

# VITA OSPEDALIERA

RIVISTA MENSILE DEI FATEBENEFRAPELLI DELLA PROVINCIA ROMANA

ANNO LXXVI - N. 02

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

FEBBRAIO 2021

## La pandemia da SARS-COV-2 e la gestione nell'ambito del Dipartimento Materno-Infantile nell'Ospedale San Pietro



ROSANERO  
**NATI**

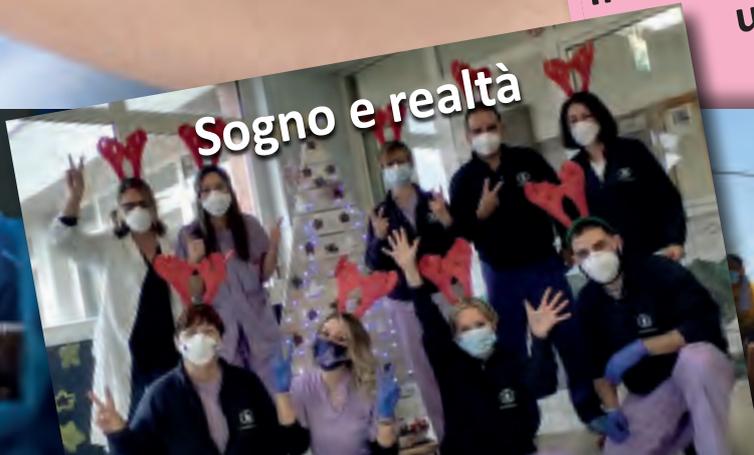


Il Palermo Calcio stipula  
una convenzione  
con l'Ospedale

Chirurgia e  
Covid



Sogno e realtà



Disuguaglianze



# I FATEBENEFRAPELLI ITALIANI NEL MONDO

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

## CURIA GENERALIZIA

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

### • ROMA

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

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

**Fondazione Fatebenefratelli per la Ricerca e la  
Formazione Sanitaria e Sociale**  
Via della Lungaretta, 177 - 00153 Roma  
Tel. 06.6837300  
E-mail: segreteria@fondazionefatebenefratelli.it  
sito web: fondazionefatebenefratelli.it

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

### • CITTÀ DEL VATICANO

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

## PROVINCIA ROMANA

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

### • ROMA

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

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

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

**Ospedale San Pietro**  
Via Cassia, 600 - Cap 00189  
Tel. 06.335581 - Fax 06.33251424  
[www.ospedalesanpietro.it](http://www.ospedalesanpietro.it)

### • GENZANO DI ROMA (RM)

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

### • NAPOLI

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

### • BENEVENTO

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

### • PALERMO

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

### • ALGHERO (SS)

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

## MISSIONI

### • FILIPPINE

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

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

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

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

## PROVINCIA LOMBARDO-VENETA

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

### • BRESCIA

**Centro San Giovanni di Dio Istituto di Ricovero e  
Cura a Carattere Scientifico**  
Via Pilastroni, 4 - Cap 25125  
Tel. 030.35011 - Fax 030.348255  
centro.sangiovanni.di.dio@fatebenefratelli.eu  
Sede del Centro Pastorale Provinciale

**Asilo Notturmo San Riccardo Pampuri  
Fatebenefratelli onlus**  
Via Corsica, 341 - Cap 25123  
Tel. 030.3530386  
amministrazione@fatebenefratelli.eu

### • CERNUSCO SUL NAVIGLIO (MI)

**Curia Provinciale**  
Via Cavour, 22 - Cap 20063  
Tel. 02.92761 - Fax 02.9241285  
E-mail: prcu.lom@fatebenefratelli.org  
Sede del Centro Studi e Formazione

**Centro Sant'Ambrogio**  
Via Cavour, 22 - Cap 20063  
Tel. 02.924161 - Fax 02.92416332  
E-mail: s.ambrogio@fatebenefratelli.eu

### • ERBA (CO)

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

### • GORIZIA

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

### • MONGUZZO (CO)

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

### • ROMANO D'EZZELINO (VI)

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

### • SAN COLOMBANO AL LAMBRO (MI)

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

### • SAN MAURIZIO CANAVESE (TO)

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

### • SOLBIATE (CO)

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

### • TRIVOLZIO (PV)

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

### • VARAZZE (SV)

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

### • VENEZIA

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

### • CROAZIA

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

## MISSIONI

### • TOGO - Hôpital Saint Jean de Dieu

Afagnan - B.P. 1170 - Lomé

### • BENIN - Hôpital Saint Jean de Dieu

Tanguiéta - B.P. 7

## VITA OSPEDALIERA

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

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

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

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

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

**Collaboratori:** fra Massimo Scribano o.h., Mariangela Roccu, Armando Vitiello, Cettina Sorrenti, Fabio Liguori, Raffaele Villanacci, Franco Luigi Spampinato, Giuseppe Failla, Ada Maria D'Addosio, Costanzo Valente, Mons. Pompilio Cristino, Ornella Fosco, Francesco G. Biondo

**Archivio fotografico:** Sandro Albanesi

**Segreteria di redazione:** Marina Stizza, Katia Di Camillo

**Amministrazione:** Cinzia Santinelli

**Stampa e impaginazione:** Tipografia Miligraf Srl

Via degli Olmetti, 36 - 00060 Formello (Roma)

**Abbonamenti:** Ordinario 15,00 Euro

Sostenitore 26,00 Euro

IBAN: IT 58 01005 03340 000000072909

**Finito di stampare:** Febbraio 2021

In copertina: La pandemia da SARS-COV-2 e la gestione nell'ambito del Dipartimento Materno-Infantile nell'Ospedale San Pietro

# s o m m a r i o

## rubriche

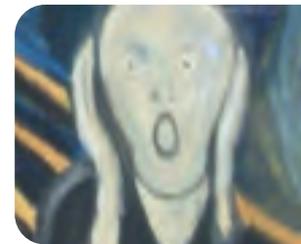
- 4 Chiara Luce Badano: la forza dell'amore
- 5 "Siano uno, affinché il mondo creda"
- 6 Sogno e realtà al Fatebenefratelli
- 8 Contrastare le disuguaglianze
- 9 Giornata del malato  
Giornata Internazionale della Fratellanza Umana
- 10 Moralizzare la politica per generare fiducia voglia d'intraprendere e rischiare
- 11 La pandemia da SARS-COV-2 e la gestione nell'ambito del Dipartimento Materno-Infantile nell'Ospedale San Pietro
- 15 Ancorati con Cristo per seguirlo
- 16 Le intolleranze alimentari
- 17 Le principali lesioni dell'uretra

## dalle nostre case

- 18 Il sostegno psicologico nel paziente oncologico ai tempi del Covid
- 19 Chirurgia e Covid
- 20 Vitamina D
- 21 Le dislipidemie in ambito pediatrico
- 22 Alzheimer
- 23 Rosa nero nati... Il Palermo Calcio stipula una convenzione con l'Ospedale  
  
La chirurgia bariatrica dell'Ospedale riconosciuta Centro di Eccellenza

# e d i t o r i a l e

## Si. No. Forse. OK: arrangiatevi



Questa è la modalità sintetica che sembra emergere, in questi giorni, o meglio, in questi mesi, nella gestione della comunicazione delle autorità preposte sulla tematica sempre attuale sul Covid 19. All'indecisione ondivaga dei politici, epidemiologi, infettivologi, portavoce, conduttori di talk-show la risposta giusta potrebbe essere **"ragazzi svegliatevi che la campanella della storia suona insistentemente e bisogna rientrare in classe a studiare"**. E cercate di studiare con profitto in quanto nell'interrogarvi emerge, dalle vostre risposte, una certa approssimazione e al cospetto della verità assoluta non potrà che esserci un responso: bocciati. La storia non si fa con i se o con i ma. Si scrive con dati di fatto, con elementi univoci. È vero che la salute è un bene garantito dalla norma costituzionale e bisogna anteporla a tutti gli interessi di parte ma l'articolo 1 della **Costituzione** afferma **"L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro. La sovranità appartiene al popolo, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione"**. Ebbene, non abbiamo che farcene dei sì, dei noi, dei forse o, peggio ancora, dell'OK arrangiatevi (affermazione non fatta, ma ampiamente deducibile, "fattuale" direbbe il direttore Vittorio Feltri, dopo ogni comunicato o provvedimento). Politici che parlano in quanto il loro virologo o epidemiologo di fiducia ha detto che la variante del Covid 19 impone un nuovo lockdown, nel mentre il portavoce del ministro afferma il contrario, in quanto il primario di Malattie Infettive dell'Università tal dei tali dice che non ce n'è bisogno. *Ma prima di parlare solo per far prendere aria alla gola, perché non vi rinchiudete in una stanza a chiarirvi i concetti e poi uscite con un comunicato congiunto e condiviso?* I cittadini non ne possono più. Ci vogliono messaggi chiari. Forse costoro non hanno capito che ogni volta che parlano o che prendono provvedimenti ci sono aperture o chiusure di attività economiche e lavorative e, pertanto, di perdita di posti di lavoro. L'articolo 1, il primo della lista, della bella Costituzione Italiana, studiata in tutto il mondo e presa da modello da molte nazioni, dice che la Repubblica Italiana si fonda sul lavoro e non sulle chiacchiere messe in libertà da una lingua più veloce del pensiero. È surreale, per non dire vergognoso, che costoro immaginino che un ristoratore o un albergatore o un gestore di impianti di sci possa avere una chiusura il giorno 16, nel mentre fino al 15 febbraio si affermava il contrario. Per aprire un albergo o un ristorante c'è bisogno di provviste, derrate alimentari, operatori di settore che vanno reclutati almeno 3 o 4 giorni prima. È etico porre prerogative avulse dalle necessità di chi subisce un provvedimento restrittivo? Ok la salute al primo posto, ma il lavoro, in assenza di ristori economici, va tutelato. Non mi sembra che questo stia avvenendo e non mi meraviglia. La classe politica italiana, diciamo la verità, è scarsa. Ma è mai possibile che su 1000 tra deputati o senatori non ci ne sia 1 con profilo culturale, autorevolezza e capacità da nominare Presidente del Consiglio? In questa legislatura con il prof. Draghi è già la terza volta che il Presidente Mattarella chiama un esterno, un tecnico, non eletto dai cittadini (le prime due volte il ruolo era stato coperto dal prof. Conte). E non è certo la prima volta. In passato era già avvenuto con Carlo Azeglio Ciampi, Lamberto Dini e Mario Monti. Attenzione però, le figure autorevoli sono finite. Se anche Draghi fallisce vuol dire che non siamo alla frutta, ma siamo semplicemente morti. L'ultima speranza è quella di far prendere la cittadinanza italiana a Papa Francesco e offrirgli il compito di formare un nuovo governo. Ma secondo voi accetterebbe? Non credo. ■



# Chiara Luce Badano: la forza dell'amore

di Mons. Pompilio Cristino

“**P**enso che tutti voi sappiate che sabato 25 settembre scorso a Roma è stata proclamata beata una ragazza italiana di nome Chiara, Chiara Badano. Vi invito a conoscerla: la sua vita è stata breve, ma è un messaggio stupendo”, così Papa Benedetto XVI presentava la giovane beata, durante la visita pastorale a Palermo il 3 ottobre 2010. E continuava: “Chiara è nata nel 1971 ed è morta nel 1990 a causa di una malattia



inguaribile. Diciannove anni pieni di vita, di amore e di fede. Due anni, gli ultimi, pieni anche di dolore, ma sempre nell'amore e nella luce, una luce che irradiava attorno a sé e che veniva da dentro: dal suo cuore pieno di Dio”. E Papa Francesco nell'esortazione post-sinodale del Sinodo dei giovani, “Christus vivit” scrive: “La giovane beata Chiara Badano, che morì nel 1990, ha sperimentato come il dolore possa essere trasfigurato dall'amore... la chiave della sua pace e della sua gioia era la completa fiducia nel Signore e l'accettazione anche della malattia come misteriosa espressione della sua volontà per il bene suo e di tutti” (62). Chiara Badano nasce a Sassello (Savona) il 29 ottobre 1971 da una famiglia semplice e profondamente cristiana. È una ragazza vivace e intelligente, simpatica e trainante, ma senza mai imporsi agli altri. A nove anni conosce il Movimento dei Focolari fondato da Chiara Lubich ed entra tra le Gen (Generazione Nuova), maturando sempre di più nella fede. Dice infatti: “Io non devo dire di Gesù, ma devo dare Gesù

con il mio comportamento”.

La gioia di vivere, l'entusiasmo per la varie attività che svolgeva e la sincera amicizia che riceveva e donava erano il nutrimento delle sue giornate. Nell'estate 1988, al termine dell'anno scolastico, Chiara appare pallida, sorride di meno ed è stanca. Nell'estate durante una partita di tennis avverte un dolore lancinante alla spalla: dopo vari accertamenti le viene diagnosticato un tumore osseo.

Accetta e vive la sua sofferenza con grande fede: “Non potete immaginare qual è adesso il mio rapporto con Gesù. Trascorro le mie giornate dove tutto è silenzio e contemplazione... mi sento avvolta in uno splendido disegno che a poco a poco mi si svela”. La sua cameretta, prima in ospedale e poi a casa, diventa una piccola chiesa, luogo di incontro e di apostolato.

Agli amici Gen che le sono vicini per sostenerla con la preghiera scrive: “Sento fortissima la vostra unità, le vostre offerte, le vostre preghiere, che mi permettono di rimettermi nella tensione alla santità, rinnovando così

il mio sì attimo per attimo”. Intanto continua il suo rapporto epistolare con Chiara Lubich e a lei confida le belle scoperte, ma anche le oscurità della sua anima. La fondatrice una volta le scrive queste bellissime parole: “Dio ti ama intensamente e vuole penetrare nell'intimo della tua anima e farti sperimentare gocce di cielo.

Chiara Luce è il nome che ho pensato per te: ti piace? È la luce dell'ideale che vince il mondo”. Dal suo letto di sofferenza riesce a trasmettere tanta forza e serenità a coloro che l'avvicinavano. Infatti diceva: “Non ho più niente, ma ho ancora il cuore e con quello posso sempre amare”.

Un vita straordinaria quella della giovane Chiara Badano fondata su una fede forte, radicata nell'amore di Dio e aperta all'amore ai fratelli.

Negli ultimi giorni della sua vita ha detto alla mamma che le era accanto: “I giovani sono il futuro. Vedi io non posso più correre, però vorrei passare loro la fiaccola come alle Olimpiadi. I giovani hanno una vita sola e vale la pena di spenderla bene”. ■

# “Siano uno, affinché il mondo creda” (Gv 17,21)

di Giuseppe Failla

La pandemia che ha sconvolto e affligge ancor oggi il nostro pianeta, scardina consuetudini consolidate nel tempo, rivoluziona le nostre relazioni sociali e financo crea scompiglio nel profondo del nostro essere, provocando attraverso una “deprivazione sensoriale” un disorientamento esistenziale.

Molti si sono, ci siamo, guardati allo specchio della vita, non riconoscendo più gli affetti, le emozioni, i convincimenti, che avevano fatto di noi, quello che pensavamo di essere, quello che gli altri pensavano fossimo. Ci siamo sentiti smarriti, persi, in balia di bollettini e DPCM, in attesa di nuove, eleganti e curate conferenze stampa. Smarrimento che ha interessato tutti gli ambiti della nostra vita, compreso l’ambito religioso, la vita di fede dei credenti, cattolici e non. I cattolici si sono trovati davanti a scelte laceranti, come dover rinunciare per la prima volta nella storia della Chiesa, all’Eucarestia, alla Pasqua, fondamento della vita cristiana, lasciando che Cesare da sovrano illuminato ci spiegasse per filo e per segno quello che potevamo fare o non fare. Al di là delle innumerevoli discettazioni e ragionamenti, torti o ragioni, il dado era tratto e gli effetti sulla vita della Chiesa li valuteremo nel tempo. Sicuramente tra i cattolici della domenica, soprattutto coloro che rappresentiamo la massa (si fa per dire) dei fedeli, ci sono state reazioni diverse e contrapposte, fino alla divisione. Che bella quella piazza san Pietro vuota, sotto la pioggia, con il Pontefice solo davanti alla Croce miracolosa della Chiesa di san Marcello, che suggestione per molti. Che cosa sarebbe stata invece quella piazza, piena dei nostri vescovi, pastori, impavidi sotto la pioggia, con il loro abito rosso nel buio della sera, distanziati come voleva Cesare, ma a richiamare la potenza e l’amore di Dio che tutto può, che squarcia le tenebre, in

preghiera, in comunione, che meraviglia hanno pensato altri. E in questo, leggendo quello strano disegno di chi ci interpreta la vita, cercando di allontanarci da Dio, il Covid ha raggiunto un grande risultato: non solo avere chiuso le Chiese, fermato le Celebrazioni Eucaristiche e la Pasqua, ma creato anche divisione tra i fedeli, il massimo dei risultati. Si perché nella Chiesa le divisioni ci stanno e realistica-



mente, se non vogliamo trasformare il cristianesimo in buonismo, occorre prenderne atto. Agli occhi del mondo laico, le grandi firme del Corriere della Sera in particolare, molto attento, con onestà intellettuale, alla Chiesa in questi mesi di pandemia, delinea una contrapposizione tra la Chiesa di Papa Francesco e quella di Giovanni Paolo II. Tradotto in maniera semplice la Chiesa di Francesco pone l’accento soprattutto sulla carità, sull’accoglienza, sulle povertà; la Chiesa di san Giovanni Paolo II, invece, sembra incentrata soprattutto sulla fede, sulla evangelizzazione. Insomma, il dilemma antico tra san Giacomo e san Paolo: ci si salva per le opere o basta la fede. I sostenitori delle due correnti si presentano agguerriti e non mollano di un centimetro; esistono parrocchie trasformate in agenzie sociali e in cui è difficile incontrare il Kerigma, ed esistono parrocchie basate molto sulla spiritualità e poco attente ai bisogni degli ultimi, quasi infastidite da questi.

E incredibilmente si mette a rischio l’unità della Chiesa, pensando gli uni e gli altri di possedere la verità. Eppure come tutto il magistero, le scritture, la tradizione, ci insegnano che non esiste e non può esistere nessuna contraddizione tra la fede e la carità, se non nella pretesa degli uni e degli altri di avere ragione.

Fede e Carità sono due virtù teologali, frutto dello Spirito Santo, inseparabili e mai contrapposte. “L’esistenza cristiana consiste in un continuo salire il monte dell’incontro con Dio per poi ridiscendere, portando l’amore e la forza che ne derivano, in modo da servire i nostri fratelli e sorelle con lo stesso amore di Dio” (Benedetto XVI). Possiamo, quindi, parlare di priorità della fede e di primato della carità, “tutto parte dall’umile accoglienza della fede (sapersi amati da Dio), ma deve giungere alla verità della carità.” (Benedetto XVI). Una Chiesa divisa non è credibile come ci ricorda il Concilio Vaticano II, “le divisioni dei credenti contraddicono apertamente la volontà di Dio, sono di scandalo al mondo e danneggiano la santissima causa della predicazione del Vangelo a ogni creatura”(U.R). E come in ogni tempo, i battezzati sono chiamati alla fedeltà a Pietro, al Papa, al di là di ogni umana simpatia; diceva Don Bosco ai suoi giovani: noi gridiamo sempre e solo viva il Papa, senza aggiunte. Si perché in questo nostro travagliato tempo, la missione della Chiesa è ancora più importante, per dare conforto, discernimento a una umanità smarrita. Io credo che siamo chiamati ad avere la intuizione di Salomone, davanti alle due madri che rivendicano la maternità del bimbo nato vivo.

**Chi ama veramente la Chiesa, oggi è chiamato a fare come questa mamma, rinunciare alle proprie convinzioni per amore a Cristo e obbedienza alla cattedra di Pietro.** ■





# Sogno e realtà al Fatebenefratelli

## *Racconto del Covid in chiave collettiva*

di Silvia Pinna

L'esperienza del Covid ha lasciato all'Istituto san Giovanni di Dio un'impronta forte, un tatuaggio in più, in un corpo già segnato prima di questo significativo 2020. Come molti lettori sanno, la caratteristica peculiare del nostro Istituto è la presa in carico di persone con disabilità complessa, sia di tipo motorio, sia intellettivo o psichico. Difficile esprimere a parole la tensione, le emozioni contrastanti, l'Eros e il Thanatos che si sono davvero compenetrati in questo periodo così particolare. Non c'è stato reparto, non c'è stato servizio che sia risultato immune da questo virus emotivo, oltre che biologico.

Il primo segnale che il Covid non era solo in TV e che le cose stavano cambiando per tutti, è stato la chiusura degli ambulatori il 04 marzo 2020: arrivare, quindi, e non vedere più all'interno dell'Istituto persone esterne, seguite per problematiche varie e non ricoverate dentro queste mura. Le taparelle del CUP abbassate, non più la coda di persone per gli ambulatori, che a pieno regime offrivano servizi di eccellenza in tutto il Distretto sanitario della Roma6, dai bambini agli anziani, fasce d'età e problematiche molteplici: dal neurosviluppo, al neuromotorio, al neuropsichiatrico, al neurodegenerativo (Il neuro è un po' il nostro prefisso, dal 1954!). Tutto questo venir meno è stato il primissimo ALERT. In contemporanea, le porte si chiudevano anche per i familiari dei pazienti ricoverati: STOP ALLE VISITE fino a data da destinarsi (e tuttora, tranne una brevissima parentesi estiva, ancora è in vigore questa precauzione, vicariata grazie alle videochiamate che danno continuità ai rapporti e alle relazioni



familiari). Anche oggi, febbraio 2021, i parenti degli ospiti hanno rapporti a distanza, elemento nuovo, con i loro cari, il che, per certi versi, ha permesso l'acquisizione di nuove modalità comunicative nei nostri ricoverati.

Gli unici ammessi dentro l'Istituto, a un certo punto vi è stata anche la dichiarazione di zona rossa, con i militari a presidiare i cancelli (settembre - ottobre - novembre - dicembre 2020, oggi solo un ricordo!), sono stati, quindi, solo gli operatori (sanitari e non). Tutti i giorni di questa triste

epoca pandemica, i lavoratori del san Giovanni di Dio, come piccole formiche, avevano il mandato di continuare a sostenere gli ospiti ricoverati, mantenere una parvenza di normalità, proseguire attività medico-infermieristiche, riabilitative, assistenziali, nonché tutto l'"indotto", dalla cucina alla lavanderia, dai servizi economico-amministrativi, cura e pulizia dell'ambiente. È grazie alla scrupolosità di tutto il personale che, fortunatamente si è riuscito ad arginare il fenomeno e, soprattutto, non sono state mietute vittime. Come



mente, intellettivamente, emotivamente che devono stare attenti a non contagiarsi? Che non devono scambiarsi le sigarette tra loro? Che tutti gli operatori hanno iniziato a indossare la mascherina e poi la visiera, i calzari, i doppi guanti, gli scafandri bianchi? Soprattutto, come garantisci loro una comunicazione degna di questo nome, se metà del viso è coperta e devi mantenerti a un metro e mezzo di distanza? Per tutti i reparti è stata una prova di grande resilienza, ma ancor più di resistenza.

Arrivavano anche le domande scomode: "Tizio è in ospedale?", "Caio non c'è più, ma

è morto?"; alcuni si sono contagiati e purtroppo la malattia è entrata dolorosamente in Istituto.

Ma il san Giovanni di Dio, per fortuna, non è un oggetto da ferrovicchio, un pezzo di plastica reietto e dimenticato da tutti. L'Istituto è un organismo, inserito in un territorio, la ASL Roma6,

è parte di una grande famiglia, i Fatebenefratelli e le persone ospitate hanno a loro volta delle famiglie, nel complesso presenti. È nata così una sinergia con chi ruota intorno alla vita ospedaliera (operatori sanitari del san Pietro, servizio di sorveglianza epidemiologica della ASL, famiglie che cercavano di portare comunque l'occorrente e le coccole alimentari ai loro cari).

Oggi, finalmente con tanti vaccinati, sia nella popolazione dei pazienti, sia degli operatori, riaffiora un minimo di speranza, si rivede sotto i portici qualche ospite che fa una passeggiata e tutto questo infonde una fioca luce, ma sicuramente il tatuaggio 2020, quel tipo di tatuaggio bluastro e doloroso, fatto non in un centro Tatoo alla moda, ma in contesti forti, è impresso sulla pelle di tanti. Ci piace però mostrarvi anche la parte della Rinascita, il sorriso e l'umanità di operatori e pazienti che oggi è più forte di prima.

Aspettiamo di riaprire con la solita ospitalità e umanità i nostri cancelli anche all'esterno, ma intanto vi mostriamo i nostri volti. ■

in un film dell'orrore, quando l'inquadratura piano piano vede il campo restringersi e focalizzare in primo piano l'oggetto spaventoso, il nostro mondo si rimpiccoliva e perdeva pezzi.

Sono arrivati i primi casi covid 19: ansia, angoscia, terrore, panico! Come spieghi a dei pazienti compromessi cognitiva-

# Contrastare le disuguaglianze

di Mariangela Roccu

“Nessuno di noi sarà al sicuro finché non saremo tutti al sicuro”; con queste parole Francesco Rocca, Presidente della Federazione internazionale della Croce rossa e della Mezzaluna Rossa (IFRC), ha espresso la necessità di offrire il vaccino ai migranti, regolari e non. Lasciare indietro i più vulnerabili ed emarginati offrirebbe a Sars-CoV-2 un lasciapassare per continuare a circolare non solo tra le comunità meno protette, ma nell'intera società.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), hanno sottolineato l'importanza di garantire anche ai migranti irregolari, ai rifugiati e ai richiedenti asilo, un adeguato accesso alle vaccinazioni da parte dei Paesi ospitanti. Già prima della pandemia

il nostro Piano Sanitario della prevenzione vaccinale si proponeva di “contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni particolarmente vulnerabili”. Tra questi erano inclusi gli immigrati, soprattutto se irregolari e i rifugiati, ma anche le diverse etnie di popolazioni nomadi e i ‘soggetti senza fissa dimora’.

Escludere queste categorie a rischio dalla vaccinazione anti-Covid sarebbe dunque in contrasto, sia con le prescrizioni delle organizzazioni sanitarie internazionali, sia con gli obiettivi dei precedenti piani vaccinali italiani.

Pertanto, l'ECDC raccomanda che la valutazione dello stato vaccinale e della necessità di somministrare ulteriori vaccinazioni, costituiscano parte integrante della risposta ai bisogni di salute dei migranti fornita al momento dell'arrivo.

In gran parte dei Paesi europei esistono disposizioni di legge in materia di vaccinazioni ai migranti. In Croazia, Italia, Portogallo e la Slovenia l'offerta a bambini e adolescenti coincide con quella alla po-

polazione residente prevista dai piani nazionali di prevenzione vaccinale; in Grecia e a Malta è più limitata e comprende i vaccini anti poliomielite e i vaccini trivalente anti difterite-tetano-pertosse e anti morbillo-parotite-rosolia. Le strategie sono in linea con le raccomandazioni dell'OMS e dell'ECDC. Solo Croazia, Italia, Malta e Portogallo hanno un piano di offerta vac-



cinale ai migranti adulti.

In tutti i Paesi le vaccinazioni non vengono praticate al momento dell'ingresso sul territorio nazionale, ma nei centri di accoglienza e/o nei servizi sanitari locali. Solo in Portogallo ci sono procedure attive per facilitare l'accesso dei migranti ai servizi vaccinali. Per quanto riguarda la registrazione delle vaccinazioni effettuate, Malta e Croazia dispongono di sistemi di registrazione individuale dei vaccini effettuati, Grecia e Portogallo di dati aggregati.

Si rende necessaria, pertanto, la necessità di cooperare tra autorità sanitarie di diversi Paesi per la condivisione dei dati mediante una documentazione standard e per facilitare l'accesso alle vaccinazioni dei migranti.

Per quanto riguarda la vaccinazione anticovid, le fasce più esposte alla pandemia, ovvero i rifugiati, richiedenti asilo e migranti irregolari (in prevalenza giovani e adolescenti), rischiano di restare escluse dalla vaccinazione, di scivolare in fondo alla lista delle priorità, se non addirittura

di essere escluse dalla vaccinazione, pur essendo tra coloro che ne avrebbero più bisogno.

Diversi studi hanno messo in evidenza come la pandemia abbia reso più difficili condizioni di vita dei migranti, amplificando gli impatti sanitari ed economici del Covid-19. In Europa circa un terzo degli immigrati in età lavorativa è im-

piegato in servizi essenziali e si trova così più esposto al rischio di contrarre l'infezione. Le maggiori difficoltà di accesso ai servizi sanitari e le barriere linguistiche, ritardano le diagnosi e il ricovero, aggravando in tal modo le conseguenze della malattia. Inoltre, sono da considerare anche gli ambienti a rischio in cui gran parte di loro sono costretti a vivere, a partire dall'affollamento e dalle precarie condizioni

igieniche spesso riscontrate nelle strutture di accoglienza italiane. Senza il riconoscimento della loro condizione di vulnerabilità e complice la giovane età anagrafica di molti migranti, la gran parte è destinata a finire in fondo alla lista. In assenza di interventi per favorire l'accesso al sistema sanitario, molti di loro, nel disinteresse generale, non riceveranno il vaccino.

In sintesi, si evince che la pandemia di Covid-19 ha evidenziato il significato di “salute globale”, non solo mostrando una propagazione secondo i movimenti e le relazioni degli individui a livello globale, ma anche il profondo legame che la salute ha con le dimensioni, lavorative, ambientali ed economiche.

Diventa, quindi, di primaria importanza, che i gruppi di difesa e le organizzazioni internazionali impegnati con i tanti migranti stranieri, sostengano questo gruppo di persone, spesso giovani adolescenti, in modo che non venga lasciato indietro nella lotta contro la pandemia Covid-19. ■

# Giornata del malato

di Fra Lorenzo Antonio E. Gamos

La giornata mondiale del malato che sarà celebrata l'11 febbraio, sarà diversa dalle precedenti ricorrenze presso l'ospedale san Pietro. La partecipazione alla Santa Messa per i malati e loro familiari, religiosi, volontari, personale sanitario, non potrà esserci nella Chiesa, per evitare dannosi assembramenti.

Quest'anno di pandemia, ha stravolto le consuetudini, modificato le sicurezze; tutti viviamo un periodo denso di difficoltà dove le ombre sembrano occupare quasi tutto lo spazio della luce, le risorse esaurirsi; le fragilità e le paure guidano il timone della nostra esistenza e della attuale storia. La pandemia ha cambiato tutto in un attimo. Il rallentamento del nostro ritmo consueto può essere un'occasione per guadagnare in profondità e per amplificare la nostra modalità di vivere le realtà variegata della nostra vita. Il senso di fragilità può diventare l'occasione per cogliere l'essenziale e tenersi pronti a tutto, anche a ciò che ci sconvolge.

La paura dovrebbe indurci a riflettere sulla precarietà della salute e della vita, sulla provvisorietà delle certezze e dei beni acquisiti, sulla realtà o possibilità della mortalità propria o delle persone care o degli altri.

Nel messaggio per la 29.ma Giornata Mondiale del Malato, Papa Francesco esorta a investire nell'assistenza, ricordando che la salute è un bene comune primario. L'attuale pandemia - sottolinea - ha mostrato carenze nei sistemi sanitari e non sempre ad anziani e ai più vulnerabili è garantito l'accesso alle cure in modo equo. E, "questo dipende dalle scelte politiche", dall'impegno di chi ha ruoli di responsabilità. "Investire risorse nella cura e nell'assistenza delle persone malate è una priorità legata al principio che la salute è un bene comune primario".

Decisivo, dunque, per una buona terapia



"l'aspetto relazionale" mediante il quale si può avere "un approccio olistico verso la persona malata", da valorizzare per un percorso di guarigione. Il Papa auspica "un patto tra i bisognosi

di cura e coloro che li curano", fondato sulla fiducia, mettendo al centro la dignità del malato, tutelando la professionalità degli operatori sanitari e anche intrattenendo un buon rapporto con la famiglia del paziente.

I Fatebenefratelli che da secoli stanno accanto ai malati, continueranno, insieme ai collaboratori religiosi e laici, a prendersi cura dei più fragili, a colmare la **sindrome di abbandono** che i malati in tempo di pandemia soffrono, per l'impossibilità di potersi relazionare con i propri cari.

Attraverso la preghiera suppliranno a questo vuoto, perché nessuno si senta escluso e abbandonato. ■

## Giornata Internazionale della fratellanza umana

Il 1 febbraio il Card. Miguel Ángel Ayuso Guixot, presidente del Pontificio Consiglio per il Dialogo Interreligioso (PCDI), comunica che nel dicembre 2020, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha dichiarato il 4 febbraio **Giornata Internazionale della Fratellanza Umana**.

La Breve sintesi storica di questa importante giornata, è iniziata il 4 febbraio 2019, durante il Viaggio Apostolico di Sua Santità negli Emirati Arabi Uniti; Papa Francesco e il Grande Imam di Al-Azhar (Il Cairo), Ahmad Al-Tayyeb, hanno firmato il *Documento sulla Fratellanza*

*Umana* per la pace Mondiale e la Convivenza Comune, noto anche come Documento sulla Fratellanza Umana.

Al fine di implementare il Documento, il 20 agosto dello stesso anno è stato istituito il Comitato Superiore della Fratellanza Umana (HCHF).

Il 21 dicembre 2020, l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha dichiarato il 4 febbraio Giornata Internazionale della Fratellanza Umana (IDHF), da celebrare come ogni Paese riterrà opportuno. Il Santo Padre ha incoraggiato a unirsi alla celebrazione dell'IDHF con

il massimo impegno, sotto la guida del Pontificio Consiglio per il Dialogo Interreligioso e in collaborazione con il Dicastero per la Comunicazione.

Approfondire, promuovere e sostenere la *Fratelli tutti* è un servizio all'unità della Chiesa.

Quest'anno, a causa della brevità del tempo per la preparazione, possiamo celebrare questa occasione in modo semplice, con la preghiera, meditando anzitempo il titolo del documento, con un'omelia, magari con un comunicato o un'intervista alla stampa. ■





di Fabio Liguori

# Moralizzare la politica per generare fiducia, voglia d'intraprendere e rischiare

**XXXI - Un mondo sempre più al femminile; “modernità-progresso” e indipendenza; “inverno demografico” e spostamenti dirompenti; nucleo centrale di contraddizione e sfida culturale per il futuro del Paese.**

**L**a volontà delle donne di vivere integralmente il proprio stato non va disgiunta dal rischio di una graduale erosione della femminilità; e in tempi di “modernità e progresso” la donna, erede di un passato doloroso, afferma oggi l'indipendenza che le spetta. Ma in un mondo sempre più al femminile il prestigio della “virilità” ha ancora solide basi economiche e sociali, mentre il tradizionale “destino” di ogni donna non va confuso con una prigione da cui evadere, perché il termine usato evoca semplicemente l'origine naturale di ogni esistenza umana.

Nella fase più difficile della sua Storia dal dopoguerra all'oggi l'Italia, segnata da una pandemia che in alcune regioni ha assunto la drammaticità di uno tsunami sanitario, economico e sociale, è alle prese con una crisi politica tra le più intricate degli ultimi anni. Fra le personalità (poche) a livello nazionale e internazionale, più stimate per guidare l'Italia in una titanica ripresa del Paese, spicca il nome di una donna: Marta Cartabia che, già Presidente della Corte Costituzionale, è figura apprezzata anche per il Quirinale. Non tarderà, infatti, vedere un giorno una donna salire sul più alto Colle romano!

Uno dei fattori dell'inarrestabile declino dell'Italia è il crollo demografico, che comporta spostamenti dirompenti nella struttura sociale e nell'articolazione per fasce di età della popolazione, come per bisogni sostanziali (scuola, forze del lavoro, previdenza sanitaria, assistenza agli anziani). In ciò il problema “maternità” finisce con l'assumere il



*Moralizzazione della politica economica...*

nucleo centrale della contraddizione attorno al quale ruota ogni donna, in particolare quante sperimentino un percorso di emancipazione. Ma in una società in cui affrontare sacrifici per fare figli o è da pazzi o roba per santi, nulla si risolve con l'assistenzialismo. Ed ecco il Presidente Mattarella pressantemente chiedere, all'apertura della crisi governativa, “iniziative per contrastare la denatalità”; e nell'appuntamento domenicale con i fedeli in piazza san Pietro il 7 febbraio Papa Francesco ha definito la questione “inverno demografico, piaga italiana”, auspicando una “primavera di bambini e bambine”. Prima che economica, la denatalità ha

origine da un dato grezzo: sempre meno donne, che mettono al mondo sempre meno figli, il che si traduce per l'Italia in culle vuote, immigrazioni mal gestite, futuro non più nelle proprie mani: piaghe arginabili solo se nuovi governi torneranno a promuovere famiglie e imprese attraverso una moralizzazione della politica economica, che dia certezze su lavoro, abitazioni, tutela del risparmio (una risorsa per le famiglie, non pascolo per le banche!) e tassazione più equa (“quoziente familiare”): una sfida culturale che, generando fiducia, sola può restituire agli italiani la voglia d'intraprendere e rischiare. ■

# La pandemia da SARS-COV-2 e la gestione nell'ambito del Dipartimento Materno-Infantile nell'Ospedale San Pietro

di Cristina Haass

**L'**infezione da SARS-COV-2, partita dalla Cina nei primi mesi del 2020, è ormai una pandemia, ma la consapevolezza della gravità della situazione è cresciuta lentamente in Italia, in Europa e nel mondo.

Fin dall'inizio si è cercato di capire che cosa questo tipo di infezione potesse determinare nella donna in gravidanza, nel feto, nel neonato e nel bambino.

La Società Italiana di Neonatologia (SIN) e la Società Italiana di Pediatria (SIP), per venire incontro ai numerosi interrogativi, che nella pratica clinica ci si è trovati ad affrontare hanno pubblicato, fin dall'inizio e durante tutto il periodo, note informative su come gestire la mamma positiva per COVID-19 e il neonato, evidenziando diversi scenari in base soprattutto alle condizioni cliniche della mamma e del piccolo (*Fig.1 - p. 12*).



Fig 1. INDICAZIONI SULLA GESTIONE MADRE-BAMBINO NEL PERIODO PERINATALE (DOCUMENTO SIN)

STATO DELLA MADRE	Esecuzione nella madre del test RNA-PCR per SARS-CoV-2 su tampone faringeo	Esecuzione del neonato del test RNA-PCR per SARS-CoV-2 su tampone faringeo	Isolamento della madre <sup>1</sup>	Gestione del neonato durante la degenza <sup>1</sup>	Consiglio per l'allattamento al seno	Misure di prevenzione sul contagio madre-bambino <sup>2</sup>
Mamma asintomatica o paucisintomatica, nota per essere SARS-CoV-2 positiva	Già eseguito	SI	SI, in area dedicata del puerperio	In regime di rooming-in, ma in area isolata e dedicata del puerperio	SI	SI
Mamma paucisintomatica, SARS-CoV-2 in corso di accertamento	SI	Solo se test materno positivo	SI, in area dedicata e isolata del puerperio in attesa del risultato del test di laboratorio	In regime di rooming-in, ma in area isolata e dedicata del puerperio, quantomeno fino al risultato del test di laboratorio	SI	SI
Mamma con sintomi da infezione respiratoria (febbre, tosse, secrezione) con stato SARS-CoV-2 positivo o in corso di accertamento	SI o già in corso	Solo se test materno positivo	SI, in area dedicata del puerperio in attesa del risultato del test di laboratorio	Neonato isolato e separato dalla madre, almeno fino al risultato del test di laboratorio. È accolto in area dedicata della neonatologia (se asintomatico) o della UTIN (se con patologia respiratoria) con possibilità di isolamento	NO; uso del latte spremuto <sup>3</sup> . Non è indicata la pastorizzazione	SI

<sup>1</sup> Separè o tenda, mascherina facciale chirurgica alla mamma quando allatta o è in intimo contatto col neonato, lavaggio accurato delle mani, sistemazione della culla del bambino a distanza di 2 metri dalla testa della madre, sospensione delle visite di parenti e amici.

<sup>2</sup> In aggiunta adeguate misure di protezione da parte del personale sanitario, secondo le indicazioni ministeriali.

<sup>3</sup> Il latte fresco della madre va estratto con tiralatte manuale o elettrico dedicato. La madre dovrebbe lavarsi sempre le mani prima di toccare le bottigliette e tutte le componenti del tiralatte, seguendo le raccomandazioni per un lavaggio appropriato del tiralatte dopo ogni utilizzo.

Chiaramente l'esperienza maturata dalle strutture ospedaliere delle regioni del Nord d'Italia, più colpite dalla diffusione dell'infezione, è stata fondamentale per la stesura di queste informazioni.

Per fortuna il virus sembra colpire la popolazione neonatale - pediatrica meno frequentemente e in modo meno grave e i casi neonatali riportati in Italia sono stati poche decine.

La SIN in accordo con l'OMS ha raccomandato la somministrazione del latte materno o direttamente o tirato, senza necessità di pastorizzazione.

Infatti, i vantaggi dell'assunzione del latte materno fresco superano di gran lunga il possibile rischio di infezione dal momento che non è stato, in modo certo, dimostrato il passaggio del virus nel latte.

Per garantire l'inizio dell'allattamento al seno e salvaguardare fin dalle prime ore di vita il rapporto tra madre e bambino è stato proposto, in caso di mamme asintomatiche o paucisintomatiche, di mantenere il piccolo vicino alla mamma, promuovendo il corretto uso dei dispositivi di protezione in-

dividuale (DPI), sia per le mamme, sia per gli operatori che hanno il compito di accompagnare e supportare il periodo postnatale.

Queste indicazioni, anche se recepite e condivise, sono state applicate nelle diverse realtà operative regionali, tenendo conto della logistica delle diverse strutture ospedaliere e della disponibilità di personale sanitario.

Nell'ambito della regione Lazio sono state individuate delle Hub di riferimento, sia per la paziente in gravidanza con infezione da SARS-Cov-2 e il suo bambino (Policlinico A. Gemelli e Policlinico Umberto I), sia per i pazienti pediatrici (ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Palidoro e Roma).

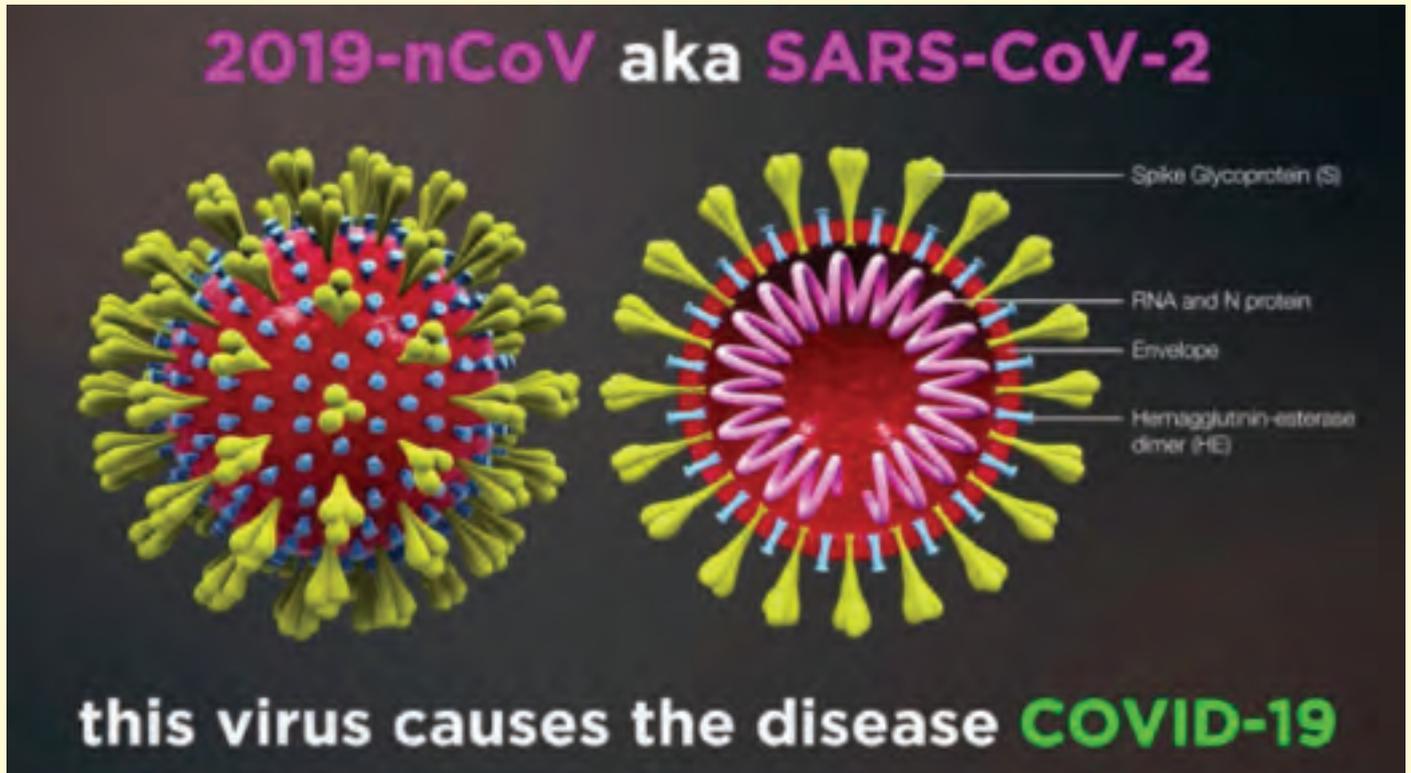
Comunque, ogni Dipartimento Materno-Infantile ha dovuto nel proprio ambito, creare un percorso dedicato per la paziente sospetta o accertata positiva per l'infezione in attesa del trasferimento, non sempre attuabile prima dell'espletamento del parto. È stato quindi necessario, anche nei nostri reparti, individuare spazi dove gestire la partoriente e poi anche il suo bambino.

Nella nostra realtà siamo riusciti a creare un percorso dedicato e separato dove assistere le mamme in attesa del trasferimento in una delle due Hub. Non siamo riusciti invece, per difficoltà logistiche e di personale, ad avere stanze dedicate dove tenere le mamme positive vicine al loro bambino dopo il parto.

Nel caso di neonati sani è stato individuato uno spazio separato nell'ambito del Nido, mentre per i neonati che ri-

Nonostante alcune difficoltà (apertura dei reparti Covid, riduzione dei posti letti) anche quest'anno, il Dipartimento Materno-Infantile ha lavorato con buoni risultati sia in termini di parti (3643) e natalità (3673 nati vivi), stante sempre la riduzione a livello nazionale, che di occupazione dei posti letti nell'area patologica della Neonatologia (562).

Siamo, inoltre, riusciti a realizzare alcuni progetti (presenza in reparto della logopedista/disfagista per curare in modo



chiedono assistenza, viene utilizzato l'isolamento presente nell'area patologica. Infatti, non è sempre possibile trasferire le mamme prima del parto e a volte la positività emerge dopo il parto e il soggiorno nei reparti. In questi casi, per fortuna, fino ad ora è stato sempre possibile contenere la diffusione e isolare le mamme positive con i loro piccoli.

Abbiamo dimesso una paziente asintomatica con il proprio bambino affidandola al territorio e trasferito circa 3-4 donne completamente asintomatiche con il loro piccolo. Un solo piccolo è nato a 29 settimane, ha richiesto rianimazione in sala parto e ricovero in isolamento in TIN prima di essere trasferito. Tutti i tamponi eseguiti ai neonati, prima del trasferimento, sono risultati negativi.

Si è cercato di limitare gli accessi, utilizzando i tamponi antigenici come screening, garantendo solo la presenza dei padri in sala parto e il loro ingresso almeno una volta al giorno nei reparti fisiologici.

Al fine di proteggere bambini, genitori e personale anche l'accesso dei genitori nell'area Intensiva e patologica, visti gli spazi ridotti, è stato consentito con il monitoraggio dei tamponi e con una serie di indicazioni (Tab. 1 - p. 14) ma contenuto nella durata, privilegiando l'ingresso delle mamme per l'allattamento.

particolare gli aspetti delle competenze orali dei nostri piccoli pazienti) e altri sono in via di realizzazione per il 2021, grazie al supporto dell'associazione dei genitori "Peso Piuma". A livello nazionale i dati clinici relativi ai nati da donne con infezione da SARS-Cov-2, diagnosticata in qualsiasi momento della gravidanza e ai neonati che hanno contratto l'infezione nel periodo perinatale (1 mese di vita), sono stati raccolti in un registro istituito all'inizio della pandemia.

Si è evidenziato che durante la pandemia, il tasso di parto pretermine è rimasto stabile (12.5%, dati trasmessi all'ISS dal 25 Febbraio al 30 Settembre 2020 e confermati anche in alcune delle regioni più colpite come Lombardia ed Emilia Romagna), mentre il tampone nasofaringeo durante il ricovero della nascita è risultato positivo nel 2.5% dei nati, anche se alcune lavori internazionali riportano anche valori del 5%. Questo dato conferma la possibilità del passaggio del virus a livello placentare con infezione neonatale che può essere congenita/intrauterina, intrapartum o postnatale e in base ai tamponi confermata, probabile o possibile. Ma studi sono tutt'ora in corso.

Quello che nel tempo è stato visto a livello nazionale è che non sono aumentati i casi di aborti e asfissia grave e



che la gravidanza e il parto non sembrano aggravare il decorso clinico della mamma. È stata inoltre riscontrata un aumento della nati-mortalità che forse potrebbe essere messa in relazione con meno controlli prenatali per paura del contagio.

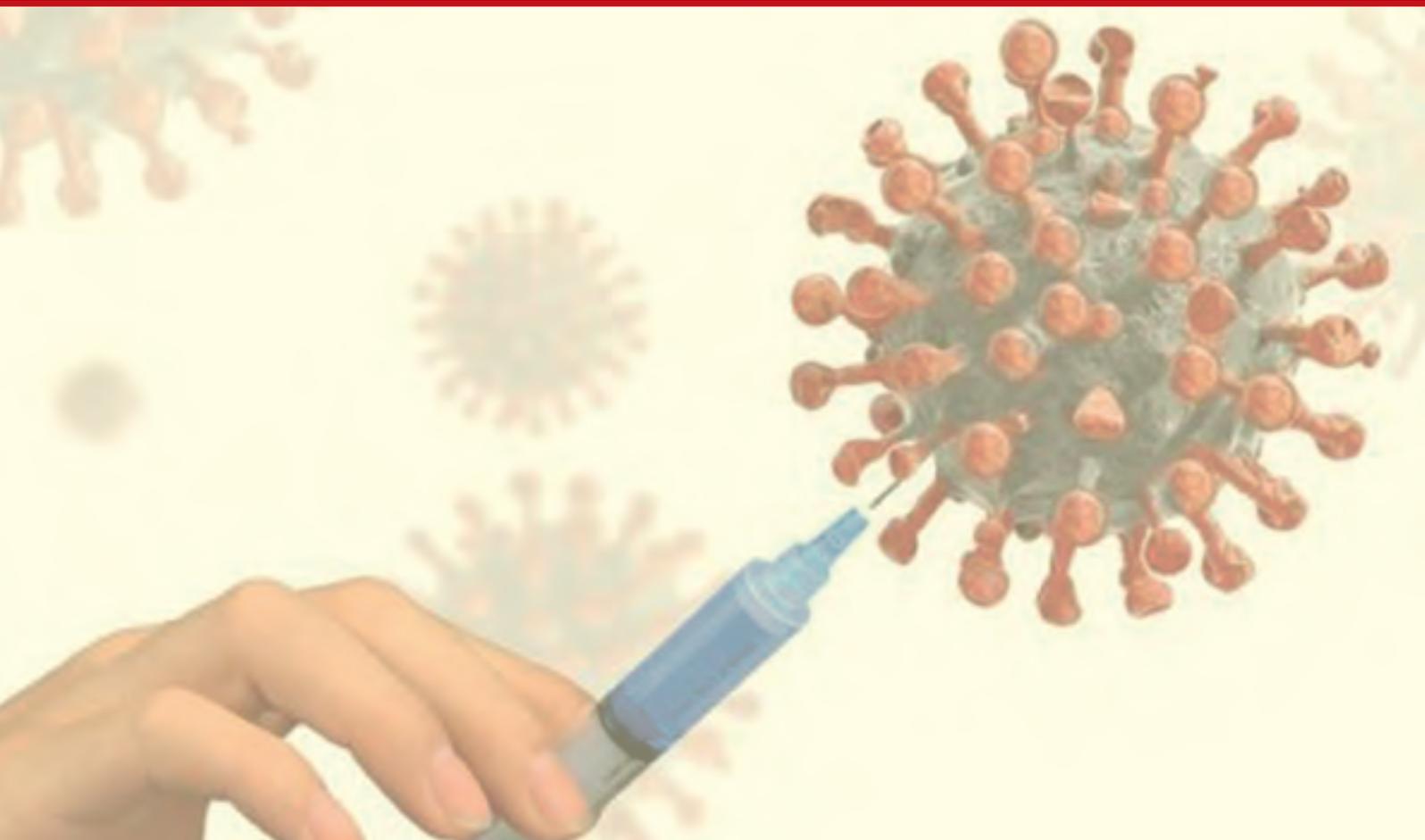
Adesso finalmente con il 2021 sono arrivati i primi vaccini, che sembra possano essere somministrato anche durante la gravidanza e l'allattamento e con essi un po' più di speranza che si possa tornare, anche se molto gradualmente, a riaprire i nostri reparti e a permettere ai genitori di stare vicini ai loro piccoli. ■

**Tab 1. Indicazioni per i genitori dei neonati degenti nei Reparti di Terapia Intensiva Neonatale durante l'evento epidemico da nuovo coronavirus**

*I 7 comportamenti che si chiedono considerata la circolazione sostenuta del nuovo coronavirus in Italia; si elencano di seguito alcuni comportamenti che si chiede ai genitori dei neonati ricoverati di adottare per proteggere i loro bambini e per contribuire a limitare la diffusione del virus.*

1. Evitare di sostare in sala d'attesa.
2. Non accedere al Reparto se si accusano sintomi simil-influenzali (raffreddore, tosse, mal di gola, febbre, sintomi gastrointestinali).
3. Non far accedere al Reparto altri famigliari (nonni, fratellini), anche se apparentemente in buona salute.
4. Lavarsi accuratamente e frequentemente le mani con acqua e sapone o con la soluzione alcolica, in particolare dopo aver toccato superfici/oggetti nell'ambiente e sempre prima e dopo aver toccato proprio bambino.
5. Contribuire ad evitare il sovraffollamento delle sale di degenza, con l'alternanza di mamma e papà
6. Evitare riunioni di gruppo in Reparto, ad es. incontri tra genitori e operatori.
7. Indossare una mascherina chirurgica durante la permanenza in Reparto, anche durante il contatto pelle a pelle, che rimane assolutamente consentito se si rispettano le suddette misure di precauzione.

***Queste indicazioni potranno essere modulate in base alla situazione epidemiologica e organizzativa locale, in accordo con la Direzione Sanitaria dell'ospedale.***



# Ancorati con Cristo per seguirlo

di Fra Massimo Scribano, o.h.

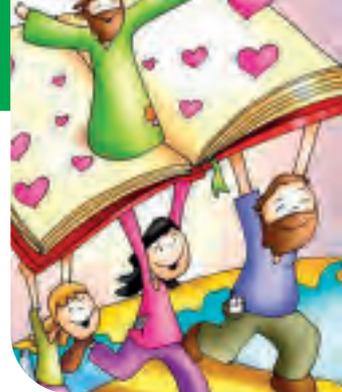
Carissimi amici lettori, questo mese riflettiamo sul Vangelo di Giovanni al capitolo 1, versetti 35-42. Il testo ci porta nel terzo giorno della settimana inaugurale del ministero di Gesù, che culminerà nella manifestazione della gloria di Gesù a Cana davanti ai suoi discepoli che *“credettero in lui”* (Gv 2,11). Notiamo una notevole differenza tra i sinottici e il Vangelo di Giovanni: lo schema sinottico segue Gesù che incontra un uomo intento al suo lavoro, lo chiama a seguirlo e questi obbedisce, abbandonando tutto. Nello schema giovanneo troviamo la mediazione fondamentale di un testimone che confessa la fede in Cristo e conduce altri all'incontro con Lui. La cosa interessante è che Giovanni Battista, nel Vangelo su cui stiamo riflettendo, rivela davanti ai suoi due discepoli l'identità di colui di cui egli è stato il precursore e li conduce a farsi discepoli di Gesù e così adempie al suo mandato cedendo a Gesù i suoi discepoli, portandoli ad aderire a lui. Il brano del Vangelo si apre con Giovanni che fissa lo sguardo su Gesù e termina con Gesù che, *fissando lo sguardo su Simon Pietro* dice: «Tu sei Simone, figlio di Giovanni, sarai chiamato Cefa, che significa Pietro». Abbiamo in Gesù uno sguardo intenso, pieno di amore che vede in profondità, discerne l'identità della persona. La vocazione non è solo *chiamata*, ma è *sguardo* che come la voce crea un ponte, una comunicazione, un passaggio. Gesù usa una dolce violenza: quella dell'amore. Lo stesso sguardo del giovane ricco, che fissandolo lo amò (Mc 10,21); di Pietro, quando Gesù voltandosi fissò lo sguardo su di lui che aveva negato per tre volte di conoscerlo, pianse amaramente. Lo sguardo di Cristo riplasma la vita, facendo di pescatori di pesci dei pescatori di uomini: questa è la

potenza di uno sguardo capace di amare e lasciarsi vedere. Anche Gesù, per far comprendere il suo sguardo sulla vita di Pietro e dei discepoli ha avuto bisogno di essere Lui stesso visto, conosciuto e amato, non con lo sguardo di un padre o di una madre, ma di un uomo di Dio! *«Ecco l'agnello di Dio!»* è lo sguardo di Giovanni che



non possiede, non invidia, ma cede il passo a Colui che da lui viene visto, indica ai suoi discepoli, chi è il Messia da seguire e li indirizza alla sua sequela. Ci dà l'esempio e ricorda a se stesso che il proprio compito è ormai compiuto: *lui deve crescere, e io invece diminuire* (Gv 3,30). Lo sguardo di Gesù su Pietro crea una novità, fa iniziare una storia e apre orizzonti nuovi. Attualmente abbiamo bisogno di *maestri* capaci di fare ed essere segno, orientare il cammino di una persona; e di padri, persone capaci di generare alla vita secondo lo spirito. In Giovanni Battista, possiamo leggere il gesto come esercizio di paternità spirituale nei confronti dei suoi discepoli. La fede non si trasmette con l'intelletto, ma attraverso relazioni umane. Il padre spirituale è una persona umile, che non seduce, non attrae a

*Giovanni il Battista  
fissò lo sguardo su Gesù e disse:  
«Ecco l'Agnello di Dio!».  
E i suoi discepoli seguirono Gesù.  
(1Gv 1,26-37)*



sé, non tiene i discepoli stretti a sé, ma li educa, li conduce all'adesione teologale, si fa maestro di libertà, guidandoli alla relazione personale con il Signore. Proseguendo con il testo, Gesù vedendo due che si erano messi a seguirlo, chiede loro: «Che cercate?». Sono parole che, come si rivolgono ai due per Gesù ancora omonimi seguaci, raggiungono anche ogni lettore del Vangelo che giunge a questo punto. La domanda di Gesù serve per verificare che cosa muove, in profondità, la propria ricerca. Poiché esistono molti tipi di ricerca; e tra queste può verificarsi il fatto che ci si rivolge a Cristo Gesù per curiosità e non per sequela. Alla domanda di Gesù i due rispondono con un'altra domanda: «Dove dimori?». A livello superficiale, vuol dire «dove abiti» ma in profondità e a livello teologico significa molto di più, come lascia intendere il verbo *“menein”* che vuol dire *“rimanere dimorare”*. I discepoli chiedono a Gesù: «Dove trovi *saldezza, stabilità*»? La risposta si intravede attraverso i gesti e le azioni che Gesù compie: ancorato al Padre, nella Sua Parola e nel Suo Amore. Questo è il cammino di ogni discepolo: rimanere nella Parola e nell'amore del Figlio, per rimanere, dimorare con Dio e in Dio. Anche la ricerca spirituale cristiana è indirizzata verso una vita interiore, in comunione con il Padre e il Figlio nello Spirito. Il quarto Vangelo approfondisce il senso della vocazione, il quale non consiste solo nel *seguire*, ma anche nel *rimanere* con Cristo.

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



# Le intolleranze alimentari

di Costanzo Valente

**L**e reazioni avverse agli alimenti, che comprendono allergie e intolleranze alimentari, sono un problema molto sentito nella popolazione generale. Lo conferma un dato significativo per cui il 20% della popolazione riferisce una qualche sintomatologia secondaria all'assunzione di alimenti. Occorre, però, avere chiara la differenza tra allergia e intolleranza alimentare.

Le allergie alimentari sono caratterizzate dalla risposta anomala da parte del sistema immunitario verso uno specifico componente di un alimento, molto spesso una proteina che è innocua per la maggior parte delle persone, ma che in soggetti predisposti può dare inizio a una risposta di tipo allergico. I

sintomi si presentano generalmente in breve tempo dall'ingestione dell'alimento e possono essere lievi tipo prurito, eritema cutaneo, oppure molto più gravi fino allo shock anafilattico. Le allergie alimentari possono manifestarsi con qualsiasi alimento o componente alimentare; tra i più comuni ci sono: latte vaccino, uova, arachidi, crostacei, frutta secca e soia.

Le intolleranze alimentari sono classificate, in base al meccanismo patogenetico, intolleranze di tipo farmacologico o di tipo enzimatico.

Le intolleranze di tipo farmacologico identificano un insieme di reazioni abnormi a sostanze con attività farmacologica e che si trovano naturalmente e in grandi quantità in alcuni cibi (es. istamina, triptamina, dopamina e serotonina). L'intolleranza all'istamina può essere dovuta a una carenza dell'enzima diaminossidasi (DAO), responsabile del metabolismo dell'istamina. Questa carenza enzimatica determina un accumulo di istamina nel sangue, che a sua volta ge-

nera vasodilatazione, aumento della secrezione di muco e succhi gastrici e una contrazione dei muscoli lisci involontari. Il quadro clinico dell'intolleranza all'istamina può comprendere nausea, vomito e diarrea, vampate di calore, orticaria, ipotensione, cefalea e palpitazioni cardiache. La tiramina e la feniletilamina,



così come le altre monoamine, possono dare più raramente cefalea, ipertensione, palpitazioni e vampate di calore. Tra le molecole capaci di provocare intolleranze farmacologiche si possono aggiungere le metilxantine (caffeina, teofillina, teobromina), la capsicina del peperoncino, la miristicina della noce moscata e l'alcol etilico. In generale, le intolleranze alimentari di tipo farmacologico determinano, nei soggetti predisposti, quadri clinici differenti, spontaneamente reversibili quando viene a cessare l'azione farmacologica della sostanza implicata, solitamente non gravi, ma di intensità correlabile alla quantità di sostanza assunta.

Le intolleranze di tipo enzimatico, invece, sono scatenate da errori (generalmente congeniti) nel metabolismo di un alimento, dove gli enzimi digestivi o i trasportatori necessari ad assimilare quell'alimento non sono prodotti o sono presenti in ridotte quantità o non funzionano come dovrebbero.

Esempi di reazioni avverse di tipo enzimatico sono l'intolleranza al lattosio e ai carboidrati.

L'intolleranza al lattosio è la più comune forma di intolleranza nella popolazione, arrivando a interessare circa il 30% degli italiani. È dovuta a un deficit dell'enzima lattasi, responsabile della scissione dello zucchero lattosio e normalmente presente a livello dei villi apicali della mucosa intestinale. In assenza di lattasi, il lattosio non viene né digerito né assorbito e si accumula nel lume intestinale, dove viene fermentato a opera della flora batterica e provoca fastidiosi sintomi quali meteorismo e diarrea. L'aumento di incidenza dei casi di intolleranza ai car-

boidrati nella popolazione generale sembra associarsi al maggiore consumo di questi alimenti nella dieta, assunti in particolare sotto forma di zuccheri aggiunti. Un'abitudine alimentare sbagliata ma, tuttavia inevitabile, per la vita frenetica odierna, che porta alla necessità di consumare pasti veloci, ma sufficientemente nutrienti. Questi alimenti risultano naturalmente ricchi, o sono arricchiti durante la lavorazione industriale, di carboidrati fermentabili, oggi conosciuti con il termine FODMAPs (Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols). Questi zuccheri, una volta arrivati nell'intestino, non vengono correttamente digeriti e si accumulano nel lume, provocando fermentazione, formazione eccessiva di gas, alterazione della permeabilità e diarrea. I sintomi intestinali possono a volte essere associati a manifestazioni sistemiche quali mal di testa, capogiri, difficoltà a concentrarsi, astenia e sonnolenza. ■

# Le principali lesioni dell'uretra

di Franco Luigi Spampinato

L'uretra è il canale che, partendo dalla vescica e terminando con un orifizio esterno, l'urina percorre per essere emessa fuori dal corpo. Nell'uomo anche lo sperma la transita. Essa inizia dalla porzione inferiore della vescica, la sua lunghezza è in relazione con le dimensioni del corpo; nell'adulto il canale è lungo circa 18 cm e largo circa 8 mm, nella donna è lungo circa 4 cm e largo circa 8 mm. L'organo viene suddiviso, dal punto di vista anatomoclinico in distinti segmenti. Nell'uomo l'uretra attraversa la ghiandola prostatica con il suo complesso sfinterico muscolare liscio di chiusura, il piano perineale dove è situato il complesso muscolare striato di chiusura, principale meccanismo di continenza urinaria, portandosi

poi all'esterno del piano perineale stesso con l'uretra bulbare, a cui seguono l'uretra peniena e l'uretra glandulare. Nella donna esiste un primo sfintere muscolare liscio di chiusura a livello della sua porzione prossimale e un successivo sfintere striato di chiusura più distalmente. Nell'uomo l'uretra è distinta in due segmenti, l'uretra posteriore che comprende l'uretra prostatica e quella membranosa e l'uretra anteriore che comprende l'uretra bulbare e le rimanenti porzioni peniena e glandulare. L'epitelio di rivestimento che ricopre la porzione prossimale dell'uretra è del tipo transizionale, come quello che ricopre le vie urinarie, mentre il restante epitelio è di tipo squamocellulare. Nel canale uretrale esistono piccole ghiandole mucose. Nella donna l'istologia è la stessa mentre le principali ghiandole sono in sede periuretrale. Queste premesse anatomocliniche sono fondamentali per ben comprendere come le lesioni di questa piccola struttura, di semplice morfologia, posta alla fine di un complesso sistema

di organi, possano determinare su di essi importanti disfunzioni caratterizzate prevalentemente da un quadro di uropatia ostruttiva con quasi sempre associate infezioni urinarie. All'opposto, ma con minore frequenza rispetto ai precedenti, le lesioni uretrali possono causare incontinenza urinaria. Le lesioni uretrali sono



varie e complesse. In primo luogo ci sono le malformazioni, le più gravi ovviamente subito evidenziabili con l'ecografia in gravidanza. Oltre ai quadri di uropatia ostruttiva provocata da valvole situate nella porzione uretrale posteriore, le altre anomalie sono i meati uretrali esterni situati in posizioni diverse da quelle fisiologiche. Un'altra malformazione è l'uretra duplice. Generalmente il meato uretrale superiore è a fondo cieco. Altre volte un sepimento membranoso più interno può dividere il canale; a tale proposito è bene tenere presente, soprattutto in caso di cateterismo d'urgenza, che il tratto vero è sempre situato in posizione inferiore. Le lesioni uretrali più frequenti sono quelle di origine traumatica. Le fratture gravi del bacino possono provocare una rottura uretrale spesso disassata. È buona norma non eseguire cateterismi uretrovescicali alla cieca se dal meato uretrale fuoriesce sangue. In tali casi può essere eseguita un'uretrografia sotto scopia o caute manovre endouretrali urologiche. Gli altri

traumi possono essere costituiti da urti violenti di corpi duri sul canale o da vere e proprie lesioni laceranti i tessuti. Non dobbiamo dimenticare, tra il gruppo di lesioni traumatiche, quelle iatrogene, sempre possibili anche se si opera con la massima attenzione e con i migliori strumenti. Le più comuni di queste lesioni

sono provocate dall'introduzione di strumenti nell'uretra ed esitano generalmente in cicatrici che diminuiscono il calibro del lume (stenosi), con conseguente ostruzione al libero transito delle urine. Per quella che è una comune esperienza clinica, potrebbe esistere un qualche tipo di predisposizione che agisce come importante fattore causale ai traumi nell'insorgenza della stenosi. Questa

comune osservazione deriva dal fatto che a volte, nei pazienti cateterizzati d'urgenza e nelle peggiori condizioni non si verificano stenosi, mentre in quelli cateterizzati d'elezione, senza urgenza e nelle migliori condizioni esse possono comunque verificarsi. Altre importanti lesioni uretrali sono quelle infettivo-infiammatorie, le uretriti, che possono anch'esse esitare in stenosi. Esistono anche lesioni proliferative, come i tumori e i condilomi da HPV. La terapia medica delle lesioni uretrali infettivo-infiammatorie non presenta particolari problemi, è necessaria una corretta scelta dell'antibiotico. Le lesioni di interesse chirurgico, in primo luogo le gravi lesioni traumatiche e le stenosi, sono di difficile e complesso trattamento, con tassi di guarigione ancora non completamente soddisfacenti. In conclusione, possiamo affermare che l'uretra, pur essendo un organo semplice, per la sua delicata collocazione, deve essere sempre esaustivamente studiata e trattata in caso di sue lesioni. ■



# Il sostegno psicologico nel paziente oncologico ai tempi del Covid

di Paola Sbardellati

L'ospedale, come noto, è un luogo di cure, di accoglienza, di sofferenza, di speranza. Le persone più fortunate si recano nei nosocomi magari solamente per dare alla luce un bambino, molte altre, invece, soffrono per aver ricevuto una diagnosi di malattia. Numerose sono le realtà e tutte richiedono attenzione e rispetto. Nell'ospedale san Pietro particolare attenzione viene offerta al sostegno psicologico del malato oncologico. In tutto il periodo Covid si è cercato di mantenere tale supporto nonostante tutto. Purtroppo le norme di sicurezza, vista la pandemia, hanno ristretto le visite dei familiari ai loro cari ricoverati.

Questo aspetto è stato un ulteriore aggravio nel vissuto del paziente oncologico e il compito dello psicoterapeuta è stato anche quello di compensare il drastico ridimensionamento delle visite. Nel momento in cui si riceve una diagnosi di tumore, la destabilizzazione e il terrore sono tra le prime emozioni che si sperimentano. Le persone si sentono smarrite, devastate in un momento: hanno la sensazione che la vita sia finita, temono che tutto possa essere inesorabilmente compromesso. I loro pensieri sembrano prendere forma attraverso lo sguardo smarrito, angosciato, disperato, speranzoso...umido. Il paziente cerca di seguire ogni parola che il medico pronuncia, ma sentendo il cuore in gola, che batte all'impazzata, fatica ad ascoltare, a comprendere. Come psicoterapeuta intervengo qui, mantenendo lo

sguardo e l'attenzione sul paziente, per essere la sua voce che chiede all'oncologo quello che non riesce a dire.

In questa fase le persone cercano di orientarsi e tutto diventa più difficile se non si ha la possibilità di ricevere il sostegno dei propri familiari. Questo aspetto è stato oltremodo considerato sia dal personale medico e infermieristico, sia dallo psicoterapeuta. Da anni viene mantenuta una stretta collaborazione con l'oncologo, al fine di poter intervenire tempestivamente sul paziente. Il Covid ha stravolto le abitudini, le vite delle persone, ha creato seri danni nell'economia di tanti, ma non è riuscito a interrompere la cura e il sostegno psicologico.

Gli oncologi hanno monitorato maggiormente i loro pazienti al fine di segnalarli e farli seguire psicologicamente.

È stato possibile, pertanto, organizzare un lavoro di squadra e di scambio delle informazioni tra i professionisti, al fine di aiutare il paziente ricoverato o in terapia chemioterapica a sopperire all'assenza del familiare. I pazienti si sono affidati e hanno acquisito maggiore stabilità in un momento in cui forte è il dubbio, l'incertezza. Ovviamente, l'impegno e la sofferenza ci sono, ma molto forte è la fiducia di poter sostenere e di ricreare la forza per affrontare le difficoltà. Non si deve dimenticare che ci si può ristrutturare dopo un terremoto e si possono creare nuove equilibri. ■



# Chirurgia e Covid

di Massimiliano Di Paola

**L**a pandemia SARS-COV2 ha messo e sta mettendo a dura prova il nostro sistema sanitario.

L'emergenza ha determinato importanti ripercussioni nel rapporto assistenziale ai pazienti: Covid e non Covid. La necessità di creare nuovi spazi per i pazienti Covid ha sconvolto l'intera organizzazione sanitaria.

Secondo uno studio dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI), nel 2020 sono stati rimandati/cancellati più di 600 mila interventi chirurgici e di questi, più di 50.000 riguardano patologie oncologiche. Ad esempio, il nostro reparto di chirurgia, presso l'ospedale san Pietro Fatebenefratelli, svolge attualmente un'attività pari a 1/3 rispetto a quella eseguita ante-pandemia.

Al momento ancora non è stata approntata una progettualità futura di un piano sanitario nazionale in grado di recuperare gli interventi non eseguiti.

Le strutture come il nostro ospedale, hanno messo in atto tutte le richieste avanzate dalla Regione:

- abbiamo predisposto percorsi assistenziali per i pazienti Covid, in urgenza e in elezione;
- abbiamo rimodulato tre reparti di degenza, una Terapia Intensiva e organizzato delle sale operatorie dedicate;
- abbiamo proseguito l'attività assistenziale per i pazienti non Covid, anche se a ritmi estremamente ridotti a causa della mancanza di risorse umane, dirottate e impiegate nei reparti Covid.

## Un'emergenza nell'emergenza

Il chirurgo ha risentito del fatto di poter svolgere solo interventi chirurgici per patologie urgenti o neoplastiche; ha riscontrato difficoltà nel far comprendere a tutti quei pazienti, che stavano male e richiedevano cure non urgenti, che non era possibile operarli; ha dovuto ricoprire un ruolo di "filtro" e a volte di "polizia" tra il paziente ricoverato e il parente preoccupato e bisognoso di vedere e assistere il proprio caro. In una società come la nostra, dove i rapporti generazionali spesso sono molto forti, abbiamo riscontrato nelle persone anziane una sindrome "di abbandono"; soffrono dell'impossibilità di potersi relazionare con il coniuge, il figlio, il nipote... Amori e affetti che spesso si sono dimostrati più utili di alcune medicine.

In alcune circostanze siamo percepiti come coloro che non si impegnano a risolvere il problema senza comprendere che noi siamo solo coloro che si trovano in prima linea. Indubbiamente il pensiero comune definisce come medico quella persona che ha "la vocazione" ad aiutare gli altri



quando soffrono per malattie o disagi. Ecco perché ogni medico deve conservare un equilibrio molto difficile e delicato tra reali bisogni del malato, protocolli, emergenze, strumenti a disposizione, aspettative della popolazione e propensione empatica.

L'emergenza Coronavirus ha fatto emergere i punti di forza e di debolezza del nostro sistema sanitario. L'auspicio è che, in tempi brevi, si vadano a sanare le criticità, perché solo in questa maniera sarà possibile recuperare quello che in questi mesi non si è potuto fare.

Il nostro ospedale e la chirurgia sono pronti ad affrontare anche questa sfida; lo spirito e le forze non mancano!

Da questa esperienza, sarà prioritario ristrutturare il nostro sistema sanitario per far fronte a tutti questi cambiamenti. I nostri politici e amministratori devono sfruttare questa pandemia per riqualificare un sistema che negli anni ha creato tanti "buchi neri", Aziende ospedaliere in cui non è stata premiata la qualità, l'efficienza e la performance.

Il nostro ospedale si è sempre dimostrato pronto a raccogliere le sfide nell'interesse di chi soffre. Penso che questa pandemia sia un importante banco di prova per iniziare a ristrutturare modelli organizzativi che ormai non possono essere più attuati. Dobbiamo avere la forza e il coraggio di proporre nuove vie assistenziali, creare nuovi percorsi di diagnosi e cura al fine di fornire prestazioni disponibili per tutti.

Ognuno deve metterci qualcosa. Noi sanitari dare le cure migliori e l'umanità necessaria a superare la malattia.

I cittadini, tutti, pretendere che vengano fornite cure adeguate. Lo Stato, investendo qualitativamente nel SSN.

Questa proiezione di qualità assistenziale potrebbe rappresentare un piccolo aspetto positivo di questa terribile pandemia che sta uccidendo migliaia e migliaia di persone, soprattutto quelle più vulnerabili e indifese. ■



# Vitamina D

di Giorgio Capuano

La prima cosa importante da dire è che la vitamina D in realtà non è propriamente una vitamina perché, a differenza delle altre vitamine che non sono prodotte dal nostro organismo, la vitamina D è un para-ormone, solubile nei grassi, l'80 - 90% del quale viene prodotto dal nostro organismo, grazie all'azione dei raggi solari (radiazioni ultraviolette B) che trasformano il "colesterolo" cutaneo nella vitamina D.

## Quali sono i benefici della vit. D?

Uno dei ruoli fondamentali di questa sostanza è quello di mantenere in buona salute le ossa e i muscoli. La vit. D, infatti, favorisce l'assorbimento intestinale del Calcio e la deposizione di questo minerale nell'osso neoformato. Per

La carenza della vit. D causa rachitismo nel bambino e osteoporosi e debolezza muscolare nell'adulto, oltre ad altre conseguenze meno evidenti e più subdole, quali immunodeficienza e maggior rischio di sviluppare tumori.

## Oltre a essere prodotta dal nostro organismo, la vit. D può essere anche introdotta con l'alimentazione?

Abbiamo ricordato come più dell'80% della vit. D venga prodotta dal nostro organismo grazie all'azione dei raggi del sole sulla cute.

Un'adeguata esposizione al sole, ovviamente nei mesi estivi, ci consente di produrre la quantità di vit D necessaria per tutto l'anno. Bisognerebbe esporsi almeno per mezz'ora al giorno dalle 10:00 alle 14:00, senza protezione solare,

lasciando scoperti, oltre che viso e mani, almeno anche braccia e gambe.

Per quanto riguarda gli alimenti, uova, pesci grassi come il salmone e lo sgombrò, crostacei e funghi contengono naturalmente la vit D, ma la scarsa quantità rende irrealizzabile la copertura del fabbisogno giornaliero con la sola alimentazione

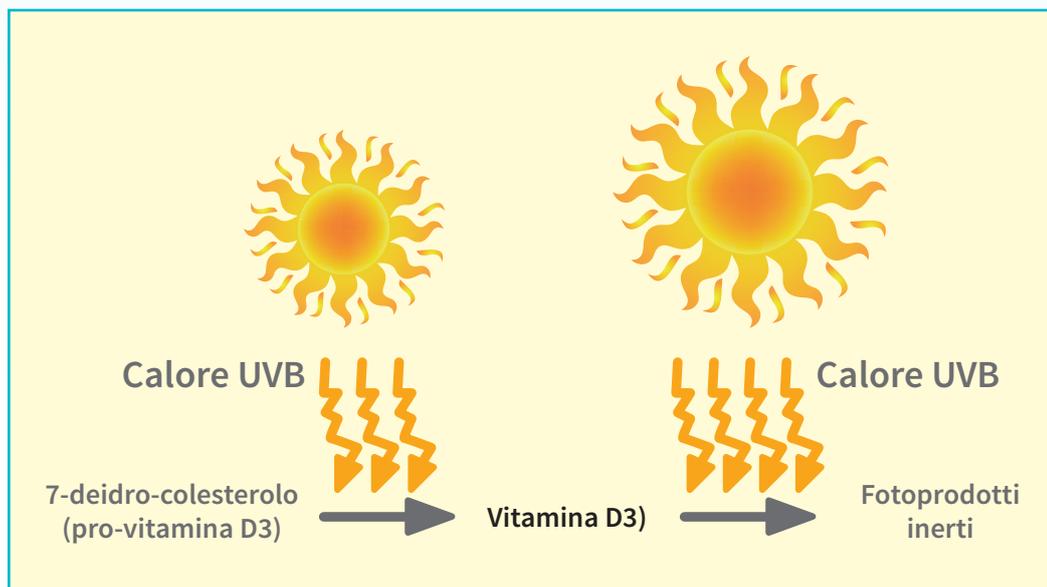
## Qual è il fabbisogno giornaliero di vit. D? Possiamo ricorrere all'assunzione di integratori a base di vit. D?

Il 70% circa degli italiani,

molti dei quali anziani, è sotto i livelli minimi di vit. D, con grave rischio di osteoporosi. La quantità giornaliera necessaria è di 400 - 800 unità internazionali (0,4 - 0,8 grammi) al giorno fino ai 50 anni, dopo i quali è consigliabile arrivare a 1 grammo (pari a un litro e mezzo di latte al giorno anche scremato).

Esistono una serie di farmaci contenenti colecalciferolo (vit. D3) in gocce, capsule o compresse.

L'assunzione di integratori con vit. D deve essere sempre preceduta dal dosaggio della stessa nel sangue (vit D-25OH) e deve essere somministrata sotto stretto controllo medico. Il fai da te e l'assunzione non regolata della vit D in assenza di carenza, sono rischiosi. ■



quanto riguarda la muscolatura, la vit. D migliora la funzione anabolica del muscolo, aumentandone la performance funzionale. Gli effetti benefici su ossa e muscoli agiscono sinergicamente sul rischio di caduta, per debolezza muscolare e di frattura, per osteoporosi, eventi frequenti nell'anziano.

Prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Azione sul metabolismo dei carboidrati con controllo della glicemia.

Prevenzione di alcuni tumori (in primis quelli del colon).

Stimolo e modulazione del sistema immunitario, molto importante nelle malattie autoimmuni e nel COVID-19 perché attenua la tempesta citochinica.



# Le dislipidemie in ambito pediatrico

## *Approccio clinico e indicazioni terapeutiche*

di Giovanni Pigna

### 1° PARTE

La malattia cardiovascolare su danno indotto da aterosclerosi è fra le più importanti cause di mortalità nella popolazione generale, un tempo prevalente nei paesi industrializzati o comunque di maggior benessere, mentre oggi pressoché ubiquitariamente incidente su scala mondiale.

Diversi studi hanno ormai consolidato il concetto di aterosclerosi come un fenomeno progressivo e potenzialmente attivo sin dall'età pediatrica, con la possibile ulteriore anticipazione già al periodo di vita fetale, come dimostrato nelle gravi forme di dislipidemia ereditaria monogenica omozigote.

Per molti autori, riuniti in un Documento di Consenso condiviso fra Lipidologi, Cardiologi e Pediatri, si può osservare un segno di danno vascolare (IMT=intima media thickness) qualitativamente importante già a partire dagli 8 anni di età e linearmente associato all'impegno del quadro lipidico nel contesto della dislipidemia genetica (Fig.1).

Soprattutto per questa diretta correlazione del fenotipo lipidico con un determinato genotipo ereditato, più grave nelle forme omozigoti mentre comunque a rischio elevato in quelle eterozigoti, il rischio di malattia cardiovascolare va stratificato precocemente nei nostri pazienti (anche i più piccoli!!), per adattare la più efficace strategia di prevenzione dell'evoluzione del danno ateromasi.

Ovviamente il successo di questa stratificazione è fortemente correlato al dato clinico-anamnestico tanto del probando quanto per l'intero nucleo familiare (cascade screening) ed è spesso un utile strumento per individuare genitori dislipidemici (reverse screening), talvolta ignari di esserlo,

e/o con segni di malattia già presenti seppur asintomatici e forse non ancora in trattamento farmacologico.

Va ammesso che se da una parte è più semplice, ma neanche troppo immediata, la gestione clinica e terapeutica del soggetto adulto soprattutto se associato ad alto rischio cardiovascolare, dall'altra, adolescenti e soggetti di minore età, mostrano spesso poco interesse verso l'attenzione medica nei loro confronti.

Peraltro, questa ridotta compliance, a sua volta, viene ulteriormente "condizionata" da non infrequenti atteggiamenti titubanti dei genitori.

Per questi aspetti, confermati dalle personali esperienze nella pratica clinica, lo specialista lipidologo così come il pediatra o il cardiologo, descrivono come un percorso più lineare soprattutto la fase diagnostica della malattia.

Le maggiori difficoltà vengono invece riscontrate alla proposta della terapia farmacologica perchè proprio in soggetti molto giovani (fonte: SISA 2020). ■

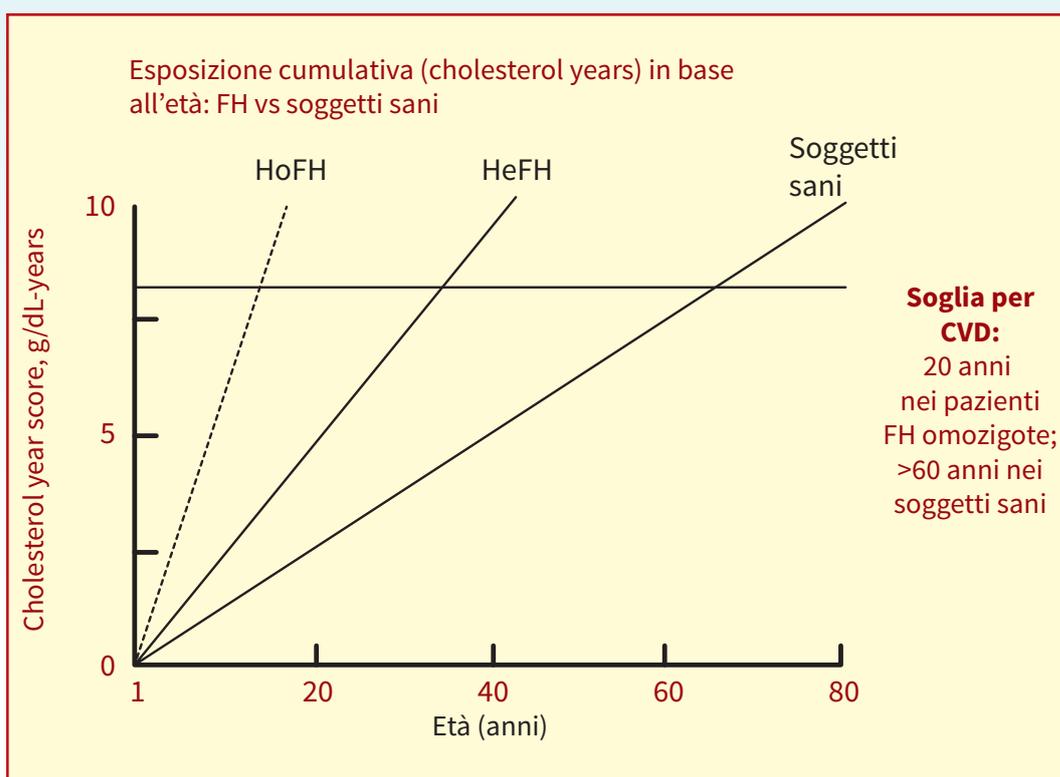


Fig.1 - Wiegman A. et al. *Curr Cardiol Rep.* 2018; 20:80.

# Alzheimer

## *Una nuova batteria di valutazione per la fase avanzata della malattia: l'esperienza del centro Alzheimer dell'Istituto San Giovanni di Dio di Genzano*

di Arianna Spallotta, Roberta Quadri, Maria Federica Assenza, Cristiana Federici

La malattia di Alzheimer è la più comune causa di demenza e colpisce prevalentemente le persone oltre i 65 anni. In Italia i malati di Alzheimer sono circa un milione, 36 milioni in tutto il mondo. La patologia è destinata a diffondersi in modo dilagante: considerando l'aspettativa di vita di chi nasce oggi, circa 90 anni, si prevede che circa il 50% di questi cittadini soffriranno di Alzheimer. A livello mondiale si calcola che nel 2050 ci saranno circa 115 milioni di pazienti. Nonostante la ricerca scientifica abbia fatto passi da gigante nella comprensione dei meccanismi attraverso i quali questa patologia provoca la morte delle cellule cerebrali, allo stato delle attuali conoscenze per la terapia farmacologica della malattia di Alzheimer, non disponiamo di un trattamento causale (cioè consistente nella eliminazione della causa), ma soltanto di farmaci "sintomatici" (cioè finalizzati all'attenuazione/rallentamento delle manifestazioni cliniche). Nell'ultimo decennio si sono avute sempre più evidenze sull'efficacia in questa patologia di approcci non farmacologici e per questo sono nate strutture mirate, semiresidenziali e residenziali, dove poter intervenire con questa modalità terapeutica, come il Centro Alzheimer-Nucleo Estensivo per Disturbi Cognitivi Comportamentali Gravi, dell'Istituto san Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Genzano di Roma.

Uno degli ostacoli più grandi che ci troviamo ad affrontare nella nostra quotidianità riabilitativa è la costruzione di progetti riabilitativi rivolti al paziente in fase severa di malattia. I pazienti con malattia di Alzheimer in fase grave, sono particolarmente difficili da approcciare, da interpretare e conseguentemente da affrontare nei setting terapeutici. Per tale motivo abbiamo pensato di inserire nel contesto dei nostri protocolli valutativi, una batteria recentemente disponibile anche in italiano, che finalmente consente di rendere interpretabili i deficit delle funzioni cognitive da cui i pazienti più gravi sono affetti: la Severe Impairment Battery (SIB), (Saxon et al.; Parlato et al.).



Questa batteria di test neuropsicologici valuta abilità cognitive di livello semplice ed è somministrabile per punteggi di Mini Mental State Examination inferiori a 13-14. Si compone di nove subscale principali:

- Attenzione
- Orientamento
- Linguaggio
- Memoria
- Abilità visuospaziali
- Costruzione
- Prassia
- Interazione sociale
- Orientamento al nome

Approssimativamente richiede 20 min. per la somministrazione e può facilmente essere somministrata a letto del paziente, con l'ausilio di un piano di appoggio.

È composta da comandi comprensibilissimi, presentati con suggerimenti gestuali; prevede anche risposte non verbali, parzialmente corrette e possibilità di aiuti. È, inoltre, uno strumento attendibile e permette valutazioni ripetute. Molto semplice anche la replicabilità perché prevede oggetti di uso comune e facile reperibilità (carta e matita, una tazza, un mestolo, un coltello, una forchetta, un cucchiaino, un misurino, un contenitore, forme geometriche, blocchetti di legno o quadrati di cartone colorati).

Già dalle prime somministrazioni siamo rimasti a dir poco sbalorditi di come, pazienti ritenuti irrimediabilmente compromessi, mostrassero ancora delle potenzialità cognitive e di come, uno strumento finalmente alla loro portata ne catturasse l'attenzione.

La possibilità di utilizzare questo strumento valutativo ci ha aperto prospettive inaspettate per pazienti finora difficilmente interpretabili. Riteniamo molto utile avere strumenti come questo per poter finalmente dare una "dignità riabilitativa" a tutti quei pazienti con le rispettive famiglie finora troppo spesso dimenticati. ■

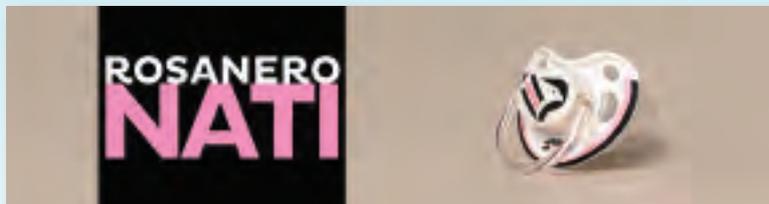


# Rosa nero nati...

*Il Palermo Calcio stipula una convenzione con l'Ospedale*

di Cettina Sorrenti

**L**Il Palermo calcio, per dare il benvenuto ai suoi nuovi aquilotti, ha creato uno speciale kit ufficiale: l'esclusivo ciuccio rosanero prodotto ufficiale della squadra e l'attestato nominativo 'Rosanero nati' con il timbro della società. L'iniziativa ha l'obiettivo di dare ai nuovi nati il benvenuto tra i tifosi rosanero. La fede per la squadra della Città nasce e cresce con noi e ci accompagna per tutta la vita. L'ospedale Buccheri La Ferla ha aderito subito al progetto pilota del Palermo che successivamente, intende estenderlo agli altri punti nascita presenti sul territorio. *"In un momento così difficile abbiamo accolto con entusiasmo e subito promosso l'iniziativa di collaborazione - ha dichiarato*



fra Alberto Angeletti, Superiore dell'ospedale - che è pervenuta da parte della società del Palermo calcio, per offrire ai nuovi genitori un piccolo omaggio che favorisca un legame con la città fin dalla nascita. Nella vita, lo sport contribuisce a formare l'individuo". Per ricevere gratuitamente il kit è necessario compilare presso l'ufficio dichiarazione nascita l'apposito modulo disponibile. Dopo la richiesta, il kit omaggio si ritira entro trenta giorni direttamente allo store ufficiale dello stadio "Renzo Barbera", presentando il documento d'identità del genitore che ha fatto la richiesta e nome e cognome del nuovo nato. ■

## La chirurgia bariatrica dell'Ospedale riconosciuta Centro di Eccellenza

**A**ll'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale dell'ospedale, diretta dal dott. Cosimo Callari, è stato assegnato un importante riconoscimento dal parte della SICOB (Società Italiana di Chirurgia dell'Obesità e delle Malattie Metaboliche) quale "Centro di Eccellenza per la cura dell'obesità".

Il riconoscimento della Società nell'ambito della chirurgia bariatrica viene assegnato solo a centri che abbiano i seguenti requisiti: inserisce la casistica nel Registro Nazionale SICOB, dispone di un follow-up dei pazienti superiore al 50%, regolarmente inserito nel Registro Nazionale SICOB, è formato da un team multidisciplinare iscritto alla società (Chirurgo - Nutrizionista - Psicologo/Psichiatra), esegue un minimo di 4 procedure chirurgiche, ha un volume minimo di attività annuo pari a 100 casi e un volume minimo di 15 re-intervento surgery annuo.

Negli ultimi dodici mesi, all'ospedale Buccheri La Ferla Fatebenefratelli, sono stati eseguiti oltre 100 interventi di chirurgia bariatrica e 30 di chirurgia post bariatrica, su pazienti provenienti da tutto il territorio nazionale.

In Italia, gli obesi sono circa 6.000.000, il 10% della popolazione. Un numero elevato, che ci pone tra le nazioni con il maggior numero di persone che supera di almeno il 40% il proprio peso ideale. Un obeso, ha un'aspettativa di vita inferiore di 10 anni, rispetto a quella di un coetaneo con peso normale. L'obesità è considerata un importante fattore di rischio per l'insorgenza di gravi patologie: diabete mellito di tipo 2, ipertensione arteriosa,

infarto del miocardio, insufficienza respiratoria, cancro al pancreas, al colon e al seno, ipercolesterolemia, vasculopatie, malattie articolari, ictus, problemi epatici e insufficienza renale, problemi della sessualità e limitazioni gravissime nei movimenti. La chirurgia bariatrica, porta a un cambiamento dell'anatomia e ricrea il senso di sazietà, abbassa il senso di fame e attiva il metabolismo basale. Fondamentale è l'associazione di un cambiamento di stile di vita, sia a livello nutrizionale, sia fisico.

«Siamo molto soddisfatti di questo riconoscimento - dichiara il dott. Cosimo Callari - che premia l'esperienza maturata in questo tipo di chirurgia. Il nostro è un centro all'avanguardia che dispone di un team multidisciplinare di professionisti: psicologo, dietista, anestesista, chirurgo, in grado di offrire una qualificata chirurgia bariatrica con diversi tipi di interventi: sleeve gastrectomy, bypass gastrico, mini gastric bypass, re-do surgery. Il gruppo affronta insieme il percorso preoperatorio, la degenza e il follow-up. Inoltre, all'interno dell'ospedale sono attive altre specialità di eccellenza irrinunciabili per trattare in piena sicurezza questa patologia: terapia intensiva, radiologia, endoscopia, chirurgia plastica ricostruttiva, fisioterapia. Tutti gli interventi sono eseguiti in anestesia generale e con tecnica laparoscopica, mini-invasiva, pertanto, meglio tollerati, con una più veloce ripresa e con una dimissione in tempi più rapidi. La scelta di quale intervento adottare è il risultato del confronto tra l'opinione del team del centro obesità e quella del malato». ■



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



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

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

**WWW.AFMAL.ORG**

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

FIRMA **NOME E COGNOME**

CODICE FISCALE del beneficiario **03818710588**