

# SANITÀ ARIS

Trimestrale dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Anno VI • N. 2 • Giugno 2026

Anno VI Numero 2 • Giugno 2026 • Poste Italiane SpA • Spedizione in abbonamento postale 70% • DCB Roma



**ANGELI DELLA STRADA  
CONTRO LA CULTURA  
DELLO SCARTO**



La E.P. S.p.A., partner ARIS, ha avuto l'alto onore di preparare l'accoglienza di Papa Leone XIV, in occasione della recente visita del Pontefice a Pompei e a Napoli.

Nella Chiesa di San Francesco di Paola, Papa Leone si è soffermato ad ammirare la composizione di un tavolo imbandito con frutti ampiamente citati nella Sacra Bibbia come simboli tradizionalmente rappresentativi dello stretto legame tra fede e bellezza della natura.

Qualcosa di particolare aveva chiesto per il Papa il cardinale Arcivescovo di Napoli Domenico Battaglia, ideato e realizzato da Pasquale Esposito, fondatore e presidente della E.P. SpA.

Effettivamente ogni elemento scelto per allestire il tavolo ha un significato preciso:

**Il melograno:** simbolo di unità della chiesa, resurrezione e vita eterna; **L'uva:** simbolo di salvezza e comunicazione con Dio; **La manna:** simbolo della provvidenza e della cura divina, pane che scende dal cielo; **I datteri:** simbolo di vittoria e trionfo; **Le ciliegie:** simbolo di passione e purezza; **I fichi:** simbolo di sapienza, pace e benessere.



#### SEDE OPERATIVA

Via terracina 188,  
80125 - NAPOLI  
39. 0815930685  
epnapoli@certificazioneposta.it

#### SEDE LEGALE

Via Giuseppe Palumbo 26  
00195 - ROMA  
+39. 0639751630  
epsa@pec.it

#### SEDE COMMERCIALE

Viale Sarca, 336/f, 20126 Milano  
info@epwelfare.it  
02 25565079



Papa Prevoost strenuo difensore  
della pace e della dignità dell'uomo

**di Francesco M. Valiante**

# NON SI PUÒ ARRUOLARE CRISTO PER GIUSTIFICARE LA GUERRA

La celebre domanda *“Di quante divisioni dispone il Papa?”* – attribuita alla stizzita reazione di Stalin nel 1945 di fronte alle preoccupazioni di Pio XII per gli assetti europei post-bellici – resta nella storia come esempio lampante del corto circuito ideologico che si crea tra politica e fede quando i “dogmi” del potere pretendono di omologare ai propri interessi le categorie del religioso. Non è certo il primo caso, e neppure l'ultimo, come dimostra, ottant'anni dopo Jalta, il violento attacco sferrato lo scorso aprile dal presidente degli Stati Uniti all'indirizzo di Leone XIV. Reo, a suo dire, di essere “debole sul tema della criminalità” e “pessimo in politica estera” per aver sostenuto “cose sbagliate” a proposito della guerra in Iran. Un'invettiva tanto veemente quanto scomposta, al punto da spingere The Donald a rimproverare addirittura l'ingratitude del Pontefice, perché – ha sentenziato – “se io non fossi alla Casa Bianca, lui non sarebbe in Vaticano”. Se alla provocazione dell'antico leader sovietico va riconosciuta almeno una certa dose di ironia, per l'attuale capo dell'amministrazione Usa non si può dire altrettanto. Si rivela anzitutto il fondo di disagio e di frustrazione toccato dall'egocentrismo trumpiano. E segna, secondo il giudizio dello storico del cristianesimo Alberto Melloni, il “punto più basso da sempre nei rapporti tra Vaticano e Stati Uniti.

Paradossale, del resto, è che tutto ciò avvenga proprio nel momento in cui sulla cattedra di Pietro siede per la prima volta un Papa americano. Al quale, oltretutto, sono estranei per natura i modi della vis polemica del tycoon: mite, equilibrato, disponibile all'ascolto e al dialogo, Prevoost è di certo il bersaglio meno adatto su cui puntare le frecce della sfrenata incontinenza trumpiana. Lo dimostra, tra l'altro, l'ondata di indignazione levatasi nei confronti del presidente dopo le sue esternazioni, anche da parte di esponenti della destra conservatrice e del mondo Maga, il movimento che ha fatto da base politica al suo successo elettorale (non va di-



4

menticato che nel 2024 si è schierato con lui quasi il 60 per cento dell'elettorato cattolico americano). Da parte sua il Pontefice, fedele allo stile "agostiniano", ha liquidato la questione con poche ma significative parole: "Non ho paura dell'amministrazione Trump né di parlare apertamente del messaggio del Vangelo" ha detto colloquiando con i giornalisti a bordo dell'aereo diretto in Algeria, prima tappa del viaggio compiuto proprio in quei giorni in Africa. "Ma - ha tagliato corto - non ho intenzione di entrare in dibattito con lui".

Se l'offensiva presidenziale è sembrata quantomeno irrituale nei modi, non è giunta tuttavia del tutto inaspettata. Innegabili, negli ultimi tempi, i segnali piccoli e grandi di insofferenza nei confronti del Papa da parte della Casa Bianca: sintomi di una distanza di vedute sempre crescente, aumentata esponenzialmente dopo il blitz di inizio anno in Venezuela e divenuta quasi incolmabile con il lancio dell'operazione condotta dall'asse israelo-americana contro Teheran e Beirut.

A fare da contrappunto al fragore dell'escalation militare - prima del cessate il fuoco dell'8 aprile si contavano in Iran oltre 3.600 vittime, di cui 1700 civili, mentre in Libano il bilancio provvisorio era di quasi 2100 morti e più di 6700 feriti - è stata proprio la reazione ferma e risoluta di Leone XIV. Portavoce di un messaggio di pace controcorrente rispetto al fervore bellico dilagante, il Pontefice non è ricorso a proclami o scomuniche. Si è limitato a parole di buon senso. Che hanno avuto il merito di riportare il dibattito pubblico sul terreno della ragionevolezza, restituendo diritto di cittadinanza alla grammatica dell'umano, estromessa da una dialettica



appiattita desolatamente sulla demagogia del conflitto.

Più volte reiterati, ma purtroppo quasi sempre inascoltati, sono risuonati i suoi richiami a tutte le "parti coinvolte": a cominciare dall'appello lanciato subito dopo i primi bombardamenti – con l'invito "ad assumere la responsabilità morale di fermare la spirale della violenza prima che diventi una voragine irreparabile" – fino all'amara indignazione espressa per la minaccia di distruggere "un'intera civiltà" rivolta dal presidente Usa all'Iran. Intimidazione feroce e brutale, di fronte alla quale il Pontefice non ha potuto fare a meno di intervenire: "è una minaccia contro tutto il popolo dell'Iran e questo veramente non è accettabile" ha commentato da Castel Gandolfo, esortando a non dimenticare "le tante vittime innocenti" della guerra e appellandosi alla mobilitazione civile per convincere i politici a porre fine alle ostilità.

Lo stesso pellegrinaggio in terra africana, iniziato proprio all'indomani della sfuriata trumpiana, ha dato al Pontefice l'occasione per rilanciare una volta di più il suo magistero di pace, pur senza offrire il destro a strumentalizzazioni di parte. Del resto, i testi dei discorsi di Leone – come lui stesso ha precisato – erano stati preparati "ben prima" che scoppiasse la polemica Usa-Vaticano. Dunque, se si escludono le risposte date ai giornalisti durante le conferenze stampa a bordo dell'aereo papale, Prevost non ha fatto alcun cenno esplicito alle tensioni con la Casa Bianca. Anche se è difficile che parole forti come quelle risuonate in Algeria sui luoghi di sant'Agostino (dove ha ricordato che "il cuore del Padre non è con i malvagi, con i prepotenti, con i superbi") o nel Camerun martoriato da lotte

fratricide (“il mondo è distrutto da un manipolo di tiranni” ha ammonito) siano sfuggite alle antenne sensibili dei palazzi di potere americani.

Viene dunque da chiedersi: perché criticare il Pontefice – e in modo così aspro e frontale – per aver svolto semplicemente la sua missione?

Difficile rispondere senza tener conto della singolare personalità trumpiana. E senza considerare che la forza contundente del suo linguaggio fa parte di una precisa tecnica comunicativa, caratterizzata da uno stile diretto, aggressivo, modulato sul gioco altalenante di accuse, provocazioni, delegittimazioni: una strategia studiata a misura dei social per suscitare la mobilitazione emotiva del pubblico, diffondendo una narrazione divisiva che finisce per alimentare la polarizzazione del dibattito politico. Non a caso Daniele Menozzi, emerito della Normale di Pisa, studioso della Chiesa e della storia del Papato, commentando gli incomprensibili e ripetuti attacchi trumpiani al Pontefice, li definisce “sciocchezze di un discorso pubblico basato sulla retorica dell’eccesso che mira a ottenere risonanza mediatica per controbilanciare l’assenza di pensiero politico. I suoi contenuti non sarebbero neppure presi in considerazione, o potrebbero essere oggetto di divertimento, se non fossero pronunciati da chi detiene armi nucleari”.

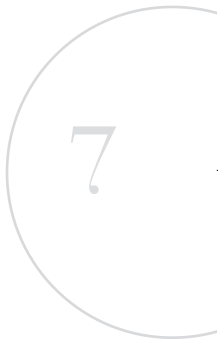
In ogni caso, la sortita presidenziale va letta nel contesto dell’attuale crisi mondiale che investe soprattutto gli assetti geopolitici e il sistema dell’economia globale. Due territori sui quali l’amministrazione Usa si muove oggi con passo incerto, operando scelte discutibili che evidenziano an-



cora di più l'abissale lontananza tra il trumpismo muscolare e identitario e il cristianesimo pacifico, solidale, fraterno, inclusivo di Leone XIV. Da notare, tra l'altro, che lo sfogo antipapale di The Donald – atteso a novembre dal voto di Midterm – sembra aver prodotto un effetto boomerang sul barometro del suo consenso popolare. A conferma che nel pallottoliere autoreferenziale del tycoon quasi sempre i calcoli non tornano: l'ultimo esempio, in ordine di tempo, riguarda proprio la guerra in Iran, rivelatasi un sonoro fallimento – politico-militare ma anche economico e mediatico – per il governo a stelle e strisce, finito nella melma insidiosa di una palude dalla quale non è facile riemergere.

C'è, in verità, un ulteriore angolo visuale da cui decifrare questa vicenda. Una chiave di lettura che, senza arenarsi nelle secche del contingente, fa i conti con il nodo – in gran parte irrisolto – del rapporto tra Santa Sede e Stati Uniti. La cui vicenda, segnata da reciproche incomprensioni e diffidenze (basti pensare che solo nel 1984 sono state stabilite relazioni diplomatiche ufficiali), può essere vista come la storia di due "messianismi" concorrenti: il primo eminentemente spirituale e morale, il secondo essenzialmente politico ma con profondi tratti religiosi e culturali.

Ne deriva che, in virtù di una sorta di auto-investitura "missionaria", l'America è destinata inevitabilmente a entrare in concorrenza con quella singolare "forma di amore per i popoli" nella quale Giovanni Battista Montini identificava la "diplomazia pontificia", definendola "l'arte del produrre una pace che a stento vuol introdursi negli animi e nelle relazioni internazio-



nali". Una competizione oggi rappresentata plasticamente dal confronto tra due personalità antitetiche come The Donald e Prevost: mai distanza è apparsa più marcata e stridente, forse neppure ai tempi delle due guerre del Golfo, quando l'intervento militare in Iraq aveva visto schierati su fronti opposti i due presidenti Bush e Papa Wojtyła.

Va detto, tuttavia, che con l'arrivo del magnate newyorkese alla Casa Bianca il "messianismo" a stelle e strisce ha subito una inesorabile deformazione, fino ad assumere connotazioni quasi "mistiche" e "apocalittiche". Si sta assistendo, cioè, al tentativo di addomesticare la religione per utilizzarla come puntello teologico e ideologico del potere esercitato dal presidente. Al quale viene attribuita una missione temporale e, al tempo stesso, "ultraterrena", legittimata dall'epica dell'"investitura divina". E affidata perciò a un "messia" politico dotato del carisma di "unto dal Signore" perché titolare di un mandato che gli viene direttamente dall'alto.

È quella che il *New York Times* ha definito "deificazione di Donald Trump". Un fenomeno che assume tratti inediti di fanatismo nel paragone – avalato da esponenti del mondo protestante Usa – tra il tycoon e le figure bibliche del re Davide o del sovrano persiano Ciro. E sfiora la blasfemia nelle immagini manipolate sui social che lo ritraggono addirittura nei panni di Gesù. Anche se – sia detto per inciso – gli artifici iconografici dell'IA applicati sul The Donald appaiono poco più che folcloristici di fronte alla reale profanazione delle figure e dei simboli religiosi a cui si è assistito di recente con l'oltraggioso gesto compiuto contro un Crocifisso, preso a martellate da un soldato israeliano durante gli scontri nel sud del Libano, e la violenza esercitata, dicono, da un colono israeliano contro una malcapitata suora.

Anche quest'ultimo episodio, del resto, aiuta a capire in quale vortice di follia possa trascinare l'ambigua commistione tra politica e fede quando quest'ultima viene trasformata in vessillo per legittimare e benedire l'uso delle armi contro un popolo. È ancora una volta il Papa a pronunciare al riguardo una parola decisiva e inequivocabile: "Il nostro è un Dio che rifiuta la guerra, che nessuno può usare per giustificare la guerra, che non ascolta la preghiera di chi fa la guerra". Si rassegni il turbolento inquilino della Casa Bianca: non è possibile arruolare Cristo tra le fila dell'esercito più potente del pianeta. Tanto meno pretendere che il suo Vicario in terra indossi la tonaca di cappellano militare al fianco del comandante in capo.

# SOMMARIO



Anno VI - n. 2  
Giugno 2026

Direttore Responsabile:  
Virginio Bebber  
Redattore Capo:  
Mario Panzi

Redazione:  
Gianni Cristofani,  
Mauro Mattiacci,  
Lanfranco Luzi

Segretario di Redazione:  
Massimo Scafetti

Segreteria:  
Rosella Francescangeli,  
Angela De Nigris

Art:  
Angela De Mattia

Foto:  
Archivio ARIS

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

Stampa:  
ABILGRAPH 2.0  
Via Pietro Ottoboni, 11  
00159 Roma

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

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

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

Finito di stampare nel mese di Maggio 2026

10 **Editoriale**  
*Virginio Bebber*

18 **Le Case della Comunità  
un sogno da realizzare**  
*Mauro Mattiacci*

24 **Rappresentanze  
sindacali  
nella sanità privata:  
una questione  
da regolamentare**

30 **Come un angelo  
fra i senza tetto**

36 **Tornare a camminare e ri-  
vedere la luce**  
*Orazio La Rocca*

42 **Un linguaggio nuovo:  
l'Arte come cura**  
*Giordana Bruzzano*

50 **La pittura  
come sollievo  
dalla sofferenza:  
i casi di Van Gogh  
e Frida Kahlo**  
*Carlo Ercoli*

56 **Farmaci  
e cristianesimo**  
*Salvino Leone*

68 **L'invasione silenziosa**  
*Costanza Chessa*

72 **Violenza di genere,  
perché?**  
*Paola Neri*

74 **Il medico  
e il fine vita**  
*Lanfranco Luzi*

A silhouette of a man in a suit standing on the edge of a dark, rocky cliff. He is looking out over a vast, light-colored sky. The overall mood is contemplative and serious.

# URGENTE RESTITUIRE EQUILIBRIO E UNIVERSALITÀ AL SISTEMA SANITARIO DEL PAESE

Nuova e più stretta collaborazione  
tra pubblico e privato convenzionato



**di Virginio Bebber**

È deprimente l'ennesima immagine del sistema sanitario del nostro Paese, così come presentata dai più recenti report sulla sanità italiana. E, purtroppo, con dati alla mano che non si possono smentire. Il nostro sistema salute - una volta universalmente riconosciuto tra i migliori al mondo - si sta sgretolando sotto i colpi di una irrefrenabile crisi strutturale. Continuiamo in tanti a ripetere che c'è bisogno di riforme profonde: sul personale, sul territorio, sulla cronicità, sull'integrazione socio-sanitaria. È ormai un leitmotiv. Ma forse bisognerà cominciare a metterci mano, senza tante chiacchiere e senza perdere più tempo, per non rischiare di perdere definitivamente il controllo.

È forse bene anche convincersi che le sfide che si pongono davanti si affrontano rafforzando la regia pubblica, aggiornando le regole e valorizzando in modo responsabile tutte le risorse disponibili, pubbliche e private accreditate che siano. Ridurre il dibattito a una contrapposizione tra pubblico e privato accreditato,

come sempre più spesso accade, rischia di allontanare l'attenzione dalle soluzioni reali di cui il Paese ha bisogno.

Per quanto riguarda il ruolo delle nostre strutture non profit, dovrebbe essere quello che gli è stato assegnato dalla stessa legge istitutiva del SSN: essere parte integrante del servizio pubblico, con gli stessi diritti e gli stessi doveri. Uso il condizionale perché in realtà la legge è troppo spesso disattesa, nel senso che tali strutture vengono spesso trascurate ed escluse da provvedimenti positivi, riservati solo al servizio pubblico. E pensare che rendono lo stesso servizio e con il solo costo del ticket previsto.

Va dunque sfatata la storia che la sanità privata accreditata e non profit viene finanziata dallo Stato e dunque "toglie soldi al servizio pubblico". È bene chiarire che l'unico soggetto finanziato su base capitaria è la ASL di residenza del cittadino. Tutti gli altri erogatori, aziende ospedaliere pubbliche, IRCCS, ASL non di residenza e comprese le strutture private accreditate, vengono remunerati esclusivamente a fronte di prestazioni effettivamente autorizzate, erogate e rendicontate. In assenza di attività, non vi è alcuna entrata. Per di più le tariffe erogate sono le stesse di 15 anni fa, come se durante questi anni non fosse aumentato tutto e non ci trovassimo a combattere con una pesante inflazione. Motivo per cui tante nostre istituzioni hanno dovuto chiudere e, se continua questa tendenza, altre ancora chiuderanno, con buona pace di lavoratori, assistiti, e liste d'attesa.





Per quanto ci riguarda più volte abbiamo denunciato le tante inesattezze di notizie diffuse dai media, causate probabilmente da informazioni parziali o dai mancati distinguo tra realtà diverse, o da volute ambiguità frutto di compromessi ideologici o strettamente politici. Purtroppo, a questa mala informazione è quasi impossibile fare argine.

Sta di fatto che ancora oggi il povero cittadino comune non riesce a capire se i suoi soldi finiscono in balzelli o per giuste cause. E se qualcuno osa dire che il nostro sistema salute, per funzionare, ha bisogno di una collaborazione virtuosa e controllata tra sanità pubblica e sanità privata, finisce per essere considerato un nemico della patria. Eppure, è proprio nella stanza dei bottoni che tanti si sono ormai resi conto della necessità di puntare sul mix pubblico-privato per soddisfare le necessità di assistenza di tutti i cittadini. Alla luce di questa evidenza ci chiediamo se sia ancora giusto continuare a demonizzare tout court la sanità privata accreditata.

Ora fortunatamente si stanno aprendo delle finestrelle ed entra un po' di luce. Tuttavia, si continuano a fare tante, troppe chiacchiere, promesse e proclami pur sapendo che si raccontano favole. Se vogliamo veramente risollevare il nostro SSN bisogna operare una radicale trasformazione basata sul personale, sul territorio, sulla cronicità, sull'integrazione socio-sanitaria, sulla digitalizzazione, sull'equità delle prestazioni uguali per tutti, sulla collaborazione tra le regioni e lo Stato nell'assicurare a tutti gli italiani la stessa possibilità di accedere alle cure a prescindere dal ceto sociale di appartenenza, dal colore della pelle o dal cap. di residenza.

Resta purtroppo il fatto che la percezione diffusa è che tutta la sanità privata sia “una minaccia” al sistema pubblico, anzi addirittura causa del suo fallimento. Nessuno ammette però che siamo in grado di alleggerire le liste di attesa, che rappresentano uno dei principali problemi del sistema sanitario italiano. Le nostre 270 strutture, convenzionate e non profit, in Italia dispongono di oltre 35.000 posti letto, offrono più di 5 milioni di prestazioni ambulatoriali all’anno e rappresentano la maggior parte dei centri di riabilitazione nel Paese. Se tutte dovessero sparire, dove finirebbero i 35 mila malati che trovano un letto nelle nostre strutture? E i diversamente abili accolti e seguiti dai Cdr, che sono la maggior parte di quelli attivi in Italia, resterebbero sulle strade? E quegli oltre cinque milioni di malati che, pagando solo il ticket, si rivolgono annualmente ai nostri ambulatori quanto andrebbero a pesare sulle già gravate liste d’attesa? E tutti gli anziani non autosufficienti e pluripatologici ospiti delle RSA da chi sarebbero assistiti se dovessero sparire queste strutture come tanti sostengono?

Uno scenario non tanto lontano se si considera quante di queste nostre strutture hanno già chiuso i battenti e il rischio reale di seguire la stessa strada che stanno affrontando altri istituti non più



in grado di sostenere da soli i costi di gestione alle condizioni imposte. E parliamo solo di una fetta della sanità privata convenzionata, quella Associata all'ARIS, non profit.

Il punto cruciale riguarda proprio le tariffe, che non sono in linea con l'inflazione e soprattutto con il costante aumento dei costi di gestione. A questo proposito vorrei ricordare quanto stabilisce l'articolo della Legge 502/1992 (Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) che disciplina la remunerazione delle prestazioni sanitarie e il relativo sistema tariffario. È l'articolo 8-sexies in merito all'adeguamento delle tariffe. I punti chiave stabiliti dalla normativa riguardano la periodicità dell'aggiornamento e il calcolo dell'adeguamento. L'articolo stabilisce che il Ministro della salute provveda a determinare le tariffe massime e che tali tariffe siano aggiornate periodicamente (solitamente con cadenza biennale o triennale, non necessariamente annuale per legge statale). Quanto ai criteri di calcolo stabilisce che le tariffe sono determinate sulla base di costi standard di produzione e quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate selezionate per efficienza e qualità. E mi sembra che questa legge non sia stata affatto ufficialmente abrogata. Qualcuno però sem-





bra che la consideri abrogata perché l'ignora.

È proprio questa situazione che mette in difficoltà molte nostre istituzioni. E si consideri anche il fatto che mentre è lo Stato a coprire i milionari deficit di gestione delle strutture pubbliche, ripianando i buchi di bilancio annuale con fondi pubblici, le strutture private convenzionate devono provvedere da sole.

Ecco perché auspichiamo che nel dibattito sulla sanità si abbandonino i teatrini politici (l'agone politico lo ha definito Schillaci) e ci si basi piuttosto su dati corretti e su una reale comprensione delle diverse componenti del sistema. Invece di attaccare o demonizzare un settore che, se ben regolamentato e valorizzato, può essere un alleato prezioso per la salute dei cittadini, bisognerebbe promuovere un confronto responsabile e informato, che tenga conto delle peculiarità e delle esigenze di un sistema sanitario complesso e in continua evoluzione.

La questione, quindi, è più profonda di come la si discute nei corridoi della politica. Il problema non è e non può essere l'esistenza della sanità privata convenzionata; piuttosto è la gestione complessiva del sistema, la distribuzione delle risorse, le politiche di integrazione tra pubblico e privato. Sarebbe fondamentale trovare un equilibrio che permettesse di mantenere alta la qualità e l'accessibilità universale, senza continuare a far credere alla gente che sia la partecipazione del privato convenzionato a compromettere la sostenibilità e la missione del Servizio Sanitario Nazionale.



**EUROPEAN<sup>®</sup>  
BROKERS**  
ASSICURAZIONI

## La tua sicurezza, sempre.

**European Brokers** è uno dei principali broker assicurativi italiani ed opera in oltre 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.

### CONTATTI

#### UNIT SANITÀ

telefono +39 06 98 96 83 60

e-mail [aris@ebrokers.it](mailto:aris@ebrokers.it)

European Brokers Via Ludovisi, 16 - 00187 Roma | phone +39 06 98 96 83 60  
sito web [www.ebrokers.it/aris](http://www.ebrokers.it/aris)

# LE CASE DELLA COMUNITÀ UN SOGNO DA REALIZZARE

Occorrono coraggio istituzionale,  
risorse e volontà di costruire alleanze autentiche  
tra quanti collaborano per rendere il SSN  
degnò della fama che gli era riconosciuta



**di Mauro Mattiacci**

C'era una volta una Casa della Comunità aperta nel sobborgo di una cittadina di provincia nel Mezzogiorno d'Italia. Costruita con i fondi del PNRR, era divenuta ben presto molto più di una semplice sede di servizi sanitari: un luogo vivo, animato da professionisti di diverse discipline mediche, pronti ad accogliere la persona malata nella sua fragilità, restituendole ascolto e speranza di guarigione. Ambulatori lindi e attrezzati con tecnologie avanzate, operatori seduti a semi-cerchio, pronti a lavorare non più in sequenza, l'uno dopo l'altro, ma insieme, intorno alla persona. Un'équipe multiprofessionale e multidisciplinare, che faceva del lavoro di squadra il proprio modello ordinario, capace di rispondere all'evoluzione dei bisogni di salute, alla crescita della multicronicità, alla fragilità sociale e alla complessità crescente dell'assistenza primaria.

La Casa era aperta ventiquattro ore su ventiquattro, senza liste d'attesa, senza porte chiuse. Tutto filava liscio, in perfetta armonia. Poi, improvvisamente, ci siamo svegliati: quella Casa della Comunità era svanita, e con lei il sogno.

Quel sogno ha preso forma leggendo la bozza delle Linee di indirizzo tecniche sulle équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità, redatta da AGENAS. Si tratta, diciamo subito a scanso di equivoci, di un documento eccellente e pienamente condivisibile, che rappresenta un barlume di speranza per chi non vuole arrendersi al pragmatismo dei vincoli e delle inerzie di sistema.

L'idea di fondo è ambiziosa e corretta: tradurre in organizzazione concreta una delle scommesse più impegnative della riforma dell'assistenza territoriale, ossia trasformare la prossimità in presa in ca-

rico reale. Il testo si inserisce nel solco del PNRR e del DM 77/2022, richiamando le Case della Comunità come setting privilegiato per un'assistenza territoriale integrata e centrata sulla persona. Ma va oltre il quadro normativo già noto: non si limita a ribadire che servono équipes multiprofessionali, bensì prova a descrivere come dovrebbero funzionare, quali figure dovrebbero coinvolgere, con quali strumenti e secondo quali processi organizzativi.

Il documento si qualifica come un atto di avvio, destinato a orientare Re-



20

gioni e Aziende sanitarie nella costruzione progressiva di un modello italiano di team working nelle cure primarie. Degna di nota, e di apprezzamento, è anche la scelta metodologica adottata da AGENAS: promuovere una consultazione pubblica su larga scala - aperta dal 20 aprile al 18 maggio 2026 - per raccogliere contributi da professionisti, società scientifiche, associazioni e singoli cittadini prima della pubblicazione definitiva del documento. Una pratica di partecipazione che l'ARIS guarda con favore e che auspichiamo diventi metodo ordinario nel disegno delle politiche sanitarie territoriali.

Il sistema sanitario nazionale che conosciamo - ammirato nel mondo per la sua impostazione universalistica, sostenuto da professionisti di riconosciuta eccellenza, animato da IRCCS di primo piano e da manager spesso capaci di visione e progettualità - mostra tuttavia limiti strutturali che nessun documento di indirizzo, per quanto ben costruito, può da solo superare.

Il primo nodo è quello del personale. La carenza endemica di medici di medicina generale, infermieri, psicologi e professionisti della riabilitazione non è una variabile esogena: è la condizione entro la quale qualsiasi modello organizzativo deve dimostrarsi praticabile. Il documento propone una struttura flessibile, a geometria variabile, fondata su un nucleo stabile e su una componente allargata attivabile in relazione ai bisogni: specialisti, infermieri di famiglia o di comunità, farmacisti, professionisti delle cure palliative, caregiver e altri soggetti del percorso assistenziale. La lo-



gica è chiara e condivisibile: non la giustapposizione di competenze, ma la loro integrazione operativa in un processo condiviso di presa in cura. Rimane però aperta la domanda fondamentale: dove trovare il personale necessario, in un Paese che non riesce a trattenerlo né a valorizzarlo economicamente, e che assiste alla migrazione dei suoi professionisti sanitari verso l'estero o da una Regione all'altra?

Il secondo nodo è quello delle risorse finanziarie. I bilanci del Servizio Sanitario Nazionale continuano a scontare una pressione strutturale tra domanda crescente e finanziamento insufficiente. Senza investimenti adeguati e stabili, il modello delle Case della Comunità rischia di rimanere un'architettura senza abitanti.

Il terzo nodo - che il documento stesso individua come il più profondo - è di natura culturale. L'individualismo dei professionisti, la tendenza alla compartimentazione delle responsabilità, la difficoltà a costruire governance condivise tra pubblico e privato accreditato: sono ostacoli che

nessuna norma può eliminare per decreto. Il salto richiesto non è solo organizzativo. È un salto di mentalità e, prima ancora, di visione del ruolo della cura nella società.

È proprio su questo terreno che ARIS intende portare il proprio contributo al dibattito aperto dal documento AGENAS. Le strutture associate ad ARIS vantano una tradizione secolare di prossimità alle persone fragili, e rappresentano una componente essenziale del sistema di assistenza primaria e territoriale del Paese. Non un'alternativa al Servizio Sanitario Nazionale, ma una sua parte costitutiva, accreditata e integrata.

Il Ministro della Salute Orazio Schillaci ha più volte sottolineato come il mix tra strutture private accreditate e componente pubblica del SSN si sia dimostrato insostituibile per la tenuta del sistema. L'ARIS condivide pienamente questa valutazione e ritiene che le Case della Comunità - per realizzare davvero la loro missione - non possano prescindere dal coinvolgimento attivo di quelle realtà che già oggi garantiscono assistenza, continuità e presenza sul territorio, spesso dove il pubblico fatica ad arrivare. Alimentare a priori una contrapposizione tra pubblico e privato accreditato significherebbe indebolire l'unico sistema in grado di reggere la domanda di salute di una popolazione sempre più anziana e complessa.

Le Case della Comunità potranno diventare davvero il fulcro dell'assistenza primaria solo se sapranno trasformare la pluralità delle competenze in responsabilità comune, la prossimità in continuità assistenziale, la co-presenza in lavoro integrato. Una strada che passa necessariamente attraverso il riconoscimento del valore aggiunto che soggetti come le strutture associate ad ARIS possono offrire: storia, capillarità, vocazione alla cura integrale della persona, capacità organizzativa e radicamento nelle comunità locali.

ARIS segue con attenzione l'evoluzione del documento AGENAS e si rende disponibile a contribuire alle fasi di consultazione e di sperimentazione. Il sogno di una Casa della Comunità pienamente funzionante non è irrealizzabile. Ma per diventare realtà richiede coraggio istituzionale, risorse adeguate e la volontà di costruire alleanze autentiche tra tutti i soggetti che concorrono a rendere il Servizio Sanitario Nazionale ancora degno di quel nome.



**THE SOLUTION PARTNER**  
THE TECHNOLOGY INNOVATOR

**The Solution Partner**, in collaborazione con **ARIS**, affianca le realtà socio-sanitarie religiose su tutto il territorio nazionale, con particolare attenzione al **Lazio e all'area di Roma**.

È specializzata nel **noleggio di stampanti professionali multifunzione**, con un approccio orientato a continuità, conformità normativa e responsabilità ambientale.

# STAMPARE CON RESPONSABILITÀ. PER LE PERSONE E PER L'AMBIENTE.

## Smaltimento toner a norma di legge

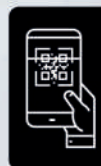
Gestione dei toner tramite processi certificati e filiere tracciate, nel rispetto delle normative vigenti.

## Adesione al progetto UTAX Green

Interventi di riforestazione con un albero piantato ogni 8.500 stampe e rilascio di certificazione di sostenibilità.

## Assistenza tecnica e continuità di servizio

Monitoraggio proattivo e assistenza qualificata garantiscono affidabilità e continuità del servizio.



**INQUADRA IL QR CODE  
PER IL LISTINO DEDICATO**



Con **The Solution Partner** il noleggio stampanti diventa una soluzione sicura ed efficiente, con supporto continuo e tecnologie all'avanguardia. Un approccio che garantisce operatività senza interruzioni, riduce la complessità gestionale e permette di concentrare tempo ed energie sulle attività strategiche.

Via Nazionale Tiburtina, 280 - 00011 Tivoli Terme | Tel./Fax: +39 0774 503328 • [info@thesolutionpartner.it](mailto:info@thesolutionpartner.it)

Tavola Rotonda sulla rappresentatività  
organizzata da COSTANTINO&partners

## RAPPRESENTANZE SINDACALI NELLA SANITÀ PRIVATA: UNA QUESTIONE DA REGOLAMENTARE

24

Rischia di diventare più complicato il rapporto tra rappresentanze sindacali e datori di lavoro nella sanità privata. La questione è ormai nota: una recente sentenza della Corte costituzionale (n. 156/2025), consentendo la costituzione delle rappresentanze sindacali aziendali (RSA) a tutte le organizzazioni *comparativamente più rappresentative sul piano nazionale*, senza tuttavia fornire strumenti operativi chiari per l'applicazione di tale criterio, mette in realtà i datori di lavoro nella necessità di compiere, di volta in volta, verifiche e valutazioni difficili e potenzialmente discrezionali, proprio sulla rappresentatività di chi si ha di fronte. Si crea cioè un contesto complesso, con il rischio concreto di un aumento del contenzioso e del conflitto sindacale.

Quello che si delinea a seguito della sentenza della Consulta, dunque, è un quadro ancora più incerto, specie nel settore sanitario e sociosanitario privato, già caratterizzato da regole poco definite. Diverse idee sul come affrontare e cercare di risolvere la *questio* sono scaturite dalla Tavola Rotonda organizzata da COSTANTINO&partners, con il patrocinio di Aris, sul finire dello scorso mese di aprile. Docenti universitari, manager e rappresentanti sindacali si sono confrontati su *"Regolamentazione della rappresentatività sindacale. Un modello per*



il settore sanitario e sociosanitario privato”, con l’obiettivo di affrontare le conseguenti criticità e avviare un dibattito costruttivo tra tutti gli attori coinvolti. Un concetto ha trovato tutti concordi: «Per la rappresentatività servono regole certe». Lo ha ribadito, ancora una volta, Giovanni Costantino, giuslavorista e Capodelegazione della nostra Associazione, nel tirare le somme di un intero pomeriggio di confronto a cui hanno partecipato le prime linee di molte delle maggiori realtà sanitarie e sociosanitarie private del Paese.

«La Corte costituzionale dà un’indicazione abbastanza esplicita e perentoria – ha esordito Costantino – attribuendo al Legislatore l’onere di riscrivere le norme sulla rappresentatività, soluzione questa a cui non sembrano essere indirizzati Governo e parti sociali. A dimostrarlo



anche le recenti dichiarazioni del sottosegretario Claudio Durigon, secondo cui le parti sociali dovranno giungere quanto prima a un accordo per risolvere il problema del dumping contrattuale».

L'importanza di definire regole certe è stata sottolineata anche da Mauro Mattiacci, Direttore Generale dell'Ariss. «Qualsiasi ragionamento sulla regolamentazione della rappresentatività sindacale e sui tempi certi dei rinnovi contrattuali — ha sottolineato Mattiacci - non può prescindere da un nodo che nel dibattito giuslavoristico viene spesso eluso, ma che per le strutture sanitarie e sociosanitarie private è condizione materiale di sopravvivenza: la certezza e la tempestività degli adeguamenti tariffari, a partire dai DRG».

“Le nostre strutture — ha continuato — erogano prestazioni al Servizio Sanitario Nazionale a tariffe definite dalla pubblica amministrazione. Quando il Fondo Sanitario Nazionale cresce — come è avvenuto nelle ultime Leggi di Bilancio — ci si aspetta che questo incremento si traduca in modo proporzionale e tempestivo in un adeguamento delle tariffe DRG riconosciute agli erogatori privati accreditati. Nella realtà, questo passaggio è lento, discrezionale, e spesso non avviene affatto,

o avviene con decenni di ritardo».

Il risultato è una forbice che si allarga nel tempo: da un lato le strutture si trovano a negoziare rinnovi contrattuali — con giuste rivendicazioni salariali da parte dei lavoratori — dall'altro non dispongono delle risorse aggiuntive che gli adeguamenti tariffari avrebbero dovuto garantire. «Non è un problema di volontà negoziale — precisa il Direttore Generale dell'Arìs — ma un problema di sistema. La nostra associazione chiede che questo nesso — tra incremento del Fondo Sanitario, adeguamento dei DRG e sostenibilità dei rinnovi dei CCNL — venga riconosciuto esplicitamente in qualsiasi tavolo».

Pasquale Sandulli, docente emerito di Diritto del lavoro alla Sapienza Università di Roma, nel fornire ai presenti un *excursus* storico sulla rappresentatività sindacale, ha definito il Legislatore «neghittoso», evidenziando l'assenza di interventi normativi sulla rappresentatività nel settore privato sin dall'emanazione dello Statuto dei Lavoratori nel 1970.

Secondo Carmine Russo, già docente di Diritto del lavoro alla Sapienza Università di Roma «la prima scelta da fare è decidere a quale modello di rappresentatività ci riferiamo», evidenziando come ne esista più di uno e ciascuno legittimi soggetti diversi. In ogni caso, per il cattedratico «nessun modello funziona da solo».

A confrontarsi sul tema anche alcuni protagonisti delle relazioni sindacali quali Federico Bozzanca, Segretario Generale della FP CGIL, Roberto Chierchia, Segretario Generale della CISL FP e Carmela De Rango, Segretario Nazionale della Cimop.

Secondo Bozzanca, se si dovessero individuare delle regole sarebbe innanzitutto necessario puntare su normative che evitino alle parti datoriali di doversi rivolgere a soggetti sindacali minori, quando non riescano a trovare accordi con quelli più rappresentativi. «Per evitare questo sistema — ha precisato — serve un investimento. La mia organizzazione si è convinta, dopo tanti anni, che regolamentare tale materia per via legislativa sia la soluzione migliore, anche se altre organizzazioni sindacali non la pensano allo stesso modo».

Prima che si arrivi ad una legge «è però assolutamente urgente – ha concluso - almeno un accordo pattizio che definisca le regole».

Posizione, quest'ultima, condivisa solo in parte da Chierchia, il quale ritiene che «per la Cisl la via preferibile sia quella pattizia, in quanto più coerente con l'autonomia del sindacato».

«È necessario – ha inoltre chiarito – introdurre sistemi di misurazione della rappresentatività, con il coinvolgimento di enti terzi, e assicurare che i datori di lavoro forniscano i dati in modo trasparente».

Diversa l'opinione di Carmela De Rango secondo cui «la rappresentatività non può essere ridotta a un mero dato quantitativo, ma si deve considerare anche la presenza reale nei luoghi di lavoro, la partecipazione alla contrattazione e la competenza professionale».

A dialogare con i rappresentanti del sindacato e del mondo accademico anche due esponenti datoriali, Daniele Piacentini, Direttore Generale della Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" IRCCS, e Edoardo Bellomo, Direttore Generale delle strutture sanitarie dell'Ordine di Malta in Italia, concordi nell'affermare come la decisione della Consulta metta in seria difficoltà le strutture sanitarie, costringendole a valutare quali soggetti ammettere ai tavoli aziendali, senza poter disporre di regole certe e strumenti di misurazione.

Se Edoardo Bellomo nel suo intervento ha confermato quanto prima sostenuto da Mauro Mattiacci affermando: «Non siamo in quella situazione florida che ci potrebbe consentire di volare alto. Lavoriamo con quello che lo Stato ci riconosce», Daniele Piacentini ha voluto rappresentare agli intervenuti la particolarità delle strutture Aris.

Il manager ha ricordato come la sanità italiana abbia una componente religiosa molto consistente che, pur essendo parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale, conserva la sua anima originaria, quella che interpreta l'assistenza al malato come un servizio universalistico, aperto a tutti e lontano dalle logiche del mercato. Non sono aziende nate per fatturare, ma "missioni" che offrono un servizio pubblico. Oggi devono restare in piedi in un mercato sanitario che non perdona errori economici. Pur avendo una missione spirituale/etica, devono ge-

stire migliaia di dipendenti, con la conseguenza dell'instaurarsi di un vero e proprio corto circuito perchè si applicano logiche di diritto del lavoro in un contesto che vorrebbe essere "comunità", ma che deve rispondere a regole contrattuali rigide.

Questo il punto centrale. Se nel pubblico le regole del gioco con i sindacati sono chiare (chi ha i numeri siede al tavolo), nel settore religioso/non profit regna l'incertezza. La sentenza della Consulta ha aperto la strada a una frammentazione estrema: ogni piccolo gruppo può alzare la voce, con la conseguenza di immettere il datore di lavoro in un labirinto. Se ascolta tutti, non decide nulla; se ascolta solo i grandi, rischia vertenze dai piccoli. Una "anarchia sindacale" che rischia di soffocare proprio quelle strutture che, per natura, vorrebbero dedicarsi solo alla cura del paziente sofferente, come succede per i centri aderenti all'Aris. Questa situazione di fatto

Non è dunque solo un problema burocratico, ma un ostacolo alla sostenibilità della missione stessa.

In sintesi, il rischio reale è che il peso di questa incertezza normativa spinga sempre più enti religiosi a cedere il passo ai colossi laici del profit, distruggendo quel modello universalistico e non profit che è il cuore della loro identità.

Dunque è quantomai necessario fare chiarezza attraverso regole precise e chiare, che consentano a chi si siede attorno a un tavolo di avere la certezza della validità della rappresentatività collettiva, altrimenti si corre il rischio che una volta trovato un accordo, si debba ricominciare il confronto con altre sigle che mettono tutto di nuovo in discussione. Ben vengano dunque regole certe che siano d'origine legislativa o patrizia, ma che rappresentino comunque fonte di chiarezza per le nostre strutture.

*\*Maggiori approfondimenti saranno disponibili nel prossimo numero del magazine L'Arco, edito da **COSTANTINO&partners**, interamente dedicato alla Tavola Rotonda.*



Un professionista al servizio della Caritas

## COME UN ANGELO FRA I SENZA TETTO

Ci sono professionisti la cui fama è scritta nei titoli accademici e nei successi clinici. E poi ci sono uomini la cui vera grandezza è scritta nelle loro azioni silenziose, lontane dai riflettori. Uomini, in fin dei conti, che hanno scelto “essere” piuttosto che “apparire” come stile di vita, umana e professionale.

E in ugual maniera ci sono anche momenti in cui le parole devono farsi interpreti di una gratitudine che va oltre il semplice riconoscimento professionale, ma raggiungono l'anima che l'ispira. Perciò vogliamo che queste poche parole, siano il riconoscimento ad un uomo che ha saputo fondere l'eccellenza della scienza medica con la profondità di una missione umana e civile, compiuta nel silenzio di una stradina di peri-

feria, in una cittadina di provincia, a due passi da Roma. Una testimonianza, la sua, che speriamo possa aiutare molti professionisti della salute a riflettere un po' sul dono, meritato certamente, che hanno ricevuto e su quei milioni di persone "invisibili" – come Papa Francesco definiva i più poveri della terra - che, dalla condivisione solidale di quel dono, potrebbero trovar sollievo per le loro sofferenze.

La carriera del dottor Gianluca Scognamiglio, medico dentista, parla di successi e di una fama consolidata nel suo hinterland ed anche oltre confine. Uno studio attrezzatissimo, aperto 12 ore al giorno per smaltire appuntamenti che, a volte, sono fissati ben oltre le due settimane. Ma la sua vera statura emerge nel silenzio delle sue domeniche. Mentre la cittadina rallenta e la gente gode del suo giusto riposo, il Dottor Scognamiglio ha scelto di mettere le proprie mani, e la propria professionalità, al servizio di chi non può permettersi di attraversare le soglie di uno studio dentistico, dove notoriamente si applicano cure ed apparecchi molto costosi e che non tutti possono permettersi.

Di buon mattino di una domenica qualunque, lo incontriamo nella sede della Caritas Diocesana di Porto Santa Rufina, presso il Centro Santi Mario, Marta e figli a Ladispoli, un presidio di dignità, nato 40 anni fa dove oggi prestano il loro servizio agli ultimi una quarantina di volontari, suddivisi in piccoli gruppi con mansioni specifiche. Ma, alla fine, tutti fanno tutto. A cominciare dalla cucina dove Marco, aiutato da Laura, organizza una trentina di pasti completi al giorno (la domenica diventano 40), che si consumano in un linda e pinta sala mensa, per passare poi al magazzino vestiario, dove Silvana e Donatella sistemano e distribuiscono quotidianamente vestiti di ogni genere; e poi alle docce disponibili per i senza fissa dimora ogni domenica e ogni mercoledì della settimana; e al centro di ascolto dove la collaboratrice della Caritas, Sara, è sempre pronta ad accogliere e a indirizzare per quanto possibile, la vita di chi si confida, per renderla meno amara. Dunque, un piccolo centro, dove con non pochi sacrifici, si fa una grande opera di umanità. Tra qualche settimana inaugureranno anche un bell'orticello di prossimità, dove gli stessi ospiti giornalieri potranno impiegare positivamente il loro tempo e impegnarsi in un'opera comunitaria. E non poteva mancare un seppur modesto servizio di assi-

stenza sanitaria. Poco meno di una quindicina d'anni fa una dottoressa, Julitta Machan, dotò la sede di un piccolo ambulatorio dentistico, modestamente attrezzato ma perfettamente funzionale ed iniziò a prestare le prime cure. Quando Julitta venne a mancare, le porte dell'ambulatorio si chiusero miseramente: nessuno la sostituì e in tanti restarono nella loro sofferenza, senza cure.

Il lamento di chi quelle sofferenze viveva quotidianamente, giunse sin dentro lo "Studio Scognamiglio", attraverso il racconto di una paziente a conoscenza della situazione che andava ormai avanti da anni. "Nell'ascoltare l'accurato racconto della signora - ci ha confidato il nostro amico dentista - non le nascondo di aver avvertito una strana sensazione, un mix tra un senso di responsabilità ed un senso del dovere di fare qualche cosa per aiutare quella gente". "Un pensiero - ha proseguito nel suo racconto - che ha cominciato quasi a tormentarmi: perché io ho ricevuto tanto, mi dicevo, e quella povera gente non ha ricevuto nulla? Sentivo il bisogno di condividere con loro qualcosa di me. E ancora non avevo visto nulla e nessuno".

"Un giorno trovai il tempo e il coraggio di andare di persona a vedere quella sede, le persone che la vivevano come un rifugio per trovare un po' di quell'attenzione che nessuno gli dava e chi quell'attenzione trasformava in un atto di amore, donato volontariamente e di cuore. Inutile dirle l'effetto che mi fece stringere mani che parlavano più delle parole, fissare occhi o spenti per la speranza smarrita, o languidi per



la sofferenza che porta con sé l'indifferenza, se non il disprezzo, di quanti quotidianamente incrociano, o carichi di un grido di aiuto. Non ci ho pensato su più di tanto. Ed eccomi qui, ormai da quattro o cinque anni, forse. Ma il tempo non conta”.

Già il tempo. Certo con uno studio di quel genere, aperto sei giorni su sette, dalle 8 del mattino alle 20 di sera, tempo sarà stato difficile trovarne. “Per questo – ci ha spiegato Gianluca, come lo chiamano ormai tutti i suoi amici della Caritas – dedico a loro la mia domenica. Mi riposo il sabato sera e comunque quando capita. Ormai non posso fare a meno di loro. E non sento di agire come se il mio fosse un atto di generosità, o almeno non è la spinta dominante. Mi sento come se avessi trovato, nella Caritas, il modo migliore per dare valore a quanto mi è stato dato, per testimoniare quel rispetto per gli ultimi, i diseredati, che deve essere alla base di un vero e concreto progetto di giustizia sociale, capace di restituire a questa persona la dignità che gli è stata rubata, fosse anche soltanto per un caso della vita.”

Grazie a Gianluca, e con il supporto dei fondi CEI derivati dall'Otto per mille, il piccolo studio è stato ristrutturato e ha ottenuto tutte le necessarie autorizzazioni ed oggi restituisce il sorriso a tante persone. “E quando l'intervento richiede qualche strumento più sofisticato – interviene la dottoressa Bianca (qui nessuno usa il cognome per presentarsi), collaboratrice di Gianluca – facciamo venire il paziente nello Studio in cui lavoriamo. Soprattutto quando si tratta di bambini: in stu-





dio abbiamo degli specialisti, molto più adatti a loro". Da quando Gianluca si è dedicato agli ospiti della Caritas, la "clientela" è aumentata notevolmente. Già pochi mesi dopo c'è stato bisogno di un aiuto. Bianca ha seguito il suo mentore. Ma non è stato sufficiente. Nessuno però, e questo è un aspetto poco confortevole, si è offerto. "Abbiamo trovato tante difficoltà nel cercare qualcuno disposto ad aiutarci - ci ha confessato Gianluca - tanto che abbiamo pensato di lanciare un appello attraverso Facebook. Ci ha risposto Fabio, l'unico in cinque anni, ed ora viene regolarmente ad aiutarci da Torrimpietra".

Gianluca, divenuto Direttore Sanitario del centro odontoiatrico, sta ora lavorando, insieme all'équipe della Caritas, per formalizzare la collaborazione di alcuni medici volenterosi. Per il momento si limitano a dare qualche orientamento a chi lo chiede. Ma nei progetti c'è "l'apertura di un vero e proprio ambulatorio di medicina generale, - ci ha confidato Gianluca - regolarmente autorizzato e perfettamente efficiente. Ci stanno lavorando Sara e Serena, la direttrice. Allora sì che saremo un più funzionale centro di solidarietà per quanti soffrono nel corpo oltretché nell'anima".

Nella Caritas di Ladispoli, dove si servono i più fragili, i più poveri, si respira un profumo di umana solidarietà. Gli ultimi diventano i primi, quasi fosse un anticipo della promessa delle beatitudini: "beati gli ultimi perché saranno i primi nel Regno del Padre". In Gianluca e nei suoi amici volontari si svela un servizio silenzioso, dove non c'è spazio né per l'orgoglio né per la fama, ma solo per la gioia del dono di sé agli

altri. Umili testimoni di una medicina che cura il corpo ma che non dimentica di amare, trasformano la loro scienza in un ponte tra chi ha tutto e chi non ha nulla, dimostrando che la vera cura, inizia quando riconosciamo nell'altro un nostro pari.

Quel palazzetto celeste, nascosto tra i vicoli di periferia, è come un Messaggio lanciato ad un mondo pieno di odio e di indifferenza, che sacrifica vittime innocenti per soddisfare il bramoso desiderio del potere di politicanti avidi quanto violenti, di adoratori del dio denaro, ciechi di fronte all'altrui sofferenza, troppo grandi per occuparsi di chi si fa piccolo e invisibile.

"Nessuno è talmente grande da non potersi mettere al servizio degli ultimi" e "Chi tra voi è più grande sarà vostro servo": l'incontro tra queste due massime evangeliche è e resta il cuore della nostra identità di operatori sanitari uniti nell'ARIS sulla strada del Buon Samaritano.

Forse, una goccia in un mare impietoso. Una goccia che però potrebbe diventare un Oceano se tutti si mettessero insieme, per combattere qualsiasi forma di esclusione, ciò che rende i più sfortunati, i più poveri, gli "invisibili" destinati alla sofferenza. Gianluca e i suoi sono tra quelli che hanno aperto il cammino. Non resta che seguirli.

(mp)



**di Orazio La Rocca**

*Un'esperienza vissuta al San Giovanni Battista  
tra i Cavalieri di Malta*

## TORNARE A CAMMINARE E RIVEDERE LA LUCE

Un battito di ciglia. Tanto è durato l'attimo fuggente che ha capovolto la mia vita al termine di una fredda giornata dello scorso inverno. Un brusco choc che all'improvviso mi ha tolto l'uso di gambe, braccia e mani nel silenzio della mia casa medievale, nel centro storico di Sant'Angelo di Itri, imprigionandomi in uno spaventoso tunnel, che ho temuto senza fine. Un baratro in fondo al quale, solo dopo giornate di dolori, fatiche, privazioni, ho intravisto un lieve raggio di luce grazie ad una straordinaria schiera di Angeli Custodi di bianco vestiti mai incontrati prima. Erano i medici, gli infermieri, i fisioterapisti e gli operatori sociosanitari del San Giovanni Battista dei Cavalieri di Malta di Roma, ospedale d'eccellenza per riabilitazioni neurologiche e fisiatriche, tra i più noti dei 13 centri gestiti in Italia dal Sovrano Militare Ordine di Malta. Al San Giovanni Battista ho ricevuto tanto; non solo ho mosso i primi passi dopo il dramma vissuto: dai Cavalieri – contraddistinti dalla storica bandiera rossa con la bianca Croce di Malta ad otto punte – fin dall'inizio sono stato curato con amore, gentilezza e costante attenzione alla mia anima, oltreché alla mia persona ferita. Cure abbinate ad una assistenza quotidiana non scontata, spontanea, sempre col sorriso, giorno e notte, che ha fatto la differenza.

Il mio incubo inizia il 6 febbraio all'imbrunire di un venerdì, alla fine di una normale giornata trascorsa tra pagine di libri, di giornali, e la stesura di un progetto di un mio nuovo libro. Tutto è cambiato in pochi attimi. Succede in cucina, davanti ai fornelli. Improvvisamente mi sento mancare le gambe e cado all'indietro. Mi ritrovo disteso su pavimento senza poter muovere gambe e braccia, come fossero sparite. Tra paura e frustrazione, resto immobile per un tempo che mi sembra





interminabile. Posso solo guardare il soffitto. Non riesco neppure a chiedere aiuto. Con grande fatica, strisciando come un verme, raggiungo il letto. Mi arrampico su e lo conquisto. Resto sveglio tutta la notte tra dolori ed incubi, ignaro di cosa e perché mi sia accaduto. Solo con la prima luce del mattino riesco con immensa fatica a recuperare il cellulare e chiedere aiuto. Immediata la corsa al Pronto Soccorso dell'ospedale "Dono Svizzero" di Formia, dove mi viene diagnosticato il virus di Guilliam-Barrè, una malattia alquanto rara che blocca arti inferiori e superiori. L'ospedale di Formia, per quanto sia stato in grado di individuare subito la causa della mia malattia e di iniziare immediatamente la somministrazione di immunoglobulina per via endovenosa, preferisce trasferirmi all'Ospedale "Santa Maria Goretti" di Latina, specializzato in neurologia, dove in effetti riescono a contrastare efficacemente la malattia. Però gli effetti restano e si deve iniziare al più presto una terapia riabilitativa. Ed ecco dove nasce la mia esperienza al San Giovanni Battista.

Appena messo piede - in realtà, in barella - al San Giovanni Battista, ho intuito di aver trovato la strada giusta per uscire dal mio inferno.

L'ho capito fin dall'accoglienza, all'entrata in ospedale, dove sono stato subito sottoposto ad una prima fase "terapeutica" fatta di sorrisi, parole di incoraggiamento, commoventi e non scontate. Vera e propria terapia del sorriso e dell'amicizia, spontanea e priva di venature ipocrite, che poi mi sarebbe stata riservata per tutta la degenza.

Dopo l'accoglienza, ricovero al secondo piano al letto numero 51 in una camera a due letti con bagno, nel settore Lepanto, uno dei 4 grandi reparti di riabilitazione fisioterapica dei Cavalieri di Malta, insieme al Valletta - il settore riservato a malati gravi post coma-, al Cipro e al Rodi. Quattro immense aree dotate di camere a due e a tre letti, ognuna con bagni e servizi, e di palestre ultraccessoriate con staff di fisioterapisti di altissimo livello professionale, addetti alla cura di centinaia di pazienti. Io uno di loro, ma non un numero tra i tanti, bensì una persona reale, aiutata nel corpo e nello spirito 24 ore al giorno. Fin dalle prime luci dell'alba, con la visita dell'infermiere di turno per i rilievi dei parametri (pressione, glicemia, battiti del cuore...), seguito da due operatori sanitari per le pulizie del corpo ed il cambio della biancheria e delle lenzuola, prima della colazione. Poi, via alle quotidiane sedute fisioterapiche, con ogni paziente assistito dal suo fisioterapista di riferimento.

Altrettanto puntuale la visita mattutina dei medici curanti. Come quella di Lorenzo Benedetti, il giovane neurologo del mio reparto, instancabile punto di riferimento, un'ancora di salvezza sempre pronto a consigliarmi, ad assistermi, a darmi indicazioni esaustive con disponibilità, pazienza e un sorriso contagioso. Giorno dopo giorno, facendomi notare, quando ce n'era bisogno, "come ogni piccolo segno di miglioramento è un grande passo verso la guarigione". Un concetto, in verità, difficile da assimilare a prima vista, ma in seguito rivelatosi di grande aiuto. Come pure le sue spiegazioni sui rapporti con i pazienti: "Per noi il malato prima di tutto è una persona, non è un numero o una cartella clinica. Il paziente è un uomo o una donna che vanno accuditi, curati e, perché no?, coccolati, e sempre con un approccio professionale di altissimo livello. Ma se c'è un comune denominatore che unisce medici, infermieri, operatori socio-sanitari, addetti alle pulizie è proprio l'attenzione alla persona per tutte le sue esigenze. Non solo medico-sanitarie. È un tratto che contraddistingue tutto il personale". Parola di Benedetti.

In effetti, grazie al mio giovane neurologo, al San Giovanni Battista ho iniziato la mia rinascita, piano, piano, con fatica, ma in continuità. Tra i primi grandi recuperi, la mia gamba destra, che al mio arrivo era bloccata; era la parte più colpita dal virus. Dopo appena un paio di settimane di fisioterapia ho iniziato a muoverla con naturalezza. Così il recupero della forza alle braccia e alle mani grazie soprattutto alle sedute di fisioterapia occupazionale con Giorgia Di Napoli, appassionata maestra nell'insegnare a riprendere le attività quotidiane attraverso il recupero della manualità. Poco a poco ho riacquisito la mia autonomia per levarmi dal letto da solo e sedere sulla sedia a rotelle, e viceversa; ma soprattutto ho ripreso ad accudire da solo la mia persona, dalla barba allo shampoo e doccia.

Quanto ai miei primi timidi passi quasi da "neonato" con l'aiuto del deambulatore, il merito va al mio fisioterapista di riferimento Mauro Egidi, anche lui appassionato maestro e paziente insegnante che ha conosciuto tutte le carni del mio corpo, tutte le mie ossa, ogni singolo mio nervo e tutte quelle fasce muscolari delle mie gambe e delle mie braccia messe fuori gioco dopo la caduta. Un uomo ed un professionista, Mauro Egidi, che ha saputo rimettermi in piedi - con massaggi, esercizi, consigli tecnici mirati, soprattutto incoraggiamenti e tanta disponibilità - accompagnandomi anche lui come un Angelo Custode nelle mie nuove faticose camminate.

Lezioni che con mia grande sorpresa son tornato, periodicamente, a ripetere anche con altri "maestri" d'eccezione, gli splendidi puledri addestrati per l'ippoterapia, e con la vivace squadra di cani dell'allegria compagnia di animali domestici anche loro addestrati per le fisioterapie. Un unicum dei Cavalieri di Malta che, con le terapie mediche in 50 giorni di degenza, mi ha permesso di tornare a rialzarmi, a muovere di nuovo i primi passi, e a sperare tra qualche tempo di rivedere liberamente la luce e le stelle.

# LA NOSTRA PAROLA D'ORDINE È: CURARE IL CORPO E LO SPIRITO

*A colloquio con il direttore sanitario dr. Tommaso Petitti*

## **Dottor Petitti, nella sua veste di Direttore Sanitario del San Giovanni Battista dei Cavalieri di Malta come definirebbe la scelta curativa del suo ospedale?**

Con una semplice frase: attenzione totale alla persona malata, sia dal punto di vista medico-sanitario che spirituale. Come Cavalieri di Malta curiamo sia l'anima che il corpo, secondo gli insegnamenti della Chiesa. È una scelta naturale per un ospedale come il nostro che fa parte della sanità cattolica convenzionata col Ssn.

## **In concreto cosa significa?**

Con attenzione globale alla persona intendiamo che il malato va, prima di tutto, curato per la sua patologia. Ed i professionisti che operano qui sono di altissimo livello, sia i medici che gli infermieri. Anche gli operatori socio-sanitari e gli addetti alle pulizie. Ma accanto alle cure sanitarie, di primaria importanza è la cura dello spirito e del corpo, dalla pulizia quotidiana alla buona parola, dall'essere sempre disponibili a non far sentire mai solo e abbandonato il malato. Chi opera dai Cavalieri di Malta sposa questa nostra scelta con naturalezza. Ed i risultati ci sono.

## **Secondo l'esperienza maturata nella sua veste di Direttore Sanitario, c'è qualcosa ancora da fare per migliorare quali sono gli ambiti del San Giovanni Battista che vanno potenziati? Ad esempio, il personale è sufficiente per far fronte ad una domanda assistenziale in crescita?**

È da circa un anno e mezzo che ho l'onore di lavorare qui. Abbiamo avviato tante iniziative. Il vitto è migliorato tantissimo, in qualità e con una maggiore attenzione ad una corretta alimentazione. Abbiamo avviato sedute fisioterapiche di ippoterapia. Il tutto supportato da un personale medico, infermieristico e Oss di altissimo livello che fa un lavoro d'eccellenza. Certamente si può fare sempre meglio. Mai adagiarsi. Ad esempio, a settembre tutte le stanze saranno fornite di bagni. Ristruttureremo anche l'antica Cinquecentesca residenza di caccia papale dagli anni '50 acquisita dallo Smom. Sarà sede di rappresentanza e di uffici muniti di tutti i più moderni servizi. Non ci fermiamo. Questo è certo".

*(Orazio La Rocca)*



UN LINGUAGGIO NUOVO:  
L'ARTE COME CURA

**di Giordana Bruzzano**

L'arte è parte della vita di ogni essere umano. Un'affermazione scontata è vero, ma può e deve essere forse ripensata per le tante sfaccettature che questo straordinario rapporto arte-vita può e deve assumere. Nasce con il nascere dell'umanità stessa. Se ne hanno tracce antichissime. Si mette immediatamente al servizio dell'uomo, nel momento stesso in cui si sviluppa il cervello. Si prodiga per far sì che inizi il racconto della storia dell'umanità e si manifesta nelle prime raffigurazioni rupestri

Da quel momento diventa l'arte lo strumento privilegiato per l'uomo che vuole e deve comunicare con i suoi simili, per condividere con chi verrà dopo di lui le scoperte che lo hanno aiutato a sopravvivere; per lasciare un'impronta di sé nel mondo.

A noi qui interessa sottolineare un'altra proprietà, direi quasi magica dell'arte, quel suo potere terapeutico che per primi intuirono i greci. Furono infatti proprio i Greci ad interpretare lo stretto legame tra l'arte e la salute mentale. Nel teatro scoprirono una funzione catartica, capace di liberare la mente ed equilibrare l'animo umano. Ed è per questo che il teatro greco viene considerato ancora oggi per certi aspetti, una prima forma di "Arteterapia".

Sulle sue tracce seguirono poi altre forme di terapia che utilizzano le espressioni artistiche come strumento per favorire il benessere psicologico dei pazienti, tipo la Teatroterapia e la Musicoterapia. La loro efficacia consiste straordinariamente nel non essere riservate solo a chi soffre di una conclamata patologia, fisica o mentale che sia. Al contrario esse possono risultare utili per chiunque senta il bisogno di riscoprire la propria creatività, di migliorare il proprio equilibrio interiore. È ormai appurato scientificamente che queste



forme di arteterapia aiutino anche a ridurre l'ansia, a compensare lo stress del vivere quotidiano, a sviluppare la memoria, la creatività, l'attenzione e le abilità visuali e spaziali. E ancora che aiutino a regolare l'emotività, la capacità di autoespressione e la condivisione con le altre persone.

Dal punto più strettamente medico l'arteterapia in tutte le sue forme risulta valido supporto per affrontare la riabilitazione o addirittura aiutare vivere la propria disabilità, divenendo alla fine negazione della stessa disabilità.

Come disciplina l'arteterapia si rispecchia nella psicanalisi, i cui i padri - Sigmund Freud e Carl Jung - sostenevano che l'opera d'arte in fondo non è altro che la dimostrazione dell'inconscio dell'individuo, e ne riflette quindi le emozioni e tutti i processi psichici.

L'arte, intesa in senso ampio - pittura, scultura, teatro, musica - non ha mai perso il suo appiglio emotivo, e anzi, è oggi ancora più forte, tanto da essere ritenuta in tanti casi un ottimo strumento terapeutico.

Il suo viaggio nella storia a noi più conosciuta, è affascinante e segna alcuni momenti fondamentali.

In Europa un volto importante per la formazione e la diffusione della disciplina è quello di Friedl Dicker-Brandeis, studiosa nata a Vienna da famiglia ebrea. Si formò a contatto con Franz Cizek, pioniere della pedagogia dell'arte per l'infanzia, e con Johannes Itten, il cui insegnamento univa arte, spiritualità e discipline corporee. Studiò in Germania, arti, architettura e design. Si specializzò in arte tessile e fotografia. Proseguì a Praga, dove insegnò arte ai bambini del ghetto ebraico. In quel periodo si rese conto dell'importanza che aveva l'arte per lo sviluppo



dei bambini; permetteva loro di esprimere i propri sentimenti e affrontare i dolori per la discriminazione subita, per i lutti e la violenza che infestavano quel periodo storico. Intuendo il valore terapeutico di questa disciplina, Friedl iniziò a prendere appunti sulle su quanto osservava. Avrebbe voluto pubblicare, una volta finita la guerra, quanto raccolto in questi anni di osservazione; aveva persino catalogato tutti i disegni dei bambini, dividendoli per nome, nascita e data della compilazione. Purtroppo, Friedl non fece in tempo: fu deportata ad Auschwitz e morì nelle camere a gas nell'ottobre del 1944. I suoi appunti sono stati ritrovati molti anni dopo la sua morte, e sono conservati nel Museo Ebraico di Praga. La sua figura rimane ancora oggi come la pioniera dell'arteterapia.

In Italia la pratica si diffonde a partire dagli anni '80, anche se bisognerà attendere il 1991 per vedere la prima brochure informativa. Era firmata da Nicola Velotti e fu considerato il primo Manifesto dell'arteterapia. I primi a aderire all'iniziativa furono molti artisti e diversi psichiatri.

Cerchiamo ora di capire più a fondo come si è sviluppata l'arteterapia. Ci furono inizialmente due modelli: uno più improntato alla pratica e un altro più indirizzato all'ambito visivo.

L'indirizzo "pratico" si basava sulla stimolazione della creatività del paziente, guidandolo alla composizione di opere artistiche di vario genere: dai disegni, alle sculture, o anche a performance di danza. Un terapeuta lo accompagna durante tutto il processo creativo. Naturalmente non è richiesta al paziente nessuna competenza e può essere intrapresa in ogni momento della vita, nelle scuole per i bambini e i ra-



gazzi, nei centri benessere per gli adulti, negli ospedali per i malati e gli anziani. La pratica dell'arteterapia viene solitamente affiancata ad un percorso di psicoterapia più ampio, che ne arricchisce gli effetti benefici. L'arte, infatti, è legata fortemente alla sfera emotiva dell'uomo e al suo inconscio, ed è per questo che viene utilizzata per liberare il paziente dalle proprie sofferenze interiori. Difatti questa particolare forma terapeutica viene utilizzata spesso come valvola di sfogo per persone che hanno avuto dei traumi, per elaborare un lutto o anche come via per uscire da stati depressivi. Un grande beneficio è stato riscontrato anche negli anziani affetti da demenza o disturbi neurocognitivi, con un miglioramento della memoria, dell'attenzione, delle funzioni cognitive ed esecutive. Il passaggio dalla creatività all'ascolto della musica è stato breve, tanto che la musicoterapia si è subito acquisita un ruolo terapeutico di primo piano. Gli spazi della mente occupati da pensieri negativi, vengono progressivamente riempiti dalle nuove sensazioni suscitate dalla musica; si innesca così un circuito virtuoso di energie positive che riattiva la sensazione della serenità e della felicità, il desiderio della gratificazione. Lo stesso meccanismo lo innesta la teatroterapia, laddove il paziente diventa protagonista della storia che narra sino a identificarsi con ogni forma di espressione non verbale. Conquista un canale espressivo che gli permette di entrare in contatto con sé stesso, bypassando il filtro del pensiero razionale, spesso giudicante e inibitore della creatività.

Parallelo a questo percorso c'è la seconda forma di arteterapia è quella di fruizione – che anche qui vale per qualsiasi forma d'arte. Con la sem-



plice contemplazione il paziente può imparare a riconoscere i simboli, le metafore e i messaggi non verbali presenti nell'opera, sviluppando una maggiore attenzione e consapevolezza riguardo ai propri sentimenti, imparando a riconoscere e gestire le difficoltà personali. A Montreal, in Canada, è stato attivato un progetto, a partire dal 1° novembre 2018, chiamato The Art Hive, in cui si studiano gli effetti benefici della fruizione artistica. È persino consentito ai medici di prescrivere come terapia ai pazienti, anche accompagnati, di poter entrare gratuitamente al Montreal Museum of Fine Arts. Secondo lo studio canadese la vista delle opere d'arte aumenterebbe nel visitatore/paziente i valori della serotonina, conosciuta anche come "l'ormone della felicità", e quindi il conseguente miglioramento dell'umore. Anche qui i benefici sono aperti ad ogni persona, senza discriminazioni di qualsiasi tipo. Sulle orme canadesi si è mossa recentemente l'Università degli Studi di Milano-Bicocca, che ha portato a termine uno studio dal quale è risultato che una visita ad un museo può ridurre l'ansia e lo stress anche del 20% circa.

Alle tradizionali forme di arteterapia recentemente se ne è aggiunta una nuova: l'aromaterapia. L'olfatto è considerato il senso che più si collega ai ricordi. Nei laboratori di aromaterapia lo scopo è, per l'appunto, quello di trovare aromi e profumi che evocano emozioni e ricordi, spesso nascosti o dimenticati. È stato riscontrato molto utile soprattutto per le persone anziane con problemi di memoria, per aiutarle nella riacquisizione di momenti che altrimenti andrebbero persi per sempre.



Naturalmente l'arteterapia non può in alcun modo sostituire le cure mediche tradizionali, ma può affiancarsi ad esse per arricchirne i benefici. Gli stessi operatori sanitari dovrebbero affidarsi alla collaborazione di queste antiche e nuove prassi terapeutiche, e anzi, dovrebbero cominciare a concedersi momenti di benessere attraverso forme di arteterapia personalizzate, come leggere un libro, ascoltare musica, andare a teatro o disegnare. Potrebbero forse combattere ed evitare il burnout, quello stato di esaurimento psicofisico che si verifica quando non si riesce più a gestire lo stress del lavoro o degli impegni che la vita che pone.

L'arte, spesso ridotta al solo valore economico, viene così rivalutata come parte fondamentale nella forgiatura di quella sensibilità umana che sembra ormai smarrita sulle strade di un mondo impoverito di valori. La medicina è sempre più dominata dalla tecnologia; ma potrebbe forse scoprire proprio nell'arte un'alleata preziosa per il benessere dell'uomo che si affida alle sue cure e addirittura favorire il sorgere di momenti di connessione umana tra il medico e il paziente, rafforzando il senso di sicurezza del paziente e l'empatia del medico.



**Via Pietro Fumaroli 24  
00155 Roma (RM)**

**TEL. 06 89718096  
EMAIL: info@quadranteigiene.it  
www.quadranteigiene.it**

Dal 2020, Quadrante S.r.l. garantisce la fornitura di prodotti e servizi di sanificazione e igienizzazione ad elevati standard qualitativi, rivolti a strutture ospedaliere e sanitarie, case di cura, ambienti produttivi, mense, istituti scolastici e locali commerciali. L'azienda si distingue per l'impiego di prodotti certificati, il monitoraggio costante dei processi, l'attenzione continua alle esigenze del cliente, l'innovazione tecnologica e l'investimento nella formazione del personale.

Quadrante S.r.l. è qualificata presso alcuni dei più prestigiosi Clienti associati ad ARIS, offrendo soluzioni personalizzate e condizioni commerciali dedicate, pensate per rispondere in modo efficace e flessibile a ogni esigenza operativa. A conferma della propria vocazione internazionale, la Società ha dislocato i propri centri di produzione in diverse aree strategiche del mondo, garantendo la distribuzione globale dei prodotti a marchio Quadrante e assicurando tempestività, efficienza e continuità nella fornitura.

## Igiene della Persona



## DPI



## Prodotti e Attrezzature per la Pulizia



## Prodotti medicali e monouso per la Sanità



## Prodotti monouso per la Ristorazione (biocompostabili)



di Carlo Ercoli

# LA PITTURA COME SOLLIEVO DALLA SOFFERENZA

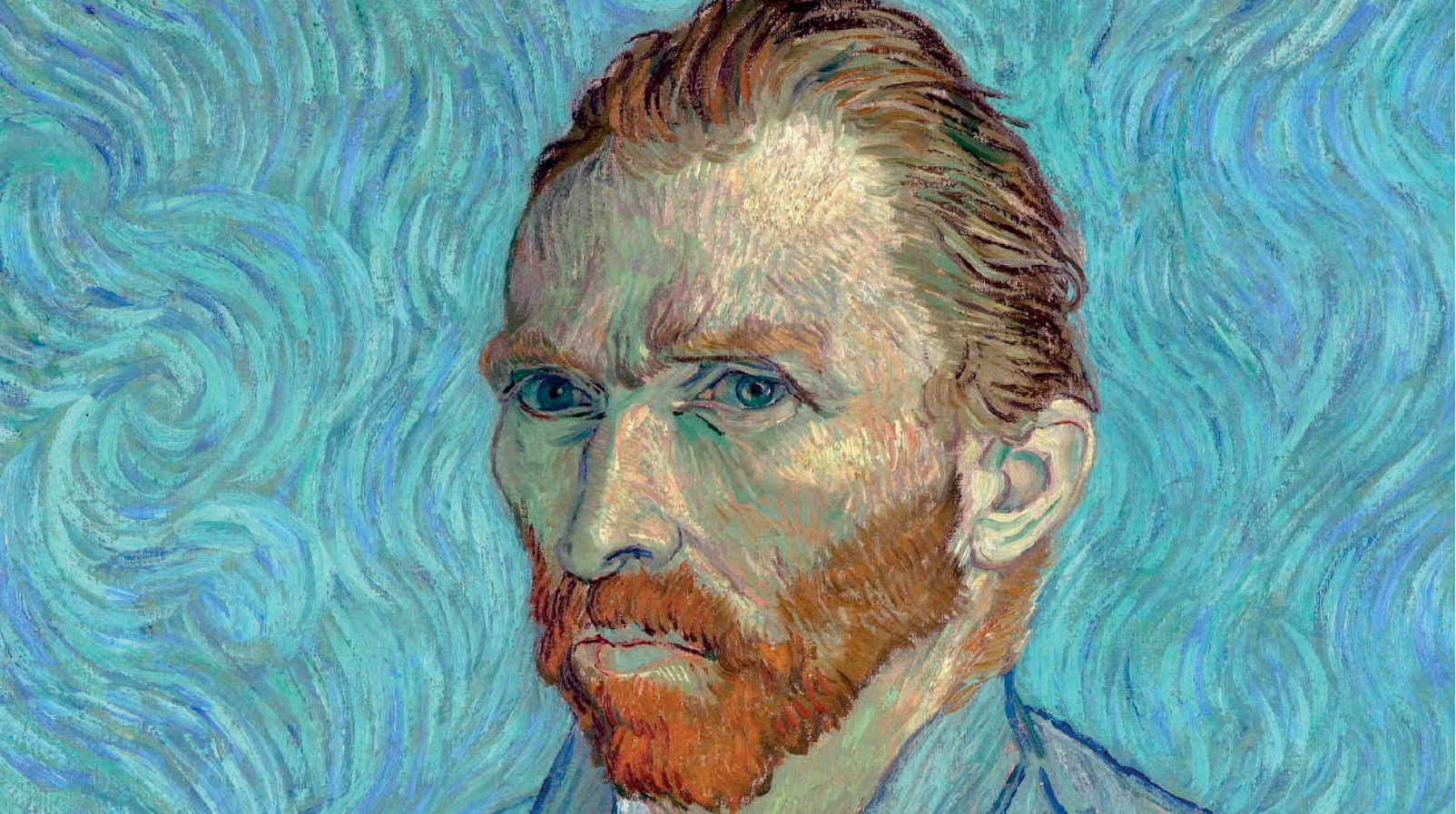
## I casi di Van Gogh e Frida Kahlo

*«Il mio tormento  
non è altro che questo:  
in che cosa potrò riuscire,  
non potrei servire  
o riuscire utile a qualcosa...»*

*Vincent Van Gogh.*

Queste parole, profondamente intime e confidenziali, giungono direttamente a noi come una confessione spontanea da un tempo lontano, ma risultano ancora straordinariamente attuali. Sono contenute in una delle lettere che il pittore olandese inviò al fratello Theo, raccolte e pubblicate nel volume "Lettere a Theo". Si tratta di una delle testimonianze più intense e autentiche del mondo interiore di Van Gogh. Sensazioni, pensieri e inquietudini rivelati senza filtri, proprio perché quell'epistolario era il frutto di un dialogo privato e non certo destinato a essere reso pubblico.

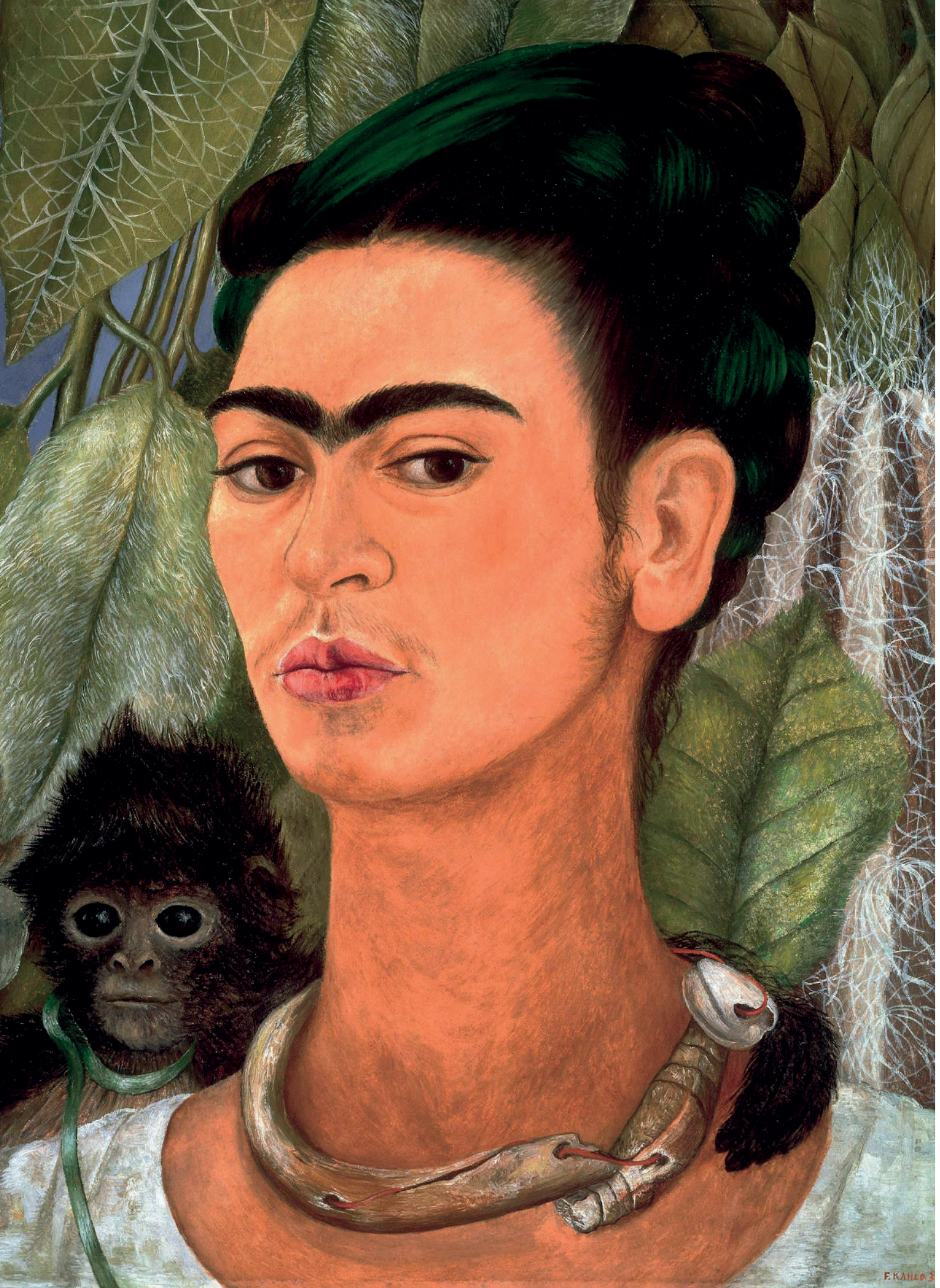
Ed è proprio qui, tra queste parole, che possiamo ritrovare i segni e le manifestazioni della sua malattia e cogliere quanto l'arte abbia rappresentato, per il pittore olandese, non solo un linguaggio espressivo, ma anche un modo per alleviare il tormento della sua fragile interiorità. Patimenti di cui oggi non sappiamo con certezza da quale malattia fossero generati. O meglio, l'unica diagnosi formulata all'epoca da uno dei suoi medici, il dottor Peyron a Saint-Rémy, fu quella di una forma di epilessia; nel tempo, tuttavia, sono state avanzate numerose altre ipotesi, senza che si sia mai giunti a una definizione univoca di un quadro clinico complesso. Eppure,



proprio dentro un'esistenza segnata da ossessioni e frequenti crisi psichiche, sbocciò e si affermò una delle personalità più straordinarie della storia dell'arte. E tutto nello spazio di una decina d'anni, lungo una parabola creativa rimasta, in vita, quasi del tutto priva di riconoscimento. Per il grande maestro olandese, morto tragicamente nel 1890, a soli 37 anni, e avvicinosi alla pittura solo tra i ventisette e i ventotto anni, dopo aver sperimentato diversi lavori e tentato varie strade, non si può naturalmente parlare di arteterapia.

È però evidente come Van Gogh avesse intuito il valore profondo della pittura come sostegno alla sua sofferenza psicologica. In tal senso risultano illuminanti le parole scritte al fratello Theo in una lettera del 1889: «Lavoro come un pazzo nella mia stanza, il che mi fa bene e scaccia, a quanto sembra, i pensieri strani... sto lavorando... come un ossesso, ho più che mai un furore sordo di lavoro... lotto con tutta la mia energia per rendermi padrone del mio mestiere, dicendomi che, se ci riesco, sarà questo il migliore parafulmine contro il mio male...». Una testimonianza diretta e toccante di come dipingere non fosse solo un mestiere, ma una vera e propria ancora per mantenere la lucidità in un mare di inquietudine. Anche la scelta dei colori per i dipinti riflette questa stessa tensione interiore: si può leggere così la predilezione che nutriva per il giallo, quasi a volersi appropriare, di quel calore, di quella luminosità e di quella serenità tanto ricercata.

Un esempio altrettanto emblematico di quanto l'arte possa accendere una luce nel buio della sofferenza e diventare uno spazio prezioso di elaborazione e comunicazione del dolore, è rappresentato dalla figura di



Frida Kahlo. La grande pittrice, nata in Messico nel 1907, fu segnata fin dall'infanzia dalla poliomielite, sebbene nel tempo siano state avanzate anche ipotesi che hanno chiamato in causa una forma di spina bifida. Una condizione che lasciò conseguenze evidenti alla gamba destra, più esile e debole rispetto all'altra.

Per nascondere questa fragilità cominciò a indossare gonne lunghe e, soprattutto, stivaletti. L'andatura claudicante la espose presto alle crudeltà dei compagni di scuola, che la soprannominarono "Gamba di legno", come ricorderà la stessa artista: «A sette anni portavo degli stivaletti. All'inizio pensai che le burle non mi avrebbero toccata, ma poi mi fecero male, e sempre più intensamente». Possiamo riscontrare nelle parole dell'artista quelle nocive dinamiche di bullismo che oggi conosciamo fin troppo bene e che cerchiamo, in ogni modo, di contrastare. Nel 1925, quando aveva solo 18 anni, un drammatico evento cambiò radicalmente la sua vita.

Nello scontro tra il bus che la riportava a casa da scuola e un tram, Frida Kahlo riportò ferite gravissime: fratture alla colonna vertebrale, al bacino, alla gamba destra e ad altre parti del corpo, lesioni che la costrinsero a una lunga immobilità e a sottoporsi, nel corso del tempo, a ben 32 interventi chirurgici. Una ragazza già provata nel corpo, costretta a letto e bloccata in un busto di gesso, una condizione capace di abbattere chiunque e di trascinarlo nel baratro dello sconforto.

Ed è qui che comincia a dipingere, trovando nella pittura non una via per evadere dal presente né una semplice forma di rappresentazione, ma un modo per guardare in faccia la realtà, immergersi in essa e renderla comunicabile. Non a caso gli autoritratti che esegue, destinati a ricorrere costantemente nella produzione dell'artista, si allontanano da una finalità puramente estetica per diventare uno spazio di autorappresentazione in cui elaborare il dolore e la complessità della propria condizione. La tela, il pennello e i colori diventano così, lentamente, gli strumenti attraverso cui Frida ricompone le trame della propria vita. Con forza e coraggio riesce ad andare oltre la disabilità e a trovare nella pittura una via di rinascita, come sintetizza efficacemente questa sua affermazione: «Non sono ma-



lata. Sono rotta. Ma sono felice di essere viva finché posso dipingere». Nel caso di Frida Kahlo, come in quello di Van Gogh, la malattia e il dolore non hanno rappresentato soltanto un limite, ma anche una condizione entro cui entrambi hanno cercato, e trovato, una risposta alla propria sofferenza, giungendo a esiti pittorici tra i più alti della storia dell'arte.



ANTICHE FONTI DI

# COTTORELLA®



PER GLI SPORTIVI



PER I BAMBINI



CURE IDROPINICHE



PER L'AMBIENTE

**DALLA FONTE  
DIRETTAMENTE A CASA TUA**

Sito: [www.cottorella.com](http://www.cottorella.com)

[f](#) cottorella.spa @cottorella.official

[in](#) antiche-fonti-di-cottorella-s.p.a.

di **Salvino Leone**

# FARMACI E CRISTIANESIMO

*Il Signore ha creato medicinali dalla terra,  
l'uomo assennato non li disprezza*

*(Siracide 38)*

## L'origine dei farmaci nella Sacra Scrittura

Il brano di riferimento fondamentale è contenuto nel libro del Siracide (38, 1-8):

- 1** Onora il medico per le sue prestazioni, perché il Signore ha creato anche lui.
- 2** Dall'Altissimo infatti viene la guarigione, e anche dal re egli riceve doni.
- 3** La scienza del medico lo fa procedere a testa alta, egli è ammirato anche tra i grandi.
- 4** Il Signore ha creato medicinali dalla terra, l'uomo assennato non li disprezza.
- 5** L'acqua non fu resa dolce per mezzo di un legno, per far conoscere la potenza di lui?
- 6** Ed egli ha dato agli uomini la scienza perché fosse glorificato nelle sue meraviglie.
- 7** Con esse il medico cura e toglie il dolore,
- 8** con queste il farmacista prepara le misture. Certo non verranno meno le opere del Signore; da lui proviene il benessere sulla terra

Nel primo versetto si invita il popolo a "onorare" il medico cioè ad attribuirgli l'onore che merita, non tanto per la sua maestria ma perché il Signore "ha creato anche lui". Non si tratta di un generico invito a considerarlo creatura di Dio (in tal senso non vi sarebbe motivo di que-



sta particolare attribuzione di onore) ma al fatto che “anche lui” come Dio è operatore di guarigione. Non è un generico rispetto creaturale, valido per tutti ma del fatto che Dio guarisce “anche” attraverso di lui e non solo intervenendo direttamente sul malato.

Il v. 3, invece vuol dare in qualche modo la giustificazione dell’apprezzamento umano e la sua collocazione nei ceti più elevati della società che il medico riceve, del suo procedere “a testa alta” in virtù delle sue conoscenze, benefiche per l’umanità. I tre versetti, in sostanza circoscrivono una sorta di giustificazione fenomenologica dell’importanza che rivestiva il medico nella società del tempo iscrivendola in due coordinate che potremmo definire divina e terrena: da un lato Dio che fa partecipe il medico-creatura del suo potere guaritore, dall’altro il medico che lo realizza e lo perfeziona con la sua scienza.

Il v. 4 esprime un concetto-chiave per comprendere l’intero significato attribuito ai farmaci nella cultura ebraica. Se il medico è creatura di Dio,

lo sono altrettanto i farmaci creati dalla terra come medicinali. Per questo l'uomo saggio non li disprezza. A quel tempo capitava, infatti, (ieri come oggi!!!) che si preferisse ricorrere a qualche guaritore o alle arti magiche anziché utilizzare rimedi umani prescritti dal medico, per quanto efficaci potessero essere date le limitate conoscenze del tempo. Con i versetti conclusivi si torna sul tema principale: è Dio il creatore di ogni rimedio anche se questo viene "scoperto" dall'attività dell'uomo di scienza (anche la scienza è suo dono). In particolare, il farmacista (*murepsos*, lett. "preparatore di unguenti") prepara le sue misture (*me gma* lett. "miscuglio") proprio grazie alle "meraviglie" create da Dio. È così che il Signore provvede al benessere sulla terra. Detto in altri termini vi è una perfetta simbiosi tra l'attività di chi opera per la salute dell'uomo e i rimedi che la natura offre: entrambi creati da Dio e suo dono per l'umanità.

### **La trattazione più articolata: Tobia**

Nell'ambito dei libri della Sacra Scrittura certamente Tobia è quello che offre gli spunti di riflessione maggiori in rapporto all'uso del farmaco. Il testo, presenta diverse storie intrecciate tra loro. Vi si narra di una famiglia ebraica, deportata a Ninive e composta dal padre Tobi, dalla madre Anna e dal figlio Tobia che, però, nella versione latina ha lo stesso nome del padre (*Tobias*) per cui, per differenziarli furono chiamati Tobia (il padre) e Tobiolo (cioè piccolo Tobias, il figlio). Durante la deportazione Tobia cerca di alleviare le sofferenze dei suoi connazionali. Durante un pranzo, accortosi che uno di loro giaceva morto sulla piazza, alzatosi da tavola lo toglie dall'aperto e lo pone in una camera in attesa del tramonto. Calato il sole gli dà una degna sepoltura:

"Quella notte, dopo aver seppellito il morto, mi lavai, entrai nel mio cortile e mi addormentai sotto il muro del cortile. Per il caldo che c'era tenevo la faccia scoperta, ignorando che sopra di me, nel muro, stavano dei passeri. Caddero sui miei occhi i loro escrementi ancora caldi, che mi produssero macchie bianche, e dovetti andare dai medici per la cura. Più essi però mi applicavano farmaci, più mi si oscuravano gli occhi, a causa delle macchie bianche, finché divenni cieco del tutto. Per quattro anni rimasi cieco e ne soffrirono tutti i miei fratelli." (Tb 2, 9-10)

Triste e sconfortato Tobia chiede a Dio di morire ma Dio invia il suo angelo Raffaele, sotto mentite spoglie a guarirlo. Tobia, sentendo ormai avvicinarsi la morte si ricorda di una somma depositata a Gàlaad e ne informa il figlio perché possa andare a riscuoterla. Gli si presenta a questo punto un uomo che dice di essere un israelita e che, conquistata la sua fiducia, si offre di accompagnare il figlio conoscendo bene la zona. A questo punto:

Il giovane partì insieme con l'angelo, e anche il cane li seguì e s'avviò con loro. Camminarono insieme finché li sorprese la prima sera; allora si fermarono a passare la notte sul fiume Tigri. Il giovane scese nel fiume per lavarsi i piedi, quand'ecco un grosso pesce balzando dall'acqua tentò di divorare il piede del ragazzo, che si mise a gridare. Ma l'angelo gli disse: "Afferra il pesce e non lasciarlo fuggire". Il ragazzo riuscì ad afferrare il pesce e a tirarlo a riva. Gli disse allora l'angelo: "Apri il pesce e togline il fiele, il cuore e il fegato; mettili in disparte ma getta via gli intestini. Infatti, il suo fiele, il cuore e il fegato possono essere utili medicinali". Il ragazzo squartò il pesce, ne tolse il fiele, il cuore e il fegato. Arrostiti una porzione del pesce e la mangiò; l'altra parte la mise in serbo dopo averla salata. Poi ambedue ripresero il viaggio, finché non furono vicini alla Media. Allora il ragazzo rivolse all'angelo questa domanda: "Azaria, fratello, che rimedio può esserci nel cuore, nel fegato e nel fiele del pesce?". Gli rispose: "Quanto al cuore e al fegato, ne puoi fare suffumigi in presenza di una persona, uomo o donna, invasata dal demonio o da uno spirito cattivo, e cesserà da lei ogni vessazione e non ne resterà più traccia alcuna. Il fiele invece serve per spalmarlo sugli occhi di chi è affetto da macchie bianche; si soffia su quelle macchie e gli occhi guariscono". (Tb 6, 1-9)

Dopo aver riscosso la somma Tobia, insieme all'angelo, rientra a casa. E qui:

Raffaele disse a Tobia, prima che si avvicinasse al padre: "Io so che i tuoi occhi si apriranno. Spalma il fiele del pesce sui tuoi occhi; il farmaco intaccherà e asporterà come scaglie le macchie bianche dai tuoi occhi. Così tuo padre riavrà la vista e vedrà la luce". Anna corse avanti e si gettò al collo di suo figlio dicendogli: "Ti rivedo, o figlio. Ora posso morire!". E si mise a piangere. Tobia si alzò e, incespinando, uscì dalla porta del cortile. <sup>11</sup>Tobia gli andò incontro, tenendo in mano il fiele del pesce. Soffiò sui suoi occhi e lo trasse vicino, dicendo: "Coraggio, padre!". Gli applicò il farmaco e lo lasciò agire, poi distaccò con le mani le scaglie bianche dai margini degli occhi. Tobia gli si buttò al collo e pianse, dicendo: "Ti vedo, figlio, luce dei miei occhi!". Tobia (Tb 11, 7-14).



**a) La malattia di Tobia.** Il testo biblico (sempre che si riferisca a un fatto storico realmente accaduto o, in qualche modo, utilizzato per questo racconto) riconduce a una duplice, possibile patologia oculare: la cheratite o il leucoma. La prima costituisce un'infezione della cornea di diversa etiologia; una delle cause possibili è sia quella chimica che da ustione. Nel caso in questione le due cause potrebbero combinarsi tra loro in quanto sugli occhi erano caduti escrementi di uccello (di per sé acidi e quindi fortemente irritanti) per di più caldi. Esito della cheratite è una distruzione del tessuto

corneale con un'opacità dello stesso di entità variabile. La seconda possibilità è il leucoma la cui denominazione allude già alla chiazza biancastra. Di fatto esso è costituito da una cicatrice dovuta, anche in questo caso a possibili danni chimici o da ustioni, A favore di questa ipotesi sta anche il testo originale greco che definisce *leucōmata* le scaglie bianche sugli occhi di Tobia. Non solo ma trattandosi essenzialmente di un esito cicatriziale questo giustifica il lungo periodo (otto anni) durante i quali Tobia rimane affetto dalla patologia.<sup>1</sup>

**b) *Rapha-el*.** La precedente narrazione ha evidenziato come la malattia di Tobia non guarisca spontaneamente né attraverso i rimedi impiegati. Anzi questi sembrano addirittura aggravarla, al punto tale che, non tanto per un'evoluzione naturale della patologia, quanto piuttosto per il danno da farmaci, Tobia rimane completamente cieco. A questo punto si manifesta l'intervento divino attraverso la figura di *Rapha-el* che in ebraico significa "Dio guarisce". Secondo quanto medita San Gregorio Magno il nome degli angeli indica la loro funzione/missione più che l'identità propria.<sup>2</sup> Essi stanno in funzione di Dio come grandi mediatori della sua azione. Quindi tutta questa sezione del libro che ha per protagonista l'arcangelo Raffaele, in realtà ha per protagonista Dio che attraverso di lui vuole guarire Tobia. Il punto per noi più interessante è che per farlo non si serve di un atto miracoloso, a cui avrebbe potuto fare ricorso, ma dell'uso di mezzi naturali. Si rivela, cioè, come una sorta di grande Dio-farmacista che conserva il farmaco (cioè il fiele), lo "applica" sugli occhi, lo lascia agire (non sappiamo per quanto tempo) e poi porta via con le mani la "leucocoria" frattanto ammorbiditasi o staccata.

**c) *Il fiele di pesce come farmaco*.** Non sappiamo di che pesce si trattasse, né...se fosse realmente un pesce. Secondo un'interpretazione di Cesare Bardi, che risale al 500, potrebbe trattarsi del *Vitulus marinus*, un mammifero acquatico simile alla lontra il cui fiele, nell'antichità si riteneva avesse proprietà terapeutiche proprio per

le patologie oculari. Inoltre, il suo fegato e il cuore bruciati producono un acre fumo che è facile ritenere possa “scacciare i demoni”.<sup>3</sup> Sta di fatto che, nell’antichità, il fiele di pesce veniva utilizzato proprio come rimedio per le malattie degli occhi, come riporta Dioscoride<sup>4</sup>:

### La farmacopea evangelica

**a) I rimedi del buon samaritano.** Com’è noto il samaritano appronta subito dei rimedi, che oggi definiremmo empirici ma, per il tempo, costituivano il comune trattamento delle ferite. In Lc 10, 34 leggiamo infatti: “Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino (*epicheōn elaion kai oionon*”. In realtà dal punto di vista strettamente procedurale la ferita andava prima lavata e poi fasciata ma, indubbiamente, l’autore non vuole fare un dettagliato resoconto clinico-terapeutico quanto evidenziare la prontezza del samaritano nell’approntare i rimedi disponibili. Il verbo *epicheō* è un verbo di uso prettamente medico ma era abbastanza comune e conosciuto per cui poteva essere utilizzato da chiunque. L’olio era utilizzato come lenitivo (lo si fa ancora oggi) e veniva impiegato nelle ustioni, il vino come detergente (più che disinfettante, come dicono molti testi, in quanto non si conosceva ancora il concetto di “infezione”). Tuttavia, la mistura dei due composti costituiva, in qualche modo, un rimedio a sé utilizzata proprio per la cura di piaghe e ferite.

**b) La pasta oftalmica del cieco nato.** La guarigione dell’uomo nato cieco, narrata solo da Giovanni è l’unica in cui Gesù faccia ricorso a un “sussidio terapeutico” se possiamo chiamarlo così:

Finché io sono nel mondo, sono la luce del mondo”. Detto questo, sputò per terra, fece del fango con la saliva, spalmò il fango sugli occhi del cieco e gli disse: “Va’ a lavarti nella piscina di Siloe” - che significa *inviato*. Quegli andò, si lavò e tornò che ci vedeva. (Gv 1, 5-7)

Delle molte risorse terapeutiche consigliate per le più svariate affe-

zioni oculari nessuna viene proposta per la cecità congenita. Il bagaglio terapeutico riportato dal Talmud può suddividersi in tre grandi gruppi: liquidi, pomate e misure non mediche (quali impacchi di foglie o di varie piante), tutti per uso topico.<sup>5</sup>

Di un certo interesse è il più usato di tali rimedi, una pasta chiamata in greco *kollourion* (dalla forma di pane conosciuta come *kollyra* e in aramaico *kilurith*). In caso di necessità tale pasta, commista con un liquido a cui si attribuiscono virtù terapeutiche (come il vino, il latte umano, la rugiada e la chiara d'uovo) veniva applicata direttamente sulla parte malata<sup>6</sup>. Il collegamento con la strana poltiglia di saliva e fango fatta da Gesù è immediato, soprattutto se si tiene conto dei «poteri» popolarmente attribuiti alla saliva di un personaggio carismatico<sup>7</sup>.

L'opinione tradizionale (che prescinde da questi elementi di carattere «terapeutico») vede fondamentalmente nel gesto di Gesù una provocatoria trasgressione del precetto sul sabato.<sup>8</sup>

Le linee interpretative, a questo punto, sono due: la prima potremmo definirla di tipo «taumaturgico» la seconda di tipo «teologico». Ovviamente non è esclusa una loro reciproca integrazione. Un'illuminante informazione fornitaci da Rengstorf<sup>9</sup> potrebbe immerterci nella pista di soluzione. Egli osserva che i termini *pélos* e *ptysma* (saliva) compaiono entrambi nelle prescrizioni di Asclepio in connessione con *abluzioni* nei santuari del dio. Ora poiché tali prescrizioni si collocano sia per il tempo (prima metà del II secolo) che spesso anche per il luogo (Pergamo) in un ambiente assai prossimo al IV Vangelo è possibile una loro deliberata utilizzazione, da parte di Giovanni, per i suoi intenti teologici. In pratica Giovanni vorrebbe contrapporre il «vero» dio-salvatore al «falso» dio-guaritore dimostrando per di più, con l'inaudita guarigione di un cieco<sup>10</sup> l'assoluta superiorità del primo sul secondo<sup>11</sup>.

**c) Gli inutili rimedi dell'emorroissa.** L'episodio della "donna che perdeva sangue"<sup>12</sup> si riferisce a una donna che era affetta da metrorragia. Il termine "emorroissa" con cui spesso compare nelle nostre

bibbie, compare nella tardo-latinità verosimilmente come erronea lettura del greco *haimorrhousa* cioè che perde sangue. Sulla natura della malattia il testo è estremamente dovizioso di particolari, tanto da consentirci una diagnosi sufficientemente esatta. I rilievi semeiotici sono infatti i seguenti. La metrorragia era, infatti, copiosa, di vecchia data, ingravescente, persistente.

Non credo che vi siano dubbi: la donna era affetta da una *fibromatosi uterina*<sup>13</sup> carcinoma endometriale (12 anni di malattia!) e l'iperplasia polipoide dell'endometrio (meno copiosa e non ingravescente). I rimedi popolari o pseudo-terapeutici contro le metrorragie erano a quel tempo tanto inutili quanto fastidiosi.

Non può essere trascurato, poi, il particolare relativo alle sofferenze causate dai medici. Certo non è da escludere il motivo apologetico del contrasto «medico umano = sofferenza / medico divino = guarigione» ma questo si impianta certamente su un retroterra culturale ben preciso, possibilmente anche su un ricordo storico. Quanto all'ammissione di Lc (che parla delle inutili terapie mediche ma non del peggioramento dovuto ad esse) potrebbe costituire un autorevole conferma della tradizione che lo vuole medico<sup>14</sup>, quasi un segno di «delicatezza deontologica».

L'intervento miracoloso di Gesù, quindi, con la "potenza" (*dynamis*) che sente fuoriuscire da se si colloca, quindi, in questo contesto empirico/farmacologico a cui il testo evangelico non allude direttamente ma che presuppone.

### Le farmacie monastiche

Un'importante espressione storica di "farmaceutica cristiana" è costituita dalle farmacie più o meno grandi che, dal Medioevo in poi, iniziano a sorgere nei monasteri. Alla base della loro presenza vi è la regola benedettina che dedica particolare attenzione ai monaci ma anche agli eventuali ospiti infermi (cap. 36 della "Regola").

Nascono così le prime "infermerie" monastiche all'origine dei piccoli ospedali annessi al monastero. Nasce così l'idea della "farmacia mo-

# S A N I T À      A R I S



nastica”, cioè di un locale ove dispensare farmaci a beneficio sia della comunità che dei pellegrini. Pare che proprio da tale locale derivi il predicato *officinalis* attribuito al nome scientifico di alcune piante utilizzate proprio nell'*officina* del convento (cioè nel laboratorio farmaceutico) come medicamento.

Le piante impiegate erano innanzitutto quelle spontanee trovate dai monaci che portò, nel tempo, a una grande competenza nel riconoscere tali piante e alla compilazione di veri e propri *herbaria* corredati spesso da pregevoli tavole illustrate.

La seconda era quella dell'*hortus conclusus*. Si trattava di uno spazio chiuso, come dice il nome, all'interno del monastero al cui interno si

coltivavano sia le vere e proprie piante medicinali (*hortus sanitatis*) che quelle per uso alimentare.

Infine l'*hortus simplicium* o "giardino dei semplici" in cui venivano coltivati "i semplici" cioè le piante-base dalla cui combinazione si potevano poi ottenere i diversi composti.

Le erbe coltivate o reperite cominciarono ad essere conservate in appositi contenitori nel cosiddetto *armadium pigmentariorum* vero e proprio antesignano di quella che sarà la farmacia monastica. Oggi in molti monasteri sono ancora visibili tali antiche farmacie, molte della quali sapientemente restaurate. Al tempo stesso, in molti monasteri, continua la tradizione di fabbricare prodotti terapeutici, alimentari e cosmetici ottenuti spesso, ancor oggi, con le antiche ricette monastiche.

<sup>1</sup> Preuss J., *Biblical and Talmudic Medicine*, The Sanhedrin Press, New York 1978, 266.

<sup>2</sup> (S. Gregorio Magno, *Omellie sui vangeli*, Om. 34, 8-9; PL 76, 1250).

<sup>3</sup> Sterpellone L., *La medicina nella Bibbia*, Rubettino, Soveria Mannezzli (CZ) 2004, 106.

<sup>4</sup> Dioscoride, *De materia medica*, II, 96.

<sup>5</sup> Preuss, *op. cit.*, 276.

<sup>6</sup> Preuss, *op. cit.*, 277 - 278.

<sup>7</sup> Boecher O., *Dämonenfurcht und Dämonenbvelehr Ein Beitrag zur Formgeschichte der christlichen Taufe*. Stuttgart 1970, 218.

<sup>8</sup> Brown R.E., *Giovanni. Commento al Vangelo spirituale*, Cittadella, Assisi 1979, 487.

<sup>9</sup> Rengstorf K.N., *pelós* in: Kittel F., *Grande Lessico del Nuovo Testamento*, X, 178, Paideia, Brescia 1975 .

<sup>10</sup> Si osservi a tal proposito l'enfatica sottolineatura del v. 32 "da che mondo è mondo non si è mai sentito che uno abbia aperto gli occhi a un cieco!"

<sup>11</sup> Rengstorf, *ibidem*.

<sup>12</sup> Matteo 9,20-22; Marco 5,25-34; Luca 8,43-48.

<sup>13</sup> Il carcinoma endometriale non poteva durare da 12 anni e l'iperplasia polipoide sarebbe stata meno copiosa e non ingravescente. Una rettorragia non giustificerebbe il comportamento della donna.

<sup>14</sup> Cfr Pesch R., *Il Vangelo di Marco*, Paideia, Brescia 478 (n. 23).

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



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

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

 Abbattimento  
delle farmaco-resistenze  
**FINO AL 99,9%**



- **99,9%** DELLA CARICA VIRALE<sup>4</sup>
- **52%** DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA<sup>1</sup>
- **70/99,9%** DEI GENI DI RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI<sup>1</sup>
- **70/96%** DEI PATOGENI RISPETTO AI METODI TRADIZIONALI<sup>1</sup>



- **51%** DEL CONSUMO FARMACI ANTIMICROBICI<sup>2</sup>
- **79%** DEL COSTO DELLA TERAPIA ANTIMICROBICA<sup>2</sup>
- **320** MILIONI DI EURO RISPARMIABILI IN SOLI 5 ANNI NEGLI OSPEDALI ITALIANI DI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI<sup>2</sup>



- **35%** RIDUZIONE DELL'IMPRONTA DI CARBONIO<sup>3</sup>
- **45%** RIDUZIONE DEL CONSUMO SOSTANZE CHIMICHE<sup>3</sup>
- **29/33%** DEI CONSUMI ELETTRICI E IDRICI<sup>3</sup>



Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza  
**DEL 52%**



Riduzione dei costi complessivi della terapia antimicrobica  
**DEL 79%**

**PCHS®**  
igiene biostabile

[pchs.it](http://pchs.it)

**copma**  
produttori di igiene  
cultori dell'ambiente

[copma.it](http://copma.it)

**di Costanza Chessa***Una vita tra sondaggi, report, dati e classifiche*

## L'INVASIONE SILENZIOSA

68

Dati, classifiche, statistiche, percentuali, differenze, peggio, meglio... Numeri, numeri e ancora numeri. Spuntano dai report dei soggetti più disparati, dai giornali, dai siti istituzionali, dalle ricerche accademiche, dai dashboard delle aziende. E ogni grafico, ogni percentuale, ogni tendenza di cui veniamo a conoscenza può avere un effetto reale sulla nostra vita individuale e sul modo in cui la comunità si organizza. Dunque, se si vuole navigare con consapevolezza in un mondo guidato dall'informazione quantitativa, il primo passo da compiere è comprendere quale e quanta influenza possono avere questi numeri.

Prima di tutto è bene avere la consapevolezza che tutti i Rapporti che seguono una qualsiasi indagine, non sono soltanto strumenti di sintesi, ma diventano guide che orientano scelte concrete. Una delle aree più visibili in questo senso, riguarda proprio la salute e lo stile di vita. Studi su dieta, attività fisica, sonno e malattie croniche pubblicati periodicamente, influenzano le nostre abitudini: cosa mangiamo, quanto ci muoviamo, come controlliamo lo stress. E quando da un sondaggio risulta che una certa dieta riduce il rischio di una patologia, è naturale che individui e famiglie ne considerino l'adozione o si dedichino all'elaborazione di piani alimentari. Allo stesso modo, le aziende sanitarie utilizzano dati aggregati per decidere quali servizi potenziare, quali campagne di prevenzione lanciare e quali gruppi targettizzare.

Nel mondo del lavoro e dell'economia personale poi, i dati, raccolti anche da istituti poco noti, non mancano di influenzare le nostre scelte. Cerchiamo lavoro? Ecco pronto l'elenco percentuale delle mansioni più ricercate. Pensiamo a piani di risparmio o dobbiamo prendere decisioni di investimento? Il ricorso e alle varie previsioni



sull'inflazione, sui tassi di interesse, sui titoli più attraenti è di rigore. Così lo è anche per le decisioni di consumo, influenzate da indici di fiducia o sondaggi sul potere d'acquisto: se in molti credono che una categoria di beni crescerà di prezzo, è probabile che si comportino di conseguenza, accelerando o ritardando l'acquisto.

Sarebbe però errato pensare che numeri e percentuali abbiano solo un effetto sui comportamenti individuali, anzi si può dire che modellano anche la socialità. Per esempio, le classifiche di ospedali, scuole, università o addirittura di città creano una mappa sociale che influisce sulla reputazione di luoghi e persone: ciò che è "considerato" di successo in una certa cornice statistica, diventa uno standard da imitare o a cui aspirare, influenzando scelte di mobilità, reti sociali e aspirazioni personali.

Insomma, quando le fonti sono percepite come affidabili, dati, sondaggi, report, classifiche e via dicendo diventano strumenti potenti di orientamento. La percezione di affidabilità influisce non solo su cosa decidiamo, ma anche su come discutiamo pubblicamente: dibattiti accesi, uso di dati selettivi o macrosistematici possono alimentare consenso, ma anche polarizzazione. In un ecosistema informativo in rapida evoluzione, la capacità di valutare criticamente fonti, indicatori e limiti metodologici è tanto importante quanto il dato stesso. Spesso i report tendono a semplificare complessità; questa semplificazione è utile, ma può anche mascherare incertezze e variabili non misurate.

Ci sono dunque limiti intrinseci da tenere presente nella valutazione di quanto ci viene raccontato. Per questo oltre alla qualità delle fonti, è importante considerare la rappresentatività dei campioni scelti, la

definizione delle metriche usate e la tempistica della rilevazione. Un dato può essere nuvoloso per molte ragioni: campioni non rappresentativi, manipolazioni di metodologia, o semplicemente una fotografia di un momento che non si ripete. E l'interpretazione può deviare se non si considerano contesti sociali, economici o culturali. Ecco perché diffondere numeri, classifiche e risultati di sondaggi comporta responsabilità etiche.

E ciò vale anche per chi legge e interpreta o addirittura allinea la sua vita a quei responsi. Per esempio, dati di salute, comportamenti di consumo o modelli predittivi basati su dati biometrici possono aumentare i rischi di esclusione o di sorveglianza. Non a caso preoccupa la situazione che si sta creando in Italia dove è in atto un'allarmante rivoluzione silenziosa: il 94% degli italiani cerca ormai informazioni mediche online. Il 43% usa già ChatGPT e l'AI generativa per la salute. Il 14% addirittura modifica le terapie senza consultare il medico. A rivelarlo è "Salute Artificiale", la prima ricerca in Italia a misurare scientificamente come l'Intelligenza Artificiale stia trasformando il rapporto degli italiani con la salute e con i medici.

Sta di fatto che la maniera in cui i dati vengono raccolti, conservati e condivisi determina chi può accedervi, con quali finalità e quali restrizioni. Quando i report aggregano comportamenti individuali senza trasparenza sulla privacy o senza il consenso informato, si aprono spazi di controllo esterno sulle scelte personali. Inoltre, la categorizzazione e le etichette statistiche possono contribuire a stereotipi o a bias strutturali se non accompagnate da una lettura critica e contestualizzata. Ecco perché reclamiamo la responsabilità delle Istituzioni. Hanno la responsabilità cruciale di assicurare innanzitutto che i dati siano utili, affidabili e rispettosi della dignità delle persone. Ciò significa promuovere e di conseguenza verificare standard di trasparenza, accompagnare i dati con spiegazioni accessibili e investire in pratiche di governance che proteggano la privacy.

Allo stesso tempo, la comunità deve promuovere pratiche di alfabe-

tizzazione digitale e statistica, incoraggiare dibattiti aperti e critici, e sostenere iniziative che trasformino i dati in azioni positive per l'uguaglianza, la sostenibilità e la coesione sociale.

Se i dati hanno un'influenza reale, è giusto chiederci come usarli in modo utile e giusto. Ma dobbiamo soprattutto essere consapevoli che se è vero che hanno la capacità di accompagnarci, ispirarci e spronarci a migliorare, è altrettanto vero che non possono e non devono sostituirsi al ragionamento umano, al contesto e all'empatia. Sono strumenti potenti, ma neutri soltanto nella misura in cui li usiamo consapevolmente, confrontando messaggi diversi, riconoscendo i limiti e scegliendo percorsi che tutelino la dignità di tutti. Se sapremo legare l'interpretazione dei numeri a una progettazione etica della società, i dati potranno diventare non solo una galleria di cifre, ma una bussola utile per azioni concrete, inclusive e sostenibili.



**di Paola Neri***Un fenomeno drammatico e complesso  
in continua ascesa*

## VIOLENZA DI GENERE, PERCHÉ?

Perché tanta violenza di genere nella società moderna? E' una domanda che in tanti ci poniamo, ma ancora con difficoltà riusciamo a dare risposta.

La persistenza di alti livelli di violenza di genere nella società attuale è un fenomeno complesso, radicato non in una singola causa, ma in una combinazione di fattori culturali, strutturali e psicologici.

Analisi attuali indicano che i principali motivi, nonostante i progressi sociali, sono da attribuirsi principalmente ad una cultura patriarcale dove la violenza è spesso usata come strumento per mantenere una gerarchia di genere dove l'uomo cerca di imporre dominio e controllo sulla donna, pertanto, persistono visioni sessiste che legittimano questa disparità.

Ad oggi i dati dei Centri Antiviolenza dislocati sul territorio nazionale e quelli raccolti nel Database Europeo degli Infortuni, dimostrano che le donne che arrivano in Pronto Soccorso dopo un'aggressione, nell'80% dei casi hanno tra i 15 e i 49 anni; in quasi il 60% dei casi, l'aggressore è un partner o un familiare. Quasi due terzi delle aggressioni avvengono in ambiente domestico o nelle vicinanze dell'abitazione.

La forma di violenza più frequente è quella fisica e spesso viene riconosciuta solo nei suoi esiti estremi (femminicidi), sottovalutando i segnali di allarme precedenti, come molestie verbali, minacce o controllo psicologico. Quindi c'è una minore percezione della così detta violenza "lieve"; infatti, restano in gran parte invisibili la violenza psicologica (stalking e violenza digitale), il controllo coercitivo e la violenza economica.



Le cause principali possono essere attribuite:

- **ad una resistenza al cambiamento sociale:** la maggiore emancipazione femminile e il continuo aumento delle denunce, possono scatenare una reazione violenta da parte di chi sente minacciato il proprio tradizionale potere.
- **a fattori educativi e relazionali:** la mancanza di una educazione all'affettività e al rispetto del consenso contribuisce al problema. Molti giovani confondono ancora la gelosia o il controllo con l'amore.

Queste norme culturali condizionano la percezione delle relazioni e possono portare a considerare la violenza come "normale" o tollerabile. In sintesi, la violenza di genere è un fenomeno strutturale e culturale che richiede un profondo cambiamento di paradigma, superando stereotipi millenari e promuovendo una reale parità tra i generi.

Per questo motivo occorrono azioni concrete e urgenti, come ad esempio rafforzare la formazione del personale sanitario per riconoscere anche i segnali meno evidenti; introdurre protocolli standardizzati di raccolta dati in tutta Europa; potenziare l'integrazione tra Pronto Soccorso e servizi specialistici di supporto; attuare sempre più campagne pubblicitarie attraverso i media e con le istituzioni, come corsi di formazione nelle scuole, nelle aziende.

Insomma, serve un impegno strutturale e costante nel tempo affinché l'attuale modello distorto e malato possa essere sconfitto radicalmente.

di **Lanfranco Luzi**

## IL MEDICO E IL FINE VITA

La morte è una componente ineluttabile della vita. Eppure, nella società contemporanea il solo pensiero della morte viene rimosso, evitato, nascosto. La medicina moderna ha compiuto passi straordinari nel prolungare la vita delle persone, ma si trova oggi di fronte a un interrogativo che interessa non solo la scienza, ma anche l'etica, il diritto e la coscienza individuale: è lecito scegliere di morire? E soprattutto, come deve comportarsi il medico di fronte a una richiesta di morte da parte di un paziente incurabile?

Lo sviluppo tecnico scientifico nel campo della medicina sta condizionando il tradizionale rapporto medico-paziente, orientandolo verso nuovi orizzonti. Nuovi profili etici, civili e tecnico-professionali hanno cambiato la medicina moderna creando scenari impensabili fino a pochi decenni fa. Al medico compete ascoltare le storie delle persone che a lui si rivolgono, le richieste di rispetto della persona e delle sue scelte, il bisogno dell'umanizzazione delle cure e la richiesta della tutela dei valori operando esclusivamente nell'ambito del proprio consenso. In Italia, il medico si trova ad affrontare una popolazione in cui gli uomini hanno un'aspettativa di vita superiore ai 77 anni e le donne oltre gli 82 anni. Il nostro Paese è quello che in Europa ha il maggior numero di anziani. Non sempre, ma frequentemente, è proprio l'età avanzata che porta nell'organismo umano diversi mutamenti, come la diminuzione delle difese immunitarie, una maggior frequenza di patologie a carico di organi ed apparati, con una facile possibilità di insorgenza di stati di cronicità fino, in casi estremi, alla disabilità-inabilità. Sicché i potenziali viandanti verso la soglia del fine vita sono le persone non più autosufficienti, i fragili, gli indifesi.

Ascoltare la loro voce non sarà sempre facile. Soprattutto se non si riscopre quell'idea romantica di assisterli, nel loro cammino, con professiona-



lità, impegno e amore. Ma quanti siamo a domandarci perché la questione assistenza agli infermi, agli affetti da malattie incurabili, non assuma mai il carattere di un'emergenza e mai considerata una priorità della politica? Purtroppo, la tendenza comune è quella di voler rimuovere le conseguenze inevitabili di un invecchiamento della popolazione, con le patologie croniche sì, ma anche con malattie acute, a prognosi infausta. Un tempo la persona malata, e non più curabile, era tenuta in casa. Oggi studi specialistici di settore mettono in guardia da un rischio: avere in casa una persona molto malata, magari colpita da deficit cognitivi dovuti direttamente o indirettamente alla patologia, non più in grado di lavarsi, costituisce il più micidiale acceleratore di povertà!

E allora si ricorre al medico curante, lo si coinvolge, forse per la prima volta, in modo attivo e oserei dire decisivo, nel trattare questioni inerenti alla fase terminale del passaggio terreno.

Indubbiamente si tratta di un argomento profondo che richiede alcune riflessioni. In pochi decenni è cambiato tutto. Soprattutto proprio sulle questioni riguardanti il fine vita. La possibilità di prendere, consapevolmente, decisioni e di esprimere le nostre scelte anche sul come concludere la nostra esistenza, comporta un impegno anche per i medici, i quali non si sottraggono alle loro responsabilità. E se è vero che è ormai nelle mani della Corte Costituzionale e del Parlamento stabilire se e quando si possa mai decidere se e come morire, resta sempre la famiglia il perno di ogni scelta. È infatti proprio nella famiglia che si accende e si alimenta quel fuoco dell'Amore che "tutto può". Certo non vien meno la responsabilità del medico curante, chiamato ad assistere il paziente proprio nel momento in cui debba prendere decisioni così importanti.

Con l'entrata in vigore della Legge 219/2017, l'Italia ha compiuto un passo

significativo nel riconoscere il diritto del paziente di rifiutare o interrompere le cure, anche se vitali. Il principio cardine di questa normativa è il consenso informato, che pone la persona al centro del processo decisionale anche in ambito sanitario. Ogni paziente, se capace di intendere e di volere, ha diritto di rifiutare qualsiasi trattamento, compresi l'alimentazione e l'idratazione artificiale, senza che ciò costituisca eutanasia.

E qui entra in gioco la frase "morire con dignità", divenuta l'icona dei fautori del suicidio assistito. Nessuno ha mai sostenuto che la dignità della persona comporti necessariamente il prolungamento della vita a ogni costo. L'accanimento terapeutico, come è noto, è bandito persino dal Catechismo della Chiesa cattolica. È pur vero, infatti, che in alcune situazioni, la prosecuzione delle cure può essere considerata come prolungamento della sofferenza piuttosto che atto di cura. Dunque, il rispetto del diritto di chiedere coscientemente la sospensione di cure, ormai divenute clinicamente inutili, è un atto di "pietas", soprattutto se confortato dall'amore di chi assiste il malato giunto ormai alla fine della sua avventura terrena per volontà del Padre.

La vita e la sua fine rappresentano – al di là di guerre inumane e violenze inaudite - il tema più delicato che una società moderna e inquieta, come la nostra, si trova ad affrontare. Il principio dell'autodeterminazione del paziente si va a confrontare con altri profili come il diritto, l'etica, la filosofia, la scienza biomedica ma anche con il pensiero della gente comune. Fare valutazioni singole talvolta non è facile.

Ci chiediamo, come medici, se tutto questo sia garanzia della nostra professionalità, di chi lotta inevitabilmente tra la propria missione di curare sempre e al meglio il malato, e la propria coscienza. Il momento attuale è contrassegnato da un'inattesa emergenza sanitaria e umanitaria. Ho visto colleghi fare grandi sacrifici, impegnarsi in turni massacranti e lottare ovunque, sia negli ospedali che nei centri territoriali competenti, per salvare vite umane mettendo, talvolta, a rischio la propria.

Gli eventi degli ultimi anni, che appaiono inarrestabili, stanno lacerando i nostri cuori e le nostre coscienze. Mai però perdere la speranza. È anzi il momento giusto per avanzare proposte concrete, per affrontare di nuovo il problema alla radice, per smuovere coscienze intorpidite che navigano nell'incertezza e nella confusione. Il medico, nella tradizione ippocratica, ha



il dovere di curare, alleviare la sofferenza, e mai causare intenzionalmente la morte. Nel contesto attuale, questa visione si è evoluta: curare non significa più semplicemente guarire, ma anche accompagnare il paziente verso una fine serena, evitando l'accanimento terapeutico e rispettandone le scelte. Il Codice Deontologico della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri vieta esplicitamente l'eutanasia attiva, ma incoraggia il medico a evitare trattamenti sproporzionati e a garantire sempre le cure palliative. In presenza di una richiesta esplicita da parte di un paziente incurabile, il medico deve valutare attentamente la situazione clinica, assicurarsi che la volontà del paziente sia libera e consapevole, e offrire sostegno umano ed emotivo, anche ricorrendo a colloqui etici o alla mediazione del comitato etico dell'ospedale.

Nel nostro modo di operare ci devono guidare due principi essenziali: il primo è il principio di equità e giustizia. Un medico deve guardare tutti i pazienti allo stesso modo. Non deve discriminare il malato in base al ceto sociale o alla condizione in cui si trova e deve garantire un'equa distribuzione delle cure e delle risorse. Il secondo principio è quello della beneficiabilità e non della maleficità, ossia dell'obbligo inderogabile di tutelare la salute e la vita del paziente nel rispetto della dignità dello stesso e di ogni diritto che a questa afferisce. In un certo senso possiamo dire che al medico spetta sempre una visione volta ad un progetto terapeutico. La richiesta di porre termine alla vita è la conseguenza drammatica di una disperata domanda di aiuto da parte di chi non sopporta più la sofferenza e vuole concludere quella che non sente essere più la sua vita.

Ecco perché assume tutta la sua importanza il consenso informato. Intanto rappresenta il diritto del paziente a conoscere le proprie condizioni di salute, ad essere informato in modo completo e comprensibile per ciò

che concerne la diagnosi, la prognosi, il beneficio del trattamento proposto, le alternative e le conseguenze di un eventuale rifiuto delle cure mediche, costituzionalmente garantito. Ma soprattutto, una volta informato sarà in grado di valutare se dare o negare il proprio consenso a questo o a quel trattamento medico-terapeutico. La Corte Costituzionale ha previsto anche il caso in cui il paziente non voglia essere informato in primis e che possa indicare il nome di un familiare o di un fiduciario che potrà rivolgersi, in sua vece, al medico e alla struttura ospedaliera.

Ma al di là della normativa, il dibattito sulla morte con dignità è profondamente etico e culturale. Anche in ambito religioso si è sviluppata una maggiore sensibilità verso l'accompagnamento compassionevole del malato, con un rifiuto dell'accanimento terapeutico. Sul piano laico, prevale invece la visione secondo cui la libertà individuale è un diritto inviolabile, anche nella fase terminale dell'esistenza. Il rispetto della libertà implica il permettere alla persona di non essere spettatore passivo del proprio decadimento, ma soggetto attivo delle proprie scelte, inclusa quella di dire basta. In mezzo a queste visioni si muove il medico, chiamato a una profonda responsabilità morale, spesso in solitudine. Deve ascoltare, comprendere, accompagnare. Deve saper distinguere tra una richiesta dettata dalla disperazione e una volontà lucida e consapevole. E deve agire nel rispetto della legge, della propria coscienza e della dignità del paziente.

Credo che oggi l'indipendenza di un medico, la sua autorevolezza di cittadino al servizio di altri cittadini siano la garanzia che le richieste dei sofferenti, le scelte dei pazienti vengano accolte con rispetto, solidarietà e amore. Quell'amore che resta un sentimento meraviglioso anche quando si manifesta con le sfumature più dolorose.

#### **Principali riferimenti bibliografici:**

Paola Minetti:- *garantire la vita del paziente fino all'ultimo istante-*( com. Igiene e Sanità del senato).

Luigi Conte: *Professione medica scienza e società, anno 2008, pag.: 82-89*

Mario Falconi: (Già Presidente Ordine dei Medici e Chirurghi di Roma):- *Non sarà una legge a risolvere il problema-* *Professione medica, 1-2008 pag. 67-68;*

Luzi Lanfranco: *-Anziani e disabilità: considerazioni etiche-*, *Sanità ARIS, 1-2008, pag:66-68*

Umberto Veronesi in:- *prefazione alla "dolce morte"- di Marie de Hennezel, Sonzogno Editore.*

# Da oltre vent'anni ci prendiamo cura delle strutture sanitarie.

Accreditamento e  
Compliance

Clinical  
Governance

Technology  
Solutions

Marketing e  
Comunicazione

Advisory e  
Management

Training e  
Providing



[innogea.com](http://innogea.com)



[info@innogea.com](mailto:info@innogea.com)



PALERMO - MILANO



Tel: +39 091 7434774 - +39 02 83623040

Fax: +39 091 336853



# 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**