volto truce, o di armi spaventose, ma il volto di una stampa incalzante, quanto approssimativa, salvo qualche rara eccezione. Una informazione martellante ventiquattro ore su ventiquattro, dando voce persino al virologo, carrapiparo, di Valguarnera Caropepe, borgo sperduto nel centro della Sicilia e reso noto dal commediografo Angelo Musco nell'"Aria di continente".

Notizie flash, con particolare accanimento nei confronti della Chiesa: funerali da cui scaturivano in tempo reale migliaia di malati, celebrazioni dell'Eucarestia che si trasformavano in riti mistici (profonda ignoranza della giovane inviata, che pena!) che generavano malati a gogò.

Trasgressioni tanto gravi e pericolose da autorizzare un servitore dello Stato in divisa a compiere un atto sacrilego, entrando in una Chiesa per interrompere la Santa Messa a cui partecipavano dieci persone, costringendo il sacerdote a interrompere la consacrazione per rispondere al telefono al pavido sindaco, che ovviamente si tirava fuori da ogni impiccio.

Ma una speranza c'è e ci Sarah perché è di pochi giorni fa la "lettera ai presidenti delle conferenze episcopali sulla celebrazione della liturgia durante e dopo la pandemia del covid-19" da parte della congregazione per il culto



divino e la disciplina dei sacramenti presieduta da Robert Cardinale Sarah. Certo la Chiesa italiana, come testimonia i numeri, con la ripresa delle attività pastorali, ha visto calare le presenze di un terzo dei fedeli.

Costanza Miriano e non solo, scrittrice cattolica, si è posta delle domande se proprio fosse stato necessario e accettabile privare i fedeli dei sacramenti visto che i supermercati accoglievano le persone (ricordiamo le file) al loro interno, come i giornali o i tabaccai. Ora è inutile recriminare se le conferenze episcopali come aveva sussurrato il Santo Padre, fossero state un po' don Abbondio. Sarah mette dei punti fermi nella sua lettera da cui non si potrà prescindere in futuro.

La Chiesa è comunità, è relazione "la dimensione comunitaria ha un significato teologico", dimensione che si realizza nel "Domus Dei et domus ecclesiae", la Chiesa come popolo, famiglia. Aggiunge ancora "non possiamo vivere, essere cristiani, realizzare appieno la nostra umanità e i desideri di bene e di felicità che albergano nel cuore, senza la Parola del Signore, che nella celebrazione prende corpo e diventa parola viva.

Non possiamo vivere da cristiani senza partecipare al Sacrificio della Croce in cui il Signore Gesù si dona per salvare l'uomo.

Non possiamo senza il banchetto dell'Eucarestia per ricevere Cristo Risorto. Non possiamo senza la comunità cristiana.

Non possiamo senza la casa del Signore

Non possiamo senza il giorno del Signore."

E infine, "si confida nell'azione prudente, ma ferma del Vescovo, perché la partecipazione dei fedeli alla celebrazione Eucaristica non sia derubricata dalle autorità pubbliche a un "assembramento" e non sia considerata come equiparabile o persino subordinabile a forme di aggregazione ricreative. Le norme liturgiche non sono materia sulla quale possono legiferare le autorità civili, ma soltanto le componenti autorità ecclesiastiche."

Mi sono chiesto in quei giorni di quarantena, se invece non fosse stato necessario aprire tutte le Chiese ormai disabitate; ripensavo a tutte le Chiese del centro di Roma dove con il rispetto delle norme si poteva celebrare, pregare, riservando un posto a quanti erano attanagliati dalla paura e avevano bisogno di un annuncio di salvezza.

Proprio per accogliere l'ultimo spunto del card. Sarah "alla preoccupazione doverosa per la salute pubblica, la Chiesa unisce l'annuncio e l'accompagnamento verso la salvezza eterna delle anime". ■



# Pancreatite acuta

di Costanzo Valente

La pancreatite acuta è una infiammazione del pancreas caratterizzata clinicamente da dolore addominale associato a innalzamento degli indici pancreatici nel siero. L'incidenza della pancreatite acuta varia da 5 a 35/100.000.

## Eziologia

Circa il 70% delle pancreatiti acute ricoverate nei nostri ospedali sono dovute alla presenza di una calcolosi biliare. Altre cause sono: l'abuso alcolico, l'assunzione di farmaci pancreo-lesivi, malattie autoimmuni, l'ipertrigliceridemia e l'ipercalcemia. La pancreatite acuta può anche essere una complicanza di manovre endoscopiche sul pancreas.

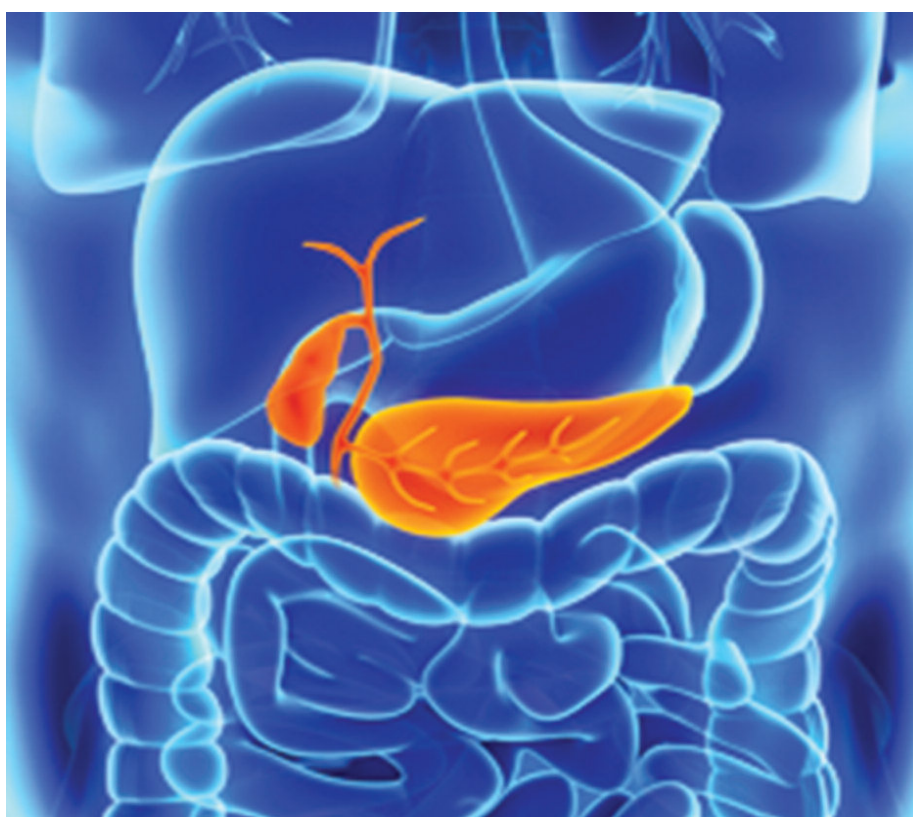
## Clinica

La pancreatite acuta si manifesta più frequentemente con un importante dolore addominale che spesso si associa a nausea, vomito e febbre. Nelle forme più lievi i sintomi possono regredire rapidamente, mentre in quelle più gravi possono evolvere in setticemia, shock, insufficienza renale e respiratoria.

## Diagnosi

Si basa sul dosaggio di due enzimi pancreatici: amilasi e lipasi. Le amilasi sono il test più utilizzato per la diagnosi di pancreatite, anche se la loro specificità non è altissima in quanto aumentano anche in altre condizioni patologiche. Le lipasi aumentano più precocemente delle amilasi, sono maggiormente specifiche e hanno una più elevata sensibilità (85%).

L'ecografia ha scarsa importanza nella diagnosi di pancreatite acuta a causa dell'incompleto esame del pancreas dovuto alla presenza di gas intestinale. La TAC è la tecnica di immagine più



importante per stabilire la diagnosi di pancreatite, per evidenziarne eventuali complicanze addominali e per valutarne la severità. La TAC, in assenza di controindicazioni, va sempre eseguita con contrasto per identificare l'eventuale presenza di aree di necrosi e va eseguita non prima di 72 ore dall'inizio dei sintomi.

Nel sospetto di una pancreatite a eziologia biliare, è consigliabile eseguire anche una colangio-RMN o una ecoendoscopia, indagini estremamente sensibili anche per valutare la presenza di piccoli calcoli della via biliare principale.

È importante definire la severità della

pancreatite in quanto ciò permette di identificare i pazienti ad aumentato rischio di morbilità e mortalità, prevedendo per questi ultimi un'assistenza più intensiva. In letteratura vengono proposti molti sistemi che utilizzano un punteggio ricavato attraverso i parametri vitali, gli esami ematici e quelli strumentali del paziente per valutare la gravità della pancreatite (Ranson, Glasgow, Apache II, SIRS, etc.).

Uno score molto utilizzato è il sistema Apache II, quando il punteggio è superiore a 8 ci troviamo di fronte a una pancreatite acuta severa e dobbiamo inviare il paziente in unità di cure intensive.

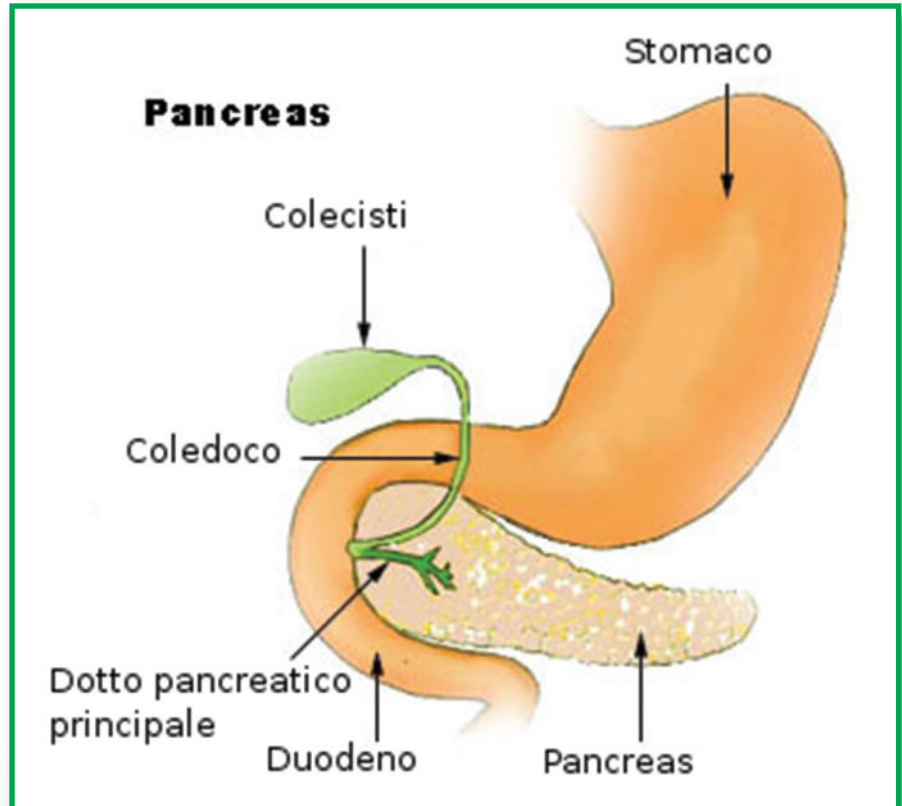
**Terapia**

Il trattamento della pancreatite acuta è differenziato in base alla severità della malattia. La terapia della pancreatite acuta lieve prevede un trattamento di supporto per alcuni giorni con digiuno, somministrazione di liquidi, correzione di eventuali alterazioni elettrolitiche e metaboliche e il controllo del dolore.

Il trattamento del dolore richiede l'uso di oppioidi in vena. In questi pazienti non è ritenuta necessaria una nutrizione suppletiva, essendo possibile già iniziare una dieta leggera alla scomparsa del dolore dopo sospensione degli oppioidi.

Nella pancreatite severa è necessario un monitoraggio continuo, preferibilmente condotto in un ambiente di terapia intensiva. A causa del grande sequestro di liquidi, ove la condizione cardiaca lo permetta, devono essere somministrati liquidi fino a 250- 300 cc/h per 48 ore.

La nutrizione enterale va iniziata precocemente (72 ore) in quanto tale presidio si è dimostrato efficace nel ridurre la mortalità, le infezioni e la necessità di ricorrere alla chirurgia in maniera significativamente superiore alla nutrizione parenterale. Nonostante il verificarsi di infezioni pancreatiche sia la causa principale di morbilità e mortalità nella pancreatite necrotizzante, l'utilizzo profilattico degli antibiotici è tutt'ora controverso. In base comunque ai numerosi studi italiani e anche alla luce di una recente metanalisi, che ha dimostrato una riduzione degli episodi settici e della mortalità, è raccomandato l'utilizzo dell'Imipemen o Meropemen per almeno due settimane nei pazienti con



necrosi superiore al 30%. In caso di necrosi infetta, diagnosticata mediante cultura dell'aspirato ottenuto con aspirazione percutanea TAC guidata, vi è indicazione a eseguire necrosectomia

Nei pazienti con pancreatite acuta biliare con calcolosi colecistica, la colecistectomia dovrebbe essere eseguita prima della dimissione ospedaliera, essendo stato evidenziato come il 30%

**Caratteristiche epidemiologiche e cliniche dei pazienti in Italia con pancreatite acuta**

M: F	50.5%: 49.5%
Età	63±18.2 anni
Pancreatite lieve	85.8
Pancreatite severa	14.2
Eziologia: biliare	69.3%
alcolica	6.6%
altri:	7.1%
non nota	17.1%
Mortalità:	0.4% nella forma lieve; 19.1% nella forma severa

con approccio mini invasivo o chirurgico. Ci sono evidenze sperimentali che la rimozione dei calcoli coledocici migliora la severità della pancreatite acuta biliare.

dei pazienti con pancreatite acuta biliare a cui non era stata rimossa la colecisti ha presentato episodio di recidiva di pancreatite acuta, colecistite o colangite nei 4 mesi successivi il ricovero. ■





# Ottica transculturale per garantire i diritti ai minori stranieri non Accompagnati

di Mariangela Roccu

I movimenti della popolazione sono uno dei fenomeni più significativi nelle società umane e hanno assunto un carattere sempre più rilevante nel mondo contemporaneo. Le migrazioni costituiscono una parte fondamentale di tale fenomeno ed è sempre più frequente, in ambito sanitario, intraprendere relazioni con persone con un background culturale differente.

Nonostante le leggi più o meno restrittive, gli immigrati continueranno ad arrivare e a modificare il tessuto sociale e la domanda di salute, sviluppando una società multietnica e multiculturale. Fra le migliaia di immigrati nel nostro Paese arrivano i Minori Stranieri non Accompagnati (MSNA), minorenni privi di assistenza da parte di genitori o di altri adulti per loro responsabili, che non hanno cittadinanza italiana o di altri Paesi Membri dell'Unione Europea, che non hanno presentato una formale richiesta di asilo. Papa Francesco, da sempre sensibile ai temi dei migranti e degli emarginati, in un messaggio nel corso della Giornata mondiale del migrante e del rifugiato 2017, ha sottolineato: "la legge sui minori non accompagnati è un importante passo avanti nella tutela di uno dei tasselli più fragili di un mondo in fuga". Le segnalazioni dei MSNA al 30 giugno 2020, nel nostro Paese, sono state 5016 e la fascia di età dai 15 ai 17 anni, è del 98.9%; sarà pertanto fondamentale, attivare da subito la formazione, oltre che di tutori adulti, anche di famiglie affidatarie disposte ad accogliere gli adolescenti, con un impegno e un sostegno propositivo da parte dei servizi territoriali, con lo scopo di avviare le azioni promozionali e preventive per la salute.

Tra le misure fondamentali per creare un rapporto di fiducia e per proteggere i minori dai trafficanti o dalla pressione che può esercitare la nuova famiglia, uno spazio importante deve essere ricono-

*"Quando un evento traumatico scuote quelli che erano stati fino ad allora i fondamenti della sua esistenza, un individuo subisce una tale scossa da perdere ogni interesse per il presente e il futuro, da rimanere assorbito psichicamente dal passato in maniera durevole" (Sigmund Freud)*



sciuto al diritto del minore a essere ascoltato e a esprimere la propria opinione sulle questioni che lo riguardano. La professione infermieristica italiana conosce da tempo l'approccio all'assistenza transculturale, poiché questa ha lo scopo di fornire gli strumenti atti a erogare un'assistenza culturalmente applicabile a tutti i soggetti. L'obiettivo dell'infermieristica transculturale è, infatti, quello di offrire un'assistenza culturalmente specifica e universale per la salute e per il benessere delle persone o come sostegno per affrontare in modi culturalmente coerenti, condizioni di vita difficili, nuovi e complessi. A questo riguardo e per comprendere quanto la professione infermieristica sia stata sensibile e attenta alle relazioni transculturali e ai nuovi bisogni sociali e culturali, la teorica Madeleine Leininger ha sviluppato delle metodiche attraverso le quali i professionisti sanitari possono prendere coscienza delle diversità di ogni persona, al fine di interpretarne accuratamente il comportamento. Salute e cultura sono sostanzialmente la stessa realtà; non si può parlare di salute fuori dell'ambito dell'autonomia della persona e delle capacità culturali e umane.

Capire le caratteristiche del fenomeno migratorio e conoscere le norme che lo regolano, può aiutare gli infermieri a capire dove focalizzare i loro sforzi per affrontare al meglio le problematiche della realtà multiculturale che stiamo vivendo, in modo particolare quelle dei MSNA. La competenza professionale dell'infermiere e di tutti i professionisti della salute, deve essere adattata al bisogno relazionale dell'utente; perciò l'acquisizione di conoscenze mutuata dall'antropologia culturale, dal nursing transculturale, dalla psicologia sociale, dalla psichiatria transculturale, dalla psicologia relazionale, associate alle conoscenze di specifici aspetti etico-deontologici e dalla normativa vigente in materia di immigrazione internazionale, può ottimizzare le prestazioni erogate agli utenti stranieri.

La medicina, la sanità, la salute, la formazione, devono essere ineluttabilmente transculturali, perché la salute degli immigrati è la nostra salute, ma soprattutto, è necessario ricordare che gli adolescenti meritano un futuro lontano dalla guerra, dalla violenza, dallo sfruttamento e dalla paura; meritano di non essere vittime dell'indifferenza. ■



# Medici contro il virus: eroi o criminali?

di Pier Paolo Vergineo

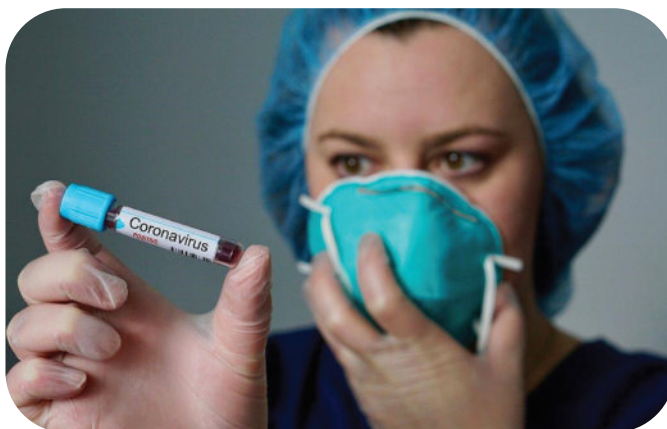
L'esplosione della pandemia ha riportato al centro dell'interesse mondiale la figura del medico e degli altri operatori sanitari, evidenziando il loro ruolo nella società. Ancora tutti ricordiamo, durante i primi giorni di quarantena, gli applausi che l'intera popolazione italiana dedicava a chi stava lottando corpo a corpo contro il virus, esponendo se stesso al rischio in prima persona.

Molto spesso, il personale medico ha dovuto operare in condizioni di scarsissima protezione, esposto dal contagio più di chiunque altro. Nelle zone che sono state colpite più duramente dall'emergenza, gli orari di lavoro si sono allungati a dismisura, portando spesso il personale sanitario sull'orlo del crollo fisico e psicologico. Sovente i medici erano oberati di lavoro, ben prima dello scoppio dell'epidemia, e così pure gli infermieri e gli OSS: sottoposti a turni massacranti, sottopagati, denunciati, aggrediti, essi hanno continuato a svolgere il proprio dovere senza venir meno al giuramento di Ippocrate, anche dopo essere stati investiti dalla valanga Coronavirus.

La reazione della popolazione, in un primo momento, è stata di totale supporto. Chiusa nelle loro case, la gente guardava ogni giorno il bollettino delle sei, contando i morti, i contagiati e i ricoverati in terapia intensiva. Le immagini del pronto soccorso mostravano uno scenario di guerra, in cui il personale, malamente armato, combatteva un nemico invisibile e, apparentemente, invincibile; i protagonisti di questa lotta sono stati chiamati: eroi, angeli, soldati.

Eppure, altri sentimenti meno nobili della gratitudine si sono rapidamente fatti strada: repulsione e paura. È vero, il personale sanitario lotta in prima persona contro il

virus e si espone al rischio più chiunque altro; è anche vero, però, che i medici e gli infermieri, a un certo punto, tornano a casa, vanno a fare la spesa al super-



mercato, frequentano luoghi che sembrano lontani dalla guerra e dove incontrano anche chi la battaglia la vede solo in TV, chiuso in casa in preda alla paura e all'angoscia. Molte di queste persone hanno cominciato a vedere nei medici dei veri e propri untori; si sono moltiplicati i casi di avvertimento, di solito lasciati in forma di bigliettini con su scritto messaggi inquietanti che talvolta rasentavano la minaccia. E allora, siamo pronti a chiamare i medici eroi, ma non a condividere con loro il rischio del contagio? Chiediamo loro di mettere tutto da parte: famiglia, amici, affetti, salute e in cambio non offriamo nemmeno il conforto dell'accoglienza? Mi piace pensare che siamo meglio di così, anche se il numero di casi di "avvertimento" ai medici si contano a decine in tutta Europa. È del resto, questa un'espressione estrema, di un atteggiamento verso la professione medica che è molto diffuso e molto più antico dell'epidemia. Nel momento del bisogno, i medici sono visti come salvatori, come personaggi dall'aura quasi mistica, in grado di sottrarre un paziente a morte certa. Quando però questo non avviene,

quando è la malattia a prevalere e a vincere, allora la reazione è spesso la rabbia. Il passo dalla gratitudine alla denuncia è breve: troppo spesso il personale medico deve affrontare processi spesso dettati dal cinismo di alcuni studi legali, che termineranno quasi certamente con l'assoluzione (nel 95% dei casi secondo il Tribunale del malato 2015 e la Commissione Parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari del 2013), ma il cui impatto psicologico è devastante.

Questo rischio è moltiplicato dal Covid-19: la situazione emergenziale in cui gli ospedali hanno operato ha certamente favorito

l'errore, molto spesso conseguenza della scarsa conoscenza della malattia, che ha causato danni enormi soprattutto all'inizio della pandemia. Cosa ne sarà dell'immagine dei medici quando tutto questo incubo sarà finito e saremo pronti a scrivere la storia? Li vedremo come eroi o come criminali? Ci ricorderemo delle migliaia di persone che hanno salvato o di quelle che, nonostante tutto l'impegno, non sono riusciti a strappare alla malattia?

Una cosa è certa: il personale sanitario non può lavorare in condizioni di opprimente pressione psicologica. Se la nostra salute è nelle mani dei medici, è anche dovere dei pazienti osservare un comportamento corretto nei confronti di chi ci soccorre nei momenti più bui.

Fermo restando il diritto del paziente di avere la migliore assistenza possibile, dovrebbe essere altrettanto ovvio, che il lavoro dei medici va rispettato non solo quando questi salvano vite umane, ma anche quando, nonostante tutto, la vita non riescono a salvarla perché, al di là della retorica, essi non sono angeli, ma sono uomini. ■





di Fabio Liguori

# Come l'*io* si rapporta sempre a un *tu* la sessualità è premessa per il *noi* e futura altra vita

**XXVI - Fattori genetici (sessuati si nasce); inizia l'interesse affettivo-fisico verso l'altro sesso; componenti biologiche, psicologiche e trascendenti qualificano mascolinità e femminilità.**



*L'“io” sempre costituito in rapporto a un “tu”...*

Abbiamo visto come, in un'età di confine, il sopraggiungere della fisiologica tappa dello sviluppo (*menarca*) costituisca, per la ragazza, una significativa evoluzione psicologica, con reazioni tanto diverse quanto caratteristiche; mentre impone alla madre un fondamentale ruolo nel preparare la figlia al particolare evento.

In seguito nella giovanetta inizierà a manifestarsi, con gradualità, l'interesse affettivo-fisico verso l'altro sesso: attraverso un cambiamento camuffato dall'identificarsi in un "gruppo" di coetanei, con simboli emotivi tipici dell'"essere al tempo" (il vestirsi, lo smartphone, selfie, concerti). In misura più o meno rilevante, nella scena psichica prenderanno posto impulsi sessuali che, liberi dalla rimozione, trovano alleati in elementi inconsci affioranti con significato

di differenziazione e organizzazione dell'*identità femminile*, anche in relazione al compito della riproduzione cui, per la prima volta, la giovane sarà portata a considerarsi.

Dal punto di vista biologico, sessuati si nasce. L'appartenenza al sesso maschile o femminile è legata a fattori genetici, gonadici e ormonali che, fin dal concepimento, determineranno: 1) il sesso cromosomico, caratterizzato da presenza o assenza del cromosoma Y. Di là dagli altri 44 cromosomi che possediamo, quelli della identità sessuale sono rappresentati nel maschio dalla coppia XY, mentre nella femmina da due cromosomi XX; 2) geni di questi cromosomi attivano il sesso gonadico, distinto per la presenza di testicoli nel maschio e ovaia nella femmina, a produrre ormoni per la fisiologia dell'apparato (epididimo,

dotti deferenti, vescicole seminali, prostata e parte dell'uretra nel maschio; utero, tube e parte della vagina nella femmina); 3) diversificato dall'azione degli ormoni sessuali, da un comune abbozzo embrionale deriverà infine il sesso morfologico (genitali esterni).

La sessualità umana non è un puro dato anatomico, né esercizio temporale di una determinata funzione. La differenziazione maschile-femminile è una dimensione che coinvolge la *persona nella sua interezza*, a fondamento di un io personale con precisa identità di *individuo unico e irripetibile* della specie umana. Identità che è l'insieme di componenti biologiche, psicologiche e trascendenti che non possono essere ignorate, qualificando l'uomo e la donna maschi e femmine diversamente dal mondo animale. Sarà dal sesso, infatti, che la persona deriverà le caratteristiche che sul piano psicologico, sociale e culturale la faranno uomo o donna; e condizioneranno l'iter del suo sviluppo verso la maturità e il pieno inserimento nella società. Un *modo permanente di essere* che si configurerà come *mascolinità o femminilità*, a caratterizzare individui mai chiusi in se stessi, ma aperti a complementarità e comunione con "l'altro" che, proprio perché "diverso" qualifica la personale identità.

Come l'"io" si costituisce sempre in rapporto al "tu", così la sessualità umana è strutturata nella totalità e reciprocità di *due persone*: premessa per il "noi" e la futura esistenza di un'altra vita. ■





# Guida al cambiamento: gestione manageriale nell'ottica del miglioramento dell'offerta sanitaria

di Cristina Haass, Ada Maria D'Addosio, Francesco Monti, Simone Bianconi, Maurizio Cassol, Massimiliano Di Paola

**A**l termine del Corso di formazione manageriale per dirigenti di secondo livello, che si è tenuto a Roma lo scorso anno, presso l'Istituto "Arturo Carlo Jemolo", alcuni professionisti dell'ospedale san Pietro si sono cimentati in un lavoro comune, presentando dettagliatamente il percorso di modifica di una procedura, come l'angioplastica coronarica, abitualmente svolta in regime di ricovero ordinario, a una attività in Day Surgery. Tale lavoro avrebbe potuto essere specifico del Cardiologo, ma ha coinvolto tutti i professionisti, a prescindere dalla loro specialità, nell'intento di pianificare lo svolgimento di tale modifica, guidando i passi dei vari operatori coinvolti, superando le resistenze al cambiamento e le preoccupazioni dei rischi insiti in esso.

Oltre al dott. Francesco Monti, Direttore di Cardiologia, si sono cimentati nel progetto la dott.ssa Cristina Haass, Direttore della Neonatologia, il dott. Simone Bianconi, Direttore del Pronto Soccorso, il dott. Maurizio Cassol, Direttore della Medicina Interna, il dott. Massimiliano Di Paola, Direttore della Chirurgia e la dott. ssa Ada Maria D'Addosio,

Direttore del Servizio Trasfusionale.

In maniera puntuale e dettagliata sono stati analizzati tutti i punti relativi all'organizzazione di questa modalità di assistenza, nel rispetto della Mission dell'ospedale san Pietro, quale "offerta di assistenza ai malati, attraverso strumenti scientifici adeguati che tengano conto del rispetto della persona, nel malato e nell'operatore sanitario". Ecco perché nell'analisi non sono mai stati disgiunti la soddisfazione del paziente, dalla serenità del personale, nel realizzare una modifica organizzativa nel rispetto delle singole competenze.

Alle risorse umane e tecnologiche, si è aggiunta la valutazione delle risorse economiche, sia come vincoli di spesa, sia come vincoli di ricavo. Non ultimo si è data importanza, anche in questo contesto, all'Umanizzazione delle cure, evidenziando come una procedura chirurgica svolta in una sola giornata permette, in tutta sicurezza, il ritorno rapido del malato in famiglia, tenendo presente la fragilità psicologica di un paziente cardiologico che teme il reinfarto.



Anche la partecipazione del personale tutto alle scelte operative, sia esso medico, infermieristico o tecnico, modifica la percezione di team coeso da parte dell'utenza. Il lavoro di gruppo ha comportato l'analisi dell'appropriatezza della procedura, del rischio clinico, della semplificazione organizzativa, delle strategie di valorizzazione del personale, il tutto tenendo conto della centralità del paziente e della possibilità di ottenere un riscontro a posteriori da parte dell'utenza con sistemi informativi tecnologici di nuova impostazione come le "App".



L'innovazione tecnologica insieme a quella medico-scientifica hanno reso l'interventistica coronarica sempre più sicura ed efficace, con una notevole riduzione delle complicanze post-intervento. Su tutto, l'accesso arterioso radiale, che riduce notevolmente i rischi emorragici. A questo notevole sviluppo si sono affiancati nuovi modelli assistenziali che sfruttano i vantaggi legati alla maggiore sicurezza delle procedure interventistiche che vengono effettuate.

La chirurgia di un giorno (Day Surgery), è l'effettuazione, con opportune modalità cliniche, organizzative e amministrative, di interventi chirurgici o anche di procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore di giorno, in anestesia locale, loco-regionale, generale.

La nostra emodinamica ha iniziato da alcuni anni l'effettuazione delle coronarografie in regime di Day Hospital con ottimi risultati. E da circa un anno i primi casi di angioplastica coronarica (PCI) elettiva in regime di One day Surgery.

Il ricovero di un giorno presenta enormi vantaggi:

1) *“mettere il paziente al centro del processo clinico. Il benessere del paziente prima di tutto. Un benessere inteso non solo come qualità delle cure ricevute, ma anche come qualità della vita: poter risolvere i propri problemi di salute in poche ore, avere un decorso post-operatorio*

*in assoluta sicurezza a casa propria circondato dall'affetto dei propri cari”* (Paolo Veronesi).

- 2) Riduzione della spesa pubblica. La riduzione della spesa è evidente poiché l'angioplastica coronarica in Day surgery ha un rimborso (DRG) inferiore.
- 3) Riduzione dei costi e aumento degli utili da parte delle aziende ospedaliere.

Alla luce di queste premesse è stato effettuato uno studio per dimostrare l'efficacia e la sostenibilità del progetto.

Le procedure di angioplastica in DS sono ormai realtà ben consolidate negli Stati Uniti e nel nord Europa.

I dati della letteratura mostrano come la PCI elettiva in regime di Day Surgery sia sicura come la PCI in regime di ricovero.

Negli Stati Uniti, in Inghilterra e nei Paesi del nord Europa, oggi oltre il 65% degli interventi avviene in regime di day surgery (DS). In Italia, nonostante il DS sia stato introdotto negli anni 80, dati del ministero della salute del 2015, mostrano che gli interventi in ricovero giornaliero sono solo il 30%.

La valutazione successiva è stata fatta sulla sostenibilità economica del progetto mediante un'analisi di microcosting.

Lo studio ha adottato un approccio basato sulla rilevazione delle tempistiche di impiego dei fattori produttivi diretti (personale, esami) e indiretti (permanenza in sala, assistenza in reparto) attraverso interviste ai professionisti coinvolti nella procedura chirurgica e nella degenza. Anche le quantità di farmaci, materiali e dispositivi medici specifici per la singola procedura sono state rilevate attraverso inter-

viste al personale. In particolare è stata predisposta la conduzione di almeno 3 interviste alle seguenti figure professionali:

- medico - chirurgo
- infermiere di sala operatoria
- infermiere di reparto.

La prima fase ha previsto, attraverso le interviste alle figure professionali individuate, la ricostruzione del percorso paziente durante la degenza ospedaliera, sia per il regime ordinario (secondo l'attuale pratica clinica), sia per la day surgery.

La seconda fase ha riguardato la raccolta del consumo di risorse associato a ciascuna fase del percorso paziente individuato.

La terza fase ha previsto la valorizzazione economica del percorso paziente attraverso la raccolta dei dati di costo unitari associati alle risorse precedentemente individuate. Nell'analisi per l'organizzazione di Day Surgery è stata prevista la conversione di due posti letto dalla degenza ordinaria a quella in DS. Un piccolo cenno, va fatto su questa tipologia di Day-Surgery. Le unità di DS di solito sono unità indipendenti dal reparto di degenza. Ciò crea dei notevoli vantaggi: le attività possono essere programmate con precisione, così anche le équipe coinvolte con la massima ot-



timizzazione del personale; non ci sono rischi che i posti vengano occupati da ricoveri da pronto soccorso. Uno svantaggio di queste unità sono i costi della loro implementazione, perché necessitano di spazi e personale dedicati.

Mentre nelle altre discipline chirurgiche il processo diagnostico precede di molto l'atto operatorio e, pertanto, l'intervento può essere pianificato, nella cardiologia interventistica coronarica la valutazione diagnostica è immediatamente precedente all'interventistica. Non c'è, pertanto, nessun bisogno di programmare l'intervento. Sarà il tipo di intervento insieme alle caratteristiche del paziente a determinare il tipo di ricovero (DS, ONE-DS, o Ric.Ordinario). Per questo è possibile convertire alcuni posti di degenza ordinaria in DS all'interno del reparto di degenza senza dover sostenere costi specifici sull'implementazione della stessa e ciò comporta un risparmio economico in quanto sono utilizzati stessi spazi e stesso personale.



<b>Modello organizzativo settimanale, convertendo due posti letto di degenza ordinaria in due posti letto di Day-surgery</b>	<b>RICOVERO in DAY SURGERY</b>	<b>RICOVERO ORDINARIO</b>
n° di PROCEDURE / settimana	10	6
COSTI / settimana	€ 16.876,43	€ 13.363,10
Rimborso DRG / settimana	€ 49.170,00	€ 38.604,00
Δ tra rimborso e costi sostenuti / settimana	€ 32.293,57	€ 25.240,90
Δ (costi – rimborso settimanale) tra scenario in regime DS e ricovero ordinario	<b>€ 7.052,67</b>	

Come si vede nella tabella, convertendo solo due posti letto da ricovero ordinario a DS si possono effettuare quasi il doppio di PCI a settimana in regime di DS rispetto a quello ordinario e ciò consente di avere un aumento degli utili da parte delle aziende ospedaliere di circa 7000 euro a settimana. Un'ulteriore valutazione sui benefici della conversione dei letti da degenza ordinaria a DS è dato dalla possibilità, qualora ce ne fosse bisogno, di estendere il ricovero anche per una notte e dimettere il paziente la mattina successiva, senza che questo modifichi l'organizzazione.

Per fornire al paziente la massima assistenza nei giorni successivi al ricovero è stata disegnata una applicazione telefonica, APP MYSTENT che mette in comunicazione il paziente dimesso con il laboratorio di Emodinamica nei 7 giorni successivi all'intervento. MYSTENT è un'applicazione per smartphone facile e intuitiva che, tramite semplici domande a cui rispondere, permette al paziente di descrivere il suo stato di salute. Questo rappresenta, in era digitale, l'evoluzione della telemedicina.



L'erogazione della PCI in regime di day surgery garantisce la possibilità di poter effettuare un numero maggiore di prestazioni, riducendo quindi le liste di attesa e, al contempo, di ottimizzare le risorse economiche, riducendo costi e aumentando i profitti.

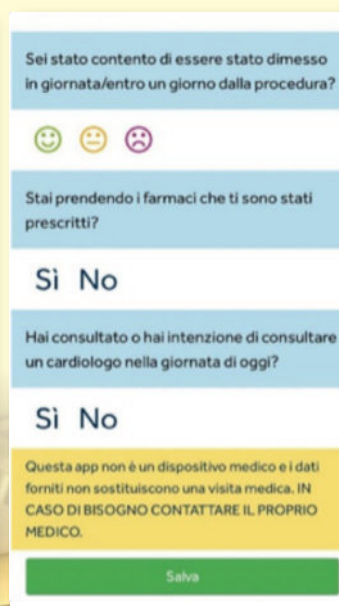
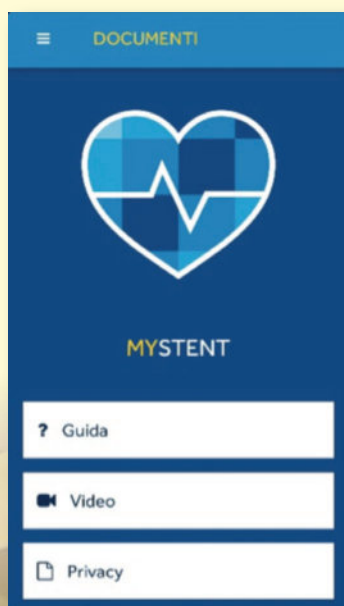
Il regime di ricovero giornaliero insieme all'utilizzo dell'App MYSTENT conferisce al paziente enormi benefici clinici e psicologici, mantenendo alto il profilo di sicurezza.

## Tecnologia a servizio dell'uomo

In epoca di App (vedi Covid 19) poter essere vicini a un paziente appena dimesso da una procedura di cardiologia in-

terventistica, che il paziente vive come un vero e proprio intervento chirurgico, fa la differenza nell'assistenza. Notoriamente i pazienti che necessitano di questa procedura sono anziani, e anche i loro "care giver" sono solitamente di una certa età. Diventa fondamentale, quindi, fornire uno strumento agile e di facile comprensione, che renda sicura psicologicamente la convalescenza a domicilio in assenza di degenza ospedaliera. Il lavoro di gruppo, pertanto, ha sposato questa causa proprio per la bontà del progetto, della sua efficacia ed efficienza e della sicurezza prospettata per la soddisfazione delle necessità dei pazienti candidati alla procedura. Questa esperienza, al termine del corso di formazione manageriale per Direttori di Unità Complesse, ha dimostrato che un gruppo eterogeneo di clinici può lavorare

in modo coordinato nel raggiungimento di uno specifico obiettivo, anche non della propria specialità, nel momento in cui condivide conoscenze e progettualità nel cambiamento di una procedura ospedaliera che apporta benefici a tutti gli operatori del settore e all'utenza dell'ospedale in cui si lavora e di cui si condivide la Mission. ■







# Fra Ciriaco Nuin, unico nostro frate ultracentenario

di Fra Giuseppe Magliozzi o.h.

In Spagna i Fatebenefratelli di Saragozza hanno festeggiato lo scorso 10 agosto il centesimo compleanno di fra Ciriaco Nuin con una cerimonia piuttosto intima, a causa della perdurante pandemia. Ha presieduto la Messa l'unico nostro confratello vescovo, mons. Giuseppe Luigi Redrado, Segretario emerito del Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute (in cui si prodigò come vescovo dal 1998 al 2011) e che ora è di Comunità a Saragozza. Ha concelebrato con lui il nostro Padre Generale, venuto apposta da Roma, ma nei banchi, oltre ai frati di Comunità, tutti in mascherina, c'erano solamente il loro Provinciale, fra Giuseppe Luigi Fonseca, e appena qualche dirigente laico dell'Ospedale, come si vede nella foto dei presenti, scattata al termine del Rito e nella quale spicca in primo piano fra Ciriaco, seduto in poltrona e con il bastone tra le mani; essendo agosto, sono tutti in camicia, ma lui, quale festeggiato, s'è presentato in giacca e cravatta.

A parte una piccola difficoltà nel muoversi, per cui usa appoggiarsi a un bastone, fra Ciriaco ha conservato piena lucidità di mente e il consueto carattere socievole e premuroso. Nella foto singola è ritratto mentre a tavola spegne le candeline della torta di compleanno. Fra Ciriaco Nuin nacque a Usi, in Navarra, il 10 agosto 1920: entrò da noi nel 1945 ed emise i Voti Semplici nel 1946 e quelli Solenni nel 1950; conseguì un diploma di baccellierato e quello di Ausiliare Tecnico Sanitario, iniziando a far pratica nel nostro Istituto Psichiatrico di San Baudilio, dove poi l'8 luglio 1951 fu nominato Vice Priore. Nel Capitolo Provinciale del 1953 fu eletto Priore di Calafell; in quello del 1956, Quarto Consigliere Provinciale, nonché Maestro degli Scolastici in San



Baudilio; in quello del 1959, Terzo Consigliere Provinciale; in quello del 1962, Primo Consigliere Provinciale e Priore dell'Ospedale Materno-Infantile di Barcellona; in quello del 1965, Superiore della Provincia Aragonese e riconfermato in quello del 1968.

Nel sessennio che guidò la Provincia il principale suo obiettivo fu d'applicare le nuove direttive emanate dall'appena concluso Concilio Vaticano II riguardo alle norme della Vita Religiosa, come ben appare dalle circolari che indirizzò ai confratelli della Provincia, specie quella del 20 novembre 1965, che fu considerata un "vero programma spirituale e d'azione per la famiglia ospedaliera della Provincia".

Altri due obiettivi primari del suo provincialato furono la formazione delle nuove leve di frati e l'ampliamento dell'impegno missionario, sicché fu lui a insediare nel 1967 la prima Comunità a Lunsar, in Sierra Leone. Fu proprio

per l'interesse mostrato per le Missioni, che allo scadere del sessennio di provincialato egli fu inviato in Messico, restandovi tre lustri come Priore di Tlalpan e poi di Zapopan, nonché talora di Consigliere o di Delegato.

Tornato in Spagna nel 1987, spese un primo anno collaborando nel Servizio Sociale di Valencia, poi passò a collaborare con la Segreteria della Curia Provinciale, distinguendosi per il suo impegno pacato e sempre sereno, senza che mai, col passar degli anni, diminuissero il suo rendimento e le sue capacità intellettuali.

Fu solo da fine giugno del 2019 che smise di lavorare e fu trasferito nella Residenza per frati anziani che abbiamo nell'Ospedale di Saragozza. Lo scorso marzo un controllo dei 13 frati della Residenza e dei 5 della Comunità rivelò che ben 15 di loro, tra cui anche lui e il vescovo Redrado, risultarono contagiati dal Covid-19 e furono subito ben isolati, ma attentamente seguiti tecnicamente e psicologicamente. Entrambi i due citati sono stati tra i primi a vincere il virus, restando sempre asintomatici e già il 17 aprile raggiungendo il traguardo della negatività del test sierologico.

Concludiamo riportando il profilo umano di fra Ciriaco tracciato da José Cruset nel suo libro del 1971 sulla Provincia Aragonese: "Fra Ciriaco è un uomo semplice, umile e buono, la cui personalità si presenta come un limpido esercizio delle Beatitudini, ossia un usare carità con tutti, inizialmente quale semplice frate e poi quale Superiore, per il bene del suo Ordine, esercitando il proprio potere con dolcezza ma integralmente e con una silenziosa semplicità che l'ha fatto spiccare costantemente tra tutti i confratelli della Provincia Aragonese". ■



# Le sindromi dolorose pelviperineali

di Franco Luigi Spampinato

Le sindromi dolorose pelviperineali costituiscono un importante e difficile problema clinico per la loro grande eterogeneità e complessità, aggravato dal fatto che le conoscenze scientifiche in proposito e le relative terapie non hanno ancora fornito risultati certi e definitivi. Numerosi sono i quadri clinici che si possono osservare in questo contesto e ognuno di loro meriterebbe una trattazione a parte, basti ricordare la cistite interstiziale primitiva, prevalente nel sesso femminile e la prostatite cronica. Dal punto di vista clinico pratico, tuttavia, il quadro osservabile forse con maggior frequenza è quello della sindrome dolorosa pelviperineale secondaria a processi degenerativo infiammatori del nervo pudendo. Tale quadro è stato e viene studiato da anni da molti autori, ma con grande difficoltà per il grande e fondamentale problema della corretta classificazione dei pazienti e per il fatto che per il suo adeguato trattamento è necessario disporre di una preparazione ultraspecialistica neurouroginecologica. Le sindromi dolorose pelviperineali sono inoltre difficili da studiare, anche perché spesso, le persone affette da tali patologie non si fanno visitare e seguire con regolarità e cambiano spesso medico, soprattutto quando non trovano rapidamente risultati clinici positivi, peraltro difficili da ottenere, in quanto la cronicità e l'aspetto multifattoriale di tale patologia richiedono terapie multidisciplinari prolungate. Le cause della sindrome dolorosa pelviperineale raggruppano, quindi, una serie di disturbi di diversa eziopatologia e fisiopatologia, ma probabilmente, il più comune, dal punto di vista clinico pratico, è quello riferibile alla neuropatia del nervo pudendo. Il nervo pudendo, con le sue numerose collaterali, ha un percorso anatomico molto complesso e innerva la cute e gli organi della regione pelvi pe-

rineale. La sua origine è nel midollo sacrale e possiede strutture appartenenti al sistema nervoso autonomo e al sistema nervoso somatico, con fibre afferenti ed efferenti. Per comprendere la sindrome dolorosa pelviperineale da neuropatia del pudendo, è necessario tenere presente le strutture specifiche da esso innervate. In primo luogo la sensibilità della cute del perineo, della maggior parte dei genitali esterni; in secondo luogo il controllo di tutta la muscolatura delle strutture perineali, compresi gli sfinteri anale e uretrale.

Di conseguenza, il controllo volontario della defecazione e della continenza



fecale, così come il controllo volontario della minzione e della continenza urinaria, viene trasmesso alle strutture funzionali dal nervo pudendo. Anche il controllo degli organi genitali esterni ricade sotto l'innervazione di questo nervo, che quindi, svolge un ruolo fondamentale nella vita sessuale e riproduttiva. Quando il nervo pudendo viene colpito da traumi e/o da processi infiammatori e/o degenerativi, si verificano conseguentemente una serie di disturbi che interessano in vario modo tutte le attività da esso controllate. La particolare situazione anatomica di questo nervo può in gran parte spiegare la tipologia dei sintomi rilevati. È ormai osservazione frequente che molte persone che praticano lo sport del ciclismo, dell'equitazione e del motociclismo, la cui posizione obbligatoria espone la regione perineale a sollecitazioni meccaniche non

fisiologiche, per le irregolari pressioni subite dall'urto continuo dei tessuti con sedili poco morbidi e adattabili, spesso manifestano sintomatologie dolorose in questa sede, che persistono anche dopo la cessazione del trauma. La compressione ripetuta e la conseguente stimolazione non fisiologica di questo nervo nel suo obbligato e rigido percorso perineale, spiega la causalità di questi disturbi. Inoltre, anche esercizi ginnici che comportano un uso eccessivo del complesso muscolare della regione glutea e pelvica, possono causare eccessive stimolazioni meccaniche di questo nervo, con conseguente insorgenza di sintomatologia do-

lorosa. Tuttavia, è bene precisare che esistono casi in cui non è possibile individuare un fattore causale. Oltre alla sintomatologia dolorosa in sede perineale, sempre in relazione a lesioni di tale nervo, possono conseguentemente comparire disfunzioni nel controllo della defecazione, della minzione, dell'attività sessuale. Prima di acquisire moderni dati su tale

specifico tipo di patologia, si tendeva nel passato ad attribuire molti di questi disturbi non ben classificati a "prostatiti croniche" nell'uomo e ad "annessiti" nelle donne. La diagnosi della sindrome dolorosa pelviperineale da neuropatia del pudendo, è essenzialmente clinica e non è facile; la terapia richiede vari livelli di intervento. Sono stati proposti vari farmaci ad azione neuromodulatoria, da usare sotto stretto controllo neurologico, ma un ruolo molto importante è svolto dalla fisioterapia riabilitativa con supporto psicologico. Le sindromi dolorose pelviperineali sono oggi divenute di rilievo più frequente, anche perché giustamente i pazienti non si adattano più, come invece facevano prima, a sopportare questa invalidante situazione e ricercano una soluzione per migliorare la loro qualità di vita. ■



# Followership e leadership: dal contratto *innominato* al contratto *psicologico*

## *Relazioni simmetriche e complementari nelle organizzazioni*

di Luigi Rugiero

Secondo il giurista Giulio Paolo esistevano nel mondo romano (terzo secolo d.C.) quattro tipi di cosiddetti contratti innominati ("conventiones sine nomine"):

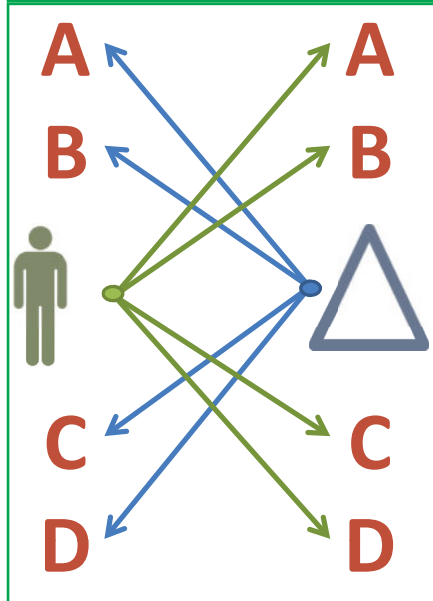
- do affinché tu dia ("do ut des");
- do affinché tu faccia ("do ut facias");
- faccio affinché tu dia ("facio ut des");
- faccio affinché tu faccia ("facio ut facias").

Pur nella loro impostazione generica fissavano, tuttavia, il principio che la prestazione di una parte erogata autonomamente, in vista di una controprestazione della controparte, costituisca per quest'ultima un obbligo riconosciuto dal diritto ("obligatio civilis").

È uno schema sintetico di relazioni biunivoche e sostanzialmente simmetriche nelle loro finalità, nonché un quasi anticipo della *partita doppia* del dare-avere (Fra Luca Pacioli, 1494), giocata tra operatori sociali piuttosto che registrazioni contabili.

Passa il tempo e, nel pervasivo mondo delle organizzazioni, il fascino concreto della contabilità rinascimentale sublima nel *contratto psicologico* (Chris Argyris, dagli ultimi anni sessanta in poi) che si instaura tra gli attori del contesto lavorativo. È inteso come un accordo reciproco e implicito (mentale, informale, virtuale) su convinzioni, aspettative e obblighi comportamentali delle parti in causa, da considerare vincolanti nelle relazioni interpersonali e organizzative. Quando le parti sono i singoli follower (intesi come espressione della followership) e i leader di riferimento (intesi come espressione della leadership), il contratto psicologico comprende per ciascuna delle parti la valutazione, anche in prospettiva, della controparte e i conseguenti impegni

### Valutazioni reciproche (collaboratore, organizzazione) e coppie di relazioni (simmetriche e complementari)



verso di essa, a fronte di motivate e motivanti aspettative di sviluppo.

Sul piano della relazione operativa tra collaboratori (espressione della followership) e organizzazione (espressione della leadership), si può immaginare che ciascuna delle parti valuti autonomamente l'altra, utilizzando a titolo esemplificativo una scala con quattro esiti alternativi della valutazione:

A ("*mirabile visione*") - elevato potenziale di crescita e forte impegno nell'investimento di risorse anche per soddisfare le aspettative di sviluppo della controparte (in sintesi, una relazione da valorizzare);

B ("*aurea mediocritas*") - limitato potenziale di crescita, ma utile disponibilità a un investimento di risorse sufficiente a garantire la soddisfazione dell'attuale prestazione della controparte (in sintesi una relazione da mantenere);

C ("*epochè*") - dubbio potenziale di crescita e sospesa volontà di investimento di risorse da utilizzare per uscire dalla attuale posizione di stallo (in sintesi una relazione da chiarire);

D ("*drop-out*") - irrilevante potenziale di crescita e indisponibilità a qualsiasi investimento di risorse per recuperare la situazione negativa (in sintesi una relazione da sciogliere).

I risultati delle reciproche valutazioni possono essere coppie:

- simmetriche in quanto dello stesso tipo (A,A; B,B...) e quindi allineate negli obiettivi e interdipendenti nei comportamenti attivi e reattivi, mentre la solidarietà della relazione followership-leadership si manifesta per lo più spontaneamente;
- asimmetriche/complementari in quanto di tipo diverso (A,B; B,C; ...) e quindi disallineate negli obiettivi e indipendenti/contro-dipendenti nei comportamenti attivi e reattivi. In questi casi possono emergere equivoci e crisi del contratto psicologico con demotivazione e sfiducia spesso a seguito di aspettative disattese, mentre la solidarietà della relazione followership-leadership va sostenuta da consapevolezza della diversità di valutazione e trasparenza della comunicazione da entrambe le parti. Forse, per essere effettivo ed efficace, lo stesso contratto psicologico deve essere condiviso in forma esplicita (differentemente dalla prassi). ■





# Emozioni, ricordi, auspici nel saluto alla dottoressa Rosalia Fiore e nell'avvicendamento del dottor Michele Venditti

di Mariangela Roccu

In un clima emozionante e partecipativo, presso l'aula magna del Centro Studi (erano presenti medici, infermieri, in numero ridotto per le note problematiche), s'è svolto il saluto di ringraziamento alla dott.ssa Rosalia Fiore che lascia l'incarico di Direttore Sanitario. Accanto alla dott.ssa Fiore sedeva il dott. Michele Venditti che l'avvicenderà nell'importante e impegnativo incarico.

Il saluto di ringraziamento è stato introdotto dal Direttore Sanitario Centrale, dott. Giovanni Roberti, che ha ricordato sinteticamente i tanti traguardi raggiunti, ma anche qualche insuccesso, nei tanti anni di collaborazione con la dott.ssa Fiore.

Lo studio costante, l'attenzione ai bisogni della popolazione, la crescita esponenziale del bacino di utenza, permetteva lo scambio con nuovi clinici, l'apertura alle nuove esigenze dell'ospedale che si espandeva e promuoveva lo sforzo professionale dei giovani medici tra cui (dott. Roberti Infettivologo, dott.ssa Fiore Endocrinologa), uniti dalla ricerca delle innovazioni che la sanità richiedeva negli anni 80.

Tutto ciò in costante collaborazione con le ASL e con la Regione; questi importanti organismi legislativi hanno manifestato da sempre e ininterrottamente, alla Direzione Sanitaria, stima e apprezzamento per il lavoro svolto.

Successivamente è intervenuto il Direttore Generale, fra Pietro Cicinelli, che ha portato il saluto del Padre Provinciale, fra Gerardo D'Auria, impegnato nella Visita Canonica e ha ringraziato la dott.ssa Fiore per la preziosa collaborazione e

per l'impegno profuso nei tanti anni di lavoro presso l'ospedale san Pietro. Fra Pietro Cicinelli ha ricordato gli anni pionieristici, ma sempre improntati alle novità ancora lontane nel settore pubblico.

Grazie anche alla lungimiranza dell'allora Superiore generale, fra Pierluigi Marchesi, il quale maturò la convinzione che i Fatebenefratelli dovessero dare vita a un ampio programma di prevenzione all'esterno e operare una rivoluzione dell'organizzazione e della formazione interna all'Ordine, venne avviato un corso di alta specializzazione in Management Sanitario. La formazione che i religiosi Fatebenefratelli favorivano, diventava lo scopo primario che la dott.ssa Fiore prospettava a tutti i collaboratori di ogni ordine e grado.

Fra Pietro Cicinelli ha di seguito rivolto i suoi auguri al nuovo Direttore, peraltro già conosciuto, quale collaboratore, nonché vicedirettore sanitario presso l'ospedale Sacro Cuore di Benevento, dicendosi certo che la responsabilità e la competenza dimostrate sinora, gli permetteranno di proseguire nel lavoro già avviato, per dare risposte concrete ed efficaci alle nuove istanze.

Ha ringraziato ancora una volta tutti i collaboratori che ha visto uniti e responsabili nell'affrontare la pandemia, auspicando che san Giovanni di Dio, sia e resti sempre modello e guida nelle azioni di tutti per il bene dei malati.

La dott.ssa Fiore, visibilmente emozionata, ha ricordato e ringraziato con affetto e stima i numerosi religiosi che ha conosciuto e da cui ha ricevuto manifestazioni di stima e di





supporto. Ha aggiunto che, consapevole della mission dell'Ordine che richiedeva la centralità del malato, ha vissuto il percorso operativo con libertà professionale, con attenta responsabilità, ricercando sempre l'approccio relazionale per un lavoro di squadra, mettendo al primo posto la formazione continua, caldeggiata da sempre dai religiosi che negli anni si sono succeduti.

La dott.ssa Fiore ha ricordato, inoltre, che il lavoro costante, in linea con le esigenze richieste dall'utenza, ha permesso le importanti convenzioni con le Università romane, consentendo in tal modo l'evoluzione dell'ormai obsoleta definizione di "Ospedale di Zona" e trasformandolo in un nosocomio orientato al futuro di ricerca.

La sicurezza nel lavoro, l'adeguatezza e l'appropriatezza del sistema organizzativo, incentrati sulla formazione, le hanno permesso di dare interpretazioni efficaci per rispondere ai bisogni dei malati, grazie anche all'impegno corale dei collaboratori che l'hanno sostenuta nel suo impegno gravoso e responsabile.

Il neo direttore sanitario dott. Michele Venditti, intervenuto successivamente, ha ringraziato sia fra Pietro Cicinelli, sia il dott. Roberti, per l'importante opportunità che lo vedrà artefice della continuità e dell'innovazione, presso l'ospedale san Pietro.

Ha ricordato il suo iter formativo e specialistico, che grazie al prof. Panà, Rettore di Tor Vergata, gli ha permesso di conoscere i Fatebenefratelli, di cui ha immediatamente apprezzato l'orientamento lungimirante, il lavoro di gruppo e l'attenzione ospitale verso il malato. Si è detto certo che con l'aiuto di tutti saprà incidere propositivamente sugli obiettivi intrapresi e sulle nuove sfide che il domani presenterà, nella libertà di scelta che caratterizza il management dell'Ordine.

Nella prosecuzione degli interventi, il superiore dell'ospedale, fra Lorenzo E.A. Gamos, ha rivolto un saluto cordiale e grato alla dott.ssa Fiore che è arrivata a un traguardo, a un passaggio come quello della pensione, denso di significati, di ricordi, di obiettivi raggiunti, di altri obiettivi intrapresi, sempre orientati allo scopo primario dell'umanizzazione e del bene ai malati.

Ha ricordato in particolare il lavoro di questi ultimi due anni (incendio, pandemia), in cui la dott.ssa Fiore ha messo in luce l'impegno di aggregazione, di ricerca della logistica, capace di far operare i gruppi di professionisti, di collaboratori, in sinergia propositiva per ottenere un coinvolgimento capillare, articolato e funzionale nell'esercizio della complessa macchina organizzativa ospedaliera.

Il suo sempre immutato entusiasmo, l'onestà intellettuale e la grande professionalità che l'hanno contraddistinta, sono stati evidenti nei periodi più gravosi. La mobilitazione responsabile e fruttuosa dimostrata da tutti i collaboratori, è stata certamente una dimostrazione tangibile della formazione continua che la dott.ssa Fiore promuoveva e favoriva.

Le circostanze negative legate alla pandemia di quest'anno, hanno visto la dott.ssa Fiore impegnata con i colleghi e con tutti i collaboratori, a tradurre concretamente le risposte



correlate alle linee guida che quotidianamente richiedevano delle modifiche organizzative strutturali e assistenziali.

Fra Lorenzo E.A. Gamos si è detto certo che il modello professionale della dott.ssa Fiore, fatto di dedizione, impegno, discrezione, umanità, passione e di capacità relazionali verso tutti i collaboratori di ogni ordine e grado, sarà ricordato e applicato con gratitudine e con affetto. Fra Lorenzo, al termine del breve saluto ha augurato alla dott.ssa Fiore, una buona vita, ricca di nuovi obiettivi personali, familiari e anche professionali, perché la grande esperienza acquisita non vada dispersa.

Ha salutato cordialmente, inoltre, il dott. Michele Venditti che all'interno della Provincia Religiosa Romana, si è già distinto per impegno, serietà e spiccate doti umane. Ha aggiunto che nella fase drammatica come quella attuale, caratterizzata da un'emergenza epidemiologica e da una costante modifica strutturale e organizzativa dell'ospedale san Pietro, è necessaria una capacità eclettica per raggiungere traguardi significativi e in linea con le aspettative della popolazione e di tutti i collaboratori.

Al dott. Venditti sarà necessaria, quindi, la disponibilità e la ricerca di collaborazione, per continuare i percorsi già avviati e condivisi e per ricercare insieme ai religiosi e ai colleghi, nuove forme di sinergia partecipativa.

Le aspettative sono tante e molto complesse, ma il Superiore ha assicurato la sua personale collaborazione per aumentare il grado di integrazione di tutti i professionisti e i collaboratori, al fine di migliorare le prestazioni.

Si è detto certo, altresì, che il dott. Michele Venditti saprà essere un interprete efficace delle istanze che quotidianamente pervengono alla sanità e in modo particolare all'ospedale san Pietro. Il lavoro di squadra già avviato, la condivisione dei valori dell'Ordine di san Giovanni di Dio, ha aggiunto fra Lorenzo, gli consentiranno, oltre ogni inevitabile difficoltà, di affrontare il futuro con fiducia.

Al termine, il dott. Roberti, ha ribadito il suo ringraziamento per il notevole lavoro svolto dalla dott.ssa Fiore, ha incoraggiato il dott. Venditti per l'arduo compito che l'aspetta e ha caldeggiato la collaborazione medico-infermieristica per il supporto all'Istituto di Genzano, che attualmente vive un momento di precarietà organizzativa. ■



# Aggiornamenti in Chirurgia oncologica. La TAMIS: trattamento trans- anale

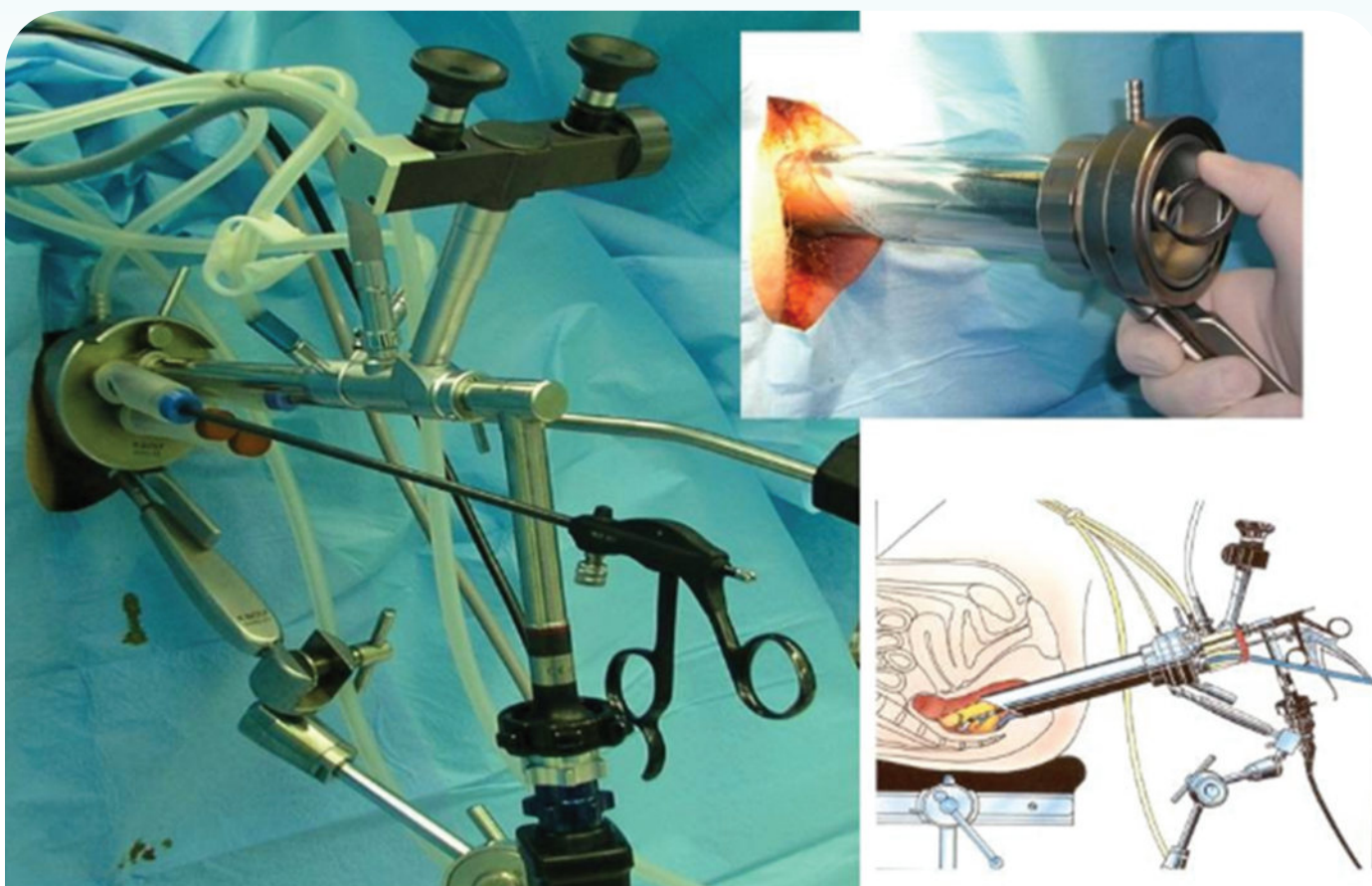
di Dario Scrocco

La TAMIS (Trans Anal Minimally Invasive Surgery) è una tecnica di chirurgia trans- anale introdotta nel 2010 ed evolutiva rispetto alla TEM (*Transanal Endoscopic Microsurgery*). La TAMIS prevede l'applicazione del dispositivo di accesso della tecnica SILS (single port) a livello anale, attraverso il quale sono impiegati strumenti laparoscopici. È presente in commercio un altro dispositivo dedicato alla chirurgia trans- anale denominato Gel Point Path (*fig.1*) che offre ulteriori vantaggi. La TEM (*fig.2*) richiede una particolare strumentazione, capacità tecniche di un chirurgo dedicato e un'impegnativa curva di apprendimento. La letteratura internazionale conferma che la Tamis offre molti più vantaggi della TEM, senza la necessità di una particolare specializzazione e dell'utilizzo di uno strumentario costoso. Questa tecnica chirurgica è dedicata a una chirurgia di nicchia, ma risolve brillantemente alcuni casi che richiederebbero interventi chirurgici più invasivi e di conseguenza più a rischio.

**Indicazioni alla TAMIS.** Questo trattamento chirurgico può essere utilizzato nel caso di adenomi che non sono resecabili endoscopicamente. Possono essere rimossi adenocarcinomi Tis, T1N0, T2N0. Esistono però limitazioni tecniche all'intervento di TAMIS legati alla distanza della lesione dal margine anale: la neof ormazione non dovrà superare gli 8 cm dall'ano. Inoltre, il tumore non deve superare i 2/3 della circonferenza del viscere. Questa tecnica, inoltre, ha riscosso molto successo nella riparazione delle fistole colorettrali, dopo inoltre, deiscenze anastomotiche, complicanza degli interventi chirurgici di resezione rettocolica anteriore.

## Strumentazione.

Il dispositivo per accesso trans- anale *GelPoint path*, è indicato per l'accesso di più strumenti e di una telecamera attraverso l'ano, per l'esecuzione di varie procedure diagnostiche e terapeutiche realizzate con l'ausilio di strumenti





Casistica TAMIS 2015-2017 totale: 7 pazienti  
U.O.C. Chirurgia Generale Ospedale Fatebenefratelli Benevento

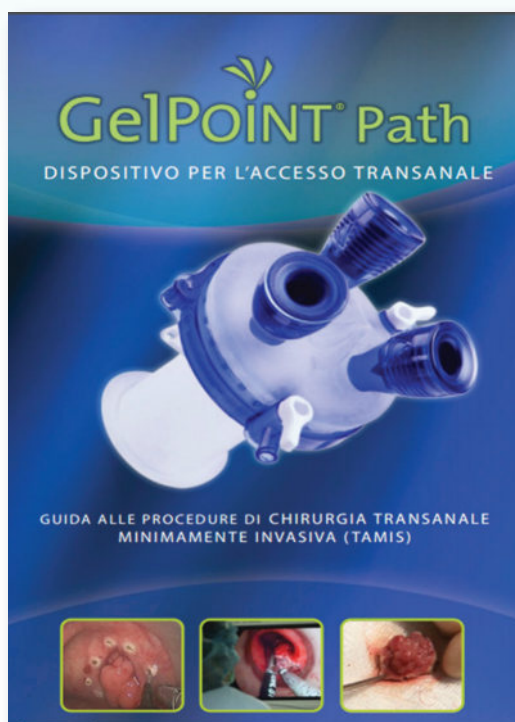
Paziente	età	diagnosi	Sede: quadrante	distanza dall'ano	procedura	follow up
P. C. m	82	K retto T2N0	ore 6	5-9 cm	rimozione + sutura	36 mesi
D. F. f	85	K retto T2N0	ore 7	5-8 cm	rimozione + sutura	32 mesi
°F. R. m	89	K retto T1N0	ore 6	6-9 cm	rimozione + sutura	25 mesi°
L. A. m	79	K retto T1N0	ore 9	6-8 cm	rimozione + sutura	28 mesi
*C. D. m	72	K retto Tis	ore 12	5-7 cm	rimozione + sutura	12 mesi*
M. C. f	74	fistola anast.	ore 5	7 cm	sutura	18 mesi
B. M. f	78	fistola anast.	ore 3	8 cm	sutura	16 mesi

°exitus per ictus

\* RRA in laparo. per k sigma 8 anni prima

aggiuntivi. Laparoscopia da 5 o 10mm angolo di 30° o 45°; adattatore angolato per cavo di illuminazione; strumenti trans-anali dritti o specifici per questo tipo di chirurgia; pinze per intestino, forbici, porta aghi e punti di sutura riassorbibili. Dispositivi con generatore di energia. Cauterio monopolare a uncino; dispositivi combinati per aspirazione/irrigazione/cauterizzazione; pinze bipolari in caso di presenza di lesioni ampie.

**Tecnica chirurgica.** Si introducono attraverso le porte di accesso del dispositivo trans-anale: l'insufflatore per la distensione rettale desiderata; il laparoscopia per visualizzare la lesione; una pinza da presa e l'elettrobisturi per resecare e asportare la neoformazione. Si procede all'intervento chirurgico, contrassegnando il piano di resezione con una serie di punti di coagulazione intorno al tumore, usando un elettrodo monopolare ad ago. La dissezione viene avviata distalmente rispetto alla lesione,



con un'incisione a tutto spessore della parete rettale, entrando nel tessuto areolare fra la muscolaris e il grasso peri-rettale. Si rimuove la lesione con le pinze laparoscopiche e successivamente si applicano i punti di sutura con filo riassorbibile (sutura Covidien V-loc), con porta aghi laparoscopico (sutura semi-continua), chiudendo completamente il difetto rettale. Riportiamo di seguito la tabella 1 che rappresenta la nostra casistica dal 2015 al 2017 per un totale di 7 pazienti trattati presso l'U.O.C. di Chirurgia generale dell'ospedale "Sacro Cuore di Gesù" Fatebenefratelli di Benevento diretta dal dott. Francesco Giuseppe Biondo. Nella casistica è riportato il caso di C.D., maschio, paziente già sottoposto da noi 8 anni prima a intervento di resezione retto-colicale anteriore per neoplasia del

sigma, che ha manifestato dopo 8 anni, un secondo tumore a 5-7 cm. dal retto Tis, trattato con TAMIS e libero da malattia al follow-up a 12 mesi. ■

# La Visita Canonica del Padre Provinciale a Palermo

di Cettina Sorrenti

**D**al 7 al 10 di settembre, nell'ospedale Buccheri La Ferla - Fatebenefratelli, il Padre Provinciale fra Gerardo D'Auria, ha effettuato la Visita Canonica, accompagnato dal segretario fra Massimo Scribano e dal dott. Andrea Barone.

Il Visitatore, coadiuvato dal superiore fra Alberto Angeletti, ha messo a punto un programma molto articolato, che ha previsto diversi incontri, in maniera tale da potersi confrontare sia con le comunità religiose maschili e femminili, sia con il maggior numero di collaboratori, per avere una visione di insieme completa. In tutti gli incontri, il Padre Provinciale, nell'espone l'obiettivo della Visita, prevista dal Codice di Diritto Canonico per una buona

missione di apostolato e che va effettuata da parte del Superiore Provinciale almeno una volta durante il quadriennio, ha sottolineato che deve essere vissuta, sia da chi la esegue, sia da chi la riceve, come *"un momento di grazia"*. Rappresenta non un *"controllo"*, ma un *"formidabile strumento di contatto*

*con le persone, di verifica del clima di fratellanza che deve essere sempre presente negli ospedali gestiti dai Fatebenefratelli e di esposizione delle necessità"*.

Il Visitatore, durante gli incontri che si sono svolti in grande

armonia e partecipazione anche se in condizioni diverse per l'esigenza sanitaria in corso, con il calendario riformulato per garantire il giusto distanziamento sociale, ha sempre trovato l'occasione per ringraziare tutti i collaboratori definendoli *"valorosi guerrieri"*, per quanto hanno fatto in questi mesi così difficili.

Per una maggiore condivisione della Visita Canonica e per un momento conviviale, fra Alberto Angeletti, nella serata di mercoledì 9

settembre, ha organizzato un concerto in cui si sono esibiti il soprano Martina Saviano accompagnata dal Maestro Salvatore Scinaldi e l'"Ominatrio" formato da Massimo Barrale al violino, Ruggiero Mascellino alla fisarmonica e Ferdinando Caruso al contrabbasso.



## La musica ritorna in Ospedale

**P**resso l'ospedale Buccheri La Ferla - Fatebenefratelli, duplice appuntamento con la musica. Martedì 21 luglio, nella Chiesa in cui è stato garantito il giusto distanziamento sociale, con ingresso libero e aperto a tutti, ha avuto luogo un concerto d'organo del maestro Diego Cannizzaro, dal titolo *"la musica riparte"*. Sabato 1 agosto, nell'"angolo della musica", si è svolto l'altro evento canoro in cui si sono esibiti il maestro Antonio Di Rosalia che ha eseguito musiche *"sulle corde del Brasile"* e il soprano Martina Saviano accompagnata dal maestro Manlio Pindaro.

I pazienti hanno ascoltato la musica attraverso la filodiffusione esistente in tutti i reparti e nelle sale d'attesa.

*"Ho voluto organizzare questi momenti musicali - ha dichiarato*

*fra Alberto Angeletti, Superiore dell'ospedale - per offrire occasioni di svago che potessero contribuire ad aiutare a superare questi mesi difficili e pesanti per tutta la popolazione e per ricreare il senso di "famiglia ospedaliera" che ha il piacere di condividere incontri diversi da quelli prettamente sanitari e di socializzazione, che ha sempre caratterizzato le strutture dei Fatebenefratelli. Inoltre, per i pazienti, hanno rappresentato una possibilità di evasione da un contesto che spesso è di sofferenza, sentendosi, inoltre, destinatari di un'attenzione particolare che va oltre la cura della malattia. Contemporaneamente, i due eventi hanno contribuito ad alleviare le fatiche del personale sanitario sempre impegnato in prima linea nell'assistenza dei malati"* ■



## NEWSLETTER



LA COLCHA

## GIOIA D'UNA RESTITUZIONE

Dopo che Giovanni di Dio, Fondatore nostro, fu proclamato Beato dal Papa Urbano VIII il 21 settembre 1630, noi ottenemmo di trasferirne la salma nel nostro Ospedale di Granada, che egli aveva visto sorgere e a cui perciò fu intitolato quando fu inaugurato, poco dopo la sua morte, il 14 agosto 1553. Quel trasferimento, avvenuto il 28 novembre 1664, assai ne incrementò la devozione, non solo tra i degenti, ma in tutta la città, dove ancor oggi è vivissima. Dopo che il 16 ottobre 1690 fu da Papa Alessandro VIII proclamato Santo, ci sembrò perciò che meritasse intronizzare la salma in un grandioso Santuario da costruire giusto accanto all'Ospedale. Ad avviare lo stupendo progetto fu fra Alonso de Jesús Pardo y Ortega, che era Priore di Granada e già il 10 dicembre 1734 n'aveva posto la prima pietra. Già il 24 di quel mese, per morte del Generale, lo sostituì da Vicario e poi in ogni Capitolo fu rieletto Generale e poté così, aiutato da ogni Provincia, trovare fondi per finirla e la inaugurò il 27 ottobre 1757.

Le spese furono ingentissime e riuscì a coprirle solo grazie alle offerte delle nostre Comunità dell'America Latina, specie il Commissariato del Messico, da cui dipendevano anche le Filippine, e queste ultime inviarono 4.500 *reales de vellón*, ossia in monete d'argento coniate in Messico (vedi in alto la foto di una moneta di 8 reali, coniata nel 1759 in Messico, alluso dalle due colonne, perché oltreatlantico).

In Spagna con la legislazione eversiva del 1835 perdemmo ogni Ospedale: da quello di Granada ci espulsero il 4 settembre 1835, ma l'attigua Chiesa fu data alla Diocesi, che il 22 agosto 1878 la concesse poi in uso a San Benedetto Menni, che nel frattempo era riuscito ad aprire nuovi Ospedali e ne aprì uno



per disabili attiguo alla Chiesa, nella quale s'era insediato già l'8 settembre 1878 ma che, nel timore di ulteriori confische, continuò a figurare come proprietà della Diocesi nel Catasto Comunale e solo il 28 agosto 2015, grazie al nuovo clima politico, è infine stata intestata alla nostra Provincia Andalusia. Ricorrendo il quinquennio di una restituzione sognata da ben 180 anni, fra José Luis Muñoz Martínez, quale attuale Priore di Granada, gli ha dedicato lo scorso 28 agosto un riquadro su Facebook, del quale si sono rallegrati pure i frati delle Filippine, poiché anche da quelle Isole era stato offerto un contributo a innalzare la meravigliosa Chiesa di Granada, meritatamente eretta a Basilica già dal 20 dicembre 1916.

## LA COLCHA SI ADEGUA

Fin dal novembre 2016 fra Ildefonso L. De Castro, dopo essersi qualificato in un corso annuale organizzato dalla Conferenza Episcopale Filippina in un apposito Istituto creato a Tagaytay, ha aperto a Manila un Centro Pastorale

d'Assistenza Psicologica, chiamato "La Colcha" e destinato in particolare modo al clero e alle anime consacrate per far loro superare la persistente somatizzazione di eventi traumatici del passato o l'ostacolo di tremende schiavitù patologiche.

Purtroppo la persistente pandemia ha reso difficile sia il muoversi in città, sia il riunirsi in gruppi, ma "La Colcha" è riuscita a rimediare in due modi. Uno è stato d'invitare la propria clientela a utilizzare il telefono nel caso di brevi consultazioni, nonché a leggerci la concisa riflessione quotidiana (*cui ha dato il titolo Musilking@CalleColcha*) che fra Eldy dal 18 agosto ha preso ad inserire in Facebook su frasi bibliche, in genere tratte dal Vangelo del giorno e inserite in una foto (*vedine una qui in calce*), per trovarvi spunti su come affrontare meglio i propri problemi psicologici. L'altro è stato di ampliare gli spazi a disposizione del Centro sia per gli incontri di gruppo, in cui ci si deve sedere a debita distanza, sia offrendo stanze di soggiorno per i corsi di lunga durata, finora seguiti da esterni; i nuovi ambienti, attrezzati a tal fine, sono stati benedetti il 4 agosto. ■





# A.F.M.A.L. UNA SANITÀ AL SERVIZIO DELL'UOMO



**SCEGLI DI DESTINARE IL 5X1000 ALL'A.F.M.A.L.  
CODICE FISCALE 038 1871 0588**

**TRASFORMEREMO LA TUA FIRMA IN CURE MEDICHE  
E ISTRUZIONE PER I BISOGNOSI**

**WWW.AFMAL.ORG**

Sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale,  
delle associazioni di promozione sociale, delle associazioni e fondazioni

FIRMA **NOME E COGNOME**

CODICE FISCALE del beneficiario **03818710588**