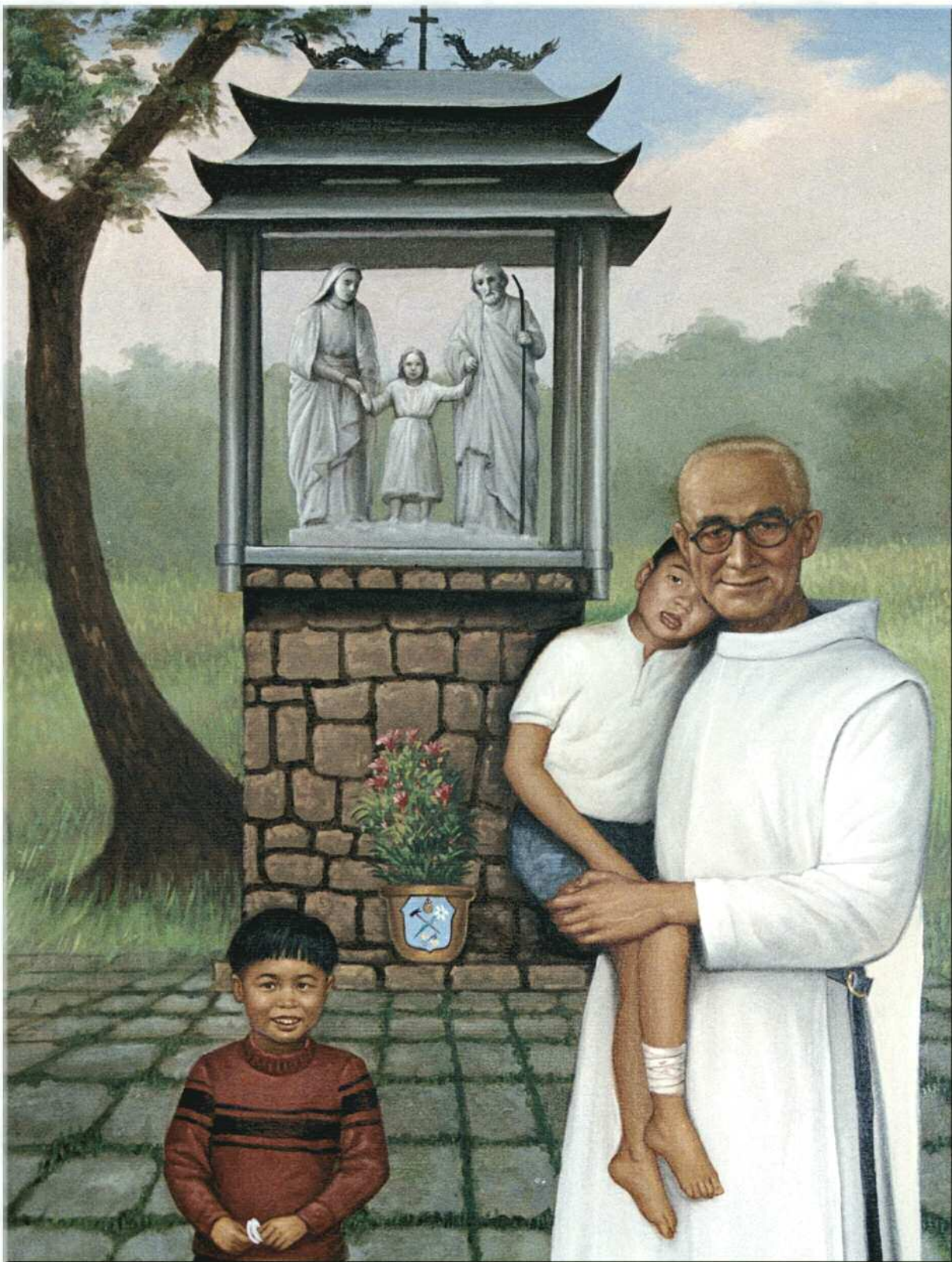


VITAOSPEDALIERA

Rivista mensile dei Fatebenefratelli della Provincia Romana

ANNO LXVI - N° 2

FEBBRAIO 2011



28 FEBBRAIO: 39° ANNIVERSARIO DELLA SANTA MORTE
DEL SERVO DI DIO FRA GUGLIELMO GAGNON



Ospitalità

Assistenza

Pregheiera

Accoglienza
e Servizio

Missioni
e Adozioni
a distanza

FateBeneFratelli

Sulle orme di Giovanni di Dio (1495 - 1550) i religiosi ospedalieri si consacrano a Dio. Insieme ai numerosi Collaboratori, curano le persone che soffrono e le evangelizzano.

Se vuoi conoscere e condividere il loro servizio di

Ospitalità

puoi contattare l'equipe vocazionale:

Fra Massimo Scribano

Segreteria Tel. 06 33553571 - Curia Provinciale

Fra Luigi Gagliardotto

Segreteria Tel. 091 479219 - Palermo

Fra Michele Montemurri

Segreteria Tel. 06 33582501 - Roma

Per ulteriori informazioni visita il sito www.provinciaromanafbf.it
oppure invia una e-mail a vocazione@fbfgz.it



Offrire speranza, per la vita, con la vita, nella vita.

RUBRICHE

- 4 Desiderio di salvezza
- 5 Il problema educativo bioetico
- 6 L'ultimo miliardo
- 7 Parole di un credente (sull'Africa)
- 8 Sinusite
- 9 Uso del ciuccio nei neonati
- 10 **Disabili: lo sport migliora le funzioni cognitive superiori**
Maggiori benefici nelle discipline "open skill" come il basket
- 11-14 **Schegge Giandidiane N. 20**
In latino Eulalia, in galiziano Olalla
- 15 Servir Dio sorridendo
- 16 Rinofima
- 17 **Dalla possessione diabolica all'inconscio**
IX - Patologia della vita di relazione
- 18 "Gratuitamente avete ricevuto. Gratuitamente date" (Mt 10,8)

DALLE NOSTRE CASE

- 19 **Unità Operativa Dipartimentale Semplice di Genetica Medica**
Ottenta la certificazione di qualità
- 20 **Il Superiore Generale dei Fatebenefratelli, nominato membro del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari**
- 20-21 **Incontri di Dermatologia e Medicina Estetica**
- 21 **Festa del Prematuro**
- 22 **La storia di una mamma**
- 23 **Newsletter**

VITA OSPEDALIERA

Rivista mensile dei Fatebenefratelli della Provincia Romana
ANNO LXVI

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: Franco Piredda

Collaboratori: Paolo Iavarone, fra Giuseppe Magliozzi o.h., Mariangela Roccu, Maria Pinto, Raffaele Sinno, Pier Angelo Iacobelli, Alfredo Salzano, Cettina Sorrenti, Simone Bocchetta, Fabio Liguori, Raffaele Villanacci

Archivio fotografico: Fabio Fatello Orsini

Segretaria di redazione: Marina Stizza, Katia Di Camillo

Amministrazione: Cinzia Santinelli

Grafica e impaginazione: Piero Monterotti

Stampa: Arti Grafiche San Marcello srl

Viale Regina Margherita 176 - 00198 Roma

Abbonamenti: Ordinario 15,00 Euro

Sostenitore 26,00 Euro - c.c. postale n. 76697002

Finito di stampare: febbraio 2011

In copertina: Servo di Dio fra Guglielmo Gagnon o.h. (tela di E. Santos nel Noviziato di Amadeo).

NEI VOLTI DEI MALATI VEDERE IL VOLTO DI CRISTO

(In occasione della Giornata Mondiale del Malato riportiamo alcuni punti del Messaggio del Papa)

Cari fratelli e sorelle!

Ogni anno, nella ricorrenza della memoria della Beata Vergine di Lourdes, che si celebra l'11 febbraio, la Chiesa propone la **Giornata Mondiale del Malato**. Tale circostanza, come ha voluto il venerabile Giovanni Paolo II, diventa occasione propizia per riflettere sul mistero della sofferenza e, soprattutto, per rendere più sensibili le nostre comunità e la società civile verso i fratelli e le sorelle malati.

Se ogni uomo è nostro fratello, tanto più il debole, il sofferente e il bisognoso di cura devono essere al centro della nostra attenzione, perché nessuno di loro si senta dimenticato o emarginato; infatti *"la misura dell'umanità si determina essenzialmente nel rapporto con la sofferenza e col sofferente. Questo vale per il singolo come per la società. Una società che non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la compassione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente è una società crudele e disumana"* (Enciclica *Spe salvi*, n. 38).

Cari ammalati e sofferenti, desidero esprimere il mio affetto a tutti e a ciascuno, sentendomi partecipe delle sofferenze e delle speranze che vivete quotidianamente in unione a Cristo crocifisso e risorto, perché vi doni la pace e la guarigione del cuore.

Insieme a Lui vegli accanto a voi la Vergine Maria, che invociamo con fiducia *Salute degli infermi e Consolatrice dei sofferenti*. Ai piedi della Croce si realizza per lei la profezia di Simeone: il suo cuore di Madre è trafitto (cfr *Lc 2,35*). Dall'abisso del suo dolore, partecipazione a quello del Figlio, Maria è resa capace di accogliere la nuova missione: diventare la Madre di Cristo nelle sue membra. Nell'ora della Croce, Gesù le presenta ciascuno dei suoi discepoli dicendole: *"Ecco tuo figlio"* (cfr *Gv 19,26-27*). La compassione materna verso il Figlio, diventa compassione materna verso ciascuno di noi nelle nostre quotidiane sofferenze (cfr *Omelia a Lourdes*, 15 settembre 2008).

Cari fratelli e sorelle, in questa Giornata Mondiale del malato, invito anche le Autorità affinché investano sempre più energie in strutture sanitarie che siano di aiuto e di sostegno ai sofferenti, soprattutto i più poveri e bisognosi, e, rivolgendo il mio pensiero a tutte le Diocesi, invio un affettuoso saluto ai vescovi, ai sacerdoti, alle persone consacrate, ai seminaristi, agli operatori sanitari, ai volontari e a tutti coloro che si dedicano con amore a curare e alleviare le piaghe di ogni fratello o sorella ammalati, negli ospedali o case di cura, nelle famiglie: nei volti dei malati sappiate vedere sempre il Volto dei volti, quello di Cristo.

A tutti assicuro il mio ricordo nella preghiera, mentre imparto a ciascuno una speciale Benedizione Apostolica.

Benedictus PP XVI

DESIDERIO DI SALVEZZA

Fra Elia Tripaldi o.h.

La salute, come abbiamo visto, non è il bene ultimo, poiché accanto alla domanda di salute presente in ogni uomo, vi è anche il desiderio di salvezza che, in generale, significa liberazione da condizioni indesiderabili o via d'uscita da situazioni spiacevoli, essere una persona realizzata. Siccome l'uomo è sì un essere unitario ma composto allo stesso tempo di un'anima immortale e di un corpo mortale; la missione che la Chiesa ha ricevuto da Cristo è missione salvifica che investe la vita di tutti gli uomini e di tutto l'uomo.

La salvezza, quindi, che l'uomo, forse inconsciamente o forse consapevolmente cerca, è quella di cui parla san Paolo: *"Dio ci ha liberati dal potere delle tenebre e ci ha trasferiti nel regno del Figlio del suo amore"* (Col 1,13). Questa è la grazia di Dio che libera gli uomini dal peccato e dalle sue conseguenze sia temporali che eterne. La Chiesa e la salute (che è anche desiderio di salvezza, soprattutto per il credente) non sono due realtà senza alcun rapporto tra di loro; esse possono bene integrarsi e comprendersi nel loro significato alla luce della Parola di

Dio e, in particolare, dell'atteggiamento di Gesù venuto sulla terra per inaugurare il Regno di Dio che consiste nel piano di salvezza del Padre: la salvezza giunge da Dio per mezzo di Cristo e nell'ambito della sua Chiesa, anche se è presente e operante in altre religioni.

Nell'A.T. il termine salvezza suggerisce l'idea di Israele come popolo liberato dalla schiavitù e introdotto nella terra promessa ove può vivere libero e in atteggiamento di riconoscenza verso Javhé suo liberatore, a condizione che sia fedele all'alleanza. L'infedeltà al Dio dell'alleanza è considerata la perdita di tale situazione di felicità che si riacquista, però, tramite il pentimento, la penitenza e la conversione. Quando il popolo approfondisce il significato del male morale, la salvezza riacquista un profondo significato etico. Attraverso l'opera del Servo di Javhé, il Signore, non solo vuole realizzare l'unificazione d'Israele dopo la dispersione ma anche far sprigionare la salvezza per tutti i popoli.

Nel N.T. il termine salvezza suggerisce l'idea di strappare qualcuno da un grave pericolo e anche salvare qualcuno da una sentenza di tribunale

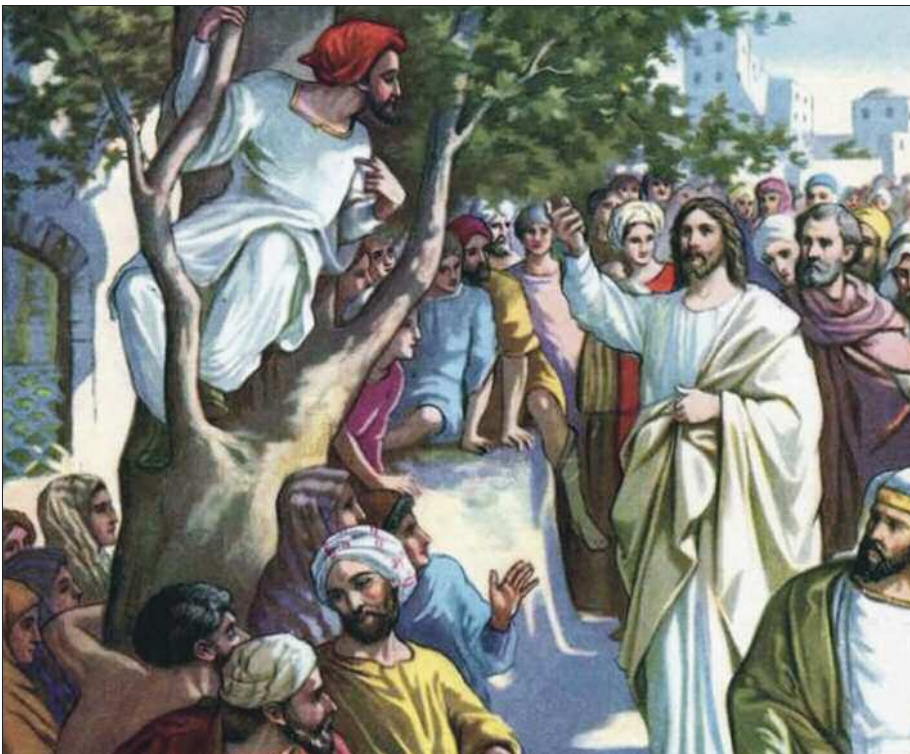
o da una malattia (guarigione). In Gesù di Nazaret si ha sia la salute che la salvezza che è liberazione dal peccato e dalle sue conseguenze: *"Dio infatti ha tanto amato il mondo da dare il Figlio unigenito, perché chiunque crede in lui non vada perduto, ma abbia la vita eterna"* (Gv 3,16).

Poiché la ricerca della salute non è ancora la salvezza è necessario che l'azione pastorale della Chiesa in ambito sanitario aiuti l'uomo a cogliere e a rispondere all'implicita nostalgia di salvezza attraverso i gesti sacramentali e la Parola di Dio. *"In Gesù la salvezza è offerta come salute e la salute come salvezza"* (CEI, 1999).

La salute, come anche la vita sono doni di Dio per i quali dobbiamo sempre ringraziarlo attraverso un desiderio profondo, una nostalgia di salvezza che deve albergare nel nostro cuore di figli per accostarci al Padre e condividere con lui il "banchetto nuziale". Gesù è venuto nel mondo a portare la salvezza per tutti, senza distinzione.

A proposito dell'episodio evangelico relativo all'incontro di Gesù con Zaccheo, "capo dei pubblicani e ricco" che cercava di vedere Gesù, occorre precisare che Zaccheo aveva in sé la nostalgia di salvezza e non soltanto la curiosità di vedere, di incontrare il Salvatore. Gesù lo chiama per nome, come se i due già si conoscessero e si stavano cercando a vicenda. Il Maestro si autoinvita a cena, dicendo: *"Oggi per questa casa è venuta la salvezza, perché anch'egli è figlio di Abramo. Il Figlio dell'uomo infatti è venuto a cercare e a salvare ciò che era perduto"* (Lc 19, 9-10), esortando così la comunità cristiana ad accogliere il dono della salvezza.

La sfida che la Chiesa deve affrontare nel mondo della salute è quella dell'evangelizzare e di vigilare perché il mondo sanitario non si lasci costringere dalle dinamiche del profitto ma sia luogo di solidarietà, di vicinanza con il sofferente e di incontro con il Salvatore. ■



IL PROBLEMA EDUCATIVO BIOETICO

Raffaele Sinno

Nel mondo postmoderno la disciplina della bioetica assume, con maggiore forza, e con spazi comunicativi più ampi, una duplice funzione: quella di dirigere una nuova agenda formativa delle future generazioni di fronte ai dilemmi etici posti dall'incedere delle biotecnologie, e dei progressi scientifici in genere, e una funzione normativa nell'organizzare giuridicamente principi e valori fondamentali e irrinunciabili sul senso dell'esistenza umana. Nella nostra era l'insegnamento della bioetica fa emergere una costante frattura tra l'Istruire e l'Educare. Il primo concetto potrebbe apparire, nel tempo dell'informazione globalizzata, un retaggio del passato, quando il compito della formazione didattica si limitava a una conoscenza di tipo addizionale per nozioni, il quale si applicavano in un contesto sociale grazie a un lungo percorso preformativo umano. Educare al contrario rappresentava un'operazione di verifica critica e consapevole, in cui la formazione umana si basava su una chiara antropologia culturale tripartita secondo il riconoscimento descrittivo tra significato di identità, concetto logico di sostanza, e applicabilità del principio di non contraddizione.

Tale sistema apparteneva al percorso storico della modernità, mentre oggi la rivoluzione postmoderna ha radicalizzato e sovvertito un'antropologia che stenta a riconoscere solide categorie di indagine. Per questo, molti filosofi hanno paragonato i nostri tempi a quelli dell'ansia - indicazione di Gadamer - o al tempo fluido pieno di contraddizioni - idea presente nel pensiero del filosofo Ortega Y Gasset¹.

La comunicazione bioetica assume, in tale difficile situazione, un'opera di primaria importanza. Si carica di una sfida epocale che è quella della rico-

struzione delle coscienze sul valore della vita, in un tempo di destrutturazione, essere in grado di proiettare fiducia a una generazione smarrita in una neutralità etica, che falsamente viene proposta come vessillo di equità e libertà del pensiero umano. La bioetica non è affatto un contenitore multimodale, dove tutto filtra o viene plasmato, per essere invece un incontro dinamico sul senso di fiducia che si ritrova nell'esplicazione della narrazione della persona umana. Il suo impegno educativo consiste in due momenti tra loro strettamente connessi: il primo della *formazione bioetica*, che si occupa direttamente del confronto delle diverse posizioni etiche nei differenti gradi di formazione scolastica, fino a giungere a una conoscenza bioetica universitaria realmente consapevole dei suoi traguardi, mentre il secondo è riferibile alla *comunicazione bioetica*, il cui compito sociale è quello di vigilare attentamente sul bene pubblico della scienza. Si tratta di un impegno che segna, con un carattere di relativa novità, non solo la formazione deontologico-professionale di alcuni addetti ai lavori, ma in modo onnicomprensivo costruisce una formazione a una "cittadinanza attiva e responsabile". In tal senso la formazione del cittadino deve realizzare un obiettivo fondamentale, che consiste nel generare una comune adesione a una *cittadinanza scientifica* - centrata sulla consapevolezza del valore del bene "scienza", dell'importanza di tutelarne e promuoverne l'effettiva realizzazione - e parallelamente sostenere uno spazio per la *cittadinanza bioetica*, da intendersi come partecipazione attiva e responsabile alle scelte in ambito bioetico, dalla consapevolezza dei nuovi diritti e doveri connessi allo sviluppo scientifico, della difesa della vita umana come punto irrinunciabile

di ogni partenza e arrivo di discussione bioetica. Questa non è da considerarsi una scelta tra le altre, una posizione cui accedere, al contrario evidenzia il punto nodale del rispetto della dignità umana intesa come valore della comunità biopolitica. Per tanto non si deve rimanere imbrigliati nella trappola che esistano due modi di interpretare o di confrontarsi nelle questioni bioetiche, ossia tra coloro che difendono la sacralità della vita come bene intoccabile, e quelli che puntano esclusivamente alla sua qualità come indice di riferimento, perché in questo caso non si tratta di scegliere tra opzioni diverse, rispettando la libera scelta, al contrario si opta di azzerare l'esistenza umana sacrificandola in nome di un presunto bene collettivo o futuro da dimostrare².

Per evitare che questa pista errata si stratifichi nella formazione bioetica è fondamentale, come sostiene F. Bellino, giungere "a un superamento del paradigma *principalista* e all'affermazione di quello *delle virtù e del prendersi cura*, e essere in grado di rispondere alla domanda etica forse più radicale ossia se è possibile credere che esistino ancora persone buone in assoluto? La risposta a tale domanda non è solo teoretica, ma principalmente educativa: si tratta di rendere l'educazione rivolta all'edificazione di una società formata da persone buone, e per far ciò è fondamentale optare per chiari itinerari educativi aperti al riconoscimento della vita come valore, una cultura che dovrà riconoscere il posto centrale alla bioetica e alla sua crescita".

In conclusione la didattica bioetica rimane centrale nel promuovere una cultura etica che sia aperta alla difesa e alla dignità della vita umana, in difesa di quella vulnerabile e più esposta ai pregiudizi, o falsi miti dell'onnipotenza dell'azione dell'uomo sull'uomo. ■

¹ Giovanni Vecchio, *Neumanesimo e post-modernità tra istruzione ed educazione*, in "Bioetica e cultura", Acireale, XIX (2010) 1, p. 72

² Raffaele Sinno, *Confronti fondativi in bioetica. La vita tra sacralità e qualità*, Levante, Bari 2002, p. 79

L'ULTIMO MILIARDO

Franco Piredda

C'è una minoranza di paesi in via di sviluppo che è agli ultimi posti del sistema economico globale, la maggior parte sono in Africa, e si distinguono perché non solo sono i più poveri, ma non sono riusciti a crescere, anzi vanno alla deriva, stanno crollando.

La loro realtà assomiglia a quella del XIV secolo: guerre civili, epidemie, ignoranza, negli anni novanta il reddito di tali paesi è diminuito del 5%, l'aspettativa di vita media è cinquant'anni, contro i sessantasette degli altri paesi in via di sviluppo, il tasso di mortalità infantile è del 14%, negli altri il 4%, la malnutrizione riguarda il 36% dei bambini, negli altri il 20%.

Il miliardo di persone che li abitano è caduto in almeno una delle quattro "trappole" dello sviluppo, e trovano difficoltà a uscirne perché oggi il mercato globale è molto più ostile nei confronti dei nuovi arrivati di quanto fosse agli inizi.

La prima trappola è quella del "conflitto": il 73% della popolazione dei paesi più poveri è stato recentemente coinvolto in una guerra civile, o lo è tuttora.

È molto probabile che la guerra civile scoppi in paesi a basso reddito, perché povertà significa disperazione, e gli uomini giovani, reclutati dagli eserciti, sono merce a buon mercato in un contesto di povertà disperata.

Inoltre, se l'economia è debole, è debole anche lo Stato, e quindi la ribellione non è difficile, soprattutto se viene finanziata dalle multinazionali per appropriarsi delle risorse naturali.

Conseguenze delle guerre sono l'impovertimento del paese e i movimenti migratori che fanno aumentare l'incidenza delle malattie presso le popolazioni dei luoghi in cui trovano accoglienza i rifugiati, e tutto ciò

comporta perdite economiche durature per i paesi vicini a quelli in cui ci sono conflitti.

Poi c'è il commercio delle droghe favorito dalla totale assenza di controllo nei paesi in guerra e probabilmente anche l'AIDS si è propagato attraverso stupri di massa e migrazioni dovute a guerre civili.

La seconda trappola è dovuta alle "risorse naturali". È paradossale, ma la scoperta di risorse naturali in un contesto di povertà, alimenta la trappola del conflitto o, se il paese è in pace, genera un'eccedenza di esportazioni che rallenta la crescita.

Il motivo è che le esportazioni di risorse fanno salire le quotazioni della valuta locale, a danno delle esportazioni degli altri prodotti che perdono competitività.

Senza contare che in un paese a basso reddito l'abbondanza di rendite viene utilizzata dalla politica per incrementare il clientelismo, il malgoverno e quindi accresce l'incapacità di gestire e far rendere le disponibilità di denaro.

"L'assenza di sbocchi dal mare" e la terza trappola: riguarda il 38% della popolazione dei paesi più arretrati.

È evidente che i costi dei trasporti di un paese privo di accesso al mare dipendono da quanto il paese vicino ha investito in infrastrutture. A questo tipo di dipendenza se ne aggiunge un'altra, in quanto i paesi vicini diventano il mercato diretto per chi non può rivolgersi ai mercati di oltreoceano.

Un paese costiero rifornisce tutto il mondo, un paese senza sbocchi sul mare rifornisce i suoi vicini che solo se hanno una economia in crescita sono in grado di assorbire le merci. In Africa i vicini non rappresentano un mercato, ma semplicemente un ostacolo sulla via di accesso ai mercati mondiali.

Le strategie dei governi e le politiche economiche incidono sulle condizioni in cui si trovano i paesi, e il "malgoverno" è l'ultima trappola in cui finiscono i paesi di piccole dimensioni.

I costi di uno stato fallimentare si accumulano di anno in anno e il tasso di crescita si riduce: ma non tutti ci rimettono.

I leaders dei paesi più poveri sono tra le persone più ricche del mondo, e non hanno alcun interesse a cambiare le situazioni da cui hanno tratto benefici e fanno in modo che la popolazione resti analfabeta e disinformata.

Ebbene tutti gli abitanti dei paesi più poveri sono finiti in una delle trappole, il 73% ha conosciuto la guerra civile, il 29% vive in paesi il cui reddito è determinato dalle risorse naturali, il 30% vive in paesi senza accesso al mare, il 76% subisce gli effetti del malgoverno. Sommando le percentuali ci si accorge che alcuni paesi sono caduti in più di una trappola.

Uscirne non è impossibile, ma difficile. A causa della globalizzazione i paesi più arretrati sono messi in competizione con giganti come la Cina e l'India, e ne escono perdenti. L'emigrazione sempre maggiore e la fuga di capitali facilitata dall'integrazione dei mercati finanziari mondiali tolgono definitivamente ogni possibilità di crescita.

Gli aiuti, da soli, non bastano a risolvere le sorti, possono invece essere utili se associati alle azioni della comunità internazionale per il mantenimento della pace, per eliminare la corruzione, per obbligare le banche alla trasparenza denunciando le fughe di capitali (il 38% dei capitali è all'estero).

Soltanto con una situazione politica stabile e affidabile gli investimenti privati, inclusi i capitali "rientrati", potranno far uscire i paesi più poveri dalle trappole in cui sono finiti. ■

PAROLE DI UN CREDENTE (SULL'AFRICA)

Simone Bocchetta

Il titolo deriva da un famoso libro di Hugues-Félicité Robert de Lamennais, molto particolare, profetico per certi versi, ombroso, eretico e oscuro per molti altri, romancito e fervidamente idealista, di un idealismo che ancora oggi può dare stimoli e aiutare in pensieri e riflessioni riguardanti le ingiustizie che ci circondano.

«La povertà non viene da Dio, ma è una conseguenza della corruzione e dell'avidità malvagia degli uomini: e perciò ci saranno sempre poveri»¹. È sempre bene tenerlo a mente, anche quando si registrano nuove notizie sulla povertà odierna dell'Africa. I poveri che vivono nelle aree rurali del mondo devono far fronte, infatti, a un numero crescente di rischi e incertezze, legate alla volatilità dei prezzi alimentari, ma anche al degrado delle risorse naturali e ai cambiamenti climatici. È quanto ha affermato nel dicembre scorso ad Apcom il responsabile Ifad (International Fund for Agricultural Développement) che ha supervisionato la stesura del Rapporto 2011 sulla povertà rurale, Edward Heinemann: «Per i poveri delle aree rurali, il mondo è più incerto e rischioso di 10 anni fa (quando venne pubblicato l'ultimo rapporto Ifad) - afferma Heinemann - prima di tutto, dopo la crisi del 2008, i prezzi alimentari sono rimasti alti ed è probabile che rimarranno tali per il prossimo futuro. Anche i prezzi dei beni essenziali sono diventati più instabili, rendendo più difficile qualsiasi pianificazione per i piccoli proprietari terrieri. In secondo luogo, in molte zone dei Paesi in via di sviluppo, le risorse naturali su cui si basa l'agricoltura, terra e acqua, si stanno deteriorando. Stanno diventando un problema sempre più diffuso la carenza di terreni fertili, l'erosione,

la desertificazione, la salinizzazione delle terre troppo irrigate e la carenza di risorse idriche. Il cambiamento climatico aggrava questa situazione e rende la produzione agricola sempre più incerta». A fronte di questa situazione, «si stanno però affermando una serie di nuove opportunità economiche», sottolinea Heinemann. Innanzitutto «i mercati urbani per i prodotti agricoli», che si stanno sviluppando sull'onda della crescente urbanizzazione dei Paesi in via di sviluppo, ma soprattutto una «nuova ruralità» nata dalla crescente integrazione tra aree urbane e rurali, favorita da «migliori infrastrutture, migliori comunicazioni e dalle migrazioni dalla campagna alla città», ha precisato il responsabile Ifad. «E in molti Paesi - conclude - la diffusione della democrazia ha favorito governi locali più efficaci, l'affermazione della società civile e un crescente ruolo delle organizzazioni dei contadini nella politica nazionale». Per approfittare di queste opportunità e contrastare la povertà, governi e professionisti dello sviluppo devono investire nelle zone rurali, adoperarsi per ridurre i rischi ambientali, ma soprattutto investire nelle persone. «Sono quattro le aree decisive per la politica e gli investimenti, sia nel settore agricolo che in quello non agricolo - precisa Heinemann - primo, investire nelle zone rurali, per migliorare le infrastrutture, i servizi e contrastare la corruzione. Secondo, ridurre i rischi ambientali e aiutare le persone che vivono nelle zone rurali a gestire meglio le situazioni di rischio. Terzo, per me è la misura più importante, investire nelle persone: favorire un maggior accesso all'istruzione e ai corsi di formazione. E infine, sostenerli nello sviluppo delle loro organizzazioni per infondere loro fiducia,



autorità e sicurezza; aiutarli a ridurre i rischi, a gestire le attività, a vendere i prodotti; e a rappresentare e a negoziare i loro interessi».

Nelle regioni settentrionali della Namibia vive il popolo degli himba che non ignora l'occidentalizzazione, semplicemente la rifiuta. A Epupa o a Ondangwa è consueto di vedere donne himba fare la fila nei supermercati o bersi una birra in un bar. Non di rado, la tribù possiede un furgone o comunque un mezzo meccanico per portare nei mercatini i loro prodotti artigianali. In certi casi, i capi tribù si rivolgono ad avvocati per tutelare i loro diritti e indicano frequenti conferenze stampa per denunciare le costanti pressioni omologative del governo centrale.

Da anni la popolazione himba conduce una lotta contro il progetto di una enorme diga sulle Epupa Falls che priverebbe il Kaokoland dell'acqua necessaria al sostentamento dei villaggi indigeni, himba e non himba. Come denunciato da varie organizzazioni ambientaliste africane ed europee, d'altro non si tratta che del solito eco-mostro dall'inaudito impatto ambientale e sociale che certo non serve al fabbisogno energetico della regione, già ampiamente soddisfatto, ma alle esigenze delle multinazionali petrolifere che, poco più a nord, stanno devastando le foreste pluviali. Un altro bell'esempio di capitalismo predatorio: un disastro ecologico per alimentare un altro disastro ecologico. Povertà e miseria per pagare altra povertà e miseria. È questa l'occidentalizzazione che gli himba rifiutano. ■

¹ Lamennais, *Parole di un credente*, BUR, Milano 1991, p. 63

SINUSITE

Raffaele Villanacci

I seni paranasali (cavità poste ai lati, sopra e dietro al naso) sono cavità pneumatiche (piene di aria) presenti nel massiccio facciale e comprendono i seni mascellari, i seni frontali, le celle etmoidali e il seno sfenoidale.

Qualunque processo infiammatorio a carico di tali cavità viene comunemente definito sinusite. Per sinusite o rinosinusite si intende, quindi, un processo infiammatorio a carico della mucosa di rivestimento dei seni paranasali. Ciò determina un blocco dell'ostio sinusale principale con conseguente alterato drenaggio del seno e accumulo di secrezioni.

Il meato medio (punto cruciale di comunicazione fra naso e seni paranasali evidenziato con l'asterischi) è dove confluiscono i drenaggi degli osti di più seni. Ne consegue che un suo interessamento genera un'alterazione del drenaggio che a sua volta porta all'accumulo di secrezione in più seni. La maggior parte delle sinusiti acute origina da processi patologici a carico del naso inizialmente virali, mentre con il persistere del tempo più spesso batterici.



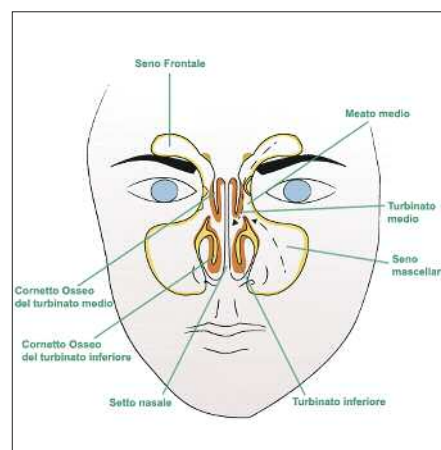
Comunemente si parla di sinusite cronica, quando il quadro clinico persiste per più di tre mesi.

La causa è, spesso, una mancata eradicazione di un processo infiammatorio acuto o la presenza di qualche anomalia anatomica congenita e/o acquisita (a es. traumatica).

Fenomeni di rinite allergica, iperreattività nasale o episodi ripetuti di infezioni ricorrenti, causate da terapie antibiotiche inadeguate o per anomalie anatomiche congenite nasali, inducono frequentemente forme irreversibili di ipertrofia delle mucose evidenti anche a livello dei turbinati inferiori e medi. Ciò produce un'ipertrofia polipoide della mucosa di rivestimento che può determinare completo tamponamento delle cavità nasali da parte di tessuto infiammatorio che nella sua lenta, ma costante crescita, può anche erodere le strutture ossee delimitanti le cavità paranasali.

Tale situazione genera un'ostruzione respiratoria con blocco delle secrezioni che invece di essere espulse dalle narici scendono in faringe passando dalla parte retrorinale. Pertanto in un paziente con anamnesi di raffreddori ripetuti che hanno condotto a una sinusite acuta, oppure da sinusite acuta a cronica potrebbero esserci alla base delle varianti anatomiche congenite di restringimento dei passaggi delle secrezioni naso sinusali, a esempio deviazioni del setto nasale.

Indubbiamente, un paziente con preesistenti anomalie congenite di drenaggio, a cui si associa un'allergia o una flogosi ricorrente, avrà una predisposizione alla malattia con sintomi più prolungati rispetto a un



paziente con una situazione anatomica normale. Le varianti anatomiche congenite (o acquisite: frequentemente a genesi traumatica) possono rendere più complessa l'anatomia della parete nasale laterale e le condizioni dell'unità osteomeatale predisponendo a una sinusite acuta o recidivante. In base a quanto detto per una diagnosi accurata è necessario:

- Una visita allergologica,
- Rx cranio (da limitare nei bambini per scarso sviluppo dei seni paranasali),
- Una TAC o RMN dei seni paranasali,
- Un'endoscopia delle fosse nasali.

Nei bambini non è infrequente l'insorgenza di una sinusite cronica monolaterale destra da corpo estraneo per la frequente evenienza di introduzione di piccoli oggetti, per di più di plastica, nelle cavità nasali. In conclusione non bisogna sottovalutare una difficoltà respiratoria nasale o secrezioni anomale e/o dolenzie persistenti al massiccio facciale.

Possono celare alterazioni anatomiche predisponenti e/o processi infiammatori che necessitano di immediata terapia idonea (medica o chirurgica) onde ripristinare la normale pervietà e la pneumatizzazione dei seni paranasali. ■

USO DEL CIUCCIO NEI NEONATI

Mariangela Roccu

La suzione è un riflesso alimentare innato e la testimonianza di complesse connessioni con altre funzioni (cardiorespiratoria, digestiva, posturale).

Il ciuccio oggetto da succhiare che viene dato al neonato in modo da farlo sentire tranquillo, confortato e che da sempre calma il pianto dei bambini, ha una lunga storia. La prima raffigurazione di un antenato del ciuccio risale al 1506 in una "Madonna con Bambino" di Albrecht Dürer: il bambino tiene in mano un sacchettino fatto con uno straccio. Piccole borse di lino piene di pane, latte e zucchero erano usate per alimentare e confortare i bambini nei primi anni del diciannovesimo secolo. Il primo brevetto di una tettarella di gomma indiana che assomiglia agli attuali succhiotti, fu registrato nel 1845, mentre la pratica di immergere il ciuccio in una serie di sostanze dolci, per rendere più efficace il ciuccio, fu descritta per la prima volta nel 1927. Attualmente i ciucci sono realizzati in lattice o in silicone e sono prodotti in molte diverse forme e misure; i modelli sono sicuri da usare e possono essere facilmente sterilizzati.

Gran parte della letteratura pubblicata negli anni '90, ha riportato come l'uso del ciuccio sia associato alla riduzione della durata dell'allattamento o alla sua non esclusività. I dati suggeriscono che un uso molto sporadico può non avere alcun esito complessivo negativo sugli outcome dell'allattamento al seno; questo perché è plausibile che l'uso del ciuccio porti il bambino ad attaccarsi di meno al seno. L'innato riflesso di suzione del bambino è soddisfatto dal ciuccio e ciò riduce o elimina il desiderio di contatto con il capezzolo e il seno. Altri studi evidenziano

come l'uso del ciuccio non causa una riduzione dell'allattamento al seno, ma è semplicemente un marker dei fattori socio-economici, demografici, psicosociali e culturali che determinano sia l'uso del ciuccio che dell'allattamento al seno. In vari paesi esiste una correlazione tra l'uso del ciuccio e una bassa percentuale di allattamento al seno.

Tuttavia, l'uso del ciuccio potrebbe essere un indicatore di difficoltà di allattamento, ma non esserne necessariamente la causa; infatti, a oggi non è stato dimostrato che sia la cessazione dell'allattamento a determinare l'uso del ciuccio. È importante introdurre il ciuccio dopo il 1° mese di vita, quando si è consolidato l'allattamento al seno, sospendendolo preferibilmente entro l'anno.

Rispetto all'uso del ciuccio durante il sonno si rappresenta come questo sia associato a una ridotta incidenza di Sudden infant death syndrome (SIDS). Per spiegare il risultato della relazione tra l'uso del ciuccio e il rischio di SIDS, sono stati proposti molti meccanismi causali, come: la presenza del ciuccio può proteggere le vie aeree del bambino; il fatto di succhiare il ciuccio o semplicemente la sua presenza, può ridurre la probabilità di apnea; l'uso del ciuccio può ridurre i comportamenti ad alto rischio del sonno dei bambini, come il dormire in posizione prona; inoltre, l'uso del ciuccio aiuta il bambino a respirare attraverso la bocca, se il naso è ostruito.

La maggior parte dei ricercatori e dei clinici, tuttavia, sono riluttanti nel promuovere attivamente l'uso del ciuccio in assenza di adeguate conoscenze riguardo i reali meccanismi relativi all'uso del ciuccio e la SIDS.

L'American Academy of Pediatrics (AAP) (2006), ha emesso delle linee

guida riguardo l'utilizzo del ciuccio. Secondo l'AAP, il ciuccio rappresenta un fattore protettivo per l'incidenza di SIDS, ma sempre in base alle risultanze degli studi dell'autorevole fonte, non esistono prove che l'uso del ciuccio influisca sulla durata della poppata nei bambini sia a termine, sia pretermine. In merito alle malocclusioni l'AAP sostiene che esiste un lieve rischio di sviluppare questi problemi con l'uso del ciuccio. La medesima fonte sostiene, inoltre, che le infezioni gastrointestinali e le colonizzazioni orali da *Candida* aumentano durante l'uso del ciuccio. Questa ultima affermazione non è supportata però da recenti ricerche.

L'American Academy of Pediatric Dentistry, afferma che l'uso del ciuccio nei bambini dopo i 5 anni è associato al rischio di sviluppare problemi dentali a lungo termine. È invece sottolineato che esiste un rischio aumentato di sviluppare otite media associato all'uso del ciuccio. Tuttavia l'incidenza di otite media è minore tra i 6 e i 12 mesi, che rappresenta il periodo di massimo rischio per la SIDS. Per questo, molti autori raccomandano di levare il ciuccio intorno l'anno di vita perché il rischio di SIDS è terminato, mentre dopo l'anno di età il rischio di otite media aumenta.

Benché non siano ancora chiari i tempi di utilizzo del ciuccio in relazione alle poppate, alle procedure dolorose e alla promozione dello sviluppo oro-motorio, è tuttavia importante parlare ai genitori dei nuovi nati dell'utilizzo del ciuccio già al momento della dimissione e riparlarne anche nelle visite post-natali successive, in modo da renderli consapevoli della scelta.

Un'ulteriore considerazione che scaturisce dalla lettura degli studi e dalle raccomandazioni degli esperti è che il ciuccio rimane un oggetto radicato nella tradizione e nella cultura popolare, anche all'interno della realtà ospedaliera. ■

DISABILI: LO SPORT MIGLIORA LE FUNZIONI COGNITIVE SUPERIORI

Maggiori benefici nelle discipline “open skill” come il basket

Fondazione Santa Lucia

Fin dall'antichità è noto che l'attività fisica, soprattutto quella sportiva, contribuisce al benessere della mente e non solo del corpo. Tuttavia a livello scientifico ancora molto resta da chiarire: a esempio, i meccanismi neurali responsabili dei benefici cerebrali dello sport e gli effetti specifici di discipline differenti e in categorie diverse di persone. Così una ricerca dell'IRCCS Fondazione Santa Lucia svolta in collaborazione con l'Università di Roma Foro Italico ha studiato per la prima volta i benefici dello sport sulle funzioni cognitive di atleti disabili, dimostrando che anche in questo caso la mente ne trae effettivo giovamento, non solo psicologico. Il lavoro italiano - i cui risultati sono già disponibili on line - sarà pubblicato sul *Journal of Neurotrauma*, importante rivista internazionale che si occupa delle conseguenze degli eventi lesivi del sistema nervoso.

La ricerca ha voluto indagare in particolare le modificazioni delle funzioni cognitive superiori di soggetti disabili impegnati in uno sport *open-skill*, cioè in una disciplina in cui l'atleta deve interagire con un ambiente esterno mutevole e da cui attinge, prevalentemente, le informazioni per decidere e controllare i suoi movimenti e le azioni di gara. A tale scopo, come sport è stato preso in esame il basket in carrozzina, praticato a livello agonistico dagli atleti disabili della “Santa Lucia Sport”.

Da molti anni è accertato che l'attività fisica adattata e lo sport posso-

no migliorare anche le capacità funzionali e l'autonomia delle persone disabili nello svolgimento delle attività quotidiane. Dopo un primo studio del 2005 - pubblicato sullo *Scandinavian Journal of Medicine Science and Sport* - che dimostrava che l'ansia e la depressione nei soggetti affetti da paraplegia possono essere ridotte significativamente grazie a una regolare attività sportiva, oggi un nuovo studio, condotto per oltre un anno nel Laboratorio di Neuropsicologia della Fondazione Santa Lucia in collaborazione con i ricercatori del Dipartimento di Scienze della Formazione per le Attività Motorie e lo Sport dell'Università del Foro Italico di Roma, è riuscito a dimostrare per la prima volta, con tecniche elettrofisiologiche e comportamentali, l'effettiva capacità di una pratica sportiva di sviluppare nei disabili anche alcune funzioni cognitive superiori, favorendo la plasticità cerebrale. In particolare è stato osservato un sensibile miglioramento della capacità di percepire uno stimolo e di rispondere a esso in modo esecutivo. Tale ricaduta positiva si è manifestata con più evidenza nei disabili che praticano sport complessi, come il basket o la scherma in carrozzina, in cui le circostanze di gioco variano continuamente e l'atleta deve adattare i propri movimenti e la tattica di gara tenendo conto sia dei suoi compagni di squadra sia degli avversari.

In laboratorio sono stati proposti agli atleti esaminati alcuni aspetti simulati del basket giocato in carrozzina: i soggetti partecipanti allo stu-

dio dovevano reagire il più velocemente possibile a degli stimoli visivi premendo un tasto e, invece, trattenere la risposta rispetto ad altri stimoli. Come gruppo di controllo sono stati reclutati atleti di nuoto disabili e soggetti senza disabilità non praticanti attività sportiva agonistica. L'attività cerebrale è stata registrata tramite elettroencefalogramma (potenziali elettrici correlati a eventi), ottenendo due informazioni: la performance nel compito e l'attività cerebrale che ne è risultata associata.

Lo studio ha mostrato da parte degli atleti di basket una performance eccellente come numero di errori, stabilità e flessibilità della risposta, anche se il tempo di reazione di tutti i disabili è risultato leggermente rallentato rispetto agli atleti normodotati. A livello cerebrale, l'attività associata ai processi di decisione di tipo principalmente inibitorio (quando la risposta deve essere trattenuta invece che eseguita) è stata perfettamente normale negli atleti del basket, mentre è risultata rallentata e deteriorata in quelli del nuoto.

La ricerca ha così dimostrato che la pratica di uno sport “open skill”, come quello del basket in carrozzina, induce (al contrario del nuoto) negli atleti disabili reali effetti positivi nelle funzioni cognitive, compensando il ridotto controllo decisionale conseguente alle lesioni responsabili della disabilità.

“Tali riscontri possono ora suggerire delle importanti implicazioni riabilitative”, sottolinea Stefano Brunelli, specialista in Fisiatria e Medicina dello Sport, dirigente Medico della Fondazione Santa Lucia, che ha partecipato alla ricerca. “Avendo confermato anche con evidenze scientifiche il ruolo terapeutico dello sport, questo può essere inserito nel programma riabilitativo multidisciplinare per le persone affette da patologie del sistema nervoso centrale”. ■

In latino Eulalia, in galiziano Olalla

La Chiesa Cattolica fiorì rigogliosa in Europa grazie al sangue dei martiri, di molti dei quali ha fino ai nostri giorni conservato viva memoria.

Tra le più popolari di tali martiri va annoverata Sant'Eulalia, una coraggiosa giovinetta che ai primi inizi del IV secolo, mentre era imperatore Diocleziano, seppe immolare la sua vita per la fede, senza mai vacillare dinanzi alle innumerevoli atroci torture che le inflissero nella città spagnola di Mérida, attuale capitale dell'Estremadura. Credo valga la pena soffermarci un poco su questa martire, la cui devozione ha intriganti riferimenti a noi Fatebenefratelli.

Tramandato a voce per secoli, il racconto del martirio di Eulalia è andato perdendo di precisione, fino al punto forse di duplicarsi. Talora anche la grafia del nome della martire, che è latino ma ha origine greca e significa "colei che parla bene", s'è andato modificando man mano che le lingue locali sostituivano il latino: mentre, ad esempio, è rimasto immutato in italiano, inglese, tedesco, olandese, polacco, rumeno, spagnolo e catalano, è divenuto *Eulalie* in francese, *Eularia* in portoghese, *Olaya* in asturiano e *Olalla* in galiziano.

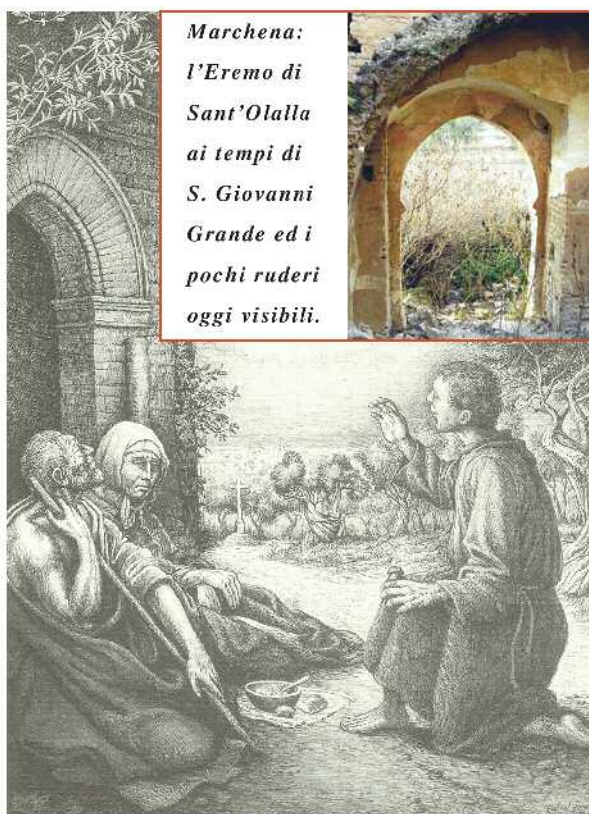
Anche se è tipica del galiziano, l'accezione *Olalla* è abbastanza

diffusa anche in altre regioni della Spagna, tanto che un celebre poeta spagnolo dei nostri tempi, Federico García Lorca, che era dell'andalusia, nel suo "Romancero Gitano", edito nel 1928, intitolò *Martirio de Santa Olalla* il poema in cui descrisse

dopo avervi iniziato ad assistere due poveri, decise di consacrarsi per sempre ai poveri ed ai malati.

Dalla Spagna la devozione alla martire si diffuse rapidamente in America Latina, sia nella dizione ufficiale di Eulalia, sia in quella parallela asturiana o galiziana, e divenne tra le più popolari. Se, per esempio, ci leggiamo lo scarno calendario dei santi inserito dal cronista peruviano Felipe Guaman Poma de Ayala nel memoriale composto verso il 1615 per il re di Spagna, al 10 dicembre c'è Sant'Eulalia di Mérida scritta come *Olalla* e poi in più al 12 febbraio c'è anche la Sant'Eulalia di Barcellona, scritta come *Yulalia*.

Sulla reale esistenza di questa seconda Eulalia va detto che in Europa proprio in quello stesso secolo i Bollandisti iniziarono a segnalare dubbi. Essi, che fin dal 1643 s'erano dedicati a verificare le biografie dei Santi redigendo gli *Acta Sanctorum* di ogni mese, quando nel 1658 pubblicarono il secondo volume di febbraio, nelle pp. 576-580 dettero ampio spazio sia alla biografia di Sant'Eulalia di Barcellona, sia al rinvenimento del suo corpo nell'anno 878 in una chiesa poco fuori la città ed al suo solenne trasferimento in cattedrale dove, quando venne riedificata, fu nel 1339 posta nella



*Marchena:
l'Eremo di
Sant'Olalla
ai tempi di
S. Giovanni
Grande ed i
pochi ruderi
oggi visibili.*

con commosso affetto le orribili torture che Sant'Eulalia subì a Mérida.

Sempre in Andalusia va citato, perché ha un riferimento a noi, il Romitorio di Sant'Olalla, sito poco fuori Marchena e che fu testimone del mutamento di rotta nella vita del nostro San Giovanni Grande poiché proprio lì,



Flagellazione di S. Eulalia di Mérida (da un retablo del Museo Diocesano di Burgos).

cripta nell'attuale sarcofago di alabastro, però precisarono che alcuni studiosi giudicavano il racconto del martirio di questa Sant'Eulalia come un fantasioso doppione di quello di Sant'Eulalia di Mérida, poiché i due racconti erano troppo identici non solo per l'età ed il comportamento della protagonista e per l'epoca in cui visse, ma perfino per le fasi della complessa tortura, con la sola differenza del giorno e del luogo del martirio.

In effetti, confrontando le fonti più antiche, quella di Sant'Eulalia di Mérida è un poema latino dedicatogli da Prudenzio, un autore spagnolo morto verso il 410 e dunque in tempi ancora abbastanza vicini ai fatti, mentre molto più tardiva è quella di Sant'Eulalia di Barcellona, che è un inno pervenutoci tramite la liturgia mozarabica e che fu composto da Ciriaco, vescovo di Barcellona dal 656 al 666.

Queste critiche degli eruditi non scalfirono però la devozione dei fedeli, che fino ad oggi hanno continuato a venerare entrambe le martiri. Perfino il *Martirologio Romano*, che è il libro liturgico

ufficiale che la Chiesa Cattolica usa per commemorare i Santi di ciascun giorno dell'anno, ha fino all'edizione del 1959 riportato alla data del 12 febbraio la memoria anche di "Sant'Eulalia, martire di Spagna per proclamare la sua fede in Gesù Cristo"; solo nell'edizione totalmente riveduta dopo il Concilio Vaticano II e la cui traduzione italiana fu il 14 settembre 2006 approvata dalla Conferenza Episcopale, è stato ritenuto prudente omettere la memoria di questa Eulalia del 12 febbraio e lasciare solo quella dell'Eulalia del 10 dicembre.

Sfogliando la pagina di febbraio degli odierni calendari, non pare che questa misura cautelare del *Martirologio Romano* sia stata recepita, ma se qualche fedele che festeggiava l'onomastico il 12 febbraio restasse perplesso nel leggere queste mie righe, più avanti scoprirà che per caso la Chiesa gli ha già offerto una soluzione col proclamare Beato lo scorso 29 novembre 2008 un cubano che era un nostro confratello.

Questo nostro Beato nacque a Cuba da genitori ignoti e fu abbandonato in un orfanotrofio della capitale popolarmente detto *Casa Cuna* (= *Casa Culla*), in quanto nell'atrio c'era un apposito sportello con una ruota girevole e provvista di culla nella quale, di solito a notte inoltrata per meglio passare inosservati, la gente veniva ad abbandonarvi i neonati e poi spariva, non prima d'aver rigirato verso l'interno la ruota e suonata la campanella affinché il personale accorresse a prendersi cura di quella nuova creatura, sfuggita in tal modo all'aborto e della quale si garantiva non solo lo svezzamento ma perfino l'istruzione scolastica, a quei tempi privilegio di pochi.

La storia di quell'orfanotrofio, fondato giusto tre secoli or sono,

è abbastanza singolare e merita accennarla. Punto di partenza fu la costernazione della gente, in quei tempi ancora assai sensibile al valore della vita nascente, nell'apprendere che un neonato, gettato in strada dai genitori, era stato divorato dalle bestie. Per impedire il ripetersi di fatti tanto atroci, l'allora vescovo di Cuba, mons. Diego Evelino Hurtado de Compostela, pensò d'aprire un orfanotrofio e chiese al re di Spagna d'approvare il progetto. La distanza dalla madre patria e la lentezza burocratica fecero sì che la richiesta fosse accolta con Regio Decreto del 16 maggio 1705, quasi un anno dopo la morte del proponente, deceduto il 29 agosto 1705. Se n'occupò perciò mons. Girolamo Valdés, suo successore, che giunse a Cuba il 13 aprile 1706.

Mons. Valdés, che era nato nel 1646 ad Aramil nelle Asturie, era un monaco basiliano, già Provinciale e titolare della cattedra di Teologia nell'Università di Alcalá. A Cuba si distinse per zelo e ricchezza di iniziative, finché la morte lo colse il 29 marzo 1729 a L'Avana e vi fu sepolto, come da lui chiesto, nella Chiesa della Spirito Santo. Nel 1760, durante alcuni lavori di ristrutturazione di tale Chiesa, il sepolcro fu traslocato e se ne perse traccia, finché fu di nuovo localizzato nel 1936 e poi nel 1961 digni-



Barcellona: sarcofago di S. Eulalia.

tosamente ricostituito nel sito originario.

Quest'attenzione nella capitale cubana a mantener vivo il ricordo di mons. Valdés anche ai nostri giorni si spiega soprattutto per le sue benemeritenze sociali, avendo fondato nel 1711 l'Orfanotrofio, nel 1718 il Convalescenziario di Belén e nel 1722 l'Ospedale di San Lazzaro.

L'Orfanotrofio, che ufficialmente ebbe il nome di *Casa de Niños Expósitos de la Habana*, ma per brevità chiamato da tutti *Casa Cuna*, costò 16.000 pesos ed era situato nel Convento di Santa Teresa, dove fu posto sotto la protezione di San Giuseppe, sicché nella Cappella fu messo un quadro del Santo mentre in sogno l'Angelo gli diceva "Accipe puerum", che son le parole latine del Vangelo (Mt 2, 13) con cui fu invitato a prendere il Bambinello ed a metterlo in salvo in Egitto, per sottrarlo agli intenti omicidi di Erode.

L'Orfanotrofio fu trasferito nella *Real Casa de Beneficencia* nel 1852 e dalla fusione nacque la *Real Casa de Beneficencia y Maternidad de La Habana*, che conservò poi tal nome, tranne l'aggettivo *Real*, anche dopo la fine del dominio della Spagna e la nascita della Repubblica Cubana. Nella versione cinematografica del romanzo di Graham Greene "Il nostro agente all'Avana", che fu interpretato da Alec Guinness nel 1959, l'edificio della Casa di Beneficenza, ancora in feconda attività grazie alle Suore della Carità di San Vincenzo de' Paoli, compare in varie sequenze, dove viene però fatto passare come la scuola frequentata dalla giovane amica dell'attore.

Oggi l'edificio non esiste più, sostituito nel 1982 dall'*Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Her-*



S. Eulalia, Patrona di Barcellona.

manos Ameijeiras". Solo una piccola targa ricorda ai passanti la Casa Cuna, ma il ricordo imperituro è dato da quanti, nello scorrere dei secoli, vi sono stati riscattati da un destino di morte ed aiutati ad inserirsi nella società. E qui merita ricordare i numerosi di loro che, dopo aver beneficiato dello spirito di carità che regnava nella Casa Cuna, decisero d'improntare la propria vita a tale spirito, diffondendolo tra i malati mediante la propria consacrazione al Signore come Fatebenefratelli. Nel nostro Albo d'Oro è facile riconoscerli perché portano tutti lo stesso cognome Valdés, il che è un dettaglio che va ad onore del vescovo Valdés.

Bisogna infatti sapere che nella cultura europea, e di riflesso in quella coloniale, era usuale un tempo attribuire ai neonati senza genitori ufficiali un cognome di fantasia, legato alle esigenze anagrafiche, ma che purtroppo bollava per sempre tali persone, additandoli come figli illegittimi. A Napoli, ad esempio, gli si dava il cognome Esposito, equivalente al cognome spagnolo *Expósito*; a Roma quello di Proietti; a Firenze quello di Diotallevi e così via, in

base al termine locale usato per indicare i trovatelli. Mons. Valdés decise di ribellarsi a questo atroce uso e dispose che nel suo Orfanotrofio tutti i figli di nessuno assumessero per l'anagrafe lo stesso cognome Valdés che aveva lui. La generosa direttiva continuò ad essere applicata per secoli e solamente con l'avvento dell'attuale regime castrista si smise di attribuire ai trovatelli della *Casa Cuna* il cognome del vescovo Valdés e si preferì dar a ognuno un cognome scelto a caso dall'elenco telefonico.

Normalmente il trovatello era abbandonato nella ruota assieme ad un foglietto con scritto il giorno della nascita e l'annotazione che non era stato ancora battezzato, poiché col Battesimo la famiglia rischiava d'essere individuata. Al Battesimo si provvedeva perciò nell'Orfanotrofio ed anche qui la santa astuzia del vescovo Valdés suggerì di dare almeno due nomi di Battesimo, di cui il primo per i maschietti era solitamente Giuseppe, in onore del Santo Patrono della Casa, e l'altro variava per poter distinguere gli orfanelli tra loro.

Il doppio nome di Battesimo era per meglio nascondere lo stato civile. Poiché nell'uso spagnolo è richiesto per gli atti ufficiali fornire nome di Battesimo e cognome sia del padre sia della madre, se qualcuno pone un solo cognome, si autoqualifica come illegittimo. Quando ci si presenta tra amici, se uno, senza specificare, dice tre nomi, chi ascolta riterrà che il primo sia quello di Battesimo, il secondo il cognome del padre ed il terzo quello della madre. Di ciò ne profittavano i trovatelli che, se parlando dovevano presentarsi, snocciolavano uno dopo l'altro i due nomi di Battesimo ed il loro unico cognome, con la speranza che si creasse

l'equivoco e che nessuno chiedesse chiarimenti.

Questo è il motivo che nello scorrere l'elenco dei numerosi Valdés che entrarono nel nostro Ordine, scopriremo che avevano sempre due nomi di Battesimo. Anche se nella documentazione personale risultano ben distinti i nomi dai cognomi, nelle relazioni interpersonali, specie esterne, era facile il fraintendimento.

Per due di questi nostri Valdés cubani è stato avviato il Processo di Canonizzazione: fra Giuseppe Eulalio Valdés, nato a L'Avana il 12 febbraio 1820 e morto il 7 marzo 1889 a Camagüey; e fra Giacomo Oscar Valdés, nato a L'Avana il 6 gennaio 1891 e morto martire della fede il 7 agosto 1936 a Valencia durante la Guerra Civile della Spagna.

Si resta stupiti che mentre il primo entrò nell'Ordine quando a Cuba esistevano due Comunità di Fatebenefratelli, di cui una era proprio nella capitale, il secondo entrò in un momento di pausa di tale presenza, interrottasi con la morte appunto di fra Giuseppe Eulalio Valdés nel 1889 e ripresa solo nel 1941 con la costruzione di un Ospedale Psichiatrico nella capitale, seguita poi da altre due fondazioni, una nella capitale nel 1945 ed una a Camagüey nel 1992. Pare che fosse stata suor



Camagüey: l'urna del Beato Giuseppe Eulalio Valdés durante la Messa di Beatificazione.

Rosa Homr, di Comunità nella Casa Cuna, ad indirizzare la vocazione ospedaliera di fra Giacomo Oscar Valdés e del suo compagno fra Giuseppe Angelo Valdés, i quali assieme varcarono l'Oceano ed entrarono il 13 febbraio 1913 nel nostro Centro di Formazione a Ciempozuelos, in Spagna.

Quanto a fra Giuseppe Eulalio Valdés, dopo la sua nascita fu dapprima tenuto nascosto in casa e poi, dopo giusto 33 giorni, lo deposero nottetempo nella ruota con accanto un foglietto che diceva: *nato lo scorso 12 febbraio non è battezzato*. Al mattino, era il 15 marzo 1820, il cappellano lo battezzò e, in ossequio all'uso spagnolo di dar ai neonati il nome del santo del giorno in cui erano nati e visto che ricorreva il 12 febbraio Sant'Eulalia di Merida, gli impose tale nome, che scrisse però in asturiano, ossia Olayo, forse in omaggio all'asturiano vescovo Valdés, e v'aggiunse José, quale ulteriore nome come lì si faceva con tutti i trovatelli.

Crescendo presero a chiamarlo José Olallo, anche se nel registro battesimale figurava Olayo José, e

continuarono a chiamarlo così in Convento, sicché usava firmarsi in tal modo. La sua vita da frate la spese praticamente per intero nell'Ospedale di Camagüey, dove giunse il 13 aprile 1835 e non se ne mosse fino alla morte. Quando cominciò a presentarsi alle persone, la gente pensò che Olallo fosse il cognome paterno e perciò tutti lo chiamarono sempre padre Olallo. Fu tale per ben 54 anni la sua dedizione ai malati, che quando morì la città gli eresse un solenne monumento funebre con frasi di commosso elogio ed un ritratto marmoreo sul quale spiccava la sintetica indicazione anagrafica di "Padre Olallo". Nel 1901 vollero intitolargli la piazza dove sorgeva il suo Ospedale e nella lapide scrissero anche lì sinteticamente "Plaza del Padre Olallo".

La Chiesa il 29 novembre 2008 l'ha proclamato Beato ed ha deciso che nel calendario sia ricordato il 12 febbraio. Di solito è scelta la data della morte, che segna l'ingresso in Cielo, ma lui morì alla vigilia della festa di San Giovanni di Dio e, ad evitare un sovrapporsi di celebrazioni per noi Fatebenefratelli, è stato scelto il giorno della sua nascita terrena, il che è bello, poiché enfatizzare la nascita di un trovatello significa enfatizzare la dignità d'ogni vita umana: se sua madre avesse abortito Eulalio, oggi avremmo in Cielo un Beato in meno.

Un altro vantaggio di questa scelta di data è che chi usava festeggiare l'onomastico il 12 febbraio e magari nutriva qualche perplessità sull'esistenza di una Santa Eulalia martirizzata in tale data, ora potrà continuare a festeggiare in quel giorno, poiché coincide con la festa di un Beato Eulalio sulla cui esistenza non ci sono dubbi.



Camagüey: lapide della piazza intitolata al "Padre Olallo", frainteso come cognome.

SERVIR DIO SORRIDENDO

Fra Giuseppe Magliozzi o.h.

Nell'ultimo giorno di febbraio ricorre la santa morte del servo di Dio fra Guglielmo Gagnon, stroncato nel 1972 verso l'una del pomeriggio da un infarto cardiaco poche ore dopo esser stato ricoverato d'urgenza in una clinica della capitale del Vietnam.

Aveva trascorso in quella nazione quasi tutto il ventennio precedente, proprio mentre vi divampava la lunghissima Guerra d'Indipendenza, riuscendo ad esservi il pioniere della presenza del nostro Ordine ed ad impiantarvelo con tale saldezza che i Fatebenefratelli del Vietnam sono stati i primi in Asia a divenire una Provincia autonoma e forse saranno anche i primi in Asia a vantare un nuovo Santo del nostro Ordine, essendo stato aperto fin dal 2000 il Processo di Canonizzazione di fra Guglielmo Gagnon.

Era nato il 16 maggio 1905 negli Stati Uniti a Dover (Manchester) da genitori canadesi, poi ritornati in patria, dove nell'ottobre 1930 entrò in contatto con i Fatebenefratelli, emettendo i Voti temporanei nel 1932 ed i solenni nel 1935. Già da Novizio si distinse per il suo viso sempre sorridente, motivato dalla convinzione, come poi confidò una volta al suo Provinciale, che *"oggi e sempre, il buon Dio va servito col sorriso"*.

Nell'ultima foto che abbiamo di lui, scattata giusto tre giorni prima della morte nel nostro Ospedale della Madonna del Buon Consiglio che egli aveva fondato nel distretto di Dong Nai (allora Biên Hòa), quel sorriso aleggia ancora sulle sue labbra, nonostante fosse allettato perché reduce da un primo infarto e bisognoso perciò d'essere assistito da fra Pasquale Clément, che vediamo premuroso alle sue spalle.

Proprio al sorriso di tale ultima foto ha voluto ispirarsi il pittore

Eladio S. Santos quando nel 2000 ne eseguì per la Cappella del Noviziato di Amadeo un grande ritratto su tela, che qui riproduciamo insieme alla foto che l'ispirò.

Il Servo di Dio è raffigurato con l'abito religioso bianco che i frati usano in clima tropicale e con in braccio un fanciullo ferito ad una gamba. Affianco ha un altro ragazzo vietnamita, che ha trasformato in giocattolo un rocchetto vuoto di cerotto e riesce a sorridere, contagiato dal suo paterno sorriso.

Nello sfondo si vede il monumento alla Sacra Famiglia, offerto nel 1971 dalla mamma di fra Giovanni di Dio Spénard, che era in quel momento il Delegato Provinciale del Vietnam. Fra Guglielmo prediligeva sostarvi in preghiera e amava porvi fiori.

Egli fu seppellito proprio in quel suo angolino preferito, segnalandone la fossa con una semplice lastra tombale, sulla quale si leggono in vietnamita le principali date della sua vita e gli anni trascorsi in Missione; in calce v'è l'emblema dell'Ordine e, a



Il servo di Dio fra Guglielmo Gagnon (1905-1972).

grossi caratteri, la frase: *"Proclamò che questa terra era la sua Patria"*. Quella tomba è da tempo divenuta meta di schiere di devoti, come testimoniato dalle molte iscrizioni votive, postevi accanto da coloro che hanno ricevuto grazie per sua intercessione.



L'ultima foto di fra Guglielmo Gagnon, scattata il 25 febbraio 1972.

RINOFIMA

Dante Caliento

È una malattia multi fattoriale in cui giocano fattori estrinseci: dietetici (alcool, thè, caffè...), climatici (esposizione prolungata al sole), infettivi; e fattori intrinseci: ereditarietà, disturbi gastrointestinali, stress. Rappresenta la complicità o lo stadio finale di una patologia dermatologica molto diffusa, l'acne rosacea, dovuta a un progressivo e incontrollato aumento numerico e dimensionale delle ghiandole sebacee (iperplasia e ipertrofia), che conferisce al naso un aspetto arrossato, spugnoso, bozzoluto.

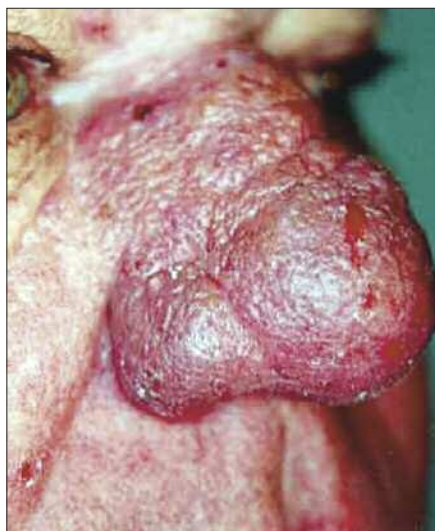
Nel 1845 Hebra è stato il primo a denominare e classificare le caratteristiche macroscopiche di tale patologia rappresentata da un'ipertrofia antiestetica dei tessuti molli del naso che, nelle forme più gravi, può arrivare a colpire il mento, l'orecchio e le guance. Questa dermatosi ha evoluzione benigna e colpisce quasi esclusivamente il sesso maschile; l'esordio è tardivo infatti i primi segni possono essere evidenti intorno ai 45-50 anni e ha un lentissimo decorso progressivo.

Clinicamente si presenta come un ispessimento irregolare della cute che riveste il naso. Si notano sempre: pori dilatati, iperattività sebacea, dilatazioni capillari e venulari arboriformi. A tutto questo segue una disorganizzazione nella disposizione dell'epitelio, blocco dei dotti ghiandolari e conseguente rialzamento e irregolarità della superficie cutanea.

Normalmente la piramide nasale è colpita nella sua parte cartilaginea interessando il lobulo e le ali mentre il sottosetto e il margine libero delle narici sono meno interessati. Il rino-fima, a seconda delle lesioni macroscopiche in esso presenti, viene

distinto in forma ghiandolare sebacea e forma teleangectasica fibrosa; mentre, in base ai vari momenti patogenetici in cui si considera la lesione, viene classificato in: vascolare semplice, ipertrofico diffuso moderato, a noduli localizzato, ipertrofico diffuso grave e ipertrofico diffuso grave con noduli localizzati.

Non esiste un trattamento medico farmacologico per questo inestetismo che, una volta instauratosi, deve essere eliminato con procedure chirurgiche (tecnologie ablative) a cui deve seguire un rimodellamento della piramide nasale. In passato le parti da rimuovere venivano trattate con la dermoabrasione chirurgica; gli strati ghiandolari in eccesso venivano asportati mediante microfrese meccaniche.



Oggi, grazie allo sviluppo di nuove tecnologie laser molto sofisticate, è possibile correggere questo inestetismo in modo eccellente soprattutto se si interviene precocemente. Si utilizza in particolare il laser CO₂ ultrapulsato e il laser Erbium in maniera molto simile a quanto avviene per le rughe del volto. Dopo un primo passaggio del laser CO₂ sull'intera superficie allo scopo di ottenere una completa disepitelizzazione dell'area si passa alla spremitura manuale delle ghiandole sebacee.

A conclusione di questa manovra i tessuti nasali appaiono più morbidi e maneggevoli e quindi più facilmente rimodellabili. Sempre il laser CO₂ può essere quindi utilizzato in modalità chirurgica-focalizzata al fine di asportare le deformità presenti. La superficie viene poi finemente regolarizzata mediante ripetuti passaggi con laser CO₂ e laser Erbium che permette la rimozione dei residui carboniosi derivati dal CO₂ e quindi una maggiore rapidità di guarigione.

Questa procedura provoca un sanguinamento modesto poiché il CO₂ ha capacità coagulative, mentre il danno termico dello stesso laser è in grado di ridurre il numero e la gravità delle recidive. Con questa eccezionale metodica è infatti possibile ridare al naso un profilo quasi perfetto eliminando le zone malate mediante la vaporizzazione delle strutture ghiandolari.

L'intervento è semplice e non necessita di ricovero perché non si utilizza alcuna anestesia generale. Subito dopo l'intervento il naso appare di dimensioni normali. A riepitelizzazione completa il paziente dovrà applicare una fotoprotezione totale allo scopo di ridurre i rischi di pigmentazione post-infiammatorie. I risultati sono ottimi ed è possibile sottoporsi a questi trattamenti anche presso le Cliniche dermatologiche ospedaliere. ■

DALLA POSSESSIONE DIABOLICA ALL'INCONSCIO

IX - Patologia della vita di relazione

Fabio Liguori

Le conoscenze sulle malattie dell'uomo primitivo sono molto scarse e frammentarie, ma è indubbio che anche in quelle lontane epoche si siano manifestati disturbi psichici condizionati da una vita che, tra impenetrabili misteri e angoscianti paure di fronte ai grandiosi eventi naturali, favoriva credenze magiche e fantasie animistiche (ogni cosa dipendere da spiriti benefici o malefici).

Nella società greca e romana la patologia della vita di relazione (folia) era considerata una punizione divina. Ippocrate fu il primo ad attribuirle un significato simile a quello odierno, con tentativi di cura mediante erbe (elleboro).

Tra il medioevo e l'età moderna l'interpretazione della follia muterà in *possessione* da parte di spiriti maligni e del diavolo. Trascurando cerimoniali e mezzi coercitivi suggeriti dalla magia, regole dietetiche che ben poco avevano di terapeutico e salassi di cui si faceva un incredibile abuso, bisognerà attendere la fine del '700 e l'800 affinché alla medicina scientifica si affianchi una disciplina che attiene al *comportamento dei singoli individui nella vita di relazione*, tesa ad affrontare il dramma delle malattie mentali in termini umanitari: la *psichiatria*.

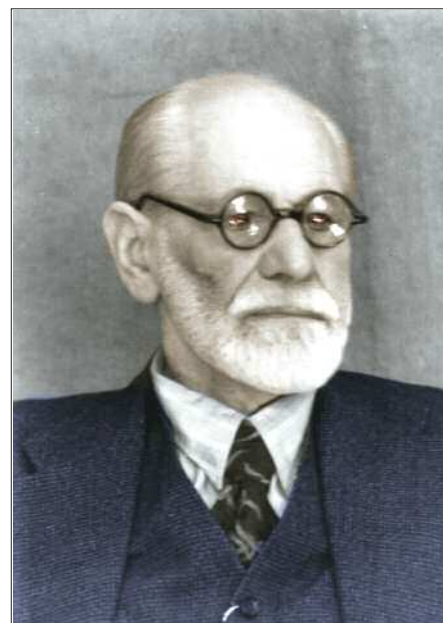
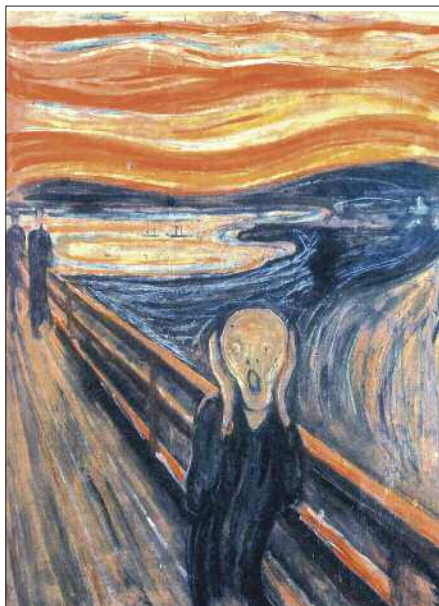
Fu il francese Philippe Pinel (1745-1826) a intuire la componente organica della demenza, e l'incidenza di fattori psichici sulla genesi e il decorso di molte patologie (in particolare del sistema gastro-enterico e cardio-vascolare). Nel 1795, nell'ospedale Salpêtrière di Parigi, Pinel libererà gli alienati dalle loro catene: ma nel frattempo, migliaia di donne affette da malattie mentali saranno

state accusate di essere "indivolate" e condotte al rogo.

Da quella data l'attenzione si rivolgerà alla neurofisiologia nella ricerca di sintomi che permettessero di accertare (o escludere) una simulazione: l'*isterismo*, quella forma psiconeurotica che affonda le radici nella suggestionabilità, premessa per l'induzione ipnotica come terapia.

Tuttavia, non sempre la scoperta delle cause e lo studio anatomo-neurologico si dimostreranno sufficienti a spiegare le malattie mentali. L'austriaco Sigmund Freud (1856-1939) era convertito all'ipnotismo, impressionato dalla "*possibilità che potessero esserci importanti processi mentali celati alla consapevolezza umana*": ben presto scoprirà che, rispetto all'ipnosi, l'indagine più realistica era l'interpretazione di quanto i pazienti dicevano e facevano. Nasceva così la *psicanalisi*.

Inizialmente questa teoria si basava sul presupposto che i processi psichici si svolgessero a livelli di



Sigmund Freud.

coscienza diversi: quell'insieme cioè di proibizioni che, instillate nell'uomo fin dall'infanzia, l'accompagnano per tutta la vita anche se in forma inconsapevole. Di natura prevalentemente sessuale, le pulsioni sono rimosse dalle istanze morali e sociali; ma la mancata estrinsecazione provoca fenomeni di compenso spesso inadeguati, quali i sogni (desideri repressi), i lapsus (atti mancati), il transfert (odio e amore), la sublimazione (arte, religione), e i ben noti complessi (di Edipo, d'inferiorità). Le malattie mentali risulterebbero quindi curabili qualora si porti il paziente a riconoscere i propri conflitti inconsci.

Per opera dello stesso Freud l'originaria tematica sessuale subirà una trasformazione metafisica: la storia dell'umanità interpretata come una continua lotta fra l'istinto della Vita e l'istinto della Morte.

Basata su conoscenze neurofisiologiche, la psichiatria abbraccia dunque l'ambito medico-farmacologico, psicologico e sociale del comportamento dell'individuo. Si occupa pertanto della prevenzione, cura e riabilitazione del malato "mentale" differenziandosi dalla *psicologia*, che studia il comportamento dell'individuo (e i suoi problemi psichici) *in rapporto al proprio vissuto*. ■

“GRATUITAMENTE AVETE RICEVUTO. GRATUITAMENTE DATE” (MT 10,8)

Fra Massimo Scribano o.h.

Prosegue l'esperienza di servizio all'Istituto san Giovanni di Dio di Genzano. Un gruppo di 30 giovani provenienti dall'Ospedale Buccheri La Ferla - Fatebenefratelli di Palermo, hanno sperimentato cosa vuol dire servizio e volontariato insieme a momenti di riflessione e condivisione sul significato della sequela di Cristo e del valore del donarsi gratuitamente.

L'Esperienza di servizio natalizio svoltosi dal 27 al 30 dicembre 2010 ha chiarito il senso della vita e la qualità di essa. Abbiamo accolto i giovani, accompagnati da suor Serena e suor Maria, consorelle che prestano il loro servizio nella nostra casa di Palermo, con un momento di agape fraterna. Abbiamo avuto la presenza di suor Anna, segretaria provinciale delle Suore Ospitaliere del Sacro Cuore di Gesù fondate dal nostro confratello san Benedetto

Menni, che ha condiviso con noi questi giorni intensi e ricchi di entusiasmo e la presenza delle Suore Francescane del Cuore Immacolato di Maria nella persona di suor Dany.

La centralità di questa Esperienza sono stati il momento della Celebrazione Eucaristica, la Penitenziale e la Veglia, momenti in cui Dio ha parlato al nostro cuore e ha dettato le leggi dell'amore, come solo Lui sa fare. Con noi hanno condiviso l'esperienza la Diocesi di Albano con la presenza di don Gualtiero, economo della Diocesi per la Celebrazione Eucaristica e altri sacerdoti, tra cui don Carlo vice Parroco della Chiesa SS. Trinità di Genzano durante la Veglia.

Il tema dell'Esperienza, *Ho una bella notizia ... Io l'ho incontrato*, ha suggerito gli spunti di meditazione durante le giornate scandite dal Servizio con gli Ospiti della Casa e

dai lavori di gruppo. Giorni intensi e dal carattere forte e piacevole soprattutto quando vedevi nei giovani il sorriso per aver donato il proprio tempo, in modo totalmente gratuito, quasi rispondendo al richiamo di Gesù: *“Gratuitamente avete ricevuto. Gratuitamente date”*.

L'apporto che ci è stato dato dagli educatori, guidati dal dr. Guarano, ha sostenuto e integrato in modo positivo, l'attualizzarsi degli obiettivi dell'esperienza e delle attività di laboratorio che si sono svolte.

Il tema della solidarietà e del volontariato è molto forte nei giovani e invito a chiunque legge questa pagina di potersi mettere in contatto con noi, progettare delle esperienze di questa tipologia e realizzare dei giorni di esperienza con gli Ospiti della Casa di Genzano.

I miei ringraziamenti vanno al superiore, fra Benedetto Possemato, alla Direzione Sanitaria e Amministrativa, alla Società Vivenda per il supporto culinario, al servizio degli Educatori Professionali, al coro che ha animato egregiamente le Celebrazioni Eucaristiche e agli Ospiti della Casa.

Cari giovani, a voi mi rivolgo, siate il sale della terra e la luce del mondo. Il nostro fondatore, san Giovanni di Dio, che ha realizzato e incarnato il Carisma dell'Ospitalità possa entrare nella vostra vita e renderla entusiasmante e viva col cuore aperto e disposto all'ascolto della Parola di Dio.

Per informazioni sulle esperienze di servizio potete scrivere o telefonare a:

Fra Massimo Scribano, Ospedale Buccheri La Ferla - Fatebenefratelli
Via Messina Marine, 197 - 90123
Palermo

E-mail: vocazioni@fbfgz.it

Cell. 338 - 2509061

Facebook: Centro Pastorale Vocazionale Fatebenefratelli

You Tube: FBFCentroVocazioni





UNITÀ OPERATIVA DIPARTIMENTALE SEMPLICE DI GENETICA MEDICA

Ottenuta la certificazione di qualità

Viola Alesi - Marta Bertoli

L'Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Genetica Medica svolge dal 2008 attività di Diagnostica Citogenetica e di Genetica Clinica in collaborazione con diversi servizi dell'ospedale, in particolare con tutto il dipartimento Materno Infantile.

Il 10 gennaio scorso ha ufficialmente ritirato il certificato di qualità che ne attesta la conformità a livello internazionale rispetto alle normative ISO 9001:2008 e 15189.

La certificazione ha avuto luogo in seguito alla verifica dell'intera procedura clinico-analitica da parte dell'Ente indipendente e accreditato Bureau Veritas (ente riconosciuto a livello internazionale, leader nella sanità per la valutazione e analisi dei rischi legati alla qualità, all'ambiente, alla salute, alla sicurezza e alla responsabilità sociale) che, su richiesta del laboratorio stesso, il 3 dicembre scorso si è impegnato a visionare la struttura e i protocolli operativi attuati.

La verifica ha avuto come oggetto:

“SANITÀ SICURA” Sistema integrato per la gestione dei laboratori di analisi clinica basato sulle norme internazionali: **UNI EN ISO 15189:2007** - Laboratori medici - Requisiti particolari riguardanti la qualità e la competenza, **UNI EN ISO 9001:2008** - Sistemi di Gestione per la Qualità, e **Accreditamento SIGU (Società Italiana di Genetica Umana) SIGUCERT**.

Gli ispettori inviati per il controllo di qualità sono stati accolti con entusiasmo dallo staff di laboratorio, in un clima di confronto costruttivo e produttivo, con lo scopo ultimo di arrivare alla costruzione graduale di un sistema gestionale trasparente ed efficiente a completo servizio e vantaggio del cittadino.

Il tema della qualità, intesa come garanzia di efficienza nel servizio erogato, sta infatti diventando il centro di un crescente interesse anche da parte del paziente che chiede di essere informato e poter scegliere in maniera consapevole riguardo la propria salute.

«Certificare una realtà come “un'azienda sanitaria” è funzionale alla sua riorganizzazione in un'ottica di miglioramento continuo, ovvero alla razionalizzazione ed efficienza dei processi (amministrativi e sanitari), delle risorse umane e delle strutture, a beneficio della sicurezza del paziente e dell'operatore sanitario. Innesca dunque un percorso di nuova consapevolezza a tutti i livelli” - ha sottolineato il dott. Dutto, responsabile della Divisione Sanità e Servizi Sociali di Bureau Veritas - “l'esistenza di prassi “certificate” come efficienti e sicure, condivise a tutti i livelli, costituisce la premessa fondamentale per prevenire tutti i possibili rischi e consentire un ottimo lavoro di squadra a livello sanitario come a livello amministrativo».

“Alla base della norma ISO c'è la soddisfazione del cliente - commenta



il dott. Novelli responsabile dell'Unità Operativa - per noi quindi non rappresenta un punto d'arrivo, bensì uno stimolo in cui trovare il valore aggiunto del servizio e su cui costruire il proprio livello qualitativo. L'obiettivo raggiunto valorizza la nostra struttura e rappresenta un impegno nel tempo, volto alla soddisfazione dei cittadini utenti e al miglioramento continuo dell'attività”.

Anche i rappresentanti delle altre strutture direzionali e organizzative dell'ospedale hanno espresso la loro soddisfazione per il percorso di certificazione iniziato dalla Genetica Medica, ritenuto un ulteriore passo per mantenere e migliorare il livello e le garanzie dei servizi offerti ai cittadini, sempre nel rispetto della missione dell'Ordine ospedaliero.

Nell'ambito della stessa verifica per la qualità il centro di genetica ha inoltre richiesto e ottenuto l'accREDITAMENTO della Società Italiana di Genetica Medica (SIGU) per le attività di Citogenetica e Genetica Clinica, dimostrando la piena attenzione delle proprie procedure diagnostiche alle linee guida nazionali.

L'ottenimento della certificazione di qualità segna un importantissimo traguardo per la struttura, proiettando il laboratorio verso una realtà più ampia e inserendolo a pieno diritto tra i centri di riferimento nella diagnosi genetica. ■



IL SUPERIORE GENERALE DEI FATEBENEFRAPELLI, NOMINATO MEMBRO DEL PONTIFICIO CONSIGLIO PER GLI OPERATORI SANITARI

Fra Angelico Bellino o.h.

L' *Osservatore Romano* del 5 gennaio 2011, in prima pagina, ha pubblicato tutti i componenti nominati membri e consultori del Pontificio Consiglio, e tra questi come membro il nostro superiore generale, fra Donatus Forkan, e come consultore il dott. Daniel A. Cabezas Gomez, psichiatra presso l'Ospedale san Giovanni Calibita dei Fatebenefratelli all'Isola Tiberina in Roma. È doveroso ricordare che prima dell'attuale Superiore generale, come membro del Pontificio Consiglio era stato nominato il precedente superiore generale, fra Pascual Piles Ferrando, ora superiore provinciale della Provincia spagnola d'Aragona.

Lo scorso 11 febbraio 2010, il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari ha compiuto 25 anni. Infatti il "Servo di Dio" Giovanni Paolo II, che verrà beatificato il prossimo 1° maggio, lo istituì l'11 febbraio 1985 con il Motu Proprio *Dolentium Hominum* -sul senso cristiano del dolore- come Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari e, successivamente, con la riforma della Curia Romana, il 28 giugno 1988 con la Costituzione Apostolica *Pastor Bonus*, come Pontificio Consiglio degli Operatori Sanitari.

Attualmente, il presidente del Pontificio Consiglio è S.E. mons. Zygmunt Zimowski, segretario S.E. mons. José L. Redrado dei Fatebenefratelli e sotto-segretario, mons. Jean-Marie Musivi Mpendawatu.

Giovanni Paolo 2° è stato il primo Papa a ritenere che la Chiesa (Curia Romana) disponesse di uno strumento come questo per promuovere e animare la pastorale della salute. A Roma, Giovanni Paolo 2° ha visitato anche tutti gli ammalati dei due ospedali dei Fatebenefratelli, il san Giovanni Calibita all'Isola tiberina e il san Pietro sulla via Cassia, manifestando la sua sollecitudine per il mondo della sofferenza, dei malati e degli operatori sanitari: medici, infermieri, volontari, cappellani, religiosi e religiose.

La redazione di Vita Ospedaliera si rallegra per la nomina ed è certa che porterà il suo prezioso contributo di esperienza al servizio della Chiesa, che, attraverso i suoi figli e tutta la Famiglia ospedaliera si china ad alleviare le sofferenze di chi soffre nel corpo e nello spirito. ■



OSPEDALE SACRO CUORE DI GESÙ - BENEVENTO

INCONTRI DI DERMATOLOGIA E MEDICINA ESTETICA

Antonia G. Galluccio

Con il 18 dicembre 2010 si è concluso il ciclo di sette incontri, di Dermatologia e di Medicina Estetica, presso il Centro Congressi dell'Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" - Fatebenefratelli di Benevento, iniziati il 15 maggio scorso, con i titoli: *'The future is open'* e *'Chronic inflammatory diseases in dermatology, rheumatology, gastroenterology. New therapeutic strategies'*.

Essi sono nati dalla collaborazione con i Medici di Medicina Generale, SamniumMedica, di Benevento e con le Università La Sapienza, Tor

Vergata, Campus Biomedico di Roma, Bari, san Raffaele di Milano e Federico II di Napoli.

Le malattie dermatologiche sono sempre più frequenti. Esse hanno un andamento cronico che determina, nel tempo, un forte impatto sul benessere psico-fisico dei pazienti e grave disabilità, per cui si impone la ricerca di nuovi approcci, la riorganizzazione dei sistemi di cura e l'individuazione di innovativi percorsi assistenziali e di riabilitazione. Per cui le malattie della pelle si intersecano spesso con altre branche della Medicina.

Gli incontri hanno raggiunto l'obiettivo di aggiornare su tutti gli aspetti rilevanti in tema di alcune fra le più importanti patologie dermatologiche, di evidenziare i progressi scientifici conseguiti nella conoscenza delle patologie e dei successi terapeutici, ma anche valutare un grande esempio di sperimentazione gestionale, riconosciuto per il valore innovativo dalla Comunità Europea, rappresentato dal progetto Psocare, uno studio di valutazione sull'efficacia dei nuovi farmaci per il trattamento della psoriasi, i farmaci biologici, frutto della collaborazione tra AIFA, Società Scientifiche, Associazione dei pazienti e Centri Clinici di eccellenza.

L'appuntamento dell'11 dicembre scorso è stato interamente dedicato alla vitiligine, una patologia che colpisce nel mondo oltre 100 milioni di

persone, di tutte le età e di entrambi i sessi. L'incontro scientifico è stato realizzato in collaborazione con la U.O. di Dermatologia dell'Ospedale san Raffaele di Milano, coordinato dal prof. Santo Raffaele Mercuri.

Il 18 dicembre ha visto protagoniste la Medicina Estetica con i dott.ri Corrado Ferraris e Claudio Baldi dell'Ospedale san Pietro di Roma, la Dermatologia con i dott.ri Antonia Galluccio e Michele Pezza, la Pediatria con il dott. Flavio Quarantiello, la Dermochirurgia Estetica con il dott. Fabrizio Schonauer della

Università di Napoli - Federico II, e la scelta estetica del Make up con la sig.ra Nilla Liucci.

I sette corsi hanno avuto come obiettivo oltre alla formazione dei medici e degli infermieri, anche quella dei farmacisti del territorio e della ASL per la corretta prescrizione e vigilanza sui farmaci, allo scopo di garantire la salute pubblica. Inoltre importanti traguardi sono stati raggiunti grazie al lavoro congiunto che ha portato all'applicazione della terapia genica, alla messa a punto dei farmaci biologici, per la psoriasi, e alla

gestione di patologie complesse che richiedono sempre più competenze specialistiche interdisciplinari, ma anche sistemi organizzativi efficienti".

L'impegno, cominciato nel 2010 dalla Unità Operativa di Dermatologia del nostro Ospedale, continuerà a favorire, nel 2011, lo scambio culturale e tecnico-scientifico tra specialisti per nuove ed efficaci strategie terapeutiche, anche attraverso azioni concrete che vanno dallo studio del recupero delle professionalità a quello della ottimizzazione delle risorse. ■

FESTA DEL PREMATURO

Gennaro Vetrano

Anche quest'anno, in occasione delle Festività Natalizie, i Collaboratori del Reparto di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" - Fatebenefratelli di Benevento, ha organizzato la "Giornata del bimbo prematuro". La manifestazione è giunta alla 7ª edizione e si è tenuta il 4 gennaio scorso alle ore 15,30 al Centro Congressi dell'Ospedale. Lo scopo, come è ormai tradizione, è quello di rivedere i piccoli, da noi assistiti, insieme ai loro genitori e familiari in un clima di festa e di gioia.

Il dott. Carrozza, responsabile dell'Area Amministrativa e AA.GG. dell'Ospedale, ha portato i saluti di benvenuto a tutti, a nome anche del superiore fra Angelico Bellino, e del direttore sanitario, dott.ssa Adriana Sorrentino, e ha messo in rilievo gli aspetti particolari della manifestazione, che non ha carattere scientifico o assistenziale, ma è a coronamento dell'umanizzazione e dell'ospitalità tipica dei "Fatebenefratelli". Il dott. Gennaro Vetrano, primario dell'Unità di Pediatria/Neonatologia/UTIN, nel ricordare brevemente le attività svolte dal reparto, ha ricordato e ringraziato tutti i Collaboratori, che, grazie all'impegno individuale e coordinato nell'ambito dell'équipe, consente di rag-

giungere gli ottimi risultati acquisiti. La signora Felicia Sabrina Dell'Anno, infermiera pediatrica dell'UTIN (Unità di terapia intensiva neonatale), ha ribadito nuovamente l'impegno di tutti i Collaboratori, sottolineando, in particolare la delicatezza e la difficoltà del lavoro dovute alla "fragilità" dei piccolini. Il dott. Angelo Maria Basilicata, da sempre impegnato nel mantenere vivi i rapporti con le famiglie e nell'organizzazione dell'evento, ha introdotto gli ospiti. I genitori hanno espresso soddisfazione e gratitudine per tutto quanto è stato fatto per i figli e per loro.

Quest'anno, inoltre, è intervenuta anche l'Associazione Genitori Ita-

liani e il presidente della Sezione Campana, ing. Gennaro Bernardo, ha invitato i genitori dei piccoli prematuri a unire le proprie forze per meglio rappresentare le esigenze particolari della categoria a livello politico. La dott.ssa Mariateresa De Mutiis, responsabile dell'Associazione di volontari "La Fabbrica dei Sogni" di Telese, ha parlato di umanizzazione e di "clown terapia" così come è svolta nel reparto di Pediatria e i suoi "clown" hanno giocato con i bambini. Con lo scambio degli auguri e dei doni siamo stati tutti insieme a testimonianza che l'amore dei Collaboratori della Neonatologia dell'Ospedale Fatebenefratelli verso i prematuri e chi è stato assistito in reparto non si esaurisce con la dimissione del bambino, ma continua anche dopo. ■





LA STORIA DI UNA MAMMA

Cettina Sorrenti

Daniela G. sta bene ed è tornata a casa tra i suoi affetti insieme alla sua bambina. Daniela è una giovane ragazza di 27 anni. La sua storia in Ospedale la conosciamo tutti. Anche se non l'abbiamo mai incontrata, tutti abbiamo sentito parlare di lei. Insieme al Servizio religioso, le siamo state vicine con la preghiera e con un continuo sostegno ai nostri colleghi sanitari che si sono presi cura della giovane mamma.

La vita di Daniela per diversi giorni è stata appesa ad un filo. Ecco la sua storia.

È stata ricoverata nella Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia per l'espletamento del parto alla quarantesima settimana di gravidanza, il decorso era stato nella norma. La piccola Martina sta bene.

Purtroppo per la neo mamma, alla seconda giornata dopo il parto si evidenziano i primi problemi. I medici osservano una piccola tumefazione in una parete vaginale, ma essendo l'emoglobina stabile e la paziente asintomatica, preferiscono il monitoraggio clinico ed ematologico.

La quarta giornata dopo il parto, per l'incremento delle dimensioni della tumefazione, i sanitari decidono di eseguire il drenaggio chirurgico e di procedere alla richiesta di sangue per il riscontro di elevati valori del PTT (uno degli esami della coagulazione). Il drenaggio scatena una violenta emorragia delle zone cruentate. I medici decidono di effettuare un altro intervento per ottenere un tamponamento compressivo degli spazi retro pubici e della fossa ischio-rettale di sinistra. Durante l'intervento vengono trasfuse più unità di

emazie concentrate e più flaconi di plasma.

Da quel momento a causa del persistere dell'emorragia vengono avviati degli esami specifici per chiarire la natura del deficit della coagulazione. Comincia un lavoro di collaborazione intensa tra diverse figure professionali. La dott.ssa Maria Rosa D'Anna, direttore dell'Unità di Ostetricia e Ginecologia che stava operando insieme ad altri suoi colleghi, chiama in sala operatoria il direttore dell'Unità Operativa Complessa di chirurgia generale, dott. Gaetano Salamone per un'ulteriore consulenza sull'intervento. Contestualmente in laboratorio si effettuano gli esami, è necessario conoscere nel più breve tempo possibile la causa. Il responsabile dell'ambulatorio di ematologia dott. Tommaso Gristina, a notte avanzata riesce a formulare la diagnosi, si tratta di emofilia acquisita post-partum, (la giovane mamma produce un auto - anticorpo contro il Fattore VIII bloccando in questo modo il meccanismo coagulativo). È una malattia che colpisce la popolazione tra lo 0,5 e l'1,2 casi per milione di abitanti all'anno. Di questi casi il 40% vengono registrati dopo il parto con una percentuale del 30% di morte. La diagnosi tempestiva salva la vita a Daniela.

Tutte le figure professionali sono coinvolte e collaborano in modo sinergico e puntuale. La giovane mamma viene trasferita in Rianimazione e anche lì riceve cure di altissimo livello.

“Tutte le persone che mi hanno assistito sono stati i miei angeli - racconta Daniela quando la incontro - in questo Ospedale mi è stata donata la vita per la seconda volta. Ringrazio

tutti senza escludere nessuno, ma un ringraziamento particolare voglio dedicarlo alla dott.ssa Maria Catania (ginecologo) per come si è presa cura di me. Al Buccheri La Ferla non ho ricevuto solo le cure mediche, ma ho sentito il calore di una famiglia. Non vi dimenticherò mai. Porterò sempre con me i rosari con cui i religiosi hanno pregato accanto al mio letto”.

La storia di Daniela non si ferma agli aspetti sanitari. Le Direzioni hanno risposto immediatamente alla richiesta dell'acquisto di farmaci costosissimi per indurre la coagulazione. Salvare la vita di Daniela è stata la priorità per tutti.

Ma la salvezza della giovane ragazza non è stata affidata soltanto alle cure mediche. Una mattina la dott.ssa D'Anna, sconvolta chiede al superiore fra Luigi Gagliardotto di pregare per la giovane mamma. Dal punto di vista medico era stato fatto di tutto. A questo punto la giovane vita era nelle mani di Dio. I religiosi, dal superiore fra Luigi Gagliardotto, al Cappellano, alle Suore sono andati spesso a trovare la giovane mamma e a pregare per Lei. L'hanno affidata al beato Olallo portando la reliquia del Beato accanto al letto della paziente. La Famiglia di san Giovanni di Dio ha pregato il Beato per nove giorni. Daniela si è lasciata trasportare e avvolgere. Alla fine della novena, la signora è tornata in reparto. I religiosi e tutta la comunità hanno pregato anche per i nostri operatori. Avevano bisogno di essere sostenuti. Nessuno guardava più l'orario di lavoro e il rispetto del proprio turno.

Daniela dopo questo momento così difficile ha vinto la battaglia più importante della sua vita. Finalmente è stata meglio. Ha potuto lasciare la Rianimazione e dopo un altro breve periodo di ricovero in reparto è tornata a casa dove ha ricongiunto la sua famiglia. ■



NEWSLETTER

EROE DELLA CARITÀ

Nella Cappella Universitaria del *Lyceum of the Philippines*, che è in *Intramuros* dov'era l'antico nostro Ospedale, una lapide ricorda il martirio incontrato dal nostro Venerabile fra Lorenzo Gómez il 7 gennaio 1702 mentre si trovava in missione infermieristica nel nord di Luzon; ogni anno usiamo in tale data riunirci nella Cappella per una Messa di ricordo, che quest'anno ha celebrato il nostro cappellano don Pietro Nguyen Dai. Prima del Rito fra Rocco T. Jusay ha brevemente rievocato agli studenti accorsi in Cappella la figura del martire ed i nostri legami storici con il luogo.

MISSIONE AUDIOLESI

L'AFMaL di Roma Nord ha organizzato con alcuni audiologi dell'Ospedale San Pietro una terza conclusiva missione per i bambini audiolesi delle Filippine. La prima fu nel 2008 col dr. Leopoldo Giordano ed il dr. Michele Iembo; la seconda nel 2010 col dr. Iembo e col dr. Angelo Clarici, i quali sono ora tornati dal 14 al 22 gennaio, scortati come sempre dai confratelli fra Gerardo D'Auria e fra Michele Montemurri.

La missione ha avuto una prima tappa a Manila, dedicata agli allievi della nostra Scuola per l'Infanzia Audiolesa che abbiamo a Quiapo ed a quelli della Scuola che hanno a Pasig le Suore Ospedaliere del Sacro Cuore di Gesù. Dopo una rapida visita alla nostra Comunità di Amadeo ed un'escursione a cavallo nel cono del vulcano Taal, i quattro visitatori son partiti con fra Vittorio Paglietti per Cebu, dove nella zona di Talamban hanno visitato i bambini assistiti dalle Suore Ospedaliere e

poi, ma senza assaggiarle, hanno ammirato a Bohol le "Colline di Cioccolato", chiamate così per la loro forma a cioccolatino.

UN ANNO IN CIFRE

Nel Poliambulatorio di Manila durante il 2009 abbiamo assistito gratis 12.090 malati. In testa è il Servizio di Odontoiatria, con 4.918 prestazioni, tra le quali 515 sedute laser e 2.823 estrazioni dentarie; ne hanno beneficiato 3.270 pazienti, di cui quasi metà nuovi. Lo segue il Servizio di Medicina Generale, con 1.637 pazienti, di cui quasi la metà nuovi; in un caso su quattro per affezioni polmonari. Il Servizio d'Ostetricia e Ginecologia segue terzo, con 1.498 pazienti, di cui 439 nuove. Quarto è il Dispensario Antitubercolare, che ha avuto 1.362 pazienti, dei quali 224 nuovi; tra quest'ultimi sono risultati positivi 137, dei quali 71 seguiti da noi. Mentre negli altri Servizi misti del

nostro Poliambulatorio le donne sono state solo poco più numerose degli uomini, tra i tubercolosi questi lo sono stati assai di più: 868 maschi contro 494 femmine.

La Pediatria è quinta, con 1.051 pazienti, di cui la metà nuovi. Sesto il Servizio di Radiologia, con 908 pazienti, in 289 dei quali sono state evidenziate lesioni tubercolari. Settimo il Consultorio Familiare, che direttamente o tramite una linea di telefono amico ha assistito 822 persone. Ottavo è il Servizio di Oculistica, con 743 pazienti, di cui 490 nuovi: le estrazioni di cataratta sono state 52. Nono il Laboratorio Analisi, con 731 pazienti e 797 esami, dei quali 245 per ricerca di bacilli tubercolari nell'escreato, evidenziati in 35 casi. Infine, il Servizio di Fisioterapia con 36 pazienti per un totale di 646 sedute di riabilitazione; ed il Servizio di Terapia Occupazionale con 30 ragazzi e 1.632 sedute individuali.

Ricordiamo infine le attività sociali svolte dal Club della Terza Età, frequentato da 150 persone anziane e la cui Presidente ha meritato nel 2010 un premio nazionale per il suo impegno in questo settore. ■



L'equipe dell'AFMaL con i collaboratori che l'hanno aiutata a Cebu.

I FATEBENEFRATELLI ITALIANI NEL MONDO



I Fatebenefratelli d'ogni lingua sono oggi presenti in 52 nazioni con circa 290 opere.

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: fbfsola@tin.it

Ufficio Stampa Fatebenefratelli

Lungotevere de' Cenci 4 - Cap 00186

Tel 06.68219695 - Fax 06.68309492

E-mail: ufstampa@tiscali.it

• 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 e Scuola Infermieri Professionali "San Giovanni di Dio"

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

Istituto San Giovanni di Dio

Via Fatebenefratelli 3 - Cap 00045

Tel 06.937381 - Fax 06.9390052

www.istitutosangiovanndidio.it

E-mail: vocazioni@fbfgz.it

Sede del Noviziato Interprovinciale

• PERUGIA

Centro San Niccolò

Porta Eburnea

Piazza San Giovanni di Dio 4 - Cap 06121

Tel e Fax 075.5729618

• 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

San Juan de Dios Charity Polyclinic

1126 R. Hidalgo Street - Quiapo 1001 Manila

Tel 0063.2.7362935 - Fax 0063.2.7339918

E-mail: ohmanila@yahoo.com

Sede dello Scolasticato e Postulantato

della Delegazione Provinciale Filippina

San Ricardo Pampuri Center

26 Bo. Salaban

Amadeo 4119 Cavite

Tel 0063.46.4835191 - Fax 0063.4131737

E-mail: fpj026@yahoo.com

Sede del Noviziato della Delegazione

Provinciale Filippina

PROVINCIA LOMBARDO-VENETA

www.fatebenefratelli.it

• BRESCIA

Centro San Giovanni di Dio

Via Pilastroni 4 - Cap 25125

Tel 030.35011 - Fax 030.348255

centro.sangiovanndi.dio@fatebenefratelli.it

Sede del Centro Pastorale Provinciale

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico San Giovanni di Dio

Via Pilastroni 4 - Cap 25125

Tel 030.3533511 - Fax 030.3533513

E-mail: irccs@fatebenefratelli.it

Asilo Notturno San Riccardo Pampuri Fatebenefratelli onlus

Via Corsica 341 - Cap 25123

Tel 030.3501436 - Fax 030.3530386

E-mail: asilonotturnopampuri@libero.it

• CERNUSCO SUL NAVIGLIO (MI)

Curia Provinciale

Via Cavour 2 - Cap 20063

Tel 02.92761 - Fax 02.9241285

Sede del Centro Studi e Formazione

Sede Legale

Milano: Via San Vittore 12 - Cap 20123

e-mail: prcu.lom@fatebenefratelli.org

Centro Sant' Ambrogio

Via Cavour 22 - Cap 20063

Tel 02.924161 - Fax 02.92416332

E-mail: s.ambrogio@fatebenefratelli.it

• ERBA (CO)

Ospedale Sacra Famiglia

Via Fatebenefratelli 20 - Cap 22036

Tel 031.638111 - Fax 031.640316

E-mail: sfamiglia@fatebenefratelli.it

• GORIZIA

Casa di Riposo Villa San Giusto

Corso Italia 244 - Cap 34170

Tel 0481.596911 - Fax 0481.596988

E-mail: s.giusto@fatebenefratelli.it

• MONGUZZO (CO)

Centro Studi Fatebenefratelli

Cap 22046

Tel 031.650118 - Fax 031.617948

E-mail: monguzzo@fatebenefratelli.it

• 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.it

• SAN COLOMBANO AL LAMBRO (MI)

Centro Sacro Cuore di Gesù

Viale San Giovanni di Dio 54 - Cap 20078

Tel 037.12071 - Fax 037.1897384

E-mail: scolombano@fatebenefratelli.it

• SAN MAURIZIO CANAVESE (TO)

Beata Vergine della Consolata

Via Fatebenefratelli 70 - Cap 10077

Tel 011.9263811 - Fax 011.9278175

E-mail: sanmaurizio@fatebenefratelli.it

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.it

Sede dello Scolasticato

• TRIVOLZIO (PV)

Residenza Sanitaria Assistenziale

San Riccardo Pampuri

Via Sesia 23 - Cap 27020

Tel 038.293671 - Fax 038.2920088

E-mail: s.r.pampuri@fatebenefratelli.it

• VARAZZE (SV)

Casa Religiosa di Ospitalità

Beata Vergine della Guardia

Largo Fatebenefratelli - Cap 17019

Tel 019.93511 - Fax 019.98735

E-mail: bvg@fatebenefratelli.it

• VENEZIA

Ospedale San Raffaele Arcangelo

Madonna dell'Orto 3458 - Cap 30121

Tel 041.783111 - Fax 041.718063

E-mail: s.raffaele@fatebenefratelli.it

Sede del Postulantato e dello Scolasticato

della Provincia

• CROAZIA

Bolnica Sv. Rafael

Milosrdna Braca Sv. Ivana od Boga

Sumetlica 87 - 35404 Cernik

E-mail: frakristijan@fatebenefratelli.it

MISSIONI

• ISRAELE - Holy Family Hospital

P.O. Box 8 - 16100 Nazareth

Tel 00972.4.6508900 - Fax 00972.4.6576101

Altri religiosi Fatebenefratelli sono presenti in:

• TOGO - Hôpital Saint Jean de Dieu

Afagnan - B.P. 1170 - Lomé

• BENIN - Hôpital Saint Jean de Dieu

Tanguiéta - B.P. 7