





SILVERIO MARTUFI

# Vita di reparto

PASSIONE E MISSIONE

prefazione di  
Susi Santoro



la Valle del Tempo

Silverio Martufi  
Vita di reparto.  
Passione e missione

pp. 116; f.to 13x20  
ISBN 979-12-81678-26-2

© la Valle del Tempo  
Napoli, 2024

Iva assolta dall'Editore

# INDICE

<i>Prefazione</i> di Susi Santoro	7
CAPITOLO PRIMO	
Vita di reparto	
La legionella	13
Asse Napoli-Parigi... un ponte per la vita	17
Monaldi per lo sport	21
Cane e padrone (una diagnosi eretica)	28
La sindrome del girino	31
La bellissima Bianca	34
Malattia e cazzimma	39
Gigino	42
La banca dello sputo	45
Quando il camice fa il medico	51
Altruismo	54
Il dono esclusivo del dipendente comunale	56
Il prof. Boccoli	60
La vergine	63

Il sordomuto	66
Polisonnografia in reparto, benefici respiratori, del sonno e non solo... sognar d'amore	68
CAPITOLO SECONDO	
Fuori reparto	
Il prurito del marito (un rimedio poco ortodosso)	74
Emottisi in alto mare	80
Medicina e missione	85
La sindrome da astinenza del professore	89
Don Salvatore di Casapesenna	93
Se il cane si allea con il medico	101
Ricordo di un leader	105
I veleni di Napoli a km 0: traffico, motori e un pie- no di malattie respiratorie	108

## PREFAZIONE

La luce in fondo al tunnel... motivazione e speranza negli animi e nei pazienti di quel periodo. Mi collego ai racconti di Silverio Martufi interpretando il messaggio dei suoi racconti. Una testimonianza letteraria che investiga e instaura una relazione con i vari personaggi, un approccio empatico col malato. Siamo a cavallo degli anni ottanta, eppure il team attivo nel reparto di pneumologia scavalcando ogni agenda precostituita persona=paziente nel quadro clinico, aggancia anche il lettore più dubbioso e lo affianca fiducioso al medico che non si tira indietro anche alle richieste più apparentemente immotivate o assurde. Una platea di pazienti di ogni ceto sociale verso la quale la medicina si pone con amore, umiltà, professionalità, superando le barriere dell'ignoranza e dell'incapacità pubblica a rapportarsi con le strutture sanitarie che meritavano per arroganza, risposte francamente sgarbate. Tutto ciò non si contamina con la vita e le sue contraddizioni in questi reparti ove le storie che leggiamo raccontano di una medicina umana e dove l'approccio non è 'ipertecnologico', se si pensa agli anni in cui si svolgono e dove le armi di intervento sono: abilità, conoscenza, studio, amore, empirismo, rapporti basati sulla fiducia medico\paziente.

Un invito a leggere questi racconti semplici e veri, ricordi chiari della mente e del cuore dove una equipe, una compliance umana, un team medico del Monaldi organizzata e compatta, supera a pieni voti l'attuale rapporto curativo non condiviso, oggi lettera morta costruito dalle

attuali governance che esclude con sanzioni terapeutiche l'ammalato da ogni cura, favorendo i ceti più ricchi. L'uomo ha bisogno di riappropriarsi del valore per i prossimi, del rispetto verso i fragili, i bisognosi di cure e soprattutto di medici appassionati. Chiudo con questa citazione tanto cara allo scrittore:

“Il privilegio di una vita è essere se stessi” (Joseph Campell).

Ringrazio vivamente l'amico Silverio Martufi che mi ha coinvolta dall'inizio nella stesura e nella preparazione della sua opera.

Susi Santoro



Cari lettori,

*è con grande gioia ed umiltà che Vi rendo partecipi delle mie emozioni, successi e dolorose sconfitte, per chi come me è stato Medico in prima linea, da sempre.*

*Sono italiano, del Sud... e, dunque, in una parte del territorio dove i malati, se li ami, li prendi a cuore fino allo sfinimento.*

*Non voglio piangermi addosso, ma sappiate che qui necessita una cultura di Buona Sanità che è il più delle volte assente.*

*Ma, credetemi se vi dico che la cultura al diritto alle cure va custodita, promossa.*

*E, per quanto ce l'abbia messa tutta, anima, corpo, scienza, mi auguro che questi episodi vi abbraccino tutti. Che la mia forza impiegata durante la mia missione, non resti vana.*

*Anzi, finita la mia, mando a tutti i colleghi la forza dell'Amore.*

Silverio Martufi



CAPITOLO PRIMO

# VITA DI REPARTO



## LA LEGIONELLA

Erano trascorse due settimane dal ricovero e la febbre non accennava a scendere, il sensorio si mostrava obnubilato con fasi di incoscienza e periodi di delirio. Il primario lo aveva sistemato in una stanzetta in isolamento e temeva oramai il peggio, a tal punto da aver dato disposizioni a noi tutti di fare richiesta di riscontro Autoptico ai fini diagnostici in caso di decesso. Il quadro clinico era quello di una polmonite severa ed ingravescente, che aveva interessato il polmone di destra, successivamente si era estesa anche al polmone di sinistra e nonostante una triplice associazione di antibiotici le condizioni del paziente permanevano gravissime. Era intervenuto anche il Cattedratico, prof. Ernesto C. contattato da un fratello del malato, importante funzionario della USL di Napoli Centrale. Ne avevamo discusso tutti insieme a lungo, compreso il fratello. In questi casi è bene coinvolgere e tenere informati i familiari sulla severità del caso e che ogni risorsa sia stata messa in campo in modo da lasciare nulla di intentato. Il paziente era un giovane di anni 30, apparentemente in buona salute fino ad allora. Alle ore 20,00 arrivai in ospedale per il turno di notte, il collega mi diede le consegne del reparto che oramai si concentravano sulle condizioni del giovane, il quale non dava segni di miglioramento, la febbre scendeva per alcune ore solo dopo somministrazione di antipiretico per poi ritornare a valori alti. Dovevo trascorrere un'altra notte con la terribile consapevolezza della nostra impotenza verso un male

che non riuscivamo a sconfiggere. Eppure di polmoniti ne curavamo tantissime, con esito positivo. Ma qui qualcosa ci sfuggiva, esami batteriologici ed emocolture ripetuti continuavano a dare risultati negativi. La notte è davvero il momento migliore per lavorare tutte le nostre idee, ideale per riflettere sulle preoccupazioni e conciliare i nostri pensieri, mentre tutti gli altri riposano. Andai a rivedere la cartella, la sfogliai con attenzione, gli esami bioumorali ed ematologici segnalavano una assenza della leucocitosi, un'alterazione della funzione epatica e renale con diminuzione degli elettroliti, un aumento della bilirubina e delle transaminasi, una proteinuria ed ematuria microscopica. Oltre all'anamnesi complessiva del soggetto mi soffermai in particolare sullo stile di vita e sul tipo di lavoro che svolgeva: forte fumatore, commesso viaggiatore. Eravamo in piena estate, i climatizzatori entrano in funzione.

Solo da qualche anno negli USA era stato scoperto un nuovo batterio che si trasmette tramite i condizionatori; in Italia erano stati segnalati alcuni casi contratti in un albergo sul lago di Garda. Al nuovo batterio era stato dato il nome di **LEGIONELLA PNEUMOPHILA**, (Legionella Brenner) perché durante una riunione di ex Legionari della American Legion in Philadelphia dove soggiornarono 4mila veterani, l'epidemia colpì letalmente 34 veterani e ne contagiò 221. La Legionella fu isolata nel gennaio del 1977 nell'impianto di condizionamento dell'hotel. Successivamente fu ritrovata nei depositi di acqua piovana, nelle torri di raffreddamento e nell'acqua di rubinetto. Studi su acque superficiali mostrarono la crescita del microrganismo nel 90% dei campioni. L'ambiente acquatico è la fonte iniziale della Legionella. I criteri clinici che caratterizzano la malattia erano tutti presenti, avevo bisogno di raccogliere ulteriori informazioni anamnestiche,

bisognava correlare la malattia ai condizionatori. Anche se era notte fonda, (i malati perdono il ritmo sonno-veglia), mi recai nella stanza del nostro paziente per approfondire; lui, sempre tra il delirio e le vampe della febbre, si passò le mani tremanti tra i capelli e mi confermò di aver soggiornato in alberghi forniti di aria condizionata. La probabilità epidemiologica alta c'era, ma come avere la conferma batteriologica o immunologica? Il germe era di difficile isolamento poiché non cresceva nei comuni terreni di coltura, ragion per cui nessun ospedale cittadino era preparato a poter eseguire l'esame. La possibilità di identificare la Legionella con metodi sierologici era disponibile solamente presso l'Istituto Superiore di Sanità. Non potevamo attendere ulteriormente. Non mi restava che decidere per un trattamento "Empirico Ragionato"; dunque, senza perdermi d'animo, iniziai la sera stessa a fargli assumere l'unico farmaco efficace dell'epoca: la eritromicina. La mattina successiva contattai l'Istituto di Roma e presi accordi per il test; feci recapitare un prelievo ematico tramite un familiare. Intanto tra il sollievo si faceva largo fra tutti la speranza di aver imboccata la strada giusta: alla sesta compressa di eritromicina (una ogni 6 ore) il paziente sfebbrò. La eritromicina ha una attività di killing intracellulare ove si annida il batterio, non posseduta dagli altri antibiotici. Dopo due giorni Roma mi diede conferma: test positivo per presenza di anticorpi anti-legionella. Era stato diagnosticato il primo caso di polmonite da Legionella Pneumophila in Campania e regioni del Sud Italia. Lo stato generale del paziente migliorò rapidamente. Progressivamente ritornarono nella norma tutti gli indici funzionali fino alla completa guarigione clinica e alla totale risoluzione radiologica. Dopo tre settimane il giovane paziente guarito lasciò l'ospedale. Si

dice che le cattive notizie si diffondano rapidamente, ma anche le buone, se destano interessi. A distanza di qualche giorno fui contattato dalla direzione centrale dell'Azienda Farmaceutica produttrice della eritromicina, che mi offriva di farsi carico di pubblicare una mia monografia sulle polmoniti da Legionella, chiedendomi inoltre se fossi disposto a fare un giro di incontri. Accettai. Ero molto giovane e l'idea di offrire un contributo solido alla conoscenza medica e condividere e trasmettere esperienze ai colleghi mi dava l'entusiasmo e la motivazione giusta. Iniziammo così il "Tour" in diversi ospedali, prima campani, e successivamente seguirono incontri con medici presso ospedali della Calabria e della Puglia. Durante la discussione non mancarono interventi di colleghi che riferivano di esperienze di casi con caratteristiche cliniche simili, ma di difficile inquadramento etiologico, che erano gravati da un alto tasso di mortalità. Negli anni successivi, con la disponibilità dei test diagnostici, la Legionella è stata isolata in molte polmoniti e la si stima responsabile sul piano epidemiologico del 12% dei casi. La presenza della Legionella si può ritenere ubiquitaria negli ambienti acquatici e, nonostante i luoghi di contagio, sia naturali che artificiali, siano moltissimi, grazie ad interventi di corretta manutenzione, bonifica e sanificazione continua degli impianti idrici che arrivano nelle nostre case e nelle strutture comunitarie (ospedali, scuole, uffici, alberghi, campeggi, stabilimenti termali), il rischio di contrarre le malattie da Legionella si è ridotto notevolmente, così come i casi di focolai epidemici rimangono rari.