

SANITA' ARIS

Trimestrale dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Anno IV • Numero 4 • Dicembre 2024



La scelta di esserci

Anno IV Numero 4 • Dicembre 2024 • Poste Italiane SpA • Spedizione in abbonamento postale 70% • DCB Roma



Quadrante Igiene srl è un'azienda giovane, dinamica, scaturita dall'esperienza ultradecennale di uno dei soci nell'ambito dell'igiene strumentale, ambientale e personale. La società è nata nel 2020 per contrastare la pandemia. Grazie alla collaborazione di personale altamente qualificato, ha seguito percorsi innovativi, fondati su una costante ricerca delle soluzioni migliori per assicurare l'igiene assoluta nei vari ambienti quali ad esempio: ospedali, case di cura, aziende, locali di produzione, locali commerciali, atenei, mense, ristoranti, testando prodotti ecosostenibili e servizi ad alto livello professionale. L'obiettivo è quello di assicurare il massimo livello di pulizia, sanificazione ambientale e protezione personale individuale, riducendo così al minimo i rischi di contaminazione da contatto. Ogni passo intrapreso è sostenuto da un minuzioso controllo procedurale della qualità, operato innanzitutto all'interno dell'azienda e poi certificato da enti terzi deputati al monitoraggio della qualità di prodotti e servizi. Quadrante Igiene srl offre un servizio di qualità certificata ISO 9001:2015, ISO 45001:2018, ISO 14001:2015.

SERVIZI DI PULIZIA E SANIFICAZIONE



FORNITURE DI DETERGENTI E PRODOTTI PER PULIZIE



ACCESSORI E MONOUSO, FORNITURA DI PRODOTTI MEDICALI MONOUSO



GESTIONE RIFIUTI URBANI E SPECIALI



L'azienda fornisce: detergenti, detersivi e disinfettanti di ogni tipo, attrezzature e materiali per le pulizie, lavasciuga professionali, prodotti monouso in ambito sanitario, mascherine usa e getta di varie tipologie, tamponi antigenici Sars Covid-19, dispositivi di protezione in ambito sanitario, prodotti monouso per la ristorazione collettiva, servizi di pulizia e sanificazione ambientale, dispenser e accessori per bagno e cucina, nebulizzatori e atomizzatori, prodotti monouso in carto-plastica ecologica, sacchi per i rifiuti e pattumiere.

NOVITÀ

Fra le novità proposte ci sono i tamponi antigenici in grado di rilevare l'infezione da Omicron, che sino ad oggi è risultata difficile da cogliere con gli abituali tamponi rapidi.

Inoltre l'azienda è in grado di informatizzare i flussi di produzione dei servizi di pulizia e sanificazione permettendo l'analisi e la rendicontazione dei processi.



OFFERTA SPECIALE

Già fornitrice di diverse strutture socio-sanitarie aderenti all'ARIS, l'azienda offre una particolare scontistica per tutte le Istituzioni associate, grazie ad una convenzione recentemente stipulata con ARIS nazionale. La promozione d'ingresso riguarda le mascherine ffp2 certificate, al costo di 0,25 centesimi ed i tamponi antigenici per Omicron.



Anno IV - n. 4
Dicembre 2024

Direttore Responsabile:
Virginio Bebbier

Redattore Capo:
Mario Ponzi

Vice capo redattore:
Orazio La Rocca

Redazione:
Gianni Cristofani,
Mauro Mattiacci,
Lanfranco Luzi
Luigi Corbella

Segretario di Redazione:
Massimo Scafetti

Segreteria:
Rosella Francescangeli
Angela De Nigris

Art:
Angelo De Mattia

Foto:
Archivio ARIS

Volumi e pubblicazioni:
Rizzoli, Skira-Corriere della Sera, Milano;
I classici dell'Arte;
Complesso Integrato Columbus - Roma;
Congregazione dei Figli dell'Immacolata
Concezione - Roma

Stampa:
ABILGRAPH 2.0
Via Pietro Ottoboni, 11
00159 Roma

Direzione, Redazione, Amministrazione:
P.zza SS. Giovanni e Paolo, 13
00184 Roma
Tel. 067726931 - Fax 0677269343

Pubblicità:
P.zza SS. Giovanni e Paolo, 13
00184 Roma

Registrazione presso il Tribunale di Roma n. 109/2021
del 9 giugno 2021

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2024

SOMMARIO

5 Editoriale
Virginio Bebbier

9 Il volto nuovo
di una vivace sessantenne
Mauro Mattiacci

13 La CHiesa che cura
la sofferenza evangelizza
Mimmo Muolo

17 la Responsabilità sanitaria

ASSEMBLEA GENERALE ARIS

24 la cronaca dell'Assemblea
generale
Orazio La Rocca

30 Testimoni di una Chiesa
al fianco dei più fragili

34 L'umanità ha bisogno
di una solidarietà
differenziata

40 La scelta di esserci

52 Un patto sociale
per una sanità rinnovata

54 Come cambia la contrattazione
nel settore sanitario e sociosanitario
del terzo millennio

65 Pronti per assistere milioni
di pellegrini in arrivo
Orazio La Rocca

68 Gli Ospedali di Roma:
Storia di Carità, Mattoni,
Arte e Guarigione
Giordana Bruzzano

INFORMAZIONE PUBBLICITARIA

77 il percorso digitale
per le strutture sanitarie:
perché affidarsi
a professionisti



Lettera aperta agli amici dell'ARIS

GRAZIE



di Virginio Bebbier

Grazie. Un grazie sentito. Un grazie sincero. Un grazie a quanti hanno reso l'Assemblea Generale del 20 novembre scorso, un evento straordinario. Indimenticabile a dire di tanti associati tra i più "anziani". Da parte mia, consentitemi di sottolinearlo, l'ho vissuta come il giusto coronamento per la storia di una realtà viva e vivace, come sta mostrando di essere la nostra Associazione, sempre più aperta all'accoglienza e al servizio della fragilità umana, nonostante i tanti, tantissimi ostacoli che si frappongono al suo cammino.

Ci è di conforto il riconoscimento giunto dal più stretto collaboratore del Santo Padre, Sua Eminenza il Cardinale Pietro Parolin. Non finirò mai di ringraziarlo umilmente per il sacrificio che ha fatto pur di essere tra noi, nel momento celebrativo di tanti anni di servizio a quanti sono immagine del Cristo sofferente. Rientrato, alle prime ore del mattino, dopo un'intera notte passata su un aereo in volo dal Brasile, ed una rapida corsa in Vaticano, voluto comunque venire a portarci in dono la sua presenza, le sue parole di apprezzamento, il suo incoraggiamento ad andare avanti. Grazie di cuore Eminenza.

Di conforto devono esserci anche le parole di apprezzamento riservateci da alcune tra le più alte cariche dello Stato, alle quali va la mia gratitudine: il Presidente del Senato Ignazio La Russa, che, impossibilitato a intervenire di persona, ha voluto farsi partecipe attraverso un video; la vice Presidente del Senato Licia Ronzulli, venuta personalmente tra di noi a manifestare la sua convinzione sull'importanza del ruolo della sanità cattolica nel sistema salute del Paese; l'onorevole Luciano Ciocchetti, vice Presidente della Commissione Affari

Sociali della Camera, il quale non ha mancato di ribadire come sia opinione comune nella maggioranza di governo, che non avrebbe senso un servizio sanitario nazionale senza la presenza del privato accreditato non profit.

E che dire a don Massimo Angelelli, ormai nostro costante compagno di viaggio, maestro, consigliere, ma soprattutto amico, anche quando qualche volta ci bacchetta. Ogni suo intervento è come una perla che ci dispensa. Questa volta ci ha consegnato un messaggio di estrema attualità: più di autonomia differenziata parliamo di solidarietà differenziata, dove a fare la differenza è scoprire e soccorrere per primo chi ha più bisogno di altri.

Il mio pensiero di gratitudine va ora al “ciclone” Nino Cartabellotta, presidente del GIMBE. Come un fiume in piena ci ha trascinati tutti nel tumultuoso percorso in cui sta rovinando il nostro sistema sanitario. Ha disegnato marosi, scogli e abissi che minacciano concretamente la speranza di giungere ad un approdo sicuro, dove riparare i danni causati dal lungo navigare in mari perigliosi. E nel buio dell’orizzonte ha disegnato il profilo di una sanità possibile da raggiungere se solo cadessero i tabù posti dalla politica, la corruzione che serpeggia laddove non dovrebbe assolutamente sopravvivere, l’ingordigia del potere e si cominciasse a pensare ad una sanità in cui non dovrebbe

mancare il pilastro rappresentato dal privato accreditato e non profit.

E quanto sia importante questo pilastro lo ha confermato l’intervento del nostro avvocato Giovanni Costantino, guida della commissione contrattuale dell’Associazione, oltretutto responsabile del nostro Ufficio Giuslavoristico. A lui va il nostro ringraziamento per aver aperto uno spiraglio nuovo nel dialogo con i nostri dipendenti, proprio nel giorno in cui medici ed infermieri erano nelle piazze d’Italia per rivendicare il giusto rispetto dei loro diritti e della loro professionalità. Soffermandosi sulle dinamiche delle contrattazioni per i rinnovi dei CCNL, ha fatto notare che nel periodo in cui le norme consentivano la concorrenza tra pubblico e privato, si dovevano garantire retribuzioni il più possibile uniformi; oggi invece quel riferimento retributivo è venuto meno e quindi la definizione degli stipendi della sanità privata non può più richiamarsi agli stipendi del Ssn ma deve seguire altre regole.

E il mio ringraziamento si estende al coriaceo amico Michele Bellomo, Presidente di ARIS Lazio, che non ha esitato ad intervenire per reclamare le difficoltà gestionali di cui soffrono le strutture associate. Difficoltà non certamente attribuibili a deficienze amministrative. Ma soprattutto Michele va ringraziato perché non ha esitato a denunciare finalmente l’ingiui-



stificata disparità nella valutazione dei costi delle stesse prestazioni erogate da una struttura pubblica e da una accreditata. Ed ha fatto l'esempio di interventi che se erogati dal privato accreditato costano allo Stato, e dunque alla comunità, circa il 40% in meno di quella erogata dal servizio pubblico.

Infine, ma non certo per ultimo, il mio ringraziamento sincero quanto, consentitemelo, orgoglioso, va alla nostra grande famiglia. Ho sentito, forse per la prima volta, il calore che si sprigiona nello stare insieme per il piacere di stare insieme. L'ho inseguito per anni e finalmente l'ho avvertito.

Molto lo si deve all'impegno quotidiano del nostro Direttore Generale Mauro Mattiacci, al qua-

le va il ringraziamento per la maestosa organizzazione del nostro evento e per averlo guidato con maestria lungo il suo intero svolgimento.

L'ho avvertito nella sincerità di quanti ci hanno avvicinato per ringraziarci dell'opportunità vissuta; l'ho avvertito nella presenza di tanti amici. E soprattutto nella presenza di P. Gianfranco Lunardon, Vicario Generale dei Camiliani e di Fra' Luigi Gagliardotto, Superiore Provinciale dei religiosi di San Pietro dei Fatebenefratelli. Nel grande e silenzioso lavoro fatto dai nostri collaboratori nel quotidiano. E l'ho avvertito persino nell'entusiasmo con il quale i nostri sponsor ci hanno accompagnato in questa per noi splendida giornata.

Grazie a tutti



Assemblea Generale

A.R.I.S.

Roma, 20 novembre 2024



All'indomani di una memorabile Assemblea dell'ARIS

IL VOLTO NUOVO DI UNA VIVACE SESSANTENNE



di Mauro Mattiacci

La giornata vissuta a fine novembre, in occasione della conclusione del sessantesimo anniversario dalla fondazione della nostra Associazione, è stata straordinaria e ha segnato un momento fondamentale nella nostra storia. Sono convinto che l'ARIS ne sia uscita rafforzata nella sua identità e più consapevole del ruolo che la sua storia le ha consegnato. Fondata sull'armonia e sull'unità dei Carismi dei Fondatori e delle Fondatrici, votati al servizio dei sofferenti per migliorare la loro qualità di vita, l'Associazione ha confermato di essere, oggi come ieri, l'espressione di una Chiesa che si prende cura di queste persone, in un'ottica cristiana, nei diversi contesti sociali e culturali. Questo legame con la nostra identità ci consente di dialogare con le Istituzioni pubbliche, forti dei valori, delle motivazioni e delle competenze delle strutture religiose associate, tutte chiamate alla missione di “stare” con gli infermi.



Questa identità specifica si è forgiata attraverso i principi carismatici fondanti, le esperienze di difesa dei diritti dei più deboli e il patrimonio di professionalità acquisito nei secoli. L'Associazione, profondamente radicata nella dimensione cristiana, oggi è in grado di promuovere una cultura sanitaria che esprima le scienze etiche, morali, antropologiche, genetiche e propriamente sanitarie. La consapevolezza di essere un soggetto politico, con una forte caratterizzazione culturale e professionale nel panorama sanitario, ci impone di essere creativi e di adottare un approccio umanizzante verso la persona, rispondendo adeguatamente alle sfide tecnologiche e scientifiche. Il tutto, mantenendo come *conditio sine qua non* la nostra scelta del *non profit*.

Questi principi sono risultati chiaramente dagli interventi svolti, durante l'Assemblea Generale, da parte di illustri oratori. Un risultato evidente è che, se è vero che politica, cultura, scienza, antropologia cristiana ed economia sono l'*humus* di cui l'ARIS deve nutrirsi – attraverso il dialogo e il confronto con la società e con la Chiesa –, è altrettanto vero che il nostro privilegio è quello di prenderci cura delle povertà, delle fragilità e della sofferenza dell'uomo, senza discriminazioni di residenza, di status sociale o economico. Il nostro impegno è, e deve rimanere, prendersi cura delle persone in difficoltà, al di là di qualsiasi certificato di residenza o differenziazione.

In questo cammino, è fondamentale che l'Associazione continui a fare rete, nel



camminare insieme, con lo sguardo proiettato al futuro e il coraggio di superare vecchi ostacoli e resistenze al cambiamento.

Un altro aspetto su cui dobbiamo riflettere è l'urgenza di formare adeguatamente il personale laico che si occupa della gestione delle istituzioni socio-sanitarie. Questa esigenza è particolarmente impellente, data la persistente carenza di vocazioni all'interno della realtà ecclesiale, dunque anche nelle congregazioni religiose che operano nel settore della sanità e dell'assistenza. È fondamentale che le nostre strutture siano gestite da personale preparato, capace di rispondere alle sfide di un contesto in continua evoluzione.

Infine, come realtà associate all'ARIS, dobbiamo sempre garantire che le nostre azioni siano in linea con gli insegnamenti

della Chiesa cattolica. A questo proposito, mi unisco al Presidente Bebber nel chiedere una maggiore presenza nella vita associativa e istituzionale dei Superiori e delle Superiori generali delle Congregazioni religiose socio-sanitarie aderenti all'ARIS. La loro partecipazione sarebbe non solo di grande conforto, ma anche fonte di continua ispirazione per tutti noi. Identità, compartecipazione, determinazione, solidarietà e imprenditorialità sono le basi che conferiscono forza ed efficacia alla nostra azione. La risposta di quanti si sono uniti a noi, anche semplicemente con il pensiero per impossibilità a partecipare di persona a questo momento celebrativo, non può che essere interpretata come un buon auspicio per il nostro futuro.



Testimonianza di Papa Bergoglio diffusa sino ai limiti del mondo

LA CHIESA CHE CURA LA SOFFERENZA EVANGELIZZA



di Mimmo Muolo

Nel viaggio di Francesco in Asia e Oceania dal 2 al 13 settembre scorso, il più lungo del Pontificato, con i suoi quasi 33mila chilometri percorsi e 44 ore di aereo, c'è stato anche un filone sanitario. Nel senso che il Papa, in ognuna delle quattro tappe nazionali (Indonesia, Papua Nuova Guinea, Timor Est e Singapore) ha incontrato ammalati, poveri, emarginati e non si è certo limitato alla classica pacca sulla spalla, ma li ha indicati alla Chiesa, al mondo come esempi per lasciarsi evangelizzare in profondità dal mondo della sofferenza e della cura.

A Giacarta, ad esempio, incontrando nella sede della Conferenza Episcopale Indonesiana un centinaio di malati, persone con disabilità e poveri assistiti da diverse realtà caritative, ha detto loro: «Siete piccole stelle luminose nel cielo di questo arcipelago (il territorio indonesiano, infatti, è composto da 17mila isole, ndr), le membra più pre-

ziose di questa Chiesa». Un'attenzione, insomma, alle periferie delle periferie, che durante il viaggio si è andata assommando ai temi più scoperti dell'itinerario apostolico: dialogo interreligioso, ricerca della convivenza pacifica tra etnie diverse, salvaguardia del creato e confronto con uno sviluppo sostenibile.

Nei diversi incontri, palese è stata l'empatia immediata tra il Pontefice e le persone visitate. Anche e soprattutto a Port Moresby e a Vanimo, in Papua Nuova Guinea, dove Francesco è stato accolto in un tripudio di danze tribali, eseguite con i tipici costumi e i copricapi piumati. Uno di essi è stato donato anche a lui, che lo ha indossato ben volentieri. Quando poi si è recato dai bambini disabili e poveri nella Caritas Technical Secondary School della capitale papuana, il Papa ha lasciato un segno indelebile. A chi gli chiedeva «perché non siamo come gli altri?» e «perché gli altri ci considerano

un peso?», Francesco ha risposto: «Nessuno di noi è un peso, ma tutti siamo doni bellissimi di Dio, un tesoro gli uni per gli altri». Da qui un preciso mandato: «Tenete sempre accesa questa luce, che è un segno di speranza e non solo per voi, ma per tutti quelli che incontrate, e pure per il nostro mondo, a volte tanto egoista e preoccupato delle cose che non contano. Tenete accesa la luce dell'amore».

Sono stati tutti incontri bellissimi. Molto affettuosi. Il Papa non aveva preparato per questi momenti dei discorsi particolari, ma ha parlato sempre a braccio, lasciandosi andare alle emozioni del cuore. È successo anche a Dili, la capitale di Timor Est, che ha riservato al Vescovo di Roma un'accoglienza straordinaria. Praticamente tutta la popolazione si è riversata per le strade, facendo ala al passaggio della papamobile nei diversi spostamenti e poi ha partecipato (c'erano 650mila persone) alla Messa celebrata da papa Bergoglio. Quando è andato nella casa Irmas Alma, fondata 60 anni fa dalle suore dell'Associazione delle Istituzioni Missionarie Laiche, e ha incontrato i bambini gravemente disabili e malati assistiti amorevolmente dalle religiose, ha citato la pagina del Vangelo in cui si parla del giudizio finale. «Quando Gesù dice ad alcuni: "Venite con me", non dice "Venite con me perché siete stati battezzati, perché siete stati cresimati, perché siete stati sposati in Chiesa". No, dice: "Venite con me perché vi siete presi cura di me"». E allora

«senza amore questo non si capisce. Non possiamo comprendere l'amore di Gesù se non iniziamo a praticare l'amore. Condividere con le persone più bisognose deve essere il programma di ogni cristiano». Inoltre, ha aggiunto, «questi bambini ci danno la testimonianza di lasciarsi accudire da Dio. Sono loro che insegnano a noi come dobbiamo lasciarci accudire da Dio. Loro sono i nostri maestri».

Anche nella ricca Singapore, la città-stato con la più alta concentrazione di milionari al mondo, il Papa non ha dimenticato gli ultimi. Nella Saint Theresa's Home, che da più di 90 anni accoglie e cura anziani ammalati e soli, Francesco ha messo una sorta di sigillo finale al suo viaggio più lungo. Ha visitato e accarezzato uomini e donne affetti da demenza senile, ritardi, Alzheimer, Parkinson, dalle conseguenze di un ictus. O che, a causa dell'età avanzata, mostrano segni di debolezza e non riescono a ricevere il necessario sostegno dalle famiglie. «Questo è un luogo di speranza», gli ha detto a mo' di saluto il direttore della struttura. E il Pontefice ha risposto: «Pregate per me e per la Chiesa. Dio è contento di sentire la vostra preghiera».

Ovunque, in definitiva, Francesco è passato spargendo a piene mani l'amore di Dio per gli ultimi. E come gli aveva detto fin dal primo incontro in Indonesia Mimi Lusli, che ha perso la vista a 17 anni, «la presenza e la compassione del Papa ci assicura che non saremo dimenticati».



Cuore da cooperativa, testa da impresa, persona al centro

Da sempre siamo attenti alle esigenze dell'Uomo e dei suoi bisogni. Lavoriamo per proteggere il suo ambiente, garantendo un avvenire migliore alle generazioni future. Lo facciamo, ogni giorno, puntando sulla qualità e sul rispetto assoluto dell'ambiente. Costruiamo un mondo nuovo generando mille occasioni per far crescere il nostro Paese con piccoli o grandi gesti come portare un piatto sano sulle mense delle nostre scuole o costruire un grattacielo.

**Qualità, innovazione,
ambiente, futuro.**
Cresciamo insieme dal 1978





Convegno organizzato da Aris Nazionale, Aris Lazio,
Provincia Romana dei Camilliani

LA RESPONSABILITÀ SANITARIA

COME SBAGLIARE MENO?
COME PROTEGGERCI MEGLIO?

“Se vogliamo mettere un freno alle aggressioni ai sanitari è necessario ricostruire quel rapporto di fiducia tra cittadino e servizio sanitario, che si è andato sgretolando nel tempo”. È l’appello che don Massimo Angelelli, direttore dell’Ufficio Cei per la Pastorale per la Salute, ha lanciato al Convegno sulla Responsabilità Sanitaria, organizzato a Roma da Aris nazionale, in collaborazione con Aris Lazio e la Provincia Romana dei Camilliani. Un appello rafforzato dalla successiva trasformazione in legge dello Stato del DL “Violenza contro i sanitari”. Ma evidentemente non basta.

Se ne è parlato proprio nel Convegno di inizio ottobre. Un incontro – presenti medici, magistrati, legali ed assicuratori – durante il quale sono stati resi noti anche i dati più aggiornati sugli errori commessi nei ricoveri ospedalieri e le relative conseguenze legali. “Cifre indubbiamente “preoccupanti” – stando all’analisi dei relatori – che in Italia ogni anno vede coinvolto “circa un milione di pazienti vittime di errori sanitari su circa 10 milioni di ricoveri ospedalieri, tra i quali circa 6-7 mila muoiono per cause connesse direttamente o indirettamente ai trattamenti sanitari ricevuti”. Lucida e, per molti versi, pragmatica l’analisi di don Angelelli, secondo il quale “una mancanza di fiducia non solo genera malcontento e a volte assurde pretese e voglia di ritorsione da parte del cittadino, ma



anche lo smisurato aumento del ricorso alla cosiddetta e nota *medicina difensiva* che comporta per lo Stato una spesa stimata intorno ai 9 miliardi di euro”.

In poche parole – l’esortazione di don Massimo – “ci vuole una de-escalation della pericolosa tensione che si è creata tra l’esasperazione del paziente e l’impossibilità miracolistica del medico”. Una frase forte e dall’indubbio sapore belligerante “acquisito purtroppo in questo tempo di guerre per esprimere la preoccupazione e l’amarezza che suscitano i continui episodi di violenza contro i sanitari”. “Con ogni probabilità queste dinamiche violente – ha aggiunto – sono alimentate anche dallo “squilibrio che si è venuto a creare dal momento in cui l’atto me-

dico è scivolato nel penale ed ha creato quella frattura nel rapporto medico-paziente, oggi difficile da risanare”.

Entrando nel vivo del Convegno don Massimo si è chiesto “Che senso ha continuare a chiedere sempre più finanziamenti per la sanità se poi i fondi vengono diluiti in cose futili, delle quali si potrebbe fare tranquillamente a meno? E non parlo evidentemente della sola *medicina difensiva*: penso per esempio alla questione dell’appropriatezza delle cure”. Dunque, è in questo clima di sfiducia dei cittadini nel sistema che “nascono molto probabilmente i conflitti nei Pronto Soccorso e gli schiaffi che volano contro medici ed infermieri”. “Eppure per quanto strano possa sembrare il nostro SSN funziona,

offre assistenza di qualità, è uno dei migliori in Europa, forse nel mondo. Ma sembra che tutto vada male e cresce la sfiducia della gente”. Sul da farsi, don Angelelli ha indicato la strada per rimettere “mano al concetto di relazione tra paziente e medico, o meglio tra paziente e sistema sanitario. Continuiamo a parlare di prestazioni, a ragionare in termini quantitativi piuttosto che qualitativi. E per qualitativi intendo proprio qualità di relazioni. Per esperienza posso assicurarvi che le buone relazioni tra medico, paziente e parenti del paziente sminuiscono il ricorso al contenzioso. Dobbiamo capire che c’è una bella differenza tra il vedersi curati e il sentirsi curati”. Da qui la proposta di “riflettere sulla possibilità di rivedere il sistema di penalizzazione dell’atto medico” perché “non è possibile che la morte di un paziente sia attribuita tout court al medico che lo ha curato o alla struttura che lo ha accolto. Senza poi tener conto al sistema folle che questa possibilità ha creato: a chi non è mai capitato di ascoltare alla radio magari della macchina, mentre guida, spot del tipo ‘se pensi di aver subito un torto in sanità rivolgiti al nostro studio tal dei tali: ci pagherai solo a causa vinta’. Non lo possiamo accettare. Come credo non lo possano accettare le assicurazioni costrette a rimborsare astronomici e dunque di conseguenza costrette a chiedere premi insostenibili per tanti medici e tante strutture”.

Nel suo indirizzo di saluto, padre Virginio Beber, riprendendo le parole di don Angelelli, ha sottolineato come nelle strutture socio-sanitarie associate all’ARIS si ponga “una grande attenzione proprio all’istaurazione di un ottimo rapporto relazionale tra paziente e personale sanitario”. Una sensibilità socio-curativa messa in pratica “per far sì che il malato si senta non solo curato, ma possa contare su qualcuno che si prende cura di lui. Come diceva san Camillo ai suoi discepoli ‘il malato è il nostro padrone’”. Infine Michele Bellomo, presidente di ARIS Lazio, che si è soffermato sulle difficoltà che deve affrontare quotidianamente chi gestisce una struttura sanitaria “in questi tempi difficili in cui – ha specificato – oltre a circondarsi di personale sanitario deve aggiungere avvocati e assicuratori” e naturalmente cercare di coprire i costi di queste altre figure professionali, pur restando nei limiti gestionali. “Ciononostante – ha concluso Bellomo – nelle nostre strutture sanitarie, tutte di matrice religiosa, resta fondamentale il benessere del paziente così come la tutela dei nostri collaboratori. Facciamo tanti sacrifici, ma andiamo avanti. Facciamo anche tanta fatica a farci riconoscere i nostri sforzi. E pensare che nelle nostre strutture convenzionate e non profit, allo Stato le nostre prestazioni per paziente costano circa il 40% meno che nelle strutture pubbliche”.

Quanto ai dati statistici degli errori sanitari resi



noti al convegno Aris – secondo un recente studio svolto dall'istituto Medical Malpractice – grande attenzione ha suscitato il dato dei pazienti che ogni anno perdono la vita a causa di sbagli durante i ricoveri, circa 7 mila su un milione di pazienti colpiti da errori su 10 milioni di ricoveri ospedalieri. Tra le cause principali, le infezioni nosocomiali (od “ospedaliere”) – tecnicamente dette Infezioni correlate all’assistenza (I.C.A.) sanitaria – che rappresentano uno fra i principali problemi dei sistemi di salute pubblica. Il numero dei contenziosi in ambito sanitario – rivela la ricerca - è in continua crescita, con circa 30 mila casi ogni anno. A fine 2022 sono stati registrati 3 milioni 829mila casi pendenti nei tribunali. Stando ai dati del 2019, le denunce vengono presentate principalmente al Sud e nelle isole (44,5%). Al Nord, la percentuale scende al 32,2 %, mentre al

Centro si ferma al 23,2 %. Dati che non fanno vivere ai medici un sereno esercizio della loro professione: il 78,2 % di loro ritiene di correre un maggiore rischio di procedimenti rispetto al passato, il 68,9 % pensa di avere tre probabilità su dieci di subirne; il 65,4 % avverte una pressione indebita nella pratica quotidiana. Secondo il Med Mal Report Marsch (12esima edizione, 2021) sui numeri e i costi della responsabilità professionale medica, le pratiche relative a errori chirurgici e diagnostici costituiscono una quota rilevante di richieste di risarcimento che pervengono alle aziende sanitarie, con il 42% di incidenza sul totale dei sinistri assicurativi denunciati. I procedimenti stragiudiziali – continua la ricerca - rappresentano la maggioranza sul totale delle richieste analizzate, con una percentuale pari a 71,3%; i procedimenti giudiziali (civili e penali) sono complessi-

vamente il 23,5%; ed il ricorso alla mediazione è tuttora piuttosto limitato (5,3%).

Sul profilo della evitabilità o inevitabilità delle infezioni nosocomiali, il criterio guida – sottolineano i ricercatori – deve essere rappresentato dalle regole giuridiche vigenti in materia di responsabilità medico-sanitaria, che, come noto, ha natura contrattuale. In sostanza, è ragionevole ritenere sia sussistente la responsabilità dell'Ente Ospedaliero nella genesi dell'infezione correlata all'assistenza, salvo che lo stesso non riesca a dimostrare che la propria Struttura ed il proprio personale agirono nel pieno rispetto di diligenza e prudenza qualificata e proporzionata alla natura della prestazione, e che venne fatto tutto il possibile per evitare il contagio in base alle indicazioni am-

piamente condivise e pretese dalla letteratura scientifica, nonché dalle vigenti previsioni normative. In tal senso, la sentenza n. 6386 del 3 marzo u.s., la Suprema Corte ha puntualmente delineato, sulla base di vere e proprie direttive tecniche, gli oneri probatori a carico della struttura che voglia sottrarsi all'addebito di responsabilità. Il Supremo Collegio ha ribadito il principio secondo cui la prova deve essere fornita in termini probabilistici ovvero "del più probabile che non" e non di assoluta certezza. Si deve cioè verificare, in base a un ragionamento probabilistico, se il comportamento che la struttura avrebbe dovuto tenere, sarebbe stato in grado di impedire o meno l'evento lesivo, tenuto conto di tutte le risultanze del caso concreto.



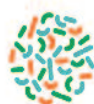
DOVENDO SCEGLIERE TRA LA SALUTE DELLE PERSONE, QUELLA DELL'AMBIENTE E QUELLA DELL'ECONOMIA ABBIAMO SCELTO TUTTO



Oltre cinquant'anni di esperienza e di leadership nella sanificazione ambientale e sanitaria hanno portato COPMA a ideare il **PCHS®**, il sistema di sanificazione innovativo che contrasta il Covid-19 con una stabilità d'azione per 24 ore. Un'efficacia dimostrata da studi pubblicati sulle più autorevoli riviste scientifiche internazionali. I tradizionali disinfettanti chimici hanno un'azione limitata che si riduce dopo circa un'ora dal loro impiego, hanno un elevato impatto ambientale e possono provocare farmaco resistenza. La sua attività antivirale permane stabile su tutte le superfici fino a 24 ore dal trattamento.

 Riduzione stabile nel tempo
DI OLTRE L'80%
della contaminazione patogena

 Abbattimento
delle farmaco-resistenze
FINO AL 99,9%



- 99,9% DELLA CARICA VIRALE⁴
- 52% DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA¹
- 70/99,9% DEI GENI DI RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI¹
- 70/96% DEI PATOGENI RISPETTO AI METODI TRADIZIONALI¹



- 51% DEL CONSUMO FARMACI ANTIMICROBICI²
- 79% DEL COSTO DELLA TERAPIA ANTIMICROBICA²
- 320 MILIONI DI EURO RISPARMIABILI IN SOLI 5 ANNI
NEGLI OSPEDALI ITALIANI DI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI²



- 35% RIDUZIONE DELL'IMPRONTA DI CARBONIO³
- 45% RIDUZIONE DEL CONSUMO SOSTANZE CHIMICHE³
- 29/33% DEI CONSUMI ELETTRICI E IDRICI³



Riduzione delle infezioni
correlate all'assistenza
DEL 52%



Riduzione dei costi complessivi
della terapia antimicrobica
DEL 79%

PCHS®
igiene biostabile

pchs.it

copma
produttori di igiene
cultori dell'ambiente

copma.it

ASSEMBLEA GENERALE ARIS



CONCLUDE LE CELEBRAZIONI PER IL 60° DELL'ARIS

LA SCELTA DI ESSERCI



LA CRONACA DELL'ASSEMBLEA GENERALE

Orazio La Rocca

Richiamo ai “valori evangelici ai quali le istituzioni socio-sanitarie cattoliche devono fare sempre e comunque riferimento”. Rilancio del ruolo della sanità cattolica non profit convenzionata “come componente fondamentale” del Servizio Sanitario Nazionale e “solidarietà ai medici ed agli infermieri” in sciopero contro la manovra finanziaria del Governo. È quanto è stato messo a fuoco, tra l'altro, durante l'Assemblea Generale dell'Aris, svoltasi a Roma il 20 Novembre 2024 al Centro Congressi “Auditorium Aurelia” di via Aurelia 796 per la conclusione delle celebrazioni del Sessantesimo anniversario della fondazione. Titolo dell'evento: “60 anni dell'Aris nella sanità – La scelta di esserci”

Occasione non solo commemorativa, ma che ha fornito lo spunto, ai vari relatori, di riportare al centro dell'attenzione, dell'opinione pubblica la sanità cattolica accreditata con il SSN e non profit che affonda le sue radici nei valori evangelici. Senza, tuttavia, ignorare l'attuale contesto in cui la sanità del nostro Paese, “ormai da troppi anni”, è costretta a navigare con grande affanno. Difficoltà non da poco alle quali, però, l'Aris, con tutte le sue realtà socio-sanitarie associate, ha sempre risposto con una “certezza ed

una missione”, universalmente riconosciute, al servizio dei malati, dei più poveri e dei più deboli. E lo fanno con la professionalità del proprio personale sanitario e con lo spirito cristiano intimamente legati ai valori fondanti della fede cattolica, carattere irrinunciabile della stessa Aris. Non a caso lo hanno sottolineato nei loro interventi introduttivi il Cardinale segretario di Stato della Santa Sede Pietro Parolin, e don Massimo Angelelli, direttore della Pastorale per la Salute della Cei.

Un riconoscimento che è venuto anche dal Presidente del Senato Ignazio La Russa. Impossibilitato a partecipare di persona all'evento per impegni istituzionali, il Presidente La Russa ha inviato un video nel quale, oltre manifestare il suo dispiacere per non poter essere presente, ha espresso gratitudine per il servizio reso dalle strutture ARIS alla comunità. Ai saluti e ai ringraziamenti del senatore La Russa si sono aggiunti quelli della vice-Presidente del Senato Licia Ronzulli, presente nell'Auditorium, la quale ha tra l'altro riconosciuto, che “la significativa opera della sanità cattolica si contraddistingue con la vicinanza ai malati con eccellenze socio-sanitarie e con la sensibilità tipica delle istitu-

zioni cattoliche portatrici di valori umani evangelici irrinunciabili”.

Parole di “incoraggiamento, sostegno e riconoscimento al ruolo della sanità cattolica nel nostro Paese” sono state poi rivolte all’Assemblea dal cardinale Pietro Parolin, Segretario di Stato della città del Vaticano. Particolare attenzione il porporato l’ha dedicata all’aspetto socio-pastorale, ricordando ai presenti che “ogni istituzione che si richiama ai valori evangelici è tenuta a tenerli sempre presenti”. “Insostituibile e fondamentale – ha proseguito il Cardinale - il ruolo e la presenza nel nostro Paese della sanità cattolica non profit convenzionata con il Servizio sanitario Nazionale”. Il cardinale primo collaboratore del Papa, inoltre, ha riconosciuto che “nello specifico l’Aris, che si occupa di organizzare e tutelare gli interessi della sanità privata non profit, è quello di essere attivamente al fianco dei poveri e dei fragili, specie considerando che due terzi delle strutture rappresentate si occupano di riabilitazione, psichiatria e cura degli anziani”.

Interessante come sempre la posizione espressa da Nino Cartabellotta, Presidente del GIMBE. Dopo un’ampia quanto lucida illustrazione della situazione attuale del SSN, ha sostenuto quanto sia fondamentale “capire che il Ssn deve funzionare basandosi su tre pilastri fondamentali, vale a dire la sanità pubblica, la sanità privata convenzionata e la sanità privata convenzionata non profit. Parlare *tout court* di sanità privata come se fosse un blocco unico è fuorviante e sbagliato. È la legge istitutiva del Ssn che lo prevede”. Se non si fa questa distinzione, “qualsiasi analisi è sbagliata”.

Al presidente dell’Aris, padre Virginio Bebbber, il



*Il Presidente Virginio Bebbber
intervistato da TV2000*

compito di parlare dei primi 60 anni dell’Aris. “Anni di storia, di lavoro e di passione – il suo pensiero - nel corso dei quali le nostre strutture socio-sanitarie hanno operato e operano come parte istituzionale ed integrante del Sistema sanitario nazionale. Convenzionate e sempre in regime di non profit. In prima linea. Eppure nel corso di questi anni la nostra presenza ha subito costantemente disparità di trattamento nei confronti proprio di quelle strutture pubbliche alle quali la legge le ha pur sempre equiparate in tutto e per tutto. Il sistema salute del Paese, ieri come oggi, non era e non è evidentemente in grado di rispondere alle richieste di assistenza dei cittadini. Non lo era e non lo è per una serie di motivi economici, ma anche e soprattutto sociali. Allora come oggi, l’Aris reclama una riforma strutturale del sistema, capace soprattutto di riqualificare la spesa sociale ed armonizzare



*Il saluto del Presidente del Senato
Ignazio La Russa*

*Il Direttore Generale Aris
Mauro Mattiacci saluta
Licia Ronzulli Vice presidente del Senato*



in modo nuovo, con efficienza e solidarietà, mercato e Stato, pubblico e privato. L'Aris è fortemente animata dalla voglia di continuare a sostenere e far crescere la consapevolezza del non profit sanitario, cioè la coscienza di rappresentare una ricchezza di disponibilità, di risorse materiali e spirituali, insostituibili. In questa logica, come associazione di Istituti religiosi socio-sanitari ci si siamo sempre schierati, e continueremo dunque a schierarci, a difesa di un sistema a copertura universalistica del diritto alla salute, oggi messo in discussione sia dal perdurare della crisi economico-finanziaria sia dagli interessi di fortissimi gruppi economici che sostengono l'esigenza ineludibile del ricorso alla previdenza integrativa e sostitutiva, con il superamento dell'attuale sistema sanitario".

Sulla stessa lunghezza d'onda don Angelelli, che ha messo l'accento sull'importanza "di fare squadra da parte dell'intera sanità cattolica" per avere più "peso" nel panorama socio-sanitario italiano, invitando "tutti i soggetti sanitari in campo ad unirsi, a collaborare e a superare eventuali forme di isolamento per far sentire il proprio peso nell'ambito della sanità convenzionata non profit". Con la consapevolezza che – la sottolineatura del responsabile Cei per la salute – solo procedendo insieme e con spirito di unità, la sanità cattolica non profit convenzionata può far sentire il suo peso senza forme di soggezione verso nessuno". Da don Angelelli è arrivato anche un forte richiamo alla politica: "Sarebbe molto meglio – ha detto – che piuttosto che parlare di autonomia differenziata sa-

rebbe meglio pensare ad una solidarietà differenziata, nel senso che si deve soccorrere prima di tutti chi ha più bisogno”.

Il riconoscimento del ruolo pubblico a cui è chiamata a svolgere sulla base della SSN la sanità cattolica convenzionata non profit, è arrivato dall'onorevole Luciano Ciochetti, vice presidente della Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati. Nel parlare del Decreto Concorrenza, ha puntualizzato che “mai la salute deve essere considerata come merce di scambio” come se fosse uno dei tanti prodotti commerciali. Ha poi riservato anche grande attenzione alla sanità cattolica non profit che, ha fatto capire, sarebbe erroneo metterla in contrapposizione alla sanità pubblica. “Noi non facciamo altro che riprendere la legge, sia la legge 833 che la 502 che – la sua spiegazione – parlano di un Sistema sanitario nazionale a più gambe: pubblico puro, privato accreditato e privato accreditato non profit. Ritengo che la vostra associazione – riconosce Ciochetti – svolga un lavoro assolutamente fondamentale, come ha sottolineato più volte anche il Ministro Schillaci. Questo è un concetto assolutamente da ribadire anche a nome della maggioranza. Dobbiamo dunque lavorare in questa direzione superando le ideologie e costruendo un Sistema che sia il più equilibrato possibile, in cui il pubblico si riassuma una forte competenza di programmazione e di guida, ma ciò che conterà veramente dovrà essere la qualità delle prestazioni che forniamo ai cittadini, a prescindere da chiunque le eroghi”



La prolusione del Cardinale Pietro Parolin, Segretario di Stato della Santa Sede

Nel dare la parola all'Avvocato Giovanni Costantino, Mauro Mattiacci, moderatore dell'Assemblea, ha voluto esprimere “solidarietà” ai medici e agli infermieri che, in quella stessa giornata occupavano la piazza per manifestare il loro disappunto nei confronti dei provvedimenti che, nella Legge di Bilancio, li riguardano da vicino, “È opportuno – le sue parole – esprimere la nostra vicinanza ai medici e infermieri oggi in sciopero. Ai sindacati abbiamo sempre detto che noi vorremmo rinnovare i contratti, ma in realtà c'è l'impossibilità di farlo. Non è solo questione di mancanza di risorse ma la vera questione è capire dove i soldi vanno a finire”. A chiudere i lavori, la relazione dell'avvocato Giovanni Costantino, capo delegazione contratti



*L'On. Luciano Ciocchetti Vice presidente
Commissioni Affari Sociali della Camera*

L'Avvocato Giovanni Costantino



dell'Aris. Nel fare il punto sullo stato dei lavori per il rinnovo dei Ccnl per il personale di strutture socio-sanitarie associate, ha fatto chiarezza, in particolare, sulle nuove dinamiche in materia. “La contrattazione collettiva della sanità accreditata – ha spiegato –, pur essendo da sempre improntata ad una sostanziale equiparazione degli operatori privati ai loro colleghi pubblici, negli ultimi vent'anni ha dovuto più volte trovare soluzioni nuove ed innovative, a causa delle difficoltà che ha dovuto affrontare, e oggi si trova di fronte ad un bivio”. Le nostre strutture, ha notato tra l'altro, hanno fatto grandi sforzi per equiparare quanto più possibile il trattamento dei lavoratori a quello dei loro colleghi del pubblico impiego. Ciò sebbene, per quanto detto, la stessa equiparazione non sia affatto riconosciuta alle strutture. “Tuttavia, non possiamo non notare che i dipendenti della sanità privata scontano, oggi, una significativa disparità di trattamento rispetto ai lavoratori del Ssn. È evidente che “questa problematica situazione – ha sottolineato - è vissuta con serio imbarazzo da parte dei datori di lavoro privati, per più ragioni: anzitutto per le ricadute motivazionali che subiscono lavoratori pagati in misura inferiore rispetto ai colleghi del Ssn, pur offrendo un uguale livello di professionalità e competenze; in secondo luogo perché tale demotivazione porta, quali conseguenze, alla disaffezione dei lavoratori verso la struttura e spesso alla loro migrazione verso il Ssn; infine, perché il trasferimento delle risorse professionali determina un inesorabile depauperamento della qualità of-

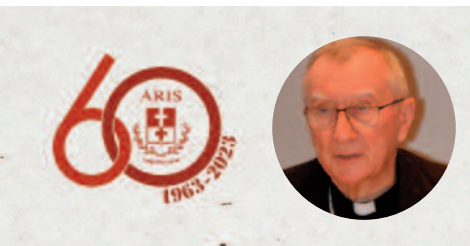
ferta dalle strutture private e, quindi, il serio rischio di una dequalificazione del prestigio acquisito e della credibilità verso i pazienti e gli utenti”. Il banco di prova dei prossimi tempi sarà, quindi, trovare soluzioni che consentano di riequilibrare questa situazione garantendo però, allo stesso tempo, la sostenibilità delle nostre strutture. Qualcosa però sta cambiando. Lo si intuisce da alcune dichiarazioni del Ministro Schillaci ed altri rappresentanti della maggioranza di governo. “Dopo tanti anni di confronti – ha commentato Costantino – finalmente forse si inizia a capire che le strutture accreditate svolgono a tutti gli effetti un servizio pubblico. Se questo è vero – ed è indiscutibilmente vero – perché non riconoscere a tutte le strutture private e a coloro che in quelle strutture lavorano (spesso con una professionalità pari o a volte anche superiore) una dignità uguale a quelle del Ssn e a chi vi opera?”

Prima che l'Assemblea si concludesse ha preso la parola Michele Bellomo, presidente di ARIS Lazio, per sottolineare con forza le difficoltà gestionali di cui soffrono le strutture associate. “Difficoltà non certamente attribuibili a deficienze amministrative”, la sua precisazione. Bellomo, inoltre, non ha esitato a denunciare finalmente l'ingiustificata disparità nella valutazione dei costi delle stesse prestazioni erogate da una struttura pubblica e da una accreditata. Ed ha fatto l'esempio di interventi che se erogati dal privato accreditato costano allo Stato, e dunque alla comunità intera, circa il 40% in meno di quella erogata dal servizio pubblico.



*Gli interventi
di don Massimo Angelelli (sopra)
e di Nino Cartabellotta (sotto)*





L'esortazione del Cardinale Pietro Parolin all'Assemblea

TESTIMONI DI UNA CHIESA AL FIANCO DEI PIÙ FRAGILI

Pubblichiamo alcuni stralci dalla trascrizione dell'intervento di Sua Eminenza, il Cardinal Pietro Parolin, Segretario di Stato della Santa Sede, tenuto nel corso dell'Assemblea

Il senso di una presenza

“Qual è il compito delle istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana in un contesto, come quello italiano, dove è presente un Servizio Sanitario Nazionale per sua vocazione universalistico e dunque chiamato a provvedere alla cura di tutti? Io credo che la necessaria partecipazione al SSN, come pure il rapporto con le istituzioni nazionali e regionali che governano le attività sanitarie del nostro Paese, non debba trasformarsi in una sorta di sottomissione, di pigrizia all'immagine del servo indolente che ha ricevuto un solo talento di evangelica memoria. Atteggiamenti, questi, che alla fine mortificano l'indole profetica e la vivacità im-

prenditoriale, qualità che hanno sempre caratterizzato l'azione della Chiesa soprattutto in ambito sanitario. Nella ricerca di risposte più confacenti alle nostre esigenze, di soluzioni valide e durature, non possiamo accontentarci di espedienti temporanei fatti di compromessi con poco fondamento che molto spesso lasciano il tempo che trovano. Come le comunità monastiche del Medioevo mettiamo al centro della nostra vita e del nostro impegno professionale quotidiano il nostro rapporto con Dio, sicuri che la sua indole profetica non mancherà di ispirarci per aprire davanti a noi orizzonti e prospettive oggi ancora inimmaginabili.

Fare Rete per ottimizzare le risorse

Uno di questi orizzonti è certamente quello di cominciare a fare rete, a fare sistema, iniziando con l'attivazione di forme di integrazione per ottimizzare le risorse, favorendo e promuovendo sinergie tra i vari enti sanitari. Una scelta strategica a mio parere non più procrastinabile per la quale, nonostante tutte le incognite che comporta, è arrivato il momento di passare ai fatti, pur nel rispetto dell'autonomia di ciascuno e con tutte le gradualità del caso.

Superare individualismi e resistenze

È ormai chiara a tutti però l'urgenza di agire come un unico corpo, superando individualismi e resistenze che finiscono per danneggiare coloro che assecondano tali atteggiamenti. Siamo quindi chiamati a pensare, per tutte le attività sanitarie della Chiesa in Italia, ad un quadro organico e strutturato nel segno di una solidarietà reciproca, per perseguire una sostenibilità economico-finanziaria e sociale dei singoli soggetti coinvolti e del sistema stesso, garanzia del fine apostolico delle opere.

Rapporto prioritario con le istituzioni

Il fare sistema favorirà anche un rapporto con lo Stato e le regioni più paritario e meno di sudditanza, facilitando l'attivazione di strumenti di supporto comuni, in particolare di tipo finanziario e manageriale, sia per la continuità operativa delle nostre strutture che per affrontare i momenti di crisi delle stesse. Un primo report, derivato dall'analisi dei dati del Censimento delle attività sanitarie della Chiesa in Italia, svolto dalla Pontificia Commissione per le attività del settore sanitario delle persone giuridiche pubbliche della Chiesa, ha messo in evidenza come i due terzi delle nostre attività sanitarie siano dedicate alla riabilitazione, alla psichiatria, all'assistenza degli anziani e degli handicappati gra-

vi e di soggetti con altre fragilità umane e sociali. Un riscontro statistico importante a conferma della nostra significativa presenza sulla frontiera del bisogno.

Al fianco dei più poveri, degli esclusi, dei fragili

Come Chiesa siamo chiamati a rispondere soprattutto alla domanda di salute dei più poveri, degli esclusi e di quanti per ragioni di carattere economico-culturale, vedono disattesi i loro bisogni. A tal proposito faccio mia la conclusione con cui il Santo Padre vi ha esortato: *“Non temete di percorrere strade nuove, rischiate, in modo da evitare che i nostri ospedali solo per ragioni economiche vengano alienati. Questo è un pericolo ed è anche attuale”*.

La cura integrale della persona

È importante anche accompagnare le persone che accogliete nelle vostre istituzioni con una cura integrale, senza trascurare l'assistenza spirituale religiosa dei malati, delle loro famiglie e degli operatori sanitari. Anche in questo le istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana dovrebbero essere esemplari: non si tratta solo di offrire una pastorale sacramentale, bensì di dare un'attenzione completa alla persona, nessuno deve sentirsi solo nella malattia. Ciascuno deve essere sostenuto e



aiutato a percorrere con speranza cristiana la strada, a volte lunga e faticosa, dell'infirmità. Tenete vivo il carisma dei vostri fondatori, non tanto per imitarne i gesti quanto piuttosto per accoglierne lo spirito; non tanto per difendere il passato quanto per costruire un presente e un futuro in cui annunciare con la vostra presenza la vicinanza di Dio ai malati, soprattutto ai più svantaggiati ed emarginati dalla logica del profitto.

L'Anno Santo della Chiesa: un invito alla misericordia

Siamo ormai prossimi all'apertura dell'Anno Santo, un evento spirituale di riconciliazione e di misericordia e l'attività sanitaria è per sua stessa natura un gesto di misericordia. In questo anno giubilare dobbiamo imparare che la misericordia ha bisogno prima di tutto di essere sperimentata in prima persona per poter essere poi esercitata nelle opere con la giusta modalità. Diversamente, anche noi po-

tremo trovarci davanti a delle spiacevoli sorprese, come quelle da cui ci ha messo in guardia il Signore Gesù nella famosa parabola del Giudizio Universale: *“Quando ti abbiamo visto affamato, assetato, o straniero o nudo, o malato in carcere, o ti abbiamo servito”*. Per evitare questo pericolo c'è bisogno di un forte impegno pastorale. San Giovanni Paolo II parlava di *“un nuovo ardore apostolico”* capace di affermare a tutto tondo una specifica visione antropologica portatrice di un significato trascendente della vita. Spetta ai pastori attivare quel confronto e quel dialogo con le altre competenze sanitarie per aiutare l'etica, la medicina, la psicologia, la sociologia, le scienze della comunicazione, la politica e la stessa economia, ad oltrepassare i limiti della propria autoreferenzialità e per orientarne la misericordia. Perché prima ancora di qualsiasi particolare competenza c'è l'impegno apostolico, e questo vale soprattutto per le istituzioni sanitarie”.

Insieme a chi assiste,
al servizio dei più fragili



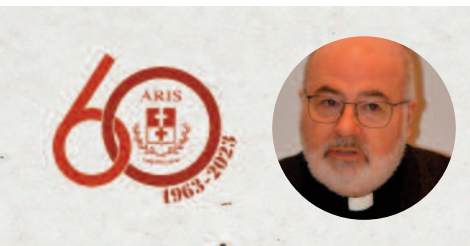
Medihospes è una Cooperativa Sociale specializzata nella gestione, in proprio o per conto di Enti Privati, di servizi di accoglienza e assistenza socio-sanitaria rivolte a persone anziane, disabili, fragili e migranti.

Siamo una Onlus fatta di medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, educatori, psicologi, mediatori linguistico-culturali organizzati in modo da affiancarsi agli Enti che lo desiderano, con il compito di intervenire in outsourcing nei processi operativi assistenziali, aumentandone l'appropriatezza, l'efficienza e l'inclusione sociale.

Per questo ci concepiamo partner più che fornitori.

Coop. Soc. Medihospes Onlus Via Caduti Strage di Bologna, 5 - 70125 Bari - Telefono +39 080 9905341 - www.medihospes.it

CAGLIARI - CATANIA - FERMO - GENOVA - MESSINA - MILANO - ROMA - TERAMO - TORINO



L'intervento di Don Massimo Angelelli

L'UMANITÀ HA BISOGNO DI UNA SOLIDARIETÀ DIFFERENZIATA

Intervenire dopo il presidente Cartabellotta è molto difficile perché, in maniera estremamente sintetica e anche dal punto di vista comunicativo, è molto efficace. Ci ha raccontato la situazione. Mi piacerebbe in qualche modo integrare anche con i suoi dati e la sua visione. E lo faccio solo come punto di partenza per introdurre quel poco che volevo dire. E cioè, quando il presidente Cartabellotta con i suoi dati fa il quadro chiaro della situazione dei Lea, parla già di una umanità differenziata, che è poi il titolo che mi è stato assegnato per questo mio intervento. I colori di quelle regioni raccontano storie diverse, scenari diversi. E raccontano anche come sperimentiamo quotidianamente approcci completamente diversi nella vita delle persone e alle condizioni di salute. Non sono solo colori o numeri diversi, ma sono storie di famiglia che riescono o non riescono a curarsi. Storie di famiglie che devono moltiplicare la spesa, là dove è possibile riuscire a trasferirsi per poter curare un figlio, un parente o far fronte ad una certa situazione personale. Di fatto più della metà dell'Italia è

in una condizione di disagio. Allora, l'umanità differenziata già esiste. E quella cultura dello scarto, tante volte detta, richiamata da papa Francesco, è in atto. Riguardo alla relazione del professor Cartabellotta mi piacerebbe un giorno scambiare qualche parola con lui perché su qualche cosina vorrei approfondire. Anzitutto concordo profondamente sul fatto che se non ci sono riforme non si inverte il trend, non inserendo uno o due miliardi in più si migliora la situazione. Concordo col presidente Cartabellotta sul fatto che – io la dico così – *‘non si mette acqua in un secchio bucato’*, altrimenti non ne usciamo più.

Vorrei approfondire la parte che riguarda gli sprechi. Capisco che non è facile, però conosciamo le cifre: quelle che servono e quelle che abbiamo. Sono sicuro che le cifre potrebbero essere molto più cospicue se avessimo coraggio di mettere mano al sistema. Io credo che sia arrivato il tempo, dopo 46 anni, di mettere in discussione tutto, ma proprio tutto; ruoli, equilibri, sistema. Se i trend sono negativi, se 12 regioni non riescono a garantire i Lea non è

una questione di un miliardo in più o in meno. È una questione di sistema. Peraltro, non da oggi un trend cronico non può che peggiorare. Allora, se la politica più volte invocata, ha o avesse il coraggio di mettere mano, insieme alla rete, al sistema, a una riforma strutturale, forse questo sarebbe il tempo giusto per farlo.

I 100 mila medici “spariti”, vanno a lavorare fuori perché guadagnano di più di quello che guadagnerebbero in Italia. Fanno più soldi di quelli che farebbero in Italia. Ma, soprattutto, a me preoccupano quei 400-450 mila medici che sono in servizio, ma sono sfiancati e non ce la fanno più e se ne vanno. Mi chiedo però se in un reparto in cui non riescono più a reggere i ritmi di lavoro, i medici preferirebbero avere un duecento euro lordi in più o un collega in più? Perché, ormai il problema è in questi termini. Dove trovare i sanitari, ne abbiamo parlato tante volte. Sappiamo anche che Aris e Uneba hanno dato vita ad una fondazione, la Samaritanus, da un paio d’anni, tra i cui obiettivi c’è la ricerca di infermieri in Paesi esteri, da inserire nelle strutture loro associate.

Dunque non è una novità se dico che l’umanità è già differenziata. Vorrei ricordare una dichiarazione in proposito del Consiglio Episcopale Permanente dello scorso 22 Maggio, durante il quale è stato detto chiaramente che i vescovi italiani hanno a riguardo una grande preoccupazione. E l’hanno espressa in un documento reso pubblico a margine del Consiglio permanente, nel quale si legge tra l’altro “*proprio la storia del Paese è a dirci che non c’è sviluppo senza solidarietà, attenzione agli ultimi, valorizzazione delle differenze e corresponsabilità nella promozione del bene comu-*

ne”. “Ci dà particolare forza – scrivono i Vescovi - l’esperienza delle nostre Chiese capaci di crescere e camminando insieme come comunità cristiana”. In altre parole, ‘*insieme*’ è la chiave che i vescovi pongono a fondamento di questo tema; è la chiave per affrontare le sfide odierne; è la vita che conduce ad un futuro possibile per tutti. Siamo convinti, infatti, che il principio di sussidiarietà sia inseparabile da quello di solidarietà. È come mettere i due termini a confronto. Il tema dell’autonomia differenziata si innesta su una realtà già differenziata. E rischia in qualche modo di mettere in crisi questo equilibrio tra il principio di sussidiarietà e il principio di solidarietà. In maniera più esplicita i vescovi sostengono che questo progetto di legge – era il mese di Maggio scorso - con cui vengono precisate le condizioni per l’attivazione dell’autonomia differenziata, “*rischia di minare le basi di quel vincolo di solidarietà tra diverse regioni che è presidio di unità della Repubblica*”.

I vescovi italiani in questo percorso vedono il rischio, non solo di minare il rapporto tra solidarietà e sussidiarietà, ma addirittura che venga minato il principio di unità della Repubblica. E lo fanno in particolare in questo documento sul tema della salute. “*Non può essere sottovalutato – si legge ancora nel documento - il rischio specialmente nel campo della tutela della salute cui è dedicata larga parte delle risorse spettanti alle Regioni. E suscita preoccupazione in quanto inadeguato alle attese dei cittadini, sia per i tempi sia per la modalità di erogazione dei servizi*”. E poi lo stesso documento pone lo sguardo sui livelli essenziali di prestazioni, che devono essere garantiti “*in ma-*

niera uniforme in tutto il territorio nazionale". Non sono un tecnico per entrare nelle dinamiche dei disegni di legge, annoto soltanto che la Cei stessa, la Conferenza Episcopale Italiana, ha rilevato che le 17 materie di esclusiva legislazione statale sono state affiancate da altre 20 la cui competenza è concorrente tra Stato e Regioni. Sono d'accordo con il presidente Cartabellotta che sarebbe stato assolutamente opportuno espungere il tema della salute semplicemente perché il rischio è assolutamente palese. Nella riflessione della Conferenza Episcopale Italiana si legge ancora: *"Non si possono quindi trascurare alcune preoccupazioni relative particolarmente al principio di solidarietà e sussidiarietà verticale. Quanto al primo, il principio di solidarietà, la definizione dei Lep non implica che le prestazioni individuate come essenziali siano adeguatamente finanziate e quindi effettivamente erogate su tutto il territorio nazionale"*.

Come è noto a tutti, la Corte Costituzionale ha definito illegittime alcune parti della legge sulla autonomia differenziata e altre necessitano di approfondimento. In particolare 7 profili della legge sono stati dichiarati incostituzionali. Non ve li cito perché è materia comune. Altri 5 sono orientati costituzionalmente, ma richiedono un approfondimento. E su questo c'è un rimando diretto alla attività del Parlamento, non solo del Governo.

In quale quadro noi ci poniamo come sanità cattolica, come sanità valorialmente orientata? Io mi permetto di paragonare questa situazione a un testo abbastanza recente, l'enciclica *"Fratelli Tutti"* di papa Francesco. Al capitolo 2 il Pontefice fa una rilettura estremamente interessante della parabola del Samaritano, stranota a tutti, ma con delle accentuazioni estremamente interessanti che ci riguardano direttamente. Voi che sedete in questa assemblea e siete soci Aris avete fatto, come struttura, una scelta valorialmente orientata. Ma vi è chiaro che cosa significa una struttura valorialmente orientata? Una identità cattolica in sanità affermata e vissuta? A me, in base alla nostra esperienza, non è chiarissimo. Nel senso che fluttuiamo essenzialmente tra il desiderio di *mission* di altissimo livello e un confronto con le necessità di sopravvivenza e sostenibilità, che in genere vanno ad intaccare esattamente una *mission*. Perché sembra che per fare una buona *mission* cattolica servano più soldi. Detto questo, quando papa Francesco scrive la *Fratelli Tutti*, rilegge i personaggi della parabola del Buon Samaritano. Incomincia, come suo solito, a richiamarci. Consideratevi coinvolti in questa descrizione. Anzitutto lui dice che c'è una pericolosa indifferenza nell'andare oltre senza fermarsi. Vi ricorderete che i primi due passanti hanno ignorato l'uomo sofferente ai bordi della strada e sono andati oltre, non



hanno proprio guardato. Non hanno visto niente. *“Innocente o meno questo non fermarsi”*, dice papa Francesco, *“è frutto del disprezzo o di una triste distrazione”* che fa del sacerdote e del Levita, quindi gente etichettata, valorialmente orientata, un non meno triste riflesso di quella distanza che isola dalla realtà. E pone due rischi: uno è il ripiegarsi su di sé, disinteressarsi degli altri, essere indifferenti; l'altro è guardare solamente al di fuori. Cito la numero 73 della *Fratelli Tutti*: *‘È riguardo a questo ultimo, guardare sempre fuori, un modo di passare a distanza, in certi settori, in certi ambiti’*. Poi papa Francesco parte con una provocazione proprio forte: *‘In quelli che passano a distanza c’è un particolare che non possiamo ignorare. Erano persone religiose. Di più’, si dedicavano a dare culto a Dio. Un sacerdote ed un Levita’*.

Quando io provo a rileggere queste frasi pensando al nostro mondo, alle nostre realtà, mi viene da dire: ma queste strutture sanitarie sono religiose, cioè hanno una evidente identità religiosa; ma sono indifferenti, con lo sguardo rivolto ad un'altra parte, o sono capaci di fermarsi?

Prosegue papa Francesco: *‘Questo è degno di speciale nota. Indica il fatto che credere in Dio e adorarlo non garantisce di vivere come a Dio piace’*. Traduco: il fatto che hai le suore nel consiglio di amministrazione, il nome del fondatore, e il busto della fondatrice, non garantisce che tu sia una realtà cattolica. Non lo garantisce assolutamente. Il fatto che ci si richiami in tutte le carte dei servizi ai valori della dottrina sociale della Chiesa....non garantisce niente. Quei due che, nella parabola, passano e ignorano erano certificati sacerdoti e Leviti,



eppure ignoravano, guardavano da un'altra parte, erano disinteressati. Papa Francesco, nel numero 75 della *Fratelli Tutti* menziona i briganti della strada, quelli che avevano ferito l'uomo disteso in terra, ma aggiunge: *'I briganti della strada hanno di solito come segreti alleati quelli che passano per la strada guardando dall'altra parte'*. In maniera molto pesante papa Francesco associa chi è distratto o fa finta di non vedere o non vuole vedere la realtà dei sofferenti, a quelli che hanno picchiato. Applicazione ai tempi nostri nel numero 75 della *Fratelli Tutti*: *"All'inganno del va tutto male corrisponde un nessuno può aggiustare le cose. Quindi, che posso fare? Quindi una sorta*

di passività giustificativa della nostra incapacità ad impegnarci in un cambiamento reale, in un passo completamente diverso". E papa Francesco al numero 76 chiede: *'Guardiamo all'uomo ferito. A volte ci sentiamo come lui, gravemente feriti e a terra sul bordo della strada. Ci sentiamo anche abbandonati dalle nostre istituzioni sguarnite e carenti, o rivolte al servizio degli interessi di pochi. All'esterno e all'interno'*. Infatti, segue la citazione: *'Nella società globalizzata esiste una maniera elegante di guardare dall'altra parte che si pratica abitualmente. Sotto i rivestimenti del politicamente corretto si guarda alla persona che soffre senza toccarla. La si mostra in televisione in diretta. Si adotta anche un discorso all'apparenza tollerante, ma pieno di eufemismo'*. Ecco, questa riflessione all'interno del nostro servizio, all'interno delle nostre strutture è assolutamente urgente. Dal rapporto Gimbe, da tutti i dati che ci vengono forniti, abbiamo degli elementi di valutazione. A me piacerebbe che cominciassimo con la stessa chiarezza, con la stessa fermezza a creare degli indici di valutazione della nostra *mission*, per capire se effettivamente quello che stiamo facendo lo stiamo facendo valorialmente orientato. Capire se sentirsi struttura religiosa, struttura cristiana, significhi qualcosa o sia una forma evanescente di partecipazione al sistema.

Le nostre strutture dal punto di vista originario nascono per sopperire ad una mancanza del sistema, non per gareggiare col sistema. Ma tantomeno per adeguarci agli standard delle proposte del sistema. Se la sanità cattolica è cristianamente orientata, ma non saprà distinguersi in qualcosa, saremo sempre un passo indietro. Fuori dal SSN si creano quegli schemi tra ricchi per cui alcuni potranno curarsi ed altri no. Noi in questo schema, in questo scenario, come ci posizioniamo? Qual è il nostro valore identitario che ci distingue? Io francamente in questo momento faccio un pochino fatica a individuarlo. Abbiamo una grande tensione verso la gestione, abbiamo un grande bisogno di far quadrare i nostri bilanci, ma non siamo sufficientemente presi e coinvolti dal tema della nostra identità. Per cui secondo me è esattamente l'inverso: non è sistemando i bilanci che nascerà una migliore sanità cattolica. Secondo il mio punto di vista, che non conta nulla, sarà ricollocando in maniera identitaria e qualificata la *mission* della sanità cattolica che i nostri bilanci torneranno in ordine. Dovremo rileggere completamente la nostra identità per un approccio storico completamente diverso. Perché noi sappiamo che ci sono delle sacche di umanità che non riescono a curarsi. E vado alla conclusione. Il titolo che mi era stato affidato è *'Umanità Differenziata'*. Credo che i numeri della storia confermino che esiste assoluta-

mente una umanità differenziata che rischia di essere differenziata ancora di più' e scartata. La proposta è una solidarietà differenziata secondo quel principio di equità secondo il quale chi ha bisogno, chi vive nel maggiore bisogno, deve ricevere maggiore attenzione. La solidarietà differenziata io non posso chiederla allo Stato perché non è suo compito. Però la posso chiedere a voi. Posso chiedere a voi di immaginare un modo diverso di svolgere il vostro servizio, teso anche alla ricerca di colmare quei gap che lo Stato non riesce a coprire. Anche attraverso una nuova forma di solidarietà collaborativa che può coinvolgere le strutture sanitarie cattoliche e farle uscire un po' da quell'arroccamento che vediamo quotidianamente, perché poi alla fine tutti passano da me, ma tutti dicono la stessa cosa. Tutti vanno dritti con i propri obiettivi, senza guardarsi ai lati. Questo è fallimentare. Io non credo che dobbiamo fare tutti le stesse cose. Io sono profondamente rispettoso della vostra storia, della vostra identità, del vostro ruolo. Ma non posso immaginare in alcun modo che le divisioni che ci sono all'interno del nostro sistema siano più sostenibili. Quindi la mia proposta di solidarietà differenziata va anzitutto a poggiarsi sul tema del Vangelo. O troviamo dei punti comuni, o saremo tra i tanti *player* che vanno a piangere in Regione con la speranza di ottenere qualche spicciolo in più'...



L' intervento del Presidente Padre Virginio Bebber

LA SCELTA DI ESSERCI

I “60 anni dell’Aris nella sanità, la scelta di esserci”. È il titolo – come sappiamo - di questa nostra assemblea nazionale. Ma non solo. Sono in realtà poche parole che hanno la forza di delineare la nostra storia passata, presente e futura. Una scelta di campo ben precisa fatta di continuo servizio accanto a malati e sofferenti con tutte le nostre 270 istituzioni socio-sanitarie accreditate non profit col Servizio sanitario nazionale. Ma con un valore aggiunto, la nostra identità che affonda le sue radici in una plurimillennaria tradizione cristiana, nata intorno a quel comando di Gesù’ “*Curate Infirmos*” (Lc 10,9), da sempre parte distintiva del Dna dei “Buoni Samaritani” della sanità cattolica. Un Dna da oltre 60 anni tratto distintivo anche della nostra realtà associativa. Vale a dire da quando quel 5 agosto 1963 a Milano presso lo studio del notaio Giuseppe Gazzanica vede la luce l’Associazione Religiosa Istituti Spedaliери, che dal 1977 assumerà il nome di Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari, l’Aris, appunto, così come oggi la celebriamo. In realtà l’idea di riunire in un’associazione le istituzioni sanitarie cattoliche era nell’aria an-

cor prima del 1963 tra alcuni Ordini e Congregazioni di religiose e di religiosi tra i più’ attenti ai servizi sanitari. Agli inizi degli anni sessanta, poi, si cominciarono ad avvertire i primi sintomi di importanti mutamenti nel contesto socio-politico del Paese, che sul fronte della sanità avrebbero portato alla grande riforma del Ssn del 1978. Era perciò vitale per le istituzioni sanitarie cattoliche farsi trovare pronte dando magari vita ad un organismo che le rappresentasse. Un progetto piuttosto ambizioso che prende forma e vita grazie alla lungimiranza di Fra’ Luigi Marchesi, allora Segretario della Provincia Lombardo-Veneta dei Fatebenefratelli, e da Padre Mosè Bonardi, Superiore della stessa Provincia FBF. Fu proprio Padre Mosè, il primo presidente dell’Aris.

Si distinse per capacità organizzativa, intuito, attenzione alle dinamiche sociali, al progresso – con particolare fiuto per le novità scientifiche – e al continuo aggiornamento dell’offerta socio-sanitaria al passo con le esigenze contemporanee. Gli successe Fra’ Pierluigi Marchesi negli anni dal 1968 al 1971; quindi fratello Bassiano Ferrandi, anche lui FBF come i suoi



predecessori, dal 1971 al 1973, quando gli subentrò il camilliano Padre Umberto Rizzo che rimase alla guida dell'Associazione per ben 26 anni, dal 1973 al 1999. Fu, la sua, la più lunga Presidenza dell'Associazione. A Padre Rizzo successe di nuovo un figlio di San Giovanni di Dio, Fra' Pietro Cicinelli, che rimase in carica sino al 2004, anno in cui fu eletto frater Mario Bonora, Figlio di Don Calabria, presidente sino al 2017. Da allora ho l'onore e l'onere di portare avanti la loro grande eredità con il peso e la gioia della responsabilità.

Da oltre 60 anni, dunque, le nostre strutture socio-sanitarie operano e sono parte istituzionale ed integrante del Sistema sanitario nazionale. Convenzionate e sempre in regime di non profit. In prima linea. E ben prima che le riforme – quelle che si sono succedute e quelle in itinere – recepissero la nostra presenza a beneficio dell'universalismo e della libertà di scelta, come risorsa costitutiva ed essenziale per la tenuta del sistema sanità. Eppure nel corso di questi anni la nostra presenza ha subito costantemente disparità di trattamento nei confronti proprio di quelle strutture pubbliche alle

quali la legge le ha pur sempre equiparate, in tutto e per tutto. Ed anche quando mai avessero ottenuto alcuni riconoscimenti legislativi, sono state sempre e comunque costrette ad inseguire, per un motivo o per l'altro, il legislatore. E ciò a causa della continua mancanza di un coerente ed organico piano legislativo. Il sistema salute del Paese, ieri come oggi, non era e non è evidentemente in grado di rispondere alle richieste di assistenza dei cittadini. Non lo era e non lo è per una serie di motivi economici, ma anche e soprattutto sociali. Non per nulla ai primi segnali di emergenza sanitaria tutto è piombato nel caos.

Anche allora, come oggi, l'Aris reclamava una riforma strutturale del sistema, capace soprattutto di riqualificare la spesa sociale ed armonizzare – come chiedeva a suo tempo il Cardinale Martini – in modo nuovo, con efficienza e solidarietà, mercato e Stato, pubblico e privato. Ne abbiamo passate tante, ma neppure la tragica esperienza vissuta di recente – gli anni del Covid -, sembra averci insegnato qualche cosa.

Ma noi abbiamo resistito perché abbiamo avu-

to la forza e la capacità di conciliare carità e managerialità, sostenibilità e solidarietà, responsabilità e autonomia impreziosita dalla scelta di operare come strutture non profit.

Essere non profit non vuol dire legittimare perdite, alibi talvolta per sprecare, e neppure giustificare gestioni inefficienti. Essere non profit vuol dire reinvestire all'interno dell'istituzione gli avanzi conseguiti, come fattore essenziale di investimento, sviluppo e di aggiornamento. Investimenti in tecnologie ed infrastrutture, ma anche nella qualità e nella responsabilizzazione (anche carismatica e valoriale) del personale.

E l'Aris è fortemente animata dalla voglia di continuare su questa strada, costantemente impegnata a sostenere e far crescere la consapevolezza del non profit sanitario, cioè la coscienza di rappresentare una ricchezza di disponibilità, di risorse materiali e spirituali, insostituibili. In questa logica, come associazione di istituti religiosi socio-santari ci siamo sempre schierati, e continueremo dunque a schierarci, a difesa di un sistema a copertura universalistica del diritto alla salute, oggi messo in discussione sia dal perdurare della crisi economico-finanziaria sia dagli interessi di fortissimi gruppi economici che sostengono l'esigenza ineludibile del ricorso alla previdenza integrativa e sostitutiva, con il superamento dell'attuale sistema sanitario. Una presenza, la no-

stra, dimostratasi negli anni irrinunciabile per il sistema sanitario del Paese. È questa la nostra sfida. La nostra "scelta di esserci".

Se questa è la nostra storia è forse giunto il momento di porci alcune domande su quello che è il nostro oggi e, meglio ancora, su quello che sarà il nostro domani. Certo non tutto dipende da noi, ma siamo proprio noi a dover comunque costruire il nostro futuro.

Ho molto riflettuto, proprio rileggendo in questi giorni la nostra storia, su dove siamo arrivati e dove vogliamo arrivare. Ad essere sincero inizialmente sono stato colto da un senso di inquietudine. Dopo anni di Presidenza mi sto rendendo conto che l'ARIS a volte sembra vittima di una sorta di disparità tra la percezione esterna del suo ruolo e il riconoscimento interno di questo stesso ruolo. Mi spiego meglio. Abbiamo lottato a lungo per conquistarci quel prestigio che oggi, istituzioni governative ad ogni livello ministeriale e regionale, ci riconoscono quando si parla di sanità. Al punto quanto meno di chiamarci a tavoli di lavoro ministeriali, di prendere in considerazione emendamenti proposti a leggi, decreti ed altri provvedimenti dirigenziali, anche accogliendone alcuni. Se è stato deciso, tanto per fare un esempio, di bloccare e rimandare l'entrata in vigore del nuovo tariffario è stato anche, e forse soprattutto, grazie alla decisa campagna che abbiamo inscenato in quei giorni. E si è molto



Il Ministro della Salute Orazio Schillaci

probabilmente ormai giunti a conclusione anche con il nostro contribuito. È poca roba? Forse insufficiente per alcuni ma, molto probabilmente se al tavolo della revisione del tariffario non ci fosse stato anche un nostro gruppo di lavoro, le cose sarebbero andate molto, ma molto peggio. Resta il fatto che oggi troviamo quasi sempre porte aperte quando chiediamo di incontrare qualcuno che conta. Se non altro riusciamo a portare la nostra voce nella stanza dei bottoni. Ed è una voce che comincia a farsi sentire sempre più forte. Persino i media oggi prendono più in considerazione le nostre dichiarazioni, i nostri commenti; anzi spesso ce li chiedono. Ed è così che riusciamo in qualche modo anche ad essere cassa di risonanza per la presenza della Chiesa nel sistema salute del Paese. E non sono chiacchiere. A confermare tutto quello che sto dicendo è stato lo stesso Ministro della Salute Orazio Schillaci poche settimane fa quando, intervenuto ad un evento pubblico, ha dichiarato: ***“Non sono un ideologo e per questo dico che chi ideologizza il privato convenzionato non si rende conto***

di quanto sia impensabile abolirlo. Chiariamo un concetto: in Italia oggi non ne possiamo fare a meno e nessuno potrà cancellarlo”. Nel leggere quelle parole ho visto finalmente aprirsi uno spiraglio nel buio dell’atavica diffidenza che, ispirata da certe correnti ideologiche, circonda la sanità d’ispirazione cattolica convenzionata e non profit, come poi tutta la sanità privata convenzionata. È stata la prima volta che un Ministro della salute ha riconosciuto il nostro ruolo e lo ha detto pubblicamente. Sono anni che ci sforziamo di far capire che il ruolo delle nostre strutture socio-sanitarie accreditate, e non profit per statuto identitario, fanno parte integrante, per una legge mai abrogata, del SSN, dunque svolgono un ruolo pubblico a tutti gli effetti. Dunque sono aperte a tutti i cittadini alle stesse condizioni del pubblico. Questa forse è la prima volta nella storia che un Ministro della Salute ha la forza e il coraggio di dichiararlo pubblicamente e di far capire quanto sia essenziale il nostro contributo nell’assistenza dei cittadini. E per quanto riguarda l’abbattimento delle Liste



d'attesa potremmo fare ancora molto di più, se solo ce ne dessero l'opportunità. Naturalmente come chiesto dal Ministro siamo pronti a mettere a disposizione le nostre agende. Una bella soddisfazione insomma.

Ma, ahimè, all'interno di casa nostra, questo aspetto ha poco riscontro. Tolta una parte, devo dire molto attiva e assai prossima alla vita associativa, pronta a prendersi carico di ogni problematica collettiva a livello di Stato o Regione, o anche di semplice sezione, per il resto permane una certa vorrei dire apatia nei rapporti reciproci, una innaturale mancanza di costanza nel dialogo tra Associati, e, quel che più ci dispiace, a volte anche con la stessa Presidenza, sia essa nazionale o regionale. Evidentemente siamo tutti presi in questi anni da problemi più grandi di noi. Ma io sono sicuro

che anche soltanto condividere tra di noi preoccupazioni e affanni potrebbe aiutarci magari a riscoprire quella fraternità solidale che ci ha legati sessant'anni fa, aiutarci a intraprendere nuovi cammini, nuove dinamiche operative fatte di unione, di ascolto reciproco, di scambi di informazioni, di condivisione.

L'ARIS non è nata per essere formata da mondi chiusi, incapaci di dialogare tra loro, di correre in aiuto di chi è in difficoltà perché parte di una grande famiglia: l'ARIS è tutt'altro.

È quella grande famiglia che unisce, che non divide ma condivide. Non lasciamoci trascinare da quella malacorrente individualista ed egoista che sembra dominare oggi la nostra società. Riscopriamo quel senso di servizio volto a mettere l'uomo al centro di ogni processo di cura e di ogni interesse scientifico. Sappiamo perfettamente che solo quando l'uomo si concepisce non come un mondo a sé stante ma come uno che per sua natura è legato a tutti gli altri, originariamente sentiti come "fratelli", è possibile una prassi sociale solidale improntata al bene comune.

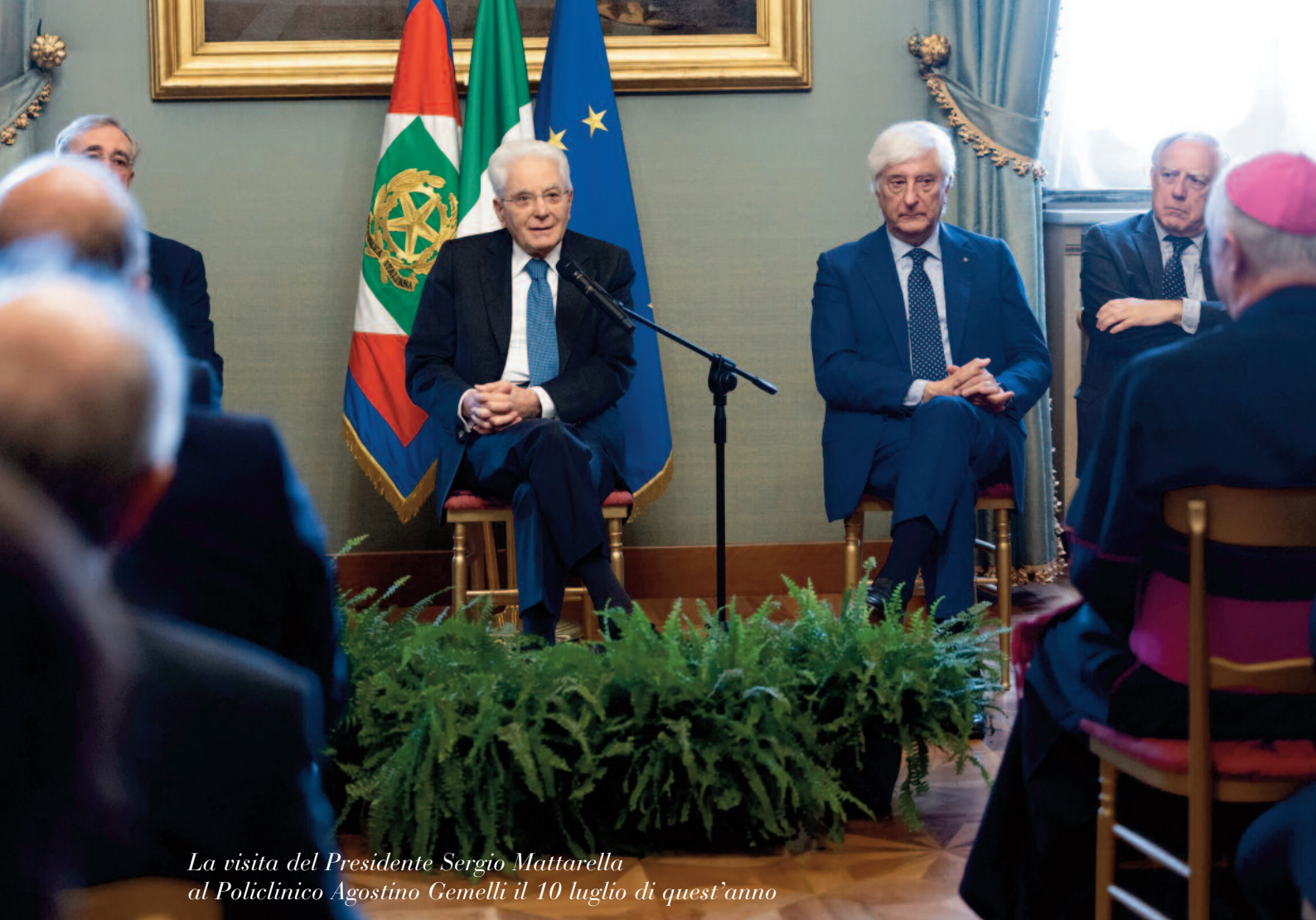
Questa è la logica evangelica che deve qualificare il nostro "operare", nel mondo. E siamo consapevoli che la nostra missio comporta una risposta alternativa a quella che è la "logica del profitto ad ogni costo, del dare per ottenere, dello sfruttamento che non guarda alle persone". Le strutture che sono riunite nell'Aris,

considerano questi principi come humus su cui si fonda il loro operato. E non dobbiamo mai dimenticarlo, altrimenti perché l'uomo, nel momento della sua fragilità, dovrebbe scegliere di rivolgersi a noi piuttosto che ad altri? A casa nostra deve trovare, oltre ad una professionalità di alto livello, quell'accoglienza carica di amore e solidarietà che fa la differenza. Ma certamente non possiamo neppure dimenticare che le nostre opere sono comunque inserite a pieno titolo nel SSN, sin dalla sua istituzione, e quindi si trovano a dover operare in un settore divenuto sempre più complesso. Inoltre sono tenute a fornire garanzie e tutele alle famiglie dei circa 100 mila lavoratori che operano, a diverso titolo, al loro interno. Ma, fatti salvi i diritti dei lavoratori, esse operano in uno stile di gestione *non profit*. E dalla relazione che ci ha riservato il dr. Cartabellotta si intuisce il peso della nostra scelta. Questo significa fuggir proprio dalla logica del profitto. Anzi è proprio per questo che spesso ci troviamo ad affrontare problematiche difficili, a volte insormontabili, specie in campo gestionale. Soprattutto quando i ritardi nei rimborsi da parte delle Regioni mettono in seria difficoltà l'esistenza stessa delle strutture che ancora cercano di far fronte a tagli e devastanti imposizioni che giungono dalle autorità del Paese. Non a caso in questi ultimi anni molte di queste opere sono state costrette a chiudere

i battenti per non essere più in grado di far fronte a queste criticità.

Ciononostante continueremo a dare il nostro contributo a tutela dei sofferenti, dei più deboli, con impegno e dedizione, ma al contempo auspichiamo, in questo difficile cammino, maggiore attenzione e senso di responsabilità da parte delle Istituzioni pubbliche e un rinnovato sostegno dall'intera comunità cattolica di cui siamo testimonianza nel mondo della salute.

Proprio pensando al coinvolgimento della comunità cattolica nella nostra missione incontro al mondo della sofferenza mi è tornato a mente quanto scritto da Papa Francesco nella "Evangeli Gaudium" sui luoghi della sofferenza. Ho riletto quelle pagine. È stato come se davanti ai miei occhi si materializzassero quei tanti, tantissimi luoghi della sofferenza che rendono così drammaticamente piagato il nostro mondo, quello che si fregia del titolo "globalizzato" quasi a voler dire che abbiamo tutto in comune. Li ho visti tutti lì, davanti a me e mi sono chiesto ma tu, sempre chiuso tra le corsie di un ospedale o di una casa di cura o di un centro di riabilitazione, cosa hai fatto mai di concreto per entrare in questi immensi luoghi in cui l'uomo soffre? Certo dell'uomo sofferente ce ne prendiamo cura quando lo accogliamo nelle nostre strutture sanitarie, lo assistiamo, lo curiamo con amore, gli restituiamo, per quanto



*La visita del Presidente Sergio Mattarella
al Policlinico Agostino Gemelli il 10 luglio di quest'anno*

possibile, la salute. Ma è sempre lui che cerca noi, il nostro aiuto. E chi non arriva a noi? O peggio chi non può arrivare a noi? Chi non sa come arrivare a noi? A chi gli è negato? E come arrivare a chi soffre non per gravi malattie ma per gravissime patologie sociali, conseguenza dello stile di vita di una società cosiddetta civile ma che troppo spesso spinge all'indifferenza, se non al disprezzo, all'abbandono e condanna alla solitudine che spesso uccide più di una spada? E che dire di chi subisce la barbarie di una guerra senza senso, di una violenza sempre più gratuita, delle angosce del più forte? Oggi ne restano coinvolti persino quelle che una volta chiamavamo "anime innocenti" perché bambini; oggi abbiamo fatto sì che persino queste anime innocenti uccidano!

Il nostro cammino fortunatamente è profondamente segnato da una storia di carità operosa. Religiosi, consacrati, sacerdoti e laici, animati da diversi carismi, hanno dato vita a istituzioni di grande rilevanza che a tutt'oggi costituiscono, anche dal punto di vista sociale e civile, una testimonianza straordinaria di attenzione alle persone bisognose di cura. Queste realtà si collocano oggi in una società italiana che ha visto una impressionante evoluzione nell'ambito della sanità, considerando i nuovi paradigmi dello scenario socioculturale e istituzionale. Ci troviamo di fronte ad una nuova antropologia della salute e della malattia, a nuove forme di fragilità che investono stili di vita sempre in pericolosa evoluzione per la costante ricerca di paradisi artificiali e artificiosi, stiamo tornando all'affermazione del superuo-

mo di nietscheiana (nicians) memoria che ha il diritto di schiacciare il più debole, alla troglodita violenza sulle donne, costante oggetto di sottomissione forzata, alla vigliaccheria della schiavitù, alla delittuosa costrizione alla prostituzione minorile e non, all'ormai incontrollabile invasione della droga. Tutti comportamenti che ingenerano sofferenza e che ormai non hanno più fissa dimora.

E allora luoghi della sofferenza diventano non più soltanto le corsie di un istituto di cura ma lo diventa la scuola, laddove il bullismo è diventato fenomeno incontrastato che assume forme sempre nuove e direi più nefastamente evolute; luoghi di sofferenza diventano le famiglie, o ciò che resta di loro, le prime a soffrire per quanto le incancrenisce quando l'amore viene meno e regna l'egoismo anche al di là dell'amore e della comprensione dovuta ai figli, o quando la pietas perde il suo senso e il suo valore e l'anziano non autosufficiente e malandato diventa scomodo e dunque da abbandonare; luogo di sofferenza diventa la carrozzina quando non trova nessuno disposto a spingerla in avanti o ad aiutarla a superare l'ignobile ostacolo frapposto alla sua libertà di andare comunque avanti; luogo di sofferenza diventa la strada con i suoi letti di cartone carichi di sofferenza vera, fisica certamente ma anche e soprattutto spirituale; luoghi di sofferenza diventano i barconi che solcano il mare

con il loro carico di disperazione in viaggio verso l'incognito, spesso nemico e violento; luoghi di sofferenza diventano le carceri dove il rimorso macera l'anima quando non lascia spazio al livore e all'odio indomabile. Malattie lunghe, a volte irreversibili, spesso inguaribili, certamente degenerative e alcune destinate a diventare croniche.

Pensando a tutti questi luoghi di sofferenza ho colto fino in fondo la forza del grido disperato di Papa Francesco dalle pagine della Evangelii gaudium: "Preferisco una Chiesa accidentata, ferita e sporca per essere uscita per le strade, piuttosto che una Chiesa malata per la chiusura e la comodità di aggrapparsi alle proprie sicurezze. Non voglio una Chiesa preoccupata di essere il centro e che finisce rinchiusa in un groviglio di ossessioni e di procedimenti. Se qualche cosa deve santamente inquietarci e preoccupare la nostra coscienza è che tanti nostri fratelli vivono senza la forza, la luce e la consolazione dell'amicizia con Gesù, senza una comunità di fede che li accolga".

Ecco allora il nocciolo della nostra questione: siamo, noi tutti, noi istituzioni cattoliche di qualsiasi rango e tipologia, una comunità di fede, cioè una comunità aperta? Una comunità nella quale si accoglie e si cerca di sanare, o almeno condividere, la sofferenza altrui? È un discorso che si allarga evidentemente al territorio, cioè a quella fetta del popolo di Dio affi-

data alle nostre cure, alle cure della parrocchia, dell'oratorio, del centro di ascolto, della Caritas e alle tante organizzazioni di ispirazione cattolica che si concentrano in un determinato territorio per esprimere la loro idea di carità e di testimonianza cristiana. Bisogna insomma costruire una vera e propria rete di solidarietà cattolica che funzioni come un cammino sempre aperto, lungo il quale si trovino a passare ogni istante dei Buoni Samaritani, pronti a caricarsi sulle spalle l'uomo sofferente disteso sul ciglio della strada, per portarlo laddove possa trovare assistenza e cure amorose. La sofferenza di uno, qualunque essa sia, deve diventare "notizia" per la comunità affinché sia essa stessa in grado di mettere in campo tutte le sue energie per soccorrere chi ha bisogno. Io vedo proprio nella parrocchia il centro di smistamento di questa catena integrata di solidarietà. È nelle sue corde e può farlo. Se c'è bisogno di aiuto e di collaborazione che tutti siano pronti a scendere in campo.

Le strutture sanitarie religiose non intendono certo arroccarsi in un servizio al loro interno, ma guardano proprio al territorio per portare, in un rinnovato rapporto con il malato, quella "hospitalitas" e quella "compassione" che caratterizzano il loro servizio e la loro identità cristiana nel mondo della sanità.

È certo importante che le nostre istituzioni sanitarie coltivino un nesso costante con la co-

munità cristiana. Esse del resto ritrovano proprio in questa comunità le loro radici. Ma è altrettanto importante che anche le nostre Chiese sentano questi enti come realtà espressive della carità cristiana. I fedeli le devono sentire come "proprie" queste opere, perfettamente integrate nella missione ecclesiale di portare al mondo l'annuncio del Vangelo. Per questo la Chiesa non potrà mai rinunciare a proporre presenze significative nel sistema salute del Paese.

Continuiamo pure a puntare sulla competenza, sulla professionalità, sulla formazione, sull'aggiornamento costante, sull'impegno nel servizio, sulla motivazione del personale... ma se viene a mancare quel valore aggiunto che si chiama consapevolezza dei nostri saldi valori evangelici difficilmente riusciremo a presentarci come una eccellente rete alternativa di assistenza all'uomo malato. Quante volte nei nostri incontri gonfiamo il petto sventolando la bandiera della "nostra identità". Ma restano belle parole. È giunto il momento di chiederci quanto crediamo noi stessi a questa "nostra identità" e quanto siamo disposti a fare per difenderla senza continuare a sacrificarla sull'altare dell'autoreferenzialità. Siamo realmente animati da valori condivisi, quelli che abbiamo ereditato dai nostri Fondatori e Fondatrici e che, in origine, hanno costituito l'anima delle nostre strutture? Vogliamo veramente fare re-



te, rinunciando magari a interessi di parte per favorire il bene comune? E anziché continuare a puntare su rivendicazioni varie non sarebbe forse il caso di rimboccarci le maniche e intraprendere strade nuove? L'Associazione ha tutte le buone intenzioni necessarie per affrontare la via del rinnovamento. Ma, come insegna il detto popolare, con le sole buone intenzioni non si va da nessuna parte; quindi rimbocchiamoci le maniche e andiamo avanti.

Per questo motivo abbiamo deciso avviare un nuovo percorso che proceda lungo quattro direttrici. **Continuare a difendere la scelta di costituirsi non profit.** Una scelta che si perpetua nel tempo per sostenere e far crescere la consapevolezza del senso profondo del non profit sanitario, la consapevolezza di rappresentare una ricchezza di disponibilità e di

apertura verso la fragilità dell'uomo quando essa si manifesta nella malattia, e prendersene cura al di là di ogni dura legge di mercato. **Puntare ad una managerialità rigorosa ma al contempo generosa.** Un aspetto, quello della managerialità, più volte finito sotto la lente di chi è chiamato a gestire, se non addirittura a prevenire, la crisi che purtroppo sempre più spesso colpisce strutture gestite da enti e congregazioni religiose. I dati più recenti dicono che in pochi anni queste strutture dal rappresentare più del 10% dell'intero servizio ai malati sono scese quest'anno ad una rappresentatività poco superiore al 5%. Uno sgretolamento lento ma costante, al quale bisogna porre un freno. Indubbiamente la crisi vocazionale che ci attanaglia, costringe le Congregazioni e gli enti religiosi a guardare fuori casa nella



ricerca di manager validi, pronti a condividere i nostri carismi, capaci di cogliere tutte le occasioni per coniugare concretamente spirito di servizio e orientamento al bene comune, rimanendo coerenti con l'orientamento "pubblicistico" della maggior parte delle strutture Associate. Una scelta non sempre facile, ma sulla quale sarà necessario concentrarsi sempre di più, garantendo figure professionali di ottima formazione ed in linea con l'eticità e la moralità proprie della nostra identità cristiana. **Corresponsabilità.** La Chiesa è un fiume che scorre, la cui portata è costituita dai tanti rivoli che l'alimentano, unendosi alla sua acqua chiara che corre verso il mare. Più sono i rivoli che affluiscono più è rigogliosa la portata e più frutti è in grado di generare lungo il suo percorso. Questa è la corresponsabilità: unire le nostre seppur diverse responsabilità per l'unica finalità del bene comune. È il mio sogno di sempre: vedere le strutture associate stringersi

sempre di più per portare frutti abbondanti. Dunque **Accrescere il senso di appartenenza.** È un aspetto che all'interno della nostra associazione deve svilupparsi sempre di più. Vedo qui alcuni dei nostri Superiori e delle nostre Superiori maggiori, il Vicario Generale dei Camilliani Padre Gianfranco Lunardon, il Superiore Provinciale dei Fetebenefratelli della Provincia Romana fra Luigi Gagliardotto, li ringrazio per la loro presenza responsabile. I nostri Superiori sono coloro i quali il nuovo Statuto dell'ARIS, approvato dalla CEI, indica come la "Consulta dei Superiori Maggiori". Da loro ci aspettiamo sempre vicinanza, indicazioni. Ma soprattutto ci attendiamo aiuto e comprensione nella consapevolezza che la nostra è anche, e prima di tutto, la loro missione. Una cosa è certa: noi ci siamo e vogliamo esserci, anche se c'è chi vorrebbe che non ci fossimo. Ce lo impone la nostra fede nel Cristo Risorto.

Curiamo i rischi della Sanità

European Brokers è uno dei principali broker assicurativi italiani ed opera in 132 paesi nel Mondo. Con la sua Unit dedicata alla sanità, affianca da anni **ARIS** nella consulenza e nella gestione del rischio con **programmi assicurativi mirati alle coperture** della **RC Sanitaria**, del **Cyber Risk**, dei **Rischi Property** e con una importante attività di **Risk Management**

 **+39 0698968360**  **aris@ebrokers.it**

Via Ludovisi, 16 - 00187 Roma - ebrokers.it/aris



L'intervento di Nino Cartabellotta

UN PATTO SOCIALE PER UNA SANITÀ RINNOVATA

TRE PILASTRI PER IL SSN: PUBBLICO,
PRIVATO ACCREDITATO E PRIVATO
ACCREDITATO NON PROFIT

Oggi la vera emergenza del Paese è il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), come evidenziato dal **7° Rapporto GIMBE** (www.rapportogimbe.it). Tra definanziamento cronico, carenze di personale e disuguaglianze regionali, il sistema rischia il collasso, mettendo a repentaglio il diritto alla tutela della salute sancito dalla Costituzione.

Il definanziamento cronico. Dal 2010 al 2024, il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) è aumentato di 28,4 miliardi di euro in termini assoluti, ma questa crescita non è sufficiente per rispondere alle necessità del sistema. Il rapporto spesa sanitaria/PIL, previsto in calo al 6,2% entro il 2027, si conferma ben al di sotto della media OCSE (6,9%). In termini di spesa sanitaria pubblica pro-capite, l'Italia ha accumulato un gap di oltre € 950 pro-capite rispetto alla media europea, per un totale di € 56,2 miliardi

Il peso sulle famiglie. Il progressivo definanziamento ha costretto molte famiglie italiane a coprire privatamente i costi delle prestazioni sa-

nitarie, con una spesa out-of-pocket che ha superato i 40 miliardi di euro nel 2023. Una cifra "arginata" da fenomeni quali la limitazione spese per la salute per 4,2 milioni di famiglie e, soprattutto, la rinuncia alle cure: nel 2023 4,5 milioni di italiani hanno rinunciato a visite o esami, di cui 2,5 milioni per motivi economici, ben 600 mila in più rispetto al 2022. Questa tendenza non solo mina l'universalità del SSN, ma amplifica le disuguaglianze sociali e territoriali.

Personale sanitario: l'indebolimento della colonna portante. Con 4,2 medici ogni 1.000 abitanti, l'Italia supera la media OCSE (3,7), ma pensionamenti anticipati e licenziamenti volontari stanno progressivamente "svuotando" il SSN. Si registrano carenze "selettive" in settori critici, come i medici di emergenza e i medici di famiglia. Ancor più grave è la situazione del personale infermieristico, con appena 6,5 infermieri ogni 1.000 abitanti, un dato ben al di sotto della media OCSE (9,8). A questo si aggiunge una scarsa attrattività della professione: solo 16,4



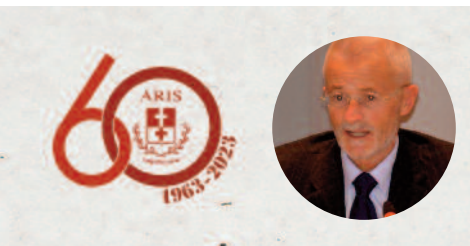
laureati in scienze infermieristiche per 100 mila abitanti contro una media OCSE di 44,9.

La questione meridionale in sanità. Le disuguaglianze regionali si riflettono nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): nel 2022, solo 13 Regioni hanno rispettato gli standard minimi. Tra queste, Puglia e Basilicata sono le uniche del Sud, ma si collocano comunque in fondo alla classifica. La mobilità sanitaria accentua ulteriormente le disuguaglianze regionali: nel 2021, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto “cubano” complessivamente quasi la metà dei crediti della mobilità e il 93,3% del saldo di mobilità attiva, mentre le Regioni con saldo negativo superiore a € 100 milioni sono tutte del Centro-Sud.

Il privato in sanità. Nel contesto del SSN, il termine “privato” viene spesso utilizzato in maniera generica, nonostante l'estrema eterogeneità dei soggetti coinvolti. È necessario anzitutto distinguere tra soggetti privati profit e non-profit, tra cui gli istituti religiosi, e correggere alcune “distorsioni” del privato profit accreditato, ad esempio l'erogazione selettiva di prestazioni.

Inoltre, occorre vigilare sugli investitori privati che, in collaborazione con erogatori non accreditati, perseguono esclusivamente il raggiungimento di profitti e non la tutela di diritti.

Serve un nuovo patto politico e sociale. La Fondazione GIMBE ha aggiornato il proprio Piano di Rilancio del SSN: un programma chiaro articolato in 13 punti che prescrive la “terapia” necessaria a salvare il nostro SSN “malato”. Un piano che ha come bussola l'articolo 32 della Costituzione e il rispetto dei principi fondanti del SSN e mette nero su bianco le azioni indispensabili per potenziarlo con risorse adeguate, riforme coraggiose e una radicale e moderna riorganizzazione. L'attuazione di questo piano non può tuttavia prescindere da un nuovo patto politico e sociale, che superi divisioni ideologiche e avvicendamenti dei Governi, riconoscendo nel SSN un pilastro della nostra democrazia, uno strumento di coesione sociale e un motore per lo sviluppo economico del Paese. Un patto che chiede ai cittadini di diventare utenti informati e responsabili, consapevoli del valore del SSN, e a tutti gli attori della sanità di rinunciare ai privilegi acquisiti per salvaguardare il bene comune.



L'intervento di Giovanni Costantino

COME CAMBIA LA CONTRATTAZIONE NEL SETTORE SANITARIO E SOCIO SANITARIO DEL TERZO MILLENNIO

È opportuno iniziare da una considerazione incontestabile: la contrattazione collettiva della sanità accreditata, pur essendo da sempre improntata a una sostanziale **equiparazione degli operatori privati ai loro colleghi pubblici**, negli ultimi vent'anni ha dovuto più volte trovare soluzioni nuove e innovative, a causa delle difficoltà che ha dovuto affrontare, e oggi si trova di fronte a un bivio.

Prima di esaminare i principali passaggi della recente storia contrattuale dell'Aris e di spendere qualche parola sul futuro, sembra opportuno riepilogare sinteticamente le condizioni di contesto in cui ci si muove, al fine di poter assumere decisioni strategiche consapevoli.

Dalla concorrenza pubblico-privato alla concorrenza tra privati

Nell'assetto originario del SSN (legge 833/1978), **l'esercizio di attività sanitaria da parte di istituzioni di carattere privato era subordinata al rilascio di un'autoriz-**

zazione dell'ente regionale e i rapporti con queste istituzioni sanitarie erano regolati da convenzioni stipulate dalle unità sanitarie locali in conformità a schemi tipo.

In quel sistema il principio di libera scelta della prestazione sanitaria da parte dell'assistito non era assoluto in quanto il **ricovero presso una struttura convenzionata era subordinato all'autorizzazione** della USL.

Il decreto legislativo 502/1992 (art. 8) ha introdotto notevoli novità in materia, **sostituendo il sistema del convenzionamento con quello dell'accreditamento**.

Il **nuovo regime** era inizialmente **improntato alla parificazione e alla concorrenzialità tra strutture pubbliche e strutture private**.

L'assistito, pertanto, doveva avere la **facoltà di libera scelta** delle strutture e dei professionisti accreditati, a condizione che essi (strutture e professionisti) fossero in possesso dei requisiti necessari e avessero accettato il sistema della remunerazione a prestazione.

Già negli anni successivi, però, **questo principio è stato scalfito** da importanti disposizioni di legge.

La legge 549/1995 e la successiva legge 662/1996, infatti, hanno previsto che le **USL**, sulla base di piani preventivi regionali, **dovessero fissare il tetto massimo di spesa sostenibile**, contrattando con le strutture pubbliche e private la quantità presunta e la tipologia delle prestazioni erogabili, anche in prospettiva degli oneri organizzativi e finanziari da sopportare.

Queste condizioni sono state confermate dalla legge 449/1997, la quale ha previsto che sia una **delibera regionale** a ripartire in via preventiva e contestuale tra i soggetti accreditati il volume di prestazioni erogabili in base alla programmazione.

Tali linee di tendenza hanno trovato ulteriore sbocco nel d.lgs. 229/1999, dove è precisato che l'esercizio di attività sanitarie per conto e a carico del servizio sanitario nazionale è subordinato non solo all'autorizzazione e all'accreditamento, ma anche alla stipula di specifici accordi contrattuali.

Lo stesso decreto del 1999 stabilisce, inoltre, che *“la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali”*.

Alla luce di tale evoluzione normativa, emerge come il **principio della programmazione si sia progressivamente imposto e abbia preso il sopravvento su quello della parificazione e concorrenzialità tra strutture pubbliche e strutture private**.

Se poi si guarda alla storia più recente, questa evoluzione è del tutto evidente.

Basti qui citare il famigerato art. 15 del d.l. n. 95/2012 (Spending Review), il quale ha fissato un **tetto alle prestazioni** (di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera) acquistabili dagli enti accreditati. Tale tetto era pari alla spesa consuntiva del 2011 ridotta del 2%.

È stato necessario attendere il 2020 per veder rideterminare tale tetto in misura pari al 100% della spesa consuntiva del 2011. Solo la legge di Bilancio 2024, infine, ha incrementato tale budget di *“1 punto percentuale per l'anno 2024, di 3 punti percentuali per l'anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall'anno 2026, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale”*.

Il tema della concorrenza pubblico-privato è stato quindi gradualmente ridimensionato.

Al suo posto, invece, si è imposto quello di concorrenza tra operatori privati.

Tutto ciò è ancora più evidente se si sposta l'analisi all'anno 2021, quando l'**Autorità garante della concorrenza e del mercato ha evidenziato l'esigenza che il sistema di convenzionamento delle strutture private operi su base selettiva, non discriminatoria, periodica e trasparente, attraverso selezioni periodiche regionali, adeguatamente pubblicizzate, che facciano seguito a verifiche sistematiche degli operatori già convenzionati e alla conseguente eventuale razionalizzazione della rete in convenzionamento**.

L'impulso dell'AGCM è stato recepito dal legislatore con l. 118/2022. Ai sensi della nuova regolamentazione, nel caso di richiesta di accredito di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, le regioni devono tener conto cumulativamente dei seguenti criteri: *“qualità e volumi dei servizi da erogare, risultati dell'attività eventualmente già svolta, esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto conto della programmazione sanitaria e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta”*.

In buona sostanza, quindi, come già osservato da alcune sentenze, le strutture dovranno sottoporsi a **vere e proprie gare pubbliche** (Tar Campania, 633/24).

A questo punto, sembra chiaro il contesto normativo in cui si muove la sanità privata¹. Essa non è più concorrente del SSN pubblico, ma opera:

- 1) nei limiti stabiliti dalla programmazione regionale;
- 2) secondo criteri di concorrenzialità tra privati.

Verrebbe, ovviamente, da domandarsi (ma la domanda è retorica) se il sistema così delineato sia davvero efficace, efficiente e sostenibile.

Il cammino sin qui compiuto dalla contrattazione collettiva

La complessa evoluzione che è stata appena sintetizzata ha avuto un rilevante impatto sulla contrattazione collettiva nazionale.

Storicamente, infatti, l'ARIS sottoscriveva tre ccnl:

- 1) **ccnl del personale non medico;**
- 2) **ccnl del personale medico delle case di cura;**
- 3) **ccnl della dirigenza medica degli ospedali classificati.**

Negli ultimi vent'anni, però, questa tradizionale tripartizione ha subito modifiche rilevanti.

a) Istituzione di nuovi ccnl

Dal 2006, infatti, l'Associazione sottoscrive anche un contratto nazionale per la dirigenza non medica e dal 2012 esiste un ccnl ARIS per il personale dei Centri di riabilitazione e delle RSA.

La prima novità (**ccnl dirigenza non medica**) costituiva un **atto dovuto** allo scopo di consentire la piena equiparazione del personale degli Ospedali Classificati e dei Presidi ai loro colleghi del pubblico impiego.

¹ Il contributo non tiene conto delle iniziative legislative che vorrebbero sospendere le previsioni contenute nella legge Concorrenza 2022. Tali iniziative non erano ancora note in occasione dell'Assemblea ARIS e tuttora sono in fase di discussione.



Il **ccnl Cdr-RSA**, invece, è proprio figlio della complessa evoluzione appena descritta.

Nel 2012, infatti, la situazione dei Centri di Riabilitazione e delle RSA associate era diventata insostenibile.

Queste realtà, pur **applicando all'epoca lo stesso ccnl** per il personale non medico delle strutture ospedaliere, non godevano delle stesse entrate delle strutture di area ospedaliera.

Inoltre, nello stesso settore, i medesimi **sindacati** (CGIL, CISL e UIL) avevano **sottoscritto plurimi ccnl** (Uneba, Agidae, Cooperative Sociali, etc.) a **condizioni** economiche e normative **molto diverse**.

L'ARIS, quindi, ha dovuto attivare un nuovo filone di contrattazione, scorporandolo da quello del ccnl per il personale non medico.

Nel far ciò, tuttavia, si è scelto di **non cambiare interlocutori sindacali**: era, infatti, importante evitare di sottoscrivere un ccnl con soggetti non rappresentativi, allo scopo di **evitare un serio danno all'immagine e credibilità dell'Aris**.

Il risultato si realizzò il 5 dicembre 2012, data che, però, ha segnato una profonda rottura con la CGIL, risanata solo nel 2024 a seguito dell'accordo ponte del 24 gennaio.

Si deve essere molto fieri del ccnl ARIS Cdr-Rsa, il quale è tuttora uno dei migliori contratti del settore sociosanitario sia sul piano economico (grazie al superminimo collettivo e alla retribuzione variabile), sia (soprattutto) per quanto riguarda il trattamento normativo dei lavoratori (che è sostanzialmente sovrapponibile a quello dei dipendenti dell'area ospedaliera, fatto salvo l'orario di lavoro portato a 38 ore).

b) Creazione della dirigenza medica delle strutture sanitarie private

Altra fondamentale novità degli ultimi anni è stata la **introduzione della dirigenza medica** per tutte le strutture sanitarie private associate. Sino al 7 ottobre 2020, infatti, la dirigenza medica era riservata solo agli Ospedali Classificati, ai Presidi e agli IRCCS (già ospedali classificati).

Oggi, invece, tutti i medici della sanità privata ARIS hanno una qualifica dirigenziale.

L'ARIS è l'unica Associazione ad aver fatto ciò. Le altre organizzazioni di categoria, infatti, tuttora inquadrano i medici nel settore impiegatizio.

Ciò:

- da un lato, **consente ai medici di percepire tutta l'importanza del loro ruolo**, senza sentirsi in una posizione minoritaria rispetto ai medici del comparto pubblico.
- dall'altro, l'inquadramento dirigenziale garantisce una **maggiore flessibilità alle Strutture Aris**, in virtù delle caratteristiche proprie della dirigenza (ruolo unico, disciplina degli incarichi, orario di lavoro, tempo determinato, ecc.).

Il ccnl del 2020, oltre che la qualifica dirigenziale, ha consentito, inoltre, significativi incrementi economici ai medici, anche se una comparazione con il pubblico impiego darebbe oggi risultati impietosi.

c) Mancato rinnovo del ccnl per la dirigenza medica degli Ospedali Classificati

La situazione dell'ospitalità classificata merita un capitolo a parte.

Si sa bene, infatti, che questi Ospedali, nati con la cd. Legge Mariotti (l. 132/1968), sono stati per decenni equiparati alle strutture pub-

bliche in quanto *“gli ospedali classificati sono destinatari della programmazione regionale e l'assistenza sanitaria erogata riveste valenza pubblicistica”* (cfr. Regione Veneto, DGR 1049/2001).

Di tali principi si trova traccia anche in sentenze molto recenti. La Cassazione, infatti, con sent. 18267/2024, ha ribadito la posizione di privilegio degli Ospedali Classificati, definiti addirittura come *“consustanziali al sistema sanitario nazionale”*.

Allo stesso tempo, però, si moltiplicano le decisioni che vorrebbero assimilare gli Ospedali classificati a tutte le altre strutture accreditate.

Secondo queste pronunce giurisprudenziali (si veda, da ultimo, Cons. Stato, 8400/2024), **prima** del d.l. 112/2008, spettava agli ospedali classificati la remunerazione delle prestazioni erogate anche **oltre** i volumi predeterminati in sede di programmazione nazionale e regionale, nonché negli accordi contrattuali.

A seguito del citato decreto-legge (art. 79), invece, le **attività** delle strutture equiparate con oneri a carico del SSN sono **esercitate nei limiti stabiliti negli accordi sottoscritti** con le Regioni. Pertanto, la giurisprudenza ha chiarito che gli Ospedali Classificati sono equiparati, ma non totalmente assimilabili alle strutture pubbliche.

Questo è il contesto che ha sinora impedito di

rinnovare il ccnl ARIS-ANMIRS per la dirigenza medica, che da sempre realizza una piena equiparazione tra medici privati e colleghi pubblici.

Per la verità, la delegazione ARIS è giunta, in data 22 luglio 2021, a una **ipotesi di intesa che, però, non è stata ancora ratificata dal Consiglio Nazionale dell'ARIS**.

Il testo, comunque, è stato recepito – con alcune modifiche – da alcuni Ospedali Classificati associati e costituisce un importante punto di riferimento per la contrattazione decentrate degli Istituti.

d) Rinnovo del ccnl per il personale non medico delle strutture di area ospedaliera

Diverso destino, invece, ha avuto il ccnl del comparto non medico, il quale è stato ratificato in data 8 ottobre 2020 alla presenza dell'allora Ministro della Salute on. Speranza.

Il ccnl ha completamente equiparato la retribuzione dei dipendenti delle strutture associate a quella all'epoca prevista dal ccnl pubblico. Si è giunti a questo risultato solo grazie all'intervento (o, per meglio dire, la promessa di intervento) delle Regioni di farsi carico del 50% degli oneri contrattuali.

Purtroppo, quel che rimane da questa promessa largamente disattesa è soltanto l'onere economico che le strutture sanitarie private stan-

no sopportando, continuando ovviamente a riconoscere gli interi incrementi contrattuali; anzi questi incrementi sono già da tempo divenuti insufficienti, visto che i successivi rinnovi del SSN hanno portato i dipendenti della sanità privata a retribuzioni inferiori di circa il 15% di quelle dei dipendenti del servizio sanitario nazionale.

Nonostante la scarsa attuazione del citato impegno, l'assunzione parziale degli oneri da parte delle Regioni ha costituito un **punto di svolta epocale**, in quanto per la prima volta – sebbene ciò dovrebbe costituire la regola, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 8-sexties del d.lgs. 502/1992 – il SSN si è impegnato a contribuire al pagamento degli oneri del personale operante in regime di accreditamento.

Questa appare come l'unica via possibile per giungere in tempi rapidi a un adeguato rinnovo contrattuale. Non è, infatti, ipotizzabile che le strutture continuino a riconoscere incrementi economici senza poter finanziare ciò mediante idonei aumenti delle entrate; ciò porterebbe, evidentemente, ad un collasso del sistema.

Il futuro è un banco di prova.

Non si può concludere l'analisi senza fare un accenno al futuro.

Come visto, le strutture associate hanno fatto grandi sforzi per equiparare quanto più possibile il trattamento dei lavoratori a quello dei

loro colleghi del pubblico impiego.

Ciò sebbene, per quanto detto, la stessa equiparazione non sia affatto riconosciuta alle strutture.

Tuttavia, non si può non notare che i dipendenti della sanità privata scontano, oggi, una significativa disparità di trattamento rispetto ai lavoratori del SSN.

Solo per fare un esempio, un infermiere neoassunto da una **struttura pubblica** ha oggi una RAL di quasi **27.600 euro**, peraltro incrementabile sulla base dell'anzianità di servizio e dell'attribuzione di eventuali incarichi.

Nel settore dell'**ospedale privata**, invece, nel migliore dei casi la RAL iniziale è di circa **25.800 euro**, sostanzialmente immutabile per i primi 15 anni di servizio.

La situazione è ben diversa in Francia, dove un infermiere può arrivare a circa i 34.000 € annui; in Spagna fino a 35.400 € annui; in Germania 41.000 € annui; in Belgio e in Irlanda un infermiere supera i 50.000 € annui.

La situazione non è più rosea se si pensa ai medici.

Il ccnl ARIS-CIMOP, infatti, pur essendo il migliore dei contratti collettivi per i medici privati, non è ormai più comparabile con il ccnl della dirigenza pubblica rinnovato il 23 gennaio 2024. Nel migliore dei casi (medico dirigente

ARIS con anz. < 5 anni), infatti, si riscontra una differenza stipendiale del 26,44%, dato che peggiora drammaticamente con riferimento al personale con incarichi superiori.

Tuttavia, e questo forse non è considerato appieno, tale situazione è vissuta con difficoltà dai datori di lavoro privati, viste le ricadute in termini motivazionali, che hanno un impatto sia sul clima interno delle strutture, sia sul turn-over del personale. Si avverte chiaramente il rischio di perdere le risorse migliori e, quindi, di subire un progressivo peggioramento della qualità dei servizi e del prestigio acquisito.

Il banco di prova dei prossimi tempi sarà, quindi, trovare soluzioni che consentano di riequilibrare questa situazione garantendo però, allo stesso tempo, la sostenibilità delle strutture.

Ovviamente, la pressione dei sindacati è notevole, come testimonia il recente sciopero del comparto del 23 settembre 2024 e l'astensione indetta dalla Cimop per il 4 dicembre 2024². Le organizzazioni sindacali, in questo periodo, si stanno battendo intensamente per giungere alla definizione di nuovi ccnl per tutto il personale (medici e comparto, dell'area ospedaliera e dell'area territoriale).

Non si può certo negare che si tratti di una istanza legittima e comprensibile, visto che non

² Lo sciopero del personale medico della Cimop è stato successivamente differito al 13 dicembre 2024.

solo non si riesce a rispettare le scadenze contrattuali, ma addirittura ci si trova a lavorare per la definizione di ccnl già scaduti da anni. Eppure, anche la situazione delle strutture dovrebbe essere considerata con analoga comprensione, visto che negli ultimi 25 anni, a fronte di finanziamenti sostanzialmente immutati (salvi alcuni piccoli e temporanei riconoscimenti), il settore ha subito un incremento del costo del lavoro pari all'incirca al 50%, accompagnato da un analogo (e, anzi, superiore) incremento del costo di tutti i fattori della produzione.

Le organizzazioni sindacali conoscono bene tale tematica e, tuttavia, oppongono che le strutture sanitarie private devono assumersi il rischio di impresa e non possono “scaricarlo” sui lavoratori.

Si tratta, però, di un ragionamento solo teorico. È astrattamente vero, infatti, che nel libero mercato è onere (e diritto) dell'imprenditore elaborare e attuare proficue strategie aziendali, mentre i lavoratori devono solo pensare a fornire la prestazione lavorativa. Nella realtà, però, quando un'azienda va a gambe all'aria, i lavoratori subiscono gravi pregiudizi e il deterioramento delle condizioni di equilibrio economico-finanziario ricade indirettamente sulle loro spalle.

Se si analizza il settore della sanità accreditata, inoltre, strutture sanitarie e lavoratori sono ancor più su una stessa barca, visto che le strategie imprenditoriali della sanità accreditata so-

no in gran parte definite dai budget regionali, che fissano tetti massimi sempre più spesso insufficienti per consentire una positiva gestione. Come si può ipotizzare, dunque, il rinnovo dei ccnl senza che le strutture private abbiano la possibilità di realizzare l'incremento contestuale dei fatturati?

Si tratta di concetti più volte ribaditi, negli ultimi venti anni, a Ministri, Governatori e Assessori regionali, con risultati in gran parte deludenti.

È per questo che tutti gli operatori della sanità privata, che da troppo tempo aspettano provvedimenti, hanno accolto con molto favore le recenti dichiarazioni del Ministro della Salute Orazio Schillaci, che ha detto quello che tutti i politici sanno bene (anche se, per ragioni ideologiche non dichiarano): «In Italia non possiamo fare a meno della sanità privata accreditata».

Dopo tanti anni di confronti, finalmente forse si inizia a capire che le strutture accreditate svolgono a tutti gli effetti un servizio pubblico.

Si spera, naturalmente, che questi segnali confortanti si traducano in misure concrete. Se, infatti, non si invertirà la rotta, assicurando che strutture pubbliche e private accreditate tornino a operare con regole uniformi e con risorse idonee a coprire il costo dei fattori della produzione, anche sul piano contrattuale occorrerà cambiare modello e non sarà più possibile utilizzare la contrattazione collettiva del SSN come riferimento anche nel settore privato.



ASSEMBLEA GENERALE ARIS

Cosa
potrebbe
diventare
la
tua
ghianda ?



Ottenere il massimo dalla tua azienda è un po' come far crescere una quercia grande e forte da una piccola ghianda. Tutti possono piantare ghiande ma perché proprio la tua potrebbe crescere più forte e più veloce delle altre?

Noi di Poliedros ti aiutiamo a reinventare e riorganizzare il tuo business per raggiungere risultati ancora più importanti e sostenibili.

Ci concentriamo su quello che conta: ciò che determina il tuo successo.

Insieme possiamo sviluppare idee adeguate alle tue esigenze. Idee realizzabili con impatti concreti, fondate su un approccio rigoroso che assicuri lo sviluppo.

Idee di qualità



POLIEDROS®
Management Consulting

MILANO

ROMA

TORINO

VENEZIA

T.02-25061658

info@poliedrosconsulting.com

www.poliedrosconsulting.com



Giubileo 2025 – Il progetto sanità

PRONTI PER ASSISTERE MILIONI DI PELLEGRINI IN ARRIVO



di Orazio La Rocca

Assunzione di nuovo personale, nuovi macchinari, pronto soccorso più efficienti, più accoglienti e potenziati, punti di primo soccorso mobili, ambulanze, auto mediche e l'installazione di 350 defibrillatori che saranno posizionati nelle zone più frequentate di Roma, in particolare nelle aree intorno alle grandi basiliche. È imponente la macchina messa in campo per l'assistenza sanitaria ai milioni di pellegrini che arriveranno nella Capitale per il Giubileo che si aprirà il 24 dicembre. Trentaquattro gli interventi complessivi ideati dalla Regione Lazio per potenziare – in sintonia col Governo, col Campidoglio e con le autorità vaticane – il Servizio sanitario regionale (per un totale di 156 milioni di euro di investimenti, di cui circa la metà – vale a dire 70 milioni – soltanto per Roma). «Il Giubileo 2025 rappresenta un'occasione straordinaria per la nostra Regione. Ci faremo trovare pronti per accogliere al meglio i circa 30 milioni di pellegrini che giungeranno nella Capitale e nelle altre province del Lazio», assicura il presidente della Regione, Francesco Rocca, secondo il quale «il nostro compito è far sì che questo evento così importante possa essere vissuto nel massimo della sicurezza. Insieme al Governo abbiamo lavorato moltissimo per questo».

Qualche esempio concreto

“In vista del Giubileo la Regione Lazio ha investito una somma importante, 156 milioni di euro in 34 interventi, per la riqualificazione di tutte le aree di emergenza, dei pronto soccorso. È una delle grandi sfide, le risorse non sono arrivate tanto tempo fa, è una corsa contro il tempo ma saremo pronti”. Ad annunciarlo in anteprima è stato lo stesso presidente della Regione Lazio Francesco Rocca in un’intervista a Gerardo D’Amico per il programma *“Basta la salute”*, su Rainews24. Tra gli interventi più attesi, l’ospedale Santo Spirito, che “sarà il cuore, a due passi da piazza San Pietro, una delle strutture più esposte dove si sta facendo sia un intervento per la sicurezza sismica, che per l’ammodernamento tecnologico” con strutture d’avanguardia per il ricovero, la cura e l’assistenza. Ci sarà inoltre “un rafforzamento di tutti i presidi territoriali. Per dare sicurezza non soltanto ai pellegrini che verranno in visita, ma per rappresentare un miglioramento corale della sanità a Roma e nel Lazio”, la precisazione di Rocca.

Gli interventi

La maggior parte delle opere sanitarie in chiave giubilare, stando alla parola d’ordine della Regione Lazio e del Campidoglio sotto

l’occhio vigile della Santa Sede, vedono la luce, cioè consegnate, collaudate e inaugurate ufficialmente prima della fine del mese di dicembre (fatta eccezione per alcuni lavori per alcuni presidi che verranno attivati tra febbraio e luglio del 2025). Tra i lavori più attesi indubbiamente ci sono la ristrutturazione del blocco operatorio e del pronto soccorso del Santo Spirito, il presidio sanitario più vicino alla basilica di San Pietro, vale a dire la meta sacra che vedrà la più massiccia presenza di pellegrini per tutto l’Anno Santo. E l’ampliamento del blocco operatorio e del pronto soccorso del San Filippo Neri. Il Sant’Eugenio, invece, avrà un’altra sala di radiologia interventistica. Nuovi impianti e attrezzature d’avanguardia, come Tac e risonanze magnetiche, angiografi ed ecografi arriveranno al Pertini. Senza, tuttavia, trascurare le istituzioni socio-sanitarie dell’entroterra romano, come, ad esempio, il Grassi di Ostia, il San Paolo di Civita-vecchia e gli ospedali di Bracciano, Tivoli, Monterotondo, Subiaco, Colleferro, Palestrina, Anzio-Nettuno, Velletri, Frascati. Come pure per le strutture sanitarie delle altre quattro province laziali, Latina, Frosinone, Rieti e Viterbo. «Nuovi percorsi, apparecchiature all’avanguardia e rafforzamento del personale sono i punti fondamentali su

cui ci siamo mossi – spiegano i vertici della Regione Lazio - riportando al centro di qualsiasi intervento sanitario concepito per l'assistenza ai pellegrini nel corso dei dodici mesi dell'Anno Santo del 2025 la programmazione, censendo correttamente le esigenze di ogni diverso territorio e intervenendo di conseguenza».

Il personale

Potenziata in maniera decisa anche la dotazione organica delle risorse umane sanitarie, sottodimensionata – tengono a puntualizzare i responsabili socio-sanitari regionali - dopo anni di blocco del *turn over* dovuto al rigido piano di rientro a cui il Lazio è stato sottoposto, come del resto hanno dovuto fare anche le altre regioni italiane: oltre mille le assunzioni, solo per il Giubileo, tra medici, infermieri e tecnici. Nel dettaglio, sia nella Asl Roma 1 che nella Roma 3 ce saranno 76, 112 nella Roma 2. Settanta al San Giovanni, 102 al San Camillo, 141 al Policlinico Umberto I, 50 al Sant'Andrea e 72 a Tor Vergata. Trecento cinquanta poi gli arrivi all'Ares 118: 150 infermieri, 100 autisti e altrettanti barellieri. Sul territorio entreranno in servizio altre 127 ambulanze e 25 automediche, oltre alle squadre a piedi che gestiranno i piani di protezione sa-

nitaria dei singoli eventi previsti nel programma giubilare. Per tutto l'Anno Santo, inoltre, verrà aumentato il personale della Centrale Operativa di Roma e verrà attivato il Nea 116117, il numero europeo (multilingue) per l'accesso alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità. Roma poi sarà «cardioprotetta» da 350 defibrillatori, concepiti e distribuiti su quelle aree su cui incideranno maggiormente i percorsi giubilarli come una barriera protettiva pronta ad intervenire in casi di urgenza. «Oltre alla funzionalità, all'efficienza degli spazi e alla dotazione di tecnologie sanitarie di ultima generazione, è essenziale garantire un'adeguata presenza del personale sanitario, per il quale, conclude il presidente della Regione Lazio, «è stato varato il piano di assunzioni più consistente degli ultimi vent'anni: circa 14 mila, per un investimento complessivo di oltre 661 milioni di euro. Una scommessa sul futuro e un'operazione che resterà nel tempo, come patrimonio dei cittadini laziali, ben oltre il Giubileo». Uno sforzo organizzativo sul piano socio-sanitario a cui le autorità religiose - Santa Sede e Vicariato di Roma in testa - ha già assicurato la loro compiaciuta «benedizione».

GLI OSPEDALI DI ROMA: STORIA DI CARITÀ, MATTONI, ARTE E GUARIGIONE



di Giordana Bruzzano

Con l'avvicinarsi del Giubileo del 2025, Roma si prepara ad accogliere milioni di pellegrini da tutto il mondo, e gli ospedali della capitale si troveranno a giocare un ruolo cruciale. Quest'evento rappresenta tra l'altro un'opportunità per migliorare non solo la rete di accoglienza cittadina, ma anche le strutture sanitarie che potrebbero dover affrontare un grande afflusso di persone.

Accanto ai miglioramenti infrastrutturali a lungo termine, il Giubileo diventa anche un'occasione per potenziare i servizi di primo soccorso, in collaborazione con la Protezione Civile, e mettere in campo tecnologie innovative per la gestione delle emergenze.

Come tutto ciò che riguarda la capitale, anche questo aspetto particolare che riguarderà l'evento giubilare, si ammantava di quel misterioso fascino che solo una storia gloriosa e millenaria può riservare. Saremo infatti chiamati

a vivere l'incontro sul terreno fra passato, presente e futuro. Anche gli ospedali a Roma parlano di una storia millenaria, impastata di cristianesimo operante.

I più antichi ospedali capitolini infatti possiedono un valore aggiunto: affondano le radici nella Cristianità. Il concetto stesso di "ospedale" nasce dall'idea di accoglienza, sull'esempio del "Buon Samaritano". La parola deriva infatti da "hospes", ovvero "ospite", sottolineando un ruolo che, in origine, era più legato all'ospitalità che alla cura. Una particolarità che ancora oggi caratterizza gli ospedali romani.

Nella tradizione Cristiana molti di questi primi "ospedali" sorgevano vicino a chiese e monasteri, dove si pregava rivolgendosi a santi protettori, come Cosma e Damiano, invocati per la guarigione. In questo contesto, la tradizione medica greco-romana sopravvisse grazie alla conservazione dei testi nei monasteri, dove ini-



ziò a prendere forma una conoscenza più sistematica e organizzata della medicina, che gettò le basi per l'assistenza sanitaria futura.

Anche se i suoi inizi sono avvolti nella leggenda, si dice che l'ospedale sull'Isola Tiberina sia uno dei più antichi di Roma. L'isola si forma, secondo la tradizione, nel 509 a.C., quando i romani, liberandosi dalla monarchia di Tarquinio il Superbo, saccheggiarono Campo Marzio e rovesciarono grandi covoni di grano nel Tevere. Questo cumulo, ricoperto da detriti, avrebbe dato vita all'isola.

Nel 291 a.C., una grave pestilenza spinse i romani a inviare una delegazione in Grecia per invocare Esculapio, dio della medicina. Il suo simbolo, un serpente, salì sulla nave romana e, una volta risalito il Tevere, si rifugiò proprio sull'isola, segnando così il luogo per il futuro tempio. Da allora, l'Isola Tiberina divenne luogo sacro alla cura e alla guarigione, dove

sorgeva un santuario sul modello greco, destinato a ospitare malati e pellegrini in cerca di cure divine.

L'attuale ospedale, il San Giovanni Calibita – oggi Isola Gemelli –, nasce nel 1584 sotto la gestione dei Fatebenefratelli, dediti alla cura dei malati con i valori di umanità e ospitalità. L'ospedale ha subito varie trasformazioni, specialmente dopo la Riforma Sanitaria, ampliando i servizi e diventando un punto di riferimento sanitario per Roma.

Nel 2022, grazie alla Fondazione per la Sanità Cattolica e alla collaborazione con la Fondazione Policlinico Gemelli, l'ospedale ha intrapreso un nuovo capitolo come Gemelli Isola. Questo rilancio intende unire tradizione e innovazione, valorizzando l'ospedale come polo di eccellenza per la cura, la ricerca e la formazione. Ciò lo rende un luogo di assistenza avanzata.



L'ospedale Santo Spirito in Sassia ha anch'esso origini antiche, risalgono al 727 d.C. Fu fondato per volontà del re dei Sassoni come luogo per accogliere i pellegrini giunti a Roma per visitare la tomba di San Pietro. L'ospedale sorse su una villa imperiale romana, e ancora oggi sotto l'edificio si possono ammirare resti antichi: pareti, mosaici, sculture e affreschi che raccontano una storia secolare.

Divenne presto un punto di riferimento per l'assistenza ai malati e agli infanti abbandonati, come testimonia la famosa "Ruota degli Esposti". Durante il Medioevo, Papa Innocenzo III ne ordinò la ricostruzione. Tuttavia, negli anni successivi, incendi e saccheggi ne compromisero gravemente la stabilità.

Circa un secolo dopo, nel 1475, Papa Sisto IV della Rovere intervenne per restaurare e ampliare l'ospedale. Vennero aggiunti due edifici per ospitare i religiosi al servizio della struttura, separando le aree destinate ai frati e alle suore. Nascono così le celebri "Corsie Sistine", impreziosite da

affreschi raffiguranti la storia dell'ospedale e la vita del Papa stesso, commissionati dal pontefice ai discepoli di grandi maestri come Melozzo da Forlì, Ghirlandaio, Pinturicchio e Antoniazzo Romano.

Al centro delle Corsie si erge un tiburio sormontato da una torre ottagonale, ornata da statue di santi e profeti, e un raffinato ciborio attribuito ad Andrea Palladio, l'unica opera superstite del celebre architetto rinascimentale a Roma. Un'altra testimonianza di bellezza artistica è il portale marmoreo "del Paradiso", opera di Andrea Bregno, che introduceva alle immense Corsie Sistine, quasi a simboleggiare l'ingresso in un luogo di cura e misericordia.

Nel Cinquecento, sotto Papa Pio V, l'ospedale fu ulteriormente ampliato con il Palazzo del Commendatore. Al centro, si trovava una fontana donata da Papa Alessandro VII e un orologio a sei ore voluto dal commendatore Ludovico Gazzoli, che divenne un simbolo di innovazione e cura. Al suo interno, l'antica Spezieria rappresentava un



vero e proprio laboratorio di farmacie, di cui oggi restano testimonianza attraverso una collezione di antichi vasi e mortai.

Nel Settecento, sotto il pontificato di Clemente XI, il dottore Giovanni Maria Lancisi, celebre medico e archiatra pontificio, fece costruire una biblioteca destinata alla formazione dei giovani medici e tirocinanti. Papa Alessandro VII contribuì ulteriormente con la realizzazione della Sala ospedaliera Alessandrina, che oggi ospita il Museo di Storia dell'Arte Sanitaria, dove si possono ammirare strumenti e testimonianze di un'epoca passata.

Santo Spirito in Sassia non è solo un ospedale, ma un pezzo di storia romana che, tra ampliamenti e trasformazioni, ha saputo mantenere viva la sua essenza di luogo di cura e accoglienza per secoli.

Altro esempio di ospedale-monumento a Roma è l'Azienda Ospedaliera San Giovanni

Addolorata. La sua origine risale al 626 d.C., quando Papa Onorio I trasformò la sua dimora in una chiesa. Successivamente, nel 1216, il cardinale Giovanni Colonna fondò nei pressi un ospizio per pellegrini, segnando l'inizio della lunga vocazione assistenziale del luogo.

Nel corso dei secoli, l'ospedale ha vissuto momenti di crescita e difficoltà, subendo varie riorganizzazioni fino al ritorno dei papi da Avignone, che riportarono stabilità e nuove riforme. Rimasto legato al Vaticano fino all'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale, l'edificio fu poi modernizzato nel dopoguerra, con i nuovi padiglioni inaugurati nel 1958. Oggi, l'ospedale si estende su un ampio isolato e comprende diverse strutture.

Dal 2022, grazie all'Associazione Culturale Ospedali Storici Italiani (ACOSI), sono state avviate visite guidate per cittadini e gruppi privati, con lo scopo di valorizzare il suo patrimonio storico e culturale. I percorsi propo-

sti includono uno archeologico, che esplora reperti e strutture antiche risalenti al I secolo a.C., e uno storico-artistico che svela le opere d'arte e l'evoluzione architettonica dell'ospedale attraverso i secoli.

La storia dell'Ospedale San Giovanni Addolorata non è solo quella di un presidio sanitario, ma di un vero e proprio palinsesto storico-artistico, che abbraccia epoche diverse, dall'età repubblicana romana fino agli interventi di recupero più recenti, realizzati per il Giubileo del 2000. Un luogo che continua a testimoniare il profondo legame tra Roma e i suoi spazi di cura.

Dal XVII secolo l'architettura ospedaliera romana ha saputo rispondere alle esigenze sanitarie con edifici progettati per favorire luce e ventilazione, elementi essenziali per prevenire le epidemie. Un esempio significativo è l'Ospedale dedicato a San Filippo Neri, personaggio noto per il suo impegno verso i poveri e i malati.

Negli ultimi anni, il San Filippo Neri ha adottato un approccio contemporaneo, attento all'efficienza energetica, alla sicurezza e al comfort dei pazienti. Le recenti ristrutturazioni hanno migliorato l'accessibilità, creato spazi verdi e isolato acusticamente l'ospedale, rendendolo un esempio di come l'architettura sanitaria possa evolvere in armonia con le esigenze della comunità.

Il barocco ha lasciato un'impronta profonda nell'architettura ospedaliera romana, come dimostra l'Ospedale di San Gallicano, commissionato da Papa Benedetto XIII nel 1724 per curare i malati della pelle.

La struttura si distingue per la sua linearità e simmetria, caratteristiche che mettono in risalto una progettazione accurata e funzionale. Vennero utilizzati materiali semplici, come stucchi e intonaci, scelti su richiesta del pontefice. Le corsie di degenza sono disposte in modo da permettere una distribuzione razionale degli spazi e l'accesso alla luce naturale. Al centro del complesso, un ampio giardino fungeva da spazio di ristoro e luogo di rigenerazione, mentre la piccola chiesa a





pianta centrale, rifletteva l'importanza di coniugare cura fisica e spirituale.

Gli architetti barocchi erano infatti consapevoli dell'importanza dell'ambiente nella guarigione, anticipando così alcune idee dell'architettura contemporanea.

Con il Policlinico Umberto I, costruito alla fine dell'Ottocento, Roma compie un salto verso l'architettura sanitaria moderna. La posa della prima pietra fu fatta alla presenza dei Sovrani d'Italia. Tuttavia, i lavori si protrassero per anni a causa di difficoltà economiche e si conclusero solo nel 1903.

Il progetto prevedeva sei padiglioni disposti attorno all'imponente palazzo centrale dell'Amministrazione, un'innovazione per l'epoca. Questa configurazione mirava a separare i pazienti in base a criteri come tipo di malattia, età e sesso, con percorsi ben definiti e collegamenti tra i padiglioni tramite pensiline aperte o chiuse. Si voleva garantire ordine e igiene, considerati ele-

menti fondamentali per una buona sanità.

Uno degli aspetti distintivi del Policlinico Umberto I era la sua posizione: situato a circa 52 metri sul livello del mare e isolato dal centro città, offriva ai pazienti aria fresca e spazi verdi, con viali alberati dove era possibile passeggiare e rigenerarsi. L'Umberto I poteva ospitare fino a 1.200 pazienti, un numero significativamente superiore rispetto agli ospedali più antichi della città.

Oggi, il Policlinico è parte integrante del tessuto urbano di Roma, trovandosi vicino alla stazione Termini. Nel corso degli anni, il complesso è cresciuto fino a comprendere 46 edifici all'interno delle mura originarie, oltre a 8 strutture esterne. È diventato uno dei poli sanitari più importanti non solo di Roma ma di tutta Italia, con un vasto dipartimento di emergenza e urgenza attivo 24 ore su 24 e reparti di alta specializzazione per il trattamento di patologie complesse e rare. Al suo interno si formano anche i futuri medici dell'Università Sapienza di Roma, rafforzando così il legame tra didattica e assistenza sanitaria.

Una curiosità storica: nel 1839, durante i lavori nell'area del Policlinico, fu scoperto un anti-



co sepolcro contenente un sarcofago decorato con l'immagine della testa della Medusa, che oggi è diventata il simbolo grafico dell'ospedale. Il sarcofago è attualmente esposto ai Musei Lateranensi.

Negli ultimi decenni, la progettazione ospedaliera ha abbandonato l'approccio puramente funzionale, per orientarsi sempre più verso la sostenibilità ambientale e il comfort dei pazienti. Un punto di svolta è stato segnato nel 1948 con l'istituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che ha iniziato a promuovere l'umanizzazione degli spazi ospedalieri. Gli architetti hanno iniziato a dare importanza a elementi come i colori, l'illuminazione e il riscaldamento, consapevoli che un ambiente accogliente e confortevole può contribuire a ridurre lo stress e l'ansia dei pazienti.

La progettazione di un ospedale moderno rappresenta un processo estremamente complesso, che richiede una pianificazione attenta e rigorosa. Gli edifici devono rispettare numerose normative in materia di urbanistica, accessibilità e sicurezza, oltre a garantire un'alta qualità progettuale. I materiali scelti devono essere resistenti all'usura e facili da pulire, riducendo

al minimo la manutenzione. Non può essere tralasciata la flessibilità, fondamentale per adattarsi ai rapidi cambiamenti tecnologici nel settore sanitario.

Numerosi studi hanno dimostrato che l'esposizione alla luce naturale può accelerare la guarigione e migliorare il sonno dei pazienti. Per questo motivo, i progettisti mirano a massimizzare l'ingresso di luce negli edifici, attraverso ampie finestre e atrii luminosi, che creano un ambiente più positivo e confortevole. Inoltre, integrare spazi aperti e aree verdi all'interno degli ospedali è diventata una pratica comune. Questi luoghi offrono ai pazienti un rifugio tranquillo dove rilassarsi, favorendo il recupero sia fisico che psicologico.

Un racconto a sé merita la storia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Nasce nel 1869, per l'iniziativa generosa della famiglia Salviati. Fino ad allora, in Italia, i bambini erano accolti nelle stesse camerate degli adulti, senza ricevere cure adeguate alla loro età. Fin quando il 19 marzo di quello stesso anno quattro bambine sono ricoverate a Roma nella stanza di

uno stabile in via delle Zoccolette, una strada tra il fiume Tevere e la Torre Argentina. Sono loro le prime pazienti del nascente ospedale. Le accolgono le suore Figlie della Carità di San Vincenzo de' Paoli, alle quali è affidata la gestione della casa. La missione ospedaliera vera e propria è resa in seguito possibile grazie alla Duchessa **Arabella Fitz James Salviati**, che crea le condizioni per la fondazione di un ospedale pediatrico sul modello dell'*Hopital des Enfants Malades* di Parigi. Sostengono la sua iniziativa il marito il Duca Scipione e i suoi figli, che in occasione del suo compleanno le donano un salvadanaio, perché i loro risparmi siano utilizzati per finanziare l'iniziativa. Il piccolo "dindarolo" è conservato in una teca dell'Ospedale per ricordare quel gesto di responsabilità di bambini verso altri bambini.

Nel **1887** la sede dell'Ospedale è trasferita sul colle del Gianicolo a causa del nuovo piano urbanistico che prevede la costruzione degli argini del Tevere per preservare la nuova capitale del regno d'Italia dalle inondazioni. Il comune affida alla duchessa Salviati parte dell'antico convento di Sant'Onofrio. I lavori per adattare gli ambienti dureranno due anni, ma l'attività non sarà mai interrotta. Nella nuova sede l'Ospedale diventa un punto di riferimento per le famiglie romane e nel **1907** è superato il traguardo dei 1000 ricoveri.

Nel 1924 la famiglia Salviati dona l'Ospedale a Papa Pio XI per consegnare il futuro del Bambino Gesù nelle mani dei Pontefici, diventando a tutti gli effetti l'Ospedale del Papa. Si apre una nuova fase: sono costruite diverse

strutture, tra i quali il "padiglione Brady", dedicato ai laboratori di ricerca scientifica per le "malattie dei bambini", il padiglione "SMOM" (Sovrano Militare Ordine di Malta) costruito grazie ai contributi ricevuti da altre nazioni – soprattutto gli Stati Uniti (un'iniziativa di fund raising ante litteram) – e il padiglione Salviati tuttora attivo.

Superate le tribolazioni della seconda guerra mondiale, il Bambino Gesù conosce un importante sviluppo. Sul finire degli anni Settanta è pienamente inserito nel sistema sanitario nazionale e nei decenni successivi si afferma come centro di riferimento anche per la ricerca scientifica. A distanza di oltre un secolo e mezzo dalla nascita oggi è riconosciuto come uno dei poli sanitari pediatrici più importanti a livello internazionale.

La storia dunque ci consegna edifici che sono molto più che semplici luoghi di cura: sono spazi di accoglienza, di speranza e di benessere impreziositi dal genio di un'architettura che si fa così strumento fondamentale per rispondere alle necessità delle persone, in un momento di fragilità, come può esserlo quello della malattia. Un pregio che gli ospedali capitolini conserveranno nel tempo facendo sì che neanche nell'era della più avanzata tecnologia, l'elemento umano continuerà ad essere al centro di ogni progetto di accoglienza, che della cura degli spazi farà un'arte al servizio della salute.

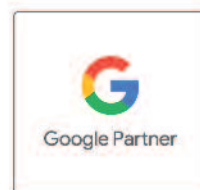


Studio Graffiti

web agency

IL TUO **PARTNER** **DIGITALE** PER IL SETTORE SANITARIO

- + SITI WEB SU MISURA PER IL SETTORE SANITARIO**
Con la nostra esperienza nel settore sanitario, riusciamo a connettere cliniche, case di cura, poliambulatori e professionisti della salute ai propri pazienti, in modo semplice e sicuro
- + SOFTWARE GESTIONALI SU MISURA**
Soluzioni digitali progettate per adattarsi alle esigenze specifiche della sanità, migliorando l'efficienza operativa della tua struttura
- + SEO: FATTI TROVARE SU GOOGLE**
Con strategie SEO mirate, aiutiamo i professionisti e le strutture sanitarie a raggiungere i pazienti giusti, migliorando la visibilità online
- + PRENOTAZIONI ONLINE**
Una soluzione efficace per medici, CUP, cliniche e poliambulatori, che facilita la programmazione delle visite, le agende mediche e l'organizzazione dei pazienti
- + CAMPAGNE ADS SU GOOGLE**
Attrarre nuovi pazienti attraverso campagne mirate su Google. Aumentare la visibilità online e raggiungere chi cerca i servizi sanitari
- + CAMPAGNE SOCIAL**
La soluzione per raggiungere e coinvolgere nuovi pazienti sui social network con campagne mirate, incrementare la visibilità e costruire una relazione di fiducia con i pazienti
- + GRAFICA PERSONALIZZATA**
Contenuti, rafforzando l'immagine e rendendo la comunicazione sanitaria chiara e coinvolgente



INQUADRA IL QR CODE PER
ANDARE SUL NOSTRO SITO
studiograffiti.eu

Ci trovi in via
appia nuova 1240
00178 Roma (RM)

Chiamaci al numero
06.43.68.3328



Scrivici su Whatsapp
375 536 9019



**Chiama ora per la tua
consulenza gratuita**

06.43.68.3328

Seguici sui social





IL PERCORSO DIGITALE PER LE STRUTTURE SANITARIE: PERCHÉ AFFIDARSI A PROFESSIONISTI

Negli ultimi anni il mondo digitale ha trasformato profondamente il settore sanitario, portando innovazione nei processi, migliorando la comunicazione con i pazienti e ottimizzando la gestione delle strutture. Le possibilità della digitalizzazione nel settore sanitario sono molte:

dai siti web responsive, funzionali e sicuri, alla gestione dei dati sensibili, alle prenotazioni online, all'ottimizzazione SEO per rendere più facile, a chi ne ha necessità, trovare le indicazioni che servono.

Certo non è sempre semplice sfruttare appieno



le potenzialità del web, soprattutto per chi ha poca dimestichezza con la tecnologia. È assolutamente importante che una struttura sanitaria non si affidi a soluzioni improvvisate: sarebbe oltretutto rischioso, poiché si potrebbe compromettere la stessa corretta elaborazione dei dati.

Sembra dunque essenziale affidarsi a una squadra di professionisti esperti, capaci di accompagnare le aziende sanitarie nel loro percorso digitale e li aiutino a progettare una strategia digitale mirata e coerente. Il percorso verso la digitalizzazione per una struttura sanitaria, infatti, richiede competenza, professionalità e una visione strategica a lungo termine. Rivolgersi a una web agency esperta, permette di affrontare questo percorso con sicurezza, sapendo di poter contare su un partner affidabile che guiderà l'azienda verso il successo nel mondo digitale. E sono tanti i motivi che indirizzano verso questa scelta.

Iniziamo con l'illustrare il percorso a partire dal sito web. Indubbiamente esso rappresenta

spesso il primo contatto tra il paziente e la struttura di riferimento. Per questo per cliniche, poliambulatori e professionisti sanitari avere un sito web funzionale e sicuro, che rispecchi professionalità, affidabilità e chiarezza, è ormai una priorità. Anche in questo caso, per ottenere i risultati sperati, sarebbe necessario affidarsi a professionisti che però non solo siano esperti nella realizzazione di web esteticamente gradevoli, ma anche e soprattutto in grado di progettare siti che siano rispondenti alla particolarità del soggetto a cui si riferisce e alla materia trattata (la salute dell'uomo), soprattutto per ciò che riguarda la conformità alle normative sulla privacy, come il GDPR.

La visibilità online è essenziale anche per raggiungere nuovi pazienti. Quel che serve però è "arrivare sott'occhio" prima degli altri. E ciò è possibile grazie all'uso dei motori di ricerca. Come è noto ai più esperti, apparire tra i primi risultati nella ricerca di servizi, anche servizi sanitari specifici da parte di un paziente, è molto importante. E ciò accade per un processo di



precedenze conquistate dai diversi motori di ricerca che sono sul mercato. Anche per la soluzione di questo problema è opportuno affidarsi a una web agency esperta, che, oltre a consentire di usufruire di un sito aggiornato con tutte le funzionalità necessarie, (la prenotazione online delle visite, l'integrazione con i sistemi gestionali interni e la possibilità di comunicare efficacemente con i pazienti) aiuti a muoversi con più efficacia all'interno del mondo digitale.

Una strategia SEO efficace infatti richiede competenze tecniche specifiche e una conoscenza approfondita degli algoritmi di Google per essere in grado di pianificare e attuare interventi mirati a migliorare il posizionamento organico del sito e ad aumentare così il flusso di potenziali pazienti.

Accanto all'ottimizzazione SEO, è spesso utile pianificare campagne pubblicitarie online per promuovere i servizi della struttura sanitaria, tipo pacchetti di prevenzione o visite specialistiche, ecc. Anche in questo caso i professionisti del web fanno la differenza: grazie all'ana-

lisi del target e all'utilizzo di strumenti pubblicitari avanzati, è possibile raggiungere il pubblico giusto e ottenere risultati misurabili in termini di acquisizione di nuovi pazienti.

Ma oltre alla comunicazione esterna, un aspetto cruciale per le strutture sanitarie è l'efficienza dei processi interni. La digitalizzazione dei flussi di lavoro, attraverso software gestionali creati su misura, consente di ottimizzare la gestione delle prenotazioni, delle agende mediche e dei pazienti, riducendo i tempi di attesa e migliorando l'organizzazione interna. Anche in questo caso, affidarsi a professionisti della digitalizzazione significa avere a disposizione strumenti efficaci e personalizzati, capaci di migliorare concretamente la gestione quotidiana della struttura.

Per queste ragioni l'ARIS ha deciso di affidarsi allo "Studio Graffiti", una web agency guidata da professionisti seri - ai quali, tra l'altro, dobbiamo il sito ufficiale dell'Associazione - , già sperimentata con soddisfazione da altre strutture Associate.



Ci prendiamo cura dei vostri rischi

Il Gruppo Howden è leader europeo nel brokeraggio assicurativo. In Italia oltre 400 strutture sanitarie si affidano a noi perché sappiamo prenderci cura dei loro rischi. Le affianchiamo nella gestione di qualunque necessità, anche complessa e in situazioni di emergenza, attraverso una consulenza qualificata e soluzioni assicurative su misura.

Howden. Il tuo broker assicurativo

HOWDEN