SANITÀ ARIS

Trimestrale dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Anno III • Numeri 3/4 • Dicembre 2023

UN DONO DA NON DISPERDERE

Anno III Numeri 3/4 • Dicembre 2023 • Poste Italiane SpA • Spedizione in abbonamento postale 70% • DCB Roma

SECRETARIA STATVS

N. 617.521

REV. PADRE VIRGINIO BEBBER
PRESIDENTE A.R.I.S.
LARGO DELLA SANITÀ MILITARE, 60 00184 ROMA

RICORRENDO IL 60° ANNIVERSARIO DI FONDAZIONE DELL'ASSOCIAZIONE RELIGIOSA ISTITUTI SANITARI, IL SOMMO PONTEFICE RIVOLGE IL SUO BENEAUGURANTE SALUTO ED ESPRIME VIVO COMPIACIMENTO PER IL SIGNIFICATIVO EVENTO GIUBILARE, MANIFESTANDO RICONOSCENZA PER LA PREZIOSA OPERA SVOLTA NEL CORSO DI QUESTI ANNI. IL SANTO PADRE ESORTA LE ISTITUZIONI E QUANTI SONO PREPOSTI ALLA TUTELA DEI SOFFERENTI AFFINCHÈ SI SFORZINO SEMPRE PIÙ A PORRE AL CENTRO DEL LORO SERVIZIO LA PERSONA UMANA, DIFENDENDO LA SACRALITÀ E LA DIGNITÀ DELLA VITA, QUALE DONO DI DIO, ACCOMPAGNANDO CON RISPETTO E CRISTIANA CARITÀ COLORO CHE SONO PARTICOLARMENTE VULNERABILI. PAPA FRANCESCO, MENTRE ESORTA AD UN RINNOVATO IMPEGNO PER FAVORIRE UN SERVIZIO SANITARIO ADEGUATO ALLE SFIDE ODIERNE, INCORAGGIA «A RISPONDERE SOPRATTUTTO ALLA DOMANDA DI SALUTE DEI PIÙ POVERI, DEGLI ESCLUSI E DI QUANTI, PER RAGIONI DI CARATTERE ECONOMICO O CULTURALE, VEDONO DISATTESI I LORO BISOGNI.» (*DISCORSO DEL SANTO PADRE FRANCESCO AI MEMBRI A.R.I.S.-13.IV.2023*). CON TALI AUSPICI, SUA SANTITÀ ASSICURA UN RICORDO NELLA PREGHIERA E, PER INTERCESSIONE DI SAN GIUSEPPE MOSCATI, INVIA DI CUORE LA BENEDIZIONE APOSTOLICA, CHE VOLENTIERI ESTENDE AI MALATI, ALLE LORO FAMIGLIE, AI MEDICI, AL PERSONALE SANITARIO, AI VOLONTARI E A CHI SI DEDICA ALL'ASSISTENZA SPIRITUALE.

CARDINALE PIETRO PAROLIN
SEGRETARIO DI STATO DI SUA SANTITÀ

Dal Vaticano, 20 novembre 2023

SEGRETERIA DI STATO
AFFARI GENERALI

Anno III – n. 3-4
Dicembre 2023

Direttore Responsabile:
Virginio Bebber

Redattore Capo:
Mario Ponzi

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

Segretario di Redazione:
Massimo Scafetti

Art:
Angelo De Mattia

Foto:
Archivio ARIS
Cine foto operatore: Marco Ponzi

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 2023

SOMMARIO

5 Intervista al Ministro Schillaci

7 Il sessantesimo Natale della famiglia dell'ARIS
Virginio Bebber

13 La forza di una testimonianza autentica
Don Massimo Angelelli

17 Camminare insieme…
Don Marco Belladelli

IERI

22 I sessant'anni dell'ARIS
Salvino Leone

32 La fantasia della carità
Francesco M. Valiante

36 All'ombra del cupolone
Gianlica Biccini

42 Personaggi che hanno scritto una pagina di storia dell'Associazione
M.P.

44 Fra' Mosè Bonardi
Il primo Presidente dell'ARIS
L.M.

45 Fra' Pierluigi Marchesi. Il pioniere dell'umanizzazione della medicina
L.M.

47 Frà Bassiano Ferrandi
Un raggio di umana sapienza nella storia dell'Associazione
L.M.

49 Padre Umberto
L'indimenticabile "Presidentissimo"
Mario Ponzi

54 Frà Pietro Cicinelli
Il presidente del Terzo Millennio
P.

57 Fratel Mario Bonora
Un tocco di signorilità in casa ARIS
M.P.

60 Padre Pietro Carrazza
Un'anima grande in un grande uomo
G.C.

63 Gianfranco Spagnuolo
Il ragioniere del buon umore
G.C.

65 Josè Parrella
Genio e sregolatezza

67 Annamaria Agostini
La prima "dipendente"
G.C.

69 L'intramontabile calore di un affetto sincero
Raffaele D'Ari

71 Un'esperienza indimenticabile
Gianni Cristofani

73 Da due generazioni al servizio dell'Associazione
Pierluigi e Luigi Corbella

76 Mani che curano, mani che scrivono
Lanfranco Luzi

78 Alle origini di un'avventura divenuta passione
Mario Ponzi

84 Un Viaggio Attraverso Mezzo Secolo di Informazione
Riccardo Alesi

OGGI

91 Una sanità carismatica
Virginio Bebber

95 Alla ricerca di un dialogo costruttivo
Mauro Mattiacci

99 L'unione fa la forza
Giovanni Costantino

103 Le nuove sfide tra passato, presente e futuro
Mario Piccinini

117 Un cammino che viene da lontano
Daniele Piacentini

125 La forza di ideali comuni
Alessandro Triboldi

129 Una componente essenziale dei sistemi sanitari
Francesco Converti

135 Un punto di riferimento per l'assistenza territoriale
Domenico Arena

141 I laici nella gestione dell'ospedalità religiosa
Salvino Leone

DOMANI

151 Una nuova stagione
Virginio Bebber

153 Il miraggio del PNRR
Luigi Corbella

157 E domani?
Gianni Cristofani

Intervista al Ministro Schillaci sul ruolo della sanità religiosa nel futuro del SSN

COME ALLEATI AL SERVIZIO DEI MALATI

Una collaborazione virtuosa tra sanità pubblica e sanità convenzionata; una sanità religiosa considerata come un alleato del servizio pubblico; la necessità del contributo della sanità convenzionata per abbattere, con i tetti di spesa, le liste d'attesa; tavoli di lavoro immediati per il rinnovo dei contratti di CdR ed RsA. C'è anche questo nell'idea di una sanità rinnovata nel pensiero del Ministro della Salute Orazio Schillaci. Ne ha parlato nell'intervista concessa gentilmente alla nostra rivista, condividendo con l'Associazione la celebrazione del sessantesimo anniversario della sua istituzione.

La pandemia Covid -19 ha reso evidente quanto sia necessaria la collaborazione tra sanità pubblica e la sanità privata convenzionata. Ci voleva una tragedia come quella che abbiamo vissuto per sentire finalmente esponenti istituzionali e lei stesso cominciare a considerare l'idea di un SSN strutturato su un mix pubblico/privato convenzionato. È la strada che si intende prendere per assicurare a tutti gli italiani accesso alle cure di cui hanno bisogno?

La pandemia ha dimostrato che una collaborazione virtuosa tra sanità pubblica e privata convenzionata può aumentare la capacità di risposta del Sistema sanitario ai bisogni dei pazienti. Il privato convenzionato è parte integrante del servizio pubblico e come tale vogliamo che contribuisca in pieno a soddisfare la domanda di salute dei cittadini.

Come vede il ruolo della sanità religiosa no profit in questo ipotetico scenario?
Sicuramente come un alleato del servizio pubblico. Lo scenario demografico ed epidemiologico ha cambiato la domanda e l'offerta di salute, con un incremento di domanda di salute da parte soprattutto degli anziani a cui dobbiamo dare risposte con il supporto di tutti gli attori del sistema sanitario.

Gli Ospedali Classificati stanno da tempo attraversando un periodo difficile. Difficile soprattutto perché non gli viene riconosciuta la parità di trattamento, in tutto e per tutto, con gli ospedali pubblici, nonostante sin dalla Legge Mariotti, e tutte le successive in materia di Riforma del SSN, sono stati e sono riconosciuti enti funzionalmente pubblici. Sta di fatto che il Legislatore tuttora distingue il ruolo degli ospedali classificati rispetto agli altri accreditati con finalità di lucro, e li assimila a quelli pubblici. Eppure devono continuare a sottostare a tetti di spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie ambulatoriali e ospedaliere da soggetti privati accreditati, vengono esclusi dal PNRR, da ogni ristoro energetico e da ogni possibilità di aggiornamenti tariffari in base all'aumento dei costi. Perché?
In questo particolare momento storico l'obiettivo a cui tutte le componenti del sistema sanitario devono tendere è quello di dare assistenza tempestiva ed efficace ai cittadini. Con questa finalità, abbiamo previsto nella manovra finanziaria l'aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati. Dobbiamo recuperare prestazioni che a causa della pandemia non sono state erogate. Ora è il tempo di abbattere i tempi di attesa anche con il contributo delle strutture private convenzionate che devono far confluire le agende nei Recup regionali.

Cdr e RSA da tempo chiedono il necessario intervento – peraltro garantito ab origine – dello Stato per rinnovare finalmente il CCNL per i propri dipendenti così come è stato per i colleghi del pubblico, visto che anche il loro lavoro è da considerarsi pubblico a tutti gli effetti stante il convenzionamento.
Credo vada riconosciuto a questo governo di aver accelerato la chiusura di diversi rinnovi contrattuali. Siamo consapevoli del ritardo nel rinnovo per i lavoratori delle Rsa e per questo abbiamo sollecitato l'apertura dei tavoli.

IL SESSANTESIMO NATALE DELLA FAMIGLIA DELL'ARIS

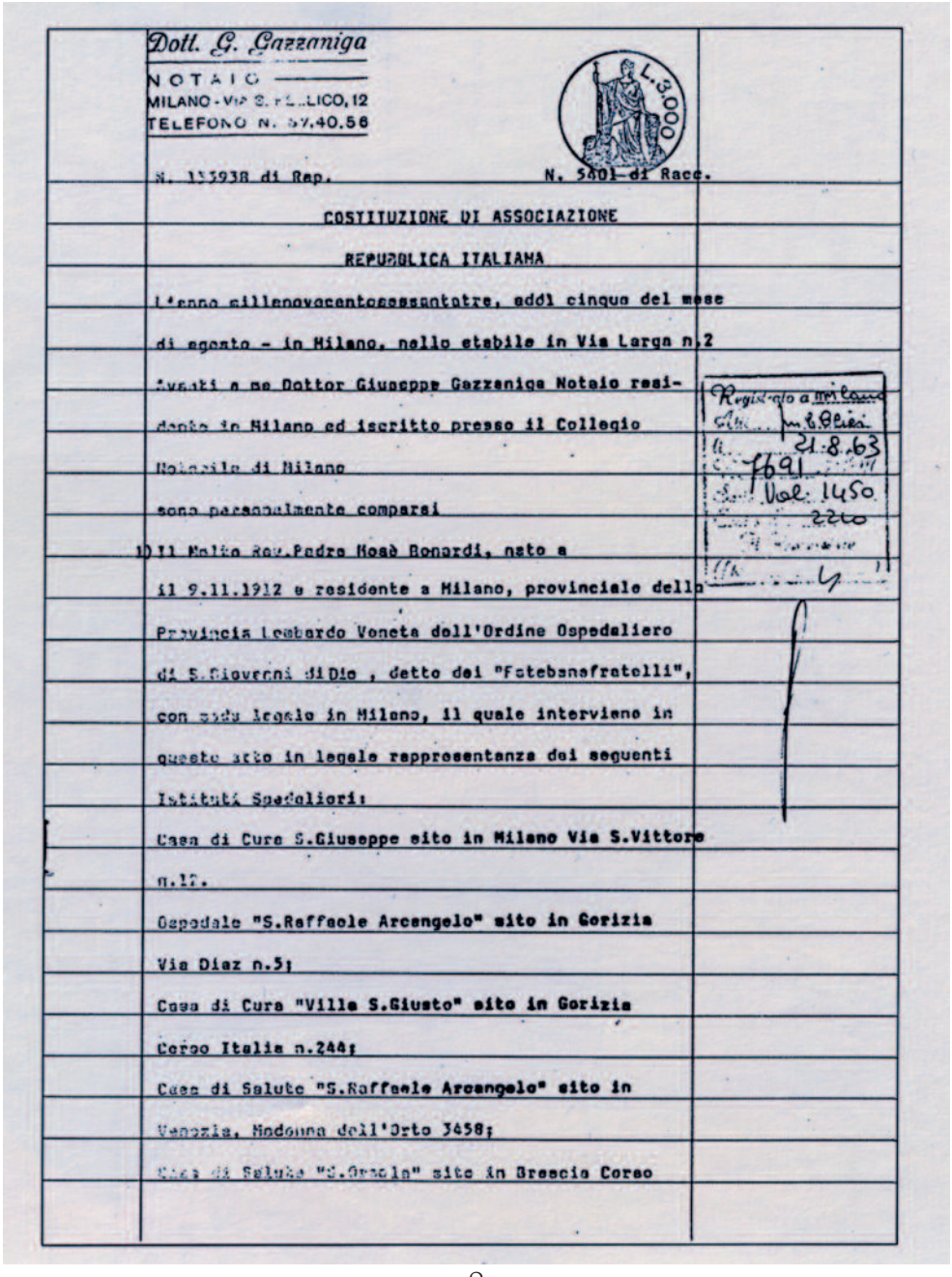
di Virginio Bebber

Celebriamo insieme il sessantesimo Natale nella grande famiglia dell'ARIS. Sono infatti trascorsi sessanta anni da quando, esattamente il 5 agosto del 1963, a Milano in un antico stabile il notaio Giuseppe Cazzaniga notificava la nascita dell'Associazione Religiosa Istituti Spedalieri (dal 1977 Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari).

In realtà l'idea di riunire in un'associazione le istituzioni sanitarie cattoliche covava da anni nell'anima di alcuni esponenti di Ordini e Congregazioni di religiose e di religiosi dedite al servizio ai malati. In effetti agli inizi degli anni sessanta si cominciarono ad avvertire i primi sintomi di importanti mutamenti nel contesto socio-politico del Paese. Mutamenti che portarono ben presto a quel diffuso desiderio di riforme che non mancò di interessare da vicino proprio il sistema sanitario ospedaliero, riconosciuto del tutto inadeguato a rispondere alle necessità crescenti della popolazione.

E dato che, così come l'innegabile riconoscimento della storia certifica, proprio alle opere della Chiesa, almeno nell'Occidente, si devono le prime forme organizzate di assistenza ai malati, così come ai poveri ed ai bisognosi, si cominciava in quegli anni a ragionare proprio su quale ruolo avrebbero dovuto avere le istituzioni sanitarie cattoliche in rapporto alle altre istituzioni sanitarie private e alle stesse istituzioni sanitarie pubbliche. Era dunque necessario che le istituzioni sanitarie cattoliche si preparassero ad affrontare insieme il sicuro processo riformatorio. L'idea di dare vita ad una Associazione rappresentativa fu con-

Atto costitutive dell'Associazione



Dott. G. Gazzaniga
NOTAIO
MILANO - Via S. F[illegible]LICO, 12
TELEFONO N. 87.40.56

L. 3.000

N. 113938 di Rep. N. 5401 di Racc.

COSTITUZIONE DI ASSOCIAZIONE

REPUBBLICA ITALIANA

L'anno millenovecentosessantatre, addì cinque del mese di agosto - in Milano, nello stabile in Via Larga n.2 avanti a me Dottor Giuseppe Gazzaniga Notaio residente in Milano ed iscritto presso il Collegio Notarile di Milano sono personalmente comparsi

1) Il Molto Rev.Padre Mosè Bonardi, nato a il 9.11.1912 e residente a Milano, provinciale della Provincia Lombardo Veneta dell'Ordine Ospedaliero di S.Giovanni di Dio , detto dei "Fatebenefratelli", con sede legale in Milano, il quale interviene in questo atto in legale rappresentanza dei seguenti Istituti Ospedalieri:

Casa di Cura S.Giuseppe sito in Milano Via S.Vittore n.12.

Ospedale "S.Raffaele Arcangelo" sito in Gorizia Via Diaz n.5;

Casa di Cura "Villa S.Giusto" sito in Gorizia Corso Italia n.244;

Casa di Salute "S.Raffaele Arcangelo" sito in Venezia, Madonna dell'Orto 3458;

Casa di Salute "S.Orsola" sito in Brescia Corso

Registrato a Milano
21.8.63
7691
Vol. 1450
2210

cepita da Padre Luigi Marchesi, allora Segretario della Provincia Lombardo-Veneta dei Fatebenefratelli, e da Padre Mosè Bonardi, Superiore della stessa Provincia FBF. Naturalmente furono in tanti a condividere l'idea e a portarla avanti. Ricordiamo tra i tanti P. Francesco Molinari della Congregazione Vaticana per i Religiosi, e Madre Gina Provinciali, allora Superiora delle Piccole Figlie di Parma. Il primo ad assumere l'incarico di Presidente fu Padre Mosè Bonardi il quale guidò l'Associazione dal 1963 al 1967; gli successe Fra' Pierluigi Marchesi negli anni dal 1968 al 1971; quindi fratel 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 fratel Mario Bonora, Figlio di Don Calabria, alla guida dell'Associazione sino al 2017. Ho avuto l'onore e l'onere di raccogliere la loro grande eredità in quell'anno ed ancora oggi ne porto il peso e la gioia della responsabilità.

Panta rei, i paradigmi cambiano. Si adeguano ai mutamenti culturali e normativi. Ma anche alle dinamiche economiche e sociali. Le questioni importanti, invece, quelle che meglio di altre rivelano identità e valori, per fortuna, restano.

Da sessant'anni le nostre strutture socio-sanitarie sono parte istituzionale del sistema sanitario nazionale. In prima linea. E ben prima che le riforme, quelle che si sono succedute e quelle in itinere, recepissero, a beneficio dell'universalismo e della libertà di scelta, come costitutiva ed essenziale per la tenuta del sistema, questa nostra presenza.

Eppure nel corso di questi anni questa nostra presenza ha subito costantemente disparità 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. Il guaio è che ieri, come oggi del resto, non c'è stato nessuno in grado di capire che quando si parla di sanità non si può ragionare solo ed

esclusivamente con la logica dei freddi numeri e dei vincoli di certi patti di stabilità, che pure hanno la loro importanza. Non c'è stato nessuno che ha pensato di guardare ai bisogni collettivi e qualitativi della gente, che mai hanno potuto essere soddisfatti con la logica del mercato. Ci sono esigenze umane che sfuggono a questa logica, ci sono beni che, in base alla loro natura, non possono e non si devono vendere o comprare. Questi sessanta anni ci hanno dimostrato – soprattutto col fallimento di certe politiche sociali, poi certificato dai tagli inconsulti del 2011 – che il binomio Stato-mercato che, volente o nolente, ha retto l'asse portante di tutta la società moderna dal secondo dopoguerra in poi, è divenuto negli anni sempre più improponibile ed inadatto alle mutate esigenze di una popolazione che invecchia, inesorabilmente, e dunque diventa sempre più fragile e bisognosa di assistenza.

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

Noi abbiamo resistito in qualche modo. Abbiamo resistito perché abbiamo avuto la forza e la capacità di conciliare carità e managerialità, sostenibilità e solidarietà, responsabilità e autonomia impreziosita dalla scelta di operare come strutture no profit.

Questa è stata la scelta fondamentale, fortemente voluta dall'Associazione. È divenuta una caratteristica strategica costante di ARIS. Mai messa in discussione. Anzi, sempre difesa e rafforzata in tutte le successive riforme del servizio sanitario italiano. Ciò che più ha impreziosito la presenza delle nostre strutture nel sistema Paese è stata proprio la scelta di farsi non profit sulla scia del nostro caratteristico spirito di servizio ai sofferenti che si ispira al Vangelo.

Si tratta, in sostanza, di far convivere, nella concretezza dell'organizzazione sanitaria e della sua gestione, efficienza, sostenibilità e valori di solidarietà. Paradigmi che funzionano se sono intrecciati saldamente. Senza sfilacciature. Senza falsi miti.

Essere non profit – le riforme in itinere di impresa sociale e terzo settore lo riaffermano con energia –, non vuol dire legittimare perdite, alibi tal-

volta 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.

Perché solo la posposizione dell'interesse individuale e privato a quello collettivo postula autenticamente responsabilità e sostenibilità. Diversamente questo binomio, anche in contesti di accreditamento, è a rischio, perché responsabilità e sostenibilità lì diventano solo compatibili, a rischio di abuso.

L'ARIS continua. Dunque in questi anni trascorsi si è impegnata – e ancora oggi continua ad impegnarsi – per sostenere e far crescere la consapevolezza del non profit sanitario, cioè la coscienza di rappresentare una ricchezza di disponibilità, di risorse materiali e spirituali insostituibile. E non si tratta semplicemente di una affermazione di principio, quanto piuttosto della volontà concreta di fornire ai propri associati occasioni di aggiornamento e di comune elaborazione di indirizzi organizzativi e di strumenti gestionali in grado di rispettare e riflettere queste peculiarità.

In questa logica l'ARIS si è sempre schierata, e continuerà dunque a schierarsi, 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 nostra, dimostratasi negli anni irrinunciabile per il sistema sanitario del Paese, proprio nel momento dell'emergenza causato dalla pandemia che ha colpito il mondo intero. Difficilmente l'Italia avrebbe potuto far fronte all'emergenza sanitaria che ne ha sconvolto la vita, senza l'apporto delle nostre opere. E hanno dovuto prenderne atto anche le autorità istituzionali, quelle stesse che hanno mostrato tanta difficoltà nel riconoscere il nostro ruolo. Tant'è che nel momento in cui si è deciso finalmente di metter mano ad una profonda revisione dell'assetto assistenziale del nostro Paese, si è capito che non esiste sanità pubblica senza la sanità privata, così come non esiste sanità privata senza la sanità pubblica.

Noi ci battiamo perché tutto ciò resti una convincente e riconosciuta realtà.

Un grande valore da coltivare e riscoprire quotidianamente

LA FORZA DI UNA TESTIMONIANZA AUTENTICA

di Don Massimo Angelelli *

Il compimento di un lungo cammino, come quello fatto dall'Aris negli ultimi 60 anni, richiede sempre una riflessione di verifica, ma soprattutto uno sguardo sul futuro. L'analisi è utile, ma la prospettiva è necessaria.

L'analisi storica non va basata sui risultati raggiunti, seppur importanti, quanto sull'identità stessa e sulle ragioni per cui si è costituita ed ha operato in questi anni. Aris è una associazione privata di fedeli, una figura prevista dal Codice di diritto canonico che ha un quadro di riferimento ben chiaro, definito dai canoni 321-326. Questa collocazione giuridica è un elemento fondamentale dell'identità stessa della Associazione, che la pone all'interno del perimetro dell'attività della Chiesa Cattolica in Italia, grazie anche al riconoscimento concesso dalla Cei in più occasioni, fino all'ultima revisione dello Statuto associativo ricevuto in data 29 settembre 2016, a firma del Segretario Generale della Cei, mons. Nunzio Galantino. Aris è riconosciuta dalla Chiesa italiana come componente specifica che opera nell'ambito della sanità italiana, secondo le sue peculiari caratteristiche. Questo crea non solo un legame reciproco tra queste due realtà, ma anche un vincolo di rappresentatività. Quando Aris opera lo fa anche su riconoscimento della Chiesa e ne discende una chiara responsabilità di coerenza con l'identità comu-

ne condivisa. Il vincolo di adesione al Magistero ecclesiale ne definisce anche i limiti, così come viene costituito un obbligo di vigilanza sul suo operato da parte della Cei.
Coloro che rendono viva e operante l'Aris sono i delegati delle Opere, che quindi non agiscono in prima persona ma come rappresentanti delle Opere stesse. E le opere rappresentate sono quelle senza fini di lucro, come specificato nel comma 1 dell'art. 1 dello Statuto. Si prefigura uno scenario chiaro e definito che colloca l'azione dell'Aris in quel settore dell'economia italiana dei servizi sanitari che ha avuto diverse declinazioni (non profit, non lucrative, fino alle ultime indicazioni legislative sul Terzo settore). Aldilà delle definizioni, è determinante la finalità con cui si opera, che esclude il profitto fine a sé stesso, che in fondo, è il principale criterio che differenzia e orienta una struttura sanitaria profit da una non profit. Qualità delle cure, professionalità nella gestione, attenzione e stile di cura adeguato ai bisogni di salute dei pazienti sono tutte componenti riscontrabili in tante ottime strutture, ma la finalità resta un discrimine importante. Nella attuale difficile situazione economica in cui versa la sanità italiana, e anche molti nostri enti sanitari, farebbe quasi sorridere parlare di destinazione degli utili. Ma si vuole guardare a quegli enti e strutture sanitarie e socio-sanitarie cattoliche che grazie ad una sana gestione economica e una trasparente professionalità hanno saputo coniugare *mission* e risultati, per poter continuare a crescere e investire in innovazione e nuove offerte di servizi. A questi modelli guardiamo per poter affermare che un buon risultato è possibile.
Il compito dell'Aris è ancora definito dallo Statuto, all'art. 2. Non è questo il luogo per verificare lo stato di realizzazione delle indicazioni statutarie, quanto piuttosto offrire un richiamo ad una rilettura di quei punti: rinnovamento spirituale, pastorale e professionale degli operatori; adeguare le opere alle nuove istanze sociali; difendere il valore inalienabile della vita e della dignità della persona; offrire risposte di salute per i meno abbienti; offrire una cura integrale alle persone sofferenti; rinnovare la fedeltà ai carismi fondazionali.
Si corre spesso il rischio di affrontare quotidianamente crisi e problematiche di tipo gestionale, amministrativo o finanziario, abbassando lo sguardo sul contingente, privandoci così di una visione prospettica. Potrebbe appare quasi 'romantico' porre il problema dell'identità delle strutture. In realtà abbiamo raggiunto la convinzione che molte delle nostre strutture attraversano momenti di difficoltà perché hanno smarrito il senso del loro agire, derogato dalla primaria missione di annunciare il Vangelo con l'imitazione dei gesti di cura che Gesù stesso ha fatto con la finalità esclusiva di annunciare e rendere visibile quella Salvezza che passa anche attraverso la guarigione e la cura dei sofferenti.
L'Aris è giovane e ha davanti nuove sfide che

richiedono sempre più competenze e chiarezza di idee. Nel prossimo futuro è chiamata a rileggere l'identità stessa delle strutture sanitarie cattoliche e di ispirazione cristiana in Italia. Dalla nuova definizione identitaria, adeguata al percorso ecclesiale di rinnovamento avviato dal Cammino sinodale della Chiese italiane, ne discenderà il ruolo che è chiamata ad assumere ritrovando la forza della testimonianza autentica, evidenziando e seguendo l'esempio di tutti quei processi virtuosi di eccellenza e quelle buone pratiche che rendono la sanità cattolica un unicum nel panorama dell'assistenza italiana. Sapere chi siamo vuol dire identificarsi e, allo stesso tempo, distinguersi. Solo dalla consapevolezza di ciò che si è e di ciò che si vuole può iniziare la costruzione del futuro. Cosa facciamo e come lo vogliamo fare? L'interrogativo cui oggi siamo chiamati a rispondere è anche questo: nell'epoca dei tagli alle risorse e dell'aumento delle fasce di soggetti vulnerabili, quale ruolo ha la sanità cattolica? Come essa può continuare a offrire il meglio della propria vocazione alla cura, al prendersi cura? Siamo chiamati a recuperare fiducia nel nostro agire e far recuperare la fiducia nella pubblica opinione. È un processo di ricostruzione che passa attraverso la presa di coscienza, la responsabilizzazione e l'impegno per un rinnovamento sostanziale che può avviarsi solo a fronte di un recupero e attualizzazione della propria visione identitaria. Il resto verrà di conseguenza.

** Direttore dell'Ufficio Nazionale per la pastorale della salute della CEI*

CAMMINARE INSIEME...

di Don Marco Belladelli*

Nel discorso tenuto in occasione dell'udienza all'ARIS dell'Aprile scorso, il Santo Padre ha esplictamente invitato l'Associazione ad una "*fattiva e costruttiva collaborazione*" con la *Pontificia Commissione per le Attività del Settore Sanitario delle Persone giuridiche pubbliche della Chiesa*, organismo vaticano espressamente voluto dallo stesso Papa Franceso con un rescritto, nel quale dava mandato di istituirla al Cardinal Segretario di Stato, S. Em. Pietro Parolin, nonché Presidente della stessa, per assicurare sostenibilità alle attività sanitarie della Chiesa.

Prima di tutto una breve presentazione della *Pontificia Commissione per le Attività del Settore Sanitario delle Persone giuridiche pubbliche della Chiesa*, ente della Santa Sede ancora sconosciuto ad alcuni soggetti ecclesiastici che operano in ambito sanitario. Istituita nel Dicembre 2015 ed insediata nei mesi successivi, dal Maggio 2021 al suo secondo madato, dopo l'esperienza dei primi anni la *Pontificia Commissione* ha acquisito un profilo istituzionale ed è composta oltre che dal già citato Presidente e dal sottoscritto in qualità di Coordinatore della *Commissione* e Direttore dell'Ufficio, dalla Segretaria sr. Annunziata Remossi, capo-ufficio del Dicastero dei Religiosi, da padre Pierluigi Nava, sotto-Segretario dello stesso Dicastero, monsignor Simone Renna, sotto-Segretario del Dicastero del Clero, dr.ssa Linda Ghisoni, sotto-Segretario del Dicastero dei Laici, Famiglia e Vita, e da monsignor Roberto Malpelo, sotto-Segretario della C.E.I.

Il suo compito primario consiste nella realizzazione di uno "*studio*

generale" di situazione per ripensare e approfondire la missione della Chiesa nella cura degli infermi, in particolare delle strutture sanitarie cattoliche in rapporto al carisma dei Fondatori e alla luce delle attuali evoluzioni in ambito sanitario, per definire criteri e strategie di azione a medio e lungo termine. Alla *Pontificia Commissione* viene inoltre chiesto di esprimere parere vincolante su tutte le situazioni in materia sanitaria, poste all'attenzione dei Dicasteri vaticani competenti, e di promuovere progetti che favoriscano la sostenibilità carismatica ed economica delle attività sanitarie della Chiesa.

Per qualcuno potrà risultare pleonastico, ma va sempre ricordato che la ragione fondamentale della presenza della Chiesa in ambito sanitario è intrinsecamente legata alla missione che il Signore Gesù le ha affidato, e cioè annunciare il Vangelo attraverso una testimonianza misericordiosa verso coloro che soffrono nel corpo e nello spirito e, di fronte alla sempre più ampia diffusione della cultura di morte, soprattutto nelle società occidentali, rafforzare negli uomini e nelle donne del nostro tempo le ragioni della Speranza che non delude (cfr. Rom 5,5).

Per mezzo di un questionario diffuso dalla *Pontificia Commissione* nel Giugno 2021, è stato possibile fare un censimento della realtà sanitarie della Chiesa in Italia, dal quale è risultato che a tutt'oggi le Persone Giuridiche Pubbliche (cioè gli interlocutori della *Commissione*, come indicato nel nome della stessa), coinvolte in attività sanitarie sono ottanta, di cui 45 Istituti Religiosi maschili e femminile e 35 Diocesi, per un totale di circa 350 strutture, suddivise in 228 territoriali (RSA; RSD; Centri diurni; ambulatori; hospice; ecc.); 64 di ricovero (ospedali classificati; case di cura; istituti di ricerca; policlinici; ecc.) e 58 centri di riabilitazione, a cui vanno sommate altre realtà con diverso profilo giuridico, ma ugualmente ispirate cristianamente e partecipi della missione della Chiesa, che nel complesso rappresentano grosso modo circa il 6% della attività sanitaria del Paese.

Senza addentrarci in un'analisi approfondita dei dati raccolti, che verrà proposta in un prossimo evento opportunamente organizzato, mi pare doveroso mettere in evidenza come più dell'80% dell'attività sanitaria della Chiesa in Italia si svolga in ambito riabilitativo e dell'assistenza socio-sanitaria, facendosi carico delle fasce sociali più fragili.

Dopo queste doverose premesse, vediamo ora di capire che cosa può significare una "*fattiva e costruttiva collaborazione*" tra la *Pontificia Commissione* e l'ARIS. La prima cosa che mi pare giusto mettere in evidenza è la benemerita e importante presenza dell'ARIS in ambito sanitario, che per molti dei suoi sessanta anni

di vita ha rappresentato l'unica realtà associativa a sostegno della sanità cattolica in Italia. Non spetta a me fare l'elenco delle tante cose buone realizzate in tutto questo tempo, nonostante un contesto ecclesiale di quasi generale disinteresse, dove molto spesso ci si è ricordato della sanità cattolica soltanto quando qualcuno della gerarchia, o a loro prossimo, presenta problemi di salute. Oltre ha perseguire i compiti specifici che l'ARIS si è data per statuto, ha sicuramente rappresentato uno stimolo per risvegliare l'attenzione verso le attività sanitarie di tutta la Chiesa italiana, oggi indubbiamente molto più attenta e interessata rispetto al passato a questo particolare ambito di attività.

Insieme alle molte cose positive realizzate, la celebrazione del 60° di fondazione dell'ARIS, sia anche l'occasione per un onesto esame di coscienza, nel quale riconoscere fragilità, paure, esitazioni ed occasioni mancate, che nel corso del tempo hanno bene o male condizionato e compromesso l'attività associativa, come per esempio potrebbe essere l'inerzia delle posizioni consolidate, del "*si è sempre fatto così*", rispetto al coraggio del rinnovamento o il ripiegare sull'interesse immediato e/o particolare, rispetto a orizzonti, traguardi e strategie più favorevoli al bene comune della sanita cattolica.

Uno degli aspetti più problematici degli ultimi

cinquant'anni, acuitosi soprattutto negli ultimi vent'anni, è il fenomeno delle alienazioni delle opere sanitarie della Chiesa a favore della sanità privata profit, a cui l'ARIS da sola non ha potuto opporsi, né frenare. Una continua erosione, a volte anche a condizioni economiche da stagione dei saldi, ma soprattutto la dispersione di un patrimonio spirituale, inteso in senso molto ampio, risultato di secoli di impegno di una miriade incalcolabile di persone consacrate e di laici, che hanno speso la loro vita in queste opere, per testimoniare la misericordia divina del Buon Samaritano: "*Va' e anche tu fa' così*" (Lc 10,37). Le ragioni di queste dismissioni sono ben note, a cominciare dalla scarsità delle vocazioni e dall'invecchiamento dei consacrati e delle consacrate, a cui sono si sono accompagnate miopi strategie operative che a medio e lungo termine si sono rivelate fallimentari, mentre la sanità in genere andava ad assumere una sempre maggior complessità gestionale, una sfida a cui era ed è necessario rispondere con scelte operative orientate all'integrazione, sostenute da competenze tecniche e da qualità manageriali adeguati, che per un certo verso ci ha trovati impreparati.

Di fronte a questo quadro, che si va sempre più deteriorando, fatta salva la diversità di natura e di finalità di ciascuno, sarà possibile "*camminare insieme*" se prima di tutto si condivide con la stessa determinazione questo obiettivo fondamentale per il quale è stata istituita la *Pontificia Commissione*, e cioè perseguire in tutti i modi e con tutti i mezzi oggi a disposizione la sostenibilità carismatica ed economica-finanziaria delle attività sanitarie della Chiesa, e là dove si manifestano criticità insormontabili, fare il possibile per mantenere le opere nel perimetro della Chiesa stessa. Una tale collaborazione esige naturalmente la condivisione di presupposti inderogabili, quali una analisi di situazione e la messa a punto di strategie sinergiche per la cui realizzazione vale il famoso motto dei moschettieri: "*uno per tutti tutti per uno*", oltre ogni egoistico individualismo di chi ancora pensa di essere il primo della classe, o di fare tutto da solo, o ancora peggio di chi considera le opere della Chiesa come proprietà privata di cui fare ciò che gli pare.

Faccio mio l'auspicio e l'augurio del Santo Padre, perché si possa andare tutti nella stessa direzione, "*unendo competenze e risorse*" e avendo pure il coraggio di "*percorre strade nuove*". I sessant'anni di attività dell'ARIS si trasformi nell'opportunità "*per costruire un presente e futuro in cui annunciare … la vicinanza di Dio ai malati, soprattutto ai più svantaggiati ed emarginati dalla logica del profitto*".

**Coordinatore della Pontificia Commissione*
per le Attività del Settore
Sanitario delle Persone
giuridiche pubbliche della Chiesa

ARIS
e pluribus unum
1963-2023
ieri

Chiesa e salute

I SESSANT'ANNI DELL'ARIS

di Salvino Leone

Quando, nel 2003, fra Pietro Cicinelli mi chiese di scrivere una monografia sulla storia dell'ARIS mai avrei pensato di dover affrontare nuovamente il tema 20 anni dopo! Certamente con connotati diversi ma parlando pur sempre dell'ARIS. Come la storia ci insegna non sempre…i ventennii sono forieri di grandi positività eppure, nel caso dell'ARIS, il fatto di ritrovarci ancora qui a parlarne mi sembra un segno significativo della sua vitalità. Questo, come in tutte le vicende umane, non significa che non vi siano stati o non vi siano elementi di criticità ma gli eventi umani sono sempre contrassegnati dalla commistione di buon grano e zizzania che solo alla fine si riuscirà a separare saggiamente.

Proprio per questo ho voluto dare a questo articolo un taglio "diacronico" valutando il ruolo che ha svolto la Chiesa nell'ambito dell'assistenza sanitaria e quello che, tuttora, continua e continuerà a svolgere. Certo l'ARIS non è la sola protagonista di tale perenne giovinezza ma certamente una delle più significative, forte delle oltre 260 strutture sanitarie da cui è costituita.

Non a caso è stato detto che la Chiesa "ha inventato l'assistenza sanitaria" per cui da un lato ripercorrere la sua storia è il ritrovare, nelle proprie radici, una perenne freschezza, dall'altro ripropone la costante domanda se oggi sia ancora necessaria un'assistenza sanitaria "cristiana" o, per meglio dire, cristianamente ispirata.

L'ARIS, un percorso ben al di là di 60 anni

La realtà associativa dell'ARIS, formalmente costituitasi il 5 agosto 1963, affonda le sue radici in una plurimillenaria tradizione cristiana, implicitamente o esplicitamente associativa.

Il comando di Cristo *curate infirmos* (Lc 10,9) viene assunto immediatamente dalla primitiva comunità apostolica che inizia a strutturarlo in

Staff ARIS

diverse attività caritative e assistenziali. Queste hanno costituito, per molti secoli, le uniche forme di assistenza sanitaria divenendo, ancora una volta, non solo strutture di "risoluzione" dei problemi socio-sanitari ma anche realtà esemplari, sul piano antropologico, di un certo modo di intervenire a servizio dell'*in-firmus*.
La prima di queste è costituita dalle *diaconie*, istituite da papa Fabiano (240-253) e annesse all'ufficio del vescovo, quasi a voler sottolineare la funzione di "servizio" strettamente correlata all'esercizio della dignità episcopale.
Il Concilio di Nicea (325) rese poi obbligatori in tutte le città gli *xenodochi*, strutture di ricovero destinate prioritariamente ai "forestieri" ma in realtà adibite ad assistere ogni sorta di infermità e fragilità esistenziale (can. LXX).
Un'altra opera significativa fu la celebre "Ba-

Suor Vittoralma Comaschi con Giovanni Paolo II

siliade" fatta costruire da S. Basilio Magno nel 374, il primo grande "ospedale" dell'antichità, suddiviso in vari reparti e così descritto da S. Gregorio Nazianzeno nella sua omelia funebre in lode di Basilio:

> "Non lontano dalla città [di Cesarea] potete ammirare la nascita di una nuova città, che è luogo di aiuto, di pietà, in cui ogni malattia è sollevata con un cuore pieno di pace, e ogni disgrazia è considerata beatitudine e in cui potete sperimentare la misericordia. Come potremmo noi compararle le sette porte di Tebe, le mura di Babilonia, le Piramidi d'Egitto, il Colosso di Rodi?"[1]

La riforma benedettina segna una svolta anche nell'ambito assistenziale. L'attenzione al malato non si estrinseca più in una generica accoglienza o in un invito alla rassegnazione ma in un effettivo prodigarsi per il benessere psicofisico del malato. Nei monasteri nascono così le «infermerie». Recita la Regola benedettina:

> "La cura degli infermi sia avanti tutto e sopra tutto, affinché con loro non sia usata nessuna negligenza. Ai fratelli infermi sia assegnata una cella particolare, nonché un servitore timorato di Dio, diligente e sollecito. Sia loro apprestato l'uso del bagno ogniqualvolta se ne presenta l'occasione".[2]

Tra il XII e il XV secolo, accanto al moltiplicarsi di varie opere caritative nascono specifici Ordini religiosi la cui attività non si limita a una generica assistenza ai malati ma si concretizza in apposite realizzazioni ospedaliere. Citiamo tra questi: l'*Ordine ospedaliero gerosolimitano;* l'*Ordine di San Lazzaro*; l'*Ordine Teutonico*; *l'Ordine degli Antoniani*; *l'Ordine dei Crocigeri*; l'*Ordine di Santo Spirito.*

Quando, nei secoli successivi, anche lo Stato iniziò a interessarsi dell'assistenza sanitaria, la Chiesa di dedicò attivamente a quegli "incurabili" che i nascenti ospedali civili rifiutavano o ai "convalescenti" che una volta dimessi erano ancora bisognosi di cure.

Tuttavia, nel XVI secolo questa prima assistenza "pubblica" non raggiungeva gli effetti sperati interessandosi, spesso, più degli aspetti estetico-architettonici degli ospedali che dell'effettiva attività assistenziale.

A destra: Don Giuseppe Campopiano Opera Don Guanella

In questo substrato socio-culturale si inseriscono le figure dei tre grandi riformatori dell'assistenza sanitaria.

Il primo grande protagonista di questa rivoluzione antropologica prima ancora che assistenziale è *San Giovanni di Dio* (1492-1550) e del suo carisma dell'*ospitalità*. Per varie vicissitudini egli viene ritenuto pazzo e rinchiuso nell'ala manicomiale dell'Ospedale Reale di Granada. Lì scopre il mondo della malattia ma soprattutto della disumanità di trattamento. Pregando il Signore gli chiede allora di "*aver la grazia di poter avere un giorno un ospedale in cui poter curare questi poveri come voglio io*".[3] Una volta dimesso e raccolti un gruppo di collaboratori (dai quali nascerà l'Ordine dei Fatebenefratelli) comincia a cercare i malati per strada e ad approntare per loro strutture di ricovero, che ancor oggi l'Ordine continua a realizzare e gestire nel mondo intero con moderne opere ospedaliere.

Suo contemporaneo è *San Camillo de Lellis* (1550-1614), ex soldato, donnaiolo e giocatore che, anch'egli a seguito di un ricovero ospedaliero, si "converte" al radicale dono di sé nell'*assistenza* al malato ovunque si trovi e qualunque malattia possa avere, anche contagiosa, come viene formulato nel "quarto" voto che i camilliani tuttora formulano. Nei tempi moderni, poi, è impossibile praticare tale assistenza se non estendendola a tutte le componenti dell'uomo anche psicologiche e spirituali. In tempi più recenti, e quindi anche in mutati contesti sociali, si pone l'opera di *San Vincenzo*

de' Paoli (1581-1660) che insieme a Santa Luisa de Marillac, esprime nella *promozione umana* la sua specificità carismatica nei confronti dei sofferenti. Non solo l'amore, un rifugio o l'assistenza ma anche l'elevazione della loro dignità, l'andare incontro all'uomo per ricostruirne l'intera persona oltre che la sua corporeità malata. Nel far questo, peraltro, attraverso le Figlie della Carità viene promossa anche la stessa dignità della religiosa che, svincolata dalle pareti conventuali, viene inviata per le strade per risollevare le condizioni dell'uomo malato.

Negli anni successivi ricordiamo altre figure che hanno svolto un ruolo significativo nella realizzazione di istituzioni sanitarie: Santa Bartolomea Capitanio, San Giuseppe Cottolengo, Santa Vincenza Gerosa, Santa Giovanna Antida Thouret; la Beata Virginia Centurione Bracelli; Don Calabria, Marcello Candia, Paola di Rosa, Don Gnocchi, P. Vincenzo Monti, Don Luigi Monza, Don Orione, Carlo Stebb, Madre Vannini, Antonia Maria Verna, Madre Teresa di Calcutta…

Come si vede dall'età apostolica, attraverso gli ordini ospedalieri, l'ospitalità monastica, le grandi figure di riformatori e fondatori di Ordini religiosi la dimensione associativa dell'assistenza sanitaria è sempre presente in modi e forme consone ai diversi periodi storici e contingenze socioculturali. Per certi versi possiamo dire, forse con una certa enfasi, che l'ARIS raccolga tutta questa bimillenaria tradizione dandole voce, struttura ed espressione moderna: *e pluribus unum!*

L'ARIS tra criticità sanitarie e risposte ecclesiali

Tale modello, fortemente impregnato dall'antropologia cristiana, nei secoli successivi inizia ad entrare in crisi per il subentrare di altri modelli assistenziali: dal *modello scientifico-positivista* a quello *pragmatico-economicista* tuttora presente.

Uno degli elementi più significativi che troviamo in questi nuovi modelli, soprattutto a partire dagli inizi dell'800 è la statalizzazione dell'assistenza. Quella cura del malato che era stata fino ad allora una missione frutto prevalentemente di vocazione diventa adesso un lavoro, scompare o quantomeno si attenua il senso della gratuità, si parla di diritti sindacali, ecc.

Tuttavia n questi nuovi modelli assistenziali le strutture sanitarie direttamente o indirettamente gestite dalla Chiesa continuano ad essere presenti. E lo sono ancor oggi ma mentre per il passato si trattava di una convivenza pacificamente accettata e spesso esitante in una fruttuosa cooperazione oggi non sempre è così. Anzi sono insorte tra Stato e Chiesa tensioni e criticità non sempre risolte. Torna allora, ancora una volta, la domanda cruciale: c'è ancora bisogno di strutture sanitarie cristianamente ispirate? Sono necessarie? Hanno ancora un senso? Chi dovrebbe gestirle di fronte alla crescente crisi vocazionale?

Se questi interrogativi sono pressanti e si rivolgono a tutte le strutture sanitarie religiose an-

Prof. Luca Massimo Chinni

cor più lo sono per l'ARIS che ne comprende gran parte al suo interno.

Quali possono essere oggi le "sfide" da raccogliere per il futuro della Sanità e perché ha senso che vi siano delle Istituzioni sanitarie cattoliche nonché un organismo che le comprenda come l'ARIS?

a) *Testimonianza.* La nostra cultura contemporanea ci ha abituai a un indubbio pragmatismo per cui in ogni nostra azione vogliamo rilevare subito l'effetto immediato, il risultato, le modifiche sulla realtà che ci circonda. In verità esiste un valore testimoniale della presenza, il fatto stesso di esserci. Basti pensare alla figura di tanti martiri del passato e del presente, per anni imprigionati, dei quali a stento si è sentito parlare ma che con il loro sacrificio lungo, estenuante e silenzioso hanno dato una grande testimonianza della loro fede cristiana senza…far niente. Basterebbe quindi una tacita presenza nel mondo della sanità a legittimare la sussistenza delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche e la loro rappresentanza nell'Aris. Nella Storia, quando furono soppressi gli Ordini religiosi, in virtù di alcune leggi anticlericali, molti religiosi rimasero a operarvi da semplici laici pur di dare una te-

stimonianza cristiana nell'assistenza ai malati. D'altra parte l'invito a curare i malati (Lc 110, 9) non ha un significato rispetto a un determinato ambiente o a certe contingenze storiche ma ha una portata universale, cioè va fatto sempre e comunque.

b) *Integrazione.* Il comparto delle Istituzioni Sanitarie Cattoliche integra a pieno titolo quello delle istituzioni u. Lo Stato da solo non ce la fa, sia dal punto di vista economico, sia per la stessa gestione delle strutture necessaria e opportuna un'integrazione pubblico-privato. In quest'ultimo, poi, è fondamentale considerare un privato *profit* e uno *no profit* al quale appartengono le strutture gestite dall'ARIS. Non vogliamo in alcun modo demonizzare le strutture *profit* ma solo evidenziare come l'integrazione del *no profit* con le strutture pubbliche costituisca una sorta di grande respiro in cui l'assenza di quest'ultimo renderebbe il sistema in più deficitario. Tale duplicità, almeno intenzionalmente, non dovrebbe essere solo esistenziale ma anche valoriale un po' come avviene con le scuole private gestite dai religiosi. Un istituto dei salesiani o dei gesuiti non offre solo alcune classi rispetto alla scuola pubblica ma un surplus di valori umani ancora prima che cristiani. Indubbiamente in ambito sanitario questo è più difficile da notare ma si pone con lo stesso parallelismo.

c) *Qualificazione.* Può apparire strano inserire questo punto tra le prerogative dell'ospedalità religiosa. Nel pubblico abbiamo strutture di grande prestigio: IRCCS, Istituti a carattere europeo, ecc. In realtà, come dice un detto, non basta essere buoni bisogna essere anche bravi. Se quindi l'orizzonte cristiano si pone in una prospettiva di bontà etica, questa non può non associarsi a un'elevata competenza professionale. Un particolare settore in cui tale competenza potrebbe rivelarsi necessaria è quello di alcune patologie come ad esempio le malattie rare, passatemi il temine "poco redditizie" per lo stato ma che potrebbero trovare nell'ospitalità religiosa un settore specifico di strutturazione sanitaria. D'altra parte questo coniugio tra competenza professionale e competenza umana ben si esprime nell'espressione inglese *high tech - high touch.* Come dicevamo: un'elevata umanità relazionale deve coniugarsi con un'altrettanta elevata competenza professionale.

d) *Secolarizzazione.* La testimonianza di cui si diceva prima ha anche un altro valore di sociologia religiosa. Come ben sappiamo viviamo in un contesto sempre più secolarizzato che investe tutti, credenti e non. Questi ultimi a conferma delle proprie posizioni più o meno agnostiche, i primi nell'infiacchire la tensione spirituale della propria vita riducendola ad aspetti puramente immanenti che non si dissociano molto da quelli dei non credenti. Purtroppo l'unica alterna-

tiva a tutto questo è custodita in gruppi devozionali e in gran parte, conservatori che affollano anche i social. Le strutture sanitarie cattoliche, specie se espresse in una dimensione associativa come quella dell'ARIS possono costituire antidoto a tutto questo. Antidoto discreto, forse anche silenzioso, ma che rimanda a un "oltre" foss'anche solo per la denominazione della struttura sanitaria che rimanda a questo o quel santo. Certo è ben poca cosa si potrebbe pensare di fronte a un processo di una portata socio-religiosa così vasta ma è pur sempre una modalità non secondaria di vivere la testimonianza cristiana.

e) *Umanizzazione.* Sappiamo bene che, tra le tante criticità della sanità pubblica (ma anche di certa parte di quella privata), vi è ormai da tempo un profondo processo di disumanizzazione. Quando in decenni lontani si iniziò a parlare della necessità di "umanizzazione sanitaria" il tutto fu preso innanzitutto come un suggestivo neologismo. Ma fu subito chiaro il suo profondo significato e la sua portata che non esiterei a definire "rivoluzionaria". Si moltiplicarono gli studi, le monografie, gli interventi congressuali. Se a tutto questo sia seguita un effetto cambiamento di rotta nelle nostre strutture sanitarie è altra cosa. Anzi possiamo dire che, oggi, stiamo ancora qui a parlare di umanizzazione è segno che c'è ancora molto da fare. Certo non dobbiamo avere visioni semplicistiche, irenistiche o utopiche ritenendo che nelle strutture dell'ARIS tutto questo non avviene. Con sano realismo dovremo ammettere che c'è la suora sgarbata, un locale inadeguato, una lunga fila d'attesa, un vitto insoddisfacente e altro ancora. Ma quello che c'è di diverso è che tutto questo è fatto oggetto di attenzione specifica da parte della gestione vivendo l'umanizzazione, per quanto imperfetta come tutte le realtà umane, quale specifica mission della propria identità.

f) *Evangelizzazione.* Catechesi, primo annunzio, evangelizzazione non sono termini equivalenti ma certamente assai presenti e pressanti nell'attuale gestione della pastorale ecclesiale. Non potendo affrontare in termini organici e compiuti l'intera materia mi limito ad affrontare il tema dell'evangelizzazione. Possono essere gli ospedali religiosi e quelli dell'ARIS in particolare "fonti" di evangelizzazione? Certamente si se lo si fa in modo discreto e, mi permetto di dire, "moderno". Com'è noto l'odierna pastorale non è prevalentemente sacramentale (anche se i sacramenti hanno pur sempre un ruolo determinante) né clericale, trovando nei laici soggetti attivi di evangelizzazione. Purtroppo in diversi ricoveri ospedalieri mi è capito di assistere alla quotidiana visita del cappellano che sciorinava frettolosamente un Pater, Ave e Gloria assumendo poi il ruolo di postino dell'eucaristia offren-

dola a chi la chiedeva (mai proposta da lui, magari con qualche parola di accompagnamento). Un'altra volta ancora, al termine di una brevissima catechesi sulla malattia (neanche tanto male), il sacerdote ha infilato la mano dentro l'abito per esterne una boccettina di "olio santo" offrendo l'unzione degli infermi. Ovviamente non è questa l'evangelizzazione che ci aspettiamo e che non può essere affidata alla buona volontà o alla preparazione del singolo. La dimensione associativa (dell'ARIS) può offrire in tal senso una pianificazione organica, competente e diversificata in rapporto alle differenti strutture associate.

g) *Vocazione.* Com'è noto gran parte delle strutture dell'ARIS appartengono a Ordini religiosi o Istituti di Vita Consacrata com'è più corretto dire. Questo significa che all'origine dell'Istituto che li gestisce o li ha fondati c'è una chiara dimensione carismatica, soprattutto per quelle istituzioni la cui identità è strettamente legata all'assistenza agli infermi. Il carisma è un dono suscitato dalla fantasia creatrice dello Spirito Santo, affidato alla Chiesa e "incarnato" in una persona che è chiamata a custodirlo, esprimerlo e farlo crescere. Ma il carisma è al tempo stesso *expansivus sui.* Questo significa che, nel tempo, può subire mutamenti nelle sue capacità espressive ma sempre in fedeltà a quel soffio originario che ne è stato all'origine. Questo comporta, ovviamente, una particolare e specifica responsabilità. Innanzitutto nel mantenimento del carisma stesso che, come un fuoco sotto la cenere va custodito non permettendo che si estingua ma, in secondo luogo, consentendone anche con creatività le sue possibili trasformazioni. Tutto questo diventa più semplice in una realtà associativa per una ricaduta a rete delle iniziative intraprese e per la progettualità di eventi comuni. In ogni caso per ogni singola realtà associata rimane l'impegno a mantenersi fedeli al carisma fondativo che l'ha suscitata.

h) *Sfide future.* La sanità di domani si presenta ricca di sfide generiche e specifiche. L'ARIS non può essere colta impreparata né può crogiolarsi nei luoghi comuni (per quanto importanti) del malato che non è un numero, dei buoni rapporti tra operatori laici e religiosi (ove presenti!), della "grande famiglia" che con un panettone a Natale e una colomba a Pasqua supera tensioni e conflittualità. L'ARIS dovrà trovarsi preparata:
   - Al mutamento di paradigma della Medicina del futuro non solo Medicina dei biogni, come in passato ma anche Medicina dei desideri;
   - Al ruolo svolto nelle patologie dall'*epigenetica* e quindi non solo alle patologie genetiche, infettive, traumatiche ma a tutto quel crescente universo di problematiche correlate all'ambiente global-

mente inteso, una medicina "ecologica" insomma.

- Alla dimensione che assumeranno sul piano etico, e non solo scientifico, le neuroscienze con la riproposizione di una diversa identità della coscienza e della libertà delle scelte.
- All'invasione della tecnologia che diventerà per molti versi sostituiva del ruolo personale degli operatori sanitari come già avvenuto in alcune esperienze pilota negli Stati Uniti: anamnesi informatica magari correlata di foto; consultazione informatica (da parte di chi sta dall'altra parte) di tutta la letteratura esistente ed *output* terapeutico.
- Alla nuova strutturazione territoriale della Medicina di prossimità strutturata in molteplici strutture *simil* ma *non* ospedaliere a non più di 15/20 minuti dalla propria abitazione in grado di erogazione piena e completa assistenza dall'ambito diagnostico a quello terapautico fino a quello farmaceutico.

Questi descritti sono solo alcuni dei principali mutamenti che si intravedono nella medicina del futuro e che non possiamo attendere passivamente andando piuttosto loro incontro ed essendo noi stessi artefici del cambiamento.
La dimensione associativa che l'ARIS da 60 anni incarna e testimonia potrà costituire un elemento privilegiato in tal senso.

NOTE

1 S. Gregorio Nazianzeno, *Oratio XLIII in laudem Basili Magni* (*PG* 36, 494-606); Cf. pure S.Basilio, *Epistula* 94 (*PG* 32,488bc).
2 Cf. *La regola di San Benedetto e le regole dei padri*, a cura di S. Pricoco, Fondazione Lorenzo Valla/Mondatori, Milano 1998, cap. 36.
3 F. de Castro, *Storia della vita e sante opere di Giovanni di Dio*, (trad. G. Russotto), Ufficio Formazione e Studio Fatebenefratelli, Roma 1975, cap. IX.

L'ARIS tra il Concilio e il Sinodo

LA FANTASIA DELLA CARITÀ

di Francesco M. Valiante

"Ognuno è mio prossimo. Quanta bontà è necessaria! Quale cuore è necessario. Cuore sensibile, ad ogni bisogno; cuore pronto, ad ogni possibilità di bene; cuore libero, per voluta povertà; cuore magnanimo, per ogni perdono possibile, per ogni impresa ragionevole; cuore gentile, per ogni finezza; cuore pio, per ogni nutrimento dall'alto". Nelle stesse ore in cui, il 5 agosto 1963, in un antico stabile milanese, i padri fondatori dell'Aris firmano l'atto di nascita dell'associazione, Paolo VI – eletto alla cattedra di Pietro da appena 45 giorni – scrive questi appunti personali durante un ritiro spirituale a Castel Gandolfo. Papa Montini riflette sulla grande missione apostolica che lo attende, "così carica di doveri e responsabilità, di pericoli e di fatiche". Ma in quelle parole è come se fosse tracciato anche il "manifesto programmatico" del nuovo sodalizio, che proprio in quel frangente storico si incarica di dar corpo ai fermenti di operosità e di rinnovamento che percorrono il mondo delle istituzioni sanitarie cattoliche e, più in generale, la realtà ecclesiale italiana.

Non bisogna dimenticare, del resto, che di lì a due mesi si sarebbe aperto il secondo periodo dei lavori del Concilio Vaticano II. Dopo la prima fase, inaugurata l'anno precedente l'11 ottobre e conclusasi l'8 dicembre senza aver prodotto nessun documento, i 2500 padri provenienti da ogni parte del mondo sono chiamati ora a raccogliere i frutti di un confronto – rivelatosi sin dalle prime battute vivace e aperto – che pone la Chiesa di fronte a sfide pastorali e dottrinali ineludibili. Il variegato universo dei cattolici guarda finalmente a viso aperto i nuovi orizzonti di apostolato che si vanno spalancando in un mondo in rapido cambiamento. E accetta di mettersi in gioco, attingendo alle sue risorse più fresche – soprattutto i laici, i giovani, le donne – per intraprendere un dialogo franco e senza pregiudizi con l'umanità del

proprio tempo.
Proprio nei mesi che precedono la nascita dell'Aris gli organismi conciliari al lavoro nel passaggio fra le due sessioni completano la revisione degli schemi da sottoporre all'assemblea. Significativamente, la lista stilata dall'apposita Commissione di coordinamento si chiude con lo schema XVII – che poi diverrà XIII – dedicato al dialogo tra la Chiesa e il mondo contemporaneo. Da questo testo, nel dicembre 1965, prenderà vita la costituzione pastorale *Gaudium et spes*, preceduta un mese prima dalla promulgazione del decreto *Apostolicam actuositatem* dedicato all'apostolato dei laici.
Si tratta di due documenti chiave dell'assise conciliare, ma anche di due testi fondamentali per i primi passi della nuova associazione, chiamata a definire le coordinate di un impegno che nasce da uno sguardo coraggioso di condivisione verso la persona che soffre. Un impegno mosso proprio dalla convinzione che – come recita il noto *incipit* della *Gaudium et spes* – "le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce degli uomini d'oggi, dei poveri soprattutto e di tutti coloro che soffrono, sono pure le gioie e le speranze, le tristezze e le angosce dei discepoli di Cristo". Del resto, non è casuale che le intenzioni da cui muovono i fondatori dell'Aris corrispondano in modo esemplare anche all'appello lanciato in uno dei passaggi della *Apostolicam actuositatem*: "I laici abbiano in grande stima e sostengano le opere caritative e le iniziative di assistenza sociale, private e pubbliche, anche internazionali, con cui si porta aiuto efficace agli individui e ai popoli che si trovano nel bisogno, e in ciò collaborino con tutti gli uomini di buona volontà".
Nel vasto e complesso mondo della sanità cattolica italiana la neonata associazione si trova così – forse persino al di là delle sue stesse intenzioni – a fare da "apripista" al magistero del Vaticano II. E la sua attività, fin dall'inizio segnata da una vocazione "conciliare" – fatta di presenza e collaborazione, di solidarietà e servizio, di fraternità e com-passione – diventa "profezia" visibile di quella nuova stagione di impegno che è appena agli albori nella Chiesa italiana, ma che per l'Aris è già terreno collaudato di lavoro dopo la originaria scelta di campo accanto all'uomo sofferente.
Sono gli anni in cui la fisionomia del sodalizio si delinea sempre più chiaramente, avendo come stella polare proprio gli insegnamenti del Concilio. Che in quel frangente storico Papa Montini si incarica di portare a termine e di consegnare alla Chiesa universale perché ne recepisca lo spirito e la portata innovativa. Non senza ribadire – come fa il 7 dicembre 1965 parlando ai padri durante l'ultima sessione pubblica dei lavori – che tutta la "ricchezza dottrinale" scaturita dalla grande assise è stata "rivolta in un'unica direzione: servire l'uomo, l'uomo in ogni sua condizione, in ogni sua infermità, in ogni sua necessità".
Incoraggiata dalle indicazioni del Pontefice

bresciano, l'Aris si rimbocca le maniche per calarsi, senza timori o pregiudizi, nella realtà del sistema salute italiano, superando antiche tentazioni di esclusivismo o autoreferenzialità e aprendosi coraggiosamente alla scelta del dialogo. Diventa sempre più assiduo il contatto con la gerarchia e con tutte le espressioni caritative della comunità ecclesiale. Si compiono passi importanti nei rapporti con gli altri credenti, cristiani e non: significativa, in tal senso, la presenza in seno all'associazione di strutture ospedaliere come quella valdese e quella israelitica, frutto anche della rinnovata coscienza ecumenica e interreligiosa che va maturando sulla scia del Concilio. Soprattutto, ci si apre a un'interlocuzione non episodica con le istituzioni e con il mondo sanitario del Paese, nella reciproca consapevolezza che la "scommessa" della collaborazione a tutto campo – nel pieno rispetto delle competenze e dei ruoli – possa risultare vincente per il bene comune e per il vero progresso della società.

Nasce in questo clima anche il nuovo corso sancito dallo Statuto del 1972, che stabilisce come autorità ecclesiastica di riferimento per l'Aris la Conferenza episcopale italiana. In questo modo l'attività dell'associazione si innesta ancora più profondamente nella strategia pastorale e missionaria della Chiesa sotto la guida dell'episcopato nazionale, investito di ruoli e compiti che acquistano ulteriore luce grazie all'impulso di Paolo VI e, in particolare, alla sua iniziativa di istituire il Sinodo dei vescovi, creato il 15 settembre 1965 con il motu proprio *Apostolica sollicitudo* per corrispondere alle richieste di maggiore collegialità venute dai padri riuniti in Vaticano.

Dal Concilio al Sinodo, dunque. L'asse portante del pontificato di Montini coincide con la prima fase del percorso lungo cui si svolge il servizio dell'Aris. Ma si proietta idealmente nel tempo fino ad arrivare ai giorni nostri, diventando così il filo che lega i due capi dell'intera vicenda storica in cui è racchiusa la vita dell'associazione. Venuto alla luce in pieno Vaticano II, il sodalizio compie infatti il giro di boa del suo sessantennio proprio nell'anno in cui la Chiesa vive l'esperienza straordinaria dell'assemblea dei vescovi convocata da Papa Francesco sul tema della sinodalità. E come i fermenti conciliari hanno accompagnato e orientato il suo quindicennio "montiniano", così oggi la rinnovata coscienza sinodale del popolo dei credenti apre all'Aris la strada di un "nuovo inizio", invitandola a recuperare lo slancio e la passione delle origini per riposizionarsi in modo creativo sulle frontiere del mondo della salute.

Per l'associazione si tratta di una ripartenza che è, al tempo stesso, bilancio di vita e progetto di futuro. Passata indenne al confronto con la storia di questo sessantennio, l'ispirazione dei fondatori regge ancora al vaglio delle parole d'ordine che hanno scandito l'esperienza sinodale appena conclusasi: "comunione, partecipazione, missione". Del resto, non è stata pro-

Sotto: Paolo VI al Concilio Vaticano II

A destra: Papa Francesco al recente Sinodo dei Vescovi

prio l'esigenza di un'azione "comune" nei luoghi della malattia e del bisogno a convincere i padri nobili dell'Aris a dar vita al sodalizio? E non è stata la coscienza del dovere – e dunque del diritto – di "esserci" e di "partecipare" a motivare le ragioni di una presenza sancita 45 anni fa anche dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale? Senza contare che la vocazione "missionaria" appartiene da sempre al dna dell'associazione e ne distingue lo stile di azione in un mondo spesso dominato dalle logiche del profitto, dello "scarto", dell'efficienza a tutti i costi a scapito della centralità della persona che soffre.

Oggi la riflessione del recente Sinodo dei vescovi dà ragione alle scelte delle origini. E ripropone il volto di una Chiesa "che ascolta e accompagna" facendosi prossima alle fragilità e ai bisogni dell'uomo in uno spirito di "sinodalità". Un atteggiamento che il *Documento di sintesi* diffuso al termine dell'assemblea definisce come il "camminare dei cristiani con Cristo e verso il Regno, insieme a tutta l'umanità": orientato alla missione, esso "comporta – si legge nel testo – l'ascolto reciproco, il dialogo, il discernimento comunitario, una corresponsabilità differenziata". E anche su questo terreno l'Aris può rivendicare orgogliosamente di aver aperto una strada, dando anima ed energia a quella "fantasia della carità" che nei secoli ha alimentato la presenza della Chiesa accanto ai malati e che, tra luci e ombre, ha tracciato un solco profondo anche nel cammino sessantennale dell'associazione. Racchiuso tra il Concilio e il Sinodo.

La vicinanza dei Pontefici

ALL'OMBRA DEL CUPOLONE

di Gianluca Biccini

"La sanità di ispirazione cristiana ha il dovere di difendere il diritto alla cura, soprattutto delle fasce più deboli della società, privilegiando i luoghi dove le persone sono più sofferenti e meno curate, anche se questo può richiedere la riconversione di servizi esistenti verso nuove realtà". È stato Papa Francesco a ribadire la missione e tracciare la strada per il futuro dell'Associazione nell'udienza concessa lo scorso 13 aprile, in occasione di questo sessantesimo anniversario di fondazione. Quasi un rituale, l'incontro con il Pontefice, che si rinnova, ormai dal 1973, ogni qualvolta la famiglia dell'ARIS si accinge ad affrontare cambiamenti imposti dallo scorrere del tempo. Un legame quello con i Papi, che ha impreziosito la storia dell'Associazione.

Il primo incontro avvenne nel decennale dell'Associazione, era il 15 novembre 1973. Ad accogliere i rappresentanti di tutti gli associati fu Paolo VI. «La vostra presenza – esordì –porta davanti al nostro sguardo ciascuna delle vostre benemerite Famiglie Religiose e richiama alla memoria il ruolo che voi rappresentate in seno alla Chiesa, quali testimoni privilegiati dell'amore di Cristo verso gli uomini, perché è a lui, il quale ha voluto identificarsi nel sofferente e nell'ammalato, che vanno le sollecitudini rivolte con tanta premura ai vostri cari assistiti».

Nel suo discorso Montini non volle entrare negli aspetti tecnici, organizzativi e professionali quanto piuttosto confermare i presenti «nella fedeltà alla vita consacrata» e incoraggiare per quanto fatto «grande, di caritatevole con la preghiera e con l'azione, nel silenzio e nel nascondimento, ognuno secondo la vocazione del proprio Istituto». E dinanzi al diffondersi del «dubbio se le Opere sanitarie e l'ideale del servizio agli infermi», avessero ancora una funzione in quel tempo; cioè «se l'azione della Chiesa, che trovava piena giustificazione nei tempi in

L'udienza concessa all'ARIS da Giovanni Paolo II

cui l'azione pubblica era del tutto carente» fosse ancora valida, la risposta del santo Pontefice lombardo non poteva che essere affermativa, richiamando «ragioni non di supplenza agli organi pubblici, e, quindi, tanto meno di carattere concorrenziale», ma radicate nel comando evangelico *curate infirmos*. E in tale prospettiva l'Aris manteneva intatta la validità del suo impegno, anzi «avrà in pieno la sua ragione d'essere anche per l'avvenire» assicurò Paolo VI, invitando ad «offrire al degente un servizio ineccepibile sotto il profilo sanitario» e «una testimonianza viva della sollecitudine della Chiesa verso i sofferenti». Paventando «il pericolo di una progressiva disumanizzazione degli ambienti, dove tanto spesso si lamenta la tendenza alla spersonalizzazione del malato e dove si reclama la testimonianza di quei valori spirituali», Montini si disse fiducioso che «gli Istituti religiosi di assistenza e di cura, eredi di un nobilissimo costume cristiano e civile, avranno nel quadro della riforma sanitaria» allora in corso, «il riconoscimento di quella autonomia che è condizione indispensabile per il conseguimento delle loro specifiche finalità. Ciò non significa privilegio o ricerca di comode esenzioni, ma rispetto della giusta libertà già garantita a ciascun cittadino dalla Costituzione del Paese».

Nel 1977 l'organismo assunse l'attuale denominazione di Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari e due anni dopo, lunedì 18 giugno 1979, fu Giovanni Paolo II a ricevere nella Sala Clementina i circa 250 partecipanti al 3° Congresso nazionale, svoltosi a Roma presso la Domus Mariae sul tema "Lo spirito ci chiama alla verifica: testimonianza e servizio per la tutela della salute". Rispondendo al saluto del presidente Rizzo, il giovane pontefice polacco disse: «Il mio pensiero corre alla vasta schiera di anime che spendono le loro energie nelle corsie degli ospedali o delle case di cura, tra le persone assistite nei Centri di riabilitazione o tra gli anziani negli Istituti». Al contempo evocò la «moltitudine di altri visi» in rappresentanza del «mondo dei sofferenti di ogni età e condizione sociale, ognuno con la propria storia, forse con una propria amarezza, certo con un'attesa», a rappresentare «una porzione dell'umanità, di cui troppo spesso il mondo dei sani tende a dimenticarsi».

Testimoniando "ammirazione" all'Aris per continuare «una tradizione nobilissima che,

Papa Francesco imparte la Benedizione all'ARIS
durante l'udienza in occasione del Sessantesimo anniversario dell'Associazione

partendo dall'istituzione dei primi diaconi, caratterizza tutta la storia della Chiesa», il santo Pontefice polacco citò gli "ostelli" degli anni mille, frequentati da pellegrini e crociati, e gli ospedali del Cinquecento, ricchi d'arte e storia, fino ai moderni complessi sanitari, sottolineando come «l'impostazione delle strutture dell'assistenza fosse quasi sempre la medesima: la Cattedrale e, vicino ad essa, l'ospedale, a testimoniare la fede nella duplice presenza di Cristo: quella reale sotto le specie eucaristiche e quella mistica nei fratelli bisognosi».

Da qui la necessità di «ravvivare la consapevolezza di queste tradizioni» offrendo «al degente, insieme ad una prestazione instancabile, ineccepibile sotto il profilo sanitario e umanitario, anche una testimonianza della sollecitudine di Cristo. L'assistenza, infatti, non può ridursi all'elemento strettamente tecnico-professionale, ma deve rivolgersi a tutte le componenti dell'essere umano», anche a quella spirituale, nella «prospettiva di una speranza più vasta, quella che insegna ogni croce posta sulle spalle». Nel suo articolato discorso Giovanni Paolo II indicò tre suggerimenti: il primo riguardante «la scelta del campo d'azione. Lo Stato ha fatto progressi rilevanti nell'adempimento del suo compito. Nonostante ciò, restano settori nei

L'omaggio del Direttore generale Mauro Mattiacci a Papa Francesco

quali l'assistenza pubblica è ancor oggi lacunosa e insoddisfacente. Verso tali direzioni dovrà orientarsi con preferenza prioritaria il vostro interesse». Il secondo riguardava «il discorso religioso, che s'intesse» coi «malati: esso dovrà mirare a proporre, con rispetto per tutti, e in particolare con delicatezza per chi non ha ancora il dono della fede il mistero pasquale nella sua integralità. V'è infatti una certa "ascesi dell'accettazione" che si rifà ad una nozione di "rassegnazione" più vicina al fatalismo, che non alla pazienza cristiana (la *hypomoné* di san Paolo)». Quella confermata successivamente con la testimonianza personale da Wojtyla, allora ancora in piena salute e vigoroso, che chiarì: «non rinuncia di fronte alla malattia, ma resistenza attiva: il cristiano opera per liberarsi dalla malattia e dalla morte, nella quale è sorretto dalla certezza che alla fine la vita trionferà». L'ultimo, infine, riguardava lo stile della presenza accanto ai malati, la quale da un lato «ha tratti comuni con quelli di tutte le persone che si dedicano professionalmente all'assistenza, e quindi la preparazione scientifica e tecnica, la generosità», ma dall'altro ha anche «un tratto particolare, che consiste nel vedere nel malato, per la sofferenza che porta nel corpo e nello spirito, la persona stessa di Gesù»; il che

«può comportare anche sacrifici sul piano organizzativo e finanziario delle Istituzioni, particolarmente in favore dei più poveri».
Intanto a padre Rizzo successe di nuovo un erede di san Giovanni di Dio, fra' Pietro Cicinelli, rimasto in carica sino al 2004, anno in cui fu eletto fratel Mario Bonora, Figlio di Don Calabria, il quale restò al timone sino al 2017, quando ebbe inizio l'attuale presidenza di Bebber. E durante la guida di Cicinelli, Giovanni Paolo II, ormai alla fine del suo lungo pontificato, tornò a rivolgersi all'Aris: dopo un saluto al termine dell'Angelus *domenicale del 23 novembre 2003*, il giorno successivo, lunedì 24, inviò un messaggio ai partecipanti al convegno in occasione del quarantennale del sodalizio. Definendolo "benemerito" perché «offre un prezioso contributo al rinnovamento professionale e spirituale del mondo della sanità» esortò i congressisti «a proseguire nel servire il malato con competenza e dedizione». A volte, osservò, «chi vive in situazioni di profondo dolore e pena fa fatica a comprendere il senso e il significato dell'esistenza». Ecco perché è importante che «accanto a lui ci sia qualcuno che, come il buon samaritano, lo sostenga e lo accompagni».
Ecco allora l'offerta di un modello da seguire, quello di madre Teresa di Calcutta, da poco beatificata, che ha saputo testimoniare «in modo semplice e concreto la carità e la compassione del Signore per gli emarginati, i sofferenti, i malati, i moribondi». E apprezzando l'azione dell'organismo «nei territori di missione» nell'aiutare «giovani Chiese a gestire strutture di accoglienza e a preparare qualificati operatori sanitari e pastorali», l'anziano Papa ravvisò l'importanza di intensificare «tale proficua collaborazione fra Comunità ecclesiali del Nord e del Sud del mondo, affinché in ogni parte della Terra, soprattutto dove è più profonda la crisi di valori religiosi e morali, i credenti siano pronti a render ragione della loro fede».

Papa Francesco al Serafico di Assisi

PERSONAGGI CHE HANNO SCRITTO UNA PAGINA DI STORIA DELL'ASSOCIAZIONE

Facendo ora appello a quella "visione quasi personale" che ispira questo numero speciale – la storia dell'ARIS è ormai nota negli Annali –, ma anche a quello spirito di collegialità che ha caratterizzato il nostro lavoro in questa Associazione, ci sia consentito di ricordare quanti hanno condiviso con noi, oltre al lavoro, anche le ansie, le perplessità, le gioie, le delusioni.

Il ricordo si perde nel tempo, ma le figure si stagliano ancora nitide dinnanzi agli occhi della memoria. Il primo sentimento di riconoscenza non possiamo che rivolgerlo a quel grande spirito di carità di San Giovanni di Dio che ha suscitato nella mente di Confratelli di quel tempo vivacità e capacità di cogliere i segni dei tempi.

Questo va detto in primo luogo per il Padre Mosè Bonardi, ex Provinciale della Provincia Lombardo Veneta Fbf, ed ex Superiore Generale, e il segretario della medesima Provincia Padre Pierluigi Marchesi, due menti fervide che hanno saputo tradurre l'esperienza secolare del loro mondo religioso in forme che, ancora oggi, si dimostrano più che valide, e che hanno generato tutte le grandi realtà che discendono dagli "Ospedali Classificati" da loro suggeriti nella prima grande riforma sanitaria. È ben noto a tutti, infatti, che i maggiori ospedali – "dagli Istituti a carattere scientifico ai più grandi Ospedali religiosi di oggi" – hanno inizialmente percorso questa strada, sono cioè passati attraverso la classificazione conquistata dall'Aris.

È fortemente doveroso fare piena memoria ed esprimere viva riconoscenza anche a quanti, uomini e donne, religiosi e religiose, negli stessi ospedali – come nelle Case di cura "convenzionate in totum" con le varie Unità Sanitarie (oggi ASL) – hanno immediatamente percepito il segno dei tempi e non hanno esitato a collocare le loro Istituzioni nelle forme dovute. Limitandoci ora, per ovvie ragioni, al ricordo di quanti ci hanno lasciato, come non rievocare – tra religiosi e laici – le figure indimenticabili di P. Bassiano Ferrandi, Presidente Nazio-

nale dell'ARIS per sei anni, e già Priore Fbf dell'Isola Tiberina, la sua profonda semplicità, la sua grande onestà intellettuale e quella sua focosa passione con la quale affrontava, a diversi livelli e in tutte le sedi, le questioni che riguardavano l'Aris; e che dire di P. Silvio Crosato che per circa otto anni è stato Vice Presidente, ricordato da tutti come il burbero buono. Un'impronta estremamente significativa l'ha lasciata in noi P. Pietro Carrazza, Concezionista, Presidente dell'IDI di Roma, sempre pronto a distribuire la saggezza insita nella sua grande anima.

Con uguali sentimenti vogliamo ricordare alcuni dei laici che si sono ritagliati il posto in una particolare riconoscenza nella storia della nostra Associazione: l'Avvocato Pasquale Arminio, che ha affiancato sin dall'inizio i fondatori dell'Associazione con grande perizia giuridica e organizzativa; il compianto Professor Alberto Barettoni Arleri, uomo dalle grandi capacità intellettuali che ci ha guidato nei tortuosi cammini del nostro percorso.

E, sia pure in veloce accenno, fare memoria di alcuni di quelli che nella responsabilità di Delegati regionali Aris, hanno consumato la loro testimonianza di servizio ai malati: il P. Fulgenzio Fantin, Responsabile dell'Abruzzo, e, parimenti, P. Corrado Signore, figure indimenticabili per la loro francescana semplicità e lungimiranza. Né possiamo dimenticare mai le due splendide figure di "Don Calabria," Responsabili del Triveneto: Fr. Pietro Nogarè e Fr. Rino Nordera, scomparso quest'ultimo, così presto, nell'impegno di sviluppo di un'Opera dai risultati prestigiosi realizzata, secondo il "desiderio profetico" del Fondatore che l'aveva previsto come il "villaggio" della carità. Un cenno, parimenti, alla carissima Sr. Saveria Olmi, delegata dell'Emilia-Romagna.

E non certo ultimo, il carissimo Dr. Emilio Verardi, dal carattere impetuoso e generoso, che rappresentò, per anni in seno all'Aris, il gruppo dei "Valdesi" con i Loro ospedali di Genova, Torino, Napoli e delle Valli e, per un certo tempo, Tesoriere stesso dell'Aris. Infine il nostro ricordo va all'amico che ci ha lasciato, da ultimo proprio in quest'anno, con un vuoto incolmabile nell'anima stessa dell'ARIS, Josè Parrella.

È una galleria di dovuti ricordi e di doverosa collettiva riconoscenza. Per loro e con loro siamo cresciuti come una grande famiglia capace di affrontare unita le difficoltà che via via si presentavano lungo il corso della nostra storia. Molti ci hanno lasciato troppo presto. In tanti vivono nei nostri ricordi. Riproporre una testimonianza su ciascuno di loro sarebbe compito tropo arduo, seppure per una pubblicazione commemorativa. Abbiamo perciò dedicato alcune pagine al ricordo di quanti ci sono stati personalmente più vicini e alla testimonianza di chi ancora oggi, ha voluto rivivere, con piacere con noi, la sua avventura accanto all'ARIS.

(m.p.)

FRA' MOSÈ BONARDI

IL PRIMO PRESIDENTE DELL'ARIS

A pensarci ora, l'idea innovativa di creare un'Associazione che riunisse tutte le istituzioni sanitarie religiose italiane fu veramente un processo all'avanguardia, una visione moderna, tanto più che la salute era stata affidata fino a quegli anni ad enti di assistenza, di beneficenza e religiosi. L'idea nacque dall'intuizione di due religiosi dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio Fatebenefratelli Fra' Mosè Bonardi e Fra' Pierluigi Marchesi.

Non a caso dunque Fra' Mosè Bonardi è stato il Primo Presidente fondatore dell'ARIS.

Nato a Passirano (provincia di Brescia) il 9 novembre 1912, appena compiuti gli studi il 9 dicembre 1930 professò i voti semplici. 6 anni dopo, era il 15 dicembre 1936, professò i voti solenni. All'interno dell'Ordine dei Fatebenefratelli svolse diversi incarichi: ; a lui si devono le iniziative per la creazione degli Uffici generalizi per le missioni e per gli studi, per l'organizzazione degli scolastici e per l'istituzione della scuola di spiritualità e missionologia a Roma. Come Superiore Provinciale, sostenne la fondazione delle due opere missionarie africane di Afagnan in Togo e di Tanguiéta in Benin, oggi istituzioni ospedaliere autonome. Tra l'altro fu Superiore Generale dal 1953 al 1959 e Superiore della Provincia Lombardo Veneta dal 1950 al 1953 e dal 1959 al 1967. Fu proprio negli anni del suo secondo mandato come Provinciale della Provincia Lombardo Veneta che, con altri religiosi e religiose impegnati in strutture socio-sanitarie gestite direttamente dalle loro stesse Congregazioni, decise di dare vita ad un consorzio innovativo, capace di riunire in Associazione le strutture sanitarie gestite da enti e congregazioni religiose che ne sposasse il progetto. Un progetto teso a dare voce alla realtà che esse stesse rappresentavano nel sistema salute del Paese, nel momento in cui ci si apprestava a quelle radicali riforme che avrebbero portato alla costituzione del Servizio Sanitario Nazionale. La sua capacità organizzativa frammista al suo formidabile intuito, al suo tendere al progresso e al continuo aggiornamento in armonia con le esigenze dei tempi moderni, fece propendere i primi Associati ad affidare proprio a lui la prima Presidenza dell'Associazione. Morì a Milano nel novembre del 1967.

(L.M.)

FRA' PIERLUIGI MARCHESI

IL PIONIERE DELL'UMANIZZAZIONE DELLA MEDICINA

Fra' Pierluigi Marchesi, il secondo Presidente nella storia dell'ARIS, (1969/2002), è stato l'indiscusso protagonista di un'ampia azione di rinnovamento, che la storia ricorderà con il nome di "Umanizzazione". Da allora tutto il mondo sanitario ha usato questa espressione. Ma pochi sanno che a farne non uno slogan ma una creatura di carne e di sangue, oltre che di spirito, fu questo frate lombardo che, interrotti gli studi al primo anno del ginnasio superiore, si mise a cercare il modo migliore per non bruciare la propria vita di uomo e di religioso nella routine, nella comodità di un ruolo, nella rassegnazione pietistica e rinunciataria. Ancora oggi Frà Marchesi è considerato nel mondo della

Evento al Ciocco del 1995 "Uniti nella comune missione"

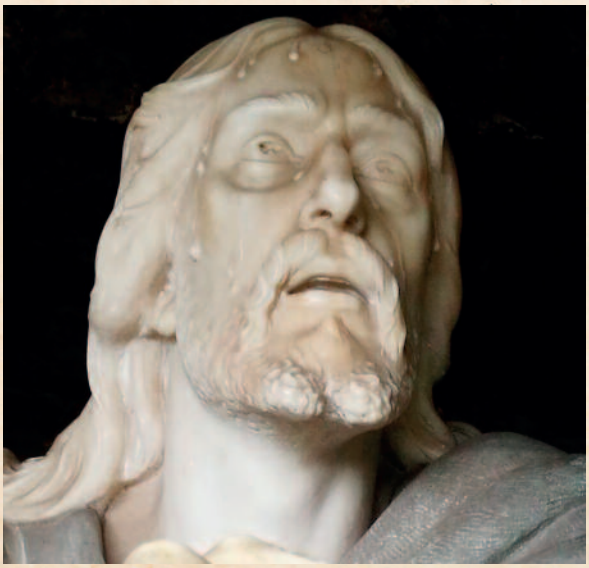
salute "pioniere" e "profeta" dell'approccio umanizzato al paziente.

Fra' Pierluigi, nei suoi anni di Presidenza, ha valorizzato oltremodo la formazione dei religiosi e dei collaboratori scelti per affiancarli, nell'ottica di una "gestione carismatica" nelle strutture sanitarie gestite dai religiosi, con l'unico scopo di offrire un servizio olistico e pieno di amore all'uomo sofferente.

Fra' Pierluigi Marchesi nacque a Cardano al Campo (provincia di Varese) il 22 marzo 1929. Professò i voti semplici di castità, povertà, obbedienza e ospitalità nel 1946 e i voti solenni il 30 marzo 1953. Nell'Ordine dei Fatebenefratelli, svolse l'ufficio di Segretario Provinciale, Priore, Consigliere Provinciale e dal 1968 al 1976 quello di Superiore della Provincia Lombardo Veneta. Fu anche Responsabile del Centro studi e formazione della Provincia. Nel Capitolo Generale del 1976 venne eletto 48° Superiore Generale dell'Ordine, guidandolo fino al 1988. Anche a livello ecclesiale Fra Pierluigi Marchese diede il suo sapiente contributo: nel 1986 fu membro del Pontificio Consiglio della pastorale per gli operatori sanitari; ricoprì l'incarico di presidente dell'Associazione degli ospedali cattolici (AISAC) e in questa funzione fu delegato della Santa Sede, quale suo rappresentante, in importanti convegni e incontri internazionali. Durante il suo servizio di Superiore Generale, diede notevole impulso al rinnovamento post-conciliare della vita religiosa attraverso importanti documenti e incisivi discorsi che hanno segnato profondamente la vita dell'Ordine e del mondo della salute. Dai documenti prodotti nacque l'ispirazione per la promozione dell'Umanizzazione.

Nella sua attività, istituì la Fondazione Internazionale Fatebenefratelli (FIF) e l'Associazione Fatebenefratelli con i Malati Lontani (AFMaL), ancora oggi operanti nel campo della formazione sanitaria e della cooperazione per la promozione della salute nei Paesi in via di sviluppo. I suoi interventi spaziavano su diversi settori della vita religiosa e della sanità, e il malato era sempre al centro del suo discorrere e unico destinatario delle sue preoccupazioni. Anche negli ultimi mesi della sua debilitante malattia, e provando egli stesso la situazione di assistito, continuò a prodigarsi perché chi accostasse il malato lo facesse con umanità e compassione. È tornato alla Casa del Padre nel 2002.

(L.M.)



FRÀ BASSIANO FERRANDI

UN RAGGIO DI UMANA SAPIENZA NELLA STORIA DELL'ASSOCIAZIONE

È stato Presidente dell'ARIS solo tre anni, dal '71 al '73 ma il suo passaggio è stato per l'Associazione una grande iniezione di umanità. Indimenticabile Fratel Bassiano Ferrandi, già Priore dell'ospedale romano dei Fatebenefratelli all'Isola Tiberina, storico riferimento dei capitolini. Indimenticabile la sua figura bonaria, se vogliamo, e con tutto il rispetto possibile, un po'impacciata per la sua timidezza, e tuttavia estremamente determinato nelle decisioni, tanto era difficile farlo tornare sui suoi passi. Avvolto nel suo saio nero, sempre serio, quasi cupo in volto, si presentava burbero ad ogni apparizione negli Uffici Nazionali. Ma il suo era quasi un vezzo, come lo rivelava poi ogni simpatica battuta con la quale accompagnava commenti alle notizie e complimenti ai suoi più stretti collaboratori, o quando redarguiva il nuovo Presidente eletto, Padre Rizzo, per le spese ritenute eccessive nella gestione della sede nazionale. Del resto lui lo faceva nelle vesti ufficiali di vice-presidente dell'Associazione.

Fratel Bassiano – nato a San Colombano al Lambro (Lodi), il 26 marzo 1916 - ha completato la sua formazione religiosa presso l'Ordine dei Fatebenefratelli, e ne ha assorbito tutta la lunga storia di servizio alla comunità umana. Nonostante una formazione accademica limitata, la sua dedizione alla fede e il suo impegno per la causa sociale sono stati evidenti sin dalle prime fasi della sua vita religiosa.

Prima di assumere la presidenza dell'Associazione socio-sanitaria, fra' Bassiano ha dimostrato la sua capacità di gestione e la sua umanità nel ruolo di priore presso l'ospedale Isola Tiberina di Roma. Nonostante la sua modesta istruzione, ha guidato con successo l'ospedale, evidenziando una straordinaria compassione e un profondo senso di umanità nel suo approccio alla cura dei malati.

Durante il suo mandato come Presidente dell'associazione, la sua esperienza precedente come priore ha sicuramente influenzato positivamente la sua leadership. Fra' Bassiano ha ap-

plicato la sua vasta esperienza nell'amministrazione ospedaliera per migliorare l'efficacia delle iniziative dell'associazione, assicurando che le risorse fossero utilizzate in modo efficiente per rendere sempre migliore il servizio agli associati. Il suo impegno etico e la sua compassione si sono manifestati in modo tangibile attraverso le sue azione. La sua leadership ha incarnato i principi di carità e servizio disinteressato. In pochi anni è riuscito a creare quell'atmosfera di partecipazione e solidarietà tra gli Associati che oggi stenta tanto a riprender corpo. Pur nella sua semplicità Fra' Bassiano ha dimostrato di essere un abile gestore delle relazioni interne ed esterne, unendo le sue competenze amministrative acquisite come priore all'Isola Tiberina con la sua fede e umanità. Ha instaurato collaborazioni significative con altre organizzazioni, contribuendo così a rafforzare il network dell'associazione e a garantire un impatto più ampio e duraturo.

Concluso il suo incarico come Presidente Fra' Bassiano ha affiancato il nuovo eletto Camilliano P. Rizzo come vice presidente mettendo al suo servizio tutta la sua grande carica di dedizione personale e umanità. Gli è rimasto accanto sino a quando ha capito che ormai era giunto il tempo di ritirarsi e di rientrare nella sua sempre amata famiglia religiosa per concludere serenamente – il 25 novembre 1986 a Gorizia - la sua avventura umana e sacerdotale.

(L.M.)

Suor Luigia del Cottolengo di Torino con la Dott.ssa Maria Pia Garavaglia con Madre Alessandra dell'Ospedale Cristo Re

PADRE UMBERTO RIZZO

L'INDIMENTICABILE "PRESIDENTISSIMO"

di Mario Ponzi

Ho pianto la scomparsa del "presidentissimo" – 26 anni alla guida dell'Associazione – quanto a me carissimo Padre Umberto Rizzo. Ho pianto per lui, ma non l'ho mai rimpianto. E non riesco a rimpiangerlo neppure oggi, a più di 23 anni dalla sua morte, perché il suo sguardo profondo e mite, il suo sorriso dolcemente sardonico, qualche volta amaro, la sua inquieta timidezza, non compresa da tutti, i suoi scatti di indignazione, morale più che umorale, la sua curata e densa affabulazione e indifesa introversione, la sua indulgenza regressiva, la furia per i suoi cedimenti, le sue sincere preoccupazioni ed apprensioni per i problemi di quanti lo circondavano, così come la condivisione delle loro gioie e dei loro dolori, ma soprattutto la calda e sincera amicizia sacerdotale con la quale mi ha sempre gratificato, vivono dentro di me, mi sorreggono, mi guidano ancora.

E così è per tutti noi che con lui abbiamo condiviso anni di lavoro in ARIS. "Padre Umberto – non a caso scrisse di lui nel ricordo che ne fece Giovanni Costantino, altro suo intimo amico e profondo conoscitore – sapeva ben miscellare gli aspetti meramente lavorativi con il rispetto e l'accortezza per la persona che si trovava di fronte. Riusciva ad entrare nella tua vita in punta di piedi, senza mai risultare invadente, ma nel contempo attento a tutte le vicissitudini del quotidiano, compreso il vissuto familiare".

Ci ha uniti in matrimonio, ha battezzato i nostri figli, ha celebrato i nostri anniversari. Per noi lui era più che un parroco. Noi per lui eravamo la sua Chiesa.

Non ci siamo mai dati quel "tu" che per oltre trent'anni, sebbene l'avessimo entrambi più volte cercato, non riuscimmo mai a governare nei nostri incontri. E neppure nei non pochi scontri che li animavano, pur senza lasciar

Padre Umberto Rizzo

traccia. Anzi: ogni volta ne uscivamo ancor più legati, perché in essi c'era la testimonianza della lealtà e della sincerità che caratterizzava il nostro lavorare insieme.

Però coniò per me un azzeccato soprannome, il "Fijarello". Fu durante una delle tante nottate trascorse a girare la manovella della stampante a mano di Aris.notizie, lui non mancava mai l'appuntamento. Io mi lamentavo e sbadigliavo e lui mi "stuzzicava" insieme a Vannimartini: "Enzo – diceva – il fijarello ha sonno…".

"Fijarello" continuò a chiamarmi anche quando, ormai ultracinquantenne, gli confidai le mie ansie nel diventare padre per la quinta volta. Ricordo ancora il tono della telefonata con la quale lo informai, la prima che feci. "A dotto' – mi disse tra il sorpreso e quell'ironia quasi maliziosa che non mancava mai di affacciarsi al momento giusto, senza disturbare – ma che ha combinato!?!?!? Allora faccio bene a dirle che lei è proprio un fijarello!!!".

"A dotto'". Mi salutava così quando, con aria quasi biricchina, finalmente compariva sulla porta del suo studio anche oltre un'ora dopo avermi dato improrogabile appuntamento per "scrivere l'intervento di....". Leggeva, nel mio sguardo, la protesta per l'attesa ma preveniva le lamentele attribuendo a Bacco la responsabilità del sonno improvviso che lo aveva rapito dopo il pasto: «A dotto'?!?! ma che vvole? –

mi diceva con aria sorniona in un romanesco piemontesizzato – Orazio mi ha apparecchiato un vinellino...».

È sempre stato un cultore della buona cucina. Ne parlava con passione, quasi carnale, mentre, a tavola, violavamo insieme i divieti di medici e dietisti. Persino con il fernet mascherato da camomilla, con il quale solitamente si metteva uno stop alle libagioni.

E noi tutti eravamo ben lieti di seguirlo quando ci convocava attorno ad un tavolo apparecchiato per passare qualche momento insieme in allegria. Non ricordo che mai qualcuno si sia tirato indietro.

Era il numero 1 nella sua missione. Profondo conoscitore delle diverse realtà che caratterizzano il mondo della sanità privata di matrice religiosa, sapeva cogliere i repentini cambiamenti della società e intuiva la necessità di adeguarsi ad essi, senza che venisse mai meno la sua attenzione a quei carismi che animano l'essenza stessa delle congregazioni religiose e delle strutture sanitarie che ad esse fanno capo. Un uomo di Chiesa, che ha arricchito la sua vocazione scegliendo sempre di scendere in campo, di vivere pienamente il sociale, di impegnarsi in prima persona con risolutezza e convinzione. Pur non risparmiando mai se stesso, sapeva altresì valorizzare il lavoro degli altri, riuscendo così ad ottenere il massimo impegno da tutti con cortesia e perspicacia.

Avrei voluto lasciare quando lui lasciò. Ma fu anche quel momento occasione per un ammaestramento: un'idea si sposa al di là degli interpreti. E per lui l'ARIS era un'idea che non avrebbe mai dovuto venir meno. Ed io, che da lui ho imparato, ancora sono attaccato a quell'idea e l'amo come lui mi hai insegnato a fare. Oltre trent'anni, intensi, è durata la nostra amicizia. Un'amicizia per sottrazione, alla quale devo anche quello che non le devo. Mi ha fatto scoprire, e ha sostenuto, aspetti fondamentali di me stesso: il coraggio della paura, la voglia di ricercare sempre la verità, anche se dolorosa e tocca il nervo scoperto della sofferenza. Per sottrazione…, senza grandi discorsi, ma attraverso silenzi, accenni, mezze frasi, stimoli e rimproveri, a volte anche crudi, ma sempre tra il fraterno e il paterno, e comunque denso di quella sensibilità che contraddistingue un'anima profondamente sacerdotale. Il coraggio della paura era dentro di me empiricamente; lui lo ha fatto emergere sino all'orizzonte della coscienza. Ha tante volte frenato la mia irruenza e mi ha fatto diventare più riflessivo; con le sue parole, ma soprattutto con quanto ho vissuto di lui, nel quotidiano suo incontro con la gente – dal politico all'ultimo dei camerieri che ti confidava le sue angosce –, ha dato spessore di vita alla mia storia umana. A volte mi sembrava che volesse proteggermi senza stornarmi o dissaudermi dai propositi, ma orientandoli e quasi guidandoli senza che io potessi o volessi oppormi.

L'ultima volta che ci siamo visti, era il giorno del suo novantesimo compleanno. L'ho trovato incredibilmente bello; ero felice di averlo trova-

to così in forma. Poi però, al momento dei saluti, mi sconvolse con una di quelle sue non rare battute che nello scherzo e nello sfottò, celavano la realtà, bella o brutta che fosse.: "A dotto' venga qui che stavolta l'abbraccio, perché non so se ci rivedremo ancora". Con un sorriso, mal spento sul nascere, gli detti invece appuntamento a Roma per il prossimo incontro dell'ARIS. Seduta stante organizzammo anche il viaggio in macchina sino a Roma, con fratel Mario, che ha sempre amato ben più di me, con quello che chiamava il suo angelo custode Raffaele d'Ari e il nostro intramontabile Enzo Vannimartini. Ma anche quella volta ebbe ragione lui, come sempre più consapevole e più coraggioso di me.

Di bei ricordi Padre Umberto ha arricchito tutti noi che abbiamo avuto la fortuna di conoscerlo e di collaborare con lui. Sono momenti di vita preziosi che custodiremo gelosamente, ricordando l'affetto che ha saputo comunicarci, con la speranza di avere lasciato anche a lui una parte di noi stessi.

Ancora oggi sento di dover dire grazie a quel sacerdote, a quell'uomo di Dio, per aver attraversato la mia strada, per avermi accompagnato per un bel pezzo e per aver così tracciato un percorso che spero mi conduca verso quella luce nella quale, sono certo, lui oggi rifulge.

Padre Umberto Rizzo con Fra' Bassiano e Paolo VI

VENTITRÉ ANNI DI PRESIDENZA

È e sarà sempre ricordato come il "Presidentissimo dell'ARIS": Padre Umberto Rizzo, Camilliano, ha ricoperto per 23 anni la carica di Presidente, dal 1976 al 1999. Uomo gioviale, di compagnia, sempre molto ospitale, amante della convivialità ha saputo coniugare le responsabilità derivanti dagli incarichi ricevuti alla capacità di mettersi in fraterna comunicazione con tutti coloro che ha incontrato nella sua lunga vita, vissuta in pienezza. Ha ricoperto importanti incarichi ma, soprattutto, sarà sempre ricordato per i suoi trent'anni trascorsi a Roma

Il 24 giugno del 2010, festa di San Giovanni Battista, P. Umberto Rizzo è tornato alla Casa del Padre. Nato a Bologna il 10/09/1919, entrò come aspirante a Imperia il 5/11/1934 e iniziò il noviziato a Verona il 9/10/1936. Emise la Prima Professione, sempre a Verona, il 10/10/1937. Il 12/10/1937 fu trasferito a Torino Villa Lellia per gli studi filosofici. Il 1° novembre 1940 emise la Professione Perpetua. Venne ordinato diacono il 5/07/1942 e presbitero il 19/08/1942 dal Card. Fossati nella Chiesa dell'Arcivescovado di Torino. Terminò gli studi teologici il 17/11/1942. Dopo aver seguito i Postulanti nella Congregazione fu eletto dapprima Superiore della casa di Imperia, dove rimase fino 1955 quando venne eletto Superiore della casa dei Camilliani di Torino Villa Lellia. Nel 1959 divenne Superiore della casa di Forte dei Marmi e a luglio dello stesso anno Consigliere Provinciale. Tre mesi dopo venne eletto Superiore provinciale e confermato Superiore della Casa di Forte dei Marmi

Il 3/05/1970 iniziò la sua avventura in Aris: venne eletto Vice presidente. Il 16/03/1972 venne nominato dalla Santa Sede Assistente nazionale della F.I.R.O, incarico che conservò anche con l'avvenuta elezione a Presidente nazionale dell'A.R.I.S. (ad triennum). Nel 1978 fu nominato Visitatore apostolico per l'Istituto serafico per ciechi di Assisi. Un periodo assai travagliato per quell'Istituto che solo la caparbietà e il grande amore di Padre Rizzo riuscirono a risollevare, gettando le basi per il futuro. Nel 1995 fu ancora confermato Presidente dell'ARIS, anche se conservò sempre il suo legame con la Congregazione come Presidente di Comunità a Villa Lellia (To).

Il 1/06/1999 rientrò definitivamente in Provincia rinunciando all'incarico di Presidente dell'ARIS e venne inserito nella Comunità di Genova Righi. Il 1/03/2000 venne nominato Direttore del nuovo Segretariato Missioni. Successivamente fece ritorno a Forte dei Marmi come Direttore della Casa di cura, dove restò anche quando lasciò ogni suo incarico nel 2007. La malattia cominciò a consumarlo. Sentendosi ormai giunto alla fine della sua missione chiese ed ottenne di essere riportato a Torino , nella "sua" Villa Lellia. dove morì poco dopo il suo arrivo, lasciando un grande vuoto nel cuore dell'ARIS.

(m.p.)

FRÀ PIETRO CICINELLI

IL PRESIDENTE DEL TERZO MILLENNIO

Lo ricordiamo come il "Presidente del terzo millennio". Eletto nel 1999 Frà Pietro Cicinelli è stato in effetti, il Presidente che ha traghettato l'Associazione nel Terzo Millennio. Profondo conoscitore del sistema salute del Paese, attento alle continue conquiste della scienza e della ricerca medica, aperto alle innovazioni tecnologiche, fautore di un nuovo sistema di assistenza al malato nel passaggio dal curare al prendersi cura della sofferenza, scrupoloso amministratore delle risorse disponibili per l'ottimizzazione del servizio al malato, Padre Cicinelli credeva fermamente nella necessità di costituire una grande rete europea della sanità. Del resto erano gli anni di crescita dell'Unione Europea che andava sempre può allargando i propri confini. Più volte Frà Pietro manifestava la sua speranza che "con la grazia del battesimo – era solito ripetere- ed il soffio dello Spirito Santo, si svilupperanno forze nuove che ci aiuteranno a realizzare i numerosi doni dello Spirito e a percorrere i sentieri del Terzo Millennio con rinnovato slancio". L'idea di una grande ed unica famiglia che riunisse tutte le genti era la "sua" idea. E dalla sanità cattolica sarebbe potuta giungere una convincente testimonianza se solo si fosse trovata la capacità di costituire una rete di solidarietà. Era convinto che le istituzioni gestite in Europa da enti e congregazioni religiose dovessero compiere un cammino comune. La libera circolazione di idee, uomini e mezzi nell'unione europea poteva essere l'occasione propizia per una nuova cultura della sanità cattolica senza confini. E come dargli torto visto che il Consiglio dei Governi d'Europa proprio in quegli anni stavano lavorando alla costituzione di una Carta sanitaria unica" per tutti i cittadini europei.

Con la lungimiranza che ancora oggi lo distingue, frà Pietro continuava a mettere in guardia le Istituzioni associate affinché non si facessero

Fra' Pietro Cicinelli

trovare impreparate, anzi fossero sempre pronte ad entrare a pieno titolo in questo progettato sistema con professionalità certamente, ma anche con il consueto spirito di solidarietà e carità evangelica, soprattutto nei confronti degli emarginati e degli immigrati.

Ma non si faceva troppe illusione. Lo diceva ai suoi più intimi collaboratori. Sapeva che non sarebbe stato un cammino facile visto la grave recessione economica che il Paese stava affrontando. Già allora si cominciava a parlare di quali servizi garantire a tutti i cittadini (oggi LEA) e quali invece si dovevano pagare da soli o attraverso la sottoscrizione di costosi contratti assicurativi, possibilità quest'ultima non alla portata di tutti. Senza poi considerare l'evoluzione in quegli stessi anni di certe forme di assistenza che dalla competenza ospedaliera passavano alla competenza dell'assistenza sociale e domiciliare.

Nella sua mente vulcanica fomentavano sempre nuove iniziative per trovare sinergie e forze collaborative all'interno dell'Associazione per ottimizzare le pur limitate risorse economiche e poter realizzare attività di ricerca dentro e fuori i confini di casa. Arrivò persino ad incoraggiare lo scambio di professionisti, di esperienze, di progetti innovativi, di risultati ottenuti negli studi di bioetica, in campo clinico e quant'altro tra gli associati.

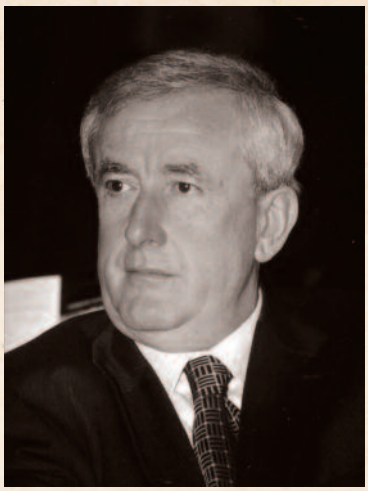
Un sogno irrealizzato il suo. Ragionava in grande ma la risposta sul campo fu per lui deludente. Sin dall'inizio. Ma non si è mai perso d'animo anzi continuò a spronare gli associati a riflettere su quanto cammino potrebbero fare le istituzioni se si presentassero unite e con unico intento , sempre nel rispetto – assicurava il Presidente – di ogni singola individualità e identità.

E quando nel 2004 lasciò la Presidenza non mancò di formulare il suo augurio a tutti quanti operavano nelle strutture associate affinchè continuassero a lavorare insieme nel pieno rispetto della persona, considerata nella sua interezza ed integrità fisica. "Occorre continuare ad offrire un servizio olistico alla persona, altamente qualificato – disse -. In questo modo ogni gestore, ogni operatore sanitario, nell'esercizio della propria professionalità, continuamente aggiornato per realizzare il carisma dell'ospitalità, avrà la consapevolezza di collaborare con Dio nel far recuperare la salute all'uomo sofferente e fargli raggiungere la salvezza." È il mandato più prezioso lasciato da frà Pietro per il cammino che l'ARIS dovrà compiere nel tempo per aiutare le strutture associate a raggiungere lo scopo ultimo della loro presenza nel mondo della salute: un'efficace opera di evangelizzazione.

Fra Pietro Cicinelli, al secolo Michele, è nato il 10 gennaio 1944 a Gambatesa (in provincia di Campobasso). Religioso fatebenefratelli dal 1961, ha ricoperto incarichi di rilievo nell'ordine, a partire da quello di Superiore della provincia romana. Ha diretto diversi ospedali ed ha ricoperto l'incarico di Presidente dell'AFMAL (Associazione con i Fatebenefratelli per i Malati Lontani). Attualmente è Consigliere nella Provincia Romana.

(p)

Dott. Domenico Galbiati con
Fra' Pietro Cicinelli e Padre Virginio Bebber



FRATEL MARIO BONORA

UN TOCCO DI SIGNORILITÀ IN CASA ARIS

La signorilità fatta persona alla guida dell'ARIS. Fratel Mario Bonora, Religioso professo nella Congregazione di diritto Pontificio "Poveri Servi della Divina Provvidenza" di Don Calabria, è stato alla guida dell'Associazione per due mandati, dal 204 al 2017. Ma la sua esperienza in ARIS riale ad anni prima quando aveva affiancato, come vice Presidente, padre Umberto Rizzo. Ricorda in particolare proprio quel periodo, "un periodo molto impegnativo - afferma - poiché ricoprivo anche l'incarico di Presidente dell'Ospedale Sacro Cuore di Negrar". A spingerlo era stata la sua grande amicizia con il Presidente Camilliano. "Un'amicizia – ricorda ancora - direi ereditata da quella nata spontanea con alcuni miei confratelli che mi avevano preceduto nella direzione dell'ospedale di Negrar; fratel Nordera in modo particolare. Solo una volta Rizzo era venuto a Verona dopo la mia nomina alla direzione dell'ospedale. Ma fu sufficiente per entrare in quella sintonia che ci ha poi legati l'un l'altro per gli anni a venire. Non avevamo bisogno di tante parole per capirci. Avevo imparato a intuire il suo stato d'animo sin dalle prime battute che pronunciava all'altro capo di quel telefono rimasto a lungo l'unico mezzo in grado di avvicinarci un po'. Era sempre schietto, sincero. Raccoglievo le sue confidenze, le sue angosce, le sue incertezze, molte, tante volte le sue delusioni."
Un'amicizia che si è poi rivelata determinante negli ultimi periodi della presidenza Rizzo: " erano spesso amarezze quelle che mi confidava. Riusciva a sbalordirmi con la sua grande capacità di reagire, di non lasciarsi mai sopraffare dalle angustie, di trovare sempre il lato positivo delle persone".
Con gratitudine ricorda ancora la vicinanza

Mons. Antonino Calanna con Fra' Mario Bonora

ricambiata da P. Rizzo: "mi è stato molto vicino quando sono stato chiamato a presiedere l'associazione. È stato sempre prodigo di consigli preziosi. Nei primi momenti difficili mi è stato vicino come pochi e il suo sincero affetto è stato un conforto ed un aiuto prezioso ad andare avanti".

Effettivamente Fratel Mario si è spesso trovato a dover combattere dure battaglie per portare l'Associazione oltre le decine di ostacoli che una politica sempre avara con la sanità, e in particolare con la sanità cattolica, ha posto davanti alle strutture associate.

E combattere non era e non è nel suo stile. Non lo è mai stato e mai lo sarà. Anzi cercava sempre di trovare un accordo, le vie per una riconciliazione. Ogni sua richiesta era sempre accompagnata dal sorriso, dalla cortesia, mai imposta. Difficilmente accettava il dibattito quando diventava acerbo. Non gradiva che l'ARIS fosse immischiata nelle diatribe che sorgevano nel mondo politico; amava tenere il profilo basso, non far rumore inutilmente. Ed è stato così che ha comunque guadagnato accoglienza e ascolto per l'ARIS nelle stanze dei bottoni, anche se le difficoltà del tempo vissuto si sono presentate spesso insormontabili. Basti pensare al disastro del 2011 causato da quella scellerata politica dei tagli alla sanità che tanto danno hanno causato all'intero sistema salute del Paese e della quale oggi continuiamo a pagarne il fio.

Nato a Ferrara il 22 aprile del 1941 Mario Bo-

Convegno Domus Mariae

nora, compiuti gli studi primari, ha concluso la sua formazione nella scuola media superiore nel 1960 presso lo studentato della Casa di Formazione della Congregazione dei "Poveri Servi della Divina Provvidenza". L'anno successivo ha fatto la sua professione religiosa ed è entrato a far parte della famiglia di Don Calabria, al servizio della quale ha svolto diversi ed importanti incarichi. Conseguito il titolo del Corso universitario per Educatori è stato per diversi anni Insegnante di religione e Cultura Generale presso la Scuola della Congregazione a Costozza di Longare e poi Direttore della filiale della scuola a Milano.

Dal 1970 si è dedicato interamente alla vita della Congregazione, dapprima come Economo Generale e poi come Presidente dell'Ospedale di Negrar. Il primo incontro con l'ARIS avvenne nel 1990 quando fu eletto Presidente regionale ARIS Triveneto-Incarico che mantenne sino all'aprile del 2004, anno in cui, nel mese di maggio, fu eletto Presidente Nazionale dell'ARIS. Al tgermine del suo primo mandato quinquennale, nonostante avesse paventato la possibilità di tirarsi indietro un po' i tanti impegni sopraggiunti, un po' per motivi di età, ma forse anche per qualche amarezza di troppo sopportata in Casa, nel maggio del 2009 fu rieletto a grande maggioranza alla guida dell'associazione. Nel 2017 lasciò il timone a Padre Virginio Bebber.

(M.P.)

PADRE PIETRO CARRAZZA

UN'ANIMA GRANDE IN UN GRANDE UOMO

Alla vigilia del suo settantasettesimo compleanno, in un pomeriggio di sole che già odorava di primavera, Padre Pietro Carrazza, concezionista, dopo mesi di grande sofferenza fisica vissuta ed accettata con cristiana rassegnazione, è ritornato alla casa del Padre, spiccando il volo finale l'8 marzo 2000, proprio dalla sua Capranica che gli aveva dato i natali e che lui amava profondamente. Per molti nell'ARIS fu la perdita di un vero punto di riferimento in quegli anni, una figura esemplare, carica di una profonda spiritualità e al contempo di una grande, quasi infinita umanità.

Accolto, giovanissimo, nella Congregazione dei Figli spirituali di Padre Luigi Maria Monti, P. Pietro aveva scelto la via del sacerdozio. Ci giunse in età matura dopo aver dedicato gran parte della sua vita allo studio ed alla educazione dei ragazzi in vari istituti della sua famiglia religiosa. Ordinato sacerdote nel 1964, l'anno successivo fu chiamato alla guida dell'Istituto Dermopatico dell'Immacolata di Roma, presso il quale rimase per oltre venticinque anni vivendo pienamente tutte le vicende della sanità italiana legate alla riforma ospedaliera del 1968 ed a quella sanitaria del 1978.

Fu proprio con la legge Mariotti di riforma ospedaliera (quinto e sesto comma art.1 legge 132/68) che P. Pietro portò l'Istituto Dermopatico dell'Immacolata a trasformarsi da semplice casa di cura in ospedale regionale specializzato per la dermatologia (Decreto del Medico Provinciale di Roma del luglio 1970). Confortato e supportato dall'ARIS, nella quale rivestì per anni cariche di responsabilità, P. Carrazza fu uno dei primi religiosi impegnati in sanità a convincersi della bontà della classificazione e della conseguente equiparazione per il personale dipendente.

Come accade per tutti i pionieri, quella scelta epocale operata agli inizi degli anni settanta

non fu vissuta dal P. Pietro in maniera semplice. Non tutti erano d'accordo nel percorrere quella strada. Il nostrano "muro di Berlino" era ancora in piedi e seguire la via dell'equiparazione al pubblico poteva rivelarsi il cuneo con cui lo Stato avrebbe potuto depennare l'ospedalità religiosa. Grazie a Dio così non fu e la classificazione si rivelò, negli anni a venire, la scelta giusta per dare alle opere ospedaliere della Chiesa pari dignità con il presidio a gestione diretta dello Stato.

P. Pietro, nonostante fosse agli inizi del suo mandato direzionale, seppe muoversi con competenza politica ed amministrativa, prima nei meandri dei vari enti mutualistici poi in quelli ancora più ostici dei ministeri e dell'assessorato alla sanità della regione Lazio. Visse tutta l'esperienza del decentramento regionale della sanità allacciando rapporti sia con le varie maggioranze che con le opposizioni. I politici lo rispettavano perché sapeva chiedere il giusto ed il dovuto senza mai scendere a quei compromessi tipici all'interno di certi rapporti istituzionali. Ebbe senza mai dover dare. Anzi spesso ricevette lusinghieri attestati di gratitudine proprio per quella sua pulizia d'animo e per quella sua dirittura morale.

Nonostante i grossi e gravosi impegni politico-amministrativi P. Pietro non dimenticò mai di essere un religioso concezionista e soprattutto un sacerdote. Fu un vero manager ma anche un autentico pastore sia per i malati del suo ospedale sia per il personale dipendente.

Era nato da una umile famiglia che adorava ed amava in tutti i suoi componenti, specialmente gli anziani genitori, e verso la famiglia dei suoi collaboratori si indirizzava affinché il rapporto di lavoro fosse non solo la sterile equazione del dare e dell'avere ma fosse anche il momento di conoscenza e di aggregazione all'interno di un servizio da connotare con la più autentica umanità.

Era un profondo cultore dell'arte. I suoi interessi spaziavano dalla musica classica alla poesia, dalla letteratura alla scultura ed alla pittura. Era un poeta, un poeta con la P maiuscola, un poeta che sapeva confezionare versi rispettando i più collaudati canoni della metrica pura e classica.

Nel 1973 diede iniziò alla completa ristrutturazione dell'ospedale portandolo alle attuali dimensioni e due anni più tardi inaugurò la sede distaccata di "Villa Paola" di Capranica, in provincia di Viterbo. Quando agli inizi degli anni novanta fu rimosso dall'incarico, l'IDI di P. Carrazza e dei suoi confratelli medici, infermieri ed amministrativi che vi prestavano la loro opera, contava una dotazione di 335 posti letto ed un organico di oltre cinquecento dipendenti, mentre erano state avviate le pratiche per il riconoscimento in Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Uscito dall'IDI, P. Pietro non pensò ad un tranquillo periodo di riposo. Tra le tante possibilità di impiego che gli si paravano davanti scelse quella più difficile ed impegnativa. Per

due anni, nonostante fosse stato nominato Vicario Generale, si rinchiuse nella casa famiglia P. Monti a La Storta, sulla Via Cassia, per essere "il padre" di una decina di malati di AIDS mediamente ospitati in quella struttura. Visse quel periodo a contatto diretto con la sofferenza, con la disperazione, confortando sia i malati che i loro familiari.

Non ebbe paura del contagio anche se doveva essere naturale averlo. Visse abbracciando madri e padri, sorelle e fratelli, spose e fidanzati che tra le sue braccia cercavano il conforto, una spiegazione razionale delle ragioni della sofferenza dei propri cari.

Fu quella dell'AIDS per P. Pietro una esperienza faticosa ma esaltante ed egli volle portare all'attenzione del mondo quel particolare modo di fare assistenza, di condividere il dolore pubblicando un libro intitolato "Due Anni con L'AIDS", che resta un punto di riferimento per quanti, volontari e non, hanno un approccio con quella terribile malattia.

Per due anni donò se stesso al prossimo, per due anni dimenticò le sue capacità di manager ospedaliero per essere solo e soltanto il sacerdote, il samaritano sulla strada di Gerico. E quando il male, il brutto male, si impossessò del suo corpo P. Pietro aveva più poco da dare per se stesso ed all'inizio trovò difficoltà a reagire. Ma la sua fede, la testimonianza del carisma lasciato in eredità dal P. Monti gli diedero la forza di superare la prova della malattia, tanto che per alcuni si tuffò nel lavoro editoriale con la redazione di una collana che comprendeva le biografie di illustri confratelli scomparsi e che con la loro vita erano stati interpreti dell'insegnamento del Padre Fondatore.

Una attività, purtroppo, rimasta incompiuta. La recrudescenza del male si presentò in quella linda camera della sua "Villa Paola" in un pomeriggio di sole che già odorava di primavera nell'anno primo del terzo millennio.

Con la scomparsa di Padre Pietro Carrazza si conclude un itinerario di vita fatto di amore e di solidarietà, di semplicità e di onestà ed al contempo di grande professionalità. È scomparso il religioso, il sacerdote, è scomparsa una grande anima il cui solare movimento potremo ancora ammirare nel rileggere i suoi scritti ed in particolare le sue composizioni poetiche.

Per chi ha avuto l'onore di stargli vicino per lunghi anni, per chi ha avuto modo di apprezzare le sue qualità di uomo e di religioso, per chi si è gratificato della sua amicizia e dei suoi insegnamenti un ricordo svetta su tutti: il volto di P. Pietro mentre celebra l'Eucarestia nella cappella della casa famiglia P. Monti, attorniato dagli ospiti malati di aids e dai loro familiari. Un'immagine che resterà per sempre impressa nel cuore; un volto gioviale, solare, una icona in misteriosa trasformazione dalla quale trasparivano lampi di fiducia e di amore. Una serenità che saliva dal di dentro per essere anch'essa pane di speranza nei confronti della sofferenza che circondava il piccolo altare.

(g.c.)

GIANFRANCO SPAGNUOLO

IL RAGIONIERE DEL BUON UMORE

Se l'ARIS avesse mai l'idea di istituire un premio per i laici impegnati nell'area della sanità ospedaliera non profit, certamente tra i candidati favoriti sarebbe scritto il nome di Gianfranco Spagnuolo: un premio alla memoria perché Gianfranco da diversi anni non è più tra noi. Ma la sua testimonianza resta. Per oltre quarant'anni, impegnato con diversi incarichi negli ospedali religiosi classificati ed equiparati, ha condiviso la vita dell'Aris sin dall'anno della sua costituzione.

Siamo agli inizi degli anni sessanta ed il giovane Gianfranco approda all'Isola Tiberina, all'ospedale San Giovanni Calibita dei Fatebenefratelli. È lì che inizia la sua attività di tecnico amministrativo nell'area contabile e nella gestione economica del personale. Inizia una fraterna amicizia con il priore dell'epoca, Fra Bassiano Ferrandi, tanto da essere nominato, per l'ARIS, segretario della delegazione del Lazio e del Centro Sud.

L'esperienza lavorativa con i religiosi di San Giovanni di Dio si conclude nel 1976 quando lascia il San Giovanni Calibita da Vice Direttore Amministrativo per trasferirsi al San Carlo di Nancy, in qualità di direttore Amministrativo. Resta in carica sino al termine del ventesimo secolo, quando l'ospedale da lui diretto passa di proprietà delle suore di Nancy alla Congregazione dei figli dell'Immacolata Concezione, con l'obiettivo di farne un polo di eccellenza ospedaliero aggregato all'Istituto Dermopatico dell'Immacolata, già classificato e riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Gianfranco sovraintende in prima persona alla contrattazione per il passaggio di proprietà con la recondita speranza di concludere con i figli spirituali del Beato Luigi Maria Monti la sua quarantennale esperienza lavorativa nel campo dell'ospedalità religiosa classificata ed equiparata. Purtroppo il desiderio non trova

il suo compimento con sua grande delusione.
Nonostante i gravosi impegni nella gestione ospedaliera, Spagnuolo non ha mai fatto mancare il suo contributo tecnico professionale nelle attività istituzionali dell'ARIS. Insieme ad altri laici impegnati nelle istituzioni associate, ha seguito l'evoluzione normativa delle leggi sanitarie nonché la stesura dei vari contratti di lavoro per il personale dipendente della sanità non profit.
Va ricordato in particolare il decennale confronto sindacale con i medici dell'ANMIRS (associazione nazionale medici istituti religiosi ospedalieri).
Gianfranco Spagnuolo è tornato alla casa del Padre alla vigilia del compimento degli ottantadue anni, mentre era ricoverato per accertamenti al Policlinico Gemelli.
Un solido mattone che è venuto a mancare in casa ARIS, ma di lui resta il ricordo di un grande uomo e valido professionista, il suo sorriso e la sua autoironia vivono nel ricordo di quanti l'hanno saputo apprezzare.

(g.c.)

Convegno sul non profit in Sanità

JOSÈ PARRELLA
GENIO E SREGOLATEZZA

Aveva sempre il sorriso sulle labbra. Un sorriso che condivideva troppo spesso con una sigaretta accesa. Ma questo era Josè Parrella, genio del bene e sregolatezza. È proprio il sorriso il dono più bello che ci ha regalato in tanti anni vissuti sulla stessa barca. Tutti in ARIS ancora oggi ricordano quanto fosse bello quel sorriso e quanto rassicuranti fossero le sue parole. Lo ricordano come un grande amico, un ragazzo senza malizia e con

tanta voglia di costruire il futuro. Aveva un modo tutto suo di vedere la vita e di affrontare il mondo. Sapeva essere amico e confidente, custode prezioso di tanti nostri segreti. Tutto quello che resta di lui è racchiuso nei ricordi di chi lo ha conosciuto.

Ma i ricordi, sono l'arma più potente di tutte: nessuno è in grado di cancellarli e quelli più forti sopravvivono persino al tempo che fugge senza pensare alle vittime che miete. E Josè Parrella resterà certamente a lungo nel cuore dell'ARIS.

L'ARIS si può dire sia cresciuta insieme a lui. Dal 1970 a quest'anno che ci ha lasciato non è mai mancato a momenti importanti, decisivi tantissime volte, della vita associativa. Amava l'Associazione, quasi fosse una sua creatura. L'ha sostenuta sempre con coraggio e determinazione; le ha spesso trasmesso forza ed entusiasmo nel superare i tanti ostacoli che si sono frapposti al cammino di questi anni.

Josè Parrella era nato a Pariaguan, in Venezuela, il 12 gennaio del 1955. È stato Presidente di ARIS Regionale del Piemonte e Consigliere Nazionale dal 2000 ad oggi. Laureato in Giurisprudenza ha ricoperto importanti incarichi in numerose strutture sanitarie. La sua attività lavorativa era iniziata nel 1983 come Commissario straordinario dell'Ospedale Villa Betania Panticelli di Napoli. Successivamente era stato nominato Direttore Generale e Responsabile del Presidio Sanitario Gradenigo. Negli anni successivi è stato Amministratore unico della Casa di Cura di Villa Grazia San Carlo di Torino, Amministratore delegato della Casa di Cura Villa Serena di Piossasco, Direttore Generale della Casa di Cura Ville Turina Amione San Maurizio sempre a Torino, Direttore Filiale ORPEA Italia e attualmente era Assistente di Direzione e Responsabile amministrativo presso il CRFR Mons. Luigi Novarese a Moncrivello. Nell'ARIS ha ricoperto anche l'incarico di Membro permanente per il rinnovo del CCNL sanità privata e membro della Consulta Regionale della Pastorale.

Dopo lunga e dolorosa malattia, sopportata con il suo consueto coraggio e spirito di sopportazione, Josè si è spento lunedì 13 marzo scorso, a Torino, nel Policlinico San Giovanni Bosco dove da tempo era ricoverato.

ANNAMARIA AGOSTINI – LA PRIMA "DIPENDENTE"

UN SORRISO PERENNE SULLA PORTA DI CASA

Annamaria Agostini con Mons. Elio Sgreccia

Anna Maria Agostini, spes unica, è stata per oltre trent'anni la segretaria dell'Aris al servizio dei vari presidenti, segretari generali e nelle varie sedi in cui è stata ed è operativa l'associazione.

Iniziò il suo rapporto di lavoro nel settembre 1973 dopo una breve parentesi operativa nell'Istituto Dermopatico dell'Immacolata e fu proprio il Presidente di quell'ospedale ad assumerla all' ARIS nella sede di Via Bonaventura Cerretti. Fu la prima dipendente ad essere iscritta al libro paga con tutte le garanzie di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato. Sposata con Gino Fattori, e già madre di una bambina ad Anna Maria non sembrò vero passare dalle mansioni di ausiliaria a quelle di impiegata con valorizzazione del suo titolo di studio.

Originaria di Acquapendente in provincia di Vi-

terbo dimostrò sin dall'inizio del rapporto una grande disponibilità nella gestione delle incombenze con lo spirito tipico di una signora figlia del popolo, caratterizzata da una ruspante autoironia che sapeva dispensare buon umore a quanti le stavano vicino. Sapeva farsi voler bene dagli associati con i quali collaborava in nome e per conto della presidenza dell'associazione.

Con grande spirito di sacrificio seppe adattarsi ai vari cambiamenti di sede, da Via Cerretti con Fra Bassiano Ferrandi a Via Mistrangelo con Padre Rizzo fino all'ultima splendida location nel parco dei Passionisti al Celio con lo stesso Rizzo, con fra Sivio Crosato e con fra Pietro Cicinelli.

Anna Maria fu una impiegata modello in perenne formazione dovendo spaziare dall'attività istituzionale alla contabilità sia semplice che in doppia partita curando, in particolare, il partitario delle quote associative. A lei Padre Rizzo aveva affidato la gestione della piccola cassa per far fronte alle spese correnti come quelle delle colazioni da offrire ai componenti le varie commissioni di lavoro con i sindacati e con i rappresentanti delle opere associate.

Sempre disponibile, sempre con il sorriso sulle labbra, possiamo dire che è stata per trent'anni l' immagine stessa dell'ARIS, una grande donna, l'amica di tutti dalla facile parlantina in cui intercalava parole del dialetto acquesiano tipo: "O Gianni non fare lo sciorno".

(g.c.)

Anna Maria Agostini con Mauro Mattiacci e il Superiore della Basilica di San Giovanni e Paolo

Come sentirsi sempre uno di casa

L'INTRAMONTABILE CALORE DI UN AFFETTO SINCERO

di Raffaele D'Ari

Il Dott. Raffaele D'Ari con la sua Signora Gilda

Al termine della mia lunga esperienza presso il Ministero della Salute, nel corso della quale ho ricoperto a vario titolo la funzione di Dirigente generale, ho avuto l'opportunità di mettere a disposizione la mia competenza in una nuova avventura professionale, svolgendo con grande soddisfazione e per più di 10 anni il delicato ruolo di Segretario generale dell'Aris. Mi ritrovai così a lavorare in una sede insolita per me, immersa nel verde del Celio, a un passo dal Colosseo diversa dal grigio e architettonicamente anonimo palazzo del Ministero all'Eur.

Il personale che trovai si dimostrò subito molto affiatato e disponibile a collaborare, anche oltre il dovuto: un ambiente ottimale per affrontare insieme le sfide che l'Aris ha lanciato in quegli anni. Quel sentire comune che si era creato a tutti i livelli, dai presidenti che si so-

no succeduti agli impiegati è stata una costante che ha accompagnato tutta la squadra dell'Aris durante il corso dei miei mandati.
Sarebbe semplicistico affermare che non ci siano stati momenti di difficoltà per l'associazione, ma, con il dialogo e la buona volontà prodotta anche da parte dei vari interlocutori incontrati negli anni, posso dire di aver vissuto veramente un momento felice della mia carriera professionale.
Il clima familiare creatosi coinvolgeva anche le nostre famiglie nel ricorrente incontro conviviale per scambiarci gli auguri del Santo Natale.
Mi è quasi impossibile citare tutte le persone che mi sono state vicine in quegli anni e che hanno contribuito con spirito di squadra e con una dedizione quotidiana a perseguire tutti i nostri obiettivi associativi. Non posso non soffermarmi, però, a ricordare, con un affetto particolare tre persone che sono state per me pietre miliari di un percorso comune.
Primo tra tutti Padre Umberto Rizzo, Presidente dell'Associazione dal 1976 al 1999.
La nostra conoscenza e frequentazione risaliva già al periodo in cui stavo al Ministero quando nel mio ruolo di funzionario pubblico seguivo le vicende collegate alla sanità religiosa. Fin da allora ho apprezzato in lui un'intelligenza lavorativa vivace e speciale, con la quale ha contribuito a costruire, sia durante la sua carica di Presidente che successivamente, l'impianto normativo che ha regolato le istituzioni sanitarie e socio -sanitarie religiose.
Tra le altre tante attività ricordo anche come Padre Rizzo seguì e volle fortemente l'importante previsione normativa che ha dichiarato a tutti gli effetti l'equiparazione degli Ospedali Classificati ecclesiastici e i Presidi agli ospedali pubblici.
Benché, sulla materia, la giurisprudenza abbia cambiato oggi, parzialmente, orientamento, nessuno può disconoscere la portata fortemente innovativa e l'impatto positivo che ebbe - e che ha ancora - la stessa normativa sul funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale.
Se mi soffermo a pensare a quegli anni lo ricordo spesso, con vera nostalgia, in compagnia dei carissimi frà Bassiano e padre Carrazza suoi inseparabili e preziosi collaboratori.
Con particolare amicizia ricordo poi fratel Mario Bonora, con cui ho lavorato a strettissimo contatto e sempre in sintonia intellettuale e produttiva e con cui ho mantenuto rapporti di amicizia anche dopo il mio ritiro, nonché l'attuale Presidente, padre Bebber, che conobbi anni addietro, in occasione di un viaggio in una missione camilliana in Thailandia e che ho sempre piacere d'incontrare unitamente all'attuale equipe che ancora considero mia, come se il mio allontanamento non fosse mai avvenuto: il calore con cui mi accolgono ancora adesso rafforza il mio affetto.

UN'ESPERIENZA INDIMENTICABILE

di Gianni Cristofani

Una stretta di mano dal profondo significato pastorale. Sua Santità Papa Francesco stringe la mano al nostro Presidente Padre Virginio Bebber, nel corso dell'udienza riservata all'Associazione ad inizio d'anno. Un incontro con Papa Francesco che per le famiglie religiose dedite all'assistenza ospedaliera ha assunto un valore particolare poiché in questo 2023 ricorre il sessantesimo anniversario della nascita della associazione che le riunisce.

Era il 5 agosto del 1963 quando, al civico n. 2 di Via Larga a Milano, si incontrarono il Rev.do Padre Mosè Bonardi, Superiore della Provincia Lombardo Veneta dei Fatebenefra-

telli, il Rev.do Padre Stefano Fontana, Superiore della Provincia Lombardo Veneta dei Camilliani, la Rev.da Madre Gina Provinciali, Vicaria Generale delle Piccole Figlie dei SS. Cuori di Parma, l'avvocato Pasquale Arminio rappresentante, per delega, dell'ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina di Roma, accompagnato dal Rag. Gianfranco Spagnuolo, per costituire a mezzo atto notarile l'Associazione Religiosi Istituti Spedalieri (A.R.I.S.).

A quella riunione costitutiva dell'associazione era presente il Rev. Padre Francesco Molinari che portava ai presenti il pensiero e l'incoraggiamento di Sua Eminenza Rev.ma il Cardinale Valerio Valeri, Prefetto della Sacra Congregazione dei Religiosi.

L'Eminente Porporato particolarmente sensibile e sollecito per tutti i problemi della vita e dell'apostolato religioso sollecitava, tramite il suo emissario, l'attenzione di un particolare organismo destinato ad illuminare e sostenere, gli enti e gli istituti ecclesiastici di ricovero e cura, nell'aggiornamento e nell'adeguamento della loro attività assistenziale alle esigenze della società in profonda e rapida evoluzione.

L'avvenimento di quel lontano 1963 passò quasi inosservato per il grande pubblico, per gli organismi statali ed anche per gli stessi istituti religiosi. Quel giorno, tuttavia, rappresenta l'inizio di un duro, faticoso e sofferto lavoro destinato ad aiutare, nella società degli anni sessanta, le istituzioni ospedaliere della Chiesa considerando l'evoluzione che si realizzerà nel campo sanitario, nel sociale e nel consolidamento delle nuove forze sindacali.

A distanza di sessant'anni si può affermare che le sollecitazioni fatte ai padri costituenti dal Prefetto della Sacra Congregazioni dei Religiosi sono state una vera e propria profezia visto il percorso fatto dall'associazione a tutela delle istituzioni socio sanitarie della Chiesa. L'Aris si è cimentata con la prima grande riforma ospedaliera e poi con ben quattro riforme sanitarie riuscendo sempre a tutelare la presenza dei propri associati nell'assetto ospedaliero del paese tanto da ottenere una vera equiparazione tra pubblico e privato non profit.

La stretta di mano di Papa Francesco ai vertici dell'associazione ed ai vari collaboratori è certamente il tangibile riconoscimento del lavoro svolto dai presidi associati, ma, al contempo, è anche e soprattutto il palese invito a proseguire il cammino sulla strada di Gerico per essere sempre operatori di carità ed interpreti di un vangelo vivo che sia autentica missione di accoglienza e valorizzazione della dignità della persona umana.

Un'esperienza che ho avuto la fortuna di vivere personalmente dal 1972 in ARIS e nei tantissimi anni di lavoro svolto nell'ospedale romano dei Figli dell'Immacolata Concezione: curare i sofferenti con alta professionalità, ma sempre e comunque con fraterno amore e sincera condivisione come insegnato dai santi apostoli dell'assistenza fondatori delle famiglie religiose votate al servizio ospedaliero.

DA DUE GENERAZIONI AL SERVIZIO DELL'ASSOCIAZIONE

di Pierluigi e Luigi Corbella

Era verso la metà degli '90. Si andava ancora al cinema, si leggevano i giornali. Ci mandavamo i fax e le cartoline e ci si telefonava con il telefono fisso, senza neppure il prefisso nella stessa città.
Aris però guardava già lontano. Lontanissimo per me che ero un ragazzino, tutto sogni e belle speranze.
Missione negli Stati Uniti. Per prepararsi a veder remunerate le prestazioni sanitarie con tariffe, i DRG o ROD nella traduzione italiana. Una rivoluzione, quasi parole magiche.
Mentre di là, lo avremmo capito dopo, durante il viaggio, si tornava a più collaudati modelli capitari.
E già che c'eravamo, corsi e ricorsi della storia, che a quelle longitudini allora viaggiava a velocità diversa, anche a capire perché (e come) la sanità cattolica, lì, si era affidata a una gestione unitaria sotto l'egida della CEI.
Capogruppo Suor Vittoralma (Comaschi), una zia per me. Istituto delle Suore di Maria Consolatrice, l'Ospedale classificato "De Gironcoli", Conegliano.
La conoscevo da molti anni. Già da bambino mio papà, Pierluigi, il sabato, per alleggerire la mamma che ne aveva a casa altre due, di pesti, mi portava dalle Suore a Milano.
Un po' in cortile e un po' nell'ufficio di Suor Vittoralma (che più o meno è rimasto lo stesso) tiravo l'ora di tornare a casa mentre loro parlavano di lavoro, spesso anche di Aris. Qualcosa imparavo. Qualche nome, quello di Padre Rizzo per esempio.
Chi l'avrebbe mai detto che poi quei nomi sarebbero diventati familiari anche per me. Papà faceva da apripista, chissà se lo avrebbe immaginato.
Un viaggio bellissimo, una esperienza indimenticabile. Appuntamenti uno dietro l'altro, il Cabrini Hospital di NY, le riunioni. I momenti conviviali.
Ci presero sul serio. Accoglienza ottima e agenda fitta, questa la ricetta. Con tanti incontri tecnici molto ben organizzati. Raramente ho avuto l'impressione, anche successivamente, di aver ricevuto spiegazioni così chiare. Tanti temi. L'impatto potenziale in termini di efficienza del sistema di

remunerazione a tariffa, il rischio delle truffe, il cambio culturale che avrebbe imposto ad alcune professioni sanitarie, per esempio.
Per una settimana abbondante, a migliaia di chilometri di distanza da Roma, la comunità di Aris era stata la mia casa.
Metabolizzato il viaggio, qualche cosa lo avremmo capito.
Il sistema sanitario americano sembrava organizzato per garantire a una parte dei cittadini di quel paese livelli di cure mediche eccellenti, in continuo miglioramento. Ma la situazione complessiva della salute della popolazione americana non era granché, anzi. Pur a fronte di investimenti pro capite elevati.
Personalmente, la sensazione che ebbi è che noi europei dovevamo tenerci stretti i nostri modelli universalistici. L'erba del vicino era verde (il colore dei dollari) solo a guardarla dal lato di chi se lo poteva permettere. Il modello di remunerazione, a sua volta, era figlio della logica "assicurativa" della parte elitaria del sistema. Il resto erano Medicare e Medicaid: più o meno lacrime e sangue.
Anche la prospettiva della gestione unitaria della CEI, almeno per quanto riguardava le origini e le cause che la giustificavano, nello sguardo di taluni ci parse più frutto di rinunce che non di adesione consapevole a un progetto.
Tutte cose che anche qui da noi, oggi, sono di attualità. Al netto dell'anarchia, della creatività e della tenacia (o dell'ostinazione) di noi italiani che siamo sempre un po' riluttanti a metterci in fila dietro qualcuno o qualcosa.
Tutto questo per dire che in Aris un po' ci sono sempre stato. Brutto a dirsi ma è così: ci sono quasi nato.
A qualcuno potrà sembrare nepotismo ma il Papà serviva già Aris, gli Istituti e le Congregazioni che vi partecipano, dagli anni '70, quasi c'erano ancora dinosauri. Lo faceva con lo stesso spirito che ci ha insegnato e al quale cerchiamo tutti di essere fedeli. Senza sbrodolare, servire vuol dire essere utili e mettersi "a servizio", con il corredo di umiltà che questo richiede. Non giudicare, non prevaricare, non voler apparire.
Ma basta così se no poi lui, se mi legge (magari la stessa cosa succede a suor Vittoralma, nessuno dei due ha letto in anteprima), si commuove.
Sessant'anni sono una bella età, anche per una organizzazione. Complimenti.
In questi pochi anni di più stretta collaborazione Aris io l'ho vista crescere in termini di consapevolezza.
Magari non tutto dall'esterno si vede, ma dentro c'è tanto lavoro. Un ambiente sano e collaborativo, da parte di tutti. Con molta attenzione alla trama "politica" e culturale che genera e muove il contesto normativo.
Tanto lavoro tecnico per capire e trovare il modo di orientare il legislatore (o almeno di limitarne gli eccessi negativi) verso l'aspettativa principale che abbiamo tutti: veder riconosciuto il ruolo sussidiario rispetto al sistema sanitario pubblico delle realtà che si riconoscono in Aris.
Questa, a mio parere, oggi, è la declinazione vincente, o l'unica possibile se vogliamo metterla co-

Luigi Corbella

Pierluigi Corbella

sì, per uscire dalle paludi in cui siamo costretti nell'attuale contesto, in questo particolare momento storico.

I provider pubblici di prestazioni soffrono ormai di gigantismo e per sopravvivere devono divorare tutto quello che trovano sulla loro strada, risorse economiche e di personale, per esempio.

Come fa, a queste condizioni, il sistema istituzionale di assegnazione delle risorse a essere neutrale, d'altronde (di qui, per esempio, norme come quelle sulla "concorrenza"), se con l'altra mano produce anche una parte rilevantissima delle prestazioni?

E come può fare lo stesso sistema, quando si mette il cappello di chi deve leggere i bisogni e pianificare i servizi, a orientarsi liberamente se le risorse di fatto sono tutte preassegnate, consumate?

Dire che siamo parte costitutiva ed essenziale del sistema pubblico è vero ma non è più forse la lettura giusta a far capire chi siamo. Quella adatta ai modelli attuali di comunicazione e comprensione della realtà.

Siamo sussidiari, siamo pluralismo fatto carne e ossa.

Siamo ancora (speriamo a lungo) il collante essenziale per tenere insieme un sistema che inesorabilmente tende, dalla parte "statale", verso il paternalismo e da quella privata, verso logiche di puro mercato.

Senza di noi queste due tendenze alla lunga non possono che scontrarsi, implodere, collassare e, per limitare i danni, ritagliarsi ciascuna uno spazio proprio, esclusivo.

E questo sarebbe, anche qui da noi, il vero inizio della fine dell'universalismo. Almeno in termini di equità e di opportunità di accesso alle cure.

Il mio augurio, allora, è di ritrovarci ancora tra dieci anni, vent'anni, trent'anni, per contarci e poter dire di essere ancora numerosi.

Perché, carismatici, ispirati, motivati, no profit, o non profit, o come ci pare, siamo essenziali, se sostenibili, per l'equilibrio di un sistema che non può fare a meno di una quota autentica di sussidiarietà.

L'esperienza di un medico scrittore

MANI CHE CURANO, MANI CHE SCRIVONO

di Lanfranco Luzi

Correva l'anno 2005 quando prendevano le mosse i miei primi passi all'interno dell'Aris. Come medico scrittore, iniziavo una collaborazione con la prestigiosa rivista dell'Associazione, che già da tempo pubblicava brevi racconti scritti da medici, i quali oltre alla loro attività professionale presso ambulatori, cliniche ed ospedali erano soliti guardare verso la vita attraverso l'aspetto etico-umanistico della cultura.

"Mani che curano, mani che scrivono", così un collega titolava un dipinto con inchiostro su tela, a rappresentare le mani di un uomo che è capace di alternare il corretto uso della semeiotica a una narrazione che spesso resta come testimonianza di un'esperienza di vita vissuta a contatto con la sofferenza.

Dal gennaio 2016, in qualità di Specialista in Medicina del Lavoro, ho iniziato l'attività di medico competente presso la sede di Roma dell'Associazione, in Largo della Sanità Militare n° 60, dove svolgono la loro attività gli uffici nazionali.

Proprio questo mio impegno mi ha dato modo di capire sino in fondo lo stile di servizio, ma soprattutto lo spiccato senso di appartenenza che si respira tra quanti sono chiamati a svolgere una mansione nella sede nazionale.

Una sensazione questa confermata ogniqualvolta organizzo riunioni periodiche di sicurezza mirate all'aggiornamento del documento di valutazione dei Rischi.

Non ci siamo fatti sorprendere quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità riferiva, per la prima volta, di un focolaio di polmonite presumibilmente virale e tanto misteriosa, scoperto a Wuhan, famigerata cittadina della Cina. Nemmeno quando quel contagio, veloce e drammatico, si diffondeva in tanti Paesi del mondo prima di arrivare in casa nostra.

Non abbiamo esitato a prendere ogni sorta di precauzione, sino a sospendere ogni attività in presenza, nel momento della criticità. Anche in quei giorni devo dire di aver vissuto un'esperien-

za molto simile a quella che si viveva nelle case degli italiani in un momento tanto difficile. L'attività della sede nazionale non si è mai fermata. Lo posso assicurare anche per il continuo contatto telefonico che ho avuto con loro. Mi chiamava, con apprensione, chi avvertiva i primi sintomi, e si affidava ai miei consigli. Mi chiamava chi sospettava di aver avuto un contatto con una persona positiva e si lasciava rassicurare da una parola "fuori dal coro" che in quei giorni andava in onda sui media. Mi tenevano costantemente informato, sino a gioire con me a guarigione avvenuta, proprio come si fa con una persona amica, di cui ci si fida. È grazie a loro che mi sono quasi esaltato nella missione di "medico di famiglia" pur essendo un puro medico ospedaliero.

Medicina e letteratura in tempo di pandemia? Forse è proprio il modo corretto e veritiero per descrivere la mia esperienza in seno all'Associazione in un periodo storico come quello appena vissuto e che stiamo ancora vivendo.

Dall'inizio della mia collaborazione con l'ARIS sono trascorsi anni, che possono sembrare molti e che rappresentano verosimilmente il tempo di un respiro in confronto all'eternità… Ed è forse proprio grazie a quel mio lontano incontro con questa realtà che oggi seguo e pratico una medicina; magari a media tecnologia, ma ad alto contenuto relazionale ed emozionale, che sappia guardare al sofferente come essere umano, come persona degna del massimo rispetto e non come una diagnosi, un codice o una "patologia importante". Non credo che sia etico rincorrere singoli risultati parziali a scapito del bene globale del malato. Nelle nostre strutture non profit il malato deve poter avere una certezza, quella di essere seguito e assistito nella sua interezza e complessità. Ci dobbiamo affidare alla preparazione, al nostro credo e alla nostra sensibilità di professionisti della sanità. Il Codice Deontologico deve essere la nostra bussola, lo strumento guida e l'unica strada da percorrere.

ALLE ORIGINI DI UN'AVVENTURA DIVENUTA PASSIONE

di Mario Ponzi

1° giugno 1978. È una data che – una delle tante in realtà – sento appartenermi. Così come chissà quante altre appartengono ai miliardi di individui che popolano questa nostra terra. Per carità, nulla di importante come può esserlo la data di un matrimonio, della nascita di un figlio o di un nipote o della separazione da qualcuno che ha segnato la tua vita. E tuttavia me la sento appiccicata sulle spalle ogni mattina quando, ancora oggi, dopo 43 anni, pigio quel campanello con su scritto, in un rosso fiammante, "ARIS".

La ricordo bene perché quella mattina mi trovavo nella redazione de L'Osservatore Romano, giovane giornalista, assunto da un paio di anni e incaricato di seguire da vicino la quotidianità del Santo Padre. Stavo scrivendo la cronaca della cerimonia conclusiva dell'anno mariano, svoltasi naturalmente la sera precedente, il 31 maggio, nei giardini vaticani. Quella sera non c'era il Papa, allora Paolo VI, a presiederla; era seriamente sofferente. Si spense infatti un paio di mesi dopo, il 6 agosto, a Castel Gandolfo. Quando mi avevano affidato il servizio, mi avevano anche fatto memoria della tecnica del "dire e non dire", tanto utile in certi ambienti, soprattutto allora, quando la riservatezza sulla salute del Papa era assoluta.

Lo squillo del citofono interno mi disturbò dunque non poco mentre cercavo il mio "dire senza dire" per notificare l'assenza del Papa alla celebrazione. Era il capo redattore che mi voleva nel suo ufficio. E quello fu il mio inizio in ARIS.

Seduta davanti al Capo redattore c'era una coppia di sacerdoti, che proprio coppia non erano. Nel senso che erano tanto diversi l'uno dall'altro. Il primo, che si intuiva corpulento anche se quasi piegato in due sulle sedia, vestiva l'abito dei figli di San Giovanni di Dio, un Fatebenefratello dunque. Un saio di un nero un bel po' sbiadito a denunciare una storia di

Messa celebrata dal Card. Angelini all'Assemblea Generale del 2003

qualche anno. La testa insaccata tra le spalle faticò non poco a girarsi per guardarmi. Occhi sgranati con espressione preoccupatissima, la bocca socchiusa, costantemente tamponata dal fazzolettone bianco che stringeva tra le mani sudate. Un cenno per alzarsi frenato delicatamente dalla mia mano posatasi sulla sua spalla. E ancor prima che riuscissi a proferir parola l'altro sacerdote, in clergiman perfetto, come uscito dalla sartoria, gemelli a chiudere i polsini della camicia di lino, la croce rossa simbolo dei Padri Camilliani all'occhiello, mi presentò fratel Ferrando Bassiano, Vice Presidente dell'ARIS e si presentò lui stesso come Padre Umberto Rizzo, Presidente. Sguardo dritto e stranamente ammiccante per un religioso, occhi accesi e vispi dietro due lenti sostenute da una sottile montatura in oro, credo, o comunque dorata. Mi fece una strana impressione. E mai in quel momento avrei potuto pensare che quel sacerdote sarebbe diventato, a breve, il mio indimenticato e indimenticabile padre spi-

rituale. I due erano venuti a denunciare un raggiro nel quale era innocentemente caduto fra' Bassiano.

Il 1978 è l'anno dell'entrata in vigore della legge sull'aborto, la 194. Anzi era entrata in vigore solo qualche giorno prima, il 22 maggio. Naturalmente si era immediatamente accesa la schermaglia tra abortisti e difensori della vita, combattuta principalmente sul terreno offerto dai media. E dal gennaio del 1976 quel terreno era ben presidiato dalla creatura di Eugenio Scalfari, La Repubblica. Così uno dei più agguerriti redattori della neonata testata chiamò al telefono Fratel Bassiano per fargli esprimere la sua opinione sulla nuova legge, che in sostanza liberalizzava l'aborto. Chi ha conosciuto fra' Bassiano sa benissimo come fosse burbero quanto sensibile, quale fosse la saldezza della sua fede e la sua fermezza nell'obbedienza, quanto sapesse far di conti e di progetti; ma anche quanto fosse poco capace di tener la lingua a freno. Un fiume di parole deve essere uscito da quella bocca, e in modo forse un poco confusionario; e deve essere capitato in un attimo il mix tra sacralità della vita e vigliaccheria del male fatto ad una donna che partoriva una creatura, frutto della più odiosa delle violenze. La vigliaccheria di cui parlava fratel Bassiano era riferita naturalmente a chi l'aveva violentata. Ma finì con l'essere interpretata come vigliaccheria di chi le negava l'aborto.

Figurarsi quello che successe tra le alte sfere, della CEI come tra quelle del Vaticano. Bisognava correre ai ripari. Fu suggerita un'intervista chiarificatrice rilasciata a L'Osservatore Romano. Il Capo mi affidò l'intervista. Riuscimmo a ristabilire la situazione. Con i complimenti e i ringraziamenti arrivò, sempre tramite il mio capo redattore, la richiesta di una sorta di assistenza più strutturata, che soprattutto consentisse alla Presidenza dell'ARIS di avere un filtro con i media, sempre più aggressivi. Iniziò così una collaborazione sporadica, grazie alla quale cominciai ad entrare a contatto con una realtà a me completamente sconosciuta.

La Presidenza dell'ARIS
in gita nell'Estremo Oriente

Col quietarsi delle acque la mia presenza in via Bonaventura Cerretti, dove era la sede nazionale dell'ARIS, fu meno assidua. Ma ciò non interruppe i rapporti, che anzi via via si facevano sempre più stretti, con il Padre Rizzo, capace di coniugare in modo magistrale la serietà e la concretezza di un carisma ereditato e coltivato con un amore infinito, e l'empatia con quanti, suoi collaboratori, lo circondavano quotidianamente: i problemi di ognuno di loro diventavano i suoi problemi, le loro gioie erano le sue gioie, i loro dolori erano i suoi dolori e persino i loro cari diventavano i suoi cari. A me chiedeva di incontrarlo quando si sentiva solo, quando qualcosa non girava per il verso giusto. Anche io presi presto a chiamarlo quando le cose non mi giravano dalla parte giusta.

Il 1978, ancora, è anche l'anno della legge 833 riforma del Servizio Sanitario Nazionale. Faceva seguito alla Legge Mariotti, la 132 del 1968, e alla legge del 1972 che istituiva le Regioni e poi alla 386 dell'agosto 1974 che aveva convertito il decreto legge del mese di luglio con il quale venivano sciolti gli enti mutualistici le cui competenze passarono alle regioni. Insomma era un momento cruciale per le istituzioni associate. L'ARIS si trovò in prima linea a seguire tutto l'iter legislativo per cercare, se necessario, di intervenire per migliorare i testi legislativi che più riguardavano le associate. C'era bisogno di un costante confronto con le istituzioni nella consapevolezza che si stava giocando il futuro delle istituzioni. Bisognava alzare la voce, farsi sentire, e soprattutto farsi conoscere. Per questo era necessario scendere sul quel terreno in cui l'ARIS aveva subito il primo grave smacco, contro il quale, proprio su quello stesso terreno si era presa la sua rivincita. Il terreno dei media.

Anche allora, come oggi, le testate giornalistiche erano nelle mani di gruppi politici, di colossi del mercato, di arrembanti gruppi editoriali e così via. Ognuna espressione dunque di una corrente ben definita, sia essa politica, finanziaria o anche soltanto sfascista, nel senso

Dr Ferdinando Castellani Segr. generale

del tutti contro tutto solo per creare scandalo e caos. E guadagni sicuri. Difficile per chi non appartenesse ad una di queste categorie trovare spazio tra le colonne quotidiane o periodiche che fossero. A meno che non si portasse acqua al mulino padronale.

Era per di più il periodo in cui il laicismo assumeva sempre più l'immagine dell'anticlericalismo. La Chiesa, come tale, faticava a riprendere il ruolo che per anni aveva avuto nel cuore della gente. E ciò nonostante l'immensa testimonianza dell'amore del Cristo per l'umanità portata per le vie del mondo dal grande santo dei nostri tempi, Papa Giovanni Paolo II. Sta di fatto che per le strutture sanitarie gestite da enti e congregazioni religiose era un'impresa conquistare un titolo che non fosse denigratorio quando non diffamatorio. Non va dimenticato che ancora si avvertiva in più ambienti, se non una aperta avversione, una cautela ed una resistenza spesso ideologicamente targata, nei confronti di una piena e libera espressione delle potenzialità di un complesso di presenze sanitarie di ispirazione religiosa che erano, d'altra parte, componente essenziale e non surrogabile del più vasto apparato di tutela e promozione della salute pubblica.

D'altra parte le novità "sistemiche" introdotte dalla 833 imponevano un ripensamento importante delle linee di azione che l'ARIS suggeriva e sosteneva per i suoi associati.

Fu così che nacque l'idea di una pubblicazione dell'ARIS capace di far sentire la propria voce, di porre interrogativi e di reclamare risposte. Con Padre Rizzo scegliemmo il titolo Il Confronto "*ma non da intendersi – spiegò il primo editoriale – in senso riduttivo come semplice confronto tra le istituzioni sanitarie della Chiesa e la società civile, quanto piuttosto in senso dinamico e interattivo. Cioè un organo con il quale confrontare il proprio orizzonte valoriale e operativo con quello degli organismi socio-politici della società con pari ruolo e dignità*".

L'idea funzionò quasi da subito. Tanto che proprio dal mondo politico giunsero i primi reprimenda. Davamo fastidio per quello che scrivevamo. Padre Rizzo ci prese gusto. Ci circondammo di esperti di primo ordine nei diversi nostri campi d'azione – Padre Rizzo li chiamava i suoi "candelabri" – e prendemmo a ribattere colpo su colpo tutto quello che ci veniva gettato addosso quasi con disprezzo. Il Presidente venne chiamato più volte nelle stanze del Ministero della Sanità e cominciò ad essere contatto da diverse figure politiche che si offrivano di aiutarci. L'ARIS uscì dunque di casa e si fece conoscere, ma soprattutto riuscì a diffondere concetti nuovi nell'approccio all'uomo sofferente, facendo riecheggiare l'antica raccomandazione di uno dei suoi fondatori: "dobbiamo umanizzare la medicina". Lo ripeteva in continuazione Padre Marchesi. E l'umanizzazione della medicina fu uno dei primi temi affrontati dalla neonata rivista: nelle strutture sanitarie religiose l'ospite malato a

Visita Aris nelle Filippine

poco a poco da numero di letto divenne persona, da caso clinico da curare divenne persona malata della quale prendersi cura.

Ma non mancarono "confronti", anche duri e serrati con i centri di potere. Non ci tirammo mai indietro. Anzi. Padre Rizzo si circondò di illustri personaggi, seri e preparati professionisti in campo giuridico, politico sanitario e costituzionale. I suoi più assidui consiglieri, quelli che chiamava "i miei candelabri", erano il Prof. Pasquale Sandulli e il Prof. Alberto Barettoni Arleri. Con loro elaborava le sue strategie e dalle colonne de "Il Confronto" (QUANDO CAMBIA NOME???), ribattevamo colpo su colpo ogni attacco alla legittimità della presenza delle Istituzioni associate nel sistema salute del Paese, con pari dignità e pari diritti del pubblico. Non scorderò mai l'immagine di Padre Rizzo che, con la sua ventiquattr'ore nera, pronto ad uscire, si girò verso di me e mi disse: "A dotto', non vada via perché adesso vado a sentirli ciarlare… ma quando torno scriviamo"! E poi la storia è cosa nota…

Ecco, questo è il semplice racconto degli inizi di un'avventura che ha segnato gli ultimi quarantatré anni della mia vita. Impossibile da separare da ciò che ha fatto di me quello che, nel bene e nel male, sono oggi. E che, alla fine, ha preso il sapore di una strana passione, che va ben oltre i confini della razionalità dovuta da un vegliardo signore della penna.

La Storia Editoriale dell'Aris

UN VIAGGIO ATTRAVERSO MEZZO SECOLO DI INFORMAZIONE

di Riccardo Alesi

Nel vortice di cambiamenti della sanità italiana, ARIS ha tessuto, la propria trama informativa, diventando un punto di riferimento essenziale per chi ha cercato, cerca e cercherà chiarezza e profondità in materia di salute e sociale.

Con una penna affilata e uno sguardo lungimirante, ARIS ha saputo narrare l'evoluzione di un settore in fermento, offrendo ai suoi lettori non solo dati e aggiornamenti, ma anche una riflessione critica sul ruolo sociale della sanità. Dall'agile bollettino degli albori alla complessità editoriale odierna, la voce dell'Associazione si è fatta portavoce di un dialogo costruttivo, tra innovazioni e sfide del benessere collettivo.

Aris Notizie, ufficialmente lanciata nel 1976, fu il primo dei progetti editoriali di Aris, benché le sue origini risalissero a oltre un decennio prima con un modesto bollettino chiamato "Aris informa". Questo bollettino aveva sempre svolto bene il suo ruolo informativo, mantenendo un'efficacia che si era conservata anche un quarto di secolo dopo, a dispetto dell'avvento di nuove risorse mediatiche, dell'introduzione di newsletter e di Aris Sanità. Il formato era rimasto semplice ed essenziale, una caratteristica che lo aveva distinto sin dall'inizio. Nonostante ciò, Padre Rizzo, allora Presidente dell'Aris, aveva criticato la distribuzione limitata del bollettino, che veniva consegnato in soli due esemplari per ciascuna casa.

Oggi, la situazione è chiaramente mutata. La tecnologia ha permesso una produzione e distribuzione fluida di Aris Notizie, divenuto un notiziario online quindicinale. Spazia su una varietà di argomenti rilevanti per gli associati, divisi per sezioni (IRRCS, CDR, RSA Ex Ist, Psichiatrici, Ospedali, Presidi e Case di Cura) con l'aggiunta recente delle rubriche "In Evidenza" e "Partners e Servizi". La sezione "In Evidenza" mette in luce gli eventi chiave per l'Associazione.

"Partners e Servizi" è invece una rubrica creata per dare visibilità ai partners dell'Associazione. Negli ultimi anni, questi collaboratori sono di-

ventati un'innovazione significativa. Aris infatti si impegna attivamente e costantemente nel formare alleanze con varie aziende per arricchire i propri associati con accesso a offerte esclusive e benefici.

Nel 1978 la svolta con la nascita del "Il Confronto", il primo prodotto editoriale dell'Aris. Tuttavia, lo scenario sanitario del 1978 mostrò delle criticità palesi nel SSN come le diseguaglianze regionali, i fondi limitati e un notevole aumento della burocrazia nel settore sanitario, con conseguenti inefficienze in alcuni casi. Come se non bastasse, la Chiesa incontrò delle difficoltà a riconquistare la posizione centrale che aveva detenuto per anni tra la gente. Fu proprio partendo da questo quadro che l'Aris avvertì la necessità di far sentire la propria voce nel contesto sociale che si stava sviluppando, segnato da un progressivo anticlericalismo.

"Era nelle attese dei nostri associati e di tutti gli amici: che, coinvolti come noi negli sviluppi delle scottanti realtà del campo sanitario, non possono non avvertire l'esigenza di molti problemi e di molti interrogativi che nel nostro settore richiedono ricerche e risposte continue e indilazionabili". Queste furono le parole che si leggevano nella prima pagina del Confronto, a firma di Padre Rizzo. Un editoriale vivace e interattivo, attraverso il quale si capì il senso del titolo voluto dal Presidente; esplorare e mettere a confronto i valori e le pratiche dell'Associazione con quelli degli enti sociopolitici del contesto sociale.

"Il nostro confronto, insomma vuole essere l'atto

A.R.I.S. NOTIZIE

ASSOCIAZIONE RELIGIOSA ISTITUTI SOCIO-SANITARI

NOTIZIARIO SETTIMANALE - Stampa TipoCrafica 2001 - Roma
Direzione, Redazione, Amministrazione: 00184 Roma
Largo della Santa Milizia, 60 - Tel. (06) 77.25.931 - Fax 7728.9343
Direttore responsabile: P. Umberto Rizzo
Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353 2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB - Roma
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 17905 del 24-1-1980

IN QUESTO NUMERO

ANNO XXVI N°1
Roma, 14 Gennaio 2005

1 INIZIATIVE DELL'ARIS PER LE VITTIME DEL MAREMOTO NEL SUD-EST ASIATICO
2 SIRCHIA: DALLA FINANZIARIA LA SANITÀ HA OTTENUTO IL MASSIMO
3 ETITO SCRIVE AL MINISTRO SIRCHIA: "LA FINANZIARIA NON ONORA L'IMPEGNO PER L'OSPEDALE CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA DI SAN GIOVANNI ROTONDO"
4 FRASCIONE NUOVO CAPO DI GABINETTO AL MINISTERO DELLA SALUTE
5 TEST DI VERIFICA PSICO-FISICA ANNUALI PER GLI INFERMIERI
6 UN SEMINARIO PER L'ACCOGLIENZA DEI MALATI TERMINALI ORGANIZZATO DALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
7 LA RICERCA TRASCURA LE PERSONE ANZIANE
8 TER E FONDI DI PREVIDENZA INTEGRATIVI

DALL'EUROPA

DALLE REGIONI

1.
INIZIATIVE DELL'ARIS PER LE VITTIME DEL MAREMOTO NEL SUD-EST ASIATICO

L'ARIS ha voluto essere vicina alla sofferenza dei popoli duramente colpiti dal maremoto scatenatosi nell'Oceano Indiano e si è unita alla gara di solidarietà avviata dai vari organismi nazionali ed internazionali impegnati nell'opera di soccorso, con un contributo in denaro inoltrato attraverso la Caritas Italiana. Nello stesso tempo il Presidente Nazionale, fratel Mario Bonora, ha inviato a tutte le strutture Associate una lettera per invitarle a fare tutto quanto è nelle loro possibilità per offrire un aiuto concreto alle popolazioni disastrate. Qualora non avessero già provveduto autonomamente le Istituzioni possono rivolgersi direttamente ai canali attivati dalle rispettive Caritas diocesane, già molto attive nell'opera di soccorso.

2.
SIRCHIA: DALLA FINANZIARIA LA SANITÀ HA OTTENUTO IL MASSIMO

"Sono molto contento perché dalla finanziaria ho ottenuto il massimo di quello che potevo sperare". E' questo il primo commento del Ministro della Salute Girolamo Sirchia all'assegnazione dei fondi destinati dalla Finanziaria alla sanità per il 2005. "Una finanziaria così - ha aggiunto il ministro – non era stata mai tanto positiva nel senso che abbiamo ricevuto una quantità di risorse mai pensate nemmeno. Siamo arrivati a 88 miliardi di euro più due di recupero dei debiti pregressi e quindi sfioriamo il 7% del PIL. Ricordiamoci che dieci anni fa eravamo soltanto al 5,5 del PIL". "In più – ha aggiunto – sono previste modifiche strutturali affinché queste risorse possano veramente tradursi in servizi e non vengano utilizzate per altre finalità".
Non può che farci piacere l'ottimismo del Ministro: ciò significa che finalmente anche per tutte le strutture sanitarie non pubbliche e non

più umile di un servizio in una dimensione di uomini coscienti e responsabili che accettano, pertanto, un processo di continua autocritica e di relativo confronto con le realtà nelle quali sono liete di vivere".

La risposta del "pubblico" all'opera non tardò ad arrivare. In appena due anni, si assistette a un crescente interesse per la rivista, come evidenziato dalle molteplici sottoscrizioni di abbonamenti ricevute anche da entità non associate, tra cui assessorati regionali per la salute, uffici stampa di

partiti politici, cappellani di ospedali e superiori di congregazioni religiose attive nel campo. Il successo editoriale della rivista fu, dunque, indiscutibile.

La nascita del "Confronto", portò alla sospensione temporanea di Aris Notizie. Padre Rizzo riteneva che la nuova pubblicazione potesse rendere superfluo il bollettino. Ben presto però si capì che una pubblicazione periodica di questo tipo non riusciva a colmare la necessità di una comunicazione più immediata, che si limitasse a fornire informazioni essenziali e aggiornamenti legislativi, normativi, politici e sindacali, nonché a trasmettere le comunicazioni presidenziali o a riportare eventi di cronaca rilevanti per gli associati in forma concisa. Di qui la decisione di rilanciare Aris Notizie, vista anche la diversità degli scopi comunicativi delle due testate.

Seguì un ordine naturale e temporale dal "Confronto" la nascita, nel 1983, di "ARIS Sanità". Non si trattò di un nuovo periodico, ma dell'evoluzione della rivista preesistente. Sorse spontanea la domanda sul perché non fosse stata semplicemente rivisitata nel layout, come accaduto in precedenza. Le motivazioni di questo passaggio furono articolate nell'editoriale del primo numero, o meglio del "numero 0", così definito in attesa dell'ufficializzazione legale da parte del Tribunale.

"Oggi non è più tempo di solo confronto. Oggi siamo una realtà, debitamente – e per quanto ci riguarda definitivamente – calata nel vivo del Servizio Sanitario Nazionale. Per questo la nostra voce è affidata al nuovo organo di stampa "ARIS Sanità". L'Associazione nella Sanità. Abbiamo voluto che la parte grafica stessa, della nuova testata, rappresentasse quasi visivamente questa impostazione: nel campo grande della "Sanità" la presenza dell'Aris".

Per allinearsi maggiormente all'immediatezza comunicativa del suo titolo, dopo alcuni anni la rivista aggiornò il proprio logo. In questo modo, l'editoria associativa si articolò in due diverse pubblicazioni che si completavano a vicenda, sen-

za però sostituirsi. Ognuna conservò la propria identità in termini di formato, processo di stampa, contenuti e pubblico di riferimento. "Aris Notizie" si rivolse specificatamente agli associati, funzionando come bollettino quindicinale; mentre "ARIS Sanità" si propose a un'audience più ampia, interessata a un giornalismo sanitario di qualità e alta divulgazione, offrendo analisi, articoli dettagliati e commenti sulle più pressanti questioni sanitarie, etiche e religiose del periodo.

Fu proprio grazie a quella spinta a non riposare sugli allori, a non sedersi soddisfatti di fronte a un risultato già eccellente, ma a perseguire costantemente l'eccellenza, individuando margini di miglioramento là dove altri potrebbero non percepirne, che Aris giunse alle sue attuali modalità di comunicazione avanzate.

Un'innovazione recente nella comunicazione di Aris è rappresentata dalle newsletter. Queste comunicazioni periodiche, diffuse con cadenza quasi quotidiana, hanno lo scopo di aggiornare gli associati e non solo, fornendo informazioni anticipate su tematiche di attualità legislativa e fiscale.

Dunque come tutte le cose, anche i metodi di comunicazione sono destinati a evolversi. Mentre la carta porta con sé il peso e il profumo della tradizione, il digitale offre velocità e vastità. Proprio in quest'ottica tutte e tre le modalità comunicative di Aris sono diffuse efficacemente attraverso l'utilizzo di email, garantendo così rapidità nella trasmissione delle informazioni. Allo stesso tempo, persiste un'archiviazione in forma cartacea

che salvaguarda l'eredità comunicativa storica dell'Associazione. Un patrimonio di informazioni che si estende per un arco di 47 anni.

In conclusione, il valore storico e informativo dell'archivio Aris non è solo un testimone del passato, ma una bussola per il futuro, orientando i membri con la sapienza accumulata in quasi mezzo secolo di storia. Con la sua evoluzione digitale e la custodia di preziosi documenti cartacei, Aris continua a essere un punto di riferimento imprescindibile.

ARIS
e pluribus unum
1963-2023

MEDICAL HEALTH CARE
AND PHARMACY

UNA SANITÀ CARISMATICA

di Virginio Bebber

È un periodo di grandi trasformazioni sociali. Inutile continuare ad identificare nella crisi che sta sconvolgendo i vari settori della società la causa di tutti i mali. Navighiamo a vista in un mare in tempesta e dunque l'unica cosa da fare è rinforzare vele e paratie, chiamare sul ponte tutto l'equipaggio perché, unito, affronti i marosi.

Una metafora che ci concediamo per introdurre il discorso dei cambiamenti che stiamo apportando all'organizzazione associativa, in modo da metterla in condizioni di capire le linee di tendenza che stanno maturando nel Paese per non farsi cogliere di sorpresa. E se possibile stare un passo avanti per dare risposte adeguate e tempestive.

Da quando è intervenuto il discorso federalistico nel Paese abbiamo, come è noto, suddiviso le competenze a livello regionale. Suddivisione che, lo ripetiamo con forza, non significa divisione ma, al contrario, rafforzamento dell'unione nella condivisione delle responsabilità.

La presidenza nazionale intende fungere da fulcro e da coordinamento per tutte le attività di sviluppo associativo, nonché da punto di riferimento per tutte quelle azioni politiche che abbiano come fine l'interesse complessivo delle istituzioni socio-sanitarie gestite da enti e congregazioni religiose unite nell'Associazione.

Obiettivo è quello di dare risalto ad ognuna delle singole strutture, dalla più piccola alla più grande. Per questo motivo abbiamo deciso avviare un nuovo percorso che proceda lungo quattro direttrici.

a) **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; non pretendiamo altro che poter prenderci cura di chi chiede la nostra assistenza, e non elemosiniamo privilegi ma semplice equità di trattamento e dunque parità di diritti. Certo essere non profit - e le riforme in itinere di impresa sociale e terzo settore lo confermano - non vuol dire legittimare perdite, alibi per sprecare, tantomeno giustificare gestioni inefficienti. La gestione del buon padre di famiglia rimane obiettivo fondamentale per rendere sostenibile il nostro servizio.

b) **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. Quel che è certo è che vogliamo continuare ad operare nel S.S.N. sostenendo un sistema salute a copertura universalistica, 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. Ma noi dobbiamo assumerci la nostra parte di responsabilità, essere tutti noi corresponsabili.

c) **Corresponsabilità.** Certamente molti di voi, frequentando le rispettive parrocchie, sapranno che Papa Francesco sta orientando la Chiesa italiana – della quale noi

siamo l'espressione nel mondo della salute - in un percorso sinodale in tutte le diocesi. Tra i suoi suggerimenti alle varie comunità che svolgono la loro missione evangelizzatrice sul territorio, quello più ricorrente è il richiamo alla 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. In questo mio ultimo mandato vorrei vedere questo sogno realizzarsi. Perciò chiedo a voi Consiglieri Nazionali, vecchi e nuovi, un rinnovato impegno nel guidare l'Associazione verso un cammino di condivisione e di corresponsabilità. La stessa cosa la chiederò ai responsabili di sezione, perché anche loro si assumano la responsabilità di costruire finalmente una rete ARIS nella quale tutti si possano, anzi si vogliano riconoscere e possano trovare la collaborazione di cui hanno bisogno, la costanza della condivisione, la certezza del sostegno nel momento di necessità. Questo sforzo ci dovrebbe consentire di dare il nostro contributo decisivo alla formazione di una nuova progettualità integrata della sanità cattolica in Italia.

d) **Accrescere il senso di appartenenza.** È un aspetto che all'interno della nostra associazione deve svilupparsi sempre di più: accrescere il senso di appartenenza. Ho in mente alcuni progetti per ammodernare il nostro servizio agli associati, ma anche per essere pronti a rispondere alle sempre più numerose richieste di partecipare a tavoli di lavoro ministeriali o comunque istituzionali, e apportare il nostro contributo, oltre che difendere i nostri diritti. Potremmo anche riformulare il lavoro della sede Nazionale, istituendo noi stessi gruppi di lavoro formati da nostri associati, da tecnici, da politici capaci di suggerirci percorsi da realizzare nei diversi settori in cui siamo impegnati con i nostri validi collaboratori: ad esempio nel centro studi, nel settore formazione, o in quello del lavoro, della comunicazione o del marketing, nei rapporti con il mondo politico, con le altre associazioni e via dicendo. Tutti gli associati devono sentirsi responsabili dell'Associazione e noi dobbiamo educarli ad esserlo.

Gli ostacoli della politica

ALLA RICERCA DI UN DIALOGO COSTRUTTIVO

di Mauro Mattiacci

Son trascorsi sessanta anni da quel lontano 5 agosto che oggi celebriamo. Tanti di questi anni li ho condivisi con il cammino di questa nostra realtà. Tante, tantissime cose sono cambiate, è vero. Ma altrettante situazioni sono rimaste inalterate, come macigni inamovibili. Come per esempio lo sono tante belle dichiarazioni, smentite ancor prima di essere rilasciate.

L'esperienza maturata in ARIS ci ha dimostrato come persino le leggi finiscano per essere parole ad usum proprio. Infatti anche se la legge istitutiva del SSN (punctum dolens da sempre…) ha messo le nostre strutture convenzionate sullo stesso piano delle pubbliche, dunque inserite a pieno titolo nel SSN con parità di doveri e diritti, titoli e servizi, siamo sempre stati considerati come le Cenerentole della sanità, dimenticate quando c'è da investire o sovvenzionare, quando non indicate come arpie pronte a lucrare sulla pelle dei malati, o ancor peggio messe alla gogna mediatica. Èoggi evidente che anche nella programmazione del PNRR resteremo in questo limbo, nonostante proprio la pandemia abbia dimostrato che senza la sanità privata sarebbe stato molto, ma molto difficile se non impossibile, reggere l'urto dell'emergenza. Ma ancora una volta siamo i soli a pagarne le conseguenze: siamo stati costretti ad interrompere per oltre un anno l'attività ordinaria per venire incontro ai bisogni del Paese, e abbiamo dovuto farlo a spese nostre e per noi non c'è stata ombra di ristoro. Di qui nasce il nostro scetticismo per il futuro.

Se guardiamo alla situazione sanitaria del Paese ci troviamo di fronte ad un quadro di eccellenza, molto vicina al collasso. La mia non è un'affermazione ironica. È il frutto dell'orgoglio e dell'amarezza che si contrappongono in uno che ha vissuto gli ultimi 30 anni della sua vita in

questo mondo della sanità, con incarichi di diversa responsabilità maturata tra le corsie di ospedale e poi nelle stanze dei bottoni. Una sanità eccellente perché i nostri professionisti, dai medici, ai ricercatori, agli infermieri sono tra i più bravi al mondo; vicina al collasso perché ci sono sempre meno medici, a causa del pensionamento e grazie al numero chiuso, meno mezzi a disposizione dei ricercatori, una penuria incredibile di infermieri. Eccellente perché la nostra è un'assistenza di tipo universalistico, e nel mondo abbiamo solo un altro esempio di sanità universalistica, cioè aperta a tutti senza distinzione alcuna; vicina al collasso perché non riusciamo ad eliminare le incredibili liste di attesa, ora anche per i ricoveri, grazie ai tagli dei posti letto imposti nel 2011. Eccellente perché si affina sempre di più tecnologia e tecnica interventistica; vicina al collasso perché si allarga sempre di più la forbice tra nord e sud del Paese e perché il dio denaro riesce sempre a fare la differenza tra chi si può permettere di superare ostacoli di qualsiasi natura (dalle liste di attesa, alla scelta del primario in clinica privata, a chi si può permettere tariffe assicurative di tutto rispetto, a chi è costretto a rinunciare persino a comprare medicine). Eccellente perché è lo scenario internazionale che ci classifica così; vicina al collasso perché figlia di un trascorso durante il quale sono state ignorate le necessità di ulteriori investimenti a fronte di tagli irresponsabili. Cosa propone il Pnrr per riscostruire la nostra eccellenza? Troppo poco per rispolverare i lustri del passato, soprattutto troppo poco per dimostrare che la nostra sanità non soffra più del cancro di una deficitaria politica sanitaria che abbia a cuore null'altro interesse se non la salute del cittadino. Siamo convinti che a fronte di tutto ciò vi sia la mancata conoscenza dell'effettiva realtà che rappresentano le nostre strutture. E sì noi ci siamo impegnati sino allo spasimo per far conoscere chi siamo, cosa offriamo e perché l'offriamo.

Purtroppo la difficoltà nell'instaurare un dialogo costruttivo tra cittadini, rappresentanti di semplici associazioni impegnate nel sociale, e le istituzioni governative è stata sempre un ostacolo per uno sviluppo condiviso del nostro Paese. Da un tipo di approccio paternalistico avviato nell'immediato dopoguerra, si è di fatto passati ad un regime, mai dichiarato, di "do un des", dove ad ogni sostegno – giusto o ingiusto non importa - che viene offerto deve corrispondere un ritorno concreto. Politico o meno.

Negli anni più prossimi della nostra epoca, se è vero che sono aumentate le possibilità di dialogo, è altrettanto vero che troppo spesso gli incontri si risolvono in un "nulla di fatto". Alla disponibilità dell'interlocutore nell'ascoltare e nel mostrare di capire quanto esposto, si contrap-

pone infatti quasi sempre la sua impossibilità di intervenire per aggiustare le cose: Ministro, Segretario o Sottosegretario che sia deve comunque sottostare alla linea politica tracciata dal Governo in carica. Al massimo si ottiene un intervento in sede di discussione o la proposta di un emendamento, il più delle volte bocciato in sede di discussione. Quando poi la faccenda si complica ulteriormente per l'incapacità di molti rappresentanti eletti al Parlamento di rappresentare adeguatamente le istanze di coloro che li hanno eletti.

Questo scollamento può derivare da una serie di fattori, tra cui la mancanza di meccanismi efficaci di ascolto e di canali di comunicazione aperti. L'inefficienza nella trasmissione delle preoccupazioni della cittadinanza al contesto legislativo crea un divario significativo che ostacola la formulazione di politiche mirate e risolutive. Superare tale incapacità richiede un impegno rinnovato nel favorire una rappresentanza più autentica e la creazione di spazi partecipativi che consentano una comunicazione più diretta tra i cittadini e coloro che sono chiamati a rappresentarli nelle istituzioni governative.

Noi siamo da sempre aperti e disponibili ad ogni tipo di collaborazione. Basta volerlo da entrambe le parti.

Un'esperienza ultratrentennale nel labirinto dei CCNL

L'UNIONE FA LA FORZA

di Giovanni Costantino

Sono arrivato in Aris con un bagaglio di esperienza nella gestione delle risorse umane e lo sguardo proiettato su un futuro che contemplasse orizzonti professionali più ampi.

Ad accogliermi padre Umberto Rizzo, allora Presidente, un uomo che, per me e per molti di noi, è stato un padre di nome e di fatto. Capì subito la mia ferma volontà di impegnarmi in un settore che mi affascinava, facendo miei tutti gli input esterni che coglievo lungo il percorso. Cominciammo a collaborare. Era il 1991, da allora non mi sono più allontanato e l'Aris è diventata, ed è tutt'ora, casa mia.

Dopo Padre Umberto, Fra Pietro Cicinelli, Fratel Mario Bonora e Padre Virginio Bebber sono figure con cui ho condiviso tanto e a cui mi lega ancora un rapporto di profonda amicizia.

Il mio percorso in Aris è stato un cammino lungo; trent'anni di esperienza trascorsi ad occuparmi di relazioni sindacali che mi rendono forse legittimato a formulare alcune considerazioni sulla natura di questa Associazione e sulla sua idoneità a continuare ad essere un punto di riferimento in futuro per le tante strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali che ne fanno parte.

In particolare, posso raccontare la mia esperienza da un punto di vista delle relazioni sindacali, per aver contribuito alla definizione di tutti i contratti collettivi degli ultimi 30 anni.

Nella veste di incaricato alle relazioni sindacali ed al supporto consulenziale nella materia del diritto del lavoro, ho avuto la fortuna di osservare lo sviluppo dell'Associazione da una posizione privilegiata, in quanto la materia della contrattazione collettiva ha ovviamente suscitato enorme interesse da parte di tutti gli associati ed ha ispirato innumerevoli confronti all'interno dell'ARIS.

Tutti conosciamo le grandi difficoltà cui si va

incontro nella fase delle trattative:

1. Esiste l'obbligo (etico e sostanziale) di assicurare ai nostri collaboratori retribuzioni in linea con quelle che vengono riconosciute ai loro colleghi che operano nel SSN; l'obbligo è anzitutto etico, in quanto le qualità professionali dei nostri dipendenti non sono affatto inferiori a quelle dei colleghi del SSN, anzi spesso sono superiori, come maggiore è l'impegno che viene loro richiesto e che essi offrono; ma l'obbligo è anche sostanziale, perché esiste il forte rischio di subire una migrazione delle risorse migliori verso strutture che remunerano i dipendenti in misura più soddisfacente (e sappiamo bene che quando ciò accade, la qualità dei servizi offerti viene irrimediabilmente compromessa).
2. A fronte di questa necessità, etica e di sostanza, c'è però la difficoltà a reperire i finanziamenti necessari per la copertura dei costi: il budget delle nostre strutture viene pressoché integralmente (ed anche anticipatamente) definito dalle Regioni e dalle ASL e finora non abbiamo potuto contare sulla copertura dei maggiori costi derivanti dai rinnovi contrattuali, a differenza di quel che avviene nel SSN.
3. Il nostro sistema sanitario, che sostanzialmente si sviluppa su base regionale, rende molto differente la situazione tra le varie Regioni, con la conseguenza che le strutture associate fanno molta fatica a raggiungere una posizione uniforme ed allineata al momento di assumere le decisioni in merito alla possibilità di procedere al rinnovo dei contratti collettivi.

   Ed infatti varie fasi abbiamo attraversato negli ultimi decenni:

   - una fase di uniformità associativa, durante la quale il contratto collettivo - una volta sottoscritto - veniva applicato da tutte le strutture
   - una fase di diversa temporalità dell'applicazione (abbiamo firmato CCNL che venivano applicati in momenti diversi nelle varie Regioni)
   - una fase di CCNL applicati a seguito della promessa ottenuta dal Ministro della Salute e dalla Conferenza delle Regioni di una copertura del 50% dei maggiori costi (promessa che le Regioni hanno quasi tutte disatteso)
   - una fase in cui abbiamo sottoscritto i contratti ma ne abbiamo sospeso la ratifica in attesa di reperire i fondi per la copertura.

La definizione di un contratto collettivo rimane - per la vita di un'associazione di categoria - uno dei momenti più rilevanti ma anche più conflittuali e dilanianti proprio perché gli associati ci arrivano in condizioni profondamen-

te diverse gli uni dagli altri.
Ed infatti, come in una rappresentazione che si ripete ad ogni occasione, al momento di decidere per la ratifica di un CCNL, Aris deve gestire le sollecitazioni due fazioni alternative: v'è sempre chi minaccia di abbandonare l'Associazione se il CCNL verrà ratificato e chi per contro minaccia di uscire in caso di mancata ratifica.
Situazioni come queste si ripropongono in occasione della sottoscrizione di ogni CCNL purtroppo, anche con la consapevolezza di tutti della legittimità della posizione assunta da ognuno; eppure, l'uscita non è mai la soluzione più adatta perché se è vero che la forza associativa è tanto maggiore quanto più si è uniti, ciò dovrebbe valere a maggior ragione all'interno di un'organizzazione composta da enti che non hanno il profitto quale obiettivo primario.
Dobbiamo tutti avere ben presente che è dal rafforzamento della realtà associativa, e non dalla sua disgregazione, che potrà derivare il consolidamento di ognuna delle strutture associate e degli interessi che esse rappresentano.
Cerchiamo di non dimenticarlo, così porremo le basi per assicurare alla nostra Associazione una vita florida per tantissimi anni ancora.

In alto: IRCCS Santa Lucia
A destra: Auxologico San Luca

LE NUOVE SFIDE TRA PASSATO, PRESENTE E FUTURO

di Mario Piccinini*

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono strutture di eccellenza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico, in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Gli IRCCS erogano anche prestazioni di ricovero e cura di alta specialità oppure svolgono altre attività aventi carattere di eccellenza (D. Lgs. 288/2003 e s.m.i.) (1).

Il numero degli IRCCS in Italia è in continua crescita: dal 2000 al 2020 il numero complessivo degli IRCCS è passato da 35 a 52 (2).

Attualmente sono presenti sul territorio nazionale 23 IRCCS con personalità di diritto pubblico e 30 di diritto privato (3), suddivisi in diverse aree tematiche, monospecialistiche o polispecialistiche, distribuiti in maniera non uniforme sul territorio nazionale. Tra gli IRCCS di diritto privato, 14 sono associati ad Aris.

Gli IRCCS appaiono per la prima volta nel Regio Decreto 1631 del 1938 "*Norme generali per l'ordinamento dei servizi e del personale sanitario degli ospedali*" che li distingue dagli altri ospedali perché, oltre a prestazioni di ricovero e cura dei malati, svolgono anche ricerca scientifica (oltre che organizzativa e gestionale) con lo scopo di migliorare l'assistenza attraverso l'applicazione alla cura del malato delle scoperte della ricerca di base, dello sviluppo di nuove tecnologie diagnostiche, di nuovi strumenti terapeutici di nuove molecole e sostanze biologiche con potenziale effetto terapeutico. Quasi una sorta di realizzazione *ante litteram* e pioneristica della cosiddetta ricerca traslazionale (4).

Gli IRCCS vengono successivamente citati nella c.d. Legge Mariotti (5) e delineati in maniera compiuta nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (6).

Un punto fermo sugli IRCCS è stato posto dal D. Lgs. 16 ottobre 2003 n. 288, che ne costituisce la fonte normativa principale, su cui si sono innestate le successive riforme, in particolare quella più recente ([7]), su cui si dirà tra poco.
Gli IRCCS quindi sono realtà d'eccellenza a livello nazionale che fanno ricerca, secondo una peculiare tipologia di organizzazione che è presente esclusivamente in Italia ([8]). Essi rappresentano uno strumento per lo studio di malattie ad alto impatto, nonché per la promozione, lo sviluppo e l'applicazione di tecnologie innovative in ambito sanitario e biomedico con l'intento di trasferire i risultati ottenuti dalla ricerca alle strutture del SSN per garantire ai pazienti nuove e più efficaci cure e percorsi assistenziali ("*from bench to bedsides*"), creando un ponte tra scienza e medicina, tra ricerca e cura ([9]).

La riforma degli IRCCS introdotta dal PNNR

Il ruolo determinante degli IRCCS è stato recentemente confermato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNNR); la componente 2 della missione 6 (SALUTE) ([10]) fa espresso riferimento alla revisione e all'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli IRCCS e delle politiche di ricerca del Ministero della salute, con l'obiettivo di rafforzare il rapporto tra ricerca, innovazione e cure sanitarie ([11]).
La riforma introdotta con il Decreto Legislativo 23 dicembre 2022 n. 200, in attuazione della legge delega 3 agosto 2022 n. 129, in coerenza con gli obiettivi del PNRR, ha profondamente innovato la disciplina inerente gli IRCCS, intervenendo su vari aspetti, tra questi in particolare:

- potenziare il loro ruolo a livello nazionale e internazionale, in modo che gli stessi enti – che rappresentano *un unicum* a livello internazionale – possano meglio essere inseriti e possano meglio confrontarsi nel panorama della ricerca nazionale e internazionale; per questo sono state utilizzate aree di *expertise* medica ben identificate nelle classificazioni internazionali, quale la codifica Major Diagnostic Category ([12]);
- rafforzare il sistema di valutazione, rivedere i criteri per la procedura di riconoscimento, revoca e conferma del carattere scientifico degli istituti; in particolare, si è esteso il termine da due a quattro anni per la conferma del riconoscimento scientifico, in modo da poter essere realmente funzionali ai fini della verifica dei requisiti di eccellenza degli Istituti e coordinarne la scadenza alla durata dei principali atti programmatori in materia di ricerca sanitaria ([13]);
- rendere il riconoscimento degli IRCCS più og-

gettivabile, tenendo anche in considerazione le necessità dei territori, ai fini di una più equa distribuzione degli Istituti al livello nazionale;
- garantire un equo accesso alle cure degli istituti per tutti i cittadini;
- garantire che il finanziamento complessivo della ricerca sanitaria tramite il Fondo sanitario nazionale sia sempre adeguato ed effettivo anche con il riconoscimento di istituti;
- disciplinare le modalità di partecipazione e di svolgimento delle reti di ricerca e la loro partecipazione a progetti internazionali;
- modificare la disciplina sul personale di ricerca del SSN per valorizzarne il percorso professionale;
- facilitare il passaggio dall'idea progettuale, all'eventuale brevetto e poi produzione e commercializzazione, valorizzando l'attività di trasferimento tecnologico, atteso che gli IRCCS sono vocati alla ricerca traslazionale, ovvero a quella ricerca che produce un diretto impatto sul paziente ([14]), ciò dovrebbe avvenire mediante l'introduzione di regole semplificate per la tutela della proprietà intellettuale a vantaggio degli IRCCS.

Con specifico riferimento agli **IRCCS di natura privatistica**, ferma restando la loro autonomia giuridico amministrativa, il Dec. Lgs. 23 dicembre 2022 n. 200 prevede:

- l'adeguamento degli statuti entro il 31 marzo 2023 per assicurare il coordinamento delle attività del direttore generale con quelle del direttore scientifico (art. 12 comma 2-*bis*);
- l'invio annuale di documentazione al Ministero della Salute (programmazione dell'attività di ricerca e la relativa rendicontazione, il bilancio di esercizio annuale con la relativa certificazione, il bilancio sezionale della ricerca, un bilancio separato per i fondi pubblici nonché i rendiconti finanziari dell'attività economica e non economica) in perfetta analogia a quanto previsto per gli IRCCS pubblici (art. 12 comma 2-*quater*);
- che il Ministero della salute, nell'ambito dei poteri di vigilanza che gli sono accordati, possa verificare in qualsiasi momento il mantenimento dei requisiti e degli standard per il riconoscimento del carattere scientifico dell'istituto (art. 12 comma 2-*quinquies*).

1) Il contesto attuale di riferimento degli IRCCS e le sfide future

Il ruolo degli IRCCS, nel nuovo assetto definito dalla riforma, risulta essere sempre più centrale nel sistema Paese e potrebbe essere ancora incrementato perché nell'ambito del PNRR sono previsti investimenti pubblici che potrebbero intersecare in vario modo le attività degli IRCCS stessi ([15]).

A ciò si aggiunga che, anche a causa della pandemia da Covid-19, si è sviluppata una domanda di ricerca crescente, orientata alla produzione di ritrovati commercializzabili, che fa leva soprattutto sulla ricerca industriale e sullo sviluppo sperimentale e che può avere ulteriori sviluppi nell'ambito del trasferimento tecnologico ([16]).
In questo peculiare contesto in continua evoluzione, si vuole focalizzare l'attenzione su alcune sfide che si pongono agli IRCCS, alcune delle quali riferibili in via esclusiva agli IRCCS di ispirazione religiosa, che riporteremo di seguito per sommi capi.

a) i livelli tecnici professionali di cui gli IRCCS sono espressione

Sempre crescenti sono i livelli tecnico-professionali cui gli IRCCS sono tenuti ad adeguarsi. Si consideri a titolo esemplificativo il ruolo dei ricercatori.
Con la legge 27 dicembre 2017, n. 205 ([17]) (art. 1 comma 422 ss.) è stata introdotta una

L'Oasi di Troina

nuova forma contrattuale per il personale della ricerca sanitaria che lavora presso gli IRCCS pubblici italiani, la c.d. "*Piramide della Ricerca*" a cui è seguita l'emanazione di una sezione speciale del CCNL del comparto sanitario pubblico ([18]).

Nell'ambito della c.d. Piramide della Ricerca, è previsto che i ricercatori pubblici siano soggetti ad una valutazione annuale, ovvero a una valutazione di idoneità per il rinnovo del contratto nonché per l'eventuale inserimento nei ruoli del SSN ([19]), sulla base dei parametri e dei valori minimi fissati dal D.M. 20 novembre 2019, n. 164 ([20]) ([21]).

Ora, agli IRCCS privati, sebbene non siano soggetti all'applicazione diretta della c.d. Piramide della Ricerca e non siano tenuti ad applicare il CCNL del comparto sanitario pubblico, è stato comunque richiesto di applicare i parametri e ai valori fissati dal DM 164/2019 ai propri ricercatori, nell'ambito della rendicontazione del personale della ricerca corrente, ai fini di ottenere il riconoscimento dei relativi costi.

La circolare del 23 giugno 2020 del Ministero della Salute ([22]) ha infatti previsto che i criteri per la rendicontazione della ricerca corrente siano i medesimi utilizzati per la valutazione dei ricercatori, stabilendo che i relativi costi siano eleggibili al rimborso solo se vengono rispettati i requisiti bibliometrici previsti per la valutazione quinquennale o decennale dal DM 164/2019 ([23]).

Se si considera inoltre che con il riordino degli Irccs operato con il D. Lgs. 200/2022 vengono introdotti criteri e standard internazionali per il riconoscimento e la conferma del carattere scientifico di IRCCS, con la valutazione basata su più ampi fattori (tra cui *impact factor*, complessità assistenziale e indice di citazione) ([24]), per garantire la presenza di sole strutture di eccellenza, è evidente che in via diretta o indiretta anche agli IRCCS privati vengono richiesti livelli professionali sempre più elevati per poter ottenere la conferma a IRCCS.

b) Il modello etico-morale di riferimento:

Ai sensi del novellato art. 8, comma 5-bis, D. Lgs. 288/2003 gli IRCCS sono tenuti – tra l'altro – a garantire che l'attività di ricerca e cura si conformi ai principi della correttezza, trasparenza, equità, responsabilità, affidabilità e completezza riconosciuti a livello internazionale e a munirsi e aggiornare periodicamente un codice di condotta per l'integrità della ricerca.

Una simile previsione è finalizzata a garantire la c.d. "*research integrity*", ossia il rispetto dei valori etici e dei doveri deontologici propri di coloro che effettuano ricerca e di c.d. "*Open Science*" ossia dei principi di riproducibilità, collaborazione, accessibilità, rigore riconosciuti a livello internazionale, nonché le regole di

fair competition e di corretto utilizzo delle risorse ([25]).

Per gli IRCCS di ispirazione cattolica questa può essere l'occasione per trasfondere all'interno dei Codici di condotta la loro peculiarità ontologica, inserendo disposizioni che ne valorizzino la natura giuridica.

A titolo esemplificativo, si può prendere spunto dalla "*Nuova carta degli Operatori Sanitari*", ([26]), prevedendo che:

a) sia tutelata in via principale la dignità dell'individuo, come valore fondamentale comune e indisponibile anche da parte del suo titolare, non dipendente dal riconoscimento di altri;
b) gli operatori sanitari agiscano come "*custodi e servitori della vita umana, ovvero della persona la cui dignità inviolabile e vocazione trascendente sono radicate nella profondità del suo stesso essere*" ([27]), che siano "*guidati da una visione integralmente umana della malattia e sappiano attuare di conseguenza un approccio compiutamente umano al malato che soffre*" ([28]) in modo che, animati dallo spirito cristiano scoprano "*la dimensione trascendente propria della sua professione*" ([29]);
c) la cura della salute si svolga "*nella pratica quotidiana in una relazione interpersonale, contraddistinta dalla fiducia di una persona segnata dalla sofferenza e dalla malattia, la quale ricorre alla scienza e alla coscienza di un operatore sanitario che le va incontro per assisterla e curarla, adottando in tal modo un sincero atteggiamento di "com-passione", nel senso etimologico del termine*" ([30]): all'interno del percorso di cura, la struttura fisica e organizzativa ruota quindi attorno alle necessità cliniche e spirituali del paziente;
d) l'attività di ricerca sia comunque "indirizzata a promuovere il benessere umano" ([31]) e siano "adottate tutte le cautele necessarie per evitare i rischi per l'integrità psico-fisica o un peggioramento delle condizioni di salute e per rispettarne la dignità" ([32]).

In definitiva, i codici di condotta – oltre a definire le regole cardine perché l'attività di ricerca si svolga attraverso pratiche corrette e ispirate ai principi di integrità – possono diventare la concretizzazione di valori che, pur essendo espressione del carisma, assumono rilevanza nell'ambito dell'attività resa dagli IRCCS di ispirazione cattolica, in modo da segnarne la cifra distintiva.

c) La perfetta sovrapponibilità tra IRCCS di diritto privato e di diritto pubblico

Gli IRCCS di diritto privato – in aggiunta a

quanto si può affermare per gli Ospedali Classificati ([33]) – risultano ulteriormente sovrapponibili agli IRCCS di diritto pubblico, in considerazione del ruolo peculiare che rivestono nell'ambito del SSN e nell'attività di ricerca scientifica che li caratterizza, anche quando sono di natura privata.

A fine 2021, a questo riguardo, il Ministero della Salute ([34]) – chiamato ad esprimersi in ambito fiscale sull'applicabilità dell'agevolazione della riduzione dell'IRES agli IRCCS di diritto privato in quanto "*enti ospedalieri*" - ha espressamente ribadito "*l'importanza di preservare l'unicità dell'intero sistema degli IRCCS, tra cui vi è anche quella di essere dotati o di personalità giuridica di diritto pubblico privato […] in considerazione dell'unicità degli IRCCS nel panorama nazionale sia nell'ambito del SSN che degli enti che in Italia svolgono attività di ricerca*".

A maggior ragione queste considerazioni valgono per gli IRCCS facenti capo a enti religiosi che, per loro intrinseca definizione, sono senza fine di lucro.

L'assimilazione tra strutture pubbliche e private è di immediata percezione con riferimento ai crescenti obblighi che vengono posti per gli IRCCS privati.

A titolo esemplificativo, oltre a quanto già rilevato *supra* nel par. 3, con riferimento ai poteri di vigilanza del Ministero della Salute e alla documentazione da inviare al Ministero della Salute, si ricorda che:

- quanto al reclutamento del personale, gli IRCCS di diritto privato sono tenuti ad espletare procedure di selezione e di valutazione dei candidati atte a verificarne la professionalità e l'esperienza e l'assunzione è comunque condizionata al possesso degli stessi requisiti previsti per le corrispondenti qualifiche degli enti e strutture del Servizio sanitario nazionale ([35]).

Nel corso del tempo, l'applicazione di questi principi si è fatta via via più stringente. Recentemente, a titolo esemplificativo, l'accesso ai fondi stanziati per la ricerca cor-

rente ([36]) e per il Piano Nazionale Complementare (PNC) al PNRR ([37]) è subordinato alla verifica di effettivo espletamento di procedure comparative, aventi caratteristiche sempre più specifiche e di dettaglio;

- quanto agli acquisti di beni e servizi, sebbene teoricamente sia preservata l'autonomia giuridico-amministrativa degli IRCCS privati, si prevede l'applicazione indiretta o addirittura diretta del Codice dei Contratti Pubblici: si pensi all'accesso ai finanziamenti della ricerca corrente per cui "*gli IRCCS privati per l'acquisizione di beni e servizi hanno l'obbligo di indire apposite procedure che garantiscano pubblicità, trasparenza e concorrenzialità, in analogia con i principi del codice dei contratti pubblici, a tutela di un uso efficiente e corretto dei fondi pubblici; tali fondi devono, infatti, essere utilizzati in maniera trasparente ed imparziale e tale da garantire un ottimale rapporto costi/benefici*" ([38]), ovvero all'assegnazione fondi in conto capitale per gli anni 2021-2023 per cui si stabilisce, per la prima volta, che "*gli acquisti delle apparecchiature autorizzate devono essere effettuati sia dagli IRCCS pubblici e sia dagli IRCCS privati unicamente mediante procedure ad evidenza pubblica, ai sensi del D.lgs. n. 50/2016 e ss.mm.ii*" ([39]), così applicando *tout court* il Codice dei Contratti Pubblici.

Dal punto di vista dei diritti spettanti agli IRCCS privati, non si può dire che vi sia una completa parificazione con quelli pubblici; a titolo esemplificativo, si consideri che le prestazioni sanitarie rese dai soli IRCCS privati a favore dei cittadini residenti nella Regione di appartenenza sono soggetti a tetti di spesa, cui si applicano tutt'ora i vincoli fissati dalla c.d. *Spending review* ([40]) (D.L. 95/2012 e s.m.i.); quanto alle prestazioni rese dagli IRCCS privati a favore dei cittadini c.d. fuori Regione, è prevista una deroga all'applicazione della c.d. *Spending Review*, che tuttavia è stata recentemente limitata alle sole prestazioni di alta specialità rientranti nell'area tematica di riferimento di ciascun IRCCS ([41]).

In ottica prospettica quindi, al fine di *preservare l'unicità dell'intero sistema degli IRCCS*, occorrerebbe che gli IRCCS privati potessero godere dello stesso trattamento previsto per gli IRCCS pubblici in relazione ai tetti di spesa per le prestazioni sanitarie; al contempo, si potrebbero attuare anche a favore degli IRCCS pubblici delle semplificazioni procedurali, ad esempio negli acquisti e nel reclutamento del personale, che potrebbero garantire loro una maggiore competitività.

2) CONCLUSIONI

È stato affermato che ciò che caratterizza gli IRCCS, rispetto alle altre aziende sanitarie, risiede nella presenza di numerose interrelazioni strategiche tra le aree di *business* della ricerca e della pratica clinica. Essi, pertanto si configurano come i principali attori attraverso cui evolvere da un approccio basato sul concetto generico di evidenza scientifica ad uno in cui l'efficacia dei processi emerge dal trasferimento di conoscenza nell'attività medica ([42]).

Gli IRCCS, attraverso la contestuale presenza di competenze di ricerca e cliniche, assumono il ruolo di promotori dell'innovazione in tema di percorsi diagnostici, assistenziali ed organizzativi. La diffusione di una cultura orientata alla ricerca contribuisce ad incrementare la competitività dei SSR e con essi dell'intero SSN al fine di favorire un cambiamento positivo che abbia impatto diretto sulla qualità, l'efficacia e l'appropriatezza (PNRS, 2020-2022) ([43]). Si è osservato che nelle Regioni in cui la diffusione degli IRCCS è maggiore, i sistemi sanitari regionali sono pienamente adempienti ai Livelli Essenziali di Assistenza e, in generale, il livello di mobilità sanitaria passiva è inferiore e il tasso di attrattività (mobilità sanitaria attiva) è elevato ([44]).

Gli IRCCS stanno quindi acquisendo importanza crescente nel contesto nazionale e internazionale; sicuramente, l'adeguamento delle aree tematiche agli standard internazionali portato dal D. Lgs. 200/2022 ne favorirà un ulteriore rafforzamento.

Al contempo, tuttavia, la riforma appena citata non risolve molti dei nodi ancora aperti in tema di IRCCS; in particolare, nonostante nel corso degli anni il numero degli IRCCS sia notevolmente aumentato ([45]), il fondo della ricerca è rimasto sostanzialmente invariato ([46]) e anzi, la riforma medesima precisa che dalla sua applicazione non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica ([47]).

Alla luce di questo contesto complesso in via di continua evoluzione, sarà compito di ARIS far valere nelle competenti sedi il valore degli IRCCS di matrice religiosa, in modo che si possa dare effettiva attuazione alla riforma e che gli stessi possano ottenere il giusto riconoscimento che meritano.

Negrar di Valpolicella (VR),
22 novembre 2023

Il Responsabile Nazionale IRCCS
Dott. Mario Piccinini

NOTE

1 D. Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288 "Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3", Gazzetta Ufficiale n. 250, ottobre 2003.

2 Audizione del Direttore generale della ricerca e innovazione in sanità dott. Giuseppe Ippolito, Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, mercoledì 30 marzo 2022.

3 Dati aggiornati al 9 novembre 2023, fonte sito del Ministero della Salute, sezione Ricerca Sanitaria, IRCCS https://www.salute.gov.it/portale/ricercaSanitaria/dettaglioContenutiRicercaSanitaria.jsp?lingua=italiano&id=794&area=Ricerca%20sanitaria&menu=ssn&tab=2

4 Audizione del Direttore generale della ricerca e innovazione in sanità dott. Giuseppe Ippolito, Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, mercoledì 30 marzo 2022.

5 L. 12 febbraio 1968 n. 132.

6 L. 23 dicembre 1978, n. 833.

7 D. Lgs. 23 dicembre 2022, n. 200 Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico Gazzetta Ufficiale n.304 del 30 dicembre 2022.

8 Audizione del Direttore generale della ricerca e innovazione in sanità dott. Giuseppe Ippolito, Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, mercoledì 30 marzo 2022.

9 Audizione del Direttore generale della ricerca e innovazione in sanità dott. Giuseppe Ippolito, Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, mercoledì 30 marzo 2022.

10 Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 6: SALUTE -componente 2: innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, 2021.

11 Relazione illustrativa alla legge delega 3 agosto 2022 n. 129 https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14699/esame-referente-del-disegno-legge-delega-riforma-degli-irccs-ac-3475-2.html

12 Relazione illustrativa alla legge delega https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14699/esame-referente-del-disegno-legge-delega-riforma-degli-irccs-ac-3475-2.html

13 Relazione illustrativa alla legge delega https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14699/esame-referente-del-disegno-legge-delega-riforma-degli-irccs-ac-3475-2.html

14 PNNR – Le schede sintetiche - Missione 6 – Componente 2 – Riforma 1 Riorganizzare la rete degli IRCCS pubblicato su https://lineaamica.gov.it/docs/default-source/missione-6/m6_c2_r1_riorganizzare_la_rete_degli_irccs.pdf?sfvrsn=f96a4a94_5.

15 Ad esempio, è prevista una precisa linea di intervento (M4C2.2 Sostegno ai processi di innovazione e trasferimento tecnologico) la quale "*è diretta a rafforzare la propensione all'innovazione del mondo produttivo, incoraggiando un uso sistemico dei risultati della ricerca e favorendo la creazione di reti di collaborazioni internazionali. alle misure di sostegno diretto alle imprese si accompagna un'azione di riorganizzazione, razionalizzazione e rafforzamento delle strutture che offrono servizi tecnologici avanzati e servizi innovativi qualificanti*

di trasferimento tecnologico"; ancora, l'investimento 3.2 della Missione 4 "*Istruzione e ricerca*" componente 2 "*dalla ricerca all'impresa*" del PNRR prevede l'integrazione del Fondo Nazionale per l'Innovazione che può essere utilizzato per finanziare operazioni "*volte a favorire la transizione digitale delle filiere negli ambiti, in particolare, dell'intelligenza artificiale, del cloud, dell'assistenza sanitaria, dell'Industria 4.0 […]*" Si veda sul punto Caprara, Profili della fattispecie e della disciplina delle società per il trasferimento dei risultati della ricerca in ambito industriale degli IRCCS, La selezione del socio privato, 8 ottobre 2022, in www.ambientediritto.it.

16 Caprara, Profili della fattispecie e della disciplina delle società per il trasferimento dei risultati della ricerca in ambito industriale degli IRCCS, La selezione del socio privato, 8 ottobre 2022, in www.ambientediritto.it.

17 Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020

18 Con l'applicazione del suddetto CCNL si prevede che i ricercatori del Servizio sanitario nazionale siano assunti con un contratto a tempo determinato per la durata di cinque anni, prorogabili per ulteriori cinque. Al termine del secondo quinquennio è previsto l'ingresso nei ruoli del SSN. Questa disposizione è stata recentemente rimodulata dall' art. 10 del D. Lgs. 200/2022 che ha previsto la possibilità di ridurre la durata del secondo contratto a tempo determinato (da 5 a 2 anni) a seguito di valutazione positiva, al fine di un più rapido inserimento a tempo indeterminato nel SSN.

19 LA VALUTAZIONE BIBLIOMETRICA DELLA RICERCA SANITARIA - Valutazione di idoneità del ricercatore sanitario e rendicontazione del personale della ricerca corrente Normativa, indicatori, strumenti, specifiche tecniche, procedure di estrazione ed elaborazione, simulazione, limiti strutturali – a cura di Gruppo di Lavoro Bibliometrico Bibliosan - 16/11/2020.
20 Quali ad esempio il numero minimo di articoli prodotti dal ricercatore in qualità di autore e in qualità di "*primo, ultimo o corresponding author*" (PUC) per ciascuna valutazione.

21 DM 20 novembre 2019, n. 164 Regolamento recante valutazione del personale di ricerca sanitaria. (19G00167) (GU Serie Generale n.2 del 03-01-2020).

22 Circolare del Ministero della Salute n. prot. 0002302-23.06.2020-DGRIC-MDS-P.

23 Ministero della Salute, Direzione Generale della Ricerca e dell'Innovazione in Sanità, Leonardi G. Rendicontazione dell'attività di ricerca - Spese Personale. 2020.

24 Camera dei deputati, XVIII LEGISLATURA, Documentazione per l'esame di Progetti di legge -Riordino della disciplina degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - A.C. 3475 - n. 549 7 marzo 2022 - https://documenti.camera.it/leg18/dossier/testi/AS0289.htm?_1646683473741.

25 Relazione illustrativa alla legge delega 3 agosto 2022 n. 129
https://temi.camera.it/leg18/post/OCD15_14699/esame-referente-del-disegno-legge-delega-riforma-degli-irccs-ac-3475-2.html

26 Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute), Nuova Carta degli Operatori Sanitari, Libreria Editrice Vaticana, Roma, 2006.

27 Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute), Nuova Carta degli Operatori Sanitari, Libreria Editrice Vaticana, Roma, 2006, pag. 9.

28 S. Giovanni Paolo II, Motu Proprio, Dolentium hominum (11 febbraio 1985), n.2: AAS 77 (1985), 458.

29 Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute), Nuova Carta degli Operatori Sanitari, Libreria Editrice Vaticana, Roma, 2006, pag. 15.

30 Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute), Nuova Carta degli Operatori Sanitari, Libreria Editrice Vaticana, Roma, 2006, pag. 11.

31 Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, pag. 85.

32 Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, pag. 84.

33 Gli Ospedali Classificati sono formalmente privati, per la loro origine assistenziale religiosa, ma sono equiparabili alle strutture del Servizio Sanitario Pubblico, perché ai fini della classificazione, è richiesto il possesso dei requisiti strutturali e organizzativi generali previsti per gli ospedali pubblici e sono esplicitamente distinti dalle altre strutture private accreditate, perché non hanno finalità di lucro e tutti gli utili generati vengono interamente reinvestiti per il perseguimento delle finalità istituzionali.

34 Nota Ministero della Salute prot. 12955 del 15 novembre 2021.

35 art. 12, comma 2, D. Lgs. 288/2003.

36 Ministero della Salute, Linee Guida relative ai criteri per la determinazione delle spese ammissibili a valere sul finanziamento della ricerca corrente e alle modalita' di rendicontazione, Versione 1 del 27 dicembre 2022.

37 Ministero della Salute, Linee Guida Piano Nazionale Complementare al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza relative alle iniziative dell'ecosistema innovativo della salute, Prot. 0002655-23/05/2023-DGRIC-MDS-P.

38 Ministero della Salute, Linee Guida relative ai criteri per la determinazione delle spese ammissibili a valere sul finanziamento della ricerca corrente e alle modalità di rendicontazione, Versione 1 del 27 dicembre 2022.

39 Linee guida conto capitale 2021-2023.

40 Decreto-Legge 6 luglio 2012, n. 95 - Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135

41 art. 11 D. Lgs. 23 dicembre 2022 n. 200.

42 Achard, Bellini, Il contributo strategico degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nella gestione del fenomeno della mobilità sanitaria, Corti Supreme e Salute 2023, 1, pag. 105 e ss.

43 Ministero della Salute, Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria (PNRS) 2020-2022, dicembre 2021, pp. 18 ss.

44 Achard, Bellini, Il contributo strategico degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nella gestione del fenomeno della mobilità sanitaria, Corti Supreme e Salute 2023, 1, pag. 105 e ss.
45 Da 35 nel 2003 a 52 nel 2023.

46 Audizione del Direttore generale della ricerca e innovazione in sanità dott. Giuseppe Ippolito, Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, mercoledì 30 marzo 2022.

47 art. 13 D. Lgs. 23 dicembre 2022 n. 200.

In alto: L'Ospedale Miulli
A destra:
Ospedale Isola Tiberina - Gemelli Isola

UN CAMMINO CHE VIENE DA LONTANO

di Daniele Piacentini*

Gli Ospedali Religiosi gesti da Enti Religiosi sono tra le prime strutture sanitarie organizzate presenti in Italia, risalendo in molti casi a prima del 1500. Gli Ospedali Classificati sono da sempre organizzazioni vocazionali e valoriali, finalizzate a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini del territorio in cui sono insediate, cercando di assicurare qualità e umanità nelle cure a tutti coloro che hanno un bisogno di salute. Sono state fin dall'origine strutture non profit, per finalità costitutive prima che per diritto.

Tuttavia, i primi riconoscimenti all'interno dell'ordinamento italiano sono avvenuti solo con i Patti Lateranensi e con la legge 27 maggio 1929 n. 848, in forza della quale gli Enti Ecclesiastici che svolgevano attività di interesse sociale e assistenziale a favore dei cittadini erano sottoposti alle leggi civili concernenti tali attività. Con la successiva legge del 30 settembre 1938 n. 1831, vennero intesi come Enti Ospedalieri gli enti da cui dipendevano ospedali, compresi gli Enti Ecclesiastici.

La nascita degli Ospedali Classificati come categorie specifica, risale a trent'anni dopo e la si deve alla c.d. Legge Mariotti (Legge n.132 del 12 febbraio 1968) con la quale viene introdotta e definitivamente consacrata una nuova tipologia di struttura ospedaliera: l'Ospedale Classificato.

La Legge Mariotti disegna infatti una nuova architettura delle strutture ospedaliere, dividendo gli ospedali in Generali e Specializzati, per lungodegenti e convalescenti. Gli Ospedali Generali, a loro volta, venivano distinti in ospedali di zona, provinciali o regionali.

Al contempo, si mantiene fermo il precedente regime giuridico-amministrativo di autonomia per gli istituti ed enti ecclesiastici che

esercitano l'assistenza ospedaliera - fatta salva la vigilanza tecnico sanitaria spettante al Ministero - e si conferisce ai medesimi, ove in possesso dei requisiti prescritti dalla stessa Legge 132/1968 per gli ospedali pubblici, la facoltà di chiedere e il diritto di ottenere che i loro ospedali siano "classificati" in una delle categorie contemplate dal nuovo ordinamento, attuandone in sostanza una piena equiparazione.

In altri termini, la Legge Mariotti riconosce natura pubblica al servizio ospedaliero svolto dagli Enti Ecclesiastici purché alle condizioni da essa stessa stabilite, di carattere oggettivo, afferenti alla struttura sanitaria (stessi requisiti della struttura pubblica, retta di degenza, programmazione, status del personale), a prescindere dalla natura, pubblica o privata, del soggetto che lo espleta.

Il D.P.R. 27 marzo 1969, n. 130 (Stato giuridico dei dipendenti degli Enti Ospedalieri) introduce la possibilità per gli Ospedali Classificati di adeguare anche il proprio ordinamento del personale alle disposizioni fissate per gli Ospedali Pubblici, al fine di ottenere (a domanda) il riconoscimento con decreto del Ministro della Sanità dell'equiparazione dei servizi e dei titoli di carriera maturati dal personale all'interno di tali ospedali, ove i propri ordinamenti siano rispondenti alle disposizioni normative previste. Trattasi, pertanto, di un'ulteriore equiparazione disposta dall'ordinamento, fondata su presupposti oggettivi, a riprova della natura pubblica del servizio ospedaliero svolto dagli Ospedali Classificati e della loro assimilabilità oggettiva agli Ospedali Pubblici.

Con la legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, si conferma l'ordinamento appena descritto, ribadendo che "nulla è innovato alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico amministrativo" degli Enti Ecclesiastici e dei relativi Ospedali Classificati (articolo 41), salvo che per la vigilanza tecnico-sanitaria (che viene trasferita dal Ministero alle Asl) e la "convenzione obbligatoria" da stipulare in conformità a uno schema-tipo.

Le "istituzioni sanitarie riconosciute che esercitano l'assistenza pubblica" - sono così testualmente definiti gli ospedali classificati - "conservano la loro posizione di soggetti attivi nel sistema pubblico dell'assistenza" e continuano a operare come nel passato, con un ruolo e una posizione analoga a quella degli Ospedali Pubblici.

Anche secondo il legislatore delle due riforme del Servizio Sanitario Nazionale susseguitesi nel 1992 (D. Lgs. 30 dicembre 1992

n. 502) e nel 1999 (D. Lgs. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229), "nulla è innovato alla vigente disciplina" in materia - come recita l'articolo 4, comma 12, del Decreto legislativo 502/92, che il D.lgs 229/99 ha lasciato invariato - restando quindi confermata la natura funzionalmente pubblica degli Ospedali Classificati.

Come noto, peraltro, le norme da ultimo citate hanno inciso sul pagamento a prestazione (DRG e tariffe) e sui rapporti intrattenuti dalla Regione e, per essa, dalle Asl con tutte le strutture, pubbliche e private attraverso le quali sono assicurati i livelli essenziali di assistenza.

In base alla nuova configurazione adottata dal legislatore, i momenti nei quali si articola il sistema dei rapporti con i soggetti erogatori di prestazioni sono tre: l'autorizzazione, l'accreditamento istituzionale, gli accordi contrattuali. Dalle disposizioni dettate dagli articoli 8- ter e 8-quater D. Lgs. 502/1992 gli Ospedali Classificati e gli Ospedali Pubblici sono tutti accomunati nella formula "strutture pubbliche ed equiparate". Per quanto riguarda gli accordi, l'art. 8 quinquies stabilisce che "la Regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati (...)", con la conseguenza che "anche gli Ospedali Classificati, come le Aziende Ospedaliere Pubbliche, ricadono nella gestione per "accordi" [a differenza delle case di cura accreditate che ricadono nella gestione per contratti N.D.R.] a monte dei quali si pone in ogni caso l'attività autoritativa di programmazione di cui qui si tratta, anche sulla base di una netta scissione di ruoli e competenze fra la Regione (che esercita i poteri di programmazione) e le Aziende UU.SS.LL. competenti per la definizione di obiettivi, volume massimo e corrispettivo delle prestazioni erogabili" (Cons. Stato, 17 dicembre 2015, n. 5729).

EVOLUZIONE

Nonostante questa continuità nella assimilazione normativa degli Ospedali Classificati agli Ospedali Pubblici, nella fase di definizione degli "accordi", gli Ospedali Classificati sono stati progressivamente equiparati alle strutture private accreditate profit e si è scivolati dalla gestione per "accordi" a quella per "contratti" che il legislatore aveva originariamente riservato alle case di cura private profit. Di fatto è venuta meno una equiparazione con le strutture pubbliche, non

tanto sul piano normativo, quanto su quello della negoziazione economica del contratto di budget annuale delle prestazioni erogabili ai cittadini, cosa quantomeno paradossale per Enti che hanno, fin dalla loro costituzione, fatto della assistenza e cura senza fini di lucro il loro fine ultimo.

Come sopra evidenziato, il Legislatore – da un punto di vista generale e astratto – tutt'ora distingue il ruolo degli Ospedali Classificati, circa 30 sul territorio nazionale, rispetto agli altri privati accreditati e li assimila agli Ospedali Pubblici sul piano normativo. Anche recentemente il Parlamento, nell'ambito di un dossier sul Welfare a cura della XVII Legislatura dell'aprile 2018 (1) ha ribadito che "Il SSN garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie incluse nei LEA attraverso l'attività di soggetti erogatori pubblici (Aziende sanitarie e ospedaliere, Aziende ospedaliero-universitarie, IRCCS pubblici), privati equiparati (IRCCS privati, Ospedali Classificati) e privati accreditati, con i quali le regioni e le aziende stipulano degli accordi o dei contratti così distinguendo tra privati equiparati e privati accreditati in senso stretto, intesi come privati profit.

Tuttavia, se nelle norme e nei documenti ufficiali permane una assimilazione tra Ente Pubblico e Ospedale Classificato, emergono sempre maggiori disparità di trattamento. A titolo esemplificativo, se ne elencano alcune:

- gli Ospedali Classificati sono tenuti a sottoscrivere contratti di budget annuali con le ASL e a sottostare ai tetti di spesa introdotti dalla legge 133/2008. Tetti che contrastano con l'obbligo di garantire le cure ad ogni cittadino nel rispetto della funzione pubblica a loro richiesta e da loro assicurata. Gli Ospedali Classificati, infatti, continuano ad accettare tutti i pazienti che si rivolgono ai loro Ospedali ed in particolare ai loro PS o DEA, anche quando il "budget" regionale è stato raggiunto con il risultato che diverse prestazioni rese nel corso dell'anno, non vengono rimborsate dal SSN e costituiscono un costo finanziariamente insostenibile per le strutture. Analogo discorso può essere fatto per quelle prestazioni che hanno un DRG molto basso – l'ultima revisione dei DRG risale al 2011 - e che non riescono a coprire i costi diretti sostenuti e cresciti in modo esponenziale negli ultimi due anni a causa dell'inflazione del caro energia e dei rinnovi contrattuali;
- sono stati recentemente riconosciuti da alcune Regioni benefici economici per il personale del comparto e della dirigenza medica volta a remunerare il personale medico e non medico impegnato nell'emergenza Covid con esclusivo riferimento al personale

delle strutture ospedaliere pubbliche, così escludendo il personale degli ospedali classificati, sebbene ugualmente coinvolto nei Piani Emergenziali Ospedalieri e nella rete sanitaria di emergenza;
- nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), solo gli ospedali pubblici potranno essere destinatari diretti dei fondi stanziati dal recovery plan;
- nella legge di Bilancio 2022 e 2023 si riconosce una specifica indennità di natura accessoria per il personale del comparto sanità e della dirigenza medica che opera nei servizi di Pronto Soccorso delle aziende e degli enti del SSN, con esclusione quindi del personale che opera nei medesimi servizi degli Ospedali Classificati, per quanto i PS e i DEA degli Ospedali Classificati siano spesso nevralgici nella rete sanitaria regionale.

Se grazie alla legge del 1968 il riconoscimento degli Ospedali Classificati come equiparati a quelli pubblici è stato fatto in modo molto chiaro, dall'inizio del 2000 - nonostante le norme istitutive del SSN del 1978 e della sua modifica del 1992 e 1999, formalmente non abbiano apportato modifiche normative – la nozione di Ospedale Classificato sul piano di trattamento delle risorse economiche come il budget annuale, i finanziamenti per tecnologie e investimenti per ristrutturazioni di aree critiche è stata equiparata a quelle delle strutture private accreditate profit.

IL CONTESTO ATTUALE E IL VALORE DEGLI OSPEDALI CLASSIFICATI NEL FUTURO

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale è oggettivamente uno dei migliori del mondo, spesso è oggetto di critiche, mentre raramente si evidenzia ciò che ogni giorno funziona bene. Siamo considerati come uno dei migliori 5 sistemi sanitari nazionali per qualità, pur non essendo tra i maggiori 5 per spesa. Alla spesa sanitaria destiniamo il 6,8% del PIL, contro il 10,9% della Germania, il 10% della Francia e il 7,5% della Spagna, questa situazione è difficilmente sostenibile se davvero si vuole mantenere l'accesso gratuito alla maggior parte delle prestazioni necessarie a fare prevenzione, diagnosi e cura e a tutte quelle in urgenza e salvavita. Per salvaguardare queste conquiste preziose serve, in primo luogo, eliminare la retorica del SSN che deve essere in grado di dare alta qualità a ciascuno nell'ospedale di scelta individuale del cittadino; sarebbe bello ma è irrealistico. L'SSN può e deve garantire a tutti una prestazione qualitativamente adeguata in uno degli Ospedali del Sistema Sanitario Nazionale a cui

il cittadino può essere indirizzato. Se il cittadino vuole scegliere in quale Ospedale farsi curare deve accettare che questa scelta possa essere fatta da molti altri cittadini e pertanto che ci sia una lista di attesa in quella struttura. Inoltre, va spiegato che il sistema sanitario è un valore, ma ha un costo elevato e se si vuole mantenerlo occorre che vengano investite risorse, che essendo limitate devono necessariamente essere trovate facendo ineludibili scelte. I DRG, che sono i valori con cui vengono rimborsate le prestazioni eseguite sia agli ospedali pubblici sia a quelli privati accreditati, sono fermi ai valori 2011 e oggi spesso non riescono a coprire i costi diretti delle prestazioni (una visita specialistica con un medico è rimborsata 20 euro, che non permette di rientrare nemmeno del solo costo del medico). Inoltre, ogni struttura ha un budget definito che non può superare su base annuale e questo ne limita spesso la capacità di rispondere a tutte le richieste di prestazioni dei cittadini. I budget immodificabili e i rimborsi inadeguati, non sono certo le uniche, ma sono due delle principali cause di difficoltà nel rispondere ai bisogni dei cittadini nei tempi attesi. Oltre a queste due criticità di natura economica per assicurare il mantenimento di un sistema universalistico e gratuito per i cittadini, è necessario superare il superficiale dibattito che identifica il SSN con gli ospedali pubblici o le ASL. In Italia, alle grandi e spesso qualitativamente eccelse strutture pubbliche, si affiancano da sempre strutture private accreditate, in particolare quelle religiose che sono non profit oltre ad essere presenti da secoli prima ancora che esistesse il sistema sanitario nazionale (nato solo nel 1978) e parte integrante della rete sanitaria nazionale. Il SSN è dunque fatto sia dalle prestazioni che lo Stato eroga mediante sue strutture (Ospedali Pubblici, ASL, etc.), ma anche dalle prestazioni che lo Stato acquista da ospedali privati accreditati, che devono rispettare requisiti di accreditamento e di qualità predefiniti e che sono monitorati dalle istituzioni. In entrambe i casi il cittadino accede alle cure in forma gratuita o pagando solo il ticket, ma senza differenza tra strutture pubbliche e strutture private accreditate. Non riconoscere il valore del privato accreditato in Italia come parte del SSN e come risorsa per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini è uno degli errori più gravi che si possano fare se si vuole dare qualità a tutti. Sicuramente ci sono delle cose da migliorare e da bilanciare più correttamente nella rete sanitaria del nostro paese, ma un sistema misto assicura al cittadino migliore qualità, maggiore scelta e anche maggiore sostenibilità per il sistema.

Gli Ospedali Classificati per le loro caratteri-

stiche e le loro finalità costitutive – rispondere con qualità ed umanità ai bisogni di salute di tutti i cittadini – sono parte integrante della rete sanitaria regionale e nazionale, come è stato dimostrato anche recentemente nel corso dell'emergenza pandemica. Negli ultimi decenni, gli ospedali religiosi hanno affrontato sfide riguardanti l'identità e la missione, alcuni sono andati incontro a crisi economico finanziarie che ne hanno decretato il cambio di proprietà o di gestione per assicurarne la sopravvivenza e la continuità di missione, ma ancora oggi gli Ospedali Classificati rimangono caratterizzati da specificità loro proprie che possiamo cosi sintetizzare:

- non hanno finalità di lucro: gli utili generati vengono interamente reinvestiti per le proprie finalità istituzionali e quindi, in definitiva, a vantaggio dei pazienti e sono caratterizzati dall'esclusività del fine assistenziale;
- sono inclusi nella programmazione socio-sanitaria tra gli elementi strutturali della rete ospedaliera e assistenziale delle Regioni: in molti casi gli Ospedali classificati sono qualificati come presidi ospedalieri di rete, oltre che come centri di riferimento regionale e sono dotati di Pronto Soccorso o DEA;
- hanno un indice di complessità delle prestazioni rese e un'ampia offerta assistenziale del tutto equiparabile a quella di Ospedali Pubblici delle stesse dimensioni;
- devono disporre degli stessi requisiti tecnico-organizzativi e di personale propri degli ospedali pubblici;
- applicano contratti collettivi di lavoro per il personale medico e del comparto equiparati a quelli del settore pubblico;
- oltre l'80% del personale è dipendente;
- investono sulle aree di emergenza e di terapia intensiva e nell'innovazione tecnologica con piani di investimento di lungo termine;
- anno una forte attenzione all'umanità delle cure e alla loro accessibilità per tutti i cittadini ed in particolare quelli più bisognosi;
- l'assistenza spirituale per i malati e per il personale è assicurata dalla presenza di personale religioso afferente all'ordine o alla congregazione di riferimento dell'Ospedale.

Riconoscere queste specificità caratterizzanti gli Ospedali Classificati e ri-attribuire loro il ruolo che meritano nella rete sanitaria pubblica, è il modo per assicurare non solo la sopravvivenza di queste preziose strutture secolari, ma consentire loro di integrarsi di nuovo in piena sinergia con gli Ospedali Pubblici per rafforzare la capacità di risposta ai bisogni dei cittadini.

** Responsabile Nazionale*
Ospedali Classificati

CASA DI CURA S. FRANCESCO

LA FORZA DI IDEALI COMUNI

di Alessandro Triboldi*

"E pluribus unum": locuzione latina, attribuita a Virgilio, sta ad indicare la tensione verso l'unione di singole realtà, in forza di comuni ideali, valori, sentimenti.

Il motto, adottato dagli Stati Uniti sin dal 1776, si rivela particolarmente attuale e calzante rispetto alla situazione che le strutture sanitarie e sociosanitarie di ispirazione cattolica si trovano a fronteggiare in questa turbolenta quanto delicata fase del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Celebrare i 60 anni di ARIS assume quindi un significato importante laddove si indaghi sulle ragioni profonde e costitutive del nostro essere parte integrante ed essenziale di un servizio reso alla collettività nel campo della cura e dell'assistenza e, nel contempo, si cerchi di interpretare quale sia la complessità della sfida alla luce dell'evoluzione recente e prospettica.

In questo numero dedicato al sessantesimo dell'associazione, altri interventi, più autorevoli e qualificati del mio, si soffermano sui tratti caratteristici dell'essere espressione del carisma dei nostri fondatori e interpreti della missione evangelizzatrice della Chiesa attraverso le proprie opere. Io mi limito solo ad evidenziare come per le strutture ARIS sia essenziale il riferimento a valori universali, ma anche come per la Chiesa sia fondamentale l'opera delle nostre realtà.

In questo scritto intendo soffermarmi, senza la pretesa di essere esaustivo, su alcune peculiarità del momento per meglio comprendere bisogni, attese e prospettive del mondo che ruota attorno alla sanità.

È evidente a tutti quali siano le difficoltà attuali. L'attività convenzionata è palesemente sottofinanziata. Ciò contribuisce alla formazione di lunghe liste d'attesa che alimentano il ricorso alle prestazioni extra SSN o, nei casi più drammatici, impediscono al paziente di fruire delle

cure con appropriata tempestività. La mancanza di risorse adeguate può mettere a rischio la qualità delle cure, non permette di remunerare adeguatamente gli operatori e limita gli investimenti.

Reclutare e mantenere personale qualificato è spesso una sfida, specialmente nel post-pandemia in cui il settore pubblico, pure in difficoltà, ha riaperto i concorsi e trovato risorse da destinare a rinnovi contrattuali ed incrementi di organico.

ARIS ha il dovere di intensificare i propri sforzi per fare valere il peso del contributo reso in favore del Servizio Sanitario Nazionale da parte delle strutture socie, valorizzandone contenuti e qualità, proponendo istanze in favore di politiche di finanziamento più congrue e per favorire l'accesso alle risorse necessarie, per esempio, anche a copertura degli investimenti.

Presupposto essenziale è che ci si attivi in maniera unitaria. Dobbiamo sforzarci di essere Comunità perché, con il sostegno delle nostre istituzioni, possiamo coltivare un dialogo costante con la pubblica amministrazione sia nei livelli regionali che in quello centrale. Un confronto costruttivo che, partendo dall'analisi dei bisogni, individui proposte di collaborazione ed integrazione fra settore privato e quello pubblico per fornire servizi complementari e portare a soluzioni più sostenibili. La comunità al centro nella elaborazione di percorsi di cura che rispondano in maniera più competente ed efficace alle esigenze del paziente.

A livello di singola struttura, siamo tutti consapevoli che l'ascolto e la valorizzazione degli operatori costituiscono elemento imprescindibile. Al di là della qualità della prestazione resa, ambiente di lavoro e benessere psico-fisico di coloro che operano in aziende che erogano servizi sono elementi essenziali per dare all'utenza la percezione di una elevata qualità. Ciò vale, a maggior ragione in sanità, dove oltre ai pazienti che fiduciosi si affidano alle nostre cure, ci si relaziona quotidianamente con i loro cari che in comprensibile stato di apprensione e fragilità devono poter contare su professionisti che sappiano coniugare professionalità ed approccio compassionevole.

Lotta agli sprechi e riduzione delle inefficienze sono fondamentali per mantenere in soglia di sostenibilità economica le nostre realtà per la loro continuità nel tempo e per liberare risorse a vantaggio degli investimenti, ineludibili per restare al passo con l'innovazione e per fornire livelli sempre più elevati di assistenza. Se perdiamo terreno su questo fronte, si innesca inevitabilmente un circolo vizioso perché le nostre strutture non risulterebbero più in grado di fare crescere o comunque attrarre valide professionalità, ne risentirebbe la qualità delle cure e si allontanerebbero i pazienti. Ciascuno deve lavorare al proprio interno, traendo spunto da best-practice che, pure nel nostro ambito, molte strutture annoverano. Queste ultime devono

farsi carico di accompagnare in percorsi di miglioramento quelle maggiormente in difficoltà. È tempo di promuovere fra le realtà associate forme di cooperazione e nuove progettualità orientate verso una organizzazione integrata della sanità cattolica. Non si tratta di abdicare ad altri, ma semmai di rafforzare la propria identità, demandando o condividendo aspetti meramente tecnici e organizzativi per trarre nuova linfa e superare le difficoltà contingenti.

Non solo il settore è alle prese con una importante carenza di organico, ma risulta profondamente mutato l'approccio al lavoro in termini di equilibrio fra vita professionale e vita privata. Nel work life balance odierno il lavoro è una componente, ma certamente non la più importante. Nel reclutamento degli organici, dimentichiamoci il lusso di poter scegliere fra una moltitudine di aspiranti, ma ragioniamo in termini competitività ed attrattività rispetto agli altri operatori, in particolare nei confronti del pubblico. La partita non può essere giocata sul piano della remunerazione tout court, ma per attrarre, o ancor prima trattenere collaboratori, occorre agire su più leve quali orari flessibili, lavoro da remoto, servizi alla famiglia, senso di appartenenza alimentato dall'applicazione di un sistema valoriale che sia intrinseco in tutte le scelte operative, a partire dal rispetto della dignità dei dipendenti, al loro costante coinvolgimento in attività formative e di supporto psicologico e motivazionale, promuovendo politiche di tutela dell'ambiente. In sintesi occorre mettere in pratica quanto ormai auspicato anche dal legislatore: l'approccio One health, dove il benessere è la risultante di una visione olistica in cui salute umana, animale e ambiente risultano intimamente interconnessi e in armonia in un unicum che va oltre la somma delle parti che lo compongono.

Ora più che mai è fondamentale mantenere elevata la qualità delle cure erogate e più in generale il livello dei servizi offerti. Ce lo impongono l'etica, l'evoluzione scientifica e le aspettative dei pazienti che, sempre più informati divengono giustamente più esigenti.

In qualità di operatori di ispirazione cristiana veniamo richiesti non solo di curare il corpo e la mente, ma anche l'anima delle persone. Donando accoglienza e conforto anche a coloro che non hanno il dono della fede. Un impegno a rendere le nostre Case e i programmi diagnostico terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica. Si tratta dell'umanizzazione della cura che, nelle nostre strutture, sovente si traduce nell'attenzione agli ultimi. Questo agire, che è testimonianza, ha il potere di smuovere sensibilità e di incidere sulle coscienze di coloro che si affidano a noi. Questo è il senso di appartenere all'ARIS, questo è lo sprone a costruire un progetto comune di cooperazione. E pluribus unum.

** Responsabile nazionale Case di Cura*

In alto: Il Centro Speranza
A destra:
Fondazione Padre Alberto Mileno

UNA COMPONENTE ESSENZIALE DEI SISTEMI SANITARI

di Francesco Converti *

La riabilitazione è una componente essenziale dei sistemi sanitari. Lo ricorda l'OMS (OMS, 2017)[1] richiamando il fatto che troppi cittadini europei non ne possano usufruire, con una perdita potenziale di oltre 49 milioni di anni di vita in salute (OMS, 2022)[2]. Gli Stati membri sono quindi sollecitati a garantire la riabilitazione a tutti i livelli dell'assistenza sanitaria. L'OCSE individua la fragilità dei sistemi sanitari come fonte di costi duraturi[3] e raccomanda di aumentare la loro resilienza investendo negli interventi con il miglior rapporto costi-benefici (OCSE, 2023)[4]. In questo senso, è dimostrato come la riabilitazione produca efficienze e benefici sociali e economici strategici per la sostenibilità dei sistemi (WHO, 2019)[5]. L'Italia è però in controtendenza. I posti letto sono stati ridotti a 3,2 ogni 1000 abitanti (Eurostat, 2023) e sono stati persi 3,5 milioni di ricoveri e 35.000 operatori sanitari (Ministro della Salute, 2019)[6]. Il confronto con gli altri paesi europei è emblematico; la dotazione italiana di posti letto ospedalieri è meno della metà di quella dei principali paesi europei (Tabella 1) e meno di un terzo per i servizi di long-term care (Eurostat, 2022). Secondo l'OMS, sono oltre 20 milioni i cittadini italiani che potrebbero beneficiare di interventi riabilitativi (OMS, 2022); sono destinati ad aumentare per l'aumento delle popolazioni 80+ e delle condizioni croniche età-correlate. Diventa quindi strategico favorire l'aumento del numero di anni di vita liberi da disabilità, attraverso interventi riabilitativi diffusi, tempestivi e di qualità (OMS, 2022). Ad oggi la nostra Associazione può contare su 113 Centri di Riabilitazione diffusi su tutto il territorio nazionale.

Tabella 1
Dotazione di posti letto ospedalieri nei principali paesi europei (dati x 1000 abitanti)

Belgio	5,5
Germania	7,8
Francia	5,7
Austria	7,1
Polonia	6,2
Romania	7,1

Fonte: Eurostat, 2023

Un cammino normativo difficile ma in evoluzione

Sotto il piano normativo, la riabilitazione in Italia ha avuto una storia travagliata e spesso incompiuta. Fra gli atti recenti, è bene ricordare le Linee di indirizzo sulla riabilitazione del 2021[7], il Decreto appropriatezza[8] e i decreti ministeriali 70[9] e 77[10]. Senza entrare nel dettaglio, sembra utile richiamare tendenze o priorità meritevoli di attenzione. Il DM 70 era intervenuto nel 2015 sulla "razionalizzazione" dell'offerta ospedaliera, definendo standard di dotazione separati fra ricoveri per acuti e di riabilitazione e lungodegenza. Per molti, ha concorso all'indebolimento della rete ospedaliera e al peggioramento delle condizioni di lavoro[11]. Resta da capire se - nel tempo della cronicità – sia appropriata una dotazione di 3,7 posti letto ospedalieri per mille, di cui solo 0,7 per riabilitazione e lungodegenza. Resta anche da comprendere il valore di un tasso di ospedalizzazione atteso (160 per mille), basato sul consumo ma non sulla stima della domanda insoddisfatta, soprattutto per le malattie e condizioni croniche. Nel 2021 la riabilitazione è stata definita come terzo pilastro del sistema sanitario, valorizzando il modello di riferimento bio-psico-sociale e il percorso riabilitativo unico. Si tratta di indicazioni però disattese dagli atti successivi. Ad esempio, la revisione avviata nel 2021 del DM 70 affronta in modo marginale il tema della riabilitazione e resta a dir poco confusiva nella descrizione delle distinzioni fra posti letto riabilitativi ospedalieri e extraospedalieri. Il più recente DM 77[12] definisce modelli e standard anche innovativi per lo sviluppo dell'assistenza territoriale; ignora però del tutto la riabilitazione, attribuita genericamente ad altri settori (SIMFER, 2022)[13]. Per affrontare queste criticità, nel 2023 è stato attivato un Tavolo tecnico del Ministero della Salute. È presente anche ARIS è sarà l'occasione per affrontare con decisione questi temi.

Verso quale appropriatezza?

Il concetto di appropriatezza richiamato nel

2022 non si basa su criteri clinici e di qualità degli interventi e dei loro esiti. È invece più funzionale al contenimento dei costi, seguendo l'onda lunga della spending review, del DM 70 e dei tagli lineari. Nel complesso, privilegia le logiche del tradizionale modello bio-medico, orientato alla cura delle patologie acute e centrato sull'ospedale, sottovalutando la complessità dei processi che sottendono le condizioni croniche. Queste, infatti, non possono essere affrontate con un approccio "attendista", che interviene solo quando il patrimonio di salute della persona è già depauperato, senza tenere conto della dimensione sociale, culturale, psico-emotiva e economica della persona malata o disabile. Si tratta anche di garantire continuità e un univoco governo clinico al percorso che origina dall'evento acuto o iperacuto per proseguire poi nelle fasi estensive e di mantenimento, per non vanificare i risultati degli interventi iniziali più qualificati. Si tratta quindi di superare le logiche riduttive del DM 77, definendo con chiarezza gli obiettivi, la dotazione e le responsabilità anche delle fasi estensive e di mantenimento,

La SDO-R: l'Intesa Stato-Regioni del 27 luglio 2022

Il decreto appropriatezza e altre indicazioni normative, introducono però innovazioni positive. Fra queste la nuova SDO riabilitativa (SDO-R). SDO e DRG nascono per i reparti di acuzie e faticano a riconoscere la specificità dei ricoveri riabilitativi. L'Intesa Stato Regioni del 27 luglio 2022[14] guida l'aggiornamento delle sue informazioni; viene adottato l'ICF come sistema di riferimento e i codici ICD-9-CM sono integrati con nuovi strumenti per la misura del funzionamento, anche ma non solo per le situazioni ad elevata complessità specialistica. Viene anche avviato l'aggiornamento dei flussi informativi, tema che il documento OCSE del 2023 considera prioritario ("senza i dati giusti i decisori volano alla cieca"). La continuità delle informazioni deve essere garantita lungo l'intera storia naturale delle condizioni disabilitanti e dei progetti riabilitativi e di cura, tema comune anche all'evoluzione in atto dell'FSE[15]. Saranno quindi decisivi la sperimentazione della SDO-R avviata dall'Intesa Stato Regioni e il tavolo tecnico con Ministero della Salute e Agenas.

Pubblico e privato, for profit e non profit

In Italia persiste un'applicazione atipica della distinzione fra pubblico e privato non profit. La Costituzione e numerosi pronunciamenti della Corte Costituzionale richiamano piuttosto una visione simile a quella della gran parte

dei paesi europei, dove viene riconosciuto il valore pubblico delle organizzazioni non profit, supportate e mantenute distinte nella programmazione dall'offerta privata for profit e commerciale. In una visione di sostenibilità, peraltro, è dimostrato come i costi dei sistemi sanitari siano più elevati nei paesi con maggiore proporzione di proprietà for profit delle strutture di servizio (Michas, 2021). Il ruolo delle organizzazioni non profit e di quelle con ispirazione religiosa va quindi difeso con intelligenza ed energia. Testimoniano il valore della prossimità e del diritto universalistico all'accesso alle cure.

Considerazioni finali
e programma lavori

Il modello assistenziale su cui si fonda il Servizio Sanitario Nazionale è ormai inadeguato a rispondere alla complessità dei processi che influiscono su salute e malattia. Promozione della salute, prevenzione e riabilitazione giocano un ruolo fondamentale. Esse, infatti, travalicano l'aspetto biologico del binomio salute-malattia e guardano all'essere umano nella sua interezza, secondo un modello di assistenza centrato sulla persona e non sulla malattia. Sono quindi necessari nuovi obiettivi e nuovi investimenti per il sistema sanitario e il miglioramento della programmazione rispetto agli scenari attuali e futuri. Vanno affrontate le criticità dei DM 70 e 77, valorizzando anche le loro indicazioni positive: integrazione, continuità ospedale-territorio, progettazione personalizzata. Va presidiata l'evoluzione della SDO-R e rivendicato il ruolo delle organizzazioni non profit di ispirazione religiosa. Non sono più organizzazioni confinabili nella sola generica beneficienza; sono in prima linea anche nell'attenzione alla ricerca e all'innovazione clinica, tecnologica e dei processi. Possono tracciare la linea o, almeno, indicare l'orizzonte verso cui il sistema sanitario italiano dovrebbe tendere con un PNRR che prevede riforme significative delle reti di prossimità, delle strutture intermedie e della tecnologia per l'assistenza territoriale. Quindi, un dialogo stretto e concreto con le istituzioni e i decisori, per il bene dei cittadini e la tutela dei loro bisogni di salute e benessere.

** Responsabile nazionale CDR*

NOTE:

1 WHO. Rehabilitation 2030: a call for action: 6-7 February 2017, Executive Boardroom, WHO Headquarters, meeting report. Geneva: World Health Organization; 2017

2 WHO. The need for rehabilitation services in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2022

3 Quotidiano Sanità. Rapporto shock dell'Ocse. 25 febbraio 2023.

4 OECD. Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience. OECD Health Policy Studies, February 23, 2023

5 WHO. Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge. World Health Organization, Geneva, 2019.

6 Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2018. Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio 6. Roma, giugno 2019

7 Presidenza del Consiglio dei Ministri. Accordo in Conferenza Stato Regioni. Rep. Atti 164/CSR del 4 agosto 2021. Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione.

8 Ministero della Salute. Decreto 5 agosto 2021. "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri". Pubblicato in Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.34 del 10-02-2022

9 Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70. "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali,
tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Pubblicato in Gazzetta Ufficiale, n. 127, 4 giugno 2015

10 Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale

11 Panorama della Sanità. Informazione & analisi dei sistemi di welfare. Al via il Tavolo ministeriale de DM 70 e DM 77. Panorama della Sanità, 20 luglio 2023.
/www.panoramasanita.it/2023/07/20/al-via-il-tavolo-ministeriale-su-dm-70-e-dm-77/

12 Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022, n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale

13 Quotidiano Sanità. "Riabilitazione. Beretta (Simfer): Indispensabile la concreta attuazione di un Piano Locale dell'assistenza riabilitativa". Quotidiana sanità, 21 dicembre 2022.

14 Conferenza Stato Regioni, Rep. Atti n. 145/CSR, 27 luglio 2022: "Parere, ai sensi dell'art. 2, comma 4, del D. lgs. 25 agosto 1997, n. 231, sullo schema di decreto del Ministro della salute relativo a 'Regolamento recante integrazioni al decreto 27 ottobre 2000, n. 380 e successive modificazioni, concernente la Scheda di Dimissione Ospedaliera dei reparti di riabilitazione'.

15 Ministero della Salute. Decreto 7 dicembre 2023. Fascicolo sanitario elettronico 2.0. Pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 249 del 24-10-2023.

Assistiti della Fondazione
Don Carlo Gnocchi di Milano

UN PUNTO DI RIFERIMENTO PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE

di Domenico Arena *

Sono salite alla ribalta nel periodo più buio degli ultimi anni della storia assistenziale sanitaria italiana. E lo hanno fatto nello scenario peggiore che mai si sarebbe potuto immaginare, messe addirittura alla gogna mediatica, non certo per loro specifica responsabilità quanto piuttosto per la confusione che ha sconvolto il sistema di assistenza del Paese, colpevolmente senza un piano specifico programmato per affrontare l'emergenza. Sta di fatto che le Residenze Sanitarie Assistenziali – sono 45 attualmente quelle Associate - hanno dovuto affrontare un periodo non solo drammatico per l'intero paese, ma che si è addirittura sovrapposto ad una situazione già di per sé difficile, vissuto come struttura inserita a pieno titolo nel SSN. Molte di queste sono il frutto della riconversione di nostre ex Istituzioni Psichiatriche, di Centri di Riabilitazione e di Case di Cura. La loro missio, come è noto è oggi la totale presa in carico della persona con interventi sia sul piano riabilitativo, sia sul piano assistenziale della non autosufficienza cronica, sia sul piano del coinvolgimento territoriale per salvaguardare l'inserimento dell'assistito nel contesto sociale. Ed è proprio quest'ultima forma di assistenza alla base di una riforma ritenuta necessaria ed ineludibile affinchè la RSA continui ad essere un punto di riferimento per l'assistenza territoriale.

Come ARIS abbiamo una visione abbastanza chiara dell' assistenza agli anziani fondata essenzialmente sulla "presa in carico" dell'anziano attraverso il cosiddetto "continuum assistenziale" che prevede l'intero spettro dei servizi necessari agli over 65 in ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale. La novità più rilevante della proposta contenuta nel piano ministeriale è che tutti gli erogatori di servizi sia pubblici che privati (convenzionati o meno) siano vincolati ad of-

frire l'intero continuum secondo proporzioni rigorosamente commisurate alla epidemiologia delle disabilità, della non autosufficienza e delle fragilità. In altri termini, chi offre un posto in residenza deve assicurarne un numero congruo in assistenza domiciliare, nei centri diurni, in telemedicina e così via.

Troppo spesso assistiamo ad imponenti fenomeni di risposte inappropriate causate dalla povertà dello spettro di servizi offerti, segnatamente in ambito Linee di indirizzo generali per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria dedicata alla popolazione anziana .

Un punto sul quale tutti concordano è la necessità evitare l'isolamento sociale dell'anziano, senza fargli mancare l'assistenza della quale comunque ha bisogno. La tendenza a voler curare l'anziano senza provocare il distacco dal proprio ambiente familiare è senza dubbio auspicabile. C'è però da chiedersi se il sistema salute del Paese sia in grado di assicurare questa assistenza. La tendenza è oggi prevedere di assegnare, per ciascun anziano da seguire in casa, una prestazione infermieristica di almeno due ore al giorno. In Italia attualmente ci sono circa 3 milioni e cinquecentomila anziani bisognosi di tale assistenza. Ciò significa che per assistere tutti almeno due ore al giorno occorrerebbe avere a disposizione ogni giorno infermieri in grado di coprire 6 milioni e ottocentomila ore di assistenza domiciliare. In Italia, lo sanno ormai anche i sassi, mancano circa trentamila infermieri, alcune statistiche parlano addirittura di 45 mila. Dove trovarli? E a quale costo? Puntare su caregiver familiari non è sempre possibile: ci sono anziani che vivono soli o con coniugi della stessa età. E senza dimenticare che parliamo comunque di anziani che abbiano un minimo di autosufficienza.

La nostra perplessità si acuisce quando sentiamo parlare di escludere la funzionalità delle RSA e di relegarle ad un ruolo del tutto secondario nelle strategie all'esame. Sarebbe una follia. È chiaro che tali istituzioni debbano essere rivisitate, ristrutturate ed attualizzate per rispondere meglio alle necessità, soprattutto dei non autosufficienti, e puntare magari più decisamente su servizi di assistenza diurna che esse possono offrire: di giorno l'anziano è in una struttura protetta, la sera, ove possibile, viene riaccompagnato a casa.

Il PNRR è certamente una risorsa, un'opportunità da cogliere anche per costruire un sistema che assicuri il continuum della presa in cura della fragilità, nel pieno rispetto della dignità della persona umana. Ma stiamo attenti a non continuare a costruire cattedrali destinate a rimanere deserte per quello che, negli anni, abbiamo saputo distruggere.

La legge sulla fragilità recentemente varata dal Governo, presenta indubbiamente aspetti positivi. Ma quanto ad investimenti da parte del Governo ancora non ci siamo. Sarebbe servito un impegno stimato in 8 miliardi. La legge di bilancio ne ha messi a disposizione 0! Qui nascono dubbi e divisioni: quali fondi alimenteranno le trasformazioni previste? La stretta e omogenea collaborazione tra Stato, Regioni e Ambiti terri-

toriali sociali sarà efficace? Si riuscirà a interfacciare realmente il sociale col sanitario?
In un documento presentato al ministero qualche tempo fa avevamo avanzato proposte riorganizzative, in collaborazione con UNEBA. "Delle RSA – si legge tra l'altro nel Documento - non si può certo fare a meno. Ma è altrettanto certo che sia assolutamente necessario ripensarne il ruolo istituzionale partendo dal tema della "qualità della vita" degli ospiti che spesso si coniuga col tema dell'appropriatezza nella loro accoglienza. Evitare i ricoveri impropri significa sviluppare il contesto organizzativo e territoriale in cui le RSA sono chiamate ad operare, rimodernare l'organizzazione dei servizi in una logica di continuità nella "presa in carico" per inserirle in un modello complessivo nel quale la "prossimità" – ovvero la vicinanza territoriale e l'appartenenza ad una rete di servizi - le renda più rispondenti alle nuove realtà, ai nuovi problemi e ai nuovi bisogni delle persone anziane fragili e delle loro famiglie".
In questo senso ARIS auspichiamo che siano messi in campo i mezzi necessari per l'ammodernamento strutturale e tecnologico e una revisione degli standard di assistenza per rendere queste strutture capaci di farsi carico di "non più di 100/120 persone, stabilizzarne il radicamento sul territorio anche facilitando o rendendo più agibile il percorso per renderle fruibili, avviare piani di formazione del personale per metterlo in grado di affrontare ogni tipo di emergenza, preventivare un serio piano di finanziamento perché possano effettivamente essere di supporto al mantenimento della qualità di vita di una popolazione che, dati ISTAT alla mano, invecchia inesorabilmente.
Mettere a disposizione dei fragili servizi non alternativi fra loro ma complementari capaci di rispondere in maniera differenziata a bisogni differenti avendo al centro la persona fragile nel suo continuo mutare ed il suo contesto familiare nelle sue differenze e evoluzioni. Questo l'obiettivo da raggiungere insieme. E per scegliere quale sevizio indicare alla persona anziana o disabile si deve partire dal loro progetto di vita, dalle capacità residue, dai bisogni, dalle relazioni, dal contesto famigliare, dalle condizioni economiche. Quindi partire dal bisogno, dalla domanda, dalla richiesta di aiuto e di assistenza.
Per concludere deve essere ben chiaro che ad oggi le diverse Associazioni che si prendono cura della fragilità umana si sono unite in una rete di solidarietà. È stato predisposto e condiviso un manifesto il cui focus è l'integrazione dei servizi. Tra i punti salienti il modello di una rinnovata RSA Multiservizi, con nuovi standard e la sottoscrizione di un ccnl unico per evitare sperequazioni contrattuali che impediscono sane politiche di affiliazione di enti ed una conseguente stabilizzazione del lavoro. L'ARIS è come sempre pronta a collaborare con quanti ne condividono la missione nel mondo della fragilità, pur mantenendo ciascuno quei tratti che ne caratterizzano l'identità.

** Responsabile nazionale RSA*

ASSOCIATI E CONVENZIONATI ARIS

ASSOCIATI E CONV.	IRCCS	OOCC	PRESIDI	CASE DI CURA	CENTRI RIABILIT	RSA/PSICH HOSPICE	TOTALE
ABRUZZO	0	0	0	0	6	1	7
BASILICATA	0	0	0	0	4	0	4
CALABRIA	0	0	0	0	11	0	11
CAMPANIA	0	3	1	0	5	0	9
EMILIA ROMAGNA	0	0	0	2	3	1	6
FRIULI	0	0	0	0	1	0	1
LAZIO	5	7	0	7	26	15	60
LIGURIA	0	0	0	1	6	1	8
LOMBARDIA	3	2	0	12	9	18	44
MARCHE	0	0	0	1	18	1	20
MOLISE	0	0	0	0	2	0	2
PIEMONTE	1	0	4	6	4	0	15
PUGLIA	0	2	0	0	7	0	9
SICILIA	3	1	0	3	16	1	24
TOSCANA	2	0	0	5	8	0	15
TRENTINO	0	1	0	1	0	0	2
UMBRIA	0	0	0	1	6	0	7
VALLE D'AOSTA	0	0	0	1	0	0	1
VENETO	2	4	0	0	2	6	14
SARDEGNA	0	0	0	0	0	1	1
TOTALE ASS. E CONV.	**16**	**20**	**5**	**40**	**134**	**45**	**260**

I LAICI NELLA GESTIONE DELL'OSPEDALITÀ RELIGIOSA

di Salvino Leone

Tra le tante criticità dell'ospedalità religiosa e della sua scarsa presenza in seno al nostro sistema assistenziale (meno del 5%, dimezzatosi rispetto al 10% di alcuni anni fa) c'è il numero assai modesto di religiosi o di laici adeguatamente preparati e sensibili al ruolo istituzionale di tali strutture in seno agli organi direttivi e amministrativi delle stesse.

Certamente non bisogna essere ingenui né semplicisti. Un loro maggiore coinvolgimento non sarà il toccasana per un incremento numerico e un miglioramento funzionale di tali strutture ma, indubbiamente, potrà contribuire a renderle più efficaci ed efficienti, vorrei dire assolutamente indispensabili nel tessuto dell'attuale rete assistenziale.

In tal senso la figura del laico manager/amministratore adeguatamente formato può rilevarsi determinante. Per "rilanciare" tale figura non si può che partire dal suo inserimento nelle sorgenti dell'ospitalità religiosa nei riferimenti evangelici.

Amministratori secondo il cuore di Dio

Il Vangelo di Luca, nel contesto di una serie di insegnamenti e parabole relativi al comportamento del credente in rapporto alla ricompensa, futura colloca una grande metafora relativa alla figura di un amministratore intelligente e fedele (a differenza di quello infedele che descriverà altrove):

> "Chi è dunque l'amministratore fidato e prudente, che il padrone metterà a capo della sua servitù per dare la razione di cibo a tempo debito? Beato quel servo che il padrone, arrivando, troverà ad agire

così. Davvero io vi dico che lo metterà a capo di tutti i suoi averi. Ma se quel servo dicesse in cuor suo: "Il mio padrone tarda a venire" e cominciasse a percuotere i servi e le serve, a mangiare, a bere e a ubriacarsi, il padrone di quel servo arriverà un giorno in cui non se l'aspetta e a un'ora che non sa, lo punirà severamente e gli infliggerà la sorte che meritano gli infedeli.

Il servo che, conoscendo la volontà del padrone, non avrà disposto o agito secondo la sua volontà, riceverà molte percosse; quello invece che, non conoscendola, avrà fatto cose meritevoli di percosse, ne riceverà poche. A chiunque fu dato molto, molto sarà chiesto; a chi fu affidato molto, sarà richiesto molto di più (Lc 12, 42-48).

Sono numerosi, al di là delle implicanze di tipo escatologico, gli spunti che possiamo trarne ai fini del nostro discorso.

- Nella parabola si parla di un "amministratore fidato e prudente". Il testo greco usa l'espressione *ho pistòs oikonómos, ho phrónismos.* Letteralmente la costruzione andrebbe tradotta con "l'amministratore (o più precisamente l'economo) di fiducia, quello sapiente (o prudente)". L'accento va posto su due elementi. Innanzitutto sulla specificazione che caratterizza questo amministratore: non deve essere solo un generico uomo di fiducia ma *quello* sapiente. In secondo luogo i verbi da cui i due aggettivi derivano: il primo è *pistéuo*, credere da cui deriva il sostantivo *pistis* termine "tecnico" che indica la fede. Il secondo *pronéuo*, essere saggio, da cui deriva la virtù della *phrónesis* che, soprattutto nella successiva elaborazione teologica, indica la saggezza come virtù discriminatrice dei comportamenti, correttamente tradotta dalla CEI con l'aggettivo "prudente" essendo la prudenza *recta ratio agibilium.*
- I servi sui quali è a capo sono indicati col sostantivo *therapéias.* Si tratta di un termine che, certamente indica i servi ma non con quel senso, un po' svalutativo, che ha l'altro sostantivo *doûlos.* Inoltre, com'è evidente, si tratta di un termine che si ricollega al verbo *therapéuo* che, oltre al servire, indica il curare. Pertanto si rivela particolarmente interessante ai fini di quanto stiamo dicendo, dato che si tratta di un amministratore che ha, subordinate, persone addette alla "terapia" (non intesa in senso rigidamente sanitario) e non al semplice servizio.
- Tuttavia quello stesso termine (*doûlos*) che non viene usato per indicare i servi lo troviamo nella successiva espressione quando si riporta la riflessione dell'amministratore. Tale sostantivo, infatti veniva utilizzato per indicare il "servitore" di Dio, per cui nella parabola vi è un implicito, anche se non di-

chiarato, riferimento al fatto che il padrone a cui l'amministratore deve rispondere è Dio. D'altra parte anche il termine con cui viene designato il padrone (*kyrios)* è un sostantivo specifico per indicare il Signore.

- Il brano si conclude con la nota espressione proverbiale (che ritroviamo più o meno analoga, se non nella formulazione, certamente nel senso) per cui sarà chiesto molto a chi è stato dato molto.

L'applicazione nel contesto delle virtù manageriali

Come dicevo, estrapolando il racconto dal contesto narrativo in cui l'evangelista lo pone emergono numerosi spunti di attualizzazione con particolare riferimento alle virtù, che non esitiamo a definire "manageriali", che l'amministratore evangelico (e quello delle nostre strutture assistenziali) deve evidenziare.

- La prima è costituita dalla *fedeltà.* Questa si riferisce al corretto adempimento del mandato ricevuto senza tradire la fiducia posta dal padrone. Il testo non lo dice, ma si evidenzia bene in un'altra, ben nota, parabola che è quella dei talenti. La fedeltà, infatti, non comporta solo l'eseguire con correttezza e attenzione quanto richiesto dal padrone, ma farlo anche con una certa creatività. Fedeltà non significa attenta esecuzione di quanto ci è stato affidato ma anche il farlo con un certo dinamismo interiore. Sarebbe arido e statico limitarsi a far quello che l'altro ci chiede. Pertanto un laico impegnato nel mondo della sanità religiosa non dovrà limitarsi ad essere fedele (anche ai dettati della Chiesa) ma a farlo in modo dinamico, creativa, non sotterrando ma facendo fruttare al massimo i talenti ricevuti (per natura o per mandato).
- Quanto alla *saggezza* questa si compendia in quella definizione che così spesso riscontriamo quale appellativo dell'uomo che è in grado di giudicare ed agire nel modo più giusto. Ma la saggezza non è semplice intelligenza né mero equilibrio operativo quanto piuttosto ponderata capacità di interpretazione del reale, riconducendolo al suo senso più profondo e proiettandolo verso un futuro di cui possa costituire il fondamento valoriale. Saggio è colui che sa capire la realtà e, nell'orizzonte della fede cristiana, anche ordinarla secondo Dio. Sarà quindi saggia amministrazione sanitaria quella che avrà come suo fine costante la cura dell'uomo malato, ma al tempo stesso saprà identificare le più idonee e opportune risorse (materiali ed umane) per farlo, senza trascurare la giusta gratificazione per chi dovrà farlo.
- Ma il brano evangelico allude anche alla *competenza* dell'amministratore che sa be-

ne come amministrare e come comportarsi. Certo questo dovrebbe essere il primo requisito di ogni attività professionale, quello su cui tutti gli altri si impiantano e dal quale ricevono senso. Non è concepibile una amministrazione incompetente, incapace di capire i problemi e darvi le più adeguate e tempestive risposte (non a caso, in altri brani evangelici Gesù condanna l'amministratore che si è comportato in modo incompetente). Purtroppo, nella nostra attuale situazione sanitaria, bisogna lamentare grandi sacche di incompetenza. Senza voler generalizzare, anche per non recar torto ai molti amministratori capaci, si deve ammettere che gran parte dell'attuale degrado sanitario è dovuto anche a varie forme di incapacità gestionale. Questo costituisce una sfida, per la comunità civile in primo luogo ma anche per quella cristiana, a promuovere adeguate agenzie formative, vere e proprie scuole di management sanitario che possano costituire poli di eccellenza a partire dai quali si possa programmare una più efficace ed efficiente sanità di domani. Come dicevo all'inizio di queste considerazioni da questo potrebbe dipendere anche una svolta nella sanità religiosa e nel suo apporto alla gestione sanitaria del nostro Paese.

- È inutile dire che il requisito base, prima ancora che la virtù, di una corretta amministrazione non può che essere *l'onestà*. In qualche modo deve costituire la virtù-principe di un laico impegnato nell'amministrazione sanitaria essendo, per definizione, responsabile della gestione economica di un'azienda (*oikonómos* come lo chiama giustamente il Vangelo). Certo nessun dirigente è un mago che può far scaturire beni finanziari dove questi non ci sono, soprattutto in questo particolare momento storico, ma l'oculata gestione, l'attenzione agli sprechi, l'equa proporzione tra costi e ricavi, la giusta ripartizione delle risorse, la macro e microallocazione – come si ama dire oggi – devono costituire l'obiettivo specifico e ineludibile di ogni buon amministratore.
- Infine quella che potremmo definire *l'avvedutezza*. In una pagina, sicuramente di non facile comprensione, viene lodato infatti l'amministratore disonesto, certamente non a motivo della sua disonestà ma per la sua intelligente gestione di una difficoltà amministrativa. È un monito valido ancor oggi, anzi soprattutto oggi, date le contingenti ristrettezze in cui la gestione economica della sanità si trova. D'altra parte, nel paradosso evangelico, l'astuzia del serpente deve sapersi coniugare con la semplicità della colomba (cfr. Mt 10, 16). E con semplicità bisogna, come si diceva prima, saper essere creativi, trarre spunto dalle stesse difficoltà per trasformarle in opportunità, in occasio-

ni di crescita, in più consapevole ed equilibrata gestione.

Il significato del laico nella gestione delle strutture religiose

Se quello prima analizzato costituisce il panorama delle virtù che il laico deve possedere nella gestione di una struttura sanitaria vorrei riflettere adesso sulle valenze specificamente religiose con cui affrontare tale gestione.

- Il primo aspetto, relativo alla presenza del laico (potremmo aggiungere fedele, saggio, competente, onesto e avveduto), riguarda il suo *investimento carismatico*. Questo ha un significato generico nell'ambito del suo lavoro in seno a una struttura sanitaria di matrice religiosa, ma anche specifico qualora si trovi a lavorare in una realtà appartenente a un Ordine religioso: qui l'investimento è massimo. Il carisma, infatti, tra le sue caratteristiche ne ha una ben precisa: l'essere *expansivus sui* nelle persone e nelle modalità espressive. Com'è noto il carisma è un dono di Dio alla Chiesa, custodito dalla stessa e, in alcuni casi, da un preciso Istituto di Vita Consacrata. Come tale non "appartiene" a un Ordine ma alla Chiesa. L'Ordine (o la Chiesa qualora non vi sia un Ordine religioso) ha il compito di incarnarlo, custodirlo e diffonderlo.
  - Proprio per questo la prima "espansività" del carisma riguarda la realtà che le persone, inserite a vario titolo in una data realtà ecclesiale ne sono partecipi. Don Bosco amava dire ai suoi giovani: "Chiunque entra in una casa salesiana entra nella protezione di Maria Ausiliatrice". Parafrasando le sue parole potremmo dire che chiunque opera nell'ambito di una struttura religiosa sanitaria partecipa del carisma da cui questa è scaturita. Ovviamente con diversi gradi di partecipazione quanto più stretto è il suo grado di collaborazione e consapevole compartecipazione alla missione dell'Ente.
  - La seconda espansività è di ordine storico. Ogni carisma nasce in un particolare periodo storico e con particolari finalità. Nel caso di una persona che lo incarna prende corpo anche nella sua specifica identità vocazionale. Il passato dell'ospedalità religiosa ha visto il succedersi di diverse tipologie vocazionali: diaconìe annesse all'ufficio dei vescovi, cittadelle ospedaliere come la Basiliade, foresterie monastiche, Ordini assistenziali cavallereschi, ospedali delle Nazioni, grandi Ordini religiosi assistenziali come i Camilliani e i Fatebenefratelli, ecc. È tempo forse di leggere la storia, in senso carismatico, anche come una maggiore e diversa partecipazione dei laici

nella gestione della sanità religiosa, con uno nuovo spirito, con nuove identità, con nuovi strumenti.

- Una volta percepita e affermata tale rinnovata identità carismatica occorre valorizzare il ruolo dei laici nella prospettiva del triplice *munus battesimale*. Si tratta di un riferimento teologico molto presente nella teologia del laicato postconciliare e oggi arricchita da nuove prospettive che, tuttavia, non l'hanno soppiantata: *munus* regale, sacerdotale e profetico.
  - *Munus regale*. A parte alcuni aspetti storici relativi all'istituto della monarchia e ad altri contemporanei, forse un po' folkloristici, oggi non abbiamo una percezione particolarmente significativa di tale realtà. Il re, nella concezione classica (alla quale lo stesso Cristianesimo delle origini si collega) era un capo al quale Dio stesso assegnava una terra e un popolo che egli aveva il dovere di amare, governare e difendere. L'essere regale del battezzato dovrebbe quindi esplicitarsi nella funzione di "governo temporale" delle situazioni esistenziali in cui Dio lo ha posto. Nel nostro caso nell'amministrazione di una realtà sanitaria.
  - *Munus sacerdotale.* La vocazione sacerdotale del battezzato si esprime nel suo essere soggetto che vive per la salvezza degli altri. Indubbiamente i compiti e il lavoro del laico, nell'ambito della sanità religiosa, non vanno indebitamente clericalizzati, dovendo egli mantenere rigorosamente la sua laicità. Ma la dimensione salvifica che è chiamato a tutelare in comune con i soggetti che più specificamente possono esserne operatori gli appartiene in pieno. La stessa offerta a Dio del suo lavoro assume quindi una ben precisa connotazione assolutamente diversificata da quella degli operatori laici di altre strutture sanitarie.
  - *Munus profetico.* Il profeta è colui che parla a nome di Dio e, per questo, denunzia l'ingiustizia e, spesso, da questa stessa ingiustizia viene condannato e ci rimette la vita. Ecco, allora, che un laico inserito nella gestione di una struttura sanitaria religiosa deve anche incarnare questo ruolo di denunzia profetica delle tante realtà negative che la sanità o il potere politico non sempre a servizio del cittadino comportano. Questo non significa ovviamente stare lì con la magistratura dietro la porta da chiamare al bisogno, ma vivere anche con la testimonianza della propria presenza una diversa gestione sanitaria rispettosa della persona umana, soprattutto se fragile e vulnerabile, come avviene nel tempo della malattia.

- Un ultimo aspetto riguarda la collocazione storica del laico nelle strutture sanitarie di ispirazione cristiana. Si diceva prima che anche questa costituisce un'espressione carismatica. Bisogna stare attenti tuttavia a non ritenerla necessariamente espressione di supplenza quanto piuttosto di *specificità vocazionale*. Non si tratta, cioè, di una presenza numericamente più significativa, data la carenza di vocazioni sacerdotali e religiose, quanto piuttosto di un ruolo ben preciso che la vocazione a tale missione comporta. Il laico non è lì perché non ci sono presti e suore, ma perché è specificamente chiamato ad esserci. Paradossalmente, ma con una riflessione che ormai da tempo comincia a farsi in ambito ecclesiale, persino l'assenza di sacerdoti e religiosi potrebbe essere vista in un'ottica vocazionale. Il senso soprannaturale potrebbe cioè condurci a leggere nella teologia della storia una specifica volontà di Dio in tal senso.

  Se dono di Dio deve essere anche impegno dell'uomo. Questo denota l'importanza di un'adeguata formazione. Laici si nasce, ma laici impegnati nella gestione di una realtà sanitaria di ispirazione cristiana si diventa. Occorrono studio, preparazione, competenza sia dal punto di vista tecnico che umano, relazionale, ovviamente anche religioso. Non è un ruolo qualsiasi, ma un ruolo che incarna una dimensione vocazionale e la risposta alla vocazione non può essere mai improvvisata. Come dice uno slogan che possiamo applicare anche alla vocazione: non basta essere buoni bisogna essere anche bravi.

  Per un credente, allora, il lavoro dell'amministratore sanitario dovrà costituire, al tempo stesso, uno specifico ambito esistenziale in cui esplicitare la chiamata ricevuta e dar prova della propria fedeltà al Vangelo. Questa si attuerà anzitutto in scelte categoriali che daranno un senso diverso al proprio lavoro togliendolo anche da quella cornice un po' arida o riduttivamente economica in cui siamo soliti inquadrarlo. Se un fine hanno i mezzi economico-finanziari questo è l'uomo. L'amministratore sanitario cristianamente ispirato saprà allora dare un volto nuovo e forse insospettato al primato della carità o all'opzione preferenziale per i poveri incarnandole poi nelle specifiche attuazioni operative. In questa prospettiva tali realizzazioni assumono anche un diverso significato che va al di là del loro valore storico, proiettandosi verso un futuro da cui traggono il loro senso più profondo.

  Certo si tratta di un obiettivo alto, ma mi sembrava doveroso concludere proprio con un colpo d'ala queste considerazioni. Non per delineare un futuro utopico, ma uno scenario possibile.

60
ARIS
e pluribus unum
1963-2023
domani

UNA NUOVA STAGIONE

di Virginio Bebber

E domani? Una domanda questa, che continua a martellare il pensiero di chi, come noi, deve continuare a lottare controcorrente per difendere la sostenibilità di una presenza che affonda le radici nella storia stessa dell'assistenza ai malati. Stanchi di dover continuare a far valere diritti negati a fronte di doveri rispettati. Stanchi di dover ascoltare vere e proprie idiozie di chi blatera senza sapere di cosa stia parlando. Stanchi di dover pietire assistenza per poter continuare ad assistere chi ci chiede assistenza. Stanchi di vedere il nostro personale avvilito davanti al trattamento che lo Stato assicura ai suoi dipendenti, mentre ignora, negando l'impegno sancito dalla stessa legge istitutiva del SSN, le richieste almeno di partecipazione al rinnovo dei loro contratti; rinnovo, per le nostre strutture, praticamente insostenibili se lasciate sole.

A fronte di queste realtà, quali possono essere le nostre perplessità e preoccupazioni? Senza diventare banali, si raccoglie la voce di gente comune. Fu sconcerto allorquando si chiusero seppur piccoli ospedali di provincia a favore dei grandi ospedali cittadini "per risparmiare posti letto", come si disse allora. Ed è sconcerto adesso che si progettano nuovi ospedali, gli ospedali di comunità, pur sapendo che mancano medici ed infermieri per poterli rendere funzionali.

Ma quale altro giudizio potrebbe dare la gente comune di fronte a progetti che vedono la costruzione di nuovi ospedali, mentre si lasciano fallire e chiudere strutture accreditate e no profit?

È lecito dunque chiedersi: quale prospettiva, allora, per le nostre medie o piccole Case di Cura o Centri di altro impegno a fronte di queste nuove realtà? E quali saranno le tipologie delle patologie scelte dai gruppi dirigenziali? E quali ancora saranno le conseguenze per quanti esclusi, per eventuali ragioni, dal servizio sanitario pubblico, e forzatamente da quello privato, che si troveran-

no nella impossibilità di accedere ad assicurazioni o quant'altro per la cura delle loro malattie? E anche per loro si dovrà amaramente concludere il povero sarà sempre più povero...?" C'è di che riflettere. Indubbiamente.

Al di là di tutte queste ed altre riflessioni, non possiamo chiudere "con amarezza" questa nota celebrativa ARIS. L'ormai forte "vissuto" maturato in questi sessant'anni ed assai più lo Spirito che ci detta dal di dentro, lo Spirito del Cristo, ci ripete incessantemente: "Andate, curate...".

Memori sempre del *"transiit curando et benefàcendo omnes"* (Curare e fare del bene a tutti), lasciamo che sia questo lo stimolo a spingerci con coraggio, con forza e con creatività alla scoperta di nuove realizzazioni e, diciamo pure, "nuove specialità" nei vari settori del nostro "vivere sanitario".

Camminiamo speditamente – anzi, ci siamo già dentro – verso una fase di vera e propria rivoluzione della medicina, soprattutto sotto l'incalzare della conoscenza scientifica in campo genetico.

L'ARIS sente la responsabilità di non limitarsi alle quotidiane battaglie della nostra, già così complessa, fase storica, bensì di guardare oltre, attraverso una scansione temporale di medio-lungo periodo, verso un domani ricco di promesse, ma anche problematico ed incerto.

In ogni caso, una stagione che, recando provocazioni su più fronti (clinico, tecnico-scientifico, antropologico, etico, economico-finanziario, sociale e politico) ci costringerà a misurarci con uno scenario del tutto nuovo.

A confrontarci, anzi, per prima cosa, soprattutto con noi stessi, la nostra storia, la nostra identità culturale, con la specifica "mission" di ciascuna delle nostre strutture, sapendo, peraltro, come le loro diversità trovino una composizione unitaria nel comune riferimento ad una sanità interpretata secondo il criterio di un ribadito "umanesimo cristiano". Quasi una sanità carismatica.

Da qui l'idea di una riflessione approfondita sul ruolo che l'ospedalità cattolica deve prepararsi a sostenere nei prossimi dieci-quindici anni, quando – sul piano dei presupposti etico-antropologici, ma anche sotto il profilo della sostenibilità economica – il nostro sistema sanitario affronterà una mutazione radicale. Ed a noi non sarà consentito, proprio in ragione della nostra determinazione a difendere e promuovere l'incontrovertibile dignità della persona in ogni campo, sottrarci al compito di coniugare – secondo quella sensibilità che ci appartiene, anzitutto in virtù del dono della fede che abbiamo ricevuto – le nuove possibilità offerte dalla tecnica secondo una visione cristiana della vita.

Vogliamo coltivare questa ambizione. L'intento resta quello di dare un contributo a questa nuova stagione della sanità nel nostro Paese.

Memori che "il presente è frutto del passato, e pronube del futuro", ben giunga l'augurio più fraterno e sincero a tutti gli Associati ARIS per uno slancio sempre più intelligente e generoso sulla via "della bontà e dell'amore," nella certezza che oggi, domani e sempre, sarà questo il nostro cammino.

Che non sia un'altra occasione perduta

IL MIRAGGIO DEL PNRR

di Luigi Corbella

Prossimità. Innovazione. Uguaglianza. Ormai sono un mantra. Le ascoltiamo e le riascoltiamo, le parole chiave della Missione Salute, la sesta area di intervento prevista dal Piano nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR, finanziato grazie al programma dell'Unione europea "Next Generation Europe".

La delusione è quella di chi, escluso pur essendo da decenni servizio pubblico, vede passare a fianco, senza poterle intercettare, risorse con una sfilza di zeri. 15,63 miliardi per la Missione Salute, pari all'8,16% dell'importo totale, per sostenere importanti riforme e investimenti da realizzare entro il 2026.

A beneficio del Servizio sanitario nazionale, si dice, mentre in realtà si pratica la peggiore cultura statalista del momento.

Per il rinnovamento della sanità pubblica italiana, un'altra volta, si dice, perché in realtà si parla solo di quella statale, le risorse superano addirittura i 20 miliardi di euro, contando anche quelle messe in campo con il Piano nazionale per gli investimenti complementari al PNRR.

Soldi nostri, di tutti i cittadini, sia ben chiaro. Perché la cultura statalista è tale solo quando c'è da immaginare vincoli e preferenze. Quan-

do c'è da dare invece siamo tutti ottimi contribuenti, anche chi magari le agevolazioni se le è guadagnate sul campo operando con logiche sussidiarie.
Ma è così. Anche a questo giro, come in tutti gli altri, a noi tocca solo guardare. Nemmeno le briciole.
Forse è arrivato il momento di porci qualche domanda.
Adeguare il nostro SSN a un mutato contesto demografico ed epidemiologico senza pensare anche a noi vuol dire forse creare o colmare un gap con il privato? Se è così dobbiamo metterci d'accordo su cosa è il privato.
Garantire uguaglianza nel soddisfacimento dei bisogni di salute, indipendentemente dal genere e dalle condizioni socioeconomiche, è davvero possibile senza il gradiente di pluralismo e di sussidiarietà nell'offerta che mettono in campo le nostre strutture?
Rendere la rete dell'assistenza primaria territoriale in grado di rispondere al fabbisogno di salute lasciato scoperto dalla razionalizzazione della rete ospedaliera è possibile imponendoci e lasciandoci indietro?
Rendere capillare l'offerta di salute sul territorio, in termini di prevenzione e cura, eliminando le disparità geografiche, in particolare tra Nord e Sud senza considerare l'apporto strategico di molte nostre strutture non è solo un proclama inutile?
La risposta è la stessa che riceviamo da anni: siamo utili (solo) quando ci mettiamo del nostro. Se immaginiamo invece di aver diritto, per merito, a concorrere alla ripartizione delle risorse siamo degli esosi piangioni.
Gli interventi della Missione Salute del PNRR, da raggiungere entro il 2026, si dividono in due aree principali:

- ridisegnare la rete di assistenza sanitaria territoriale con professionisti e prestazioni disponibili in modo capillare su tutto il territorio nazionale, per una **sanità che sia vicina e prossima alle persone**. *Ma qui verrebbe da chiedersi: con quali medici se i nostri pochi che ancora frequentano le corsie dei nostri ospedali, a poco a poco esulano verso le cooperative o, ancor peggio, verso altri paesi europei? E con quali infermieri se è vero come è vero, che in Italia ne mancano ben oltre i 45 mila?*
- innovare il parco tecnologico ospedaliero, digitalizzare il Servizio sanitario nazionale, investire nella formazione del personale per una sanità più sicura, equa e sostenibile**.** *Ma con le risorse messe a disposizione della sanità sembrano sogni destinati a restare nel cassetto.*

E sin qui, anche se nella mera progettualità, potremmo anche essere d'accordo. Ma qualcuno dovrebbe o potrebbe dirci quale ruolo le strutture accreditate, no profit nel nostro caso specifico, sono chiamate ad interpretare, in quello che lo stesso Ministro della Salute, ha definito mix sanità pubblica e provata accredi-

tata. Invece non c'è nessun accenno. Eppure, a rigor di legge istitutiva del SSN, dovremmo svolgere un ruolo riconosciuto "pubblico".

Sul fronte operativo inutile sottolineare ancora il ritardo con il quale ci si sta muovendo. L'iter prevede che la Commissione europea autorizzi, su base semestrale, l'erogazione dei fondi agli Stati membri solo se risultano conseguiti, in maniera soddisfacente, i traguardi (milestones) e gli obiettivi (target) previsti nel Piano nazionale, che riflettono i progressi compiuti nella realizzazione degli investimenti e delle riforme programmati.

Considerando il prefinanziamento e le prime due rate, finora la Commissione europea ha erogato all'Italia 66,9 miliardi di euro (28,95 miliardi di sovvenzioni e 37,94 miliardi di prestiti) nell'ambito del dispositivo per la ripresa e la resilienza.

La terza rata, che ammonta a circa 18,5 miliardi, sarà erogata a breve, considerato il parere positivo del Comitato economico e finanziario del Consiglio UE espresso a settembre 2023. L'importo originario di 19 miliardi di euro della terza rata sarà decurtato di 519,5 milioni di euro, in relazione al fatto che è stato espunto l'obiettivo sui nuovi alloggi per studenti: tale importo sarà trasferito alla quarta rata il cui pagamento è stato richiesto sempre a settembre.

Ma chissà dove finiranno questi miliardi che dovrebbero servire a risollevare le sorti del nostro Paese? Saranno ben impiegati o verranno spesi in opere inutili soltanto perché devono essere spesi? L'Italia è già piena di scheletri sparsi sul territorio, finanziati con soldi pubblici e rimasti scheletri incompiuti do opere presentate come necessarie, oggi monumenti ad uno spirito truffaldino che ben poco ha a che fare con il benessere delle persone e lo sviluppo di un Paese civile.

Si progettano nuove strutture, quali gli Ospedali di comunità e le Case della Salute pur nell'incertezza di poterle dotare del personale necessario al loro funzionamento, mentre si costringono alla chiusura Case di cura ed ospedali, Centri di riabilitazione e Residenze Sanitarie Assistenziali strangolate da un contesto sociale che è sembrato essere ridisegnato per favorire certi colossi in grado di mettere le mani su ogni livello della sanità. Tutto questo, ahi noi, nella prospettiva peggiore di uno statalismo che, guardato da destra o da sinistra fa poca differenza, e quando fa comodo dimentica totalmente l'apporto sussidiario e pluralistico di chi ha a cuore la salute del fratello sofferente. Gli stessi che continueranno comunque a fare la differenza per i tanti 'più fragili' che, loro malgrado, sanno bene quanto sia importante che sia salvaguardato il loro diritto alla libera scelta di dove farsi curare e alle stesse condizioni delle altre istituzioni che interpretano un servizio pubblico . Forse si sta perdendo un'altra occasione di ricostruire un Paese che ama definirsi ancora democratico e civile.

La ricchezza identitaria del passato guarda al futuro

E DOMANI?

di Gianni Cristofani

L'attuale situazione in cui versa il sistema sanitario italiano, profondamente mutata dagli inizi del terzo millennio, ci porta a considerare se sia ancora valida la presenza delle istituzioni della Chiesa nell'assistenza ai malati. I fatti che hanno caratterizzato le cronache di questi ultimi tempi, opere sull'orlo del fallimento, debacle gestionali per altre, impongono un siffatto interrogativo per comprendere le ragioni che stanno minando alla base la presenza delle realtà ospedaliere di ispirazione cattolica.

Eppure ci troviamo in presenza di istituzioni che sono la storia stessa dell'assistenza sanitaria in Italia, che esistevano quando il malato, per lo Stato, non era ancora titolare del diritto di essere curato.

Come è a tutti noto il sistema ospedaliero nel nostro Paese si articola su tre grandi componenti istituzionali: gli ospedali pubblici, le cliniche private laiche e religiose e gli ospedali non profit delle congregazioni religiose equiparati per legge a quelli pubblici compresi gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Essere Chiesa nella sanità della seconda metà del secolo scorso significava l'impegno delle famiglie religiose a mettere in pratica quotidianamente l'insegnamento evangelico del curare gli infermi, impegnando in prima persona i figli spirituali dei grandi apostoli della carità nelle corsie ospedaliere, tanto da fornire assistenza con un particolare stile di servizio, ponendo al centro di ogni azione

l'uomo nella totalità delle sue componenti bio-psico-spirituali.

Purtroppo bisogna prendere atto che qualcosa si è perso lungo questo cammino virtuoso, a causa anche di quella endemica carenza vocazionale che non ha consentito veri ricambi generazionali e che le consolidate esperienze gestionali di illuminati religiosi del passato sono finite con loro, a scapito di una oculata conduzione delle opere assistenziali.

La realtà è che oggi le nuove generazioni considerano la struttura ospedale non come uno strumento operativo per essere testimoni di Cristo e dei suoi insegnamenti nel mondo della sofferenza, ma come una normale azienda di servizi che deve stare ad ogni costo sul mercato della salute e barcamenarsi nel mondo della politica, della finanza e dei santoni del management illuminato.

Così non va. L'agnello non può farsi lupo per difendere il suo territorio e la sua stessa esistenza. Non si può rinunciare alla propria identità per trasformarsi in ciò che non si deve essere, allo scopo di innescare un meccanismo concorrenziale che porta inevitabilmente a perdere di vista il fine primario della istituzione cui si appartiene.

La presenza della Chiesa nel variegato mondo dell'assistenza ospedaliera deve continuare, ma necessita di una epocale revisione

del suo essere testimonianza di Vangelo vivo fra i fratelli che soffrono, del suo continuare ad essere autenticamente il samaritano che scende da Gerusalemme a Gerico e soccorre chi è stato derubato e percosso. Che senso ha chiamarsi ospedale cattolico se all'interno esistono sì e no due laici consacrati a gestirlo? Basta forse una targa sul portone di ingresso per identificare il presidio di ispirazione cattolica? Certamente no. Purtroppo è ciò che sta avvenendo e che potrebbe in un breve periodo di tempo annullare secoli di storia fatta di servizio, di slanci di amore fraterno, di dedizione totale ai sofferenti, di sacrifici di uomini illuminati che si sono spesi per gli altri fino a donare la propria vita.

La presenza di questa sanità di ispirazione cristiana è stata determinante nel passato e deve esserlo ancora di più per l'oggi e per il domani, a patto che essa continui a camminare sulla strada tracciata dai grandi apostoli della carità tanto da essere sempre un esempio di come ci si mette al servizio degli ultimi e dei sofferenti. Tutto comunque dipende dagli attori che si muovono in questo teatro della sofferenza, in quanto capaci di rispettare il copione che anime ispirate hanno scritto secoli fa e che è alla base delle ragioni e della validità di "quella presenza".