

# VITA OSPEDALIERA

RIVISTA MENSILE DEI FATEBENEFRAPELLI DELLA PROVINCIA ROMANA

ANNO LXXVII - N. 05

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

**MAGGIO 2022**



## CONOSCERE E COMPRENDERE IL DOLORE



**NO ALLA VIOLENZA  
VERSO GLI OPERATORI  
SANITARI**



**COMPETENZA  
E QUALITÀ  
ATTRAVERSO  
L'ECM**

# I FATEBENEFRATELLI ITALIANI NEL MONDO

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

## CURIA GENERALIZIA

[www.ohsjd.org](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](mailto:segretario@ohsjd.org)

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

**Fondazione Internazionale Fatebenefratelli**  
Via della Luce, 15 - Cap 00153  
Tel. 06.5818895 - Fax 06.5818308  
E-mail: [fbfisola@tin.it](mailto:fbfisola@tin.it)

**Ufficio Stampa Fatebenefratelli**  
Lungotevere de' Cenci, 5 - 00186 Roma  
Tel. 06.6837301 - Fax: 06.68370924  
E-mail: [ufficiostampafbf@gmail.com](mailto: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](mailto: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](mailto:centrostudi@fbfrm.it)  
*Sede dello Scolasticato della Provincia*

**Centro Direzionale**  
Via Cassia, 600 - Cap 00189  
Tel. 06.3355906 - Fax 06.33253520  
**Ospedale San Pietro**  
Via Cassia, 600 - Cap 00189  
Tel. 06.33581 - Fax 06.33251424  
[www.ospedalesanpietro.it](http://www.ospedalesanpietro.it)

### • GENZANO DI ROMA (RM)

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

### • NAPOLI

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

### • BENEVENTO

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

### • PALERMO

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

### • ALGERO (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](mailto: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](mailto: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](mailto:fpj026@yahoo.com)  
*Sede del Noviziato Interprovinciale*

**St. John Grande Formation Center**  
House 32, Sitio Tigas  
Bo. Maymangga, Amadeo, Cavite, 4119  
Cell 00639.770.912.468 Fax 0063.46.4131737  
Email: [romanitosalada@gmail.com](mailto:romanitosalada@gmail.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.sangiognanni.di.dio@fatebenefratelli.eu](mailto:centro.sangiognanni.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](mailto:amministrazione@fatebenefratelli.eu)

### • CERNUSCO SUL NAVIGLIO (MI)

**Curia Provinciale**  
Via Cavour, 22 - Cap 20063  
Tel. 02.92761 - Fax 02.9241285  
E-mail: [prcu.lom@fatebenefratelli.org](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:s.giusto@fatebenefratelli.eu)

### • MONGUZZO (CO)

**Centro Studi Fatebenefratelli**  
Cap 22046  
Tel. 031.650118 - Fax 031.617948  
E-mail: [monguzzo@fatebenefratelli.eu](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto:s.r.pampuri@fatebenefratelli.eu)

### • VARAZZE (SV)

**Casa Religiosa di Ospitalità Beata Vergine della Guardia**  
Largo Fatebenefratelli - Cap 17019  
Tel. 019.93511 - Fax 019.98735  
E-mail: [bvlg@fatebenefratelli.eu](mailto:bvlg@fatebenefratelli.eu)

### • VENEZIA

**Ospedale San Raffaele Arcangelo**  
Madonna dell'Orto, 3458 - Cap 30121  
Tel. 041.783111 - Fax 041.718063  
E-mail: [s.raffaele@fatebenefratelli.eu](mailto: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](mailto:prior@bolnicasvetirafael.eu)

## MISSIONI

### • TOGO - Hôpital Saint Jean de Dieu

Afagnan - B.P. 1170 - Lomé

### • BENIN - Hôpital Saint Jean de Dieu

Tanguiéta - B.P. 7

## VITA OSPEDALIERA

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

Sped.abb.postale Gr. III-70% - Reg.Trib. Roma: n. 537/2000 del 13/12/2000  
Via Cassia, 600 - 00189 Roma  
Tel. 06 33553570 - 06 33554417  
Fax 06 33269794 - 06 33253502  
e-mail: [redazione.vitaospedaliera@fbfrm.it](mailto:redazione.vitaospedaliera@fbfrm.it)

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

**Capo redattore:** fra Gerardo D'Auria o.h.

**Redazione:** Andrea Barone, Katia Di Camillo, Mariangela Roccu, Marina Stizza

**Collaboratori:** fra Massimo Scribano o.h., Anna Bibbò, Giorgio Capuano, Mons. Pompilio Cristino, Ada Maria D'Addosio, Giuseppe Failla, Ornella Fosco, Giulia Nazzicone, Alfredo Salzano, Cettina Sorrenti, Franco Luigi Spampinato, Costanzo Valente, Raffaele Villanacci.

**Archivio fotografico:** Redazione

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

**Amministrazione:** Cinzia Santinelli

**Stampa e impaginazione:** Tipografia Miligraf Srl

Via degli Olmetti, 36 - 00060 Formello (Roma)

**Abbonamenti:** Ordinario 15,00 Euro - Sostenitore 26,00 Euro

IBAN: IT 58 S 01005 03340 00000072909

**Finito di stampare:** maggio 2022

In copertina: Conoscere e comprendere il dolore

rubriche

**4** Competenza e Qualità attraverso l'ECM



**6** Etica cristiana: il volto gioioso della mitezza

**8** Riflessioni poetiche

**9** No alla Violenza verso gli Operatori Sanitari

**10** Moderna Visione della Salute



**12** Gesù si china... per rialzare!



**13** CONOSCERE E COMPRENDERE IL DOLORE

**18** L'alta risoluzione per l'ambulatorio di Fisiopatologia Digestiva dell'Ospedale San Pietro

**19** Nutrizione e Alimentazione

dalle nostre case

**20** ROMA  
Presentazione del nuovo Superiore dell'Ospedale San Pietro



**21** GENZANO  
A piedi

**22** NAPOLI  
Openweek per la salute della donna: verso una medicina sempre più personalizzata



**24** BENEVENTO  
Cerimonia di benvenuto al nuovo Superiore fra Lorenzo Antonio E. Gamos

**27** PALERMO  
Fra Gianmarco Languet il nuovo Superiore dell'Ospedale



“In guerra, la verità è la prima vittima”

(citazione di Eschilo)



Questa dichiarazione risale a 2500 anni orsono e già allora, in epoca ove le notizie erano lente ad essere trasmesse e ad arrivare, Eschilo (drammaturgo greco) avvertiva che le informazioni potevano essere soggette a manipolazioni. Le “fake news”

ovvero “notizie false” già erano di moda. Attualmente sono il pane quotidiano della disinformazione o della manipolazione dell'informazione che viene costruita per intenti ben diversi da quello che dovrebbe essere il sacrosanto diritto a essere aggiornati in modo chiaro e cristallino. Nessuno si aspetta che l'evidenza non sia filtrata dalla cultura, esperienza e passione di chi la divulga. È inevitabile che ciò accada. Il famoso bicchiere mezzo pieno o mezzo vuoto verrà descritto dall'ottimista come mezzo pieno e dal pessimista come mezzo vuoto. Eppure non è una realtà mutevole. Viene filtrata e percepita da chi la descrive semplicemente passandola al setaccio del proprio umore o personalità. Eppure la verità è e dovrebbe essere sacra. Possiamo comprendere una differente sfumatura della realtà ma, il bianco non può diventare nero.

Eppure è ciò che è successo in questa tragica vicenda che coinvolge il popolo dell'Ucraina. I governanti russi hanno giurato e si sono stracciate le vesti sul palcoscenico mediatico globale, dichiarando che mai l'ammassamento dei loro soldati e armi al confine tra i due stati, sarebbe sfociata in una invasione ma, poi, ciò è avvenuto. Si è coperto il vero motivo “guerra di aggressione su di un popolo sovrano” con la fantasiosa emanazione di un'altra espressione forviante “operazione speciale” che di speciale aveva e ha solo l'intento di trucidare inermi bambini, persone anziane, donne e tramutare in macerie scuole, ospedali, civili abitazioni, infrastrutture, seminando paura, desolazione, sofferenza. Migliaia di morti disseminati per le strade sono stati tacciati per figuranti pagati 25 dollari cadauno (non c'è che dire hanno fatto talmente bene il loro mestiere che sembrano morti veri!!!) e qualcuno si è addirittura permesso di affermare che a guardare bene i filmati di Bucha si vedeva che qualche morto si era alzato per fumare. Per non parlare di Mariupol e Kramatorsk ove il senso di rispetto della vita è regredito all'ordine primordiale della civiltà. Fosse comune piene di cadaveri emergono ogni giorno e ogni momento è buono affinché qualche invitato di talk show televisivi riesca a tramutare in bianco quello che può essere descritto con il solo colore consono al lutto: il nero.

Certo il negazionismo è sempre esistito. Si comprende se il negazionismo è opera di Putin e Labrov (ministro degli esteri russo). Sono talmente imbarazzati e sono stati talmente sbugiardati dall'evidenza, dalla verità, dalle testimonianze, che l'unica difesa da addurre a loro discapito è che tutto ciò che viene a loro incolpato è falso ed è stato costruito, con inganno, dagli ucraini in quanto gli eccidi sono messe in scena per creare e divulgare “propaganda ingannevole”, atta a discreditare la grande Russia, in quanto i loro soldati non ammazzano civili, non stuprano donne, non distruggono obiettivi non militari, non si ricoprono di tali e tante nefandezze che sono considerate dal diritto internazionale come crimini contro l'umanità.

Ma la rabbia e lo sconcerto emergono ancora di più quando a negare l'evidenza è qualche intellettuale seduto comodamente nella poltrona di casa sua o in qualche studio televisivo che, intervenendo si arrampica sugli specchi della menzogna per costruire una verità che è diversa dalla realtà, dall'evidenza provata e dalle testimonianze degli inviati e dei cronisti di tutte le televisioni del mondo presenti sul luogo degli eccidi. Il dubbio è legittimo e comprendere a 360° è una giusta palestra ove si sviluppa la ricerca delle verità, ma non si comprende il loro messaggio e la loro funzione menzognera. Forse è il caso che i conduttori televisivi filtrino e scelgano in maniera più appropriata i loro ospiti o commentatori. Alcuni di questi irritano l'opinione pubblica già scossa da tanta violenza e dolore e non sono funzionali alla pace da raggiungere quanto prima. ●



a distanza (FAD). Sono stati individuati, pertanto, corsi istituiti da vari Ordini e sull'Intranet Aziendale è stato inserito, il link del corso organizzato dall'Istituto Superiore di Sanità (piattaforma EDUISS6.5 crediti), che trattava il tema: *“Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza Covid-19”*. Inoltre, è stata avviata nelle diverse sedi, la formazione per tutto il personale addetto ai reparti Covid, riguardante la *“vestizione e svestizione con dispositivi di protezione individuale”*.

La ripresa dei corsi in aula (settembre 2020) è stata avviata inizialmente presso l'ospedale san Pietro di Roma, attraverso le *“Raccomandazioni Ministeriali e responsabilità professionale: migliorare la governance”*. Il corso, destinato a tutto il personale medico e itinerante in tutta la Provincia Religiosa Romana Fatebenefratelli (previste in totale 22 edizioni), si è svolto nella massima sicurezza, in aderenza alle norme vigenti riguardanti la prevenzione Covid. Il principale obiettivo formativo è stato quello di mantenere alta l'attenzione sulla sicurezza

## E.C.M. Educazione Continua in Medicina



del paziente, ma anche su quella degli operatori, attraverso una maggiore consapevolezza del concetto di ruolo e di responsabilità.

Il Piano Formativo è stato arricchito durante il 2021, con ulteriori 23 corsi base a cui sono state aggiunte 35 nuove edizioni (tot. 58). Sono proseguiti, inoltre, 27 corsi di *“BLSD American Heart”* di cui

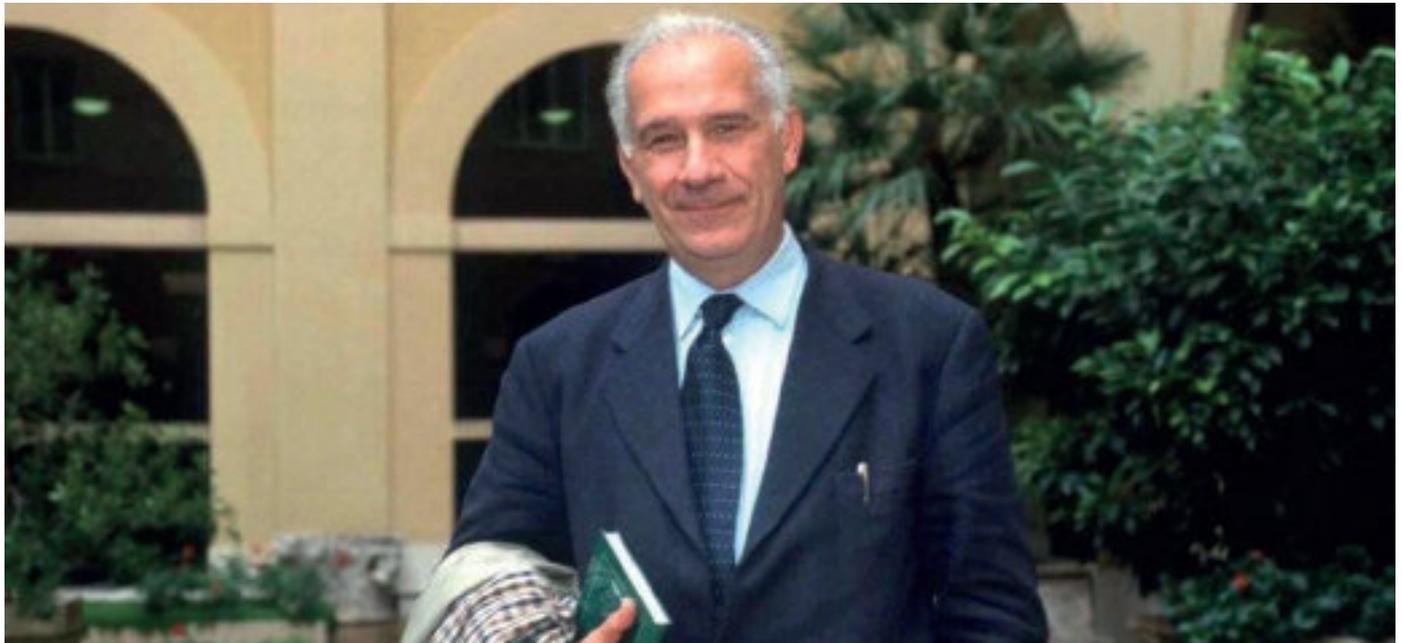
13 accreditati e 14 non accreditati, con lo scopo di rendere le strutture Fatebenefratelli cardio-protette, formando tutto il personale, affinché sia in grado di intervenire in maniera corretta durante un'emergenza cardiaca, utilizzando persino il defibrillatore.

In un quadro socio-economico in profondo cambiamento e in contrazione di risorse, parlare di Formazione continua diventa ancora più importante. La formazione diventa una forte opportunità, sia per l'innovazione delle organizzazioni, sia per il sostegno alle comunità professionali in un sistema sanitario in difficoltà, poiché la competenza fornita determina la qualità professionale degli operatori e delle organizzazioni. ●



# ETICA CRISTIANA:

## il volto gioioso della mitezza



**S**ono due anni che Carlo Casini ha lasciato il pianeta terra per essere accolto tra le braccia di Dio e dei tanti bimbi che non hanno potuto vedere la luce del sole e che ora godono della Luce della misericordia, per i quali si era tanto battuto.

Ricordo una storiella semplice, ma chiara, per spiegare il dies natalis, il momento della morte nella esperienza cristiana. Raccontava mio nonno, che quando un bambino sta nel grembo materno gode di un grande benessere fisico e spirituale perché si nutre di gusto, nuota in un accogliente piscina e si sente profondamente accolto, protetto, amato. Ma...nel momento della nascita sente una forte spinta che lo scomoda, che interrompe la quiete e genera paura, ansia, soprattutto perché si sente catapultato in una strettoia, si sente compresso e terrorizzato dall'ignoto. Ed ecco che quel passaggio lungo, interminabile, lascia intravedere una luce, appena fuori percepisce di essere al centro di una festa con una strepitosa accoglienza al grido "com'è beddu u picciriddu".

Così, diceva il nonno, sarà quando passeremo attraverso la morte...ci sembrerà la fine di tutto, ma oltre quel buio c'è la vita eterna, accolti dagli angeli. E mi piace pensare che Carlo, dopo quel passaggio doloroso, anche per la grave malattia che lo ha colpito, sia stato accolto da una numerosa schiera di angeli, come un grande e melodioso inno alla vita. Nel panorama del nostro mondo cattolico,

per quanto numerosi siano gli amici che portano avanti le battaglie a difesa della vita, sento un grande vuoto.

Manca l'autorevolezza dolce di chi era capace di guardare negli occhi tutti, senza costruire muri, ma suscitando domande, interrogativi.

Casini incarnava una visione antropologica cristiana lontana dai pericoli del fondamentalismo, che tanto male fa all'evangelizzazione e ancora più lontana da quella "scelta religiosa" frutto di una errata interpretazione del Concilio sulla laicità, che riduce "l'avvenimento cristiano" alla sfera privata, intima, della persona, irrilevante per la vita.

Privando cioè, la fede del mistero dell'Incarnazione, della forza dello Spirito Santo, spalancando le porte, di fatto, ad una eresia antica, il pelagianesimo. Carlo rappresentava la fedeltà al magistero, proposto dal Concilio Vaticano II, nell'essere missione, presenza, sale, luce, lievito. Nei nostri incontri, nelle telefonate serali, il suo dire, il suo parlare, era in profonda sintonia con la Chiesa, con il Magistero, la Tradizione.

Carlo era un uomo di fede semplice, di quei cattolici della Santa Chiesa Cattolica Apostolica Romana che aprono il cuore all'Annuncio e lasciano che lo Spirito Santo trasformi la vita in una meravigliosa avventura in compagnia degli uomini e le donne del proprio tempo. Insomma, uno di quei credenti che ha incarnato l'Etica cristiana mostrandola attraverso il volto gioioso della "mitezza". ●



**Ospedale Sacro Cuore di Gesù Benevento**

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

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



# BIOPSIA PROSTATICA FUSION

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

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

**Per info e prenotazioni:**

**telefonare al CUP:**

**0824/771456**

**via web:**

**<http://www.ospedalesacrocuore.it>**

## DESTINI IMMOLATI

L'inverno ha rubato i colori  
ad un Pittore distratto  
lasciando lo scarno paesaggio  
con cineree sfumature.  
Marciano fieri i carnefici,  
sul tappeto bianco arabescato di sangue,  
lasciando impronte negli animi.  
Altalene di filo spinato,  
ci cullano nel gioco del non ritorno.  
Spirali di fumo denso  
si aprono a ventaglio  
nel cielo assassino.  
Noi, siamo fuliggine umana  
da nascondere  
sotto il tappeto del disprezzo!!

## LA SARTORIA DE LA NOTTE

Conosco un "sarto" bravo, rifinito.....  
che dico? Fantasioso, creativo!  
Lui tesse e ricama a l'infinito  
e ogni pezzo è bello e suggestivo.  
Senza progetti o cartamodelli.  
Capace de creà opere d'arte....  
come Saturno co' tutti l'anelli,  
Mercurio, Giove, er Pianeta Marte!  
Ar porzo er cuscino de la notte,  
legato stretto p'appuntà le spille,  
mijara de stelle galeotte  
che purzano facenno le scintille.  
L'arazzo è pronto: segni zodiacali  
cuciti su la lucida trapunta  
Galassie, Nebbulse .... mai uguali  
e smerli de Satelliti in aggiunta.  
L'Armani, er Valentino più famoso,  
ha chiuso la bottega sur futuro.  
s'è rotto "l'ago", s'è messo a riposo,  
spenta l'inzegna tutto se fa scuro!!

## LA NEBBIA SU LI 7 COLLI... PIOVIGGINANNO SALE

ler'zera l'anno novo s'è affacciato  
co' discrezzione, guasi co' timore,  
niscosto da un tendone aricamato  
de fitta nebbia dietro er suo biancore.  
Pareva guasi che, timidamente,  
ciavesse la paura istintiva  
de ariccoje già, pesantemente,  
la brutta eredità da "lui" ch'esciva.  
Perché amichi cari, er ventuno,  
travorto da li fatti e da l'eventi,  
nun ha guardato in faccia più nisuno  
facendo peggio der dumilaeventi!!  
La nebbia spesso fa da copertura  
è come 'na maggia pe' nun vede!...  
è er drappo ch'aricopre 'na bruttura  
è mejo nun vede' che nun sape'!  
Stanotte, spasseggianno pe' le strade...  
nun se vedeva manco un positivo,  
nun c'era più monnezza, né intifade,....  
manco un cinghiale a pja' l'aperitivo!  
Gnente tamponi, gnente farmacie,  
nun c'era olezzo arcuno d'amuchina,  
gnente malati ne le terapie  
e manco un po' de Faizzer a la spina.  
Così che, in de sta notte affatata  
indove la nebbia è protagonista  
er novo anno fa una sgommata  
è co' un soriso fa da apripista!!



# NO ALLA VIOLENZA VERSO GLI OPERATORI SANITARI

**C**ome riscontrato dalle ricerche delle riviste scientifiche infermieristiche di tutto il mondo, è in aumento il fenomeno della violenza ai danni degli operatori sanitari. In particolare, proprio in questo periodo di pandemia in cui sono ancora di più in prima linea, i medici e gli infermieri vedono intensificarsi il rischio di essere aggrediti.

Prendendo in considerazione un trend pluriennale, si è messo in luce che la maggior parte delle aggressioni accade in un contesto di urgenza e di emergenza nella cura dei pazienti. La violenza rientra nell'ambito di comportamenti che possono essere compresi nel concetto di "bullying": aggressioni verbali, fisiche, molestie e mobbing. Essa causa troppo spesso danni psico-fisici permanenti, come il burnout e la depressione ed è motivo di abbandono dell'attività lavorativa. Oltre a colpire duramente la serenità esistenziale delle persone che lavorano nella sanità, costituisce un indubbio e serio danno alla qualità delle cure fornite ai pazienti e impone un inevitabile aggravio delle spese, per garantire la sicurezza in ambito ospedaliero.

In Italia abbiamo assistito a una recrudescenza del fenomeno negli ultimi mesi, in particolare con le brutali aggressioni del 26 e del 30 dicembre 2021, avvenute rispettivamente al Policlinico Umberto I e al san Giovanni di Roma. I due episodi costituiscono casi eclatanti, balzati all'attenzione della cronaca, ma sono purtroppo solo la punta di un iceberg ben più vasto. Secondo l'Inail avvengono più di cinquemila aggressioni l'anno contro il personale infermieristico, vale a dire una media di 13/14 al giorno. Come emerso da un recente studio svolto presso l'Università Tor Vergata di Roma, in collaborazione e con altri sette Atenei italiani, la situazione reale, però, è ancor più preoccupante: ogni anno sono aggrediti tra i 120 e i 130 mila

infermieri su tutto il territorio nazionale; ben il 75% di loro sono donne. Il più delle volte la violenza non è neanche denunciata, perché è considerata parte inevitabile del rischio connesso allo svolgimento della professione.

È dunque quanto mai necessario promuovere la cultura del rispetto nei confronti degli operatori sanitari. Ciò è possibile, mettendo in campo una serie di iniziative coor-



dinate. In primo luogo occorre portare avanti un'assoluta non tolleranza verso gli atti di violenza contro il personale sanitario. Tramite un'adeguata comunicazione devono esserne messi al corrente tutti quanti, siano essi pazienti, accompagnatori o personale.

Le aggressioni devono essere segnalate prontamente per non far sì che restino impunte e che si diffondano ulteriormente e dovranno essere implementate le misure di sicurezza, per contenere ed eliminare il rischio di tali episodi incresciosi. È prioritaria, altresì, sviluppare la formazione del personale al fine di promuovere competenze, per valutare e gestire questi eventi. Il 12 marzo si celebrerà la Giornata Nazionale contro la violenza e le aggressioni perpetrate ai danni di medici e infermieri: sarà un'importante occasione per ribadire con fermezza che il rispetto verso il personale ospedaliero è condizione imprescindibile per l'efficienza di tutto il sistema sanitario. ●

# MODERNA VISIONE DELLA SALUTE

**A** seguito di frequenti domande da parte di alcuni lettori, relativamente ad argomenti tra i quali: *vittime di tratta, sfruttamento sessuale, abbandono scolastico, mutilazioni genitali maschili e femminili, emarginazione sociale e culturale degli immigrati, gravidanze precoci, matrimoni forzati, solitudine adolescenziale, ecc.*, ritenuti “apparentemente estranei” al settore sanitario perché corrispondenti prevalentemente all’ambito psico-socio-economico, ritengo propedeuticamente utile e giusto fare chiarezza, partendo da un breve iter storico riguardante il significato di Salute.

Sin dagli albori dello sviluppo della civiltà umana, l'uomo ha manifestato sempre la necessità di prendersi cura della propria salute. Lungo i secoli i paradigmi della salute hanno subito numerosi mutamenti. Uno dei primi, che contribuì nell’ambito della cultura occidentale a ricodificare le opinioni riguardo la salute, regolamentare la professione medica e trasformare la medicina in una scienza basata sull’osservazione, è stato Ippocrate (460 a.C. circa – 370 a. C.), chiamato anche “*il padre della medicina*”. Ippocrate, nella sua pratica di medico, non si soffermava solo sulla malattia del paziente, ma esaminava anche diversi aspetti della vita in generale, come la struttura corporea, alimentazione, elementi psicologici, relazionali interpersonali

ecc. Ciò che caratterizzava l’illustre studioso era la sua idea di valutare l’individuo in modo globale piuttosto che parziale.

Il concetto di “salute” è stato definito per la prima volta nel 1948 dall’Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e definito come “*uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale*”. Per conseguirlo l’individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, soddisfare i propri bisogni, modificare l’ambiente o adattarvi.

Nel 1966 A. Seppilli, igienista, introduceva alcuni elementi innovativi riguardanti una dimensione dinamica della salute: “*La salute è una condizione di armonico equilibrio, fisico e psichico, dell’individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale*”. L’equilibrio diventa una costante tra interno, la capacità di controllo, ed esterno, la situazione favorevole o sfavorevole dell’ambiente reale o percepita.

A. Antonovski, sociologo, nel 1979, nel definire il suo modello di salute, sostiene che la salute si presenta come un continuum, una proprietà del sistema vivente, che non è perfetto ed è soggetto a processi antropici e a inevitabile morte.





L'Oms, prende spunto da questi e da altri modelli, articolando ulteriormente il concetto e, nel 1986, presenta la Carta di Ottawa come risposta all'esigenza sempre più diffusa di un nuovo movimento mondiale per la salute. Il documento si basa sulla teoria socio-ecologica della salute, che pone l'accento sul legame inestricabile tra l'uomo e i sottosistemi che compongono l'ecosistema nel quale vive (famiglia, comunità, ambiente fisico e socio-culturale). Su queste premesse la Carta definisce il concetto di "promozione della salute" come il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Secondo la Carta di Ottawa, promuovere la salute significa:

- costruire una politica pubblica per la tutela della salute;
- creare ambienti capaci di offrire sostegno;
- rafforzare l'azione della comunità;
- sviluppare le capacità personali;
- riorientare i servizi sanitari.

La salute vista, dunque, come risorsa di vita quotidiana, non come obiettivo di vita: un concetto positivo, che insiste sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario e necessita di

azioni sinergiche e intersettoriali con altri ambiti sociali.

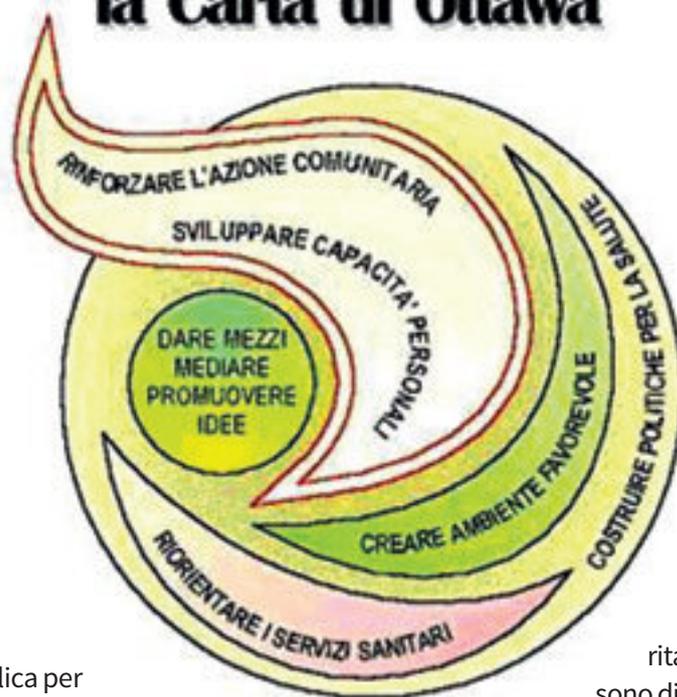
Più recentemente, una delle importanti acquisizioni del moderno approccio alla promozione della salute di cui devono tenere conto la ricerca socio-sanitaria, riguarda le azioni politiche e i programmi di educazione, ovvero la centralità degli stili di vita nel determinare lo stato di salute e il benessere dei giovani, ovvero la loro salute futura di persone adulte.

Nel 1998, l'OMS definisce la promozione della salute come "il processo che conferisce alle persone la capacità di aumentare e migliorare il controllo sulla propria salute"; specifica che rappresenta un processo globale, sociale e politico, che non comprende solo le azioni dirette a rinforzare le capacità degli individui, ma prioritariamente è volta alle azioni che

sono dirette a cambiare le condizioni sociali, economiche, ambientali, in modo tale che si riduca l'impatto sulla salute, pubblica e individuale, di quanto è sfavorevole alla salute, per incentivare quanto la incrementa.

Pertanto, ogni intervento di educazione e di promozione della salute deve anche tener conto della conoscenza delle disuguaglianze sociali, in particolare nell'accesso ai servizi e all'informazione stessa, allo scopo di individuare correttamente e raggiungere al meglio, i gruppi di popolazione più a rischio. ●

## la Carta di Ottawa



# GESÙ SI CHINA... PER RIALZARE!

**S**iamo quasi giunti al termine del tempo di Quaresima e i Vangeli della domenica ci proiettano verso il tema della misericordia, modo di agire di Gesù: "Non voglio sacrifici, ma misericordia!". Il suo "modus operandi" (modo di agire) è ben diverso da quello di scribi e farisei. Il brano che prendiamo in esame è quello di Gv 8,1-11, della V domenica di Quaresima. Ma andiamo con ordine. Gesù inizia la giornata pregando e lo segue molta folla. Durante l'insegnamento, egli viene interrotto da un gruppo di scribi e farisei, trascinando una donna sorpresa in adulterio. Da notare la mancanza di rispetto per il Maestro che insegna e per la folla che ascolta: il violento ritiene che il proprio agire sia l'unico importante e dunque può e deve imporsi sugli altri. Altresì, alla mancanza di rispetto, abbiamo la violenza fisica subita dalla donna che viene stratonata e trascinata; per non bastare, abbiamo la violenza morale e psicologica inferta alla donna con parole che la umiliano e svergognano. "Questa donna è stata colta in adulterio". Questa affermazione era un tranello per Gesù, cercando di poterlo incolpare, di andare contro la Torah, la Legge. Questi sono i metodi che si utilizzano per deviare la verità, accusando ingiustamente una persona, in questo caso il Maestro. Un aspetto che emerge è il fatto che gli scribi e i farisei si sentono "padroni" della Legge, tanto da usarla in modo interessato, a proprio piacimento. Inoltre, si comportano da padroni della donna che usano al solo fine di accusare Gesù; padroni anche del tempio, in cui irrompono senza riguardo per ciò che sta avvenendo. In ultimo si sentono anche i padroni di Gesù, chiamandolo "maestro", ma in verità hanno l'intenzione di metterlo in contraddizione con sé stesso e con la Torah. La violenza sta alla radice di pensarsi e sentirsi padroni. Ora immaginiamo la scena: la donna in mezzo, indifesa, sa nel proprio cuore di avere sbagliato e che presto potrà morire; ma Gesù non risponde, oppone il silenzio e obbliga a spostare il loro sguardo, scrive per terra. Il gesto e le parole di Gesù, partono da un'intelligenza che mette in accordo volontà di Dio, espressa nelle Scritture e miseria umana: da un cuore che sa che Dio



non vuole la morte del peccatore, ma che si converta e viva. Questo è il grande progetto di Dio per l'intera umanità e ancora una volta Gesù si china sul peccato, affinché l'altro si possa rialzare dalla miseria. Notiamo che l'agire di Gesù è la cura e la prossimità, non la violenza. Il suo gesto è netta distanza per esprimere con il corpo il suo disaccordo: gli scribi e i farisei sono in piedi, lui li spiazza, chinandosi. Loro parlano, Lui li spiazza, tacendo; loro citano la legge, lui li spiazza, scrivendo per terra: è così che si fa vicino alla donna che è in mezzo e si schiera dalla parte dei deboli. Il gesto che Gesù ripete due volte ha un significato simbolico: si china, scrive per terra; scribi e farisei lo interrogano, si alza e dice: "Chi è senza peccato getti per primo la pietra contro di lei". Poi si china di nuovo, scrive per terra; scribi e farisei se ne vanno, Gesù si alza e dice alla

donna: "Va' e non peccare più!". Per Gesù ripetere il gesto è segno di perdono. L'ultima frase è il mandato di Gesù alla donna: chiede **fiducia e responsabilità**. Gesù chiede a quelli che vogliono condannare la donna di rientrare in sé stessi; un atto di verità, in mezzo a quella violenza. Certo, il gesto di Gesù comporta un rischio: e se qualcuno scaglia la pietra? Il gesto di misericordia e la sua parola, rimandano la verità di sé stessi. Chi siamo noi veramente... Quando tutti se ne sono andati, Gesù usa ancora misericordia. Ma la parola che ha ridato libertà alla donna è il "va", "riprendi il tuo cammino, riprendi la tua vita, a cui ti restituisco, dandoti il permesso di non legarti a me, ma ricorda questo: non peccare più". Con questo chiede alla donna e a noi di vivere umanamente, non peccando, ricominciando la sua vita, la nostra vita. La parola di Gesù dà la possibilità di ricominciare dopo la caduta: nessun peccato è così schiacciante, da non consentire di rialzarsi, rinnovando la propria esistenza.

Per informazioni su orientamento vocazionale contattare lo 0693738200, scrivere una mail all'indirizzo [vocazioni@fbfgz.it](mailto:vocazioni@fbfgz.it), lasciare un messaggio su Facebook alla pagina Pastorale Vocazionale e Giovanile dei Fatebenefratelli o visitate il sito [www.pastoralegiovanilefbf.it](http://www.pastoralegiovanilefbf.it) - Vi aspettiamo! ●

# CONOSCERE E COMPRENDERE IL DOLORE

*“Lieve è il dolore che parla.  
Il grande è muto”  
(Seneca)*

INSERITO

## INTRODUZIONE

Il dolore è un'esperienza complessa e multidimensionale che risulta dall'interazione di componenti cognitive, motivazionali, affettive e sensoriali, in cui le caratteristiche psicologiche individuali giocano un ruolo importante nell'esacerbare, nel sostenere e, a volte, nel generare il dolore.

Esso comporta l'assunzione di una nuova identità, introducendo nell'individuo profondi cambiamenti non solo biologici ma anche psicologici, che influenzano la sua visione della realtà e il suo essere al mondo. Infatti, il dolore può essere visto non come un qualcosa che si subisce, ma un qualcosa che si vive. Da un punto di vista prettamente clinico, il dolore può essere considerato come un'esperienza personale persistente, insopportabile spesso accompagnata da una certa dose di stress o depressione. La persona che avverte dolore tende con estrema facilità a essere inabile sia fisicamente, sia emotivamente, non riesce a pensare coerentemente dato che vuole solo trovare un trattamento efficace per la sua sofferenza o almeno un sollievo. Secondo un modello accettato, il dolore consiste

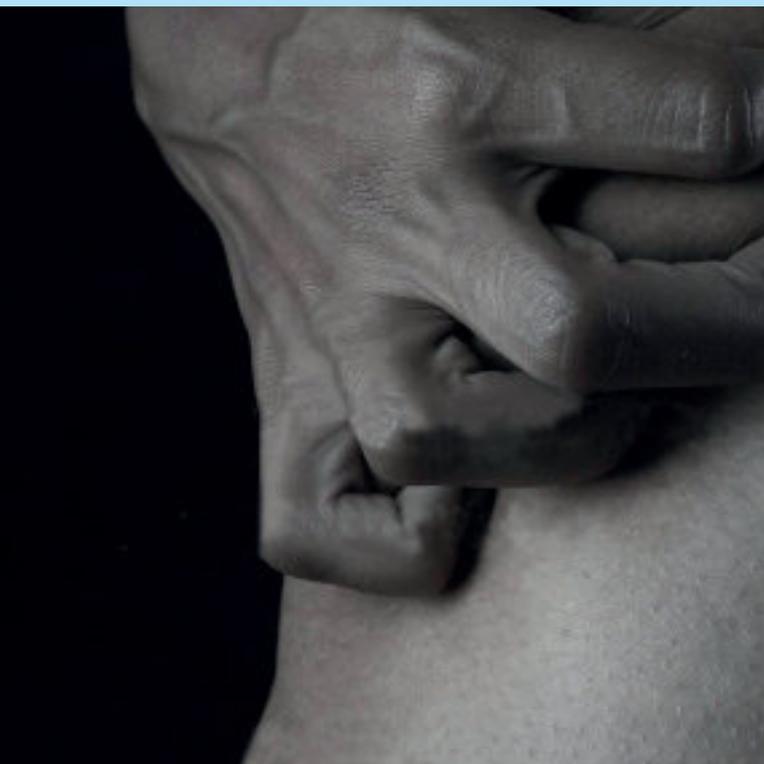
di quattro componenti: nocicezione, sensazione, sofferenza e comportamento.

Il termine dolore è un appellativo genericamente assegnato a tutti i tipi di esperienze spiacevoli. La reale percezione di questo stato si basa su un elenco completo di fattori

modificatori, che vanno dalla memoria di precedenti eventi dolorosi alle influenze psicologiche, compreso lo stato di stress, l'alterazione dell'umore e l'attesa del trattamento o del recupero. Pertanto, la valutazione del dolore

risulta abbastanza complessa e in continua evoluzione, tant'è che esiste uno scarso consenso e pochi fondamenti empirici sui quali basarsi per scegliere lo strumento più appropriato per la sua misurazione.

Nello studio del dolore clinico, ad esempio, è spesso impossibile esaminare il rapporto fra nocicezione e risposta al dolore, poiché in certe sindromi dolorose, come il dolore all'arto fantasma e la nevralgia del trigemino, lo stimolo originale è assente.



Conseguentemente, per valutare l'esperienza del dolore, gli strumenti di misurazione si sono basati tradizionalmente su dati soggettivi, ponendo l'attenzione sulla sensazione, sulla sofferenza e sul comportamento del paziente piuttosto che sulla nocicezione. Per avere una misurazione del dolore diversi autori, tra cui Frederickson (1978), hanno consigliato un approccio soggettivo-oggettivo. Le variabili del dolore, come l'intensità, la frequenza e la qualità sono valutabili con metodi soggettivi (autodescrizione); l'invalidità, espressa come mancanza di movimento, incapacità lavorativa o difficoltà nelle relazioni interpersonali e certi comportamenti associati al dolore che si manifestano con smorfie facciali, vocalizzazione e atteggiamenti posturali, possono essere facilmente osservati e misurati. Parimenti si possono quantificare oggettivamente anche gli effetti della terapia o di altri interventi.

## È IMPORTANTE MISURARE IL DOLORE?

La misurazione del dolore è senza dubbio estremamente importante. Tante sono le ragioni di ciò. Innanzitutto fornisce una linea di base dalla quale è possibile valutare i futuri interventi terapeutici. Molti degli strumenti di valutazione mostrano pregi discriminativi e possono aiutare il clinico nella diagnosi di una condizione specifica. Inoltre, alcune metodiche di valutazione posseggono la capacità di differenziare il vero paziente sofferente dal simulatore e di valutare l'influenza della personalità sull'esperienza dolorosa. Le diverse misurazioni vengono ottenute con metodi standardizzati (test, questionari, schede, ecc.) che costituiscono utili e attendibili parametri sull'efficacia terapeutica.

## METODI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

### La valutazione fisiologica e psicologica

Nella stesura della storia clinica del paziente e delle parti dolenti, è fondamentale delineare una descrizione dettagliata di alcuni elementi essenziali:

- la distribuzione del dolore;
- la qualità;
- l'intensità;
- la durata;
- le caratteristiche del dolore stesso.

Circa la distribuzione del dolore va specificato che esso può essere localizzato quando rimane nella sede di origine senza irradiazioni. Si può accompagnare a iperalgesia, iperestesia e dolorabilità profonda sempre nella sede della patologia primaria (ad esempio le tendiniti). È conosciuto anche come *dolore primario* distinto da quello *secondario* riguardante il *dolore di proiezione* e quello *riferito*. Si parla di **dolore di proiezione** quando questo è provato da uno stimolo applicato su un nervo o un assone e sentito lungo il decorso di quel nervo periferico o nel territorio normalmente innervato dall'assone nel caso del dolore neuropatico (ad esempio la nevralgia trigeminale). Il **dolore riferito** è qualsiasi dolore avvertito in una zona diversa da quella dove è applicato lo stimolo nocicettivo. È un dolore collegato a patologie di strutture somatiche e viscerali profonde; è percepito a distanza, ma anche nello stesso segmento spinale con o senza iperalgesia, iperestesia, dolorabilità profonda, spasmo muscolare, disturbi simpatici (ad esempio il dolore alla spalla in caso di ascesso subfrenico).

Infine, c'è il **dolore psicogeno** causato da patologie psicologiche o psichiatriche, la cui localizzazione e distribuzione non segue nessuna delle distribuzioni conosciute. Tipicamente il dolore coinvolge l'intero corpo in varie forme.

Per tutti i vari tipi di dolore menzionati appare importante, quindi, delineare su una mappa il dolore percepito dal paziente e disegnare su un'altra la sua distribuzione, chiedendo al paziente stesso di indicare se è di tipo **superficiale o profondo**. Questa prova è molto utile per individuare i dolori con problemi di ordine psicologico e quelli con cause di tipo organico, per poi procedere con un adeguato trattamento. Successivamente si prende in considerazione la qualità del dolore. Esso può essere di due tipi: **superficiale e profondo**. Quello superficiale si accompagna a sensazione di tipo pungente, è rapido e ben localizzato, insorge istantaneamente dopo lo stimolo doloroso ed è percepito nel punto esatto di origine.

A causa della rapida trasmissione il dolore superficiale è considerato come il primo dolore causato dallo stimolo, sufficiente a stimolare i nocicettori e serve come sistema di difesa.

Il **dolore profondo** è invece ottuso, sordo, diffuso ed è frequentemente percepito a distanza dal punto d'origine.

Altri concetti che si riferiscono alla qualità del dolore sono:

- il **dolore puntorio**: paragonabile alla sensazione prodotta dalla puntura di uno spillo;
- il **dolore lancinante**: sensazione prodotta da una lancia che penetra, attraversando i tessuti, associando alla puntura il taglio; questo termine è impropriamente usato quantitativamente per indicare un dolore molto intenso;
- il **dolore penetrante**: prodotto da un trapano penetrante nei tessuti che associa un movimento rotatorio di lacerazione;
- il **dolore urente**: come una bruciatura della pelle;
- il **dolore folgorante**: come una scarica di corrente che attraversa i tessuti;
- il **dolore costrittivo-gravativo**: come un peso o una stretta;
- il **dolore a morso**: tipico delle ischemie periferiche;
- il **dolore pruriginoso**: come un insopportabile prurito;
- il **dolore disestesico**: strane percezioni come punture di spillo o come frammenti di vetro sotto la pelle.

Altro elemento da valutare è l'intensità del dolore, che viene attuata con delle scale, alcune delle quali sono: la Scala Numerica di valutazione (NRS o Numerical rating Scale), il cui punteggio va da zero a dieci; la Scala Analogico-Visiva (VAS o Visual Analogue Scale), che consiste in una linea orizzontale di dieci centimetri; la Scala Verbale (VRS o Verbal Rating Scale), in cui il soggetto riferisce se il dolore è lieve, moderato, di media intensità, forte, atroce oppure lieve, moderato, forte, fortissimo, insopportabile.

L'altra dimensione da valutare è la durata del dolore, la quale viene esplorata, chiedendo al soggetto da quanto tempo è presente il dolore; se è insorto improvvisamente o progressivamente; se è continuo, intermittente, periodico, sporadico; come compare e scompare, descrivendo una sorta di curva tempo-intensità; la durata dei periodi di benessere. Si definisce **dolore continuo uniforme** quello che si mantiene costante per tutto il tempo in cui è presente e **dolore parossistico** quello che si presenta con accessi della durata di pochi istanti, iniziando improvvisamente e subito raggiungendo la massima intensità per poi decrescere rapidamente e scomparire. La parte più importante della valutazione del soggetto è infine rappresentata dall'anamnesi, nella quale si raccolgono tutte le informazioni sulle caratteristiche del dolore e delle loro modificazioni dal momento dell'insorgenza del dolore stesso al momento della visita. In particolare si devono esaminare i seguenti aspetti: l'aumento o la diminuzione del dolore; eventuale cambio di sede; le modificazioni delle qualità, dell'intensità e della durata; gli accertamenti diagnostici attivati e le tesi patogenetiche; la presenza di dolore iatrogeno, ovvero se insorto dopo interventi; se le terapie adottate hanno provocato alterazioni organiche o psichiche. Nell'anamnesi si raccolgono informazioni anche circa eventuali patologie pregresse (o

in corso), traumi e interventi chirurgici con i relativi risultati terapeutici, gli esiti i danni provocati e l'invalidità che ne consegue.

Altre informazioni rilevanti sono il venire a conoscenza dello stato di salute dei parenti, eventuali decessi di persone care, rapporti tra i componenti della famiglia. La valutazione fisiologica del dolore prevede anche un attento esame clinico, nel quale si ispeziona e si palpa l'area sofferente riferita dalla persona con tutte le accortezze necessarie. Si richiede un esame neurologico per valutare la funzionalità dei nervi cranici e spinali. Infatti, il sistema nervoso centrale può essere coinvolto nella genesi di particolari dolori e sensazioni. Infine, si procede anche con un esame musco-



lo-scheletrico, il quale deve tener conto della massa muscolare; atteggiamento posturale a riposo; atteggiamento posturale al movimento cutaneo; movimenti anomali (tremori, crampi, clonie, ecc.); tono muscolare alla palpazione; forza muscolare. I pazienti che accusano dolore, soprattutto se persistente, presentano spesso un accumulo di stress psicologico. Per cui è fondamentale analizzare anche tale componente. Una rassegna della letteratura evidenzia come gli aspetti psicosociali precedano di frequente l'esordio di una sindrome di dolore, in particolare se cronico. La maggior parte delle ricerche identificano nei "Disturbi Affettivi" i principali problemi che affliggono la popolazione di pazienti sofferenti soprattutto di dolore cronico.

Molti clinici considerano la depressione una naturale conseguenza del dolore. Rabbia, frustrazione, ansia e disperazione sono dovuti alla persistenza della condizione dolorosa, possono sfociare in una incapacità nel fronteggiare il dolore, nell'amplificazione dei modelli cognitivi di disadattamento e di abbandono dei modelli comportamentali delle persone in buona salute. Questo è stato dimostrato da ricerche su

pazienti che si lamentavano di vari tipi di dolore cronico (ad esempio il mal di schiena) ed erano incapaci di lavorare o di riprendere le attività piacevoli che svolgevano in precedenza. I ricercatori sono concordi nel ri-



tenere che un sottogruppo di questi pazienti possa essere predisposto a sviluppare una sindrome di dolore cronico, dovuta ad esempio alla mancanza di abilità di coping costituitasi precedentemente alla patologia. Un altro gruppo di diagnosi psicologiche che sono legate alla presenza di uno stato di dolore cronico cade all'interno dei "Disturbi Somatoformi", la cui caratteristica comune è la presenza di sintomi fisici che suggeriscono la presenza di una condizione medica, ma non sono interamente spiegati da essa. Esempi di tali disturbi sono la somatizzazione, il disturbo somatoforme doloroso, il disturbo di conversione e l'ipocondria. In ciascuna di queste categorie le variabili psicologiche hanno un ruolo molto importante nelle fasi di esordio, di esacerbazione, nel modulare l'intensità e la persistenza dei sintomi. Queste differenti condizioni sono generalmente ben riconoscibili nella persistenza e nell'evidenza del comportamento "da malato" e di una sintomatologia esagerata. L'eziologia di questi disturbi può riferirsi, ad esempio, a un preesistente stress emozionale, così come a una nevrosi, a una depressione maggiore o a una storia di trauma. L'esordio può anche essere il risultato di un processo lungo mesi o anni in cui sono man mano cresciuti problemi esistenziali, tanto da rendere la vita del soggetto turbata dal punto di vista emozionale, fisico e spirituale. Queste persone impiegano spesso molto tempo e denaro a ricercare la cura per il loro dolore, sviluppano uno stato di grave preoccupazione per la loro condizione dolorosa e corrono il rischio di sviluppare ulteriori problemi quali discordie in famiglia, isolamento, sociale ed eccessivo uso farmaci narcotici. I disturbi somatoformi sono solitamente evidenti nei pazienti che lamentano dolori diffusi e aspecifici e in quelli che hanno una diagnosi primaria nella categoria dei Disordini Affettivi. I disturbi appena descritti vanno differenziati dai "Fattori Psicologici implicanti condizioni mediche", nei quali i fattori psicologici e comportamentali influenzano negativamente una condizione medica esistente. Spesso i pazienti con dolore persistente possono provocarsi intenzionalmente danni fisici allo scopo di mantenere o peggiorare la sintomatologia.

Questo tipo di comportamento è diagnosticato come "Disturbo Fittizio" e può avere una eziologia di natura psicologica. Si ritiene che queste persone possano avere vantaggi secondari nel mantenere il ruolo di malato e per questo motivo si provochino intenzionalmente sintomi fisici per

peggiore una condizione medica. A volte espressioni di dolore persistente possono verificarsi in assenza di rilievi patologici oggettivi o di una eziologia identificabile. Ciò è frustrante sia per il medico, sia che per il pa-

ziente. La diagnosi di "Disturbo Post Traumatico da Stress", comune nelle vittime di incidenti avvenuti da molto tempo, è correlata a sindromi dolorose come ad esempio dolore facciale, pelvico o addominale cronico. Altra diagnosi da considerare è quella relativa al "Disturbo da Conversione", che indica la presenza di una causa psicologica di una disfunzione fisiologica, ad esempio deficit motori e sensoriali volontari suggeriscono una condizione neurologica o medica. Tale tipo di diagnosi andrebbe fatta solo nei casi in cui il dolore non è spiegabile oppure nel corso di un disturbo di somatizzazione. Anche i "Disturbi di personalità" possono essere presenti nei soggetti con dolore. La *personalità dipendente* è caratterizzata dal bisogno eccessivo di ricevere attenzioni. Queste persone ritengono di essere incapaci di badare a se stesse. Queste persone possono presentare all'anamnesi una storia di rifiuto, critica e pessimismo sulle proprie capacità che producono una buona autostima e dubbi personali. Anche la *personalità istrionica*, molto teatrale nella presentazione della sintomatologia e quella *borderline*, caratterizzata relazioni interpersonali instabili e impulsive, sono frequentemente legate alla sindrome dolorosa. I disturbi di personalità possono essere poco evidenti fino a quando non si verifica un evento traumatico, come, ad esempio, lo sviluppo di un problema di dolore cronico. Inoltre, va sottolineato che spesso le persone che soffrono di sindrome dolorosa tendono ad abusare di farmaci senza che ve ne sia una effettiva necessità. In tali circostanze si è di fronte ai "Disturbi da assunzione di sostanze". È fondamentale svolgere una indagine precoce sul potenziale uso errato di sostanze: sebbene molti ricercatori ritengano che l'uso di oppioidi sia innocuo per la maggior parte di persone che soffrono di dolore cronico, i medici dovrebbero essere incoraggiati a valutare i pazienti con dolore persistente su base individuale. Da tutto ciò si evince come i differenti fattori psicologici possano avere un'influenza sull'esperienza personale del dolore e le potenziali conseguenze psicologiche di un dolore in atto. Tutti questi fattori psicologici possono riflettersi nella valutazione fisica del paziente cronicamente sofferente. Questo dovrebbe allertare i medici nel corso della visita e insospettirli qualora cause organiche siano latitanti. La comprensione di questi fattori è indispensabile: un buon lavoro interdisciplinare, comprendente la figura dello psicoterapeuta, è fondamentale nella diagnosi e nella cura del paziente. ●



**Ospedale S. PIETRO FATEBENEFRAELLI**

Via Cassia, 600 - 00189 Roma - Tel. 06 33581 - [www.ospedalesanpietro.it](http://www.ospedalesanpietro.it)



# AMBULATORIO DI AGOPUNTURA

## U.O.S. FISIATRIA

L'**Agopuntura** riduce il dolore, migliora lo stato di salute e il **benessere** psico-fisico

È **efficace** sia in condizioni acute, sia croniche e si integra agevolmente all'interno di trattamenti **farmacologici e fisioterapici**

**PRENOTAZIONI PRESSO LA SEGRETERIA DELLA FISIOTERAPIA (PIANO -1)**

**TEL. 06/33582780**

# L'ALTA RISOLUZIONE

## per l'ambulatorio di Fisiopatologia Digestiva dell'Ospedale San Pietro

L'ambulatorio di Fisiopatologia Digestiva dell'ospedale San Pietro, attivo da quindici anni e con un'esperienza di tremila e cinquecento esami, è stato dotato di un moderno manometro ad alta risoluzione per lo studio funzionale della motilità dell'esofago e dell'anoreto.

“Con l'acquisto del nuovo manometro” afferma il Direttore Sanitario “abbiamo voluto elevare la qualità dello studio delle patologie del giunto gastro-esofageo e del pavimento pelvico, facendo diventare l'ospedale San Pietro - Fatebenefratelli uno dei Centri regionali per lo studio e il trattamento di questo tipo di patologie”. L'alta risoluzione (HR) offre una precisione e una facilità di diagnosi, mai raggiunte prima, grazie al gran numero di sensori di cui è dotato oggi il nuovo catetere, che consente di studiare in modo dinamico e continuativo le pressioni che si sviluppano all'interno del viscere e che vengono espresse con colori che rendono rapido e intuitivo l'esame.

Si possono ottenere:

- risultati completi e coordinati di tutto il viscere esplorato;
- brevità e rapidità di esecuzione dell'esame;
- migliore accettazione da parte del paziente, i cui disagi sono assolutamente minimi;
- diagnosi più precise e più accurate.

La manometria esofagea permette lo studio del faringe, dell'esofago completo con i suoi sfinteri superiore e inferiore, mantenendo il catetere in un'unica posizione.

L'esame è indicato nei disturbi della deglutizione, nella disfagia e nel reflusso gastroesofageo.

Malattie che si giovano dello studio ad alta risoluzione sono: l'acalasia, l'ernia jatale, il reflusso gastroesofageo, il dolore toracico non cardiaco, i diverticoli, l'esofago ipercontrattile, le collagenopatie; il controllo dopo interventi per acalasia, ernia jatale.

La manometria anorettale studia la misurazione delle pressioni anali di base e in contrazione, la sensibilità anorettale, il riflesso inibitorio rettoanale (RIRA), valutando simultaneamente tutto lo sfintere, con un posizionamento unico del catetere.

È indicata nello studio delle disfunzioni anorettali: stipsi, difficoltà nell'evacuazione, rettocele, malattia di Hirschprung, incontinenza, megareto, resezione del retto.

“Questa innovazione tecnologica” afferma il dott. Massimiliano Di Paola, Direttore UOC Chirurgia “permetterà di affinare lo studio e il trattamento di diverse patologie estremamente comuni. L'aver a disposizione un manometro ad alta risoluzione ci permetterà di aiutare tanti pazienti, affinando sempre di più la diagnosi e il conseguente trattamento medico o chirurgico di questo tipo di patologie”. ●



# NUTRIZIONE E ALIMENTAZIONE

(dai fabbisogni agli alimenti)

In questo breve capitolo, intendiamo trattare del rapporto tra Nutrizione e Alimentazione. La prima domanda che dobbiamo porci è se Nutrizione e Alimentazione siano sinonimi, cioè se hanno lo stesso significato. La risposta è no. Alimentarsi vuol dire semplicemente introdurre naturalmente cibo e bevande attraverso il cavo orale. Nutrirsi significa coprire il fabbisogno di sostanze necessarie al mantenimento del nostro benessere. Esiste un sinonimo di Alimentazione? Sì, mangiare. Ci si nutre naturalmente attraverso l'alimentazione; nel caso il soggetto non possa o non voglia o non debba alimentarsi, si nutrirà artificialmente per vena (Nutrizione Artificiale Parenterale) o attraverso il tubo digerente (Nutrizione Artificiale Enterale). Quindi, la definizione di Alimentazione Artificiale non è corretta e rappresenta un paradossale errore semantico, frequentemente utilizzato nel caso di problematiche legate al fine vita (caso Englaro). L'Alimentazione non rappresenta un trattamento medico, mentre la Nutrizione Artificiale, al pari della Dialisi, vicariando una funzione fisiologica assente o carente (Alimentazione), pone problemi di natura Bioetica, in termini di accanimento terapeutico. La stima dei fabbisogni di macronutrienti (Proteine, Carboidrati, Lipidi), di micronutrienti (Vitamine, Sali minerali, Oligoelementi) e di acqua è in funzione dell'età, del sesso, di alcuni parametri antropometrici, dell'attività fisica e della presenza di patologie. In considerazione di quanto detto, quando dobbiamo valutare lo stato nutrizionale di un soggetto, non è sufficiente controllare che mangi o meno, ma è necessario prima stabilire i suoi fabbisogni nutrizionali e quindi, verificare che gli stessi siano coperti dall'alimentazione. Nel caso il soggetto copra almeno il 60 - 70% dei suoi fabbisogni nutrizionali con l'alimentazione, è possibile integrare la stessa con dei prodotti artificiali orali specifici per ogni necessità, gli Oral Nutritional Supplements (ONS). Nell'ambito della Dietetica (Scienza dell'Alimentazione



Naturale), l'educazione alimentare considera gli aspetti qualitativi e quantitativi degli alimenti. Dal punto di vista qualitativo è ormai noto e dimostrato, che la nostra Alimentazione dovrebbe, in assenza di problematiche individuali, privilegiare il mondo dei vegetali (cereali integrali, frutta e verdura di stagione, legumi e frutta secca oleosa) e il pesce, mentre l'uso della carne rossa e degli insaccati dovrebbe essere saltuario il primo e occasionale i secondi. Dal punto di vista quantitativo, l'energia che introduciamo (Carboidrati, Grassi e Alcool) deve essere proporzionata alla nostra spesa energetica, se non vogliamo aumentare la massa grassa, la quale non viene valutata dalla bilancia, ma dall'Analisi della Composizione Corporea. Dal 1992, il Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti ha ideato uno strumento, la Piramide Alimentare, che ha subito una serie di aggiornamenti, di cui l'ultimo nel 2015, che rappresenta una guida all'utilizzo corretto degli alimenti. ●



# Presentazione del nuovo **SUPERIORE** dell'Ospedale **SAN PIETRO**

**V**enerdì 23 Aprile presso la Chiesa dell'ospedale san Pietro, si è svolta la cerimonia riguardante "il passaggio del testimone" ovvero la presentazione del nuovo superiore dell'ospedale, fra Michele Montemurri e il conmiato di fra Lorenzo A. E. Gamos, da parte del superiore provinciale, fra Luigi Gagliardotto.

Dopo un breve saluto ai presenti da parte del direttore sanitario, dott. Michele Venditti, ai quali ha esposto l'iter della cerimonia, ha preso la parola il padre provinciale fra Luigi Gagliardotto, che ha ringraziato il suo predecessore fra Gerardo D'Auria e ha ricordato come tutti i confratelli che svolgono il servizio di governo, hanno la responsabilità dello sviluppo del carisma, vivendolo ogni giorno tra i poveri e gli ammalati.

Fra Luigi ha, inoltre, spiegato come il ruolo del superiore locale sia quello di gestore, animatore e garante della missione dei Fatebenefratelli, seguendo l'esempio di san Giovanni di Dio, lavorando con i collaboratori, stimolando la sinergia tra i vari servizi ospedalieri, anche grazie alla sua figura di Presidente dell'ufficio di direzione, in collaborazione con i Direttori Sanitario e Amministrativo.

L'intervento dal Padre Provinciale si è concluso con il ringraziamento a fra Lorenzo Gamos, per il lavoro svolto negli ultimi 4 anni.

Successivamente, fra Lorenzo nel suo saluto, ha voluto ringraziare tutte le componenti ospedaliere, per la partecipativa sinergia dimostrata nel superare i gravi problemi degli ultimi anni, come l'incendio e la pandemia.

È stata quindi la volta del discorso di presentazione di fra Michele, che ha parlato della sua esperienza di Genzano e ha ricordato come tutti noi siamo una famiglia che deve lavorare per perseguire il medesimo obiettivo di bene e di accoglienza del malato.

Al termine della cerimonia, il prof. Marco Bonito quale rappresentante dei medici, il Direttore Sanitario, dott. Michele Venditti e il dr. Giuseppe Salzano direttore amministrativo, hanno ringraziato il Padre Provinciale per aver presieduto a questa significativa cerimonia, salutato e ringraziato fra Lorenzo per l'encomiabile impegno di animazione, di partecipazione e di sostegno verso tutti i collaboratori e indirizzato il saluto di benvenuto con l'augurio di un proficuo lavoro, a fra Michele Montemurri. ●





# A PIEDI



Bleuler nel 1908 e anch'esso deriva dal greco *schizo*, divido e *phren*, mente, cervello. Quindi "scissione della mente". Nel '800 invece si parlava ancora di *Dementia praecox*. In questo caso non si tratta più di un deficit, un arresto nello sviluppo della mente, ma di parti della stessa che si autonomizzano, vivendo di vita propria che, senza essere elaborate e integrate nella coscienza, agiscono in forma di deliri o allucinazioni. Ma l'intelletto, la memoria, l'eloquio sono "normali", "regolari", nella media insomma. Francesco

“Lo sai che c'è? Sto imparando da un paziente, cosa vuol dire essere pazienti con una patologia cronica ossessivo-compulsiva” mi dice Massimo mentre lo accompagno sull'Aurelia a trovare il fratello. E lo dice lui che è diagnosticato con lo stesso disturbo!

Continuo a guidare quando lampeggia il cortocircuito nei miei pensieri e mentre un automobilista mi taglia la strada, non capisco più *chi* guarda *chi* e cosa vuole dire cura in ambito psichiatrico. È una sensazione che mi segue sin dal '90 quando cominciai a lavorare nel disagio mentale e a incontrare persone così classificate. Non perché avessi una laurea in psichiatria, ma piuttosto spinto dal mistero della mente umana, a cominciare dalla mia. Lodovico usciva sempre dall'istituto e andava a Genzano a piedi. Conosceva tutti in paese e gli volevano bene per la sua innata capacità di risultare simpatico. Però era diagnosticato un oligofrenico grave. Detta così significa tutto e niente, allora provai a dare un senso al termine *oligo-frenico*, documentandomi nella letteratura clinica. *Oligo* dal greco significa quantità limitata e *frenia*, mente, quindi, secondo una antica (oramai) nomenclatura, vuol dire idiota, imbecille. Ma lui a me faceva morire dal ridere quando incontrava le suore o le infermiere e le diceva, porgendole un fiore: "il mio pacemaker batte per te!". Francesco era cieco e sardo, di Villacidro. Aveva 50 anni ed era ricoverato insieme a suo fratello Luigi. Anche loro andavano a piedi a Genzano e li conoscevano tutti perché sembravano il gatto e la volpe di Pinocchio: Luigi sempliciotto, ma pratico a risolvere i problemi, Francesco più arguto e svelto di lingua, non era diagnosticato come Lodovico, piuttosto come *schizofrenico*. Schizofrenico da Schizofrenia. Il termine fu coniato dallo psichiatra svizzero



e Luigi un giorno scapparono dall'istituto perché non gli piaceva e non volevano più starci. Erano decisi a tornare a casa. Racimolarono, chiedendo l'elemosina in piazza a Genzano, i soldi per il biglietto della nave. Ma proprio sul ponte all'imbarco di Civitavecchia per Cagliari, furono fermati al controllo e scoprirono che erano scappati e ricercati. Furono riportati in istituto, ma dopo qualche mese morirono entrambi, senza cause o malattie evidenti. Si sono lasciati morire. Personalmente me lo spiego in questo modo. Storie di vite, di persone vissute in un complesso riabilitativo. Diagnosticate. Essenzialmente non autosufficienti nelle azioni quotidiane o nel gestire soldi, case, lavoro. Fragili. In preda ai loro pensieri dove non si distingue più l'immaginato dal reale o dove tutto appare così enormemente complesso e difficile.

"A me m'ha rovinato la guerra". Così diceva Enrico. Classe '35, romano. "Io so uno *sposato*, nel senso che m'hanno *sposato* da casa mia, all'Istituto", invece Sergio: "Quando guardo negli occhi un altro, mi sento subito un altro" o ancora: "Non ci dia retta, so tutte cose inventate da me".

In queste frasi non c'è la minima traccia di auto celebrazione. Oppure che so, di apparire più importanti di quello che si è. Anzi, il contrario! Una disarmante consapevolezza di essere poco o almeno inadeguati rispetto alle regole della vita degli altri uomini, quelli "inseriti", "normali". Quelli sempre pronti a difendere il proprio ruolo o i propri interessi, anche a costo di passare sopra a chi ti sta davanti. Qui, forse, sta il senso più stimolante del lavoro con persone in difficoltà: l'incontro con la debolezza e la fragilità, che non ci fa più piccoli, piuttosto, più umani. Consapevoli di ciò che siamo al di là delle nostre illusioni. ●



# OPENWEEK per la salute della donna: verso una medicina sempre più personalizzata

**L**e donne sono state spesso sottostimate negli studi epidemiologici, nelle sperimentazioni farmacologiche, negli studi clinici, negli esami di laboratorio e nella diagnostica per immagini. Negli ultimi cento anni abbiamo assistito a una graduale e importante evoluzione sancita dal passaggio da una medicina androcentrica in cui la donna era considerata un 'piccolo uomo',

alla medicina delle donne che idealmente suddividiamo nelle due specificità, quella ginecologico - riproduttiva (continuazione della tradizionale cura ginecologica, che ha acquisito una connotazione istituzionale con la nascita dei consultori) e quella che ha trovato la sua espressione più concreta una quindicina di anni fa in Italia, con l'arrivo degli screening oncologici, con Pap-test e mammografia. Una pietra miliare della medicina delle donne è stata la Conferenza di Vienna del 1994 "La salute delle donne conta" che ha posto l'attenzione sui seguenti aspetti: uguale riconoscimento dei diritti umani a uomini e donne; "prospettiva life course"; empowerment delle donne; promozione di servizi adatti alle donne; relazioni fra uomini e donne. La successiva fase della medicina delle differenze biologico - sessuali tra uomo e donna ha posto le basi per la nascita della Medicina di Genere, che non è la "medicina delle donne", ma una nuova dimensione della medicina che studia l'influenza del sesso e del genere sulla fisiologia, la fisiopatologia e la patologia umana. Essa valuta le differenze di genere rispetto ai sintomi delle malattie, alla necessità di differenti percorsi diagnostici e interpretazioni dei risultati, alle differenze nella risposta ai farmaci o, addirittura, alla necessità di utilizzare farmaci diversi e ancora, alle differenze rispetto alla prevenzione di tutte le malattie. L'ospedale Buon Consiglio di Napoli, da sempre attento ai progressi della scienza e delle attuali sensibilità culturali, ha attivato percorsi per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle patologie femminili. Ed è per questo motivo che dal 2017 è



entrato a far parte del network Bollini Rosa, una rete ideata dall' Osservatorio Nazionale sulla salute della donna e di genere (Onda). Dal 20 al 26 aprile, in occasione della Giornata Nazionale della salute della donna (22 aprile), la struttura ospedaliera ha aderito all'iniziativa promossa da Onda, intitolata *Open Week-Ospedali a porte aperte*, offrendo gratuitamente alle donne, servizi

clinici, diagnostici e informativi nell'ambito delle seguenti aree specialistiche: Oncologia-Senologia, Ginecologia, Ostetricia, Nutrizione Clinica, Psicologia e Psiconutrizione. Il servizio di Psiconutrizione, tra gli altri, ha rappresentato una importante novità, un approccio olistico per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione, in cui nutrizionista e psicologo strutturano sinergicamente una relazione che favorisce l'empowerment della paziente. Insieme si affrontano comportamenti, azioni ed emozioni che esprimono e mantengono il disturbo alimentare, i pensieri disfunzionali su cibo-corpo-peso, che sono alla base dei comportamenti stessi. Neoplasia mammaria, endometriosi, dolore pelvico, depressione e sana alimentazione sono state alcune delle tematiche affrontate con l'intento di promuovere un migliore stile di vita e di accrescere la consapevolezza nelle donne sulla possibile insorgenza di malattie e sull'importanza di una diagnosi precoce e cure tempestive. Il miglioramento della qualità e dell'accessibilità dei servizi ospedalieri, beneficerà sul processo di responsabilizzazione della propria salute, un valore individuale e collettivo.

E nel futuro? Non solo due strade diverse, una per la cura dell'uomo e una per la cura della donna con l'attenzione a trovarne differenze e somiglianze in un processo parallelo, ma una medicina sempre più personalizzata che, ponendo al centro l'unicità della persona, sarà sensibile a stili di vita, aspetti culturali, etnici e religiosi. *Avanzare in questa direzione è prepararci a un'umanità nuova e sempre rinnovata (Papa Francesco).* ●

# SEMIRESIDENZIALE

## Beato Eustachio Kugler



**ISTITUTO SAN GIOVANNI DI DIO**  
**Via Fatebenefratelli, 3 - GENZANO**  
**[www.istitutosangiovannididio.it](http://www.istitutosangiovannididio.it)**

# SERVIZIO IDR

**Aperto dal lunedì al venerdì**

**dalle ore 8:30 alle ore 15:00**

**per giovani adulti con disabilità**

**Per informazioni 06.937381 | [molinari.manuela@fbfgz.it](mailto:molinari.manuela@fbfgz.it)**



# Cerimonia di benvenuto al nuovo Superiore **FRA LORENZO ANTONIO E. GAMOS**

*L'amore del prossimo scaturisce da un cuore che ama, e che, proprio perché ama, è disposto a vivere le esigenze più alte. (Veritatis Splendor di Giovanni Paolo II)*

Il 27 aprile 2022, nella Sala Conferenze dell'ospedale "Sacro Cuore di Gesù" Fatebenefratelli di Benevento, il Superiore Provinciale fra Luigi Gagliardotto, dando seguito a quanto definito dal 144° Capitolo Provinciale celebrato dal 21 al 24 Marzo a Genzano di Roma, ha presentato il nuovo Superiore fra Lorenzo Antonio E. Gamos anche Primo Consigliere e ha ringraziato per la missione svolta da fra Gian Marco L. Languez, che dopo quattro anni a Benevento è andato a guidare la Comunità Ospedaliera Fatebenefratelli di Palermo.

Nel suo intervento, il Padre Provinciale ha parlato del ruolo del Superiore Locale, così, come stabilito dalle Costituzioni dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio, che ne evidenziano la speciale responsabilità nella custodia e nello sviluppo del Crisma. Il Carisma di cui tanto parliamo - continua fra Luigi - è dalle nostre Costituzioni, definito un dono dello Spirito Santo che ci rende partecipi, in modo singolare, dell'amore misericordioso del Padre. Questa esperienza ci comunica atteggiamenti di benevolenza e di donazione, ci rende capaci di compiere la

missione di annunciare e di realizzare il Regno tra i poveri e gli ammalati; essa trasforma la nostra esistenza e fa sì che attraverso la nostra vita si renda manifesto l'amore speciale del Padre verso i più deboli, che noi cerchiamo di salvare secondo lo stile di Gesù (Cost. 2b). Questo è il nostro Carisma e questa è la grande responsabilità che hanno il Superiore Locale, il Superiore Provinciale e ogni Confratello; nello specifico il Superiore Locale insieme alla comunità religiosa e ai collaboratori partecipa alla realizzazione del Carisma dell'Ospitalità. Nel corso degli anni il ruolo del Superiore Locale si è trasformato, ma è e sarà sempre il responsabile dell'attuazione del Carisma, della Gestione Carismatica del completo servizio reso ai malati. È chiamato a essere guida, animatore, garante affinché il Carisma dell'Ospitalità trovi sempre terreno fertile per favorire lo sviluppo a favore dei malati, dei poveri e dei bisognosi, perché ricevano un'assistenza olistica, umana, professionale, spirituale e sociale a testimonianza del regno di Dio in mezzo a noi. Il Superiore Locale respira la vita ospedaliera, ascolta gli ammalati e





direttamente i collaboratori al fine di essere la squadra di san Giovanni di Dio, affinché il cammino di umanizzazione cresca come un fiore profumato nella Chiesa di Dio, affinché non manchi mai la presenza di Gesù Buon Samaritano e del Padre misericordioso che abbraccia e perdona ciascuno, curando le ferite. Fra Luigi ha citato la Regola di Sant'Agostino: "Il Superiore mantenga con amore la disciplina, ne imponga il rispetto e sebbene siano cose necessarie entrambe, tuttavia preferisca, piuttosto, di essere amato che temuto, riflettendo continuamente che dovrà rendere conto di voi a Dio". E infine, ha augurato a tutti buon lavoro nella vigna del Signore con la protezione della Madonna, Madre del Buon Consiglio, san Giuseppe e san Giovanni di Dio.

La cerimonia è continuata con due momenti che hanno emozionato tutta la comunità presente: il discorso di fra Lorenzo e il saluto commosso di fra Gian Marco che con un video ha voluto ricordare alcuni momenti del suo quadriennio. Nel suo discorso, il nuovo Superiore fra Lorenzo Antonio ha espresso i ringraziamenti al Padre Provinciale così come a tutti i presenti per la cortese accoglienza. Ha rilevato l'importanza di una visione collettiva

dell'ospitalità incarnata nei valori aziendali del rispetto, giustizia, eccellenza e spiritualità con la profonda convinzione che la cooperazione e l'integrazione dei nostri valori, rafforzerà notevolmente le nostre opere ospedaliere e porterà beneficio a tutti. Ha evidenziato i cambiamenti storici che stiamo vivendo, le trasformazioni religiose, sociali, politiche ed economiche; la transizione verso una nuova governance, che è già iniziata, incoraggiandoci a rimanere concentrati sui nostri obiettivi, per una maggiore inclusione e resilienza. Con la visione collettiva dell'ospitalità secondo lo stile di san Giovanni di Dio, con l'ascolto dei collaboratori, la visita ai pazienti e gli incontri quotidiani con i diversi responsabili – ha concluso fra Lorenzo - si potranno risolvere molti problemi e portare enorme benefici a tutti i membri del nostro sistema Ospedaliero.

Alla fine della cerimonia, a porgere i saluti di benvenuto a fra Lorenzo Antonio e i ringraziamenti a fra Gian Marco, sono intervenuti: il Direttore Amministrativo e degli Affari Generali dr. Giovanni Carozza, il Direttore Sanitario dr. Giovanni Guglielmucci, il dott. Bruno Villari responsabile del reparto di Cardiologia e la dott.ssa Antonia Galluccio Presidente AFMaL sessione di Benevento. ●





# OSPEDALE BUCCHERI LA FERLA FATEBENEFRAELLI

Via Messina Marine, 197 - Palermo - Tel. 091 479111 - [www.ospedalebuccherilaferla.it](http://www.ospedalebuccherilaferla.it)



## **L'ARABA FENICE** *Il paziente oncologico: dalla malattia alla rinascita*

**PROGETTO GRATUITO FINANZIATO DALL'ASSESSORATO  
ALLA SALUTE AVVIATO IN OSPEDALE**

Prevede consulenza psicologica, dietistica, fisioterapica,  
estetica, gruppi di riabilitazione psicooncologica,  
assistenza sociale e attività di laboratorio.

**PER INFO CHIAMARE**

**TEL. 091 479849**



# FRA GIANMARCO LANGUEZ il nuovo superiore dell'ospedale

**I**l giorno 29 Marzo, per dar seguito a quanto stabilito nel 144.mo capitolo della Provincia Romana dei Fatebenefratelli durante il quale è stato eletto il nuovo governo religioso e contestualmente sono state rinnovate le cariche degli Ospedali, nell'aula polifunzionale del Buccheri La Ferla gremita di collaboratori, fornitori e volontari è stato presentato il nuovo Superiore, fra Gianmarco Languéz. Per i prossimi 4 anni guiderà la comunità religiosa e l'intera Famiglia Ospedaliera.

È stato il neo eletto Padre Provinciale fra Luigi Gagliardotto di origine siciliana, nativo di Polizzi Generosa, comune che ha dato i natali a ben tre Padri Generali dell'Ordine e dove in passato era attivo un ospedale dedicato all'«Annunziata», a presentare e ad accompagnare fra Gianmarco.

“Ritorno a Palermo - ha dichiarato il Provinciale - dopo 4 anni in cui sono stato Superiore dell'ospedale «Buon Consiglio» di Napoli. Prima di quest'ultima esperienza sono stato Priore in questo Ospedale per 12 anni, una parte vissuti in comunità con fra Gianmarco. Entrambi abbiamo condiviso un'esperienza unica, ovvero la nascita e lo sviluppo del Centro di Accoglienza «Beato Padre Olallo». Il mio augurio è quello di poter riaprire quest'opera benefica, per accogliere i bisognosi nel più breve tempo possibile ora che l'emergenza sanitaria sembra essere superata”.

Fra Gianmarco Languéz di origine Filippina ha vissuto la sua formazione religiosa all'interno delle Strutture della Provincia Religiosa dei Fatebenefratelli di Amadeo e Manila presso le quali lavorava come *Terapista Occupazionale*. Dal 2015 è in Italia. Negli ultimi 4 anni è stato il Priore dell'Ospedale di Benevento.

“Ringrazio fra Luigi per la fiducia che ha riposto su di me - ha dichiarato il nuovo Superiore dell'ospedale Buccheri La Ferla - Oggi mi viene chiesto di essere responsabile di questa comunità, dell'ospedale e del centro delle opere di carità. Farò del mio meglio per svolgere il mio dovere. Come Superiore, non sono qui per controllare, ma per camminare con voi nell'adempimento delle nostre responsabilità di professionisti, di collaboratori di Fatebenefratelli e di cristiani. Insieme possiamo raggiun-

*gere i nostri obiettivi, sia a livello personale che istituzionale. La Chiesa si aspetta che ci prendiamo cura dei malati, dei bisognosi e degli emarginati. Non siamo solo professionisti, ma siamo Chiesa. Come Cristo Risorto ci concede la speranza della nostra risurrezione, anche noi siamo strumenti di speranza per i nostri pazienti, le persone bisognose e per la nostra famiglia. Per portare avanti questo nuovo incarico cercherò di ispirarmi ai valori del nostro Ordine: Ospitalità, Qualità, Rispetto, Responsabilità e Spiritualità. Ringrazio tutti i collaboratori per l'affetto ricevuto e sono certo che insieme formeremo una squadra per un ulteriore rilancio dell'ospedale su tutto il territorio”.* ●



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

[www.afmal.org](http://www.afmal.org) - [info@afmal.org](mailto:info@afmal.org)



Tel. 06 33 25 34 13

Fax 06 33 25 34 14

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

## Porteremo il tuo aiuto nelle mani di chi soffre

**FIRMA NEL RIQUADRO E INSERISCI IL NOSTRO CODICE FISCALE**

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

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE del  
beneficiario

**038 1871 0588**