

SANITÀ ARIS

Trimestrale dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Anno IV • Numero 1 • Marzo 2024

**SANITÀ
IN CODICE
ROSSO**

Anno IV Numero 1 • Marzo 2024 • Poste Italiane SpA • Spedizione in abbonamento postale 70% • DCB Roma





ECCLESIA
GEAS SANITÀ



NON GIOCARE CON IL RISCHIO.

affidati a uno specialista.

PER LE STRUTTURE SANITARIE
PER I PROFESSIONISTI SANITARI

ASSICURAZIONI

- ◆ soluzioni per tutti i rischi
- ◆ in convenzione o su misura
- ◆ tutte le compagnie alle migliori condizioni
- ◆ guida nei sinistri
- ◆ un consulente sempre a disposizione

GESTIONE SINISTRI

- ◆ sinistri SIR
- ◆ auto-assicurazione e fondi
- ◆ analisi, audit, procedure, studi, formazione

RISK MANAGEMENT

- ◆ consulenza gestione reattiva / preventiva
- ◆ analisi, audit, procedure, studi, formazione

Il rischio sanitario è un percorso ad ostacoli: costo delle polizze, copertura dei sinistri, evoluzione sfavorevole di alcuni sinistri, stimare correttamente i fondi, orientare eventi e condotte alla "sicurezza dei pazienti", continue novità giurisprudenziali e normative.

Ecclesia ha le risposte a tutte le esigenze di strutture sanitarie e professionisti sanitari.

Oltre 200 strutture sanitarie e 7000 professionisti tramite Ecclesia hanno già ottenuto la migliore soluzione assicurativa.

Specialisti nell'assicurare la sanità dal 1909

ECCLESIA GEAS SANITÀ

Tel: +39 06 85 32 61

info@ecclesiageas.it - www.ecclesiageas.it





Anno IV - n. 1
Marzo 2024

Direttore Responsabile:
Virginio Bebber

Redattore Capo:
Mario Ponzi

Vice capo redazione:
Orazio La Rocca

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

Segretario di Redazione:
Massimo Scafetti

Segreteria:
Rosella Francescangeli
Angela De Nigris

Art:
Angelo De Mattia

Foto:
Archivio ARIS
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 Marzo 2024

SOMMARIO

- 5** Editoriale
La Sanità non è un costo.
è una risorsa
Virginio Bebber
- 11** Sanità in codice rosso
Mauro Mattiacci
- 17** Curati da noi
e salvati dal Cristo
Massimo Angelelli
- 21** Il "fantasma"
dell'eutanasia
Orazio La Rocca
- 27** Tolto il dolore
si invoca molto
meno la morte
- 31** Dal giovane Agostino
un segno di riscatto
e di amore per la vita
- 35** Come l'ospedale
Israelitico romano
sconfigge la pirateria on line
Ruben Spizzichino

- 41** Il villaggio
dell'Alzheimer
Gianluca Biccini
- 47** Investire sul capitale umano,
una sfida ed una necessità
Antonio Angioni

INFORMAZIONE PUBBLICITARIA

- 53** Davanti
alle sfide del 2024
- 59** Voci nel deserto
dell'anima
Francesco M. Valiante
- 67** Il desiderio
di tornare ad una sana
pietà popolare
Mimmo Muolo
- 69** Storia degli ospedali
Lanfranco Luzi



Una logica da invertire

LA SANITÀ NON È UN COSTO. È UNA RISORSA



di Virginio Bebbier

Abbiamo appena iniziato un cammino che pensavamo fosse nuovo. Ce lo avevano promesso. E devo dire che anche le premesse sembravano indicarci una strada rinnovata. Invece, ancora una volta, nulla di nuovo all'orizzonte. Se non fantasmagorici progetti, che sanno essere tali anche chi ce li presenta e raccomanda. Anzi nuovi pesanti fardelli vengono messi sulle spalle del già barcollante servizio sanitario nazionale. E lo scricchiolio che presagisce la disfatta, si fa sempre più agghiacciante. Eppure qualche cosa si può e si deve fare.

Io credo innanzitutto che si debba cambiare visuale. È necessario capire che in un sistema ben regolamentato, con una gestione corretta e trasparente, alla luce del sole la sanità non è un costo; anzi è una risorsa per la società.

Occorre far capire alla gente che il servizio sanitario è sempre rivolto alla comunità del Paese, anche se i soggetti che lo svolgono sono di natura pubblica, di diritto privato no profit o di diritto privato for profit. Deve essere consapevole del fatto che tutto si svolge sotto il diretto controllo dello Stato, secondo regole ben precise e accordi economici standardizzati. E deve anche sapere che i costi per il convenzionato non sono superiori a quanto il sistema Paese paga per gli stessi servizi svolti dalle strutture pubbliche. Anzi una recente inchiesta pubblicata da "Valori – Notizie di finanza etica e sostenibile", risulta che la sanità privata no profit, cioè quella gestita da enti e congregazioni re-



ligiose - quella cioè erogata dalle nostre strutture che devono comunque rispondere agli obiettivi fissati dalla CEI - alla Comunità costa molto meno di quella pubblica.

Naturalmente lo Stato centrale, che ancora esiste (e che il buon Dio ci conservi), ha il diritto e il dovere di vigilare affinché tutto sia svolto nella più completa trasparenza e senza nascondere o invertire le singole responsabilità, siano esse attribuibili alle strutture pubbliche, a quelle private o ai responsabili della sanità nazionale o regionale che siano

Io, per la mia lunga, lunghissima militanza nelle file dell'ARIS, posso coscienziosamente testimoniare che ogni singola istituzione di quelle associate, davanti alla richiesta di aiuto proveniente dalle autorità competenti, ha risposto con prontezza e generosità naturalmente nei li-

miti posti della propria specificità e configurazione identitaria.

La situazione di emergenza e l'insistenza delle autorità regionali ci hanno portato ad aprire anche le RSA, che certamente non sono ospedali né case di cura, ma case nelle quali si può offrire semplice assistenza sanitaria e personale agli anziani ospiti pluripatologici. Eppure abbiamo aderito senza nulla obiettare, per il bene comune. Siamo stati lasciati soli e a volte persino denigrati.

Ne siamo usciti a testa alta. Eppure ci troviamo a dover lottare ancora per affermare il nostro diritto alla presenza, per darle il senso sociale che merita. Anche perché alcuni punti sono chiari e difficili da rinnegare. Proprio l'emergenza sanitaria vissuta in questi ultimi anni, ha dimostrato chiaramente come sia ormai impen-



sabile non puntare decisamente ad una sanità fondata su un mix virtuoso tra sanità pubblica e sanità privata accreditata. Se ne sono accorti anche nelle stanze dei bottoni. Ora devono trovare il coraggio politico di dare un seguito a ciò in cui credono, o dicono pubblicamente di credere. E che sia una volta per tutte riconosciuto che la quasi totalità delle strutture sanitarie e socio sanitarie no profit, le nostre associate in particolare, hanno scelto di operare nel S.S.N. come strutture accreditate e quindi erogano prestazioni per conto del S.S.N., a difesa di un sistema a copertura universalistica del diritto alla salute, oggi messo in discussione, sia da una crisi economico-finanziaria di non facile superamento, nonché dagli interessi di fortissimi gruppi economico-finanziari che sostengono l'esigenza ineludibile del ricorso alla previden-

za integrativa e sostitutiva, con il superamento dell'attuale sistema.

Risultata evidente la necessità di mettere in campo serie azioni di contrasto delle disuguaglianze del diritto alla salute e, dove è possibile, realizzare l'integrazione orizzontale delle politiche e costruire le alleanze e le capacità che generano equità. Politiche che tocchino innanzitutto il sistema, che deve essere interamente orientato a soddisfare le esigenze e le attese di tutti i cittadini, senza distinzione alcuna; quindi politiche finalizzate a far funzionare le altre azioni con dati, regole e processi; ed infine selettive, rivolte cioè ai gruppi più vulnerabili.

È chiaro però che ora dovremo fare i conti con il regionalismo differenziato. È un argomento che affrontiamo in altra parte della nostra rivista. Qui ci preme però sottolineare, pur senza

prendere posizione alcuna, che una qualsiasi azione, un qualsiasi provvedimento, una qualsiasi organizzazione che il Governo intenda prendere dovrà necessariamente considerare quale sia il vero problema; che non sarebbe neppure avere più centralismo o più federalismo, quanto piuttosto la necessità di cambiare punto di vista, come scrivevo all'inizio. Cominciare cioè a dar vita ad una cultura sanitaria che sia molto più attenta all'uomo, ai suoi bisogni; che sia capace di portare avanti valori come la solidarietà, la fratellanza, l'equità nell'accesso alle cure; equità che è garantita dalla Costituzione eppure non sempre praticata, nella consapevolezza che la discrasia non si risolve accentuando ancora di più le differenze.

Se cambiamento deve esserci che ci sia pure; ma conservi un volto umano per una persona umana. Una persona che nel Governo centrale deve poter riconoscere la sua garanzia, la certezza di un soggetto che controlla e mette ordine, e semmai le Regioni dovessero governare, che tengano almeno conto delle reali esigenze dei propri cittadini.

Degli anziani in particolare. Sembra in proposito che ci sia un punto sul quale tutti concordano: 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 Paese sia in grado di assicurare questa

assistenza. E parliamo comunque di anziani che abbiano un minimo di autosufficienza. La prassi prevede oggi la necessità di assegnare, per ciascun anziano da seguire in casa, una prestazione infermieristica di almeno due ore al giorno e non per tutti i giorni. In Italia attualmente ci sono circa 2 milioni e novecento mila anziani bisognosi di tale assistenza. Ciò significa che per assistere tutti almeno due ore al giorno (e per le altre 22 ore? E per gli altri giorni?) occorrerebbe avere a disposizione ogni giorno infermieri in grado di coprire quasi sei milioni di ore di assistenza domiciliare. Ne mancano all'appello circa 70 mila. E poi a quale costo? Puntare su caregiver familiari non è sempre possibile: ci sono anziani che vivono soli o con coniugi della stessa età.

E neppure aiuta il recentissimo Decreto sull'assistenza agli anziani. Non arrivano nemmeno al 2 per cento gli anziani ultra 80enni che potranno usufruire dell'aiuto economico che, non subito, ma a partire dal prossimo anno, il governo dovrebbe assegnare loro sulla base del decreto Meloni attualmente in discussione a livello di commissione. Ma le cattive notizie non si fermano qui. I futuri contributi governativi non prevedono nemmeno ulteriori aiuti per anziani non autosufficienti e nemmeno l'aumento dell'assegno di accompagnamento, che in un primo momento era stato annunciato in crescita fino ad un tetto massimo del 200 per cento. E c'è chi vuole escludere la funzionalità delle RSA: sarebbe una nuova, ulteriore follia.

Curiamo i rischi della Sanità

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

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

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



Pause

SANITÀ IN CODICE ROSSO



di Mauro Mattiacci

C'era una volta... Verrebbe quasi la voglia di ripensare, proprio come ad una favola, l'avvio del SSN. Illuminato, sin dalla Legge Mariotti, da uno spirito universalistico rispettoso del dettato costituzionale (art. 32), e rafforzato – grazie alle varie riforme bis, ter, quater e via dicendo - da una impostazione pubblicistica, attraverso la valorizzazione del ruolo di coordinamento dello Stato nel rapporto fra soggetti istituzionali del SSN e soggetti privati accreditati, è via via scivolato sino all'orlo del baratro. In codice rosso appunto. È sotto gli occhi di tutti.

Quasi superfluo ricordare – ma è sempre bene ribadirlo - che le nostre strutture no profit, di quel servizio furono, e sono ancora oggi, considerate dalla legge parte integrante con pari dignità, titoli, servizi, doveri e anche diritti. Ed è dunque a giusto titolo che esprimiamo le nostre preoccupazioni.

Preoccupazioni nate, per la verità, sin dai tempi dei famigerati, quanto insensati, “tagli alla sanità” per riequilibrare l'economia di uno Stato in grande sofferenza. Era il 2011. Tagli che sono proseguiti nel tempo e che, al 2020, avevano raggiunto la cifra di ben 37 miliardi di euro. Ma l'economia dello Stato non sembra averne beneficiato granché. Di contro i cittadini ne stanno pagando le conseguenze proprio in termini di assistenza sanitaria, nonostante i LEA. Basta dare uno sguardo alle “liste

d'attesa", locuzione che suscita ormai solo sgo-
mento.

Tanto è che le autorità istituzionali si sono da subito poste il problema "liste d'attesa" ed hanno puntato decisamente sul progetto assistenza territoriale. Un progetto a divenire, tutto da verificare quanto a fattibilità e sostenibilità, soprattutto per la grave, gravissima carenza di personale medico ed infermieristico. Nel frattempo però si è pensato bene di rendere operativa un'idea, in realtà ereditata da un passato prossimo, già allora bocciata al suo sorgere persino dalla Conferenza delle Regioni, e non solo da quanti operano nella sanità nazionale: un nuovo nomenclatore tariffario per prestazioni ambulatoriali specialistiche e protesiche. Un rinnovo tariffario per la verità sacrosanto perché, fermo da tempo immemorabile, che chiaramente non risponde più agli aumenti di mercato registrati in questi anni.

Solo che, ed è veramente inconcepibile, il nuovo nomenclatore prevede, anziché adeguamento in positivo delle tariffe, tagli tanto consistenti da rendere le tariffe stesse inapplicabili, insostenibili e inaccettabili dalle strutture, le quali, per erogare le stesse prestazioni sostengono costi praticamente doppi delle tariffe stabilite. Impossibile. Bisognerà tagliare le prestazioni. Dunque se dovessero entrare effettivamente in vigore verrebbero meno milioni di prestazioni all'anno. Con buona pace delle "liste d'attesa" che certamente aumenterebbero a dismisura incontrollabile.

E come se ciò non bastasse all'orizzonte si profila, minacciosa come non mai, l'ombra



del regionalismo differenziato. L'avvio del procedimento di attuazione del regionalismo differenziato, - reclamato da regioni come Veneto, Lombardia e Emilia-Romagna - appare come la prova più evidente del fallimento di quel progetto di universalità delle cure, i cui albori risalgono al lontano 1968. Il regionalismo differenziato, infatti, permettendo teori-



camente il trasferimento della ‘tutela della salute’ alla potestà legislativa esclusiva delle regioni richiedenti, lascia allo Stato solo la determinazione dei livelli essenziali di assistenza, mentre le regioni ad autonomia differenziata potranno legiferare persino su quei principi generali sui quali fu istituito, con la l. n. 833/1978, il SSN. Ciò che molti osserva-

tori di sponde diverse hanno definito come “la vera spaccatura dell’Italia”.

Le forme di autonomia rischiano di sovvertire totalmente gli strumenti di governance nazionale aumentando le disuguaglianze regionali, proprio nel momento storico in cui la riorganizzazione dei servizi sanitari, legata alle risorse del PNRR, impone di ridurle.

È vero che le intese dovranno essere definite di concerto tra il Presidente del Consiglio o il Ministro degli Affari regionali e le Regioni; ma è anche vero che alla fine che sulle intese il Parlamento è chiamato esclusivamente ad esprimere un parere non vincolante entro 60 giorni, di cui il Governo potrà tenere conto a sua discrezione, quindi approvando o rigettando ogni singola intesa senza possibilità di apporre emendamenti. Dopo l'approvazione delle intese, tutte le disposizioni concrete relative al trasferimento di risorse umane e finanziarie alle Regioni, saranno determinate da commissioni paritetiche Stato-Regioni, disciplinate dalle intese fra Stato e Regioni sulle quali il Parlamento non avrà alcun potere di intervento. Infine, il contenuto delle intese, una volta firmate, potrà essere modificato solo con il consenso della Regione interessata.

In altre parole, il ruolo del Parlamento rimane marginale su questioni decise nell'ambito delle trattative tra Governo e Regioni.

Non siamo i soli a nutrire dubbi su questa impalcatura. C'è chi parla di "Istanze eversive" rispetto all'impianto del SSN. Non a caso la Fondazione GIMBE ha lanciato la consultazione pubblica "Maggiori autonomie in termini di tutela della salute" per far luce sui potenziali rischi del regionalismo differenziato sulla tutela della salute e alimentare la discussione pub-

blica su un tema le cui conseguenze rischiano di compromettere i diritti civili delle persone.

Nella consultazione GIMBE chiedeva agli stakeholder di stimare l'impatto di ciascuna autonomia in sanità sulle diseguaglianze regionali, assegnando un punteggio da 1 (minimo) a 4 (massimo), con possibilità di astenersi, oltre che di aggiungere commenti.

Secondo il report reso poi noto, hanno completato la consultazione 3.920 persone, un campione rappresentativo della popolazione con un margine di errore inferiore all'1,6%. Sono stati inviati 5.610 commenti, pari a 1,43 per partecipante.

Dai dati della survey GIMBE e dall'analisi dei commenti sono emerse alcune certezze, tra le quali, tanto per restare in linea con il nostro disquisire, segnaliamo che le preoccupazioni più frequenti sono: l'irreversibilità del processo; l'imprevedibilità delle conseguenze, l'ulteriore spaccatura Nord-Sud, l'aumento del divario tra Regioni ricche e povere, la differenziazione del diritto costituzionale alla tutela della salute.

C'è poi da considerare la richiesta di qualche regione di arrivare ad una contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del SSN, oltre all'autonomia in materia di gestione del personale e di regolamentazione dell'attività libero-professionale. Si rischierebbe così di fa-

vorire una concorrenza tra Regioni con trasferimento di personale dal Sud al Nord, ponendo, peraltro, una pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale.

Questo inoltre aprirebbe la strada alla richiesta di maggiori autonomie su qualsiasi ambito relativo alla programmazione ed erogazione dei servizi sanitari rendendo tra l'altro impossibile valutarne le eventuali conseguenze, non solo in termini di tutela della salute, ma anche di comparabilità delle performance regionali, visto che questo comporterebbe un inevitabile disallineamento dei sistemi informativi e la conseguente impossibilità di effettuare benchmark.

Una cosa che dovrebbe far riflettere è il fatto che ad insistere nel chiedere il regionalismo differenziato sono quelle regioni del Nord di cui la recentissima analisi della mobilità sanitaria in Italia ha confermato la forte capacità attrattiva con la conseguente fuga dalle Regioni del Centro-Sud. Infatti, nel decennio 2010-2019 13 Regioni, quasi tutte del Centro-Sud, hanno accumulato un saldo negativo pari a € 14 miliardi; tra i primi quattro posti per saldo positivo si trovano le tre Regioni che hanno richiesto maggiori autonomie. Nel 2020 su € 3,33 miliardi di valore della mobilità sanitaria, il 94,1% della mobilità attiva si è concentrata in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto,

mentre l'83,4% del saldo passivo gravava su Campania, Lazio, Sicilia, Puglia, Abruzzo e Basilicata, con la Calabria peraltro non contabilizzata.

Questi dati confermano che nonostante la definizione dei LEA nel 2001, il loro monitoraggio annuale e l'utilizzo da parte dello Stato di strumenti quali Piani di rientro e commissariamenti, persistono inaccettabili diseguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali. In particolare, non siamo più di fronte ad un semplice gap Nord-Sud, ma ad una vera e propria "frattura strutturale" che compromette l'equità di accesso ai servizi sanitari e gli esiti di salute, alimentando un imponente flusso di mobilità sanitaria dalle Regioni meridionali a quelle settentrionali. Di conseguenza, l'attuazione di maggiori autonomie in sanità, non potrà che amplificare le diseguaglianze tra le regioni registrate già con la semplice competenza regionale concorrente in tema di tutela della salute. Evidentemente queste chiamiamole "supposizioni" (?) ci inquietano pensando al pericolo che corre l'irrinunciabile diritto alla tutela della salute che appartiene ad ogni essere umano e che, nel nostro Paese, ancora oggi è garantito a ciascuno e sull'intero territorio nazionale e a parità di condizioni, per far sì che mai più esistano malati di serie A e malati di serie B o addirittura di serie C.

XXXII

GIORNATA MONDIALE DEL MALATO

11 FEBBRAIO 2024



UFFICIO NAZIONALE
PER LA PASTORALE
DELLA SALUTE
Sette Luoghi e un solo Dio



Una riflessione sulla Giornata Mondiale del Malato 2024

CURATI DA NOI E SALVATI DAL CRISTO



di Don Massimo Angelelli*

Ogni epoca ha il suo tempo e ogni tempo ha le sue peculiarità. Noi viviamo un'epoca in cui i risultati quantificabili sono una delle unità di misura più utilizzate; è l'epoca della *performance*, in cui vieni pesato in base ai risultati prodotti in un determinato periodo di tempo. Questa logica è figlia di una cultura economicistica, che tende a quantificare anche il valore della vita. Vite non tanto considerate perché persone, quanto piuttosto come unità produttive, o consumatrici, o apportatrici di risultati monetizzabili.

La sofferenza e la malattia scardinano questi sistemi. Sono quei deficit o anomalie che mettono in crisi il sistema produttivo e quindi le regole delle unità produttive. Se un elemento della linea produttiva non funziona, lo si cambia, perché «*business is business*». Può apparire una lettura pessimistica o addirittura fuorviante della realtà che viviamo – ci piacerebbe che così non fosse – ma il principio di realtà si impone.

Molte persone si sentono così, non più produttive, a rischio sostituzione. Quando la malattia irrompe nella loro vita crea una serie di disconnessioni: da sé stessi, dal proprio mito di onnipotenza e certezza; dagli altri, perché ti vedono in maniera diversa, ora sei «il malato»; dal tuo rapporto con Dio, in quanto sorge prepotente la domanda di senso: «perché io?». Papa Francesco nel recente *Mes-*

saggio per la XXXII Giornata Mondiale del Malato sollecita le persone malate: «Non pensate mai di essere un peso per gli altri», un peso che può essere percepito come affettivo o talvolta economico.

La malattia, oltre che la dimensione biologica, ridefinisce le relazioni, crea solitudine, ci mette a rischio di isolamento. Il Santo Padre ci offre invece una visione relazionale della malattia e della sofferenza. Guardando oltre il vissuto biologico, le relazioni ferite aprono una *crisi di senso* che chiede di essere curata. Non basta la terapia medica o farmacologica per una presa in carico globale della persona malata, serve una *cura* che comprenda «una vicinanza piena di compassione e tenerezza».

Nella formazione del personale sanitario da molto tempo sono stati rimossi i concetti legati all'empatia. Un forte pensiero scienziista ha ridotto la persona all'organo malato e, di conseguenza, la relazione di cura si riduce soltanto alla ricerca di una terapia efficace. Il sistema tecno-medico ha perso il suo movente originale e oggi si trova disorientato. Abbiamo diagnostica, protocolli, farmaci, linee guida, ricerca medica di altissimo livello; siamo molto più bravi e competenti rispetto a pochi decenni fa. Ma siamo tutti insoddisfatti.

Persone malate che non si sentono curate. Curanti che faticano a trovare il senso ultimo del loro agire. Manca a tutti il bello della relazione, necessaria per la vita, che è per sé stessa re-

lazione. Papa Francesco sottolinea che «Fin dal principio, Dio, che è amore, ha creato l'essere umano per la comunione, inscrevendo nel suo essere la dimensione delle relazioni. Così, la nostra vita, plasmata a immagine della Trinità, è chiamata a realizzare pienamente sé stessa nel dinamismo delle relazioni, dell'amicizia e dell'amore vicendevole». Non c'è nulla di più umano e divino insieme che l'uomo-in-relatione. Ecco perché il Santo Padre ci aiuta a riflettere sul fatto che curare il malato si deve fare curando soprattutto le relazioni.

Questa è la vocazione primaria di tutta la comunità cristiana e della pastorale della salute. Farsi vicino ai malati e ai sofferenti, evitare loro solitudine e isolamento, porli al centro del vissuto della comunità, così che ne siano membri e protagonisti, anche e proprio nella malattia, a pieno titolo. La migliore risposta alle spinte individualiste della società e del mercato è prendere questi scartati, perché non più produttivi, e renderli perno della comunità: curati da noi e salvati dal Cristo. Perché per noi sono persone, sempre e comunque, in qualsiasi condizione di salute si trovino, mai riducibili a numeri. Persone, con la piena dignità degli uomini e delle donne, feriti ma mai imperfetti, fragili ma sempre capaci di vivere la storia della vita.

** Direttore dell'Ufficio CEI
per la Pastorale della Salute*



Cuore da cooperativa, testa da impresa, persona al centro

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

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





La polemica bocciatura della proposta di legge della Regione Veneto

IL “FANTASMA” DELL’EUTANASIA



di Orazio La Rocca

Oltre alle guerre in corso, un altro fantasma si aggira nel mondo, provocando spaccature, confronti serrati, lotte intestine tra paladini di nuovi diritti civili e difensori della sacralità della vita, per i credenti dono irrinunciabile di Dio da difendere dal concepimento fino alla conclusione naturale. Ma anche per non credenti, uomini e donne di buona volontà, senza distinzioni di nazionalità, religioni, colori politici, confini. Un fantasma scomodo che lacera coscienze, provoca divisioni, scontri all'aperto o nel segreto delle stanze di qualsiasi ambito sociale, e che, pur muovendosi a fatica, da qualche tempo passo dopo passo sta iniziando a raccogliere proseliti al di qua e al di là dell'Oceano, in particolare nella vecchia Europa, Italia compresa. È il lacerante dibattito-confronto in corso tra forze politiche, istituzioni, governi e parlamenti intorno ad un tema che più divisivo non si può, il cosiddetto diritto all'eutanasia, nota anche come “dolce morte”, o - stando a come tale supposto diritto viene definito dai suoi fautori quando sono restii ad usare la parola “morte” - l'accesso “al suicidio medicalmente assistito” reso legale da una legge ad hoc. Espressione bollata a dir poco come “ipocrita e falsa” dagli oppositori a qualsiasi forma di apertura eutanasi disciplinata da apposite norme statali e, tantomeno, da pratiche illegali.

Il diritto alla vita non sembra, quindi, godere di buona salute a livello planetario. Oltre alle bombe, alla fame, alle guerre, al terrorismo, è bene che quanti sono impegnati per vocazione o per scelta personale alla difesa della propria ed altrui esistenza si guardino bene anche dai promotori della “dol-

ce morte”, anche se va comunque detto che attualmente nel mondo sono relativamente pochi i paesi in cui l'eutanasia è garantita per legge. Poco più di una decina. Senza poter classificare quelle aree dove la vita si interrompe illegalmente davanti a malattie ritenute incurabili, sofferenze di pazienti all'ultimo stadio, scelte strettamente personali di individui (colpiti da mali dolorosi, da delusioni, solitudini...). Per non parlare delle vite stroncate da aborti, clandestini e non.

In Europa il paese che storicamente ha fatto da battistrada all'eutanasia legale è la Svizzera, dove l'istituzione sanitaria delegata alle interruzioni volontarie delle vite di persone colpite da malattie o da altre problematiche considerate insormontabili è stata denominata “Dignitas”, dal latino “Dignità”, parola indubbiamente bella, piena di significato, persino gratificante, che all'apparenza non evoca niente di negativo. Generando però confusione. Come se scegliere di dare, o darsi, la morte per legge sia un gesto in qualche modo “degno”, “dignitoso”. Mentre forse sarebbe più “degno”, “dignitoso” se, sgombrato il campo da ideologie di parte, guerre laiciste contro questa o quella fede – religiosa e, perché no?, anche laica - che difende da sempre la “dignità” della Vita, si studiassero più approfonditamente forme e modalità di assistere le persone in difficoltà a causa di malattie incurabili, si approfondisse con più forza lo studio sulle cure palliative, senza ricorrere alla “scorciatoia” di staccare la

spina per legge. E ci fossero più controlli contro qualsiasi forma di accanimento terapeutico, sul quale tutti dovrebbero essere d'accordo.

Dopo la Svizzera – dove negli ultimi anni non pochi italiani, accompagnati da militanti politici pro eutanasia, vi si sono recati per porre fine alla propria vita nella solitudine di una clinica – altri Paesi dotati di leggi per il suicidio assistito sono la Spagna, Paesi Bassi, Lussemburgo, Belgio, dove sono ammessi anche i minorenni. Come nei Paesi Bassi. Nelle Americhe, il Canada, dove nel 2023 all'eutanasia possono far ricorso anche le persone malate mentali, e la Colombia.

IN ITALIA IL NO DEL VENETO

E IL PRIMO CASO

DI EUTANASIA PAGATA DALLA ASL

Nel panorama italiano le sirene dell'eutanasia e del suicidio medicalmente assistito da qualche tempo si aggirano anche nei Palazzi della politica e delle istituzioni, riuscendo a fare breccia presso giudici, legislatori e opinione pubblica. L'accelerazione nel 2019, quando - dopo i clamori mediatici degli anni passati esplosi intorno a casi di suicidi assistiti eseguiti illegalmente o per decisione giudiziaria - una legge in materia viene sollecitata dalla Corte Costituzionale. Ma finora senza nessun seguito in Parlamento. Tuttavia i fautori dell'eutanasia non restano fermi, arrivando persino ad accompagnare in Svizzera persone malate all'ultimo stadio che decidono di porre fine volontariamente alla loro esistenza,



pur contro i divieti del nostro ordinamento giuridico. Lo scorso anno altro colpo di scena istituzionale a Trieste, dove il tribunale – su richiesta dell'associazione radicale “Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica”, capofila in Italia della promozione di una legge sull'eutanasia – ordina a sorpresa la somministrazione di medicine e la strumentazione necessaria per permettere ad una signora 55enne affetta da sclerosi multipla di sottoporsi volontariamente al suicidio assistito seguita da un medico indicato dalla Asl. La signora muore il 28 Novembre 2023 dopo aver pigiato lei stessa il pulsante che avrebbe messo in moto il macchinario per l'autosomministrazione del farmaco letale, diventando così la prima persona ad aver avuto accesso alla procedura eutanassica con assistenza completa del Servizio Sanitario Nazionale italiano, e ad aver completato la procedura prevista dalla Consulta

con la sentenza del 2019, stando ai dati diffusi per l'occasione dai militanti della “Coscioni” che hanno seguito il caso.

Non sarà stato un caso se dopo le sentenze della Consulta e del Tribunale di Trieste i militanti della stessa associazione radicale presentano nel Consiglio regionale del Veneto una proposta di legge popolare sul suicidio assistito, firmata di circa 9 mila aderenti, sfiorando l'approvazione. La legge, infatti, discussa e votata il 16 Gennaio scorso, non è stata approvata per un solo voto contrario. Se Anna Maria Bigon, consigliera dem e cattolica, avesse votato a favore, il Veneto sarebbe stata la prima regione italiana ad approvare una legge sul suicidio assistito. Con inevitabili conseguenze anche sulle altre regioni, costringendo il Parlamento ad intervenire con un provvedimento analogo a livello nazionale, anche sulla spinta dei risultati del 57° Rapporto del

Censis sulla situazione sociale del Paese del 2023 presentato all'inizio dell'anno, nel quale emerge tra l'altro che il 74 % degli italiani è favorevole all'eutanasia. Percentuale da capogiro che avrà fatto da battistrada al caso Veneto, che – pur con la bocciatura in aula consiliare - ha avuto conseguenze politiche in alto loco, spaccando in particolare i partiti della maggioranza di centro destra. Motivo per cui, il governatore della Regione Veneto Luca Zaia, favorevole al provvedimento, in dissenso rispetto al suo partito, la Lega, nel commentare il provvedimento ha cercato di sminuirne la portata politica, assicurando che con questa legge la Regione Veneto “non autorizza nulla, per il semplice fatto che il percorso sul fine vita è già stato definito dalla sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, che ha garantito il suicidio medicalmente assistito in presenza di quattro requisiti: una patologia irreversibile; una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale; una patologia che crea sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili; una persona che sia in grado di esprimere un consenso libero e consapevole. Trovo quindi inaccettabile la tesi secondo la quale oggi il Consiglio regionale autorizza il suicidio medicalmente assistito: non corrisponde a verità”.

Più trionfalistico il giudizio di Filomena Gallo e Marco Cappato, segretario e tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni, secondo i quali, “indipendentemente dall'esito del voto del Consiglio regionale veneto, il diritto stabilito

dalla Consulta resta comunque in vigore, anche senza quelle procedure chiare e tempi certi che la nostra legge avrebbe stabilito e ci auguriamo presto stabilirà. Continua dunque in tutte le altre Regioni italiane e in tutto il Paese la lotta dell'Associazione Luca Coscioni per consentire alle persone di vivere libere fino alla fine...”. Assicurando che “potenzieremo il nostro impegno” nella promozione del suicidio assistito “per aiutare i cittadini ad avere tutte le informazioni e per far valere i propri diritti”.

Se non è una dichiarazione di guerra contro i fautori del diritto alla vita poco ci manca. Pur nella consapevolezza che la libertà di opinione è un diritto inalienabile e che tutti (partiti politici, istituzioni pubbliche e private, laiche ed ecclesiastiche, semplici cittadini...) hanno il diritto di professarle liberamente, spiace vedere che la vita, bene supremo di credenti e non credenti, tradizionalisti e progressisti, nei momenti di maggiore difficoltà di chi vive nella sofferenza venga ridotta ad un dibattito fatto di norme, numeri, cavilli, sentenze giudiziarie, voti tra favorevoli e contrari gli uni contro gli altri armati, senza nessuna parola di affetto, misericordia, vicinanza, aiuto fraterno fino alla fine per chi ha bisogno. Con la sola prospettiva finale per i poveri interessati di avere la “libertà” di pigiare un pulsante che spegnerà la luce della loro vita. Che tutto possa essere pagato dallo Stato, onestamente, non è una gran consolazione.

FOTOVOLTAICO

POMPE DI CALORE

Se l'energia costa troppo producala in maniera efficiente...

Scopri le nostre soluzioni in Pompa di Calore per la climatizzazione estiva ed invernale.

**Potrai averle anche
senza investimento e costi di manutenzione.**



Efficientamento
energetico



Riqualficazione energetica
di impianti



Sistemi di cogenerazione e
trigenerazione ad alto
rendimento

**Scopri le nostre proposte anche senza investimento
e con compartecipazione del risparmio**

commerciale@atetsrl.it



Una ricerca all'Università di Padova
sull'incidenza delle cure palliative sull'eutanasia

TOLTO IL DOLORE SI INVOCA MOLTO MENO LA MORTE

“Dove vengono messe in atto le cure palliative, il ricorso al suicidio assistito o all'eutanasia cala drasticamente. Si ricorre a questa pratica per non soffrire: se si toglie il dolore, la richiesta si riduce di 10 volte. La popolazione non è tanto favorevole all'eutanasia per esercitare un diritto, quanto piuttosto per porre fine a delle sofferenze. Ed è così in tutto il mondo occidentale”. Sulla carta, “due terzi si dichiara favorevole a eutanasia o suicidio assistito. Ma quando si chiedono le condizioni, solo una piccola minoranza è favorevole per esercitare il ‘diritto individuale e non condizionato’. In realtà il motivo è porre fine a sofferenze inestinguibili”.

È il sorprendente risultato di uno studio svolto a livello internazionale da Gianpiero Dalla Zuanna, professore di Demografia dell'università di Padova, e da Asher Colombo, sociologo dell'università di Bologna.

La ricerca, intitolata *'Data and Trends in Assisted Suicide and Euthanasia, and Some Related Demographic Issues'*, - pubblicata su *'Population and Development Review'* - è stata svolta per indagare “soprattutto se c'è legame tra legislazione e utilizzo di eutanasia e suicidio assistito - spiega Dalla Zuanna - e, come seconda cosa, se sono utilizzati in modo differente in base a diverse categorie: sesso, età, causa della richiesta, condizione socio-economica. Il terzo punto riguarda il collegamento tra il ricorso a queste pratiche e le cure palliative”. I risultati relativi a 13 Paesi, di cui 8 in Europa, dove in alcune nazioni

c'è una forma legale di eutanasia, mostrano che “il ricorso a queste pratiche è fortemente dipendente dal tipo di legislazione. Dove è considerato come esercizio della libertà del singolo (Olanda, Belgio e Svizzera e Canada), che può decidere quel che vuole, il ricorso è molto elevato: tra le morti non improvvise si arriva anche al 5% della popolazione. Dove invece, come peraltro dice anche la sentenza della Corte costituzionale italiana, il ricorso è condizionato, per esempio, alla presenza di dolori inestinguibili, dopo aver utilizzato tutti gli strumenti medici per curare il dolore, il ricorso è 10 volte inferiore”.

Il secondo risultato della ricerca mostra che le motivazioni che stanno dietro alla pratica del suicidio assistito sono totalmente diverse da quelle del “non assistito”. Quello somministrato in ambito sanitario “è richiesto in modo simile nei due sessi, mentre l'altro è 3 volte più alto negli uomini, rispetto alle donne”, riferisce il professor Dalla Zuanna. Nella forma più comune di ricorso al suicidio, sottolinea il docente, “c'è disperazione, mancanza di senso. Quello assistito, invece, avviene in un ambito relazionale, non è legato alla perdita di rapporti con le persone”, ma piuttosto al desiderio di non essere “un peso per la famiglia, gli amici o i *caregiver*, come indicano il 36% dei 10mila canadesi che, rileva lo studio, hanno

scelto l'eutanasia nel 2021 e che, nel 17% dei casi, hanno indicato tra le motivazioni “l'isolamento o la solitudine”.

Il terzo dato che emerge dalla ricerca, per Dalla Zuanna “forse il più improntato, mostra come, dove vengono messe in atto le cure palliative, il ricorso al suicidio assistito cala drasticamente. La pratica è quindi fatta per non soffrire: se si toglie il dolore, la richiesta di eutanasia” si riduce al minimo. “È quanto previsto dalla sentenza della Corte costituzionale, ma in Italia - rimarca il professore - abbiamo un problema di accesso a queste cure. L'uso della morfina, ad esempio, è la metà rispetto alla Germania. Solo il 36% delle persone con cancro, quindi uno su 3, ha accesso alle cure palliative in Italia”. Questo dato diventa ancora più pesante se si considera che queste terapie, “secondo la letteratura medica, dovrebbero essere estese a moltissime altre patologie - come le neurodegenerative - perché non sono una cura puntuale, ma una presa in carico generale del paziente, dal momento in cui non si riesce a intervenire con cure risolutive. Si tratta allora di eliminare il dolore, la sofferenza, anche prima della fase finale della vita”.

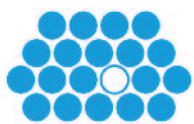
Alla luce di questi dati, secondo Dalla Zuanna “bisogna investire” nelle cure palliative perché il suicidio assistito non diventi una “scorciatoia per porre fine alla sofferenza. Se fatte bene, con



una presa in carico precoce, lo dimostrano vari studi, le palliative - puntualizza il docente - sono anche meno costose del ricorso al suicidio assistito". Inoltre, "se non si investe veramente in questi trattamenti - ribadisce il demografo - si va contro lo spirito stesso della sentenza della Corte Costituzionale, secondo cui 'sarebbe un paradosso' permettere il suicidio assistito senza ammettere le cure palliative".

È infatti una "situazione paradossale, cioè senza senso, non mettere una persona nella condizione di poter scegliere. Sono persone che non riescono a dormire, a stare sdraiate. Se non dai alle persone la possibilità di non soffrire, come possono decidere in modo sereno co-

me atteggiarsi davanti a una fine vita?", si domanda Dalla Zuanna. "La scelta c'è quando si è nella condizione in cui non si è in uno stato di dolore inestinguibile". Guardando alla realtà, il docente osserva che "è un problema di cultura", anche "medica e di organizzazione. Una recente indagine in Veneto rivela che il 60% dei medici dichiara di non aver ricevuto informazioni sulle cure palliative e il 95% richiede una formazione adeguata. In ospedali con anche 600 posti letto c'è un solo psicologo, una delle figure centrali nelle palliative perché deve intervenire presso pazienti, parenti e professionisti. Nelle palliative - conclude Dalla Zuanna - bisogna investire".



lega del filo d'oro

Accolto sin da piccolo dalla Lega del Filo d'Oro

DAL GIOVANE AGOSTINO UN SEGNO DI RISCATTO E DI AMORE PER LA VITA

Una giovane vita presa a modello come segno di riscatto e di speranza per tutti quei piccoli pazienti affetti da malattie rare, a causa delle quali sarebbero quasi certamente condannati all'isolamento e ad una *routine* giornaliera fatta di rinunzie e sofferenze. Stiamo parlando del piccolo Agostino, che fin dai primi anni della sua esistenza viene preso in carico e seguito con amore, affetto e sollecita attenzione professionale di altissimo livello dai professionisti della Lega del Filo d'Oro, l'ente filantropico punto di riferimento per l'Italia in campo rieducativo e riabilitativo di quanti sono affetti da patologie che sono alla base di problematiche di sordocecità

e pluriminorazione psicosensoriale.

I dati su Agostino – e su tantissimi altri piccolissimi pazienti affetti da patologie simili – si sono accesi in occasione della Giornata mondiale delle Malattie Rare (*Rare Disease Day*) del 29 Febbraio scorso, ricorrenza che ha offerto alla Fondazione Lega del Filo d'Oro ETS di rendere noti i dati emersi nel corso del 2023 dalle attività svolte dal Centro Diagnostico della stessa Fondazione. Tra i dati più significativi, il numero degli utenti assistiti, 145 persone, le valutazioni psicodiagnostiche erogate, 90, e il numero degli interventi precoci, 55. Ed inoltre, dalle analisi è emerso anche che quasi la metà (44%) delle persone sordocieche e pluriminorate psicosensoriali arrivate da tutta Italia ed assistite dai medici e dai volontari della Lega del Filo d'Oro presentava una malattia rara, registrando un incremento del 13% rispetto al 2010.

Il piccolo Agostino fa parte di questo quadro assistenziale. La sua vita, riporta una nota del-

la Lega, “è iniziata sin da subito in salita: ha solo pochi giorni quando viene operato in ospedale per la prima volta al cuore”. Agostino è affetto dalla sindrome di Charge, una malattia rara che comporta gravi disabilità a vista e udito. Dopo la diagnosi viene ricoverato in ospedale, dove rimane per otto mesi, per la maggior parte del tempo tra la rianimazione e la subintensiva.

Dopo il lungo ricovero, per il giovane paziente inizia un nuovo, importante percorso, questa volta alla Lega del Filo d'Oro, nella grande famiglia del Centro di Osimo, in provincia di Ancona, dove subito i sanitari si concentrano sull'esatta valutazione delle sue potenzialità. Alla Lega del Filo d'Oro, mamma Samuela e papà Stefano – continua il racconto della Fondazione - scoprono che da un occhio Agostino vede bene: gli operatori vogliono partire dalla diagnosi per andare oltre, e così stimolano Agostino bendandogli un occhio e poi l'altro e sollecitandolo in diversi modi”, come una sorta di intenso “allenamento” visivo. Lo stesso lavoro di scoperta delle abilità residue viene svolto sull'aspetto motorio e uditivo del ragazzo, e così grazie al metodo posturale Agostino guadagna la posizione seduta e oggi riesce a

stare eretto e a camminare.

Altro momento determinante per la riabilitazione, l'alimentazione artificiale, dovuta alla disfagia che lo accompagna dalla nascita, e la conseguente logopedia per la stimolazione delle corde vocali. A livello sensoriale, alla Lega del Filo d'oro si segue un programma di incontri di musicoterapia, dove Agostino può cogliere le vibrazioni di diversi strumenti musicali: ma tra i tanti, il suo preferito è il pianoforte!

Oggi Agostino ha quasi 13 anni. E la sua vita è cambiata in senso ovviamente positivo. Grazie ad un lavoro che i professionisti della Lega del Filo d'Oro fanno insieme a lui e ai suoi cari, finalizzato alla valorizzazione delle sue capacità, con l'obiettivo di ridurre la distanza che lo separa dal mondo esterno. È una sfida quotidiana che coinvolge non solo gli specialisti, ma anche – tengono a sottolineare alla Fondazione - le famiglie, per supportarle nel percorrere sempre nuove strade vivendo accanto ai pazienti, condividendone fatiche, determinazione, attenzione alle cure, corroborati dalla determinante voglia di centrare l'importante obiettivo del traguardo della riabilitazione fisica ed umana.

DELIVERY IN HOSPITAL

Siamo un'azienda market leader, presente sul territorio nazionale, impegnata nella fornitura di Farmaci di classe H-A-C, Parafarmaco, Integrazione Alimentare (oltre 60.000 referenze gestite) e, grazie alla consociata **FBM Healthcare**, anche Dispositivi Medici mass market e specialistici.

Collaboriamo esclusivamente con ospedali, cliniche private e RSA. La nostra esperienza nel ramo ospedaliero è alla base dell'ideazione, realizzazione e gestione di un'ampia gamma di servizi personalizzati che hanno come unico obiettivo l'aumento delle performance dei nostri clienti. Siamo il partner distributivo strategico di numerose eccellenze nel mondo della sanità.

Per informazioni, supporto o richieste di approfondimenti sulle modalità di fornitura e sui servizi dedicati agli associati ARIS, il nostro Customer Service è a disposizione tramite il numero dedicato:

02/54.07.18.54

oppure inviando una mail a:

partnership.aris@sshpharma.com



DELIVERY IN HOSPITAL

sshpharma.com

Insieme a chi assiste,
al servizio dei più fragili



Medihospes è una Cooperativa Sociale specializzata nella gestione, in proprio o per conto di Enti Privati e Pubblici, di servizi di assistenza sociale e sanitaria rivolti a persone anziane, disabili e minori. Una Cooperativa fatta di medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, educatori e psicologi, organizzata anche per affiancarsi agli Enti che lo desiderano, per intervenire in outsourcing nei processi operativi assistenziali (con un team di 4.585 operatori che forniscono 4.200.000 ore all'anno di assistenza), aumentandone l'appropriatezza, l'efficienza e l'inclusione sociale.

Medihospes, persone che incontrano persone.

Coop. Soc. MediHospes Via Francesco Antolisei, 25 - Roma - Tel. +39 06 729961 - Dott.ssa Vittoriana Portelli +39 335 7371145 - www.medihospes.it

BARI - CAGLIARI - FERMO - MESSINA - MILANO - ROMA - SIENA - TERAMO - UDINE



Intervista al dottor Riccardo Fragomeni,
responsabile dei Sistemi Informatici del nosocomio

COME L'OSPEDALE ISRAELITICO ROMANO SCONFIGGE LA PIRATERIA ON LINE

di Ruben Spizzichino

Negli ultimi anni, il settore sanitario ha fatto enormi progressi grazie all'implementazione di nuove tecnologie. I dati digitali, compresi i dettagli medici e le informazioni personali degli utenti, sono diventati un *asset* fondamentale per la diagnosi, la cura e la gestione dei pazienti. Ciononostante, insieme ai molteplici vantaggi offerti dalla digitalizzazione, la sanità è divenuta un bersaglio sempre più attraente per gli attacchi informatici. La crescente interconnessione dei dispositivi medici,

delle infrastrutture di salvataggio elettronico dei dati e delle reti ospedaliere, ha permesso di creare nuove opportunità per i criminali informatici. È qui che entra in gioco l'innovazione tecnologica e la *cybersecurity*; alleati preziosi nella guerra contro gli attacchi hacker. Per fare chiarezza sul tema e comprendere in che modo la sanità sta affrontando i nuovi attacchi informatici abbiamo intervistato il Dott. Riccardo Fragomeni, Responsabile dei Sistemi Informativi dell'Ospedale Israelitico.



Dott. Fragomeni, che cosa si intende per *cybersecurity* e perché riveste un ruolo così importante per le realtà sanitarie e ospedaliere?

“La Cybersecurity, letteralmente sicurezza cibernetica, è un termine inglese coniato ed utilizzato per identificare tutto ciò che riguarda la sicurezza informatica. Più precisamente nell'utilizzo corrente del termine, si fa riferimento alla sicurezza che più appartiene al mondo web ovvero alle informazioni che viaggiano nella rete internet. La necessità poi di estendere i principi della sicurezza a tutti i campi di applicazione digitale ha riportato, appunto, alla interpretazione più diffusa di sicurezza informatica.

Come è noto dalla cronaca e dall'indagine CLUSIT 2023, le Strutture Sanitarie hanno registrato in questo ultimo anno un notevole incremento di attacchi informatici. Gli Ospedali sono di fatto il nuovo punto di interesse da parte degli hacker, che in modo strutturato, in alcuni casi addirittura statuale, o in autonomia, operano verso target sanitari, azioni malevoli con l'obiettivo di bloccare i servizi verso il cittadino-paziente o

in molti casi, intere strutture. Se consideriamo i servizi erogati, servizi di utilità pubblica e strategici per il diritto alla salute del paziente, oltre per che gli effetti economici che questi eventi generano, di fatto si configura l'interruzione di un servizio fondamentale per il cittadino. Un attacco periferico blocca un servizio. Dall'accettazione, alla sala operatoria. Un attacco al sistema IT centrale, blocca l'ospedale. Un attacco mirato al sistema di monitoraggio remoto dei pazienti, o ad un dispositivo impiantato, *pacemaker* o un microinfusore insulinico, può addirittura compromettere la sua integrità fisica. Di conseguenza è facile comprendere come la sicurezza informatica, la *Cybersecurity*, sia oggi un tema molto importate per le strutture sanitarie e per coloro che devono gestirne la *governance*".

Qual è il principale obiettivo dei criminali informatici riguardo le strutture sanitarie?

"Gli obiettivi sono molteplici. Principalmente le azioni messe in campo hanno scopi economici, estorsivi. Vi è poi un numero minore di casi, legati molto spesso ad iniziative dei singoli, nei quali l'attaccante si misura con se stesso o con i propri simili, come in una sfida. Nei casi più frequenti le azioni malevoli verso le strutture sanitarie vengono messe a segno tramite i *CryptoLocker*. Una tipologia di virus informatico appartenente alla famiglia dei *Ransomware*. Anche qui dall'inglese '*ransom*', 'riscatto'.

I dati sanitari, clinici e amministrativi personali dei pazienti, piuttosto che quelli deputati al governo della struttura, vengono interdetti, cifrati e per la loro decodifica viene richiesto dall'attaccante un corrispettivo economico. In entrambi i casi, oltre che a configurarsi una dispersione dei

dati sensibili da comunicare al Garante della Privacy, tecnicamente un *data-breach*, sia la struttura che il paziente, subiscono danni economici, reputazionali e personali notevoli".

Perché l'innovazione tecnologica introdotta dall'Ospedale Israelitico si distingue dalle altre soluzioni di sicurezza presenti sul mercato?

"L'Ospedale Israelitico ha maturato, in virtù della sua caratteristica di ente ospedaliero religioso appartenente alla Comunità Ebraica, una particolare sensibilità su questo argomento e più in generale verso la 'sicurezza'. Questa condizione ha spinto il settore ICT ad andare alla ricerca di soluzioni che andassero oltre gli schemi classici basati sui sistemi antivirus ai quali l'IT Manager è abituato. Con l'innovazione tecnologica introdotta si ha la possibilità di estendere il monitoraggio a tutte le macchine che operano in Ospedale. Ecco la novità. Abbiamo facilmente il monitoraggio ed il controllo anche proattivo, di tutti gli *endpoint* presenti nella rete, TC, RM, ECG, telecamere che sorvegliano gli ambienti protetti, *keyword* critiche presenti nei social; dispositivi e domini, dove di fatto non si ha sempre l'accesso e dove non è sempre possibile far arrivare l'antivirus.

È fondamentale non sottostimare il rischio che l'attaccante sfrutti queste situazioni 'scoperte' per entrare nel 'sistema'. Questa attenzione ci ha spinto ad applicare soluzioni di ultima generazione per garantirci una azione innovativa, proattiva e dinamica su tutti gli scenari che gestiscono i dati in ospedale. Circa due anni fa, abbiamo iniziato a progettare e a sviluppare con il nostro partner tecnologico, un *framework*, una piatta-

forma informatica, da affiancare ai sistemi di *treath intelligence* e di AV per garantire la resilienza dell'infrastruttura ospedaliera a fronte di eventi avversi”.

In che modo il sistema introdotto ha potenziato la gestione informatica e dei dispositivi medicali dell'Israelitico?

“Attraverso il controllo totale degli *endpoint*. Grazie ad una sonda tracciamo il traffico di rete generato da tutti i dispositivi interconnessi. Questo ci consente di analizzare l'attività delle macchine e di individuare eventuali funzionamenti anomali sui quali indagare tramite gli analisti preparati del SOC, coadiuvati, nel nostro caso, da sistemi di supporto semiautomatici”.

Cosa significa “Health Global Solution”?

“È il nome del progetto, appena menzionato. Obiettivo la cybersicurezza globale delle strutture sanitarie. La matrice di rischi presenti in un ospedale, come abbiamo detto, è in continua evoluzione e non ha una dimensione regolare. Se ai sistemi informatici che sovrintendono il funzionamento e che gestiscono i dati pazienti, aggiungiamo quelli provenienti dall'esterno acquisiti tramite i sempre più diffusi sistemi di telemedicina, siamo di fronte ad un incremento notevole quasi incontrollabile delle superfici di esposizione alla quale l'ospedale deve far fronte per garantire la necessaria tutela della *privacy* dei pazienti e la sicurezza delle informazioni trattate. È necessario analizzare bene il contesto, gestire il rischio e prevenire il danno. Per fare questo c'è bisogno di un sistema di sicurezza globale, dinamico, adattivo, che monitori

tutti i flussi informativi circolanti sulla superficie esposta, li analizzi e li decodifichi secondo delle regole predefinite dove in alcuni casi interviene anche la conoscenza medica (*pacemaker*, dispositivi sottocute, ecc.). Dobbiamo saper distinguere un evento sicuro da un evento critico e identificare in anticipo quelli che potenzialmente possono causare un danno ad alto impatto. HGS si pone questo obiettivo, chiamando in causa anche l'IA e il Machine Learning”.

Quali sono gli elementi fondamentali su cui basare una corretta protezione cyber secondo il Responsabile dei Sistemi Informativi dell'Ospedale Israelitico?

“Un dato per considerarsi sicuro deve rispondere ai tre principi fondamentali della sicurezza, ovvero deve essere: riservato, integro e disponibile. Per ottenere questo obiettivo è necessario: 1) difendere il perimetro informatico della struttura, affiancando ai sistemi di difesa classici, *firewall*, AV, EDR, ecc. una sonda per il monitoraggio di tutti gli *endpoint* (PdL, TC, RM, ECG, EEG, ecc); 2) attivare un servizio dedicato per l'analisi degli eventi che in tempo reale decodifica le minacce, il Clinical SOC; 3) avviare un metodo che consenta ai due elementi suddetti di auto-apprendere correlando tramite IA e *Machine Learning* che sviluppino risposte automatiche tramite delle regole predefinite sulla base della conoscenza e dell'esperienza - anche medica - applicata alla struttura, i dati provenienti dai flussi informativi monitorati. Questi tre elementi costituiscono le coordinate per le quali passa il piano della sicurezza adattivo che definiamo come forse ora è più facile comprendere, ‘a geometria variabile’”.



IL TUO PARTNER DI FIDUCIA DI IGIENE & TECNOLOGIA



Hygien Tech da oltre 20 anni si impegna ad offrire le migliori soluzioni per garantire l'igiene nel settore sanitario e assistenziale. I prodotti per la cura e la **disinfezione delle mani** sono sempre al primo posto. Presenta poi, una linea di prodotti **Ecolabel** per la **pulizia professionale** adatta alle esigenze mirate della struttura, con l'obiettivo di migliorare e proteggere la salute dei pazienti, degli ospiti e dei lavoratori.

Propone inoltre soluzioni innovative di **macchinari a tecnologie avanzate** per il **cleaning professionale**, che garantiscono prestazioni efficienti ad operazioni continue, automatizzando così le attività di pulizia.

Cleaning Robot



plastica
seconda vita
DA RACCOLTA
DIFFERENZIATA



www.hygientech.it - Numero Verde 800.034.666



Un docufilm sull'esperienza vissuta nel "Paese Ritrovato"

IL VILLAGGIO DELL'ALZHEIMER



di Gianluca Biccini

“Non ricordo più chi sono / E quando ho consumato la mia vita / Mentre vedo gli occhi e il sorriso di una faccia sconosciuta / capisco che mi ama e non so come si chiama”. Il cantante Enrico Ruggeri presta la voce ai sentimenti di un malato di Alzheimer nel brano *Dimentico*, colonna sonora del docu-film “La memoria delle emozioni”. Perché quando il tempo e lo spazio non hanno più lo stesso significato, l'unica cosa che resta sono le relazioni affettive: certi sentimenti rimangono.

Ne è convinto Marco Falorni, che ha girato (e scritto con Andrea Fassoni) il lungometraggio a “Paese Ritrovato”, piccolo borgo alle porte di Monza in cui vivono 64 persone affette dal morbo. Si tratta di un progetto della cooperativa sociale “La Meridiana”, mutuato dal modello olandese “De Hogeweyk” di Weesp, dove gli ospiti vivono in sicurezza in appartamenti protetti, ma liberi di muoversi autonomamente nella piazza, al bar, nei negozi e al cinema. Così da condurre una vita normale, sentendosi a casa e al contempo ricevendo le necessarie attenzioni e cure. Una realtà in cui ritrovano una dimensione di



socialità che restituisce valore all'esistenza. Con tratto delicato e leggero il regista riesce a trasmettere un messaggio di riflessione, ma anche di speranza, raccontando le storie di Annamaria, Sante, Angelina, Antonella, che vivono nel villaggio brianzolo. Un viaggio carico di umanità, alla scoperta del mondo della demenza, attraverso le esperienze di chi ogni giorno ha a che fare con essa, e nonostante le difficoltà e i momenti di sconforto, dimostra un approccio positivo. Una quotidianità a volte fragile e complicata, altre più serena. "Bisogna ridere, viverla e riempirla questa vita. Non so di che cosa, ma va riempita", dice a un certo punto quasi divertita una delle anziane protagoniste. Anche la figlia di un'altra ospite riesce a dare un senso al vissuto di sua madre: "sicuramente si è dimenticata delle cose brutte o dei dispiaceri che ha avuto,

quindi adesso fondamentalmente è serena". Ma sebbene la profondità dei pensieri dei residenti e dei congiunti riesca a "smontare" molti luoghi comuni sull'Alzheimer, resta comunque il dramma della perdita d'identità. Ci si trova infatti di fronte a una delle fragilità che più spaventano: non è facile rimanere nell'affettività mentre svaniscono le funzioni cerebrali. Del resto, sebbene la scomparsa fisica di caro senza che sia deceduto sia un dramma indescrivibile, lo è anche vedere un familiare assentarsi progressivamente pur rimanendo in presenza. "Non riesci a fartene una ragione, perché ti spegne la persona giorno per giorno. L'unica cosa che mi riporta ancora a mia madre è il suo sorriso", spiega un'altra donna.

Ad accompagnare le immagini, tra le testimonianze degli ospiti di "Paese ritrovato" e di



quanti se ne prendono cura, c'è la giornalista e conduttrice Francesca Fialdini. “Quando siamo con una persona” con demenza “capita di rimanere delusi e anche arrabbiati, perché la troviamo diversa da come la ricordiamo; ma se proviamo a ribaltare il concetto e a vedere quello che ci propone, se la lasciamo libera di esprimersi e accettiamo la sua nuova identità, possiamo cogliere delle sorprese e anche conoscere lati e aspetti che ignoravamo” spiega, ricorrendo a una metafora, quella dello specchio. E esso, chiarisce, “ci rimanda l'immagine della nostra identità, ci aiuta a riconoscerci; per chi ha l'Alzheimer spesso non è così: quello che l'individuo vede non corrisponde all'idea che ha di se stesso, è come se guardandosi vedesse un estraneo”.

In concorso al premio David di Donatello e disponibile su RaiPlay, il film offre anche i

contributi di alcuni volti noti della televisione: come l'attore Giulio Scarpati interprete del personaggio di Lele Martini nella fiction “Un medico in famiglia” e autore nel 2014 del libro *Ti ricordi la Casa Rossa?* in cui descrive l'esperienza vissuta con sua madre. Lei “aveva raccolto ritagli di giornale sulla perdita di memoria e quindi era perfettamente cosciente di questo suo problema e ci siamo resi conto che stava cercando di nascondere, ma ne era consapevole”, confida Scarpati che poi legge un passo molto toccante del suo scritto: “Non ci sei più e di te penso spesso al passato. Eppure se te ne andassi niente sarebbe più lo stesso. Ti ho salutata cento volte e nello stesso tempo non sono pronto a salutarti”.

“Non c'è nessun figlio che accetti subito il verdetto”, rivela i propri sentimenti davanti alla cinepresa l'esperto d'immagine Diego



Il Paese Ritrovato

La Memoria delle Emozioni

Dalla Palma. “Provavo impotenza, preoccupazione, ma soprattutto un senso di abbandono” aggiunge, definendo un onore l’esser stato invitato in centri dove gravitavano persone con demenza. “Con un gruppo di collaboratori abbiamo pettinato, truccato, vestito delle donne, ma anche qualche uomo, e ho visto che tutto si è trasformato in sorriso. Con le carezze sembravano tornati tutti bambini”.

“La vita di queste persone cambia la capacità di capire l’ambiente e purtroppo spesso si perde anche quella di riconoscere i famigliari, i propri cari, gli amici; però ritengo che non si perda il linguaggio di certe emozioni” gli fa eco il professor Marco Trabucchi, medico esperto della malattia, che definisce “drammatica, senza speranza, perché non si può guarire”, ma della quale è possibile “ridurre la sofferenza” di chi ne è colpito e dei parenti.

Proiettato in anteprima all’ultimo Festival del Cinema di Venezia, “La memoria delle emozioni” è anche in tour nelle principali città italiane fino a ottobre, con dibattiti alla presenza di alcuni dei protagonisti, per affrontare un tema destinato ad essere condiviso con un pubblico sempre più vasto. Perché

questa pellicola rientra nella categoria di quella cinematografia sociale che colpisce lo spettatore rafforzandolo e stimolandolo nella cultura della persona. Un po’ come accaduto nel 2022 con “Perdutamente” – anche in questo caso il titolo è rivelatorio – dell’attore e regista livornese Paolo Ruffini, che aveva puntato l’obiettivo su tale realtà, vissuta in Italia da circa un milione di individui in prima persona, mentre altri tre milioni ci entrano in contatto per l’assistenza. E i numeri sono destinati a crescere. Tra le sfide del futuro c’è la composizione demografica che porterà a condizioni come questa sempre più comuni, perciò i servizi sanitari dovranno farsene carico. Rimane infatti forte il divario e il disagio della maggioranza delle famiglie coinvolte, che non possono disporre di assistenza adeguata e pertanto vivono al proprio domicilio situazioni difficili e complesse.

L’auspicio è allora che esperienze come “Paese ritrovato” si moltiplichino e che la sanità italiana aumenti le risorse destinate a progetti simili e al sostegno di chi deve fare i conti con le ricadute dell’accompagnamento di persone con malattie cognitive degenerative.



Ci prendiamo cura dei vostri rischi

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

Howden. Il tuo broker assicurativo

HOWDEN



Un contributo per fare chiarezza ed evidenziare
le esigenze e le sfide che ci interrogano

INVESTIRE SUL CAPITALE UMANO, UNA SFIDA ED UNA NECESSITÀ

di Antonio Angioni

Il capitale umano è una delle espressioni ricorrenti non solo nella terminologia delle aziende e degli esperti (o presunti tali) di *management*, ma ha finito per diventare una categoria ampiamente utilizzata a tal punto che si rischia di dimenticarne, più o meno consapevolmente, le implicazioni gestionali. Il presente contributo nasce dalla volontà di fare chiarezza e di mettere in evidenza non solo gli elementi costitutivi, ma anche le esigenze e le sfide alle quali è esposto il capitale umano in un contesto come quello presente. L'espressione Human capital fu coniata per la prima volta nel 1961 da un economista, Theodore W.Schultz, come uno degli elementi rilevanti dei fattori produttivi, per identificare le *skills*, la *knowledge*, le competenze della forza lavoro. In quanto riferibile alle persone, il capitale umano ha alcune caratteristiche specifiche. Innanzitutto a differenza dagli altri *assets* che compongono il *physical capital*, non può essere distinto dalle persone. Come le altre forme di capitale è esposto al deprezzamento (per la naturale obsolescenza fisica e mentale delle persone), ma a differenza delle altre forme questo rischio può essere, se non neutralizzato, almeno ridotto se solo si continua ad investire nelle persone.

Ma per investire occorre crederci e questo purtroppo ha rappresentato per molti anni un limite della prevalente cultura manageriale per la quale le persone sono sempre state percepite come costi anziché come *assets*, non intangibile, ma *tangible asset*. Ha sicuramente contribuito ad alimentare questa im-

stazione la difficoltà a calcolare il *roi* di questa particolare forma di investimento, nonché la mancanza di *ratios* per misurare il *value added* delle persone al *business*. La situazione sta, sia pure lentamente, evolvendo grazie anche all'evidenza di certi fattori. L'analisi delle *performance* finanziarie delle 60 *best workplaces* in Italia risulta di per sé emblematica. Ad aumenti del *trust index* (l'indice di fiducia nella propria organizzazione) corrispondono aumenti delle crescite di fatturato, mentre a decrementi dell'indice corrispondono riduzioni del tasso di sviluppo.

Nel frattempo la stessa categoria di *Human Capital* ha conosciuto una configurazione più complessa ed articolata ed oggi sono considerati elementi costitutivi: il *knowledge* (quale bagaglio culturale e di esperienze), le *skills* (quali capacità nel senso più vasto), il *talent* (quale attitudine), i *behaviors* (quali comportamenti finalizzati), l'*effort* (quale energia-impegno), il *time* (non nella dimensione tayloristica, ma *digital*). La combinazione di questi elementi potrebbe essere sintetizzata in una formula:

Total Capital Investment = [*Ability(knowledge+skill+talent)+behavior*]*x effort x time*

Accettando questa impostazione si riescono a misurare gli elementi costitutivi del *roi* dell'investimento nelle persone, riconducibili a:

- L'*engagement*
- Lo sviluppo e la crescita nei ruoli
- La *recognition* per i risultati
- La politica di *rewards*

A pieno titolo il capitale umano comincia finalmente ad essere riconosciuto come una delle componenti del valore globale dell'impresa. Non solo, ma la stessa *work experience* viene rivalutata in funzione della capacità delle persone di crescere, di acquistare ed impiegare nuove *skills*. Questo implica ridisegnare la strategia di gestione delle risorse considerando, però, come anticipato in premessa, alcuni aspetti particolari. Partiamo dalla presenza nelle imprese di 4 se non di 5 generazioni diverse per approcci, fabbisogni, esigenze, a tal punto che potremmo azzardarci a parlare anche di culture diverse che richiedono attenzione e soluzioni *ad hoc* non sempre facilmente conciliabili. Mentre nel passato era più semplice definire un contratto psicologico di ingaggio, oggi è più difficile ed è necessario comprendere le motivazioni al lavoro. L'incremento degli standard di vita e la disponibilità di maggior tempo alimentano aspettative nuove. Cambia anche la percezione del lavoro, del *good job* nella quale influiscono elementi della personalità che si traducono poi in atteggiamenti diversi. Sul piano gestionale non si dovrà rincorrere la conformità, ma la coesione da creare su *mission*, valori, visione che non potranno essere relegati alle retoriche presentazioni degli ingressi aziendali e dei siti web, ma dovranno essere oggetto di una declinazione quotidiana.

Gli sviluppi della tecnologia e dell'automazione, nonché delle applicazioni, hanno ridotto i lavori routinari e si sono rivelati fondamentali

WELMED.

L'OSPEDALE SEMPRE IN TASCA

Digitalizza i processi clinici della tua Struttura
Ospedaliera con la Telemedicina di WelMed

+ Pazienti

Abbatti i limiti geografici del tuo Ospedale e amplia il tuo
bacino di Pazienti

+ Prestazioni

Aumenta le prestazioni e la fidelizzazione dei Pazienti
connettendoli alla tua Struttura

+ Qualità

Offri ai Professionisti Sanitari una pratica clinica efficiente,
sicura, professionale e disponibile in ogni momento della
giornata

Vuoi costruire un nuovo percorso di medicina online per
la tua Struttura Sanitaria?

Scopri WelMed



info@welmed.it



+39 02 82960009



www.welmed.it





nella gestione della pandemia di Covid19 a tal punto che nessuno osa immaginare quali sarebbero stati gli effetti se avessimo dovuto affrontare questa sfida, per esempio venti anni fa con il livello della tecnologia di allora. Ma quelle forme di lavoro sperimentate sotto l'emergenza hanno poi dato vita a richieste nuove. Si sta sviluppando, sul piano gestionale l'*Hybrid model* replicabile nelle aziende come nelle organizzazioni che dovranno affrontare il passaggio dal *fixed work* al *flex work* al *flow work* e disporre di *leadership team* capaci di passare da una cultura del controllo ad una cultura della valutazione dei risultati, arrivando così a gestire la sfida della dematerializzazione del contesto aziendale. *Last but not least*, c'è un aspetto inquietante che non può essere sottaciuto. Siamo entrati in una fase di

turbolenza continua ben diversa dai contesti precedenti caratterizzati da fasi cicliche più o meno prevedibili. Solo negli ultimi tre anni si sono sovrapposti: pandemia, crescita dei costi delle materie prime, inflazione crisi energetica, guerra alle porte dell'Europa. La gestione del cambiamento non sarà più limitata a fattori contingenti, ma diventerà una variabile costante per cui si impone un'attenzione diversa nella selezione degli investimenti ed investire nel capitale umano, nell'accezione esposta, non sarà solo un lusso, ma una necessità per le aziende che vorranno consolidare il proprio vantaggio competitivo. Si impone pertanto un nuovo modo di pensare alle organizzazioni perché, come diceva P. Drucker, il problema non è la turbolenza in sé, ma affrontare la turbolenza con la logica di ieri.



Servizi
Sanitari
Integrati

Affidabilità
Innovazione
Dedizione



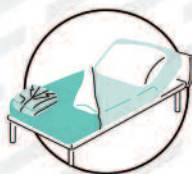
BLOCCO OPERATORIO



VESTIZIONE PERSONALE SANITARIO
E DISTRIBUZIONE AUTOMATIZZATA



SERVIZI ACCESSORI



VESTIZIONE LETTO
OSPEDALIERO



ABITI DA LAVORO
E D.P.I.





I temi e le aree nelle quali le aziende si troveranno esposte ed impegnate nel nuovo anno

DAVANTI ALLE SFIDE DEL 2024

Non disponiamo di sofisticati strumenti economici e di data base per avventurarci a fare simulazioni e previsioni in merito al contesto nel quale si troveranno ad operare le imprese nel corso dell'anno in corso. Quello di cui disponiamo è rappresentato invece dal confronto continuo con le aziende e le organizzazioni nostre clienti, per le quali stiamo progettando e realizzando interventi, da quanto raccogliamo in termini di richieste e di esperienze.

Rispetto all'anno passato lo spirito, anche per effetto dell'ulteriore peggioramento e delle tensioni del contesto geopolitico, non è sicuramente positivo. Al di là delle comprensibili preoccupazioni legate

ai vari indici ed ai mercati, si stanno delineando con chiarezza i temi e le aree nelle quali le aziende si troveranno esposte ed impegnate. Ci riferiamo alle aziende che hanno mostrato e mostrano una maggiore reattività e resilienza, che preferiscono anticipare gli eventi anziché subirli. Esiste una crescente domanda relativa alla riduzione dei tempi della messa a terra della strategia aziendale. Da più parti si lamenta come sia sempre più difficile gestire la variabile tempo. Non che sia stata soppiantata la distinzione universalmente accettata di classificare il tempo con le categorie Avanti Cristo e Dopo Cristo, ma certamente oggi si ricorre spesso ad utilizzare la distinzione fra prima del Covid e dopo il Covid.

La pandemia ha finito per assurgere a spartiacque fra due ere alquanto diverse. Prima del Covid i processi di gestione del cambiamento erano riconducibili alla revisione di sistemi ERP, al ridisegno di processi per effetto di riposizionamenti del mercato imposti dalla glo-



balizzazione, a tal punto che era stato coniato l'acronimo VUCA (*Volatility, Uncertainty, Complexity, Ambiguity*) per caratterizzare il periodo. Dopo il Covid lo sviluppo rapido ed esponenziale delle nuove tecnologie digitali e delle relative applicazioni sta imponendo un ritmo incalzante, riducendo i tempi di definizione e di realizzazione della strategia, esigendo risposte rapide alle richieste del mercato. È arrivata la terza ondata preconizzata da Alvin Toffler nel lontano 1950. Quella che sembrava allora una classica stranezza di un futurologo è diventata la realtà nella quale si muovono le imprese. La variabile tempo si è drasticamente ridotta ed oggi viviamo nella fase dell'istantaneità. Naturale che venga a più riprese posto il tema dell'*Execution*, di come poter ridurre i tempi per coagulare consenso, di-

sporre di adeguate competenze, rivedere i processi, impostare nuove forme di organizzazione più flessibili. Processi non semplici, da affrontare, in base alla nostra esperienza, con una metodologia adeguata, in grado di assicurare risultati concreti. Non solo, ma la progressiva adozione di soluzioni digitali metterà sempre più in evidenza il drammatico gap di competenze. Da tempo le aziende lamentano crescenti difficoltà nel reperire i profili mentre continua ed incessante è l'emorragia di giovani talenti verso l'estero. Secondo una recente previsione, elaborata dall'*Organisation for Economic Cooperation and Development*, nei prossimi 15 anni, mentre il 14% delle attuali posizioni di lavoro (che richiedono una professionalità medio-bassa) verrà eliminato, il 34% sarà a rischio perché i titolari di queste posi-



zioni o accetteranno di affrontare seri programmi di *reskilling* o si troveranno poi marginalizzati costituendo un problema per l'azienda e per la società.

Di fronte a questo scenario, ignorato da chi continua a portare avanti politiche previdenziali di breve termine per meri interessi elettorali, le aziende, anziché ricorrere a meccanismi di prepensionamento, dovranno farsi carico, in mancanza di alternative, di radicali e mirati programmi di formazione per adeguare la forza lavoro esistente. Anziché limitarsi a parlare di capitale umano, gli imprenditori ed i manager saranno chiamati ad investire davvero nel capitale umano, un *asset* peraltro che a differenza degli altri *asset* può non deprezzarsi se solo si ha il coraggio di investire. Le risorse non mancano se solo si pensa che i fondi

professionali paritetici, alimentati dai contributi delle aziende, hanno importanti risorse e lanciano puntualmente avvisi *ad hoc*, senza dimenticare le agevolazioni e le iniziative a livello delle singole regioni. Non a caso l'UE ha proclamato il 2023 l'Anno Europeo delle competenze, ma su questa iniziativa c'è stato un silenzio assordante e non è stata colta invece l'occasione per comunicare, sensibilizzare, promuovere. Nel corso degli ultimi anni le imprese hanno fatto notevoli investimenti nel campo della robotica giungendo a far sì che l'Italia si piazzasse la sesto posto a livello mondiale, mentre per alcuni settori, per esempio quello alimentare, si è piazzata addirittura al terzo posto. Ma adesso si sta creando una situazione paradossale perché questi investimenti per entrare a regime hanno bisogno di



professionalità specifiche che, se non reperibili sul mercato per i motivi sopramenzionati, vanno create all'interno. Un impegno che comporta un cambio di paradigma nella gestione delle risorse dal momento che comporta un'azione di convincimento delle persone, per farle uscire dalla *comfort zone*, per farle partecipe di questa nuova fase e dell'opportunità di vedere rilanciata e valorizzata (anche in termini retributivi!) la propria professionalità.

Gli stessi manager dovranno sviluppare nuovi approcci, accettare e gestire (anziché subire!) l'*hybrid work* facendone uno strumento per aumentare non solo il livello di *engagement* delle risorse, ma anche l'attrattività delle aziende. La formazione permanente, la trasformazione delle aziende in *learning organization* rappresentano soluzioni obbligate per far fronte ad una vera e propria emergenza na-

zionale. Sì perché la posta in gioco non è solo il mantenimento del ruolo dell'Italia come secondo paese manifatturiero, ma la competitività del paese e della stessa UE a fronte della sfida lanciata sia dagli USA che dalla Cina. Purtroppo non se ne parla abbastanza per sensibilizzare l'opinione pubblica, per sollecitare adeguate riforme del sistema scolastico, per impostare una seria politica industriale che incentivi gli investimenti e non i sussidi. La ricchezza, come insegnava Luigi Einaudi, va costruita prima di distribuirla. La stessa adozione degli ESG, anziché rappresentare una minaccia, come spesso viene percepita, soprattutto nelle imprese meno strutturate, può diventare un'opportunità per consolidare il proprio vantaggio competitivo.

A cura di
POLIEDROS MANAGEMENT CONSULTING

Cosa potrebbe diventare la tua ghianda ?



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

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

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

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

Idee di qualità



MILANO

ROMA

TORINO

VENEZIA

T.02-25061658
info@poliedrosconsulting.com
www.poliedrosconsulting.com

Le implorazioni dei pontefici per la pace nel mondo

VOCI NEL DESERTO DELL'ANIMA



di Francesco M. Valiante

Viene inviato alle cancellerie di tutto il mondo. Finisce sulle scrivanie di capi di Stato e di Governo. È materia di riflessione per i vescovi e, attraverso di loro, giunge a sindaci e amministratori locali. Eppure il messaggio che all'inizio dell'anno il Pontefice firma in occasione della Giornata mondiale della pace – istituita nel 1968 da Paolo VI e da allora celebrata ogni 1° gennaio – sembra soffrire di una sorta di “sindrome di Cassandra”: quello che, per intenderci, capitava alla mitologica sacerdotessa del dio Apollo, dotata del dono della profezia ma condannata a non essere mai ascoltata.

Paragone forse ardito, se non altro perché il mestiere del Papa non è l'indovino e tanto meno il messaggero di sventura, come invece toccava in sorte alla veggente, i cui vaticini erano in grado di prevedere catastrofi e sventure destinate puntualmente ad avverarsi. E poi perché, mentre Cassandra attirava la generale disapprovazione proprio a motivo delle sue nefaste arti divinatorie, oggi quasi tutti i leader politici e gli uomini del pianeta che contano fanno a gara nell'ostentare professioni di ossequio al Pontefice, salvo poi disattenderle quando si tratta di compiere le scelte decisive dalle quali dipende il destino di popoli e nazioni.

Dichiarazioni di intenti e manifestazioni di buona volontà rimbalzano ogni giorno nei consessi mondiali e sui media. Ma non riescono a spegnere il sinistro rumore delle armi imbracciate contro inermi e innocenti ai quattro angoli della terra. Un rumore che dal 1968 – anno del primo messaggio pontificio per la Gior-



nata della pace – è diventato un fragore sempre più assordante.

Certo, in oltre mezzo secolo lo scacchiere internazionale ha cambiato volto. Le dinamiche della conflittualità oggi seguono logiche e percorsi diversi. E le stesse modalità di combattimento si sono evolute, dando vita a un ventaglio di opzioni “belliche” che rende talvolta inadeguato persino il concetto di “guerra”. Tuttavia è sufficiente un semplice raffronto numerico per dare il senso della tragica *escalation* che sta minacciando le basi della convivenza planetaria.

Secondo l’Uppsala Conflict Data Program (Ucdp) – il programma dell’università svedese che si incarica di raccogliere ed elaborare i dati sui conflitti armati – nel 1968 le guerre nel mondo erano 14 (incluso in questo numero gli eventi bellici interstatali, intrastatali, extrastatali e non statali) per un totale di oltre

141mila vittime. Ebbene, nel 2022 la cifra ha raggiunto quota 182 (dato che stavolta comprende anche le violenze unilaterali, ossia l’uso della forza da parte di un gruppo armato statale o non statale contro civili) e le vittime sono salite a oltre 238mila.

Oggi che i monitoraggi hanno affinato le tecniche di rilevazione e di analisi, il quadro della situazione si precisa e si arricchisce ulteriormente, assumendo risvolti sempre più drammatici. Come dimostrano, per esempio, le stime fornite dall’Armed Conflict Location & Event Data Project (Acled), organizzazione non governativa statunitense specializzata in questo genere di mappature, che raccoglie elementi in tempo reale su luoghi, tempi, attori, vittime e tipologie di tutti gli eventi di violenza politica e di protesta segnalati nel mondo dai media. Secondo gli ultimi calcoli, nel 2023 questi fenomeni sono cresciuti del 12% rispet-

to al 2022 e l'aumento è di oltre il 40% se li si confronta con il livello del 2020. Attualmente una persona su sei vive in un'area in cui vi è un conflitto attivo. E nei 234 Paesi e territori coperti dall'Acled, la maggioranza (168) ha visto almeno un evento violento nel 2023.

Cinquantasette anni di appelli al disarmo e alla pacificazione lanciati da quattro Pontefici sembrano dunque trascorsi invano. Più che scomodare Cassandra, verrebbe da dire – con un riferimento assai più pertinente – che quella del successore di Pietro è la classica “voce di uno che grida nel deserto” di biblica memoria. Anzi, quanto più la parola del Papa si fa carico delle preoccupazioni e delle speranze dell'umanità, tanto più cresce di intensità il crepitio delle armi, soffocando gli aneliti di pace e il grido di dolore dei popoli martoriati da guerra e violenze.

Intendiamoci, non siamo certo di fronte a una novità. Quella della “diplomazia papale”, com'è noto, è una storia costantemente in bilico tra speranza e fallimento, tra apertura e delusione, tra idealità e realismo. Lo spiegava con esemplare chiarezza Giovanni Battista Montini in un memorabile intervento tenuto nel 1951, riconoscendo che la “politica” internazionale della Santa Sede non si distingue “per l'abilità che può esplicitare, o per i risultati ch'essa può raggiungere: l'una e gli altri possono fallire”; piuttosto si propone come modello “per l'ordine ideale da cui essa parte e a cui essa aspira, la fratellanza universale tra gli uomini”. Come

a dire: non è il successo – almeno quello immediato – a misurare le ragioni del Papa, quanto la sua capacità di essere voce “profetica” di umanità che si leva oltre il frastuono del delirio bellico per scuotere la coscienza del mondo.

Gli esempi in proposito non mancano. Il pensiero corre subito a Giovanni Paolo II e alla sua coraggiosa azione – tanto ostinata quanto disattesa – per fermare la guerra del Golfo: chi non ricorda quel drammatico “Mai più la guerra, avventura senza ritorno!” gridato invano nei giorni dell'operazione *Desert storm* scatenata nel 1991 contro l'Iraq di Saddam Hussein? E più di settant'anni prima un destino analogo era toccato a Benedetto XV, al timone della barca di Pietro nella drammatica temperie del primo conflitto mondiale. I suoi ripetuti moniti lanciati all'inizio del secolo scorso – dalla prima dichiarazione pubblica del settembre 1914 alla famosa *Nota ai capi dei popoli belligeranti* dell'agosto 1917 – non erano riusciti infatti a scongiurare l'“inutile strage”, dimostrando il drammatico isolamento internazionale della Santa Sede e l'ininfluenza degli appelli papali nei confronti delle principali potenze.

A giudicarli col metro di quella che Montini definiva “diplomazia civile”, saremmo di fronte a due casi eclatanti di fallimento. Eppure oggi è unanime il riconoscimento della statura morale e del ruolo “profetico” svolto da entrambi i Pontefici nel contesto geopolitico delle rispettive epoche. In particolare l'azione di Pa-

pa Della Chiesa, succeduto a Pio X sul soglio di Pietro all'inizio del Novecento, ha avuto il merito di gettare le basi della moderna diplomazia pontificia, non soltanto aprendo la strada al consolidamento delle relazioni della Santa Sede con gli Stati ma soprattutto sancendo per il papato quel "ruolo umanitario e di pacificazione permanente" – come ha scritto lo storico John Pollard – di cui Papa Wojtyła è stato poi uno degli interpreti più autorevoli. A riprova che – è sempre Montini a ricordarlo – "la diplomazia è l'arte della pazienza, è l'arte del saper durare, è l'arte del produrre una pace, che a stento vuol introdursi negli animi e nelle relazioni internazionali".

Sorte non diversa spetta oggi a Francesco. Che sin dall'inizio del suo pontificato non si è risparmiato nel denunciare la tragica irrazionalità della "terza guerra mondiale a pezzi" in atto nel pianeta, indicando nel disarmo e nel dialogo le vie obbligate per regolare la convivenza civile e allargare sempre più il consesso degli attori internazionali in una prospettiva multipolare.

Con i suoi messaggi di inizio d'anno – quello per la Giornata mondiale della pace del 1° gennaio scorso è dedicato al tema dell'intelligenza artificiale – e con i suoi ripetuti appelli Bergoglio cerca soprattutto di spezzare il conformismo dell'assuefazione, che considera ormai quasi "normale" il ricorso alla guerra. E richiama l'attenzione su tutti i focolai di crisi e di instabilità che divampano nel globo: non so-

lo sui più conosciuti – Medio Oriente e Ucraina *in primis* – ma anche su quelli che non godono della ribalta mediatica, come il Nagorno-Karabakh, il Sudan, lo Yemen, l'Etiopia, il Myanmar, insieme alle aree più "calde" delle Americhe.

All'unilateralismo muscolare esibito da certi discutibili protagonisti della scena mondiale Francesco contrappone sempre la logica della "diplomazia delle ginocchia" – una felice espressione da lui stesso coniata – ispirata a una visione della storia umana che va oltre l'immediato e il contingente per aprirsi a un orizzonte più grande. Superfluo ricordare che il Papa non dispone delle "divisioni" militari su cui ironizzava Stalin a Jalta; ma può contare sulle "divisioni" dello spirito che – soprattutto quando l'umanità appare più a corto di speranza – attingono energia dalla forza disarmata e disarmante della preghiera.

Con quali risultati? Bilancio difficile da fare, soprattutto se si resta prigionieri delle logiche di corto respiro o, peggio, della mera contabilità aritmetica. La realtà è che le armi continuano a seminare distruzione e a mietere vittime innocenti, lasciandosi dietro una tragica scia di sangue. Ma la voce del Pontefice, a dispetto dell'apparente indifferenza che la circonda, non cessa di provocare e di inquietare, forte della libertà di chi non ha posizioni di potere da difendere né obiettivi da conquistare, se non quelli della dignità e dei diritti della persona e dei popoli. Ed è per questo che suo-



150.000

tonnellate di CO₂
risparmiate

1.200

Installazioni
in Europa



Energia Europa, soluzioni innovative per l'efficienza energetica dell'impresa

L'efficacia della tecnologia E-Power, ormai ampiamente collaudata in oltre 1000 installazioni in Europa presso grandi gruppi industriali e commerciali, consente di ottenere efficienza energetica e una conseguente riduzione delle emissioni di CO₂, contribuendo così alla sostenibilità ambientale dei siti produttivi.



na così “scomoda” agli *ultrà* della divisa e dell’elmetto, incuranti del destino di intere popolazioni lasciate a morire sotto le bombe e preoccupati tutt’al più di arruolare il Papa tra le loro fila o di strumentalizzare a fini autoreferenziali un messaggio che ha un respiro universale.

Si può dire insomma che alla Chiesa – e Bergoglio ne è ben consapevole – si addica la pazienza del seminatore. Il suo orizzonte non è l’oggi. La sua prospettiva è il futuro. Non guarda all’immediatezza del risultato perché il suo è un lavoro “a lunga scadenza”. Sopporta ostilità e incomprensione ma non cede il passo al pessimismo, sempre pronta a ripartire, a ricominciare daccapo, senza smettere mai di tessere la

difficile tela della pace. “Ci sarà sempre la tensione tra pienezza e limite – ha riconosciuto in proposito Francesco parlando nel 2016 proprio ai rappresentanti pontifici – ma alla Chiesa non serve occupare spazi di potere e di autoaffermazione, bensì far nascere e crescere il seme buono, accompagnare pazientemente il suo sviluppo, gioire con la provvisoria raccolta che si può ottenere, senza scoraggiarsi quando un’improvvisa e gelida tempesta rovina quanto sembrava dorato e pronto da raccogliere”. Perché la diplomazia papale non è anzitutto ambizione alla convenienza – per quanto redditizia – ma tensione all’ideale. Ragion per cui anche gli insuccessi e le battute d’arresto sanno rivelarsi alla fine profezie feconde di futuro.



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

SERVIZI DI PULIZIA E SANIFICAZIONE



FORNITURE DI DETERGENTI E PRODOTTI PER PULIZIE



ACCESSORI E MONOUSO, FORNITURA DI PRODOTTI MEDICALI MONOUSO



GESTIONE RIFIUTI URBANI E SPECIALI



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

NOVITÀ

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

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



OFFERTA SPECIALE

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



A proposito delle continue presunte quanto dubbie apparizioni mariane

IL DESIDERIO DI TORNARE AD UNA SANA PIETÀ POPOLARE



di Mimmo Muolo

Il caso delle (molto) presunte apparizioni mariane di Trevignano Romano, dalle quali la diocesi di Civita Castellana, competente per territorio, ha preso per il momento le distanze, istituendo anche una commissione di studio, ha riportato nei mesi scorsi l'attenzione dell'opinione pubblica su questo tipo di fenomeni. Nella storia della Chiesa, infatti, non ci sono solo le apparizioni della Vergine autentiche e riconosciute (Lourdes e Fatima le più celebri), ma decine di altri casi (basti ricordare la statuetta della madonnina che lacrimava sangue a Civitavecchia, con il vescovo dell'epoca, Girolamo Grillo, che ebbe dei tentennamenti) che non hanno ricevuto il beneplacito delle au-

torità ecclesiastiche. Nel caso di Trevignano, dove Maria apparirebbe (il condizionale è più che mai d'obbligo) a una sedicente veggente, di nome Gisella Cardia, ogni tre del mese, e dove si sarebbero verificati (secondo la sua narrazione) singolari fenomeni come la moltiplicazione degli gnocchi e di alcuni pezzi di coniglio cucinati per il pranzo, avanzati, e poi in grado di sfamare quindici persone in occasione di una cena improvvisata, il vescovo di Civita Castellana, Marco Salvi, ha chiesto all'inizio di giugno ai fedeli di non prendere parte ad incontri pubblici e ai sacerdoti di astenersi dal commentare pubblicamente le presunte apparizioni.

Anche il Papa, pur senza fare direttamente riferimento al caso di Trevignano, ha ricordato lo scorso 4 giugno che non sempre le apparizioni mariane sono vere. E che «quando una devozione mariana è incentrata troppo su se stessa non va bene». Ma al di là del caso contingente, non è inutile soffermarsi sulla questione in sé. Trevignano non è infatti l'unica apparizione mariana

dubbia del nostro tempo. Si pensi solo a Medjugorje, dove pure qualcosa di soprannaturale, soprattutto in relazione alle prime apparizioni, non è stato escluso dalla commissione presieduta a suo tempo dal cardinale Camillo Ruini, mentre desta sospetto il protrarsi delle apparizioni negli anni, al punto che proprio papa Francesco parlò di una “Madonna postina” che non era credibile. E tuttavia il luogo delle apparizioni è meta di incessanti pellegrinaggi. Al punto che il Pontefice dal 12 maggio del 2019 ha deciso di autorizzarli ufficialmente, pur senza entrare nella questione della veridicità delle apparizioni.

Ma proprio l’interesse della gente per simili fenomeni ci dice anche che è diffuso nel mondo contemporaneo – ipertecnologico e razionalista – un bisogno di spiritualità spesso latente, che forse le nostre comunità non sanno più intercettare almeno in parte. Questo bisogno poi, talvolta, si incanala in forme sbagliate o finisce per essere preda di profittatori e imbrogliatori. Per cui occorre vigilare e intervenire tempestivamente, come ha fatto il vescovo di Civita Castellana nel caso di Trevignano. Tuttavia, accanto agli interventi a valle, forse bisognerebbe tornare anche a forme di pastorale più legate alla religiosità popolare, depurandola dei suoi aspetti meno evangelici, perché intervenendo a monte, si può prevenire l’insorgere di casi di credulità che non possono non far male alla fede e alla stessa Chiesa.

Un’opera di prevenzione è anche quella messa in atto dall’Osservatorio sulle apparizioni mariane e i fenomeni mistici nel mondo (Oisa), nato già nel 2018, ma ufficializzato di recente per via del

Covid. “Compito della nostra accademia – ha dichiarato in una intervista ad *Avvenire* Padre Stefano Cecchin, presidente della Pontificia Accademia mariana internazionale, al cui interno è nato l’Oisa – è offrire una sana formazione mariologica in vista di una altrettanto sana pietà popolare”. E tra le altre attività dell’Osservatorio, c’è proprio quella di aiutare le comunità ecclesiali a “sapersi difendere da chi vuole manipolare la loro fede”. Importanti, di fronte a una presunta mariofania, sono alcuni criteri di discernimento per verificarne l’autenticità. «Il primo, fondamentale – spiega padre Cecchin –, è la Parola di Dio. Nessun messaggio delle cosiddette apparizioni private dev’essere in contrasto con la rivelazione contenuta nella Bibbia, nella Sacra Scrittura”.

Un altro elemento di valutazione riguarda chi riceve i messaggi. “La figura del veggente dev’essere di grande umiltà. Dio ha guardato l’umiltà della sua serva, recita il Magnificat”. E invece? «Mi colpisce – sottolinea il religioso – come ci siano veggenti moderni che hanno bisogno dell’avvocato. Se io ho fede, se Maria mi appare realmente non ho bisogno di avere autorità civili che mi difendono”.

Infine, “la Madonna non viene a chiacchierare o a parlare contro il Papa e il vescovo, ma per guidarmi a seguire Gesù: fate quello che dirà, chiedo nelle Nozze di Cana”. E inoltre, come diceva il Papa, non ha senso guardar solo alla Madonna. “Maria porta sempre a Gesù, se tutto si esaurisce in lei, siamo all’idolatria”.

Criteri utili per orientarsi in situazioni del genere e non finire per prestare ascolto ai ciarlatani.



Quando vennero edificati e da chi: una delle più grandi esperienze dell'umanità

STORIA DEGLI OSPEDALI



di Lanfranco Luzi

Quando nacquero gli ospedali? Da chi furono edificati i primi? Dove venivano curati i malati prima dell'edificazione degli ospedali? Curiosità che a volte si riaffacciano nella quotidianità e che non poche volte vengono girate a noi medici, forse neppure troppo preparati per rispondere in modo compiuto. La ricerca di risposte più o meno fondate è lunga poiché c'è da ripercorrere la storia dell'umanità stessa. Lunga ma affascinante perché si tratta di scoprire il percorso di una delle esperienze più grandi dell'umanità. Proviamo a ripercorrerlo insieme.

Nel mondo antico, prima di Cristo, la presenza di ospedali è un evento del tutto "sporadico" e

dai limiti ben precisi. In letteratura viene riportato che nel 292 a.C., in occasione della peste che colpì Roma, iniziarono ad essere utilizzati anche i templi per assistere i malati. Tra i primi di cui siamo a conoscenza c'era il tempio di Esculapio presso l'Isola Tiberina dove oggi ha sede l'Ospedale Isola Gemelli - Fatebenefratelli. Il tempio di Esculapio a Pergamo, antica città posta a poca distanza dalla costa del Mar Egeo, invece, accettava i malati solo dietro pagamento. Addirittura Platone riteneva che «fossero degni di cura soltanto i cittadini liberi e soprattutto quelli che potevano guarire»⁽¹⁾.

Giorgio Cosmacini, storico della medicina, fa ri-

salire la nascita dei primi ospedali al Medioevo del cristianesimo, quando cioè si affermavano concetti che da quel momento in poi avrebbero segnato la storia dell'umanità e soprattutto della medicina. Già il cristianesimo delle origini aveva influito sulla pratica del curare nell'ottica dell'amorevole soccorso di chi soffre. Il malato era considerato comunque una persona, cioè un tutto unico, corpo e anima, che aveva tutto il suo valore sacro; come sacro era il dovere dell'accoglienza, dell'assistenza e dell'ospitalità.

Dunque di fatto gli ospedali sono nati con l'avvento del Cristianesimo. Fu infatti con il Cristianesimo che nel cuore degli uomini prese le mosse un nuovo sentimento ispirato dall'amore verso il prossimo, così come è testimoniato dal filosofo Tertulliano: "Noi siamo come fratelli per diritto di natura, nostra comune Madre". E così il sentimento di amore, di carità, di pietà e di sollecitudine verso i malati ricevette un salutare e vivissimo impulso con il cambiamento di prospettiva offerto dalla religione Cristiana. Sentimenti si tramutarono in pratica nel 325 d.C. con il Concilio di Nicea I in Bitinia dove gli 300 vescovi riuniti stabilirono che in ogni città si dovevano costruire abitazioni peculiari ed ospizi per i pellegrini, per i poveri e per gli infermi. Tali edifici furono affidati ai vescovi delle varie diocesi: ognuno di essi era considerato "padre dei poveri" e a tal proposito nelle Costituzioni Apostoliche troviamo: "O vescovo, abbi cura dei poveri, quale ministro di Dio, distribuendo a tempo il necessario a ciascuno, alle vedove, agli orfani, ai derelitti, agli infermi e ai disgraziati".⁽²⁾

Dopo il Concilio di Nicea I la Chiesa si impegnò fortemente nella realizzazione di Brefotrofi, Orfanotrofi, Gerontocomi per gli anziani non autosufficienti, nonché Nosocomi, per i pellegrini. Gli ospedali medioevali in Europa seguirono un modello simile a quello originario bizantino, dunque di ispirazione religiosa. Si trattava, infatti, di vere e proprie comunità religiose, curate da monaci e monache cristiani. Un antico termine francese per indicare l'ospedale è "hotel-Dieu", ovvero "ostello di Dio". In seguito le compagnie di "chierici regolari" fondate da San Camillo de Lellis e San Giovanni di Dio, nel tardo Cinquecento, si fecero interpreti della volontà di una riforma cattolica nel campo ospedaliero, assumendosi il carico della specifica assistenza ai malati degli ospedali (nel 1746 sono stati entrambi proclamati santi da papa Benedetto XIV e, allo stesso tempo, patroni universali dei malati, degli infermieri e degli ospedali). Da soldato ferito, il santo di Bucchianico, una località in provincia di Chieti, finì a Napoli dove, tra il desiderio di cambiar vita, il ritorno alle vecchie abitudini e, soprattutto, la permanenza in vari ospedali per curare la sua piaga, iniziò a convincersi, anche per l'insistenza di San Filippo Neri, che il suo posto fosse, essendo lui infermo, accanto ai malati. Qui si convinse della necessità di creare una nuova figura di inserviente: «Amore ci vuole – diceva – non basta il salario! Solo l'amore può risollevare queste povere membra di Cristo. Voglio organizzare una compagnia di uomini pii e per bene che non per mercede bensì volontaria-



mente e per amor di Dio, servano gli infermi, con la carità e l'amorevolezza che hanno le madri per i propri figli malati». Anche per la previsione iniziale di una loro specifica formazione, si può affermare che fu, senza ombra di dubbio, proprio S. Camillo il vero inventore della figura dell'infermiere moderno. Il santo decise quindi di organizzare una compagnia di uomini che si dedicassero esclusivamente al servizio degli infermi. Iniziò con cinque compagni, ritrovandosi in un piccolo oratorio ricavato in una stanzetta di un ospedale e, il 26 maggio 1584, nella basilica lateranense, ricevette l'ordinazione sacerdotale, avendo compiuto da un giorno 34 anni.

I camilliani, anche dopo la morte del fondatore, furono sempre in prima linea nel far fronte alle pestilenze e alle epidemie: morirono in grandi quantità nei lazzaretti, durante la peste del 1624, a Palermo, e del 1630. Inoltre i figli di S. Camillo, come quelli di S. Giovanni di Dio, si prodigarono nel soccorrere i feriti e nel seppel-

lire i morti sui campi di battaglia, durante l'assedio di Vienna del 1683, e in numerose altre occasioni. La loro opera, dunque, anticipò di tre secoli la nascita della Croce Rossa Internazionale, creata nel 1863 dall'imprenditore ginevrino Henry Dunant.

Con l'occasione dell'anniversario della morte la Città di Torino ha recentemente deciso di intitolare una via a san Camillo, cambiando il nome al tratto di via Mercanti compreso fra via Santa Teresa e via Pietro Micca, in segno di omaggio al fondatore dei padri Camilliani che al civico 28, dello stesso tratto, hanno la loro sede storica.⁽³⁾

Principali riferimenti bibliografici:

- 1) G. NISTICÒ, N.G. MARCHESE: *"Dalla magia alla medicina sperimentale"*, Spirali, Milano 2004.
- 2) *L'Ospedale di Santo Spirito in Sassia*, Pietro De Angelis, pag. 74-77
- 3) Il grande ruolo del fondatore dei Camilliani nella "grande storia della carità" italiana di Giuseppe Brienza (Stampa 30/03/2013).

