

VITA OSPEDALIERA

RIVISTA MENSILE DEI FATEBENEFRAPELLI DELLA PROVINCIA ROMANA

ANNO LXXV - N. 12

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

DICEMBRE 2020



Esperienza Covid del San Pietro Fatebenefratelli SECONDA PUNTATA



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

• 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 dè 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

• 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

• GENZANO DI ROMA (RM)

Istituto San Giovanni di Dio
Via Fatebenefratelli, 3 - Cap 00045
Tel. 06.937381 - Fax 06.9390052
www.istitutosangiiovannididio.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

• BENEVENTO

Ospedale Sacro Cuore di Gesù
Viale Principe di Napoli, 14/a - Cap 82100
Tel. 0824.771111 - Fax 0824.47935
www.ospedalesacrocuore.it

• PALERMO

Ospedale Buccheri-La Ferla
Via M. Marine, 197 - Cap 90123
Tel. 091.479111 - Fax 091.477625
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

• BRESCIA

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.sangiiovanni.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

• 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: bvlg@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@bolnicasvetirafael.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 S 01005 03340 000000072909
Finito di stampare: dicembre 2020
In copertina: Esperienza Covid del San Pietro Fatebenefratelli
Seconda puntata

- 4** Vigilare...cammino per la vita!
- 5** Natale 2020...
Natale di libertà
- 6** Storia e narrazione
dell'esperienza Covid
- 9** Nozze imposte e conflittualità
latente
- 10** Un Natale blindato negli affetti
e un dualismo destinato a
perpetuarsi
- 11** Esperienza Covid del
San Pietro Fatebenefratelli
Seconda puntata
- 15** Sindrome del colon irritabile
- 16** Auguri per le prossime
festività

dalle nostre case

- 18** I marcatori di Aterosclerosi
...in era Covid-19
- 21** La fedeltà al Natale
- 22** Il trattamento nutrizionale dei
pazienti affetti dalla Covid-19
- 23** Attivato il *drive in*

Eseguito con successo in
ospedale un intervento di
ricostruzione acetabolare del
bacino con protesi costruita
"su misura" con tecnica
computerizzata 3D

Quelle mani vuote



Cesare Pavese ebbe a scrivere, nel libro "La casa in collina", la ormai celebre frase: «*Non piangere. Si nasce e si muore da soli*». C'è della verità, ma anche una profonda dismetria emozionale: gioia nel primo caso e disperazione nel secondo, specialmente in epoca Covid. La distanza tra il significato di questi eventi è ben diversa tra l'esperienza di ognuno di noi e il vissuto quotidiano dal marzo 2020 in poi. La gioia della nascita di una nuova vita, per la neo-mamma, è in parte bilanciata da quell'assenza del supporto affettivo da parte del coniuge o della mamma, suocera, sorelle, amiche che aspettavano ansiose in camera per vedere il frutto dell'amore (ora tutto ciò è vietato). Quel nascituro ti riempie il cuore appena si affaccia alla vita e ti allevia l'angoscia di aver dovuto affrontare il parto da sola. Spostiamo, adesso, l'attenzione sulla morte e mai come in questo momento il concetto "...*si muore da soli*" è tremendamente vero. Che tristezza quelle mani raggrinzite di pazienti anziani (la gran parte di ricoverati Covid in terapia intensiva), piene di rughe a testimonianza di un vissuto ricco di esperienze e di testimonianze, aperte in un atteggiamento di abbandono ove il vuoto del palmo "*non c'è un'altra mano a sorreggerla o a stringerla*" danno il senso della solitudine nell'affrontare il distacco dalla vita terrena. Chi poteva immaginare l'assenza al distacco fisico dai nostri cari impossibilitati a esternare quell'amore per una mamma, un papà, un amico in un momento così pieno di emozioni? È un ruolo che nessuno era ed è preparato a recitare. Ma come si fa a essere assenti in un momento del genere. Si sta male quando si pensa alla morte di un congiunto che è spirato serenamente circondato dagli affetti dei suoi cari affannati, in uno sterile accanimento terapeutico, a chiedere somministrazione di farmaci nel tentativo di prolungargli la vita. Muoiono tra le braccia dei loro cari nel mentre gli accarezzano i capelli, le mani, il volto. Adesso tutto ciò è precluso, vietato, impedito. Al solo pensiero c'è da impazzire ed è sicuramente stato un trauma ancora maggiore per i familiari di quei defunti di Bergamo che hanno assistito al lugubre trasferimento delle salme dei propri defunti, con i camion militari, in cimiteri di altre città o per chi aveva lasciato il congiunto in pronto soccorso e se lo vede riconsegnato in un'urna e nel mezzo un vuoto assordante riempito da lacrime, di segni di speranza pensando a lucubri presagi. Quelle mani vuote penzoloni lungo il bordo del letto sono un richiamo alla realtà fatta da distanziamento per combattere in ogni dove questo virus maledetto che ha sovvertito anche gli aspetti relazionali più intimi e familiari. Tutto ciò è un corpo estraneo nella nostra cultura occidentale e nella religione cattolica, ove la morte è un evento di partecipazione collettiva che coinvolge l'intera famiglia di apparenza e la comunità in cui si vive. Una presenza responsabile e sicura, almeno del coniuge e figli, andava garantita. Così ha chiesto e attuato Paolo Malacarne, primario del reparto di Rianimazione dell'ospedale Cisanello di Pisa, che da circa 20 giorni ha "umanizzato" il settore di terapia intensiva Covid, permettendo l'accesso a un solo familiare per 20 - 30 minuti al giorno. Non solo più le amorevoli mani di medici e infermieri o del cappellano dell'ospedale, ma anche quelle di un congiunto potranno testimoniare con la presenza e riempire d'affetto e di amore quella mano vuota, alleviando la sofferenza del distacco. Un esempio da seguire.



*La Redazione di
Vita Ospedaliera
augura a tutti*

*Buone Feste
e un sereno
Anno Nuovo*



Vigilare... cammino per la vita!

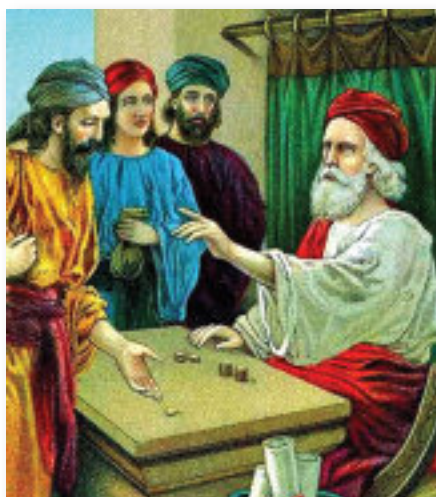
di Fra Massimo Scribano, o.h

Cari lettori questo mese vogliamo riflettere sul significato della vigilanza. Vigilare significa essere previdenti, pronti, prepararsi, mettendo in conto una lunga attesa; ora, nella parabola in cui riflettiamo, quella dei talenti, la vigilanza ha una specificità: attenzione e responsabilità del quotidiano, come fedeltà nelle piccole cose (sei stato fedele nel poco... Mt 25, 21. 23).

La parabola ha come filo conduttore l'escatologia, ma ribadisce che il giudizio finale lo si prepara "qui e ora", nel quotidiano, nell'oggi storico. Il primo avvertimento che viene dal brano evangelico riguarda proprio l'attenzione per il quotidiano. Quel quotidiano dove noi siamo immersi, che rischiamo magari di non conoscere, di trascurarlo e di non darne giusto peso. È nel quotidiano che noi realizziamo la nostra umanità, ci costruiamo come persone, edificiamo le relazioni che danno senso alla nostra vita: amicizia, amore, famiglia e senso comunitario. Allora, da questo punto di vista le cose del quotidiano non sono poi così piccole.

Un uomo, parte per un viaggio e affida il capitale ai suoi servi perché lo facciano fruttificare. Nella distribuzione abbiamo cifre consistenti e diversità nello spartire il capitale (5, 2, 1): è in misura della capacità di ognuno. A uno diede cinque talenti, ad un altro due, e ad un altro uno secondo le capacità di ognuno (Mt 25,15). Ciò che unifica tutto nella diversa distribuzione è il fatto che il dono proviene da un Altro e che ciascuno riceve secondo la propria capacità. Potremmo dire un dono "personalizzato". I doni provengono da Dio che decide a chi darli, per il bene della comunità. Ireneo di Lione, dava un'interpretazione a questo brano con un significato particolare: che il dono della vita è accordato da Dio agli uomini. Il dono comporta re-

sponsabilità e non va sprecato, ignorato, o disprezzato, ma colto con gratitudine e responsabilità. "Subito", dice il testo, i primi due servi impiegarono il denaro e ottengono i guadagni. A differenza dei primi due che subito hanno impiegato il denaro, il terzo servo perde tempo nello scavare una buca e nascondere. Ed ecco, dopo molto tempo torna il padrone. Il testo sottolinea la



dimensione del **trascorrere del tempo**, il quale fa emergere la verità delle persone, delle loro responsabilità. I primi due servi, hanno saputo cogliere il primo grande dono, il tempo, appunto e non lo sprecano. Bisognerebbe riflettere sul peccato del **perdere tempo**. Bonhoeffer, diceva a riguardo: *"perduto sarebbe il tempo in cui non avessimo vissuto da uomini e donne, non avessimo fatto delle esperienze, non avessimo imparato, Operato e sofferto. Tempo perduto è il tempo non pieno, vuoto"*. Da non sottovalutare ovviamente, che anche se ognuno ha ricevuto misure diverse (5, 2,1) la ricompensa sarebbe stata la stessa. Ma arriviamo al dialogo tra i servi e il padrone. I primi due, dicono semplicemente ciò che hanno fatto e i frutti del loro lavoro. Il terzo

servo invece si dilunga in considerazioni soggettive, sulla durezza del padrone e sulla paura di rischiare, nascondendo il denaro senza farlo fruttificare. È rimasto paralizzato, dominato dal giudizio sul padrone: non essendo libero, sentendosi in prigione, questo discorso lo porta a dire: *"Se tu non fossi duro, avrei agito diversamente"*. La paura che ha paralizzato il servo è stata quella del rischio. La paura di spendersi, il timore del giudizio degli altri, hanno neutralizzato la volontà del Signore il quale era di cercare un guadagno con il denaro ricevuto. Cercare il guadagno significa anche un suo vivere, lavorare, rischiare, gioire e soffrire: **ovvero dare senso alla propria vita**. Nascondendo il denaro, ha cercato di salvarlo e invece ha perso sia il denaro che se stesso. Il gesto del servo è un **non rispondere alla fiducia** che il padrone gli aveva accordato; ma è anche un non avere fiducia in se stesso, dichiararsi inadatto al compito richiesto. I primi due servi sono lodati per la loro fedeltà, il terzo purtroppo è stigmatizzato, bollato come malvagio, pigro e inutile... Non ha saputo rispondere al dono-compito che Dio gli ha affidato. La parabola ci deve far capire che i doni ricevuti devono essere sempre impiegati, assumendosi le responsabilità, anche se piccole, di cui disponiamo, ma sempre prezioso e inestimabile. Perché Dio ci giudica su questo: "Sei stato fedele nel poco, ti darò potere su molto; prendi parte alla gioia del tuo padrone". (Mt 25,21. 23). ■

Per avere informazioni su orientamento vocazionale potete contattare Fra Massimo Scribano allo 06.93738200, scrivendo una mail all'indirizzo vocazioni@fbfgz.it, o consultando la pagina Facebook Centro Pastorale Giovanile Vocazionale Fatebenefratelli. Buon Cammino!

Natale 2020... Natale di libertà

di Giuseppe Failla

La libertà è fondamento della vita dell'uomo, l'elemento costitutivo della persona, potremmo dire che non c'è uomo senza libertà.

Libertà di cui sentiamo grande bisogno in questo tempo di pandemia, in cui sembra essere in conflitto con la nostra vita stessa, con regole e limitazioni che riducono la nostra stessa capacità di respirare, di pensare al futuro.

Mai avremmo immaginato che un virus avrebbe potuto mettere in discussione una civiltà basata sulle relazioni, costringendola a regredire nel mondo del distanziamento sociale, nel coprifuoco, nel lockdown (confinamento!!!!).

Da sempre la libertà ha esercitato un fascino per il cuore dell'uomo, "fatti non foste per vivere come bruti ma per seguire virtute e conoscenza" nell'intrinseca consapevolezza che varcare il limite significasse incontrare l'infinito, l'eterno, quella pace capace di colmare il vuoto che affama e asseta l'anelito di pienezza che è in noi.

Sin da piccoli nei nostri sogni abbiamo volato, senza limiti, su ali di vento che ti portavano nei luoghi e nei cuori delle persone che amavi.

Sin da bimbi il nostro lo ci spingeva ad osare dove le regole di un arcigno super-lo volevano respingerci, rimandandoci a un razionale lo.

Ma è proprio dell'uomo sfidare le proibizioni, quando la intuizione del cuore suggerisce che oltre la siepe, si nasconde la vita, quella vita che desideri, quella vita che accende in te la speranza, il coraggio, la passione, il significato, il senso ultimo di una esistenza.

Di questa libertà oggi il mio cuore vuole narrare ai lettori della nostra rivista, quella libertà che non ti mette

mai a disagio, quella libertà che fa di te una persona importante, quella libertà che ti rispetta, che non ti giudica, che ti accetta nella debolezza o fragilità, che riconosce come prezioso tutto ciò che si nasconde dentro il tuo sentire, pensare, amare. Insomma vorrei raccontarvi di quella libertà capace di amarti e perdonarti anche quando sbagli.

Questa libertà divina è tutto quello che oggi il mio cuore, come il cuore di



molte altre persone ritengono il bene supremo. Una libertà che non può essere schiacciata dalle dittature, dalle ingiustizie, dalla povertà, perché nulla può imprigionare il cuore dell'uomo se non quando gli toglie la speranza, la libertà interiore, quando gli sbarrano le porte del cielo.

La libertà ovunque, sempre, financo nei lager, in quei luoghi dove il male assoluto si incarna e costringe a frammenti di umanità, l'uomo creato a immagine e somiglianza di Dio. Come scriveva Viktor Frankl psichiatra, passato dai campi di concentramento, "nei lager all'uomo si può prendere tutto, eccetto una sola cosa: l'ultima libertà umana

di affrontare spiritualmente, in un modo o nell'altro, la situazione imposta.

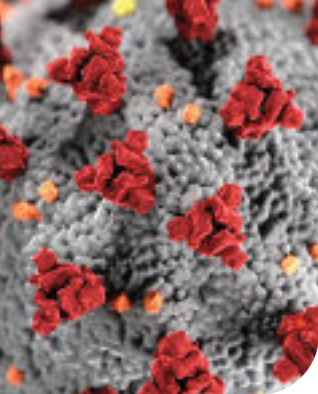
Ed esistevano veramente le alternative! Ogni giorno, ogni ora passati nel lager offrono mille spunti per questa decisione interna: la decisione dell'uomo che soccombe o reagisce alle potenze dell'ambiente, che minacciano di rubare quanto egli ha di più sacro-la sua libertà interiore. Tutto ciò che accade all'anima dell'uomo, ciò che il lager apparentemente fa di lui come uomo, è il frutto

di una decisione interna. In linea di principio, dunque, ogni uomo può in qualche modo decidere che cosa sarà di lui-spiritualmente- nel lager: un internato tipico-o un uomo, che resta uomo anche qui e conserva intatta la dignità di uomo." Questa la sfida del nostro tempo covid, attanagliati da paure e angosce che stanno privando i nostri giovani e non solo, della speranza, della libertà interiore. Ecco la sfida del Natale, di questo Natale 2020, non temete nasce per noi un Salvatore, le porte del

cielo sono state aperte, la Speranza entra nella vita dell'uomo. Non è Dio che con il coronavirus ha sconvolto la nostra vita, Dio è nostro alleato ed "essendo supremamente buono- ha scritto sant'Agostino - Dio non permetterebbe mai che un qualsiasi male esistesse nelle sue opere, se non fosse sufficientemente potente e buono da trarre dal male stesso il bene".

E allora coraggio a tutti, con buona pace ai fautori del terrorismo, consapevoli come diceva, san Giovanni Paolo II, che "la libertà non consiste nel fare ciò che ci piace, ma nell'aver il diritto di fare ciò che dobbiamo", celebrare il Santo Natale. ■





Storia e narrazione dell'esperienza Covid

Finalizzare la vita professionale all'aiuto e alla salvezza delle persone senza essere "eroi".

di Pietro Capuzi

Eccomi! Eccomi a casa con la malattia tanto temuta.. sono già passati dei giorni e posso ragionevolmente considerarmi fuori pericolo, un privilegiato insomma.

Allora mi viene facile raccontare la mia esperienza "Covid".

Cosa è il Covid-19?

Il Covid è la malattia dei coronavirus che circolano tra gli animali e alcuni di essi infettano anche l'uomo. I pipistrelli sono considerati ospiti naturali di questi virus, ma anche molte altre specie di animali sono considerate fonti. Ad esempio, il Coronavirus della sindrome respiratoria del Medio Orientale (MERS-CoV) viene trasmesso all'uomo dai cammelli e la sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-1 (SARS-CoV-1) viene trasmesso all'uomo dallo zibetto. La sindrome respiratoria acuta grave Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) è il nome dato al nuovo coronavirus del 2019. COVID-19 è il nome dato alla malattia associata al virus. SARS-CoV-2; è un nuovo ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente identificato nell'uomo.

Il South China Morning Post, storico quotidiano di Hong Kong, riporta più volte informazioni da fonti governative: il primo contagio del nuovo morbo è stato registrato in Cina il 17 novembre 2019, all'Oms l'informazione dovrebbe essere immediata, ma le autorità attendono fino al 31 dicembre prima di comunicare al corrispondente una «strana polmonite» sviluppatasi a Wuhan nel mercato di animali vivi. I «wet market» erano già i principali indiziati del precedente Sars-Cov1 del 2002. Però, solo il 9 gennaio 2020 Pechino parla di «nuovo coronavirus» simile al precedente Sars. Il 30 gennaio l'Oms dichiara l'emergenza internazionale.

I primi due casi italiani della pandemia sono stati confermati il 30 gennaio 2020,

quando due turisti provenienti dalla Cina sono risultati positivi al virus SARS-CoV-2 a Roma. Un focolaio di infezioni di COVID-19 è stato successivamente rilevato il 21 febbraio 2020 a partire da 16 casi confermati in Lombardia, a Codogno, in Provincia di Lodi, aumentati a 60 il giorno successivo con i primi decessi segnalati negli stessi giorni.

Alla data del 21 novembre 2020 sono stati registrati 1.380.531 casi positivi, tra cui 539.524 dimessi e guariti, 49.261 deceduti, 791.746 casi attivi e sono stati effettuati 20.199.829 tamponi, rendendo l'Italia l'ottavo paese al mondo e il quinto in Europa per numero di casi totali e complessivamente il sesto paese al mondo e il secondo in Europa per numero di decessi.

Come sappiamo, il virus è potenzialmente aggressivo nei confronti del nostro apparato respiratorio e, pertanto, è stata redatta una classificazione della malattia,

in base alla gravità del quadro respiratorio:

- Malattia non complicata: sintomi non specifici come febbre, malessere, tosse, faringodinia, congestione nasale, cefalea o dolore muscolare;
- Polmonite lieve: diagnosi clinica e/o radiologica senza segni di severità;
- Polmonite severa: insufficienza respiratoria di qualsiasi grado;
- Sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS): definita in base al quadro EGA (P/F <300 mmHg con PEEP > 5 cm H2O).

Abbiamo poi le comorbidity che si associano a una maggiore gravità:

età avanzata, malattie cardiovascolari/ipertensione, pneumopatie croniche, diabete mellito, insufficienza renale cronica, immunodepressione, obesità, malnutrizione, tabagismo, neoplasie attive o in trattamento, cirrosi epatica, gravidanza a rischio.

	3	2	1	0	1	2	3	Punteggio
Pressione arteriosa sistolica (PAS)	≤70 mmHg	71-80 mmHg	81-100 mmHg	101-199 mmHg		≥200 mmHg		
Frequenza cardiaca (FC)		<40 b/m	41/50 b/m	51/100 b/m	101-110 b/m	111-129 b/m	≥130 b/m	
Frequenza respiratoria (FR)		<9 atti/min		9-14 atti/min	15/20 atti/min	21/29 atti/min	≥30 atti/min	
Temperatura (TC)		<35°C		35-38.4°C		≥38.5°C		
AVPU				Alert - paziente sveglio	Verbal - Risponde allo stimolo verbale	Pain - risponde allo stimolo doloroso	Non risponde	
Scala MEWS								
								Totale

Uno strumento validissimo a disposizione dei clinici è la scala Mews che riportiamo qui sotto, di facile compilazione e utilissima per la valutazione della gravità del paziente.

Il **punteggio** che si ottiene dalla scala va **da un minimo di 0 ad un massimo di 14**. Gli studi mostrano che un **punteggio uguale o superiore a 5** identifica un **paziente critico e instabile**, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva o addirittura alla morte.

Per quanto riguarda le terapie farmacologiche, oltre al supporto sintomatico come l'infusione di fisiologica o la correzione di squilibri elettrolitici, al momento non esistono sicuri strumenti se non farmaci come Rendesevir, Enoxeparina, il Desamentasone nei casi di polmonite e ovviamente ossigeno terapia con supporto ventilatorio non invasivo o invasivo nei casi più gravi.

Altro argomento di interesse comune è come e quanto isolare il paziente positivo al SarsCov2. Inizialmente, per i pazienti risultati positivi al COVID-19, il periodo di isolamento doveva essere rispettato fino all'esito negativo di un doppio tampone, eseguito almeno 14 giorni dopo la diagnosi di positività.

Il 12 ottobre 2020 una nuova Circolare del Ministero della Salute aggiorna le indicazioni sulla durata e il termine dell'isolamento e della quarantena:

- le persone asintomatiche positive possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare con risultato negativo (10 giorni + test);
- le persone sintomatiche positive possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi accompagnato da un test molecolare con riscontro negativo eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi (10 giorni, di cui almeno 3 giorni senza sintomi + test);
- le persone che, pur non presentando più sintomi, continuano a risultare positive al test molecolare, in caso di assenza di sintomatologia da almeno una settimana, potranno interrompere



l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi (ma nei pazienti immunodepressi il periodo di contagiosità può essere prolungato).

I contatti stretti di casi con infezione da SARS-CoV-2 confermati e identificati dalle autorità sanitarie, devono osservare:

- un periodo di quarantena di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso; oppure un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno.

Ecco ora la nostra esperienza sul campo, presso l'ospedale san Pietro, Fatebenefratelli. Penso sia ragionevole, nella storia della Pandemia, dover distinguere due periodi storici, quello di marzo, terminato la scorsa estate e il secondo, che come sappiamo, ha visto la ripresa esponenziale dei contagi già nei primi giorni di settembre. Già lo scorso marzo (che sembra sia quello di qualche anno fa), noi del reparto di Medicina di urgenza, sito al santa Giovanna Antida, coadiuvati dall'infettivologa dott.ssa Dora La Russa, siamo stati incaricati di fronteggiare il fenomeno Covid-19 che incombeva sulle nostre Regioni del centro-sud di Italia, come primo baluardo in ospedale a quello che si temeva uno tsunami, vista la drammatica esperienza di località come Lodi, Bergamo e la stessa Milano e che possiamo dire ora, per fortuna scongiurato. Lo scenario che si prospettava era drammatico. Collegli degli ospedali del Nord che raccontavano di come, in 7 giorni, un ospedale di 250 posti letto, era diventato unicamente Covid, dove i pazienti venivano assistiti da tutto il personale medico, compresi ortopedici che ventilavano i pazienti. Insomma l'apocalisse! Il nostro, all'inizio della com-

parsa dei primi pazienti, era il difficile compito di tenere in isolamento e stabilizzare i pazienti positivi in attesa di trasferimento presso strutture specialistiche, lo Spallanzani e la Columbus che erano ancora recettive e in seguito, con l'apertura del reparto san Carlo, strutturato in modo egregio con pressione negativa, per il trattamento dei pazienti anche di sub intensiva e quindi ventilati in modo non invasivo e pazienti intubati, con postazioni di rianimazione, nell'altrettanto difficile ruolo di isolare pazienti dubbi in attesa di tampone, il cui risultato, mi piace ricordare, si aveva via fax dallo Spallanzani, anche 24 ore dopo l'esecuzione del test, con una evidente promiscuità sporco/pulito, rischiando quotidianamente di contagiare e di essere contagiati. Di quella prima ondata, temuta per la scarsa preparazione di noi tutti e per l'enfasi data dai mass media, ricordo lo spirito di corpo e di sacrificio di tutto il personale del reparto, a cominciare dalla caposala suor Jubi, che doveva gestire il materiale DPI che scarseggiava per l'emergenza nazionale, l'impegno quotidiano di ognuno dei medici dott. Simone Bianconi e dott. Giuseppe Alvaro, tutto il personale infermieristico, nessuno escluso, a cercare percorsi e idee che ci permettessero di tutelare la salute di tutto il personale e, soprattutto, tenere sotto controllo le isterie di chi ci vedeva come degli untori, come se occuparsi di pazienti malati di Covid fosse sì encomiabile, ma anche pericoloso per la comunità. Pensiamo che più di uno di noi si è autoisolato dalla propria famiglia per evitare di contagiare i propri cari, pur di proseguire nella lotta al Covid.

Ricordo le battaglie condivise tra tutti noi, per far eseguire esami strumentali come ecocardiogrammi, esami endoscopici, doppler, ecografie addominali, a pazienti Covid e sospetti: il nostro vissuto era surreale. Avevamo l'impressione di vivere in un acquario...

Una cosa della quale siamo tutti fieri, è stata l'evoluzione esponenziale della nostra professionalità, nessuno escluso, compreso il personale ausiliario, nell'assistenza a pazienti contagiosissimi e che comunque presentavano le comorbidità tipiche dell'anziano, dal diabete scompensato alla cardiopatia. *Segue a pag. 8*

Abbiamo dovuto imparare a vestirci, svestirci e non contaminarci; ci siamo impadroniti della tecnica di ventilazione non invasiva e delle criticità per noi nuove, guardando spesso i tutorial su You Tube e chiamando i colleghi che al nord stavano vivendo quello che ormai sappiamo tutti, facendoci dare indicazioni, consigli pratici e perché no anche terapeutici. Non dimentichiamoci, a questo proposito, l'approssimazione e l'incertezza sull'approccio terapeutico a questa patologia. Siamo passati dal somministrare Idrossiclorochina a tutti per poi non doverla assolutamente utilizzare. Insomma, abbiamo fatto il meglio con poche risorse e ci siamo riusciti. Nessuno di noi si è ammalato! E ora, dopo

una pausa estiva dedicata all'oblio di quella che non è una malattia, ma una Pandemia, siamo di nuovo nell'emergenza Covid.

Questa volta però, i numeri sono decisamente più importanti e le risorse da mettere in campo sono direttamente proporzionali. Oggi abbiamo circa 37000 contagi al giorno e lo scenario è ben diverso! Anche questa volta, come nella prima ondata, ci siamo preparati ad accogliere i pazienti prima al santa Giovanna Antida, ma dopo

pochi giorni avevamo saturato i 24 posti letto, con attese di ricovero al Pronto soccorso di un numero crescente di pazienti positivi e che necessitavano di ricovero a causa dell'insufficienza respiratoria, dovuta alla tanto temuta polmonite da SarsCov2.

L'ospedale ha prontamente risposto alla necessità assistenziale, riaprendo immediatamente il reparto san Carlo (per i pazienti ad alta intensità di cure) e il reparto san Vincenzo e santa Caterina, per pazienti a più bassa intensità di cure.

È chiaro che il personale di area medica sia stato subito insufficiente per una turnistica sostenibile, al di là dell'impegno dei rianimatori e quindi, si è dovuto implementare il personale con colleghi di altre specializzazioni come la Neurologia e la Cardiologia.

Questo per far comprendere l'importanza del fenomeno che stiamo vivendo.

Mi sembra doveroso descrivere la mattinata tipica del personale infermieristico, per assistere 26 pazienti del reparto san Vincenzo ad esempio, di cui magari uno o due in NIV.

È necessario che siano vestiti di tutto punto, con tuta e sopra camice almeno 4 infermieri, che debbano eseguire le stesse cure igieniche, somministrare terapie, fare prelievi ematici, elettrocardiogramma, emogasanalisi e magari aiutare il paziente nel mangiare, come se il reparto fosse un comune reparto di medicina o geriatria, ma con l'incombenza di urgenze cardio respiratorie, con un



impegno di energie difficilmente immaginabile per chi una tuta e una ffp2 non l'ha mai provata.

A tutti loro deve andare il nostro ringraziamento. Senza il loro impegno, credete, non sarebbe possibile riuscire ad assistere adeguatamente i malati.

E questi non sono "eroi". Nemmeno per un attimo. Hanno solo finalizzato la loro vita professionale all'aiuto e alla salvezza delle persone. Comunque, in tutta questa fatica posso testimoniare che mai si è persa l'umanità e lo spirito di altruismo che contraddistingue il personale con cui lavoro. È difficile comunicare con pazienti anziani, magari ipovedenti e nella maggior parte dei casi con ipoacusia e perché no, con disturbi cognitivi più o meno seri. Ci si interfaccia con maschere e tute bianche che ci spersona-

lizzano (ma tu chi sei??), ma proprio per questo l'impegno è più grande e lo sforzo si aggiunge allo sforzo.

Abbiamo messo mogli e mariti anziani nella stessa stanza, proprio per alleviare la solitudine che attanaglia questa tipologia di pazienti; ci impegniamo a rendere la permanenza dei pazienti in ospedale il meno pesante possibile, aiutandoli anche banalmente a ricaricare i telefonini per farli comunicare con i conoscenti. Le strutture della Regione Lazio, RSA Covid in testa, non prendono da giorni i nostri pazienti, creando un imbuto nel flusso assistenziale, con impossibilità di trasferire pazienti positivi, ma dimissibili. C'è poi il problematico

rapporto con i parenti, che non possono vedere i propri cari per giorni e che forse non avranno modo di vederli più.

I colloqui avvengono per telefono e credetemi, anche questo comporta un notevole dispendio di energie, perché rispondere a 26-30 telefonate dei parenti tutte le mattine, è onerosissimo e si somma a tutte quelle incombenze burocratiche a cui siamo tutti sottoposti.

L'importanza della comunicazione è però, inderogabile e in questo momen-

to, stiamo discutendo su come affrontare in problema, forse risolvibile con la presenza di un incaricato, medico o infermiere, che, leggendo il decorso clinico del paziente, possa informare sinteticamente, ma in modo esaustivo i parenti spesso angosciati.

È comprensibile a tutti che la continua esposizione a questi pazienti, pur con le dovute e condivise cautele nella vestizione e svestizione, non ci possa tutelare in modo assoluto e da qui i vari contagi del personale, che comunque credo, siano contenuti e ragionevolmente proporzionali alle forze impiegate.

Insomma, spero di essere stato il più chiaro possibile, d'altronde è difficile dipanarsi in questa matassa di necessità, urgenze, burocrazia ed emozioni come in questi tempi! ■

Nozze imposte e conflittualità latente

di Mariangela Roccu

Tra gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite, nei Sustainable Development Goals (SDGs), adottati nel settembre 2015, è inclusa l'eliminazione del fenomeno dei matrimoni con minorenni entro il 2030. Un obiettivo chiave anche per raggiungere l'uguaglianza di genere. Per le ragazze, infatti, il matrimonio ha effetti particolarmente gravi: spesso le spose bambine non sono pronte a diventare mogli e madri, né fisicamente né emotivamente. Le donne sposate prima dei 18 anni hanno un rischio maggiore di insorgenza di malattie, tra cui infarto, diabete, cancro, ictus, disturbi psichiatrici. Il matrimonio infantile, inoltre, è associato a più alti tassi di mortalità derivanti da parto, gravidanze precoci e indesiderate, interruzione della gravidanza e malnutrizione nella prole. Dato che le spose bambine spesso non sono capaci di negoziare l'accesso al sesso sicuro e all'assistenza medica, i matrimoni in cui sono coinvolte presentano tassi più elevati di infezioni sessualmente trasmissibili (incluso l'HIV). A questo drammatico quadro, si aggiunge la totale mancanza di libertà, la schiavitù cui sono sottoposte le spose bambine, che raramente sono autorizzate a continuare la propria istruzione dopo il matrimonio. Eppure, il numero dei matrimoni con minori, nel mondo, è ancora elevatissimo. Sunita, che oggi ha 16 anni, vive in India nello stato del Bihar e si batte contro i matrimoni precoci e per i diritti delle ragazze nella sua comunità, ha dichiarato: «avevo 12 anni quando ho saputo che il mio matrimonio era stato combinato. È stato terribile abbandonare la scuola e i miei amici, tutti i miei sogni si sono spezzati in quell'istante. Il mio messaggio per tutte le ragazze della mia età è di rimandare il matrimonio e fare qualunque sforzo per raggiungere i propri sogni». Nove Paesi su dieci con la più alta percentuale di matrimoni precoci sono quelli più fragili, perché colpiti da crisi umani-

Il matrimonio impostoforzato è una violazione dei diritti umani. "Il matrimonio potrà essere concluso solo con il libero e pieno consenso dei futuri sposi" (Art. 16 (2) della Dichiarazione universale dei diritti umani).



tarie, come conflitti, alluvioni, siccità, terremoti o epidemie e dove le ragazze sono maggiormente esposte a questo rischio.

La chiusura delle scuole per il Covid-19 ha lasciato 1,6 miliardi di bambini senza istruzione e in modo particolare le bambine e le ragazze che hanno molte meno probabilità di riprendere la scuola per la pressione dei bisogni della famiglia, o a causa di matrimoni o gravidanze precoci. Se una adolescente su 10 nel mondo era già vittima di stupro o violenza sessuale da parte del proprio marito o ragazzo prima del Covid-19, il coronavirus ha portato a un aumento di questi casi e, per effetto della pandemia, si prevedono 2 milioni di casi di mutilazione genitale femminile in più nei prossimi 10 anni, soprattutto tra chi non ne ha ancora compiuti 14. Con la pandemia, le adolescenti spose attraverso matrimoni forzati, sono mezzo milione in più, ma è un dato sottostimato e gli studiosi del settore sono convinti sia solo la punta di un iceberg. Nel nostro Paese sono circa 175 mila le ragazze immigrate di seconda generazione e un recente studio ha reso

evidente come il matrimonio combinato riguardi, in modo particolare, alcune comunità (indiana, pakistana, marocchina, egiziana). Le nozze imposte sono il male estremo; il pericolo dei prossimi dieci anni rischia di essere la «conflittualità latente», rappresentata da ragazze che studiano e si integrano, ma che vivono in famiglie rispettose delle loro ataviche tradizioni, perché molti genitori non hanno un grado di istruzione elevato e quindi, di fronte a situazioni in cui evidenziano delle trasgressioni alla loro morale sociale e culturale, diventano severi e impongono le regole con l'aggressività. «La pandemia sta spingendo sempre più famiglie verso la povertà, lasciando molte ragazze senza cibo, obbligandole a lavorare per sostenere la famiglia o costringendole a occuparsi dei familiari malati e ad abbandonare la scuola, con possibilità molto minori di poter riprendere gli studi rispetto ai loro coetanei maschi», ha dichiarato Daniela Fatarella, Direttrice Generale di Save the Children Italia.

In queste situazioni, in gran parte dei Paesi cresce la violenza, lo sfruttamento sessuale, l'insicurezza alimentare. Tutto ciò «costringe» i genitori a non intravedere altre possibilità a quella del matrimonio forzato, che avviene spesso con uomini molto più vecchi delle loro figlie.

Sono necessarie, quindi, azioni concrete per contrastare la violenza di genere e le sue radici e per porre fine ai matrimoni precoci, supportando anche chi li ha subiti, con riforme legislative e piani nazionali per la salute e l'educazione. Tutto ciò, per non vanificare gli sforzi e la linea di condotta riguardante i progressi avviati dalla Conferenza sulle Donne di Pechino 1995, che ha sancito un impegno comune di tutti i governi per l'uguaglianza di genere e che ha consentito di prevenire in 25 anni, 78,6 milioni di matrimoni precoci. ■





Un Natale blindato negli affetti e un dualismo destinato a perpetuarsi

di Fabio Liguori

XXIX - il “senso di appartenenza”; significato della parola “avvento”; i colori del tempo liturgico; una “attesa” con fattori emotivi e affettivi liberamente affioranti; l’amore materno che cancella confini.

Causa Covid, in strade semideserte con saracinesche abbassate, luminarie spettrali e non più l’eco struggente delle zampogne, le festività di questo fine anno trovano una Italia “blindata” negli affetti più cari: quelli della memoria storica, dei riti, le tradizioni, i miti i modelli e valori familiari che, di generazione in generazione, originano quel senso di appartenenza che, tra riferimenti e termini di confronto si arricchisce e definisce sempre più. Snaturati anche i tradizionali auguri per l’anno nuovo. Nel tempo dell’Avvento, di settimana in settimana i sacerdoti cambiano il colore dei paramenti sacri che, dal viola del “mistero” delle prime due settimane, sfuma nella terza nel rosa “della gioia vicina”, per poi definitivamente virare nel bianco assoluto della “purezza e pace” della settimana che precede il Natale di Gesù. Nella lingua latina la parola “avvento” significa “venuta” e nel tempo liturgico assume il significato specifico di “attesa” dell’avvento del Messia, termine questo comune alle fedi monoteistiche ebraica, cristiana e musulmana e che punta direttamente al cuore del credente, rievocazione non solo di un fondamentale evento storico, ma atto



In tempo di Covid, memorie del passato...

di fede e di speranza. Messia è infatti l’unto del Signore, il Salvatore promesso che dà vita alla nuova alleanza con Dio, il protagonista di un mirabile rinnovamento: la *conversione dal male al bene*.

Anche il tempo di una gravidanza è, per la donna, un’attesa che comporta fattori emotivi e affettivi liberamente affioranti a scoprire tutto un substrato dinamico a essi collegato, come le fantasie di maternità che sin da bambine popolano tutte le donne. L’aver un figlio è, infatti, per ogni donna, il desiderio più femminile che ci sia e l’imminenza di una maternità è l’appagamento di un antico desiderio, promessa che il destino o i suoi educatori le hanno fatto nel momento in cui ha constatato e accettato la sua femminilità. Il fatto poi che in gravidanza l’interesse affettivo sia più o meno

esclusivamente rivolto verso un soggetto che al momento non esiste e sarà reale solo a una certa data, imprime al processo biologico il carattere di un’esperienza in parte simile a un sogno; e per quanto realistica sia, ogni donna penserà di portare in grembo un eroe ricco di tutte le virtù che a lei sono mancate.

In favore dell’idea del bambino si accanto-

nano temporaneamente altri interessi, gettando le basi per un’altruistica abnegazione reale. E come già detto ricca o povera, trascurata o accorta, attiva o introversa, tutto concorre a che la donna trovi un compenso alla presunta sua inferiorità. La costruzione del nido, il corredo neonatale diventano così prodotti reali o simbolici che, seppur modesti, portano a un raccoglimento interiore, un’attività che si traduce nell’osservanza prenatale di regole che formeranno l’avvenire come futura mamma.

Il narcisismo della gravidanza sarà così, la fonte più ricca di un amore materno capace poco a poco di cancellare i confini tra l’io e il tu, attraverso il vincolo fra un io intensamente introvertito e l’io socialmente orientato: in un dualismo madre-figlio destinato immancabilmente a perpetuarsi. ■

Esperienza Covid del San Pietro Fatebenefratelli



SECONDA PUNTATA

di Simone Bianconi

Come era facilmente prevedibile dopo un'estate passata in maniera troppo disinvolta, come a voler esorcizzare un ricordo di cui tutti avevamo voglia di dimenticare, rieccoci a parlare di Covid, di seconda e prevedibile ondata di contagi, di posti letto in terapia intensiva, di morti.

Che le cose non stavano andando per il verso giusto lo avevamo capito nella seconda metà di agosto. Trovatomi a fare turni di Pronto Soccorso (PS) come medico d'urgenza, avevo compreso quello che sarebbe potuto accadere di lì a qualche mese. In 15 giorni di agosto avevamo visto più pazienti con Polmoniti Covid di quante non ne avevamo viste nel periodo marzo-aprile! La differenza? Essendoci moltissimi posti letto disponibili nel Lazio, appena mettevvi un paziente in piattaforma di trasferimento, entro 20 minuti avevi la disponibilità al trasferimento ed entro 1 ora il paziente era fuori dal PS. Quanto sarebbe potuto durare questo meccanismo così virtuoso ed efficiente? Con i miei colleghi direttori di PS del Lazio, grazie a uno scambio di mail giornaliero, comprendevamo la portata del fenomeno e ci chiedevamo proprio questo.

Per cercare di dare una collocazione degna a questi pazienti da trasferire che non fosse il PS, si decise di creare una

sezione di 12 posti letto presso il reparto santa Giovanna Antida, creando una divisione all'interno del reparto. Tale sistemazione era ovviamente prevista per poche ore di attesa, massimo 1 giorno.

La settimane di settembre ci hanno prefigurato quello che sarebbe successo nel periodo di ottobre. I nostri pazienti che il mese prima trasferivamo "a razzo" ora ristagnavano in ospedale per 24 poi 48 ore e poi...

Era domenica 18 ottobre, mentre il dott. Pietro Capuzi era di guardia in medicina d'urgenza e il dott. Federico Todde in PS, l'ospedale è stato letteralmente assediato da pazienti fortemente sospetti con febbre, dispnea e insufficienza respiratoria. Dopo numerose telefonate conveniamo di dover liberare il reparto dai pazienti "puliti" e di smistarli negli altri reparti ospedalieri per poter accogliere i pazienti Covid nel minor tempo possibile. Nel giro di 2 giorni, il reparto che accoglieva pazienti chirurgici e di medicina d'urgenza diventa per intero reparto Covid. E la possibilità di trasferire i pazienti Covid negli ospedali preposti? Una chimera, un sogno... ormai chi ha i pazienti se li tiene, questa è la risposta che viene data.

Da quei giorni in poi la curva dei contagi e dei ricoveri



ordinari che era stata piatta per mesi si impenna in maniera ripida e niente sembra poterla arrestare.

Certamente adesso abbiamo il vantaggio di poter contare sui tamponi rapidi h 24 per le diagnosi precoci in 30 minuti, la possibilità di eseguire test molecolari dalle 8 alle 20 tutti i giorni e inoltre, i DPI in questa fase non sono mai stato un problema. Straordinario l'impegno del dott. Saporito, dell'équipe del laboratorio analisi e della dr.ssa Scotti.

Con spirito di sacrificio unico ed encomiabile, i sanitari del reparto santa Giovanna Antida guidati dal dott. Capuzi e dalla coordinatrice suor Juby, si sono trovati a gestire dalla mattina alla sera 26 pazienti Covid seppur con evidenti limiti strutturali e logistici del reparto.

Gli spettri della prima ondata riaffioravano ai nostri occhi solo che questa volta comprendiamo che la musica sarà diversa per la regione Lazio. Se nella prima ondata il lockdown nazionale aveva preservato il centro-sud, questa volta i contagi sono distribuiti su tutto il territorio nazionale e inoltre, davanti a noi non c'era l'estate che sarebbe arrivata dopo pochi mesi, ma il periodo autunno-invernale con

tutto ciò che ne deriva in termini di patologie stagionali e di temperature.

Passano pochi giorni, siamo alla fine di ottobre ed ecco che puntuali e prevedibili bussano alle nostre porte le istituzioni regionali. La nostra esperienza del "COVID 1" è stata possiamo dirlo, straordinaria nella gestione medica, infermieristica, amministrativa, logistica e quindi, la nostra chiamata era scontata.

Si decide, pertanto, di riallestire il reparto san Carlo con 19 posti letti ordinari e di terapia sub-intensiva. Tale reparto si mostra da subito insufficiente al nostro fabbisogno, considerando i 26 posti letto Covid già occupati al santa Giovanna Antida. Il primo paziente che ricoveriamo al san Carlo è un poliziotto cinquantenne, verrà intubato di lì a pochi minuti e trasferito dopo 24 ore. Sicuramente non un buon auspicio. Si arriva nel giro di pochi giorni ad avere due reparti Covid, san Carlo e santa Giovanna Antida. Due reparti troppo diversi nella logistica e nella struttura, si decide, pertanto, di convertire il reparto san Vincenzo a secondo reparto Covid dopo aver fatto dei lavori di adeguamento strutturale



con zona filtro, vestizione, svestizione e spostare lì tutti i pazienti del santa Giovanna Antida, che accoglierà invece i pazienti cardiologici e geriatrici.

Siamo così arrivati agli inizi di novembre. Può bastare? Purtroppo no, nei giorni a seguire infatti, al netto di due reparti pieni e a regime, anche il PS si riempie di pazienti Covid. Se ne contano 20 nel giro di pochi giorni, mettendo a dura prova l'organizzazione interna, impegnata a tenere separato in un labile confine i pazienti "puliti" dai cosiddetti pazienti "sporchi". Sono giornate campali per il PS che deve contare su un organico ridotto per l'assenza di medici che, purtroppo, sono rimasti contagiati. Fortunatamente assistiamo anche a un calo di pazienti non Covid e questo permette di polarizzare il PS in un area no Covid e una Covid, anche con l'ausilio prezioso della tenda esterna dotata di impianto di riscaldamento e di video-sorveglianza per l'attesa e la gestione di pazienti stabili sospetti. I medici di PS, gli infermieri, gli ausiliari, la coordinatrice Negretti, hanno dimostrato in quei duri giorni, grande resilienza e senso di adattamento fuori dal comune.

Salvifica alla causa del PS, è stata la conversione del santa Caterina a terzo reparto Covid. Riusciamo così, in un pomeriggio, a svuotare il PS dai pazienti Covid. Grande apprezzamento all'ente e all'amministrazione per la celere risposta data.

Sono stati affinati con il dott. Bellelli, i criteri di accesso alla TC torace alla luce delle complicanze respiratorie riscontrate nei pazienti Covid ricoverati. Complicanze quali lo pneumo-mediastino sono purtroppo comuni a tanti centri Covid in questa seconda fase.

Insieme al direttore del dipartimento medico dott. Cassol, con il quale condivido questa esperienza, si decide di distribuire i pazienti nei reparti per livelli di complessità. I più gravi che necessitano di assistenza ventilatoria e sono più instabili, sono ricoverati al reparto san Carlo sotto la guida del dott. Bianchi, i più stabili o in via di miglioramento nei reparti santa Caterina e san Vincenzo, coordinati dalla dott.ssa Armiento e dal dott. Capuzi. Le coordinatrici infermieristiche Perri, Gargiulo, suor Juby sono il perno dell'assistenza infermieristica nei tre reparti.





Straordinario il contributo della cooperativa di servizi per la sanificazione degli ambienti, dei percorsi e il trasporto dei pazienti che avviene con barella di biocontenimento.

I tre reparti vedono la partecipazione operativa di infermieri, rianimatori, me-

dicidi del reparto di medicina, geriatria, medicina d'urgenza, cardiologia, neurologia e infine fisioterapisti con un amalgama e un affiatamento che si sta dimostrando la carta vincente di un gruppo valido e solido. Non smetterò mai di ringraziarli abbastanza per l'impegno e la dedizione alla causa. Il gruppo sempre prima del singolo.

Nel frattempo, vista la gravità dei pazienti, ben superiore a quella della prima ondata, l'UTIC è convertita in area subintensiva con 8 postazioni. Nonostante gli sforzi encomiabili dei rianimatori coordinati dalla dott.ssa Cecca, la rete 118 non riesce più ad accogliere i pazienti intubati che, quindi, stazionano in UTIC per giorni e giorni fino ad averne ben 6. Siamo di fatto diventati una terapia intensiva Covid, pur senza esserlo sulla carta, nel senso di non essere configurati tali in regione.

Dopo interlocuzioni con i vertici aziendali, si decide di ufficializzare il nostro nuovo assetto: 70 posti letto ordinari, 8 posti letto di terapia subintensiva e 4 posti letto di terapia intensiva, per un totale di 82 letti contro i 20 della prima ondata.

Ciò che colpisce di questa patologia è la sua assoluta imprevedibilità, il non guardare in faccia a nessuno. Colpiscono i tanti cinquantenni in casco o in NIV. Gli obesi, i diabetici, i cardiopatici, i broncopneumopatici cronici sono i pazienti più fragili e che rischiano di più. È cambiata l'impostazione

terapeutica rispetto alla prima fase: scompaiono alcuni farmaci come l'Idrossiclorichina, il Lopinavir/Litonavir, mentre compaiono sulla scena il Desametazone e il Remdesivir. Si acquisiscono molte conoscenze fisiopatologiche della materia, soprattutto sul ruolo della pronazione del paziente e su come ottimizzare la terapia ventilatoria con casco, NIV, O2 ad alti flussi.

Finalmente abbiamo percorsi terapeutici certificati anche per i pazienti dimessi dal PS.

Sono stati ripristinati gli hotel e le RSA Covid per chi non può eseguire isolamento domiciliare, mentre è scomparsa la figura del taxi sanitario che è a carico della struttura e non più a carico della Asl RM 1.

Approfittando della situazione di relativa tranquillità e memori delle giornate vissute, sono appena stati conclusi in PS importanti lavori di adeguamento strutturale nelle aree di stazionamento, con installazione di zone filtro in ogni ambiente e impianti per realizzare la pressione negativa. Sono stati, inoltre, implementati gli spazi dedicati alle puerpere Covid in attesa di trasferimento. Un plauso all'amministrazione e a Manlio Calvo per il suo impegno.

Questo nuovo assetto ospedaliero non è stato indolore; ha comportato la momentanea chiusura del reparto san Camillo, l'abbattimento delle sedute operatorie chirurgiche con allungamento dei tempi di attesa per gli interventi in elezione, la riduzione delle prestazioni ambulatoriali. Disagi che i nostri pazienti stanno pagando in primis.

Nonostante i tanti negazionisti, i riduzionisti, noi operatori sanitari continueremo ad andare avanti per la nostra strada, dentro alle nostre tute da astronauti, a riconoscerci per il nome che scriviamo a penna convinti che il Covid verrà sconfitto solo se saremo tutti uniti. ■



Sindrome del colon irritabile

di Costanzo Valente

INTRODUZIONE

La sindrome del colon irritabile è un disordine gastrointestinale cronico caratterizzato da dolore o fastidio addominale e modificazione dell'alvo (stipsi o diarrea), in assenza di alterazioni degli esami di laboratorio o di strumentali. Si diagnostica adottando criteri standardizzati (Criteri di Roma) dopo aver scartato la possibilità di un ristretto numero di patologie organiche (es. Celiachia, malattia infiammatoria intestinale, malattia diverticolare, tumori, ecc.). Di tale patologia ne soffre circa il 10% della popolazione generale con rapporto femmine/maschi: 3/1 ed età d'esordio fra i 20/30 anni.

CRITERI DI ROMA

I criteri di Roma sono dei criteri diagnostici stabiliti da una commissione internazionale per definire la diagnosi e guidare il trattamento dei disordini funzionali gastrointestinali come la sindrome del colon irritabile. Ci sono state 4 edizioni in cui i maggiori esperti di colon irritabile si sono ritrovati a Roma per fissare tali criteri. La prima nel 1989, la seconda nel 1999, la terza nel 2006 e la quarta e fino ad adesso l'ultima, nel 2016.

In Roma IV si è stabilito che il colon irritabile è una sindrome caratterizzata da dolore addominale ricorrente, in media, per almeno 1 giorno/settimana, con almeno due delle seguenti caratteristiche:

1. correlato alla evacuazione;
2. correlato a modificazioni nella frequenza delle evacuazioni;
3. correlato a modificazioni nell'aspetto delle feci.

FISIOPATOLOGIA

La causa della sindrome del colon irritabile riconosce una combinazione di fattori fisiologici e psicosociali.

FATTORI FISIOLGICI

Il colon irritabile è caratterizzato da una alterata regolazione dell'asse cervello-intestino con:

Sintomi intestinali

- Flatulenza
- Meteorismo
- Stitichezza
- Diarrea
- Sensazione di pesantezza
- Dolori addominali

Sintomi extra intestinali

- Stanchezza
- Spossatezza
- Emicrania, mal di testa
- Umore depressivo
- Dolori agli arti
- Disturbi circolatori.



1. alterata motilità intestinale con presenza di stipsi in caso di transito intestinale rallentato e diarrea in caso di transito intestinale accelerato;
2. ipersensibilità viscerale con dolore addominale;
3. alterata secrezione intestinale;
4. fattori genetici e ambientali.

FATTORI PSICOSOCIALI

Alterazioni psicologiche sono frequenti tra i pazienti con colon irritabile. Alcuni pazienti hanno disturbi d'ansia (depressione e disturbi di somatizzazione), oppure disturbi del sonno.

CLINICA

La sintomatologia spesso è indotta dal cibo e dallo stress. I pazienti accusano dolore o fastidio addominale a sede variabile, spesso correlato alla defecazione. C'è alternanza di stipsi e diarrea. I pazienti possono anche avere sintomi legati all'atto della defecazione (sforzo, urgenza o sensazione di evacuazione incompleta), emissione di muco dal retto o gonfiore e/o distensione addominale. Sono frequenti sintomi extra intestinali (facile affaticabilità, fibromialgia, disturbi del sonno e cefalea cronica).

DIAGNOSI

La diagnosi è di esclusione e può essere sospettata in assenza di segni d'allarme come il sanguinamento rettale, la perdita di peso, la febbre o di altri sintomi e segni che potrebbero suggerire un'altra eziologia.

In generale, per la diagnosi, bisognerebbe chiedere i seguenti esami ematici: Emocromo, indici di flogosi, profilo biochimico, marcatori sierologici per la celiachia, esame delle feci completo per infezione, quadro tiroideo, sangue occulto nelle feci.

Esami strumentali: ecografia addominale, colonscopia, TAC addome e breath test per intolleranza al lattosio e overgrowth batterico del tenue.

TERAPIA

Supporto e comprensione.

Dieta libera, evitando cibi che producono gas intestinale e che inducono diarrea.

Aumentata assunzione di fibre e idratazione per pazienti con prevalenza di stipsi.

Terapia farmacologica mirata ai sintomi dominanti. ■

Auguri per le prossime festività



Carissimi, questo anno è un Avvento, e sarà anche un Natale, inevitabilmente segnati dagli effetti della pandemia, dalle restrizioni, dal distanziamento fisico, dall'impossibilità di tenere "dal vivo" incontri e relazioni sociali per salvaguardare il bene primario della salute collettiva.

Un momento in cui molte persone stanno, purtroppo, sperimentando difficili situazioni di solitudine e si corre il rischio di cadere nel pessimismo, nella chiusura e nell'apatia.

Il pensiero non può non correre in particolare ai nostri cari malati (anche ma non solo di Covid-19) che si trovano in ospedale e che non possono beneficiare della presenza dei familiari e degli amici, così come alle persone che vivono sole, i senzatetto, gli anziani, che oltre alla paura del contagio devono combattere anche quella di essere dimenticati.

Tutti loro hanno bisogno di una mano samaritana e piena di ospitalità, che faccia sentire il calore dell'umanità e l'amore che nasce dal cuore.

Come Giuseppe e Maria, anche tutti noi stiamo trovando tante porte chiuse: scuole e università, teatri e musei, negozi vari ed esercizi della ristorazione, palestre e piscine, case degli amici e dei parenti.

Come dobbiamo reagire di fronte a tutto ciò?

La risposta non può che essere nell'attesa fiduciosa del Signore che porta conforto e coraggio nei momenti bui dell'esistenza. L'Avvento, come ricordato da Papa Francesco, è un incessante richiamo alla SPERANZA, "ci ricorda che Dio è presente nella storia per condurla al suo fine ultimo e alla sua pienezza, che Dio è il Signore Gesù Cristo. Dio è presente nella storia dell'umanità, è il 'Dio con noi', Dio non è lontano è sempre con noi, cammina al nostro fianco per sostenerci. Il Signore non ci abbandona, ci accompagna nelle nostre vicende esistenziali per aiutarci a scoprire il senso del cammino, il significato del quotidiano, per infonderci coraggio nelle prove e nel dolore. In mezzo alle tempeste della vita Dio ci tende sempre la mano e ci libera dalle minacce".

Il virus prima o poi sarà sconfitto, mai invece si esaurirà l'annuncio della presenza di Dio in mezzo a noi, che ama l'uomo a tal punto, da mandare il suo Figlio sulla terra a compatire, cioè a condividere la nostra condizione umana.

Solo con la consapevolezza di questa vicinanza possiamo affrontare con fiducia e coraggio le avversità del momento presente, in cui, mai come prima, avevamo visto ospedali così pieni fino al collasso e che ha mostrato a tutti l'importanza e la necessità del lavoro svolto dagli operatori sanitari.

Anche la nostra Famiglia Ospedaliera ha risposto a tale emergenza e continua a farlo con grande abnegazione e impegno nelle sue Opere, alcune delle quali, come noto, entrate a far parte della rete COVID -19 (l'ospedale di Roma da principio e successivamente anche gli ospedali di Napoli e Benevento) ed altre impegnate nell'attività di screening sierologici e tamponi (l'ospedale di Palermo).

Gli effetti della pandemia si sono purtroppo già avvertiti nella riduzione delle attività assistenziali "ordinarie" e nel conseguente calo della produzione, che porterà inevitabilmente a chiudere in negativo i bilanci di tutte le nostre Opere. Ciò nonostante, l'Ente continuerà ad assicurare il regolare adempimento degli impegni già presi.

In questa occasione, non posso che rinnovare i più sentiti ringraziamenti e la più profonda gratitudine a tutti voi confratelli, consorelle e collaboratori per il modo in cui siete stati vicini ai nostri cari malati nei momenti più critici dell'emergenza sanitaria facendovi prossimi, come il buon samaritano, come san Giovanni di Dio.

Alla fine di questo anno, mantenendo lo sguardo rivolto alle persone che si sono trovate e continueranno a trovarsi nel bisogno e nella sofferenza, il pensiero non può non andare anche a quanto accaduto nelle Filippine lo scorso 23 ottobre quando un incendio partito da alcune baracche adiacenti alla nostra scuola di Manila per i bambini disabili ha purtroppo coinvolto l'intero edificio, mandandolo in cenere.

Conosciamo bene questa esperienza perché vissuta appena due anni fa con l'ospedale di Roma e i sentimenti di paura, sconforto e tristezza che inevitabilmente la accompagnano.

In questa scuola ci sono centinaia di bambini che ogni anno, con passione, gioia, fatica e preghiera studiano e raggiungono importanti risultati, affiancati da personale esperto e dai confratelli del nostro Ordine e con il sostegno della nostra onnipresente A.F.Ma.L.

Proprio l'A.F.Ma.L., che da anni supporta sia questa scuola che quella presente ad Amadeo per permettere ai bambini disabili di poter studiare, conseguire un titolo scolastico e così superare i propri limiti e le proprie difficoltà, ha già organizzato una raccolta dei fondi necessari alla ricostruzione di quanto distrutto dall'incendio. Mi permetto di sottolineare l'importanza di questa iniziativa benefica in cui il contributo di ognuno di noi è fondamentale per riconsegnare a questi bambini la speranza in un futuro migliore.

E con questo concludo, rinnovando a tutti voi l'invito a non lasciarvi scoraggiare dalle molteplici difficoltà del momento attuale, prendendole come occasione per riscoprire il senso più autentico del Natale, ovvero la presenza del Signore che ci ama e non ci abbandona mai e che ci esorta a non smettere di esercitare l'ospitalità verso coloro che più ne hanno bisogno ora secondo l'insegnamento del nostro amato San Giovanni di Dio, a vivere intensamente il valore della semplicità e degli affetti, quegli affetti che, per ragioni di sicurezza, saremo costretti a vivere in un modo diverso e, forse per questo, saremo più in grado di apprezzare una volta che gli ostacoli alla loro libera condivisione saranno finalmente rimossi.

Auguro a tutti voi un Natale ricolmo di gioia e soprattutto di speranza, certi che ogni male possa essere sanato contando sull'assistenza di un "ospedale" che accoglie ogni malato, un "ospedale" dove Gesù in persona è il medico che cura e risana ogni cuore.

Un fraterno abbraccio in Cristo

**Il Superiore Provinciale
Fra Gerardo D'Auria o.h.**



I marcatori di Aterosclerosi ...in era Covid-19

di Giovanni Pigna

La considerazione piuttosto ovvia che crea comunque una valida premessa a questo breve articolo, consiste nell'affermare che tra poche settimane sarà trascorso ormai un anno dalla circolazione di un virus passato alla storia per aver generato, a oggi, la più recente pandemia. Ragionevolmente avremmo voluto ricordarlo come un comune virus influenzale, ma l'evoluzione della sua storia clinico-epidemiologica, purtroppo sostenuta da numerosi decessi di quei soggetti probabilmente consapevoli di essere in condizioni di maggiore rischio, ma ignari che le complicanze si fossero poi realmente generate, avrà segnato nelle nostre coscienze e nella storia della medicina, un periodo drammatico trasversale dagli aspetti clinici al tessuto socio-economico in generale.

Tuttavia, il buio che si confondeva con la sensazione di un certo smarrimento è stato almeno in parte illuminato da un grande dono dell'umanità ovvero la speranza; rimessi in piedi dopo una brutta caduta, per poter pianificare un futuro "grato" proprio alla sua storia, da cui trarne tesoro. Perché, si chiederà chi legge, questa premessa?

Per due motivi sostanzialmente, sia perché era doveroso giustificare il titolo "...in era Covid-19", sia per creare un ambiente "confortevole" per meglio comprendere il messaggio di questo breve manoscritto. Un messaggio, appunto, neanche tanto scontato in merito alle esperienze e non affatto una trattazione sulla fisiopatologia della malattia da SARS-Cov-2 definito COVID-19.

Ebbene, mentre il virus in Italia stava circolando in maniera subdola, probabilmente oltre i nostri confini si stavano già formulando le questioni scientifiche per un possibile e, ovviamente, non immediato vaccino.

Quindi, lo sforzo di molti ricercatori (ben rappresentato in uno studio pubblicato su *Nature Reviews Cardiology* di Marzo 2020), è stato quello di studiare "l'evoluzione del modello clinico del virus", del suo impatto epidemiologico e approfondire quella costellazione di elementi nella ben più ampia "galassia" di fattori responsabili della Polmonite Interstiziale Bilaterale.

Sin dalle prime valutazioni sui casi/decessi questa è stata in assoluto la manifestazione clinica più grave del Covid-19, progressivamente sempre più calata nel contesto delle complicanze trombotiche/microangiopatiche della risposta immunomediata al virus che, fortunatamente non sempre nella peggiore espressione, prevalevano su scala mondiale tra i soggetti infetti.

Corroborata dai pareri di autorevoli scienziati, incluso

nomi illustri della medicina italiana, emergeva a un certo punto una nozione importante già ampiamente descritta in letteratura, ovvero quella della "tempesta citochinica" in gran parte sostenuta dalle proprietà biochimiche della Il-6 e Il-1b nonché IFG e TNF-alfa quali possibili chiavi che spalancassero le porte al corteo sintomatologico del Covid-19.

Tuttavia, restava per me aperta ancora una questione, fortemente documentata da studi condotti in Cina (fonte LANCET 2020), per la quale una larga fetta di pazienti deceduti per Covid-19 mostrava segni di danno al miocardio ed elevati livelli di biomarcatori di necrosi ischemica. Spiccava, per certi aspetti, la sensazione che il denominatore comune dello stato di "ipercoagulabilità" e compromissione multisistemica con danno d'organo, fosse "un'anomalia" nel fitto sottobosco della infiammazione. Ovviamente l'aspetto da considerare è il concetto biochimico della flogosi, tanto affascinante per me, medico patologo clinico e lipidologo, quanto abbastanza complesso, riconosciuto in quei numerosi meccanismi multiproteici intracellulari, che attivandosi in risposta a stimoli micromolecolari dei patogeni o di qualsiasi altro danno tissutale diventano un "trigger" per la cascata finale infiammatoria.

A tal proposito, molto interessante è stata la mole di lavoro condotto da diversi autori circa i pathways multimolecolari infiammatori (definiti "inflammasoma") tra cui il NOD-Like receptor family, pyrin domain-containing (NLRP3) (Fig.1) che in sostanza (cerco di riassumere!), dimostra come il rapido sviluppo in acuto della risposta infiammatoria immunomediata, non tanto sia espressione della sola "quantità" della replicazione virale, quanto invece sia il modello di un "disordine" metabolico del pathway inflammasomico in questione. Secondo gli autori, in risposta allo stimolo virale, si realizza una "iperattivazione" di segnali intracellulari tramite le numerose vie di amplificazione come l'NfK-beta (famigerato trasduttore!!), che andrà a sfociare in una "iperespressione" dello stesso NLRP3. L'aspetto interessante, però, è l'accelerazione di questa complessa macchina direttamente associata a una "speciale" turbina (una sorta di power-unit dei motori della Fig.1!), generata dalle possibili e semmai diverse comorbilità del soggetto affetto, non necessariamente rapportate all'età come dimostrato dai ricercatori.

Insomma, al di là delle interpretazioni molecolari della flogosi, si fa strada un percorso probabilmente utile a fornire elementi robusti della correlazione fra SARS-Cov2,

Distress Respiratorio, Malattia Cardiovascolare e i suoi molteplici fattori di rischio (Tabella 1) che inizialmente sembravano coinvolgere, in maniera triste, prevalentemente la fascia di età più avanzata, ma che recentemente ha visto una stima dell'età con un trend al ribasso.

Patologie	Donne		Uomini		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Cardiopatia ischemica	901	21,8	790	30,7	1091	27,6
Fibrillazione atriale	340	24,7	574	22,3	914	23,1
Scopolio cardiaco	252	17,8	372	14,2	624	15,8
Ictus	153	11,1	265	10,3	418	10,6
Iipertensione arteriosa	994	67,8	1674	65,0	2668	66,0
Diabete mellito-Tipo 2	382	27,7	794	30,8	1176	29,8
Demenza	376	27,4	376	14,7	756	19,1
BPCO	180	13,1	485	18,2	675	17,1
Cancro attivo negli ultimi 5 anni	219	15,9	424	16,5	643	16,3
Epatopatia cronica	46	3,3	126	4,9	172	4,4
Insufficienza renale cronica	255	18,5	544	21,1	799	20,2
Dialisi	24	1,7	52	2,0	76	1,9
Insufficienza respiratoria	76	5,5	135	5,2	211	5,3
HIV	0	0,0	7	0,3	7	0,2
Malattie autoimmuni	80	5,8	76	3,0	156	3,9
Obesità	149	10,8	273	10,6	422	10,7
Numero di patologie	N.	%	N.	%	N.	%
0 patologie	35	2,5	120	4,7	155	3,9
1 patologia	174	12,6	375	14,6	549	13,9
2 patologie	277	20,1	530	20,6	807	20,4
3 o più patologie	892	64,7	1549	60,2	2441	61,8

Tabella 1: *Epicentro ISS infografica.pdf 22.07.2020*

Guardando con taglio critico, si individua poi facilmente, lo scopo di questi dati in continua evoluzione, largamente condiviso dagli studi in letteratura e ben percepito dalle varie sperimentazioni avviate (Tocilizumab, Idrossiclorochina, Eparina, discorso a parte per Remdesivir riconosciuto AIFA), cioè quello di espandere lo scenario terapeutico verso soluzioni tanto efficaci quanto limitate, purtroppo, alla sola gestione delle "complicanze" di SARS-Cov-2 (perché siamo consapevoli che uno strumento potenzialmente risolutivo possa essere il vaccino).

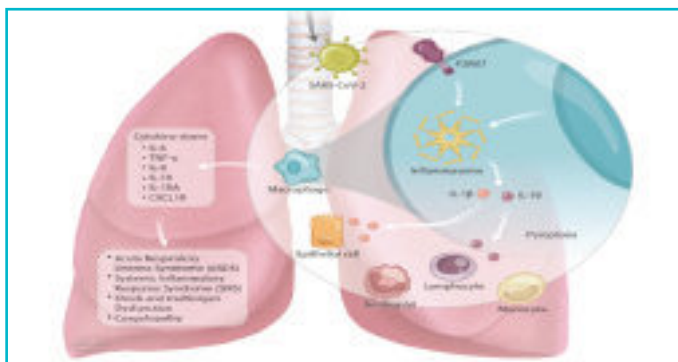


Figura 1.: *NLRP3 inflammasoma. Da TL. Freeman et al. Targeting the NLRP3 inflammasome in Severe COVID-19. Frontiers in Immunology June 2020;V11, art1518.*

Frutto della personale esperienza condotta tra pratica clinica e materiale scientifico prodotto, recentemente mi sono imbattuto in un'ulteriore considerazione, che si può tradurre in quanto ormai sia consolidata l'associazione fra aterosclerosi e malattie cardiovascolari aterotrombotiche come le Dislipidemie, silenziosamente ben "adagate" nel contesto dell'evoluzione

cronica dell'infiammazione e conseguente danno endoteliale (Casula M., Catapano LA. et al. GIA 2014;5(2):15-34).

Da diversi anni, infatti, presso la Medicina di Laboratorio si vanno sempre più affinando le metodiche di determinazione di biomarcatori quali LDL, HDL, VLDL, marcatori di danno tissutale, elementi della cascata emocoagulativa, reattanti di fase acuta e... particelle fortemente ossidanti rilevabili nel nostro profilo lipidico come la Lipoproteina a "piccola" - Lp(a). (Fig.2)

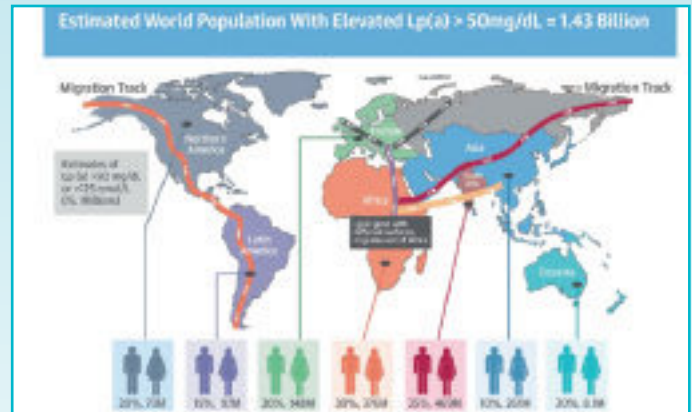


Figura 2: *Prevalenza nel Mondo dei livelli elevati di Lp(a) >50mg/dl*

Eccola, la Lp(a)!... ho esclamato leggendo recentemente un bel lavoro di John Kastelein e suoi collaboratori... per cui la domanda: può in qualche modo esservi una potenziale associazione del fenotipo lipidico con la trombosi innescata dalla risposta infiammatoria Covid-19 indotta?

Spiego il razionale di questa mia considerazione: è ampiamente dimostrato che l'aterosclerosi è espressione di un danno dovuto a meccanismi infiammatori in uno scenario di ampio raggio, dalla low grade inflammation esponenzialmente potenziata da obesità, diabete, ipertensione, insulino-resistenza e sovrappeso viscerale della Sindrome Metabolica, fino ad arrivare alle gravi forme di Dislipidemia genetica.

In tale contesto sappiamo che mutazioni eredo-familiari, tanto per il recettore delle LDL, quanto per la funzionalità di Lipasi Lipoproteiche-LPL e/o ApoE (queste ultime due sigle sono vie responsabili di gravi ipetrigliceridemie), causano severi fenotipi lipidici-genotipo dipendenti con elevati livelli di particelle ossidate (OxPL), fortemente concentrate nei loro "veicoli" di ateroinfiammazione (sdLDL, Lp(a), ApoB, Remnants dei Chilomicroni) e associati a elevatissimo rischio di malattia cardio e cerebrovascolare (Fonte ESC/EAS 2020).

Senza entrare nel dettaglio, che imporrebbe spazi ampiamente dedicati, è importante ricordare che la particella di LDL è identificata come colesterolo "cattivo", ma nei fatti la sua pericolosità è tanto maggiore quanto più la sua concentrazione di lipidi è estrapolata in particelle "piccole e dense" (le sdLDL), fortemente proinfiammatorie e inclini alla internalizzazione nel letto "schiumoso" di monociti-macrofagi responsabili, nel complesso, dell'ateroma precoce.



Un ragionevole predittore della quota di sLDL è la determinazione dell'Apolipoproteina B (generalmente valori normali <100 mg/dl), correttamente da me definita "veicolo di aterosclerosi", mentre per Remnants dei Chilomicroni s'intende la componente residua della "digestione" idrolitica delle particelle ricche in Trigliceridi quali VLDL (in pratica: le Remnants Particles quantificano il materiale "di risulta" prevalente nelle ipertrigliceridemie che è responsabile del peggioramento della funzione endoteliale). La Lp(a) (v.n. < 30 mg/dl, per molti autori in prevenzione secondaria valore target <50 mg/dl) è invece una "cugina" cattiva del colesterolo LDL (9). La Lp(a) nasce dalla fusione di particelle di LDL (veicolate, come anticipato, dalle molecole di Apolipoproteina B) con epatoproteine Apo(a) (Fig.3).

La pericolosità maggiore della Lp(a) consiste nel duplice ruolo, antifibrinolitico e procoagulante, svolto da Apo(a). Tutto ciò spiega la necessità di terapie ipolipemizzanti ad alte dosi, in soggetti geneticamente affetti da tali gravi fenotipi lipidici, fino ad arrivare ai recenti anticorpi monoclonali (Ab-antiPCSK9) selettivi per il recettore del colesterolo LDL o spingersi ben oltre con le tecniche di aferesi.

Strategie terapeutiche basate tutte sull'unico scopo di ridurre la concentrazione delle OxPL entro livelli target ben definiti da linee guida sempre più "restrittive".

A conferma di quanto detto, sappiamo che grandi trials di prevenzione primaria e secondaria hanno sempre più "stressato" il concetto del "lower is better" circa la concentrazione del colesterolo LDL, generando nei fatti regole in continua rivalutazione ... ma perché?

In modo particolare i commenti rivolti allo studio TNT e allo studio IMPROVE-IT da "giganti" della lipidologia internazionale riuniti per un simposio ormai neanche troppo recente, provano a darci una risposta: i bassi livelli di LDL colesterolo dello slogan "lower's better" traducono la necessità di far circolare nel sistema cardiovascolare la più bassa concentrazione di micromolecole proinfiammatorie che altrimenti esporrebbero quel determinato paziente, su cui meglio "si cuce" lo slogan in questione, a un forte rischio di aterosclerosi, rottura di placca vulnerabile, aterotrombosi sulla placca e ipercoagulabilità. Però ci stiamo spostando verso la fisiopatologia dell'aterosclerosi, certamente nota di "demerito" in ambito Covid-19 e sue complicanze, mentre il fulcro dell'argomento è la flogosi acuta durante Covid-19 e il coinvolgimento dei "biomarcatori di aterosclerosi" ... a cui vorrei dare una risposta!

Ebbene, il lavoro di Kastelein ha generato una forte ipotesi, su cui ulteriori studi andranno svolti, per la quale l'aumento

marcato di IL-6 indotta dai meccanismi di difesa verso Covid-19, andrebbe a promuovere l'attivazione del gene LPA responsabile della ipersintesi di apo(a) da parte del fegato (upregulation) con incremento di OxPL e conseguente predisposizione agli eventi aterotrombotici per i motivi già anticipati. Relazione di IL-6 col gene LPA in risposta agli stimoli proinfiammatori. Moriarty PM. et al. Lp(a) and Its potential association with Thrombosis and Inflammation in COVID-19: a testable hypothesis. *Curr Ather Rep* 2020:22-48.

Ragionevole conferma, seppur speculativa, giunge da ulteriori osservazioni sui soggetti in terapia con Tocilizumab: spiegano gli autori, che la sensibile caduta dei livelli di IL-6 nei soggetti trattati si associa a notevole riduzione delle OxPL. Inversamente, numerosi studi hanno dimostrato che il trattamento con LDL-aferesi ha migliorato in maniera significativa la concentrazione di reattanti di fase acuta (PCR, IL-6) linearmente con la riduzione di LDL, Lp(a) ed OxPL.

Esprimo dunque alcune considerazioni prima di concludere.

Certamente in questa "era Covid-19" esistono numerose vie, solo in parte note e altre ancora ipotesi, capaci di trasformare il virus da mite minaccia paucisintomatica se non asintomatica verso una condizione potenzialmente letale che andranno approfondite con ulteriori spunti per nuovi studi sulle complicanze vascolari. Auguriamoci, tuttavia, che sia probabile, non solo ipotizzabile, anche il contrario, come sostenuto da alcuni virologi e infettivologi di grosso spessore che timidamente

fanno cenno a una possibile caduta della virulenza.

Tuttavia, una possibile e per me utile raccomandazione, sostenuta comunque da lavori scientifici pubblicati su riviste importanti, può essere quella di non disperdere in questa "tela" di nozioni e nuove scoperte, quella "cornice" di natura genetica di alcune malattie come le Dislipidemie che, di per sé, identificano il paziente già a elevato rischio.

Per tutti questi motivi il mio commento/messaggio, non così diverso dal "lower's better" descritto, si traduce nella personale convinzione che tanto "in era Covid-19", quanto per altre possibili "ere" in agguato per l'umanità (virus, batteri e parassiti fanno parte della biologia di un unico grande ecosistema), tenere alta la guardia verso i nostri pazienti sul corretto stile di vita, intervenire in maniera precoce, rigorosa, verso i targets è stabilmente efficace nel tempo; tanto in prevenzione cardiovascolare primaria, quanto e soprattutto in quella secondaria, potrebbe costituire uno stimolo "incoraggiante" per una performance migliore delle nostre difese e fornire in sostanza ulteriori armi a coloro che in qualche modo proseguiranno a mostrare audacia se chiamati per difenderci. ■

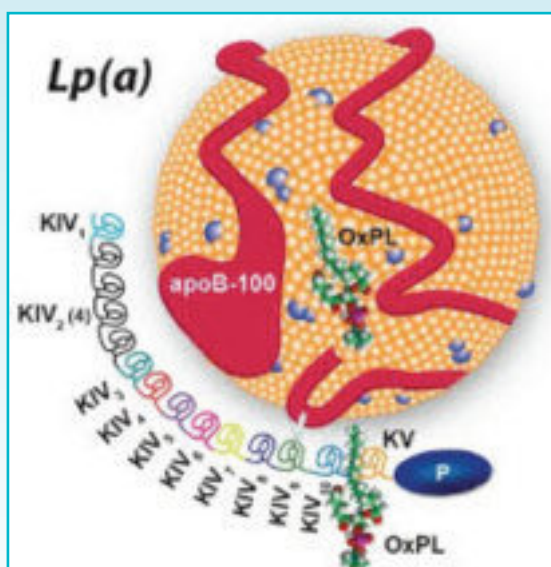


Figura 3: Lp(a) micromolecolar view. Da Graziani et al. SIBIOC 2011

La fedeltà al Natale

Anche se Cristo nascesse mille e diecimila volte a Betlemme a nulla ti gioverà se non nasce almeno una volta nel tuo cuore.

(Angelus Silesius, Il Pellegrino Cherubico)

di Anna Bibbò

Con l'emergenza coronavirus è come se tutto passasse in secondo piano. La vita sembra fermata, ma ecco... c'era una volta e c'è ancora un albero di Natale: è l'albero della fedeltà che prende vita ed è lì nel cortile del nostro ospedale.

La comunità dei Fatebenefratelli di Benevento, nella vigilia della festa dell'Immacolata, ha dato inizio alle festività natalizie con la benedizione e accensione dell'albero di Natale.

«Oggi accenderemo il nostro albero di Natale, l'albero della fedeltà, che ci ricorda la nostra fedeltà al Signore», ha detto il superiore fra Gian Marco Languez. E all'improvviso, in questo Natale diverso che nessuno avrebbe mai pensato di vivere, segnato dalle "troppe" regole, dal distanziamento, la mente e il cuore si aprono al Natale.

D'altra parte, il Natale resta sempre una festività che sicuramente ha un forte valore religioso, ma anche culturale ed emotivo e pur tenuto conto della particolarità del momento, non può passare inosservato e il modo migliore per viverlo è ricordare il vero significato della festa.

Il Natale è il giorno che celebra la venuta di Gesù sulla terra, è il giorno della fedeltà per noi cristiani.



In questa serata, resa ancora più emozionante dall'atmosfera incantata creata dal presepe, dalle luci, dagli effetti speciali, il Superiore ci ha invitato ad abbracciare la fedeltà creativa: «fedeltà significa conoscere il nostro passato, conoscere le nostre radici, avere la conoscenza delle persone, avere la conoscenza del contesto in cui è nata la nostra Istituzione. E la creatività ci invita a trasformare quegli elementi del

passato nell'oggi, nel nostro contesto». «La nostra istituzione è come un albero, un grande albero», spiega fra Gian Marco, «ma non dovremmo mai dimenticare che quell'albero trae la vita dalle radici. Dobbiamo conoscere le nostre radici e sapere che è attraverso queste che l'albero prende vita, disegna vite. Dobbiamo sempre ricordare che all'ombra di quell'albero c'è la nostra missione di prendersi cura dei malati, dei poveri e dei bisognosi».

Con il cuore pronto ad accogliere il Signore e la speranza di poter ritornare alla normalità, la Famiglia Ospedaliera augura a tutti Buon Natale e Buon 2021.

Il programma religioso proseguirà in ossequio alle disposizioni di sicurezza anti covid.





Il trattamento nutrizionale dei pazienti affetti dalla Covid-19

di Giorgio Capuano

CAPITOLO I L'ALIMENTAZIONE

I soggetti contagiati dal SARS-COV-2 possono sviluppare una malattia, la COVID-19 (CoronoVirus Disease-2019), che nei casi più gravi porta ad un'insufficienza respiratoria acuta (ARDS), che richiede il ricovero del paziente in un'Unità di Terapia Intensiva e che, anche se in una percentuale bassa di casi, può portare all'exitus spesso per un'insufficienza multiorgano (MOF). In questi pazienti la malnutrizione proteico-energetica è sempre presente e gioca un ruolo fondamentale nel peggiorare la prognosi e l'outcome. Recentemente la SINuC (Società Italiana di Nutrizione Clinica e Metabolismo) e la SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) hanno stilato un documento congiunto sul trattamento nutrizionale dei pazienti affetti da COVID-19. Quest'articolo prende spunto da queste raccomandazioni. Per quanto riguarda lo screening nutrizionale all'atto del ricovero, questi pazienti vanno sempre considerati a rischio di sviluppare una malnutrizione, malnutrizione che è aggravata dall'importante risposta infiammatoria e che mina anche l'immunocompetenza. La stima dei fabbisogni nutrizionali deve tenere conto di alcuni parametri antropometrici (età, altezza e peso corporeo), della funzionalità renale, del bilancio idroelettrolitico, acidobase e della presenza di diabete mellito; nel caso il peso corporeo attuale non sia rilevabile, ci si può rifare al peso desiderabile medio, in base al genere, età e altezza del paziente, altezza che si può stimare grazie a una serie di formule o misurando la lunghezza dell'ulna (BAPEN - Società Britannica di Nutrizione Clinica). In alternativa si può anche utilizzare il peso desiderabile secondo LARN (donna 60 kg, uomo 70 kg). In linea di massima, se la funzionalità renale è normale, durante la fase acuta della malattia, si stima un fabbisogno pari a 1,5 - 2 grammi di proteine e 20 - 25 kcal energetiche per kg di peso corporeo, a basso apporto di carboidrati, di sodio e con incremento percentuale dei lipidi mono e polinsaturi. Il paziente che può alimentarsi, va incitato e aiutato a nutrirsi naturalmente, onde evitare il più possibile l'inizio di una Nutrizione Artificiale, sicur-



mente meno fisiologica e a rischio di complicanze metaboliche e di sovraccarico cardiorespiratorio. Il vitto, che deve tenere conto anche delle abitudini alimentari del soggetto, deve avere preferibilmente una consistenza morbida, al fine di non affaticare il paziente, frequentemente anziano e dispnoico. Nel caso di disfagia, deve essere anche modificata la consistenza degli alimenti che devono essere addensati e omogeneizzati. Una volta prescritto il vitto, deve essere valutato costantemente il reale apporto di nutrienti mediante indagine alimentare (cosa lascia il paziente nel vassoio?). Nel caso il paziente non assuma più del 50 - 60% del fabbisogno nutrizionale con l'alimentazione, è possibile integrarla con un Supplemento Nutrizionale Orale Liquido (ONS) che abbia una composizione adeguata per questi pazienti (iperproteica, ipocalorica, ipoglicidica).

Oltre all'indagine alimentare, che valuti anche la compliance del paziente nei riguardi del vitto e dell'eventuale ONS prescritto, l'efficacia del trattamento richiede anche la valutazione di alcuni parametri ematici, in primis la Prealbuminemia (v.n. 20 - 40 mg) che, avendo un'emivita di 48 ore, è più idonea dell'Albuminemia, che ha un'emivita di 16 - 20 giorni, nel monitorare la sintesi proteica. Ovviamente va monitorato anche il Bilancio idroelettrolitico e acido-base. Nel caso in cui l'apporto nutrizionale con l'alimentazione risulti insufficiente, sarà necessario un trattamento di Nutrizione Artificiale, argomento di un capitolo successivo. ■



Attivato il *drive in*

all'Ospedale Buccheri La Ferla per l'esecuzione dei tamponi molecolari per il virus SARS - Cov-2

di Cettina Sorrenti

Dal giorno 9 dicembre 2020, in Ospedale è attivo il servizio di *drive in* per l'esecuzione dei tamponi molecolari per il virus SARS-CoV-2.

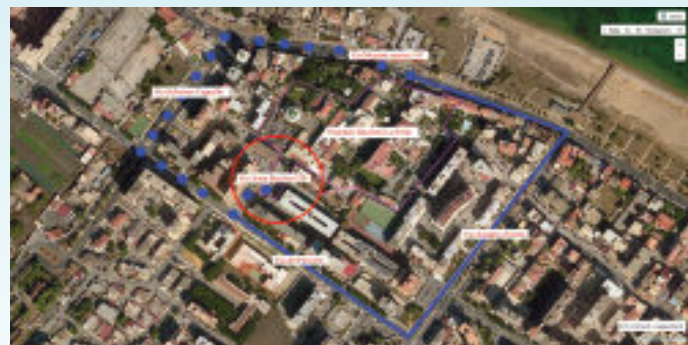
È organizzato secondo il modello «*drive-through*», senza scendere dall'auto. L'esame viene eseguito dal finestrino. Il servizio è erogato in solvenza (a pagamento).

Il *drive in* è stato realizzato in un parcheggio di proprietà dell'Ente, sito in via Anna Buccheri La Ferla 2 B (alle spalle dell'Ospedale, traversa di Viale dei Picciotti). Funziona dal lunedì al venerdì dalle ore 14:30 alle ore 17:30. È necessaria la prenotazione che può essere effettuata esclusivamente online sul sito dell'ospedale: www.ospedalebuccherilaferla.it. Anche il pagamento dell'esame viene effettuato esclusivamente online, dopo la prenotazione.

Il referto viene consegnato entro 24-48 ore ed è visualizzabile online sul portale dell'ospedale, utilizzando le credenziali che vengono consegnate dopo l'esecuzione del tampone. Per snellire le procedure ed evitare inutili code e sovraffollamenti, si chiede all'utenza di arrivare al drive 15 minuti prima dell'orario di prenotazione, portando con sé

la modulistica compilata e firmata disponibile sul sito dell'ospedale: modulo privacy e modulo triage COVID, oltre che a un documento di identità.

Commenta il Superiore dell'ospedale, fra Alberto Angeletti: «*il nuovo servizio che abbiamo attivato si andrà ad aggiungere agli altri presenti sul territorio, per soddisfare le tante richieste che giornalmente pervengono dalla popolazione e consentirà di arrivare a processare un maggior numero di tamponi a settimana, così da soddisfare le necessità epidemiologiche attuali*». ■



Eseguito con successo in ospedale un intervento di ricostruzione acetabolare del bacino con protesi costruita “su misura” con tecnica computerizzata 3D

Nel mese di marzo 2020, presso l'Unità Operativa Complessa di Ortopedia diretta dal dott. Angelo Leonarda, è stato eseguito con successo un intervento di ricostruzione acetabolare con l'uso di una protesi “*custom made*” (costruita su misura) in titanio, su un paziente di giovane età affetto da esiti di frattura di bacino a seguito di un trauma causato da una caduta dal balcone.

Le fratture di bacino con interessamento acetabolare sono rare e difficilmente gestibili soprattutto nei pazienti giovani. La preparazione all'intervento ha comportato lo studio mediante TAC con ricostruzioni tridimensionali della zona da operare e successiva ricostruzione con stampante laser 3D. L'intervento, perfettamente riuscito, anche grazie alla collaborazione dei radiologi, anestesisti e personale di sala operatoria. Il paziente ha ripreso la sua normale attività con un'ottimale mobilità dell'anca.

Le protesi personalizzate rispettano le diverse esigenze di ciascun paziente, adattando l'impianto, oltre che alla sua anatomia, anche al tipo di patologia e alla struttura ossea.

Questo tipo di impianti, per l'elevato costo di realizzazione, sono dedicati a un ristretto numero di pazienti selezionati in base alla complessità della lesione e, conseguentemente, della ricostruzione protesica.

“*Si è trattato di un paziente - ha dichiarato il dott. Angelo Leonarda - più volte sottoposto in altri nosocomi siciliani a diversi interventi di ricostruzione del bacino al fine di sintetizzare le ossa gravemente frammentate. Giunto alla nostra osservazione ha necessitato della ricostruzione acetabolare e della protesizzazione dell'anca. L'impianto “su misura”, da noi realizzato con il supporto dell'azienda costruttrice, ha consentito di risolvere, oltre al grave problema clinico, il problema tecnico legato alla presenza di mezzi di sintesi, alla grave alterazione dei capi ossei e al conseguente accorciamento complicato ulteriormente dalla necrosi della testa del femore. Il grande vantaggio di questa tecnica è legato al recupero più rapido e alla riduzione delle complicanze grazie soprattutto all'adattabilità dell'impianto*”. ■



RICOSTRUIAMO INSIEME LA SCUOLA DEI BAMBINI SPECIALI DI MANILA



Il 23 ottobre un incendio partito da alcune baracche nelle strade adiacenti la nostra scuola di Manila per i bambini disabili ha purtroppo coinvolto l'intero edificio, mandando in cenere e fumo tutto lo stabile.

Aiutaci con una donazione

Facciamo presto, aiutaci con una donazione sarà il nostro regalo di Natale per centinaia di bambini speciali

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

IBAN IT86L0100503340000000001770

causale Incendio Filippine