

VITA OSPEDALIERA

RIVISTA MENSILE DEI FATEBENEFRATELLI DELLA PROVINCIA ROMANA

ANNO LXXVII - N. 02

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

FEBBRAIO 2022

RIFLESSIONI SUL FINE VITA

**PARTÌ DA NAPOLI
IL DOGMA
DELL'IMMACOLATA
CONCEZIONE**

**LA BANDA ALLEGRA
RESOCONTO DI UN
PELLEGRINAGGIO**



I FATEBENEFRATELLI 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.istitutosangiobannididio.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: romanitosalada@gmail.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.sangiobanni.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: bvg@fatebenefratelli.eu

• VENEZIA

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

• CROAZIA

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

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: redazione.vitaospedaliera@fbfrm.it

Direttore responsabile: fra Angelico Bellino o.h.

Redazione: fra Gerardo D'Auria o.h.

Collaboratori: fra Massimo Scribano o.h., Mariangela Roccu, Armando Vitiello, Cettina Sorrenti, Fabio Liguori, Raffaele Villanacci, Franco Luigi Spampinato, Giuseppe Failla, Ada Maria D'Addosio, Costanzo Valente, Mons. Pompilio Cristino, Ornella Fosco, Giorgio Capuano, Anna Bibbò, Alfredo Salzano
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: Febbraio 2022

In copertina: Riflessioni sul Fine Vita

rubriche

4 I luoghi di cura, case di misericordia



5 Il caso Sebenius
Dimensioni della
negoiazione solidale

6 L'inquinamento
atmosferico e i danni
alla salute

8 Teen pregnancies
gravidezze in età
adolescenziale delle
spose bambine



9 Parti da Napoli il
dogma
dell'Immacolata
Concezione.
I Borboni convinsero
il Papa Pio IX

10 La Banda Allegra.
Resoconto di un
pellegrinaggio

12 Prendere il largo...
per la vita!

13 RIFLESSIONI
SUL FINE VITA

18 Anemia

20 Organizzazione
Ospedaliera attraverso
l'Empowerment

dalle nostre
case

21 ROMA
Sfuggire alla sordità
interiore



22 BENEVENTO
Cancro del retto:
work-up diagnostico,
quali strategie



24 GENZANO
Programma
Sperimentale
Cogni-Train: il ponte
levatoio Terapeutico



27 PALERMO
L'Araba Fenice.
Dalla malattia alla
rinascita



Delitto
annunciato



C'è una regola, nel giornalismo, che se viene rispettata permette di poter scrivere un buon articolo esaustivo, leggibile, leggero e chiaro in qualunque lingua scritta e parlata al mondo. Basta rispondere alle cinque domande del giornalismo: chi, dove, come, quando e perchè. Nella risposta a tali domande troveremo il futuro morto, la lingua italiana e i presunti futuri assassini (c'è ampia corresponsabilità e complicità) i quali, non so se con consapevolezza, stanno avanzando proposte che lasciano basiti tanti addetti ai lavori. Alcuni mesi orsono gli studenti, su Change.org, hanno lanciato una petizione al Ministro della Pubblica Istruzione Patrizio Bianchi per abolire il tema di italiano nel prossimo esame di stato la cui data di inizio è stata fissata il 22 giugno 2022. La petizione ha avuto ottimo seguito e sono migliaia le sottoscrizioni. Si chiede di fare un maxi colloquio e basta, sulla scia di quanto già avvenuto per il COVID nei due anni precedenti. C'è una differenza, però, come l'assenza del lockdown, le limitazioni meno estese, la didattica in presenza che ci indica che nel 2022 le cose sono diverse rispetto al 2020 e 2021. Ci si aspettava una levata di scudi contro questa insana intanza ma, a tutt'oggi, c'è un assordante silenzio. E la cultura ne soffre e con essa si impoverisce la capacità complessiva di esprimere i concetti e di utilizzare il linguaggio come mezzo di confronto, di inclusione, di relazione, di espressione e di pensiero. Quello che lascia interdetti è che si dà spazio e si prendono in considerazione richieste del genere. In altre nazioni, come il Regno Unito, la gran parte degli esami sono scritti e l'orale, in tanti Paesi, è riservato allo studio delle lingue straniere ove il parlare è fondamentale per esercitarsi. Ma anche lo scrivere necessita di esercizio continuo, ove la capacità di redigere una relazione e/o un tema già è stato fortemente compromesso dall'avvento del computer che ha notevolmente contribuito alla analfabetizzazione di tutte le lingue del mondo. Ormai si ha a disposizione un'ampia fetta di studenti che trasmette i propri pensieri e le emozioni mediante le faccine degli "emotion", sostituendo i concetti da esprimere (mediante soggetto, verbo e complemento) con simbolismi che di fatto hanno impoverito la capacità di linguaggio, avviando la cultura in generale e la lingua italiana, nel nostro caso, al viale del tramonto. Eppure siamo la nazione ove è nato un certo Dante Alighieri la cui Divina Commedia è considerata il lavoro letterario più importante al mondo e con la Bibbia uno delle letture preferite in qualunque luogo del pianeta. Indubbiamente la capacità di sintesi e l'esposizione logica e consequenziale sono uno step che valorizza qualunque attività lavorativa, ma fare una cernita delle cose da dire e non dire è un'arte che si impara nella bottega della cultura e non sulla tastiera di uno smartphone o tablet. Il pensiero e tutto ciò che con esso si vuol trasmettere ad altri, la capacità di insegnare, la conoscenza, l'interpretare i sentimenti e di esporli nel giusto modo, sono frutto di una palestra linguistica che non è un bagaglio da riporre il soffitta, ma un mondo da mettere in evidenza come i gioielli di famiglia. La lingua italiana è la quarta lingua più studiata al mondo dopo l'inglese, lo spagnolo, il cinese e davanti al francese che è al quinto posto. La nostra lingua viene parlata in Vaticano, San Marino, in Svizzera, ove l'italiano è una delle lingue ufficiali, insieme al tedesco, al francese e al romancio, nonché seconda lingua più parlata in varie nazioni del mondo, tra le quali possiamo annoverare Albania, Argentina, Australia, Libia, Somalia ed Eritrea e la terza lingua più parlata in paesi quali Canada, Venezuela e Tunisia. Inoltre, è conosciuta in Slovenia, Croazia, Francia sudorientale, Corsica e Malta. Anche in altre nazioni, come Romania, Grecia, Bulgaria e Serbia, l'italiano ha la sua base di studiosi. Vuoi vedere che proprio in Italia costruiamo le basi di un futuro nel quale il riferimento linguistico nazionale lo impoveriamo al punto di soppiantare la "DOLCE LINQUA", così è definita la lingua italiana, con misto di simbolismi e con neologismi che ci renderanno ogni giorno di più incapaci di farci capire o di essere fraintesi da chi dice di parlare la stessa lingua? Il 31 gennaio 2022 il Presidente Draghi ha incontrato il ministro Bianchi e hanno stabilito, alleluia, che l'esame avrà due prove scritte, delle quali, una è il tema in italiano. Già sono cominciate le proteste e annunciate manifestazioni. Speriamo che il buon senso prevalga e che la nostra lingua non muoia. ●

I LUOGHI DI CURA, CASE DI MISERICORDIA

Il Papa, nel suo messaggio per la XXX Giornata Mondiale del Malato dell'11 febbraio 2022, dedica una particolare attenzione ai luoghi di cura, definendoli "Case di misericordia" o "Locande del buon samaritano". Infatti, scrive: "La Giornata Mondiale del Malato è occasione propizia anche per porre la nostra attenzione sui "Luoghi di cura".

"La misericordia" verso i Malati, nel corso dei secoli, ha portato la Comunità cristiana ad aprire innumerevoli "Locande del buon samaritano", nelle quali potessero essere accolti e curati malati di ogni genere, soprattutto coloro che non trovano risposta alla loro domanda di salute, per indigenza, per esclusione sociale o per le difficoltà di cura di alcune patologie". La

storia della Chiesa è ricca di esperienze di vita di tante donne e uomini che, animati dalla loro fede e da un profondo senso di umanità, si sono posti al servizio dei Fratelli Ammalati, vedendo nel loro volto sofferente il volto di Cristo stesso. "Misericordiosi come il Padre, scrive ancora il Papa nel suo messaggio, tanti missionari hanno accompagnato l'annuncio del Vangelo con la costruzione di ospedali, dispensari e luoghi di cura... Sono opere preziose mediante le quali la carità cristiana ha preso forma e l'amore di Cristo, testimoniato dai suoi discepoli, è diventato più credibile". "Quanti fondatori di famiglie religiose hanno saputo ascoltare il grido di fratelli e sorelle privi di accesso alle cure o curati malamente e si sono prodigati al loro servizio. Ancora oggi, anche nei paesi più sviluppati, la loro presenza è una benedizione, perché sempre possono offrire, oltre alla cura del corpo con tutta la competenza necessaria, anche quella carità per la quale il Malato e i suoi familiari sono al centro dell'attenzione".

San Giovanni di Dio (1495-1550), dopo aver superato l'esperienza della dolorosa malattia e dell'emarginazione,

diventa segno dell'amore di Dio per i fratelli sofferenti: "Uscito dall'ospedale, attraversa le vie della città di Granada, alla ricerca di chi, ferito nel corpo e nello spirito non ha un luogo dove essere accolto, curato e consolato. Si carica sulle spalle uomini e donne, malati di ogni genere senza curarsi della sua incolumità, ma guardando

negli occhi e nel volto di questa umanità ferita, sapendo di scorgere il volto e gli occhi di Cristo, che ieri come oggi, chiede di essere curato, di essere portato nel cuore di chi soffre perché è "per le sue piaghe che noi siamo guariti" (Is.53).

San Camillo De Lellis (1550-1614) affermava: "I poveri infermi sono pupilla e cuore di Dio e quello che si fa ai pove-

relli è fatto allo stesso Dio". E nella sua missione cercava di avere con sé persone che "non per guadagnare, ma volontariamente e per amore di Dio li servissero con quell'amorevolezza che sogliono fare i genitori verso i propri figli infermi".

Madre Teresa di Calcutta (1910-1997) diceva: "Ai bambini poveri, a tutti coloro che soffrono e sono soli, fate loro sempre il dono di un sorriso; dategli non soltanto la vostra attenzione, ma anche il vostro cuore". In una società come la nostra, dove a volte la "cultura dello scarto" sembra prendere il sopravvento, è necessario riscoprire la centralità e l'invulnerabilità di ogni persona umana e il rispetto a essa dovuta.

La "fantasia della carità", come affermava san Giovanni Paolo II, che ha permesso la nascita di tante "Locande del buon samaritano", con eroiche testimonianze di volontari generosi e disinteressati, deve sostenere l'impegno delle Comunità cristiane perché nel servizio dei Fratelli Ammalati, sia nelle case di cura che nelle famiglie, accanto alla cura del corpo si versi nel loro cuore "l'olio della consolazione e il vino della speranza". ●



IL CASO SEBENIUS

Dimensioni della negoziazione solidale

Nelle contese personali e/o di ruolo c'è chi vuole a ogni costo vincere e chi si propone un risultato "giusto". È questione di carattere, si sente ripetere, mentre in realtà formazione, esperienza e cultura consolidata, contribuiscono pesantemente alla scelta comportamentale. Peraltro, oggi più che mai "negoziare è necessario, vincere no".

Il motto è stato variamente interpretato in chiave etica e operativa da noti esponenti della Harvard Business School, tradizionale punto di riferimento in materia. In particolare le opere di J. K. Sebenius offrono spunti per considerazioni sulle "dimensioni" della negoziazione, utilizzabili dalla followership in contesto solidale. Sebenius individua per il processo negoziale due percorsi possibili:

- formale il primo, con l'esercizio di **"management diretto"** (tendente alla leadership) attraverso la **gerarchia** presente nella struttura organizzativa delle deleghe e responsabilità ("tecnostuttura");
- relazionale il secondo, con l'esercizio di **"management indiretto"** (tendente alla followership) attraverso la **rete** dei rapporti presenti nel gruppo di appartenenza e più estesamente nella struttura funzionale dei flussi operativi e motivazionali ("tensostuttura");

e due stili di *comportamento*:

- il **"rivendicatore di valore"**, che percepisce nella negoziazione una finalità distributiva di risorse contese e un mezzo per conseguire il vantaggio competitivo nella loro attribuzione (ottenere la fetta maggiore della torta);
- il **"creatore di valore"**, che percepisce nella negoziazione una finalità partecipativa e un mezzo per conseguire una soluzione condivisa e vantaggiosa per tutti (ottenere la fetta giusta della torta, magari trovando il modo tutti insieme di ingrandire la torta).

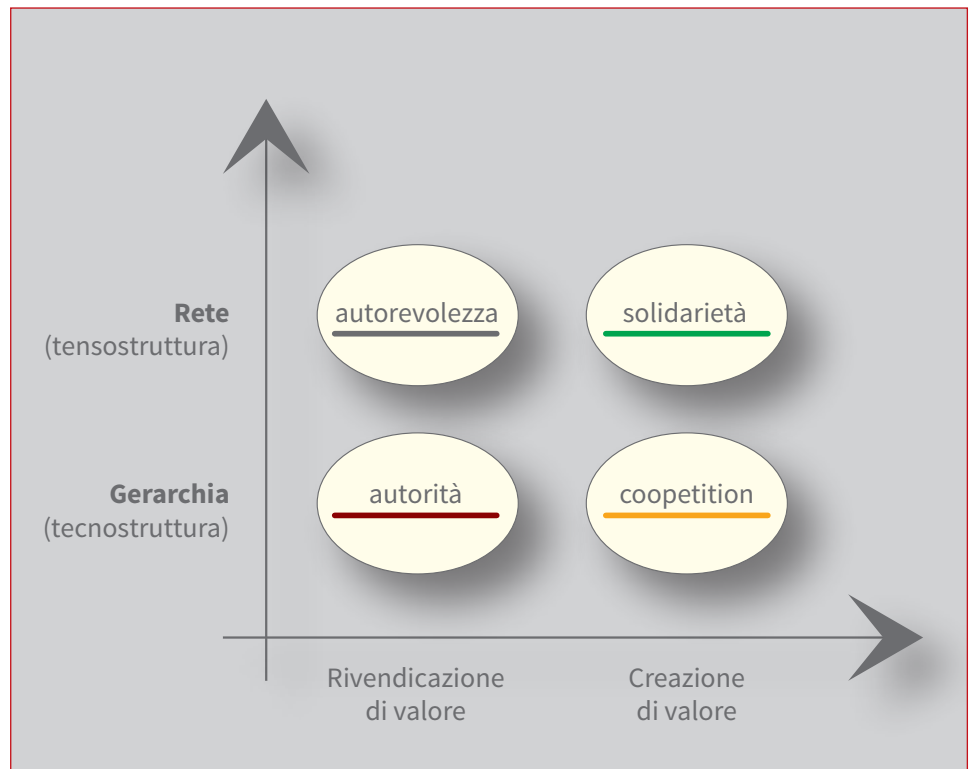


Fig. 1 - Punti di forza per la negoziazione efficace nelle diverse aree delle dimensioni negoziali.

Contesti dei percorsi e stili di comportamento sono dimensioni che possono variamente associarsi, dando luogo a situazioni ove emergono specifici punti di forza per una negoziazione efficace: l'*autorità* ricevuta per delega istituzionale; l'*autorevolezza* personale/professionale; la *coopetition* quale sintesi sinergica di cooperazione e competizione; la *solidarietà* reciproca nei diritti e nei doveri dei negoziatori (Fig. 1).

Per quanto concerne quest'ultima <<i>creatori di valore tendono e credere che i negoziatori efficaci debbano avere innanzi tutto un'inventiva e uno spirito di collaborazione sufficienti a trovare un accordo che renda dei notevoli utili a ciascuna delle parti, rispetto alle possibilità esistenti in mancanza di accordi. Alcuni parlano della necessità di sostituire all'immagine del negoziato del tipo vincitori-sconfitti un negoziato vincitori-vincitori...conveniente per tutte le parti in causa>>⁽¹⁾. Anche perché la sconfitta si digerisce più lentamente della vittoria e alimenta nello sconfitto l'ansia di assaporare il gusto salato della rivincita. ●

⁽¹⁾ D.A. Lax, J.K. Sebenius, "Saper negoziare", Sperling & Kupfer Editori (1989).

L'INQUINAMENTO

atmosferico e i danni alla salute

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel rapporto "Prevenire le malattie grazie ad un ambiente migliore" ha sottolineato come l'insorgere di diverse patologie in tutto il mondo (ben il 24%) sia strettamente correlato all'esposizione all'inquinamento. Nei bambini al di sotto dei 5 anni i dati sono ancor più preoccupanti: tale percentuale di malattie arriva ad oltre il 33%. Stante così la situazione, si stima che, attraverso più adeguate misure di tutela ambientale, si potrebbe mettere in atto un'efficace prevenzione dei rischi sanitari, salvando circa 13 milioni di vite l'anno nel pianeta e riducendo significativamente l'insorgenza e la diffusione di patologie e disabilità.

INQUINAMENTO GLOBALE di Elena Ana Boata

*Ferite profonde
sul volto della Madre Terra,
sui suoli veleni s'insinuano
e nell'acque e nell'aria.*

*Antichi equilibri in frantumi,
in nome di finto progresso,
per insana sete di denaro
di pochi a danno di tutti.*

*Esplose
la furia nemica
di un clima,
in belva impazzita tramutato.*

*E incoscienti, imperterriti,
a occhi bendati
sull'orlo del dirupo si sta
a continuare la folle danza.*

Prendendo in esame solamente la popolazione infantile, si evidenzia che ben 4 milioni all'anno di bambini si potrebbero salvare, soprattutto nei paesi più poveri.

Le malattie legate all'inquinamento ambientale che causano una mortalità più diffusa sono le seguenti:

- cardiovascolari (2,6 milioni di morti l'anno)
- diarroiche (1,7 milioni di morti l'anno)
- del tratto inferiore delle vie respiratorie (1,5 milioni di morti l'anno)
- cancro (1,4 milioni di morti l'anno)
- broncopneumopatia cronica ostruttiva (1,3 milioni di morti l'anno).

Secondo quanto evidenziato nel rapporto, occorre migliorare la qualità della conservazione delle risorse idriche a beneficio dell'intera popolazione mondiale, per pro-



gettare e avviare opportune condizioni igieniche. È anche necessario utilizzare carburanti con minore impatto in termini di emissioni nocive nell'aria, regolamentare e limitare rigorosamente l'impiego di sostanze tossiche presenti nelle abitazioni e nei luoghi di lavoro e aumentare la sicurezza nella costruzione degli edifici. L'abbattimento significativo dei rischi da esposizione all'inquinamento ambientale è un interesse comune di ogni persona e presuppone la collaborazione dei settori strategici del mondo produttivo. In tale ottica, l'industria, l'agricoltura, la fornitura di energia e i trasporti non possono considerarsi compartimenti stagni, ma debbono agire in maniera sinergica.

L'OMS, dunque, pone all'attenzione di tutti ancora una volta l'urgenza delle misure da prendere a tutela della salute generale. Ciò è ancor più attuale in un contesto in cui, negli ultimi decenni, si sono gravemente compromessi e distrutti molti habitat naturali e si sono contaminate la terra, l'aria e l'acqua, mentre i boschi e le foreste si sono pericolosamente ridotti per effetto della cementificazione e delle colture intensive. Ai nostri giorni l'industrializzazione, la deforestazione, l'urbanizzazione incontrollata e gli scarichi delle automobili rilasciano una quantità insostenibile di gas serra, provocando il fenomeno del riscaldamento globale, che è causa di sconvolgimenti ambientali, di patologie e di nuove povertà diffuse.

Alla luce di tutto ciò, non possiamo più permetterci il lusso di rinviare le concrete misure da prendere. Fin da oggi bisogna cambiare rotta. ●



**AMBULATORIO
MULTIDISCIPLINARE
DI ONCOLOGIA
GERIATRICA**



DESTINATARI:

**Pazienti con più di 70 anni
affetti da patologia oncologica.**

OBIETTIVO:

**Valutazione multidimensionale
per la definizione dell'iter
terapeutico appropriato.**

PER APPUNTAMENTO:

Ospedale San Pietro Fatebenefratelli



**Via Cassia, 600 • Roma
06 3358 2933 (Radioterapia)**

(La visita è in convenzione con il SSN)

TEEN PREGNANCIES

gravidanze in età adolescenziale delle spose bambine

I dati dell'Onu, Save the Children e Terre des Hommes in occasione della Giornata mondiale in difesa delle ragazze adolescenti denunciano che: "Nel mondo 700 milioni di ragazze/bambine sono costrette a sposarsi in età minorile con conseguenti gravidanze". Sui diritti violati, i Paesi peggiori sono Niger e Ciad. L'Italia al decimo posto tra le nazioni virtuose, Scandinavia al top.

Sposarsi in età precoce comporta una serie di conseguenze negative, che incidono sia sulla salute, sia sullo sviluppo delle ragazze. Inoltre, al matrimonio precoce segue, quasi inevitabilmente, l'abbandono scolastico e una gravidanza altrettanto precoce, dunque pericolosa sia per la neo-mamma, sia per il suo bambino. Dagli studi diffusi dall'Unicef sui diritti negati e sul fenomeno delle spose bambine, si evince che le gravidanze precoci provocano ogni anno 70.000 morti di parto fra le ragazze di età compresa tra 15 e 19 anni e costituiscono una quota rilevante della mortalità materna complessiva dovuta in modo particolare a complicanze ostetriche. A sua volta, un bambino che nasce da una madre minore ha il 60% delle probabilità in più di morire in età neonatale, rispetto a un bambino che nasce da una donna di età superiore a 19 anni. E anche quando sopravvive, sono molto più alte le possibilità che debba soffrire di denutrizione e di ritardi cognitivi o fisici. A ciò vanno aggiunte le ricadute in ambito sociale: le ragazze che rimangono incinte, spesso non sposate, vanno incontro all'emarginazione sociale, trovandosi in condizioni di indigenza. E ancora, le gravidanze precoci portano con sé spesso il rischio di contrarre l'HIV. In Mozambico sono l'11,5% i casi di HIV registrati tra i 15 e i 29 anni e il numero di test diagnostici fatti in età adolescenziale è in aumento continuo.

Attualmente, l'Africa è il continente più segnato da questo fenomeno; Somalia, Niger, Repubblica Centrafricana, Mali, Sud Sudan, Guinea e Malawi sono i Paesi in cui i matrimoni precoci sono maggiormente diffusi. Tra i Paesi fragili, segnati da guerre, emergenze umanitarie e povertà



estrema, troviamo il Bangladesh in cui è più elevata l'incidenza: il 52% delle ragazze si sposa prima dei 18 anni e il 18% prima dei 15 anni; il 2% delle baby spose nel Paese ha meno di 11 anni. Tutto ciò fotografa una situazione allarmante e indica che le gravidanze in età adolescenziale (cosiddette teen pregnancies) sono in aumento:

Le radici di questo fenomeno risiedono in norme culturali e sociali legate sia a pregiudizi di genere, sia a strategie sociali proprie delle economie di sussistenza, in primo luogo l'esigenza di "liberarsi" prima possibile del peso rappresentato dalle figlie femmine, ritenute meno produttive per l'economia familiare. Detta situazione, non riguarda solo Paesi molto lontani dal nostro, perché le frange di alterità culturale,

con notevoli pressioni sociali anche lontane, legate a emarginazione, solitudine, indifferenza, sono presenti nel nostro tessuto sociale. Purtroppo, gli eventi gravi emergono drammaticamente nei tanti episodi di cronaca che, dopo le indignazioni attraverso i mass media, sono presto dimenticati. È necessario operare responsabilmente attraverso la vicinanza e l'integrazione, soprattutto nei giovani, nella scuola, per favorire la comprensione reciproca, diminuire i pregiudizi e allentare i contrasti. La familiarità con persone provenienti da altri contesti elimina almeno in parte della paura del diverso, riducendo l'ostilità e la diffidenza. Promuovere una scuola di qualità per tutti i bambini, con particolare attenzione alla parità di genere, è la migliore strategia per proteggere le bambine dai matrimoni precoci, dalle gravidanze, così come da altre violazioni dei diritti.

Riconoscersi, quindi, unica comunità umana: prevenzione per tutti, cure per tutti, benessere e dignità condivisi, attraverso una globalizzazione della salvezza, salvaguardando le differenze e permettendo che sussistano. ●

PARTÌ DA NAPOLI il dogma dell'Immacolata Concezione. I Borboni convinsero il Papa Pio IX

La solennità dell'Immacolata Concezione della Beata Vergine Maria rinnova, nel solco dell'antica devozione mariana, la verità di fede proclamata da Papa Pio IX l'8 dicembre 1854. Tale dogma fidei stabilisce e dichiara che la Beata Vergine Maria è immune dal peccato originale sin dalla sua generazione naturale nel grembo di Sant'Anna. Questa definizione è stata preceduta e sostenuta da un secolare culto mariano popolare, diffusosi in particolar modo nei Paesi del Mediterraneo e fortemente nel Regno delle Due Sicilie e nella sua Capitale.

La fervente fede nella Virgo Immacolata, professata dai Borboni che la proclamarono, durante il pontificato di Benedetto XIV, come prima e primaria Patrona del Regno e del popolo napoletano infervorato dalla veemente predicazione di sant'Alfonso Maria de' Liguori, ha concorso molto nella decisione di promulgare la Bolla Papale "Ineffabilis Deus". Con questa Papa Pio IX dichiara, senza alcun dubbio, che Maria è stata preservata dal peccato originale. Il luogo napoletano per eccellenza, dove si venera la Vergine Immacolata, è senza ombra di dubbio la Basilica Santuario del Gesù Vecchio, nel cuore del centro storico, dove, sotto la bellissima statua della Madonna col Bambino, è posta in bella evidenza una lapide che testimonia: "Venne a pregare nel 1849 il Sommo Pontefice Pio IX e ne trasse celeste impulso a definire il dogma dell'Immacolata Conceptio". Infatti, tale verità di fede promulgata "ex cathedra" in San Pietro, era stata meditata profondamente mentre il Papa era in esilio a Gaeta. In questa città Pio IX era nel 1848 ospite di Ferdinando II di Borbone, per le note vicende legate alla Repubblica Romana di Giuseppe Mazzini. L'anno seguente, il Re Borbone invitò il Papa a trasferirsi per un po' di tempo a Napoli. Durante questo soggiorno l'accompagnò il 9 settembre 1849 nella Chiesa del Gesù Vecchio per pre-

gare al cospetto della prodigiosa immagine e per conoscere Don Placido Baccher, sacerdote famoso, ritenuto santo e definito da tutti l'Apostolo dell'Immacolata. Dopo pochi giorni il 27 settembre, il clero napoletano consegnò nelle mani del Pontefice una sorta di petizione con la quale si chiedeva un'accelerazione della proclamazione del dogma dell'Immacolata Conceptio.

Giunto a Napoli nel constatare di persona la fervente fede nella Vergine Immacolata, del popolo dell'aristocrazia e dei regnanti, il Papa non ebbe più esitazioni e decise di andare avanti nel suo intendimento. Rientrato a Roma, Pio IX, consultati tutti i vescovi del mondo con la lettera "Ubi Primus Nullus", emise l'8 dicembre 1854 il famoso documento pontificio. Tre anni dopo fu proprio il cattolissimo re Ferdinando II a finanziare la famosa guglia in Piazza di Spagna a Roma: un vero e proprio monumento celebrativo del dogma dell'Immacolata Concezione.

Il Re ordinò subito un Te Deum e nella stessa circostanza, dopo essere sfuggito a un attentato dei Mazziniani, diede ordine di costruire una Chiesa dedicata all'Immacolata che oggi è Parrocchia e porta il nome di Immacolata di Capodichino. Proclamò, inoltre, l'Immacolata Vergine Maria Prima Patrona e Protettrice del Regno delle Due Sicilie. Il

Papa fu scosso profondamente quando vide che, oltre l'amore dei Sovrani, l'amore del popolo, quello semplice, umile, si abbeverava alla fonte della predicazione di Don Placido Baccher e capì così che non poteva più attendere. Il tempo era maturo e dopo la morte del Sacerdote decretò: "La Beatissima Vergine Maria nel primo istante della sua Concezione, per singolare Grazia e Privilegio di Dio Onnipotente e in vista dei meriti di Gesù Cristo Salvatore del genere umano, fu preservata immune da ogni macchia originale". ●



LA BANDA ALLEGRA

Resoconto di un pellegrinaggio

RESPIRA. UN ALTRO PASSO, ANCORA. RESPIRA, A LUNGO, PROFONDAMENTE. ABBRACCIAMOCI

Ditemi cosa resta, oltre alla polvere, ai chilometri macinati, alle lacrime, ai sorrisi. Le interrogo: ditemi cosa resta. Abbracciamoci, mi dicono. Lasciatemi morire tra le loro braccia. Ditemi qualcosa che non so, le prego: un segreto, un non-detto, uno scherzo, un litigio. Ditemi qualcosa, qualsiasi cosa. Abbracciamoci, ancora, mi dicono.

Sono molte le persone che con loro hanno percorso quei duecento e rotti chilometri, tra i tanti un bambino, il suo nome inizia per R. e ha un segreto, un male oscuro che lo morsica e gli rovina il sonno. R. cammina con loro, cerca di stare al passo nonostante il fiato rotto e le gambe pesanti.

Cerca di non piangere, R., confidando che questa notte potrà tornare a sognare. Ora lasciamolo, a lui torneremo.

PROSEGUIAMO IL PERCORSO

Il camminatore esperto lo sa: c'è un punto preciso nel bosco in cui il fiato si spezza e la fatica non è più fisica, il peso dello zaino è un ricordo lontano, così come i graffi, le gambe pesanti, le vesciche. E va segnato quel luogo, quel preciso istante in cui il nemico da combattere non è più là fuori – il vento, la pioggia, l'ennesima salita – ma arriva da dentro: è il pensiero strisciante, appena appena percepibile, che ci sia qualcosa che ci pungola la bocca dello stomaco e strappi il fiato, annebbi la vista. È la paura di non farcela. È la guerra continua tra cuore, stomaco e cervello. È un campo di battaglia che non possiamo abbandonare, e loro sono lì: costrette ad attraversarlo, a piedi scalzi, controcorrente, con il peso degli anni, degli amori, della famiglia addosso.

Davanti al nemico, con loro disarmiamoci, così combatteremo: a piedi nudi, nella terra. Contro noi stessi.

SARÀ LA RIVOLUZIONE

Andrebbero fatti i nomi e i cognomi, descritti i corpi, le menti, i caratteri spigolosi e testardi di ognuno, analizzati i trascorsi, equilibrati i difetti ai pregi e censiti gli errori, gli amanti, le professioni. Dovrei descriverle, una ad una – con buona pace dell'unico maschio presente, utilizzerò un femminile plurale da qui a per sempre. Potrei dirvi chi di loro conosceva le insidie del cammino perché cresciuta tra gli





scout, chi contro l'umidità dei boschi si è armata dell'ultimo modello di piastra Dyson, chi cronometrava puntigliosamente lo scorrere lento delle ore e misurava i chilometri percorsi e si appuntava ogni nome degli ostelli visitati, chi, ancora, si nascondeva la notte dagli altri, chi ha lottato contro la voglia di fumare, chi ha superato la paura della fame, della povertà, della vita, chi ha urlato, chi esausto ha lanciato i bastoni al vento, chi ha pianto, chi ha sorriso, chi ha saputo ascoltare, chi è stato ascoltato, chi ha allungato una mano, chi l'ha stretta, quella mano. Potrei raccontarvi di quanto siano stati accoglienti gli uomini e le donne che hanno offerto loro un pasto caldo, un posto per dormire e segnalarvi

scorciatoie e panorami. Potrei, dovrei illuminarvi sullo splendore del sole del primo mattino, di quanto rumore faccia la pioggia che rimbomba sulle mantelle e nominarvi stella per stella tutto il firmamento celeste, limpido ai loro occhi nelle notti più belle. Potrei riportarvi ogni preghiera fatta, ogni misericordia ricevuta, ogni miracolo accaduto. Ma ne basterebbe uno, e ve ne parlerò – basta che aspettiate, perché questo è il segreto.

LA PAZIENZA

L'attimo in cui hanno compreso che l'attesa stessa, che il viaggio, era la meta, la destinazione. E che ogni passo era battaglia. Stringiamoci attorno a loro. Abbracciamole. Con loro piangiamo.

PREGHIAMO

Dicono che il momento più buio della notte sia quello che precede l'alba, poco prima della nascita del sole. Nudi davanti ai nostri sbagli, confessiamoci. Abbracciamole. E con loro osserviamo i primi raggi far capolino. È la luce di San Francesco, delle pietre calde di Assisi, della terra calpestata dai mille e mille uomini e da tutte le donne che hanno percorso quel cammino, dai loro piedi, scalzi davanti al mondo. Contro tutto e tutti. Nudi, sporchi, finalmente sinceri. Il cammino è un percorso di conoscenza e redenzione. E senza gli altri – amici, amanti, famiglia – non si può fare. Chi ci afferrebbe al volo? Con loro R. ha camminato, duecento chilometri, da La Verna ad Assisi. Questa mattina si è svegliato: non ha avuto incubi.

ABBRACCIAMOLO

P.S. CI VUOLE MOLTO CORAGGIO. E FEDE.



PRENDERE IL LARGO... PER LA VITA!

Carissimi lettori di Vita Ospedaliera, questo mese per la nostra pagina di riflessione ci soffermeremo sul brano del Vangelo della quinta domenica del tempo ordinario e nello specifico Lc 5,1-11, che ci porta alla riflessione dell'incontro che Gesù ha con alcune persone che poi diverranno suoi discepoli. Il



testo non parla di vocazione, ma di incontro. La vocazione deve passare necessariamente da un incontro. Infatti, l'incontro tra Gesù e Pietro porta quest'ultimo a scoprire dimensioni profonde di sé: «Allontanati, da me, perché sono un peccatore»: perché l'incontro con Gesù è allo stesso tempo conoscenza di lui e di sé stessi.

Simone conosce già Gesù: nel capitolo precedente, Luca mostra Gesù che parla con autorevolezza nella sinagoga; guarisce la suocera di Pietro, nella cui casa Gesù è entrato. Quindi, Pietro conosce Gesù, la potenza della sua Parola, la sua azione taumaturgica e ha confidenza tanto da farlo entrare in casa sua; un po', è come conosciamo noi Gesù, in modo superficiale, sappiamo i prodigi che fa, è vicino a noi nelle difficoltà e ci aiuta, ma non si conosce in profondità. Soprattutto Pietro non ha conosciuto sé stesso alla luce del Risorto. Perché, carissimi amici, la conoscenza del Signore è un cammino in divenire: e il percorso di una vita. Tutto questo può succedere anche a noi: siamo da tanto tempo alla sequela di Cristo, eppure può capitare che non si conosca a fondo, perché l'incontro con Cristo cambia totalmente la nostra vita mente, cuore, comportamenti... Se non ci conosciamo in profondità, davanti a lui, diventa una sequela sterile, senza frutti. L'incontro con Cristo, passa molto spesso da una profonda crisi. Prendendo come esempio Pietro, egli conosceva Gesù nella sua forza virile e adesso arriva a conoscere sé stesso nella propria debolezza, tanto da dire: «Signore, allontanati da me, perché sono un peccatore». Qui, l'immagine di Pietro, viene sminuita e diventa crisi, perché si riconosce peccatore, non avendo creduto a Gesù, avendo dubitato che la pesca non riuscisse.

DUC IN ALTUM! Prendi il largo... Quante volte noi siamo

chiamati a “spostarci dalla riva”, dalle nostre sicurezze? Gesù ci chiede di fidarci di lui e di andare in profondità nella conoscenza di sé stessi.

Un altro aspetto della pericope di oggi, è la nascita del gruppo dei discepoli: radunarsi attorno a Cristo, seguendo con radicalità: «Lasciarono tutto e lo seguirono», formando una comunione con Gesù. Nasce la Chiesa come risposta alla parola di Dio annunciata da Gesù.

Se vogliamo analizzare la scena di come Gesù inizia a condurre persone all'ascolto della Parola, possiamo farlo con quella dove Gesù vide due barche da cui erano scesi i peccatori per lavare le reti, sale sulla barca di Simone e gli chiede di scostarsi dalla riva, seduto insegnava alla folla. Questa barca, in cui non hanno preso nulla nella notte, diviene luogo da cui Gesù prende “metaforicamente” persone e le conduce all'ascolto della parola di Dio. Ora immaginiamo la scena, quando Gesù chiede a Simone di andare in *profondità* per pescare. Pietro ovviamente si oppone, perché è esperto di pesca: «Abbiamo faticato tutta la notte - propizia per la pesca - e non abbiamo preso nulla. In poche parole, Pietro sta indicando che è pura follia andare in mare di nuovo, poiché si è stanchi e le condizioni sono sfavorevoli per pescare. Il **Duc in altum (prendi il largo)** è una pura follia se parliamo a livello umano, ma è qui che avviene il salto di fede: «Sulla tua parola getterò le reti», facendo affidamento a Cristo e abbandonando le sue competenze di pescatore.

Fede e relazione con il Signore, si approfondiscono solo quando ci costano vera fatica, ci pongono in crisi e ci contraddicono. Questo faticoso lavoro diventerà occasione di fecondità.

Per informazioni su orientamento vocazionale contattare Fra Massimo Scribano allo 0693738200, scrivete una mail all'indirizzo vocazioni@fbfgz.it, lasciate un messaggio su Facebook alla pagina Pastorale Vocazionale e Giovanile dei Fatebenefratelli o visitate il sito www.pastoralegiovanilefbf.it - Vi aspettiamo! ●

INSERITO



RIFLESSIONI SUL FINE VITA

“DOTTORE, QUESTA VITA NON È PIÙ VITA”

La consuetudine che noi operatori sanitari abbiamo con la malattia, la sofferenza e la morte, talora ci conduce a una inconsapevole ostilità intellettuale alla riflessione e alla condivisione dei vissuti; quasi si volesse allontanare argomenti dolorosi e irrisolti con cui troppo a lungo conviviamo involontariamente e con cui il confronto è spesso di grande risonanza interiore. I temi del Fine Vita, d'altro canto, si presentano nella nostra quotidianità sempre più spesso, mediati da una comunicazione sensazionalistica e impietosa. Ci sono state proposte dai mass media le storie sofferte di persone che hanno vissuto il dolore della malattia e che hanno fatto sorgere in noi domande scomode, alle quali abbiamo dato risposte spesso avvolte di autodeterminazione e libertà. Con buona probabilità, molti di noi hanno sacrificato sull'altare della compassione anche il sacro e umano principio di Salvaguardia della Vita. Ebbene, sulla scorta di un'emozione disperata e di un condivisibile tentativo di raccogliere le miserie del nostro prossimo ammalato, oppure motivati da una sofferenza familiare appena vissuta, o ancora per la distanza che la giovane età separa dalla morte, sono state raccolte in poco tempo oltre un milione di firme (prevalentemente telematiche) per indire un referendum che proponesse di modificare l'articolo 579 del Codice Penale e permettere così l'"omicidio del consenziente, salvo i casi di persona minore, inferma di mente o tratta in inganno". In questi mesi è in corso il relativo dibattito parlamentare che avrà il compito di decidere come il nostro Stato si porrà nei confronti di quanti faranno richiesta di interrompere la propria vita. Dove ci porterà la riflessione istituzionale? Da cosa si può partire per sviluppare una riflessione equilibrata e ispirata a principi solidi?

Ci troviamo innanzitutto in uno spazio intriso di sofferenza, al quale dobbiamo accostarci con particolare delicatezza, senza di contro poter dimenticare la nostra levatura personale ed etica e il nostro vissuto professionale. Infatti, chiunque immagini di porre fine alla propria esistenza con una pratica eutanasi (attiva o passiva che sia) o con il suicidio assistito, ha forse riposto nell'abbandono della vita la speranza di riprenderla finalmente in mano, ha forse deciso che la fine abbia più dignità del "non sapere quando", ha forse scelto la morte al posto e contro la sofferenza? È quindi uno spazio di dolore obnubilante che cerca risposte immediate. Il presupposto fondamentale si può già trovare nella risposta della Consulta del 25 Settembre 2019 quando fu chiamata a esprimersi in merito al caso del DJ Fabo e all'accusa rivolta a Marco Cappato (reo di averlo accompagnato nel proposito suicidiario): "È «non punibile», a «determinate condizioni», chi «agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che egli reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli». Questa sentenza ci indica "infatti" che alla base di tali azioni vi sia necessariamente una richiesta volontaria, libera e consapevole. Il punto decisivo di questa nostra iniziale riflessione, allora, può essere duplice: da un lato la reale libertà che un essere umano vulnerabile e colpito nella propria autonomia, immerso nella sofferenza, gravato dalla perdita del proprio ruolo nel mondo e paralizzato nella morsa della paura della morte, può avere; dall'altro la possibilità che sappiamo dare ai malati di vedere soddisfatti i propri bisogni e di vedere alleviate le proprie sofferenze, conquistando un tempo di vita diverso ma di qualità.



SUICIDIO ASSISTITO ED EUTANASIA

Proviamo innanzitutto a spiegare le diverse fattispecie.

Il suicidio assistito medicalizzato corrisponde all'azione da parte di un medico di aiutare intenzionalmente una persona a suicidarsi, rendendo disponibili i farmaci per l'autosomministrazione, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa (European Association for Palliative Care, 2004). Non mancano casi in cui la procedura si avvale di macchine che possono aiutare il paziente con ridotta capacità fisica ad assumere il prodotto letale predisposto (dal medico o da altri).

Parlare di eutanasia significa riferirsi all'azione di uccidere intenzionalmente una persona da parte di un medico per mezzo della somministrazione di farmaci, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa (EAPC 2004). **L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi utilizzati: l'intenzionalità della morte procurata è indiscutibile e la morte immediata rappresenta il primo obiettivo dell'azione.** Ovvero, il proposito eutanasi non può richiamare in causa il Principio del Duplice Effetto, laddove emerga come effetto secondario e non voluto un ipotetico abbreviamento della vita a fronte di una prima finalità buona: la gestione della sofferenza.

A tal proposito riporto soltanto a sostegno della riflessione, quale cifra storica del dibattito, quanto scritto dalla Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede nella Dichiarazione sull'eutanasia del 1980: «Ma l'uso intensivo di analgesici non è esente da difficoltà, poiché il fenomeno dell'assuefazione di solito obbliga ad aumentare le dosi per mantenerne l'efficacia. Conviene ricordare una dichiarazione di Pio XII, la quale conserva ancora tutta la sua validità. A un gruppo di medici che gli avevano posto la seguente domanda: "La soppressione del dolore e della coscienza per mezzo dei narcotici... è permessa dalla religione e dalla morale al medico e al paziente (anche all'avvicinarsi della morte e se si prevede

che l'uso dei narcotici abbrevierà la vita)?", il Papa rispose: "Se non esistono altri mezzi e se, nelle date circostanze, ciò non impedisce l'adempimento di altri doveri religiosi e morali: Sì" (Pio XII, Allocutio, die 24 febbraio 1957: AAS 49 [1957] 147). In questo caso, infatti, è chiaro che la morte non è voluta o ricercata in alcun modo, benché se ne corra il rischio per una ragionevole causa: si intende semplicemente lenire il dolore in maniera efficace, usando allo scopo quegli analgesici di cui la medicina dispone." Quanto detto sembra quasi superfluo per chi tutti i giorni ha nelle mani la preziosa vita delle persone e ne vede la sofferenza, nel tentativo di corrispondere a quanto definito dall'Art. 3 del Codice di Deontologia Medica - "dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera" -. La **tutela della vita** e il **sollievo dalle sofferenze**. Ecco il duplice fulcro della professione. Si richiama, inoltre, il rispetto della libertà e della dignità dell'uomo.

LEGGE 15 MARZO 2010, N. 38 "DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE"

La Legge n.38 del 2010 ha avuto il merito di definire giuridicamente il perimetro del nostro impegno come comunità e come operatori sanitari per il dolore e la sofferenza del Fine Vita. Questa legge dello Stato, alla fine di un percorso partito più di 10 anni prima, definisce gli elementi di garanzia per il malato (dignità della vita fino alla fine) e di modernità (prevede adeguato sostegno al malato e alla famiglia), inseriti nell'ambito di una duplice rete territoriale: la rete delle Cure Palliative, che riconosce nell'Hospice, nell'assistenza domiciliare e nell'ospedale i tre nodi integrati in cui svilupparsi, e la Rete di Terapia del Dolore. Lo sviluppo delle Reti in 10 anni ha avuto accelerazioni

e importanti battute d'arresto. La regionalità del Sistema Sanitario ha acuito, inoltre, le profonde diversità organizzative e assistenziali sul nostro territorio nazionale, diversità che auspicabilmente nel prossimo triennio verranno con più energia appianate. Nel 2018 vennero rappresentati al Presidente Mattarella, dalla Società Scientifica di Cure Palliative (SICP), un elenco di aspetti non ancora portati a compimento. Tra questi emergevano l'attenzione all'informazione della cittadinanza sui temi del fine vita e le Cure Palliative, la necessità di insegnamento universitario della Disciplina Cure Palliative (resa Disciplina nell'Accordo Stato-Regioni del 07/02/2013 nell'ambito della Medicina dei Servizi; nel 2022 inizierà finalmente la Scuola di Specializzazione), il completamento del tavolo per le tariffe, etc. I provvedimenti attuativi della Legge n.38 si sono completati solo pochi mesi fa.

LA DISCIPLINA CURE PALLIATIVE

Ma cosa sono le Cure Palliative? Come definisce l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le Cure Palliative sono una disciplina che si prefigge di migliorare «la qualità della vita dei malati (adulti e bambini) e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale». Per chiarire ulteriormente la natura delle Cure Palliative, in un recente documento del mese di ottobre 2021 (QUALITY HEALTH SERVICES AND PALLIATIVE CARE- Practical approaches and resources to support policy, strategy and practice), l'OMS aggiunge che:

- il bisogno di cure palliative è presente tanto nelle patologie croniche evolutive quanto nelle condizioni di fine vita;
- non è possibile identificare con precisione l'orizzonte temporale della sopravvivenza di chi ha bisogno di cure palliative;
- l'approccio palliativo non è esclusivo di un determinato setting di cura, ma dovrebbe essere garantito a ogni livello assistenziale.

Entro il 2060 l'OMS stima un raddoppio del bisogno di cure palliative nella popolazione, previsione mutuata dal progressivo invecchiamento della popolazione e dal proporzionale incremento delle malattie croniche non trasmissibili. Questa disciplina, gravata da pregiudizio e da un indiscutibile retaggio lessicale, per cui il primo grande ostacolo è da sempre un certo pensiero di inutilità e inconcludenza, ha fatto proprio un modello bio-psico-sociale di cura. Fin dalla sua origine si è posta, infatti, l'obiettivo di corrispondere i bisogni quadri-dimensionali del paziente e della sua rete familiare: bisogni

COMPONENTE PSICOLOGICA

- Collera per la diagnosi tardiva e il fallimento terapeutico.
- Stanchezza cronica e insonnia.
- Paura della malattia, delle terapie, dell'ospedale.
- Preoccupazione per la famiglia.
- Isolamento e senso di abbandono.
- Incertezza riguardo il futuro.
- Dipendenza e perdita della dignità.
- Alterazione dello schema corporeo.
- Paura del dolore e della morte.

COMPONENTE FISICA

- Dolore da cancro.
- Dolore non oncologico
- Effetti collaterali delle terapie.

DOLORE TOTALE

COMPONENTE SPIRITUALE

Perché proprio a me? Se Dio esiste perché permette una tale sofferenza? Qual è lo scopo? Esiste un significato nella vita? È possibile che stia spiando dei peccati? Cosa ho fatto di male?

COMPONENTE SOCIALE

- Perdita della posizione sociale.
- Perdita del ruolo lavorativo.
- Difficoltà economica.
- Perdita del ruolo in famiglia.
- Mancanza di visite sociali.
- Difficoltà di contatto con la struttura sanitaria.
- Dimissione dall'ospedale "non protetta" da un'adeguata rete di supporto.
- Reperibilità dei medici.

biologici, psicologici, sociali e spirituali. La presa in carico globale del paziente a opera di una équipe multiprofessionale si rende necessaria dal momento che, chi sperimenta una malattia inguaribile e inevitabilmente orientata all'*exitus*, vive di frequente una condizione di grave sofferenza estremamente sfaccettata, che passa sotto il nome di "dolore totale". È nella memoria di tutti noi il parere positivo del Comitato Etico della Regione Marche nel mese di novembre scorso, in merito all'autorizzazione a procedere al suicidio assistito di un paziente tetraplegico di 43 anni, avendo verificato la sussistenza dei requisiti necessari per accedere alla procedura. Tali requisiti erano, infatti: **a) la presenza di patologia irreversibile, b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, c) trattamenti di sostegno vitale in atto e d) la capacità di prendere decisioni libere e consapevoli.**

Quanti di questi malati hanno realmente ricevuto una presa in carico di Cure Palliative con una risposta appropriata ai propri bisogni e al proprio dolore (inteso come dolore globale)? Probabilmente molto pochi, forse nessuno.

IL DOLORE TOTALE

Il dolore totale investe ciascuno dei quattro piani dell'essere umano e necessita di una risposta adeguata e professionale, motivo per il quale sono diverse, nonché previste dalla normativa, le competenze fondanti dell'équipe. Momento centrale del lavoro in équipe è la condivisione interprofessionale che consente di giungere a una trans-disciplinarietà, ovvero al superamento delle singole zone di *comfort* e alla realizzazione di una "contaminazione sinergica", in grado di andare oltre le discipline consolidate, verso nuovi saperi. La comunicazione, intesa come condivisione e fondamento della relazione tra l'équipe curante e il paziente-famiglia, è l'altro vero pilastro delle Cure Palliative ("la comunicazione è tempo di cura" come ci ricorda anche la Legge n.219 del 2017). È essenziale specificare che l'unità di cura per l'équipe di Cure Palliative è rappresentata dal malato e dal suo circuito affettivo e relazionale, che, pertanto, diviene oggetto di intervento e pianificazione tanto quanto il paziente. ● (fine 1ª parte)



Ospedale Sacro Cuore di Gesù Benevento

Viale Principe di Napoli, 14/A - 82100 Benevento - Tel. 0824 771111

www.ospedalesacrocuore.it



BIOPSIA PROSTATICA FUSION

Presso l'UOSD di Urologia, si possono eseguire sedute di biopsia prostatica con la metodica innovativa Fusion.

Si tratta di una modernissima tecnica che fonde le immagini della Risonanza Magnetica Multiparametrica e dell'Ecografo 3D, tale combinazione permette di indicare con estrema precisione le zone da analizzare e consente di eseguire prelievi mirati nelle zone sospette.

**Per info e prenotazioni:
telefonare al CUP:**

0824/771456

via web:

<http://www.ospedalesacrocuore.it>

ANEMIA

L'anemia è una condizione caratterizzata dalla riduzione patologica dei livelli di emoglobina (HB) al di sotto dei livelli di normalità (HB < 13 g/dL nel maschio e 12 g/dL nella femmina), che determina una ridotta capacità del sangue di trasportare ossigeno nella giusta quantità necessaria a soddisfare le esigenze di tutti i tessuti. Le anemie possono essere acute o croniche. Alcuni esempi di perdita acuta di sangue sono il parto, emorragie gastrointestinali, traumi e chirurgia. Esempi di perdita cronica sono le ulcere gastriche o duodenali, i tumori o polipi del tratto gastrointestinale, abbondanti perdite mestruali e tumori della vescica e renali.

CLASSIFICAZIONE

Esistono vari modi di classificare le anemie. Uno dei più usati è la classificazione morfologica:

Anemia microcitica (MCV <80 fl)

- da carenza di ferro (perdite ematiche);
- Anemia sideroblastica;
- ridotto trasporto di ferro.

Anemia normocitica (MCV 80-100 fl)

- da infiammazione cronica, infezione o cancro;
- malattia renale;
- insufficienza endocrina (tiroide, ipofisi) ;
- mielodisplasia;
- mieloftisi;
- aplasia dei globuli rossi;
- iponutrizione.

Anemia macrocitica (MCV > 100 fl)

- disturbo da uso di alcol;
- carenza di rame, folati o vitamina B12;
- malattia epatica;
- malassorbimento;
- mielodisplasia.

SINTOMATOLOGIA

I primi sintomi da considerare sono: astenia, pallore della pelle, mani e piedi freddi, unghie e capelli deboli e cefalea acuta. Nei casi più gravi si può arrivare a manifestazioni come tachicardia, dispnea anche a riposo, problemi cognitivi, dolori al petto e vertigini.

DIAGNOSI

Fondamentale è eseguire una corretta anamnesi. Gli esami di laboratorio di routine nella diagnosi dell'anemia sono:

1. esame emocromocitometrico completo: Globuli rossi, emoglobina, MCV, leucociti e formula leucocitaria, piastrine;
2. esame microscopico della morfologia eritrocitaria;
3. conteggio dei reticolociti;
4. sideremia, ferritina, transferrina, vitamina B12, acido folico;
5. Bilirubina e LDH;
6. indici di flogosi (PCR);
7. indici di funzionalità renale ed epatica.

TERAPIA

Nei pazienti fortemente sintomatici, con grave riduzione dei valori di HB < 8 g/dl, oppure nei cardiopatici

deve essere presa in considerazione la trasfusione di sangue.

La terapia dell'anemia sideropenica prevede l'integrazione di ferro, questa viene oggi effettuata quasi sempre attraverso l'assunzione per via orale.

In ambiente ospedaliero, nei casi di grave carenza di ferro, è disponibile un nuovo prodotto a base di carbosimaltoso ferrico da somministrare per via endovenosa sotto accurata sorveglianza sanitaria.

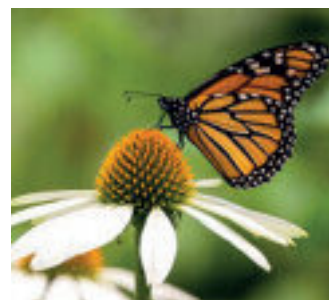
La dieta nell'anemia sideropenica prevede l'adozione di un'alimentazione varia con un discreto apporto di carne rossa, verdure a foglia verde, frutta secca, legumi e alimenti ricchi di vitamina C (che facilitano l'assorbimento del ferro).

Nelle anemie macrocitiche può essere utile l'integrazione con vitamina B12 e acido folico.

Nelle malattie da insufficienza renale è utile la somministrazione di eritropoietina. ●



Organizzazione Ospedaliera **ATTRAVERSO L'EMPOWERMENT**



L'empowerment è “un processo sociale multidimensionale che aiuta le persone a raggiungere un maggior controllo sulla propria vita” (Rappaport, 1984). Questa definizione ci permette di comprendere la complessità e le sfide che comporta il concetto di empowerment su diversi livelli, che può avere un impatto benefico sull'intera azienda. In ambito organizzativo l'empowerment significa creare condizioni di lavoro in cui i dipendenti acquisiscono il potere di prendere iniziative e di sfruttare appieno il loro potenziale per generare valore per l'azienda. L'empowerment organizzativo è sempre più considerato dalle aziende, soprattutto sanitarie, come una soluzione per motivare i dipendenti aumentandone la performance. È un tipo di gestione particolarmente efficace nel dare una ragion d'essere professionale, rimettendo le persone al centro dell'organizzazione, grazie al maggiore potere e alla più ampia autonomia.

Il tradizionale assetto organizzativo prevedeva che il compito della progettazione spettasse alla direzione e il ruolo dei dipendenti fosse di puri esecutori. Attualmente, soprattutto per le differenziazioni specialistiche correlate anche alla domanda di salute, l'organizzazione sanitaria e in modo particolare quella ospedaliera, tende a diventare più snella, dotata di personale più competente, motivato e autonomo. In ambito sanitario, l'approccio empowerment può permettere di avere collaboratori capaci di trattare con i pazienti/clienti in modo flessibile, disponibile a risolvere i loro problemi, che ciascuno percepisce come unici. Assumere questa prospettiva significa, riconoscere ai collaboratori capacità rilevanti, come ad esempio quelle di stabilire gli obiettivi specifici della loro attività e di definire le strategie di miglioramento della qualità delle loro prestazioni. I professionisti ai quali sia possibile e conveniente dare una larga autonomia, consentiranno, pertanto, ai dirigenti, che liberati dal peso di una gestione e di un controllo quotidiani, di concentrare le loro energie

sulle attività tipiche del loro ruolo (definizione di politiche generali, pianificazione, formazione, ecc.).

L'integrazione dell'empowerment nelle aziende sanitarie implica, quindi, il passaggio a un modello bottom-up (dal basso verso l'alto) per essere reattiva, flessibile e innovativa, per creare una filosofia atta a permeare una forte cultura organizzativa nei diversi servizi operativi, al fine di assicurare la qualità delle prestazioni. Per la promozione dell'empowerment, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), ha sperimentato un modello di intervento e miglioramento, cosiddetto “Ciclo delle buone pratiche per l'empowerment”, che prevede i 4 step:



- condivisione di valori e strumenti;
- individuazione di esperienze significative;
- trasferimento di saperi;
- promozione di azioni.

Tuttavia, il coinvolgimento e la partecipazione per l'empowerment dipendono dalla capacità, da parte di chi ha la responsabilità di gestirlo, di costruire sistemi produttivi nei quali operi personale in grado di sentirsi coinvolto, autonomo, consapevole, responsabile, ma anche e soprattutto, soddisfatto del proprio lavoro. Di fondamentale importanza è il leader “formale” dell'organizzazione, poiché incoraggia e consente di lavorare al massimo delle proprie abilità, facendo sentire i propri collaboratori capaci e autonomi. Non è un ruolo di comando, ma di facilitatore che aiuta a crescere, crea occasioni stimolanti e favorisce l'assunzione di responsabilità. La strategia può essere quella di stimolare e favorire la nascita di circoli di qualità o di gruppi di lavoro, possibilmente autogestiti. Queste iniziative, dovranno, però, essere coerenti con le strategie generali dell'azienda sanitaria e del servizio, vanno accuratamente pianificate e monitorate; in particolare, ne devono essere preventivati e quindi verificati i risultati e i costi.



SFUGGIRE ALLA SORDITÀ INTERIORE

XXX Giornata Mondiale del Malato

La Giornata Mondiale del Malato, che ricorre l'11 febbraio, è giunta quest'anno alla sua 30.ma edizione, sul tema *"Siate misericordiosi, come il Padre vostro è misericordioso"* (Lc 6,36): *Porsi accanto a chi soffre in un cammino di carità*. Nel suo messaggio per l'occasione, Papa Francesco ricorda che *"la vicinanza agli infermi e la loro cura pastorale non è compito solo di alcuni ministri specificamente dedicati"* ma *"è un invito rivolto da Cristo a tutti i suoi discepoli"*. Una chiamata rivolta a tutta la Chiesa, per la quale il servizio ai malati e ai sofferenti è parte integrante della propria missione (cfr. *Dolentium Hominum*,1).

In questa prospettiva, la Giornata Mondiale del Malato, istituita da san Giovanni Paolo II il 13 maggio 1992, nasce per sensibilizzare il popolo di Dio e la società civile alle esigenze di assistenza e di cura dei malati; per aiutare i malati a valorizzare la sofferenza; per coinvolgere le diocesi, le comunità cristiane e le famiglie religiose nella pastorale della salute; favorire l'impegno del volontariato; promuovere la formazione spirituale e morale degli operatori sanitari e richiamare l'importanza dell'assistenza religiosa a chi soffre.

La cura per gli altri non è solo una necessità, ma è anche un'occasione per dare all'amore la sua forma privilegiata, per render la carità la forma più alta e bella dell'esistenza umana.

La cura è descritta nel Vangelo di oggi: *"Ha fatto bene ogni cosa: fa udire i sordi e fa parlare i muti!"* (Marco 7,31-37).

Attraverso le Sue parole e il Suo miracolo, Gesù esorta a sfuggire alla sordità interiore che è peggiore di quella fisica, perché è la sordità del cuore e oggi possiamo chiederGli di toccare e risanare. Nella nostra quotidianità, presi dalla fretta, da mille cose da dire e da fare, non troviamo il tempo per fermarci ad ascoltare chi ci parla, ma l'ascolto dei malati, in modo particolare in questo periodo di grande solitudine e paura, è il miglior antidoto alle sofferenze.

Significativa la cerimonia nella Chiesa dell'ospedale: nel corso della Celebrazione Eucaristica, animata dal coro

"Musica Insieme", è stata amministrata l'Unzione degli Infermi a tutti i presenti, a causa dell'assenza dei degenti, impossibilitati a lasciare le camere di degenza per le note disposizioni volte ad arginare la pandemia. Tuttavia, i malati sono stati ricordati e seguiti dai cappellani che costantemente li supportano nei bisogni spirituali per offrire loro la vicinanza di Dio, la sua benedizione, la sua Parola e la proposta di un cammino di crescita e di maturazione nella fede.

Questo incontro di unione e di preghiera è stato rivolto e partecipato da tanti operatori sanitari e religiosi affinché, ricchi di misericordia, offrano ai pazienti, insieme alle cure adeguate, la loro prossimità fraterna nello spirito del nostro fondatore san Giovanni di Dio, maestro della vicinanza olistica alla cura. ●





CANCRO DEL RETTO:

work-up diagnostico, quali strategie

In Italia i tumori del colon retto sono in assoluto i più frequenti (13% dei nuovi tumori diagnosticati all'anno in entrambi i sessi), in particolare, rappresentano la terza neoplasia più frequente negli uomini (dopo i tumori della prostata e del polmone) e la seconda nelle donne (dopo il tumore della mammella). La prognosi dei pazienti affetti da neoplasia del retto è fortemente correlata allo stadio e alla diagnosi.

Complessivamente, la sopravvivenza relativa a 5 anni, è aumentata dal 47% nei primi anni Novanta al 63%, nei soggetti con diagnosi posta tra il 2005 e il 2007, in linea con le performance registrate nelle casistiche dei Paesi del Nord Europa. L'obiettivo del nostro articolo è dimostrare l'efficacia dell'utilizzo della Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) nella diagnostica del cancro del retto e nella re-stadiazione dopo terapia neo-adiuvante. Dal gennaio 2018 al dicembre 2019 nell'Unità Operativa Complessa (UOC) di Chirurgia Generale dell'ospedale "Sacro Cuore di Gesù" Fatebenefratelli di Benevento, diretta dal dottor Francesco Giuseppe Biondo, sono stati sottoposti a intervento chirurgico, 139 pazienti affetti da cancro coloretale, 26 dei quali affetti da cancro del retto. Di questi ultimi, 5 sono stati operati in urgenza, 7 non hanno potuto effettuare la terapia neo-adiuvante per stenosi o rischio di sanguinamento, 3 presentavano la lesione al retto superiore e 11 pazienti sono stati selezionati e avviati alla terapia neo-adiuvante. L'esame clinico, con esplorazione rettale, ha rappresentato il primo approccio diagnostico e specificamente ha permesso di valutare, anche se approssimativamente e, solo nelle neoplasie medio-basse, la distanza dall'ano, il versante interessato (anteriore, posteriore, destro, sinistro), la presenza di sanguinamento, il volume, lo stato sfinteriale, il grado di fissità del tumore. È stata effettuata una colonscopia con biopsia, Tac Total body, una RMN, ripetuta al completamento della terapia neo-adiuvante. I risultati ottenuti sono stati i seguenti: gli 11 pazienti selezionati, trattati con terapia neo-adiuvante, sono stati controllati con Tac addome e pelvi, retto-sigmoidoscopia con biopsia, RMN addome e pelvi. Sei pazienti, sono stati sottoposti a intervento di resezione retto-colica, anteriore in laparoscopia e 5 a intervento di resezione retto-colica anteriore in laparotomia. A tutti i pazienti è stata effettuata una ileostomia iliaca destra temporanea di protezione. L'esame istologico del reperto operatorio ha valutato il Tumor Regression Grade (TRG)



di tutti i pazienti, dando dei risultati diversi: in 5 casi TRG1, in 3 casi TRG2, in 3 casi TRG3. I pazienti con TRG2 e TRG3 hanno effettuato ulteriore chemioterapia. Al follow-up a 16 mesi, degli 11 pazienti selezionati, tutti i pazienti sono liberi da malattia. In conclusione, riteniamo che l'utilizzo della RMN, nella diagnostica del cancro del retto e nella re-stadiazione dopo la terapia neo-adiuvante, rappresenti un esame efficace per realizzare il trattamento chirurgico adeguato e operare la migliore scelta di terapia oncologica per i pazienti affetti da cancro rettale. ●

SEMIRESIDENZIALE

Beato Eustachio Kugler



ISTITUTO SAN GIOVANNI DI DIO
Via Fatebenefratelli, 3 - GENZANO
www.istitutosangiovannididio.it

SERVIZIO IDR

Aperto dal lunedì al venerdì

dalle ore 8:30 alle ore 15:00

per giovani adulti con disabilità

Per informazioni 06.937381 | molinari.manuela@fbfgz.it



Programma sperimentale **COGNI-TRAIN**

Il programma è realizzato dai seguenti professionisti:

Angelo Venuti, Massimo Marianetti, Simonetta Conti, Marco Ilari (Istituto san Giovanni di Dio - Genzano di Roma)

Marco Peresson, Antonio Canestrari, Alessio Pietrella, Giovanna Borriello (Ospedale san Pietro-Roma)

“Tra vent’anni sarete più delusi per le cose che non avete fatto che per quelle che avete fatto. Quindi mollate le cime. Allontanatevi dal porto sicuro. Esplorate. Sognate. Scoprite...”
Mark Twain

Dal mese di giugno 2021 è stato attivato un nuovo programma per i soggetti affetti da declino cognitivo lieve-MCI (Mild Cognitive Impairment). Tra gli elementi distintivi emerge la collaborazione e la sinergia a questo progetto sperimentale dell’U.O. - Ambulatorio

di Neurologia- ospedale san Pietro e l’équipe dell’Ambulatorio e del Nucleo Alzheimer dell’istituto san Giovanni di Dio - Genzano di Roma: una vera e propria squadra che con tenacia è riuscita a far nascere questo programma sperimentale: **“un ponte levatoio terapeutico”**.



MA PERCHÉ QUESTO PROGETTO?

Dopo diversi anni dedicati alla ricerca e all'attivazione di protocolli non farmacologici per il declino cognitivo, abbiamo pensato a un nuovo strumento tecnologico per migliorare i programmi utilizzati in questi anni e per renderli maggiormente usufruibili dai pazienti e dai familiari e/o caregiver.

Partendo dalle criticità di questi programmi, soprattutto per quanto riguarda la mancanza di flessibilità nell'inserire nuove variabili e schede dedicate, è stato creato ex novo un programma/training sperimentale che rispondesse ai requisiti per una proposta terapeutica migliorativa per i pazienti e i loro familiari.

MA COME È STATO IMMAGINATO QUESTO PROGRAMMA SPERIMENTALE?

Cogni-Train, un nome evocativo come un treno in grado di trasportare questo programma neurocognitivo: un bagaglio prezioso da custodire e dove ogni stazione rappresentasse una delle diverse funzioni neurocognitive.

SPERIMENTALE, PERCHÉ?

Un programma sperimentale in cui sono stati inseriti contenuti multimediali (audio, video, grafica) con i necessari aggiornamenti.

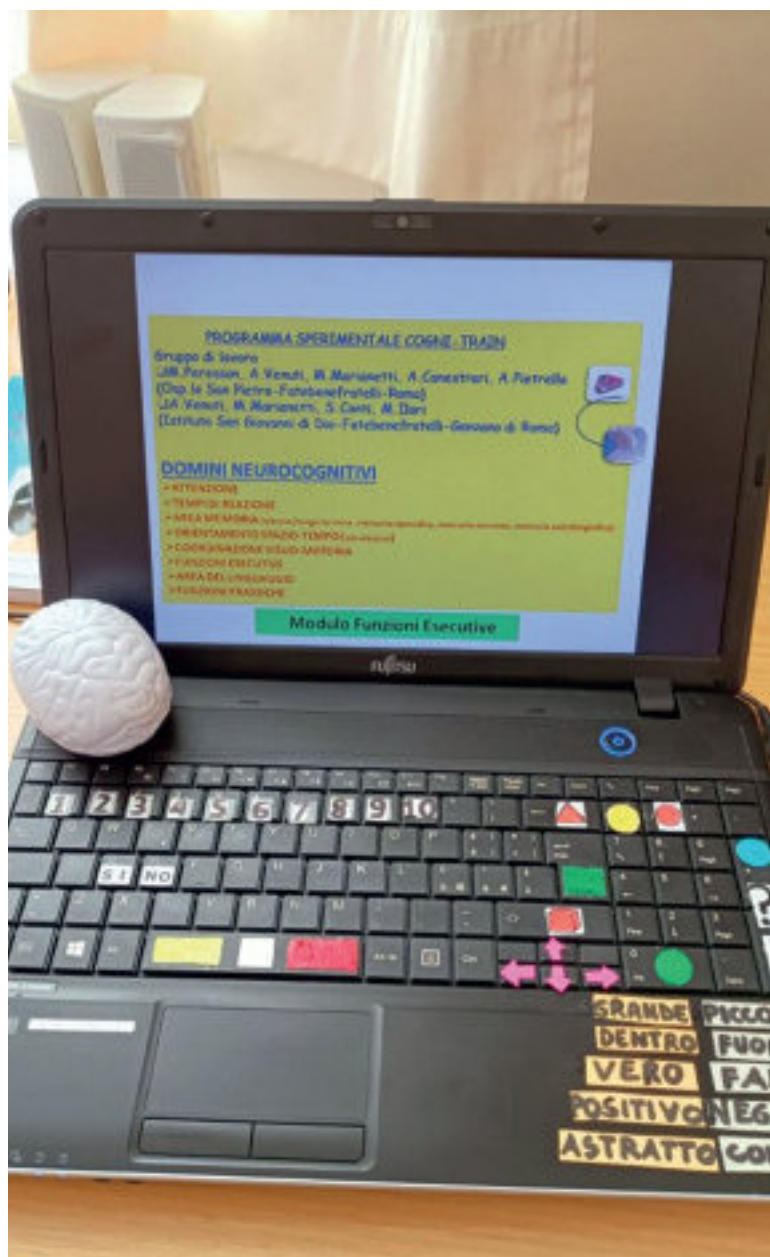
Da sottolineare l'impegno da parte di due aziende farmaceutiche a sponsorizzare il programma per implementare la fruibilità da parte dell'utenza e attivare, nel contempo, lavori di ricerca dedicati.

- Il data base, a oggi, è composto da 94 pazienti che riusciamo ad aggiornare in tempo reale.
- La comunicazione con i pazienti e con i familiari e/o caregiver è garantita da un servizio di messaggistica centralizzato, che rafforza l'idea iniziale del progetto e che verrà validata in modo più obiettivo con un breve questionario in fase di elaborazione.

MA CHI SI OCCUPA DEL PROGRAMMA?

Al momento "la squadra" è composta da diverse figure professionali dei due presidi che, nelle loro specifiche competenze, hanno prodotto una forte sinergia per far nascere uno strumento facilmente utilizzabile: un prodotto "artigianale" che all'inizio sembrava quanto meno azzardato, ma che al momento è fervido di nuove idee, sia tecnologiche, sia terapeutiche.

Ci auguriamo che il Cogni-Train sia un treno puntuale e se poi non sarà come un Freccia Rossa pazienza, ci accontenteremo anche di un Intercity...ad maiora! ●





Ospedale Buccheri La Ferla FATEBENEFRATELLI

Via Messina Marine, 197 - Palermo - Tel. 091 479111

www.ospedalebuccherilaferla.it

VISITE ED ESAMI PER PARTECIPARE AI CONCORSI COMPRESI QUELLI NELLE FORZE DELL'ORDINE



**Bando di
concorso**

L'Ospedale Buccheri La Ferla offre, un servizio in solvenza (a pagamento) che comprende le visite, gli esami di laboratorio e strumentali richiesti per gli aspiranti candidati all'arruolamento in ferma prefissata nell'Esercito, nella Marina Militare e nell'Aeronautica Militare (VFP 1 e VFP 4) e nelle Forze dell'Ordine.
GLI ESAMI DI SANGUE, LA RADIOGRAFIA AL TORACE E L'ELETTROCARDIOGRAMMA NON SI PRENOTANO.

**I prelievi e la radiografia vengono effettuati
dal lunedì al venerdì dalle ore 7:00 alle ore 12:00
L'elettrocardiogramma il sabato dalle 8:00 alle 10:30**



L'ARABA FENICE

Dalla malattia alla rinascita

In Ospedale è stato avviato un progetto dal titolo "L'Araba Fenice. Il paziente oncologico: dalla malattia alla rinascita" finanziato dall'Assessorato alla Salute Regione Sicilia, avviato rivolto ai pazienti colpiti dalla malattia oncologica che quotidianamente devono confrontarsi con i cambiamenti imposti dalla patologia, dovendo affrontare lunghe cure che hanno un impatto decisivo anche sull'aspetto esteriore. Ciò determina una ricaduta diretta sulla sfera psicologica della persona. Al paziente è richiesto di trovare nuove modalità per adattarsi ai cambiamenti (fisici, emotivi e socio-relazionali) conseguenti alla malattia e alle terapie, cercando di riappropriarsi di adeguati spazi di vita e ricostruendo nuovi equilibri.

I responsabili dell'iniziativa sono: il direttore dell'Unità Operativa Complessa di oncologia dott. Nicolò Borsellino e la dott.ssa Ivana Cuttaia psicologa. La finalità del progetto è quella di supportare i pazienti affinché possano prendersi particolare cura di se, del proprio corpo, valorizzando l'aspetto estetico, recuperando fiducia e autostima e di favorire il rapporto con il mondo esterno, al fine di promuovere una buona qualità di vita.

Tra i nuovi percorsi di cura diventa centrale la riabilitazione oncologica. L'iniziativa prevede un programma di intervento finalizzato a garantire il recupero dell'autonomia fisica, della sfera relazionale e professionale, la cura del proprio aspetto e il raggiungimento del benessere psicologico. La perdita dei capelli, delle sopracciglia e delle ciglia, così come altri svantaggi causati dalle cure, non devono turbare l'equilibrio psicologico dei pazienti. In questo senso l'iniziativa intende fronteggiare la patologia

tumorale nelle sue diverse sfaccettature, contribuendo a fortificare il paziente nella lotta alla malattia contrapponendovi anche la valorizzazione della proprio corpo.

"Durante gli incontri di bellezza, i pazienti sono attenti, sorridenti, disponibili, raccontano di loro - dichiarano il dott. Borsellino e la dott.ssa Cuttaia - L'iniziativa mira a favorire il raggiungimento del benessere della persona che affronta la malattia che non si sceglie, ma si subisce, attraverso un approccio che non si concentri esclusivamente sulla guarigione fisica, ma si prenda cura di tutti gli aspetti della vita. Tutti i consulenti di bellezza forniscono indicazioni e supporto ai nostri pazienti in modo tale che possano sentirsi protagonisti della propria vita, forti nel modo di esprimersi e di essere"

Il progetto avviato prevede la consulenza psicologica con colloqui di sostegno individuali, gruppi di riabilitazione psiconcologica per pazienti e familiari sulla gestione dei cambiamenti connessi alle conseguenze del trattamento (sessualità, dinamiche di coppia, processi comunicativi genitori/figli, sfera emozionale,

progettualità futura, rapporto con l'immagine corporea), attività laboratoriali di supporto psicologico (*training autogeno, mindfulness, biblioterapia, arteterapia*), consulenza dietistica, consulenza fisioterapica, assistenza sociale e consulenza estetica. Per quest'ultima, si tratta di una consulenza di gruppo finalizzata all'apprendimento di tecniche per la gestione della cura estetica: make up, cura della pelle, manutenzione parrucca e cura dei capelli; con la finalità di attenuare i segni della terapia sul corpo e ricreare l'immagine di se, con lo scopo di affrontare con rinnovata consapevolezza il percorso di cura. ●

**REGIONE SICILIANA DI SANITÀ PUBBLICA
OSPEDALE BUCHERI LA FERLA
PATERASIFRATTELLI**

L'ARABA FENICE
"Il paziente oncologico dalla malattia alla rinascita"

Responsabile Progetto
Dott. N. Borsellino
Dott.ssa I. Cuttaia

Psicologi
Dott.ssa Ivana Cuttaia
Dott.ssa Irene Taddeo
Dott. Antonio D'Arbet

Assistente Sociale
Dott.ssa Valeria Ruffano

Dietaiste
Dott.ssa Eleonora Marzano
Dott.ssa Mariela Spina

Fisioterapista
Dott.ssa Lisa Miri

Attività Estetica
Cuccia Parnochieri
Centro Esteso del Benessere

Il presente progetto prevede un programma di interventi finalizzato a garantire il recupero dell'autonomia fisica, della sfera relazionale e professionale, la cura del proprio aspetto ed il raggiungimento del benessere psicologico.

Obiettivo principale della RIABILITAZIONE ONCOLOGICA è restituire dignità alla persona, offrendole la possibilità di prendersi cura di sé, del proprio corpo e favorire il rapporto con il mondo esterno, al fine di promuovere una buona qualità di vita.

Il paziente potrà usufruire gratuitamente di:

- Consulenza Estetica
- Consulenza Psicologica
- Consulenza Dietetica
- Consulenza Fisioterapica
- Assistenza Sociale

VIA VERDENA MARINE 091, PA, 91122
CONTATTI 091-479849
GRUPPO DI RICEVIMENTO 091-4200

A.F.Ma.L. UNA SANITA' AL SERVIZIO DELL'UOMO

www.afmal.org - info@afmal.org



Tel. 06 33 25 34 13

Fax 06 33 25 34 14

DONA IL 5X1000 ALL'A.F.MA.L.
Codice Fiscale 038 1871 0588

Porteremo il tuo aiuto nelle mani di chi soffre

FIRMA NEL RIQUADRO E INSERISCI IL NOSTRO CODICE FISCALE

SOSTEGNO AL VOLONTARIATO, DELLE ORGANIZZAZIONI NON LUCRATIVE DI UTILITA' SOCIALE,
DELLE ASSOCIAZIONI DI PROMOZIONE SOCIALE, DELLE ASSOCIAZIONI E FONDAZIONI.

Nome e Cognome _____

CODICE FISCALE del
beneficiario

038 1871 0588