

# SANITÀ ARIS

Trimestrale dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Anno II • Numero 2 • Giugno 2022



Anno II Numero 2 • Giugno 2022 • Poste Italiane SpA • Spedizione in abbonamento postale 70% • DCB Roma



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

**SERVIZI DI PULIZIA E SANIFICAZIONE**



**FORNITURE DI DETERGENTI E PRODOTTI PER PULIZIE**



**ACCESSORI E MONOUSO, FORNITURA DI PRODOTTI MEDICALI MONOUSO**



**GESTIONE RIFIUTI URBANI E SPECIALI**



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

**NOVITÀ**

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



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



**OFFERTA SPECIALE**

Già fornitrice di diverse strutture socio-sanitarie aderenti all'ARIS, l'azienda offre una particolare scontistica per tutte le Istituzioni associate, grazie ad una convenzione recentemente stipulata con ARIS nazionale. La promozione d'ingresso riguarda le mascherine ffp2 certificate, al costo di € 0,126 ed i tamponi antigenici per Omicron ad € 1,00.



Anno II - n. 2  
Giugno 2022

Direttore Responsabile:  
Virginio Bebbler

Redattore Capo:  
Mario Ponzi

Vicecaporedattore:  
Maria Rita Gentile

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

Segretario di Redazione:  
Massimo Scafetti

Art:  
Angelo De Mattia

Foto:  
Archivio ARIS  
Cine foto operatore: Marco Ponzi

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

Stampa:  
Tipografia Palombi & Lanci  
Via Lago di Albano, 20  
00010 Villa Adriana (RM)

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 Giugno 2022

# S O M M A R I O

**5** Editoriale  
Per un mix tra pubblico  
e privato in Sanità  
*Mauro Mattiacci*

**9** Il disperato no di Papa Francesco  
alla guerra  
*Mimmo Muolo*

## ASSEMBLEA GENERALE ARIS

**15** "Pubblica o privata  
no profit: un'unica sanità  
al servizio del cittadino"

**31** Ci siamo.  
e vogliamo esserci  
*Virginio Bebbler*

## L'ARIS AL XXIII CONVEGNO NAZIONALE DI PASTORALE DELLA SALUTE

**39** Il discernimento  
che prepara il futuro  
*Francesco Ognibene*

**45** Per il superamento dello scarto  
*Virginio Bebbler*

**55** PNRR, occasione da non perdere  
per ricostruire una sanità  
più attenta alla fragilità  
*Luigi Corbella*

**65** "Appello per la sopravvivenza  
del settore socio-sanitario"  
*Francesca Ercoli*

**71** Bioterrorismo:  
un pericolo reale?  
*L. L.*

**77** Quando tu sei vicino a me  
*Gianluca Biccini*

**81** Il valore di una testimonianza  
di carità  
*Lanfranco Luzi*

## INFORMAZIONE PUBBLICITARIA ALLARME CYBERSECURITY IN ITALIA

**84** One Health Vision:  
come prevenire  
gli attacchi informatici

**86** European Brokers:  
protezione assicurativa  
per responsabilità  
civile e copertura perdite dirette



Per un mix tra pubblico e privato

# UNA SANITÀ DA RINNOVARE, SENZA DISCRIMINAZIONI



di Mauro Mattiacci

“La sfida della sanità cattolica: Ora basta discriminazioni”. Ci piace iniziare la presentazione della recente Assemblea Generale della nostra Associazione, celebrata all’inizio di giugno, dal titolo apposto dal quotidiano *Avvenire* all’articolo dedicato all’indomani dell’evento.

Un titolo quanto mai appropriato poiché ha colto nel cuore il senso del messaggio che l’Assemblea ARIS ha inteso lanciare al sistema Paese. All’interno di questo numero della rivista vi è un ampio resoconto dei lavori, svoltisi in un contesto reso illustre, oltretutto dal Patrocinio concesso della Conferenza Episcopale Italiana, dalla presenza di personalità del mondo politico italiano, ma soprattutto dalla presenza di figure di primo piano della famiglia dell’ARIS.

Nell’inserito, oltre al discorso pronunciato dal Presidente P. Virginio Beber, pubblichiamo una sintesi dei diversi interventi tenuti a braccio dai relatori, accompagnata da alcune note di cronaca.

Si è trattato di un confronto diretto, e senza mezzi termini, tra rappresentanti di chi ci governa, o meglio di chi, direttamente o indirettamente, abbiamo contribuito a scegliere come nostri rappresentanti nel governo del sistema sanità - siamo pur sempre cittadini italiani - e strutture socio-sanitarie no profit nel particolare. Il tema scelto per la riflessione proposta - “Pubblica o privata no profit: un’unica sanità per la salute del cittadino” - mirava alla conferma di una realtà divenuta ormai innegabile, purtroppo proprio nel periodo della pandemia: il nostro sistema sanitario deve necessariamente fondarsi su un mix di sanità pubblica e privata

no profit e for profit convenzionata, poiché l'una non potrebbe bastare senza l'altra.

E sin qui si sono mostrati tutti concordi. Ma, ha chiesto P. Bebbber, se questa coesistenza è ritenuta effettivamente necessaria, e soprattutto è stata sancita e normata dalla legge istitutiva del SSN, perché negli anni è stata costantemente ignorata, tanto da consentire provvedimenti, anche legislativi, penalizzanti quando non addirittura discriminanti nei confronti di queste nostre strutture, peraltro regolarmente convenzionate?

Le risposte che abbiamo raccolto, a volte ci hanno lasciato un po' perplessi. Le nostre rimostranze sono giuste e fondate. Questo almeno ci è stato riconosciuto. Capita però – e anche questo è emerso nel corso della nostra Assemblea – che chi fa la legge a volte o non conosce a fondo la materia che è chiamato a normare o inconsapevolmente non tiene conto dell'evolversi e dello sviluppo che il tempo porta con sé, dunque della realtà che muta. Per carità, siamo convinti che non si tratti di malafede, in nessun caso.

Cosa possiamo fare noi, istituzioni socio-sanitarie no profit? La risposta sembrerebbe semplice: basta andare dal legislatore di turno e far presente la realtà concreta che si rappresenta, il ruolo che ci è stato assegnato, il servizio che ci è stato riconosciuto non come suppletivo né sussidiario ma equipollente, sedersi al tavolo accanto al legislatore e sistemare le cose con l'anima aperta al dialogo, al confronto, alla condivisione.

Purtroppo la realtà è ben diversa. Una strada

sempre in salita dove a volte si incontrano interlocutori sordi ad ascoltare le ragioni del mondo no profit.

C'è poi un piccolo particolare da non trascurare. Una recentissima ricerca sviluppata da una società statistica di livello nazionale, testimonia che l'apporto della sanità di diritto privato al SSN, per le sole giornate di degenza, non è proprio residuale con il suo 28,4 %, e ad un costo che rappresenta solo il 13% della spesa ospedaliera pubblica nella sua interezza. Complessivamente gli ospedali di diritto pubblico e quelli di diritto privato ammontano a 997 unità (statistica ferma al 2019), il 56,3% pubblici ed il 43,7% privati. E altri numeri proposti dalla suddetta ricerca mostrano un chiaro apprezzamento dei cittadini per un sistema ospedaliero misto. Realtà ed espressione popolare entrano ancora in Parlamento?

Certamente oggi siamo davanti ad un periodo nuovo della sanità. Ma è proprio questo il momento di ripensare ad una politica sanitaria altrettanto nuova, capace di tracciare un solco netto con il passato per intraprendere cammini nuovi, senza pregiudizi e senza discriminazioni tra quanti si prodigano nell'unica missione di assistenza verso i cittadini che vivono l'esperienza della malattia, e, come ha detto Papa Francesco, soprattutto senza alcuna forma di discriminazione tra persona e persona. Di fronte al dolore siamo tutti uguali. E questo deve valere anche per quanti si prodigano per alleviare questo dolore, pubblici o privati che siano.



## Aumenta l'efficienza, abbatti i costi energia!

Con un impianto ATET potrai produrre l'energia elettrica per il tuo autoconsumo recuperando calore per riscaldare, produrre acqua calda sanitaria e condizionare



**Impianti**



**Energy Management**



**Efficienza Energetica**

**Contattaci per  
informazioni**

[commerciale@atetsrl.it](mailto:commerciale@atetsrl.it)



# IL DISPERATO NO DI PAPA FRANCESCO ALLA GUERRA



di Mimmo Muolo

Dal 24 febbraio in poi le ha tentate tutte. Con gli appelli accorati a fermare le armi, i gesti sorprendenti come la visita all'ambasciata russa presso la Santa Sede e quelli di alto valore religioso come la consacrazione della Russia e dell'Ucraina al cuore Immacolato di Maria o la giornata di preghiera e digiuno in coincidenza con il Mercoledì delle Ceneri. Con il pesante rimprovero a quegli Stati che aumentano le spese militari, con l'invio nelle zone di guerra di due cardinali (Konrad Karjewski e Michael Czerny) e del ministro degli Esteri vaticano, l'arcivescovo Paul Richard Gallagher. Con la telefonata del 22 marzo scorso al presidente ucraino Volodymyr Zelensky e con la videochiamata al patriarca russo or-

todosso, Kirill, del 16 marzo. E anche con un'intervista al maggiore quotidiano italiano, Il Corriere della Sera, che fuori dal linguaggio felpato di una certa diplomazia non ha mancato di mettere in chiaro alcune verità. Prima tra tutte quella che la guerra scatenata da Putin con l'invasione dell'Ucraina, solo Putin la può fermare, sedendosi in maniera convinta al tavolo delle trattative. È questo il più pericoloso conflitto sul suolo europeo dalla fine della Seconda guerra mondiale visto con gli occhi di Papa Francesco. Un conflitto crudele e insensato come tutti gli altri (la guerra anche per Bergoglio, come per i suoi predecessori a partire da Benedetto XV, è <un'inutile strage>), con l'aggravante, però, di avvicinarsi alla catastrofica saldatura dei pezzi di quella terza guerra mondiale più volte denunciata dal Pontefice in questi suoi anni sulla Cattedra di Pietro.

Per Francesco non sono stati certamente mesi tranquilli. Il suo cuore di padre e di pastore è <straziato>, come egli stesso ha detto chiaramente all'Angelus di domenica 27 febbraio, su-



NO WAR

bito dopo lo scoppio delle ostilità. E il suo pensiero è andato tante volte alle vittime civili, donne, bambini, anziani rimasti uccisi per le bombe o costretti a fuggire in Polonia e in altre nazioni europee (tra le quali l'Italia) per mettersi in salvo, ma abbandonando casa e averi, senza sapere se e quando potranno tornare. Per questo, ripetutamente, Francesco ha chiesto di aprire corridoi umanitari, onde consentire l'evacuazione della popolazione delle zone dei combattimenti. Non sempre, purtroppo, è stato ascoltato. Così come infruttuosi sono stati nei primi tre mesi di guerra gli appelli al negoziato, per il quale – tramite il cardinale segretario di Stato, Pietro Parolin – la Santa Sede ha anche offerto la sua mediazione.

Per questo, soprattutto nelle prime settimane di conflitto, il Papa non ha mai nominato esplicitamente Putin. E pur parlando di aggressione all'Ucraina, non ha mai puntato esplicitamente il dito contro il capo del Cremlino. La ragione è apparsa ancora più evidente nelle dichiarazioni rilasciate dal Papa al Corriere. La sua richiesta di andare a Mosca e di parlare direttamente al presidente russo (ricevuto in Vaticano tre volte, l'ultima delle quali il 4 luglio 2019. Putin gli aveva anche telefonato per gli auguri di compleanno lo scorso 17 dicembre) è rimasta finora senza risposta. Ma è comunque una strada diplomatica che il Papa e i suoi collaboratori vogliono tenere sgombra.

Così come importante sarà l'evolversi delle relazioni con il patriarcato di Mosca, un altro terre-

no molto complesso. Certo, la posizione di Kirill a giustificazione della guerra, vista con gli occhi occidentali, appare incomprensibile. Il Papa che lo ha incontrato (prima volta di un pontefice nella storia) a Cuba nel 2016, era pronto a un nuovo incontro a Gerusalemme nel mese di giugno di quest'anno. Incontro poi saltato. La videochiamata di cui si è detto voleva essere una mano tesa per favorire il dialogo, anche ai fini ricercare eventualmente insieme una soluzione negoziale alla crisi (Kirill è in stretti rapporti con Putin, presente alle celebrazioni della Pasqua ortodossa a Mosca). Ma le relazioni sono tornate tese in seguito all'espressione di Francesco nella già citata intervista – male interpretata dal Patriarca e dal suo entourage – secondo cui i capi delle Chiese cristiane non devono fare da chierichetti ai governanti delle diverse nazioni.

Una cosa è certa. Papa Francesco non smetterà di adoperarsi in ogni maniera possibile per la pace. E da tutto ciò che sta facendo e continuerà a fare, emerge già un insegnamento di grande valore per chi vorrà ascoltarlo. Pur non mettendo in discussione il diritto di chi è aggredito a difendersi, il Pontefice continua a dire al mondo che la guerra è il peggior dei mali, che la produzione e il commercio delle armi crea sempre i presupposti per i conflitti e soprattutto che è molto pericoloso continuare a soffiare sul fuoco quando si ha a che fare con arsenali anche nucleari come quello russo. Fermarsi prima dell'irreparabile è dunque non solo consigliabile, ma doveroso. Nell'interesse di tutta l'umanità.

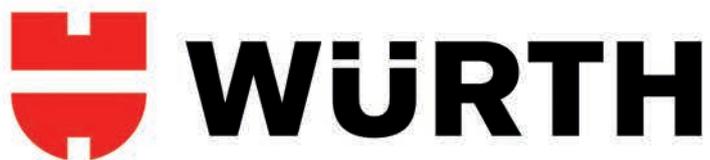


## **Ci prendiamo cura dei vostri rischi**

### **Potete contare su di noi**

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.

 **ASSITECA**  
consultative broker



# PRODOTTI E STRUMENTI PER PROFESSIONISTI

Scopri chi siamo  
[www.wuerth.it](http://www.wuerth.it)

#READY  
FOR WORK



Seguici sui social



Per informazioni: [aris@wuerth.it](mailto:aris@wuerth.it)

ARIS



ASSEMBLEA  
GENERALE

# *Assemblea ARIS*

*Aula Capitolare P.P. Passionisti  
Roma, 7 giugno 2022 ore 09.00*



# “PUBBLICA O PRIVATA NO PROFIT: UN’UNICA SANITÀ AL SERVIZIO DEL CITTADINO”

“Pubblica o privata no profit: un’unica sanità al servizio del cittadino” è il tema che ha ispirato la riflessione dell’Assemblea Generale dell’ARIS, la prima dopo due anni di interruzione a causa della pandemia da Covid-19. Si è celebrata a Roma presso la sede nazionale, agli inizi del mese di giugno, e si è svolta nella cornice delle grandi occasioni. Fatto di non poca rilevanza il patrocinio concesso all’evento dalla Conferenza Episcopale Italiana, la cui vicinanza alla nostra associazione è stata confermata dalla presenza del Direttore dell’Ufficio della Pastorale Sanitaria della CEI, don Massimo Angelelli. Al tavolo dei relatori si sono succeduti importanti personaggi del mondo della politica italiana, dal Vice Presidente della Camera dei Deputati, on. Andrea Mandelli, al Direttore dell’AGENAS, Domenico Mantoan. Tra i presenti il Presidente della Commissione Vaticana per la salute, don Marco Belladelli, il Presidente dell’UNEBA, Franco Massi, il dr. Sansovini del Gruppo GVM, oltre naturalmente ai massimi rappresentanti di numerose istituzioni Associate. Il tema dettato per l’Assemblea non ha mancato di suscitare spunti interessanti, tutti orientati nell’affermare la necessità di una più realistica visione della nuova situazione in cui si è venuto a tro-





vare il sistema salute del Paese dopo il difficile periodo vissuto, reso drammatico prima da un virus misterioso che continua a mutare pur di non abbandonare il campo, ed ora da una sciagurata guerra che sembra avere l'unico obiettivo di una mattanza sino allo sfinimento di un popolo sovrano, aggrappato con le unghie al suo desiderio di libertà, pronto a pagare un prezzo inumano pur di difenderla dalle grinfie dell'oppressore di turno.

Situazione complessa che ha fatto riaffiorare i problemi di sempre, primo fra tutti la discriminazione immeritata ai danni delle strutture sanitarie di diritto privato, quelle che hanno scelto il no profit - come le nostre nello specifico -, che dimostra soprattutto l'insensibilità di quanti, con una politica sanitaria sciagurata, hanno messo la sanità del Paese nelle condizioni di crollare alla prima seria spallata.

Ma se vogliamo trovare disperatamente qualcosa di buono in questa drammatica vicenda, l'andiamo a cercare nella evidenza di un assioma ben preciso: non c'è sanità pubblica senza sanità privata e non c'è sanità privata senza sanità pubblica. Ed il futuro del sistema, se si vuole che un futuro ci sia, non può discostarsi da un modello di sanità fondata sul mix sanità pubblica e sanità privata. Un concetto che, fortemente proposto dal Presidente Virginio Bebber nella sua relazione (il testo è nelle pagine successive), è stato sostenuto da tutti gli interventi che si sono susseguiti, con sfumature diverse ma tutte orientate ad una riforma del SSN, proprio a partire da questa nuova presa di coscienza e dalla speranza di poter finalmente contare su una cultura sanitaria che promuova una sanità reale anziché una sanità finanziaria.

## DON MASSIMO ANGELELLI: SULLA STRADA DEL RINNOVAMENTO

Il primo a sottolineare la necessità di riscoprire una nuova formula di coesistenza tra le diverse realtà è stato Don Massimo Angelelli, intervenuto subito dopo i saluti istituzionali del Presidente.

Don Massimo ha iniziato presentando il nuovo corso verso il quale si avvia anche la Conferenza Episcopale Italiana per essere più attenta e più vicina alle nuove realtà di un Paese che viaggia più o meno spedito, verso un futuro incerto, e che proprio per questo ha bisogno di un vigoroso cambio di marcia. Non è mancato il plauso ed il ringraziamento al Presidente uscente della CEI, il cardinale Bassetti, capace di tenere, con grande spirito di servizio ed eccellenti qualità pastorali, le redini della compagine vescovile italiana in un momento così difficile e pieno di insidie come quello appena trascorso. Quindi la presentazione del nuovo Presidente della CEI, il Cardinale Matteo Zuppi, scelto da Papa Francesco tra i pastori nati ed abituati a vivere il Vangelo tra i diseredati, gli ultimi, sbattuti sulla strada dalle vicende di una vita segnata dalle sofferenze e dallo “scarto”, come ama ripetere Papa Francesco.

Ha poi ricordato il nuovo documento pontificio “Praedicate Evangelium”, il cui fine è la riforma della Curia Romana, in particolare di

quel “Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrale”, che ha tra i suoi obiettivi la promozione della persona umana e della sua dignità, quella donatale da Dio, i suoi diritti, tra i quali non ultimo proprio il diritto alla salute. “Un diritto - afferma il Papa - che deve essere sostenuto e protetto da un’assistenza sanitaria giusta e integrale”. E don Massimo ha inteso sottolineare quali siano gli elementi necessari a questo tipo di assistenza: iniziative per evitare l’emarginazione dei malati e dei disabili; provvedere ad eliminare l’insufficienza di cure a causa dalla mancanza di personale, di attrezzature ospedaliere e di fornitura di farmaci nei paesi poveri; maggiore attenzione alla ricerca nella lotta contro le malattie, quelle rare in particolare.

Infine Don Angelelli ha parlato della prossimità. E nel farlo ha preso in prestito le parole pronunciate da Papa Francesco in una recente udienza concessa alla Confederazione Federsanità. Il Papa ha proposto una via da seguire in sicurezza, fortificandosi con tre antidoti. La prossimità prima di tutto. “È il primo antidoto - ha detto - all’autoreferenzialità”, il male del secolo. Farsi prossimi significa superare, anzi abbattere distanze, far sì che non ci siano ma-





lati di serie a e di serie b, mettere in circolo energie e risorse tali da far sì che “nessuno sia escluso dall’assistenza socio-sanitaria”.

Il secondo antidoto è l’integralità opposta alla frammentazione e alla parzialità, per riaffermare il concetto di salute in un’ottica integrale, che abbracci cioè tutte le dimensioni della persona. Infine il terzo antidoto, il bene comune, rimedio alla tentazione di perseguire interessi di parte. E sappiamo bene, come ha ricordato Don Massimo, che anche nel comparto sanitario è frequente la tentazione di far prevalere i vantaggi economici o politici di qualche grup-

po o di qualche individuo a discapito della maggior parte della popolazione.

Don Massimo ha quindi informato circa il progetto Samaritanus, iniziativa nata su impulso della CEI, e portata avanti in collaborazione da ARIS e UNEBA attraverso la costituzione di un’apposita Fondazione. Il progetto, ha spiegato, mira a favorire la formazione di infermieri in terra di missione, pronti a trasferirsi in Italia per lavorare presso strutture delle due associazioni che ne avranno fatto richiesta, così da compensare, almeno in parte, la scarsità di infermieri di cui soffrono le istituzioni socio-sanitarie.

# A S S E M B L E A   G E N E R A L E

Il Direttore dell'Ufficio per la Pastorale Sanitaria ha poi posto l'accento sulla questione RSA, sottolineando l'importanza del ruolo che esse dovranno interpretare ancora, anche nell'auspicabile riforma prevista dal Ministero della Salute. Non è mancata una nota polemica sul trattamento mediatico riservato proprio alle RSA nel periodo pandemico e, ribadendo l'assoluta fiducia nell'alta professionalità e nell'onestà del lavoro svolto dalle istituzioni socio-sanitarie che operano nell'ambito della sanità della Chiesa, ha annunciato

la celebrazione del prossimo open day delle RSA fissato al 1 ottobre di quest'anno, affinché tutti possano toccare con mano la qualità di vita assicurata agli anziani presi in carico. L'invito ad essere testimoni privilegiati dell'evangelica presenza della Chiesa nel mondo della salute ha concluso l'intervento del direttore.

Dopo l'intervento di Don Massimo Angelelli, il Presidente dell'ARIS, Padre Virginio Bebber, ha svolto la sua relazione, il cui testo integrale è nelle pagine seguenti di questo inserto.



## DOMENICO MANTOAN: “GRAVE ERRORE NON AVER INVESTITO IN SANITÀ. È IL MOMENTO DI CAMBIARE”

Il Covid ha spazzato via ogni dubbio: “non investire in sanità è stato un grave errore”. Quasi un mea culpa istituzionale l’incipit del Direttore Generale dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) Domenico Mantoan, intervenuto nel corso dell’Assemblea ARIS, subito dopo la lunga e applaudita relazione del Presidente Bebber. Non ha usato mezzi termini Mantoan nel mettere in luce i danni causati da un’errata politica sanitaria, fatta di tagli e rinunce, che ha portato alla deliberata chiusura di ospedali pubblici e che ha colpito, in certi casi irrimediabilmente, servizi e strutture sanitarie di diritto privato, soprattutto nostre associate no profit.

Ora però, è stata la sua assicurazione, le cose stanno per cambiare. La prova tangibile secondo AGENAS è il cospicuo investimento previsto dal PNRR per la sanità che riguarderà soprattutto l’organizzazione del territorio e la completa ristrutturazione del sistema ospedaliero nazionale. Dovranno essere costituite 600 centrali operative sul territorio (una ogni 100 mila abitanti) o comunque a valenza distret-

tuale se il distretto di riferimento abbia un bacino d’utenza maggiore. Tradotto in termini pratici significa che ogni centrale operativa dovrà avere nel suo raggio d’azione 1 ospedale di comunità, 2 case della comunità hub, due case della comunità spoke, un’organizzazione di assistenza domiciliare per gli over 65, il cui punto di riferimento restano le RSA, ed infine un hospice con almeno 8/10 posti letto.

A dare un’anima a questo complesso sistema dovrebbe essere DM 71, ha sottolineato Mantoan, il documento che andrà a dare corpo all’investimento del PNRR in sanità. Bisognerà cogliere questo momento, ha detto, per fare quel salto di qualità che tutti noi ci aspettiamo dalla riorganizzazione della territorialità. Certo, ha proseguito Mantoan, si dovrà rivedere anche il DM 70, nato in un momento certamente diverso e con obiettivi propri di una sanità vecchio modello. Ma adesso, ne è certo Mantoan, con il DM 71 le cose cambieranno. Cambieranno a cominciare dal personale, in particolare dal tetto fissato per la spesa del personale. Il blocco delle assunzioni, ha rico-



Insieme a chi assiste,  
al servizio dei più fragili



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

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

**Coop. Soc. Medihospes Onlus** Via Caduti Strage di Bologna, 5 - 70125 Bari - Telefono +39 080 9905341 - [www.medihospes.it](http://www.medihospes.it)

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



nosciuto il DG AGENAS, ha causato non poche falle nel sistema, come ha impietosamente messo a nudo l'emergenza causata dal Covid. Ma in tutto questo cambiamento previsto quale sarà il ruolo della sanità privata, visto che il PNRR non l'ha neppure presa in considerazione? E qui è iniziato un discorso che ha lasciato perplessa l'Assemblea ARIS. Se volete essere protagonisti - il succo del messaggio rivolto alle strutture rappresentate in Assemblea - dovette sedervi ai tavoli dove si fa programmazione. Ribadito il concetto che le nostre istituzioni sono equiparate alle strutture pubbliche quanto a diritti e doveri, riconoscimento di titoli e ser-

vizi, si avverte la necessità di "rinfrescare" continuamente la memoria delle istituzioni governative. Esempio eclatante di quanto poco siano preparati su questa materia gli organi decisionali è proprio la mancata presa in considerazione delle strutture sanitarie di diritto privato dall'estensore del PNRR. Conseguenza primaria è stata che persino la Corte di giustizia Ue si è permessa di fissare alcuni principi ritenuti fondamentali - per questo ripresi dai giudici nazionali-, dai quali si evince la completa esclusione dell'equiparazione degli ospedali classificati al regime degli ospedali pubblici, nonostante siano accreditati ed erogino

prestazioni concordate con le Regioni. La causa principale di quanto accade, ha affermato Mantoan, è che spesso chi fa le leggi non ha una conoscenza approfondita di tutto ciò che naviga attorno alla materia che è chiamato a normare e dunque sfuggono aspetti che poi causano distorsioni nel sistema. Nel caso della sentenza della Corte Ue è accaduto proprio questo: i giudici europei non sono stati portati a conoscenza del sistema che governa il nostro SSN proprio nel rapporto speciale tra sanità pubblica e sanità privata accreditata, chiamata ad operare e dunque a rivestire il contenuto di servizio pubblico. Le leggi vanno esaminate, studiate a fondo e poi si deve però intervenire al momento della stesura definitiva per aggiustare e correggere, chiarendo al legislatore le situazioni che magari gli sfuggono. “Devo dire per esperienza personale – ha aggiunto Mantoan – che voi da qualche tempo lo state già facendo, e ormai sedete a diversi tavoli, anche a quello di AGENAS. Ora sta per arrivare il DDL Concorrenza ed è bene che continuiate a farvi avanti. Si tratta di un documento molto importante, un’occasione da non perdere”. Mantoan ha poi sottolineato alcune criticità relative al personale: se è vero che i contratti di lavoro sono fermi

per alcune categorie da una decina di anni è altrettanto vero che anche le tariffe sono bloccate del ’95. L’affermato principio della sussidiarietà orizzontale significa proprio rendere dinamici i tetti di spesa; dunque, è giusto che se i contratti devono essere rinnovati anche le tariffe vanno aggiornate. Infine Mantoan ha aperto la visione su alcune possibilità che possono scaturire dal PNRR: “Il Piano – ha detto – prevede la costruzione o l’ammodernamento di 24 mila ospedali di comunità, 8 mila dei quali saranno finanziati con i fondi europei, ma altri 16 mila saranno lasciati all’iniziativa privata; dunque, anche voi potrete in qualche modo cogliere un’occasione. È pur vero che la frammentazione regionale esiste, ma deve essere considerata un valore aggiunto e non l’occasione per vestire, come ha detto il Presidente Bebber, il nostro SSN da Arlecchino”.

“Il messaggio che vi lascio – ha concluso il DG di AGENAS – è che in questo momento di rinnovamento dovete unire le vostre forze e presentarvi con tutta la creatività di cui siete capaci. Sarete certamente in grado di farvi valere, anche ricorrendo alla Corte Europea, per far capire ai giudici quale è il ruolo del no profit in Italia”.



## DOMENICO MENORELLO: “CHI NON È AUTOSUFFICIENTE E AUTODETERMINATO IN ITALIA SEMBRA NON AVERE DIRITTI”

Sostanzialmente sulla stessa linea è stato il dr Domenico Menorello, Coordinatore dell’Osservatorio Parlamentare “Vera Lex” e Coordinatore Agenda “Ditelo sui tetti”, il quale ha portato all’Assemblea il contributo di pensiero delle Associazioni riunite nella significativa sigla. Dopo aver illustrato l’esperienza vissuta nel suo ruolo e sottoscritto quanto affermato

dal Mantoan, Menorello ha voluto ribadire con forza la negatività di un concetto che sino ad oggi si è fatto prepotentemente avanti nella mentalità; non si può certo parlare di cultura poiché in politica è del tutto assente una cultura sanitaria “chi non è autosufficiente o auto-determinato in Italia – ha sottolineato - non sembra avere alcun diritto”.





## Cuore da cooperativa, testa da impresa, persona al centro

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

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



## ANDREA MANDELLI: PUBBLICO/PRIVATO, UNA COESISTENZA NECESSARIA AL PAESE

Raccogliendo l'invito di Aris il Vice Presidente della Camera Onorevole Andrea Mandelli ha espresso durante l'Assemblea il suo punto di vista sul ruolo al quale le nostre organizzazioni possono ambire nel prossimo futuro con un intervento dal titolo: "Pandemia e sanità di prossimità".

Il Vice Presidente ha anzitutto ricordato che gli scostamenti di bilancio approvati durante la pandemia, 200 miliardi, e le risorse attinte a beneficio del PNRR che dovranno essere rimborsate, altri 200 miliardi, spingono attualmente il nostro debito pubblico ad una consistenza complessiva

di oltre 2.750 miliardi. Consistenza che di fatto, considerato anche il non incoraggiante andamento delle curve demografiche, colloca sulle nuove generazioni una pesante eredità, ponendo anche questioni di equità e di sostenibilità dei sistemi sanitari e socio sanitari.

Il tutto in un contesto, almeno temporaneo, si auspica, di innalzamento dei tassi di remunerazione (e dunque di rifinanziamento) del debito pubblico.

In questo scenario è essenziale, ha proseguito l'Onorevole Mandelli, accompagnare le ini-





ziative del PNRR con una attenta valorizzazione delle risorse sociali e infrastrutturali già disponibili.

In primis quelle disponibili attraverso la società civile e le professioni sanitarie, non esclusa quella dei farmacisti, categoria della quale l'Onorevole Mandelli è presidente nazionale.

Assumendo come paradigmatica la posizione capillare di farmacie e farmacisti il Vice Presidente propone alle nostre Organizzazioni uno sforzo programmatico, sia a livello nazionale che regionale, per mettere a fattore comune competenze e occasioni di prossimità.

La rete delle strutture Aris è caratterizzata anch'essa una rilevante capillarità e può certamente candidarsi ad assolvere, sia come provider degli enti locali, sia nell'ambito di accordi e progetti, al ruolo di integrazione orizzontale e verticale che le premesse del PNRR – in particolare alle Missioni 5 e 6 – propongono come

obiettivo.

Per favorire questa interazione, ha concluso il Vice Presidente, occorre peraltro un investimento culturale reciproco tra strutture private e enti locali per addivenire ad una reale e fiduciosa coprogettazione dei servizi e degli interventi sulla base di una mappa condivisa dei bisogni e delle priorità di intervento.

Diversamente le strutture pubbliche continueranno ad attingere in modo eccessivamente oneroso alle risorse disponibili limitando, anche in relazione a talune note loro inefficienze, lo spazio concretamente a disposizione del privato, in particolare di quello motivato e sociale.

L'auspicio, in sintesi, è che Aris sappia intraprendere presso le istituzioni nazionali, regionali e locali un cammino di condivisione culturale che sposti dall'attuale logica subordinata i modelli di accreditamento e di assegnazione delle risorse tramite i budget.





## JOSÈ PARRELLA: ALLE PAROLE DEVONO SEGUIRE I FATTI

Dopo l'intervento dell'on. Mandelli, Josè Parrella ha portato la testimonianza di una delle strutture dell'ARIS, mostrando tutte le per-

plexità su quanto la politica sanitaria del Paese offra nei confronti del no profit.

## MAURO MATTIACCI: PROROGATE DI UN ANNO LE NOMINE ARIS

A concludere gli interventi, dopo un ampio dibattito sviluppatosi in Assemblea, è stato il Direttore Generale Mauro Mattiacci.

Il Direttore ha illustrato il bilancio consuntivo 2021 e il bilancio preventivo 2022, seguito dal presidente del Collegio dei revisori dei conti, che ha comunicato la relazione dell'organo di controllo. Ha fatto seguito una rapida ma esauriente discussione, al termine della quale i

bilanci, messi ai voti, sono stati approvati all'unanimità dai presenti.

Il Direttore ha infine informato che le Assemblee regionali Aris hanno votato a maggioranza la proroga di un anno dell'attuale Consiglio Nazionale e quindi della Presidenza.

L'Assemblea nazionale ha preso atto delle espressioni di voto e ha ratificato la proroga di un anno.



**ALSCO**<sup>®</sup>  
Linen and Uniform Rental Services

Veste il lavoro, firma l'igiene.

Igiene, protezione,  
sicurezza.



AMBIENTI  
CONTROLLATI



ABITI PROFESSIONALI  
E DPI



PRODOTTI  
COMPLEMENTARI



BIANCHERIA E  
DIVISE PER LA SANITÀ



IGIENE BAGNO



TAPPETI

[www.alsco.it](http://www.alsco.it)

### Vestizione sterile certificata

Il servizio **ALSCO STERILIS** di noleggio, sterilizzazione e lavaggio di set chirurgici in Tessuto Tecnico Riutilizzabile garantisce barriera antimicrobica, basso impatto ambientale, azzeramento dei costi di smaltimento, personalizzazione dei set, flessibilità di gestione. I camici e i teli chirurgici sono **Dispositivi Medici di Classe I** e soddisfano la norma **UNI EN 13795**. Il servizio risolve inoltre le criticità igieniche legate alle divise e alla biancheria in corsia, secondo la normativa **UNI EN 14065**.



La relazione del Presidente Virginio Bebber

# CI SIAMO. E VOGLIAMO ESSERCI



di Virginio Bebber

È bello ritrovarci qui, come una comunità, pieni di speranza in un futuro migliore, pensando ai tanti fratelli ammalati che si sono e si stanno affidando alle nostre strutture, fiduciosi nel nostro aiuto per superare un'esperienza dura e difficile come quella della malattia. Siamo un'associazione, una comunità, che viaggia ormai spedita verso i 60 anni di vita, età della pienezza di vitalità, della prospettiva di grandi progetti e quindi un momento corroborante, energetico, tonificante per spingerci verso un futuro, certamente pieno di sfide e di ostacoli da superare, ma che non ci spaventa grazie alla fede e al carisma ereditato dai nostri

santi fondatori e fondatrici, che ancora ci anima. Quante sfide hanno dovuto affrontare quanti ci hanno preceduto e quante ne abbiamo affrontate insieme in questi anni.

Oggi abbiamo deciso di porre al centro della nostra riflessione un tema che da sempre ci inquieta: sanità pubblica e sanità privata no profit verso un'unica missione, cioè la salute del cittadino. Una missione che noi abbiamo sposato in pieno sin dai primordi, ma che - e lo dico senza paura di essere smentito - hanno tentato in tutti i modi di ostacolare.

Non sono qui per elencare tutto quello che abbiamo dovuto superare in questi ultimi 10 anni, né quello che ancora ci rimane da superare. Non mi permetto di farlo, perché oggi non vogliamo trasmettere un messaggio lamentoso, piuttosto intendiamo alzare il livello di attenzione sulla situazione socio-sanitaria con la quale siamo chiamati a confrontarci, e rivendicare con forza, e ripeto senza lamentele, l'ab-



bandono di quella che è stata già definita la cultura della “sanità finanziaria”, preoccupata cioè solo di tagli e costi, per passare finalmente ad una cultura della “sanità reale”, attenta ai servizi da offrire ai cittadini/pazienti nel rispetto di quel conclamato concetto di assistenza universalistica che ha fatto del nostro SSN un esempio in Europa e nel mondo. E qui lasciate-mi citare la Costituzione Italiana che all’art. 32 recita:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

Oggi però mi chiedo dove sia finito quel SSN, nato 43 anni fa, nel quale avevamo posto tutta la nostra fiducia offrendoci come strutture socio-sanitarie che avevano scelto di essere “no profit” e, in quanto tali, pronte a rispondere ai dichiarati criteri di universalità e solidarietà sociale. Che fine ha fatto quel SSN che, sin dalla legge istitutiva, ci aveva riconosciuto e aveva normato il convenzionamento per essere legittimamente considerati parte integrante del nascente sistema, con gli stessi diritti e doveri dell’ospitalità pubblica, e nel pieno riconoscimento dell’equiparazione dei titoli e dei servizi?. E qui lasciatemi la licenza di una nuova citazione legislativa e precisamente il DL 229/99 che all’art. 1 punto 18 recita:

**“Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all’articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando**

**attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona.**

Io ricordo solo di aver dovuto sempre lottare per affermare il nostro diritto e la nostra dignità, mai pienamente legittimati

E poi è arrivato il covid, questo mostro famelico che ha rubato le vite di tanti nostri cari, di tanti nostri confratelli, di tanti nostri medici ed infermieri. A loro vada il nostro ricordo e la nostra preghiera.

Già il covid. Qualcuno lo ha definito uno stress test per il Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare si è trattato di uno stress test per le strutture ospedaliere. In particolare per le RSA, quando sono state coinvolte nel momento di massima difficoltà senza la benché minima assistenza nell’affrontare un’emergenza alla quale non erano prevedibilmente preparate, proprio per loro natura.

Nella prima ondata le difficoltà maggiori hanno dovuto affrontarle le Regioni con maggiore incidenza di contagi, dove sono entrate in affanno le terapie intensive.

Nella seconda, la pressione si è fatta sentire nell’ambito dei ricoveri cosiddetti “ordinari”, con interi reparti riconvertiti a “posti COVID” a scapito della possibilità delle strutture di far fronte alle esigenze dei pazienti affetti da altre patologie.

In questa seconda ondata si è quindi confermata l’incapacità del sistema di assistenza primaria (ancora spesso e impropriamente definito “territorio”) di fare efficacemente da filtro, evitando l’eccesso di pressione sulle strutture di ricovero.



Ma è emersa anche, e direi soprattutto, una realtà difficile da nascondere: senza il supporto della sanità privata questo quadro, già di per sé drammatico, si sarebbe trasformato in una tragedia indescrivibile.

Forse mai come in questa occasione si è manifestata la vera identità del nostro SSN, costituita cioè da un mix prezioso di sanità pubblica e sanità privata, laddove l'una non potrebbe bastare senza l'altra. Una coesistenza necessaria in un Sistema universalistico, come si ama definire il nostro SSN, per rispondere alla domanda di salute di tutti, dico tutti, i cittadini. Ben vengano le formule di sanità integrative, ma guai ad allargare ancor di più la forbice che fa degli italiani dei malati di serie a o di serie b. Bisognerà che le autorità istituzionali comincino a rendersi conto della necessità di una sostanziale riforma del SSN, laddove il mix sanità pubblica e sanità privata no profit e sanità privata for profit sia considerato un valore aggiunto piuttosto che una fastidiosa zavorra.

Le nostre strutture no profit, non possono più continuare ad essere ignorate, trattate da parenti poveri. Non possiamo e non vogliamo più sentirci "senza patria". E non possiamo né vogliamo più essere considerati, se non proprio una spina nel fianco, quasi un fastidio da sopportare con "paternale pazienza", tenuti più o meno buoni con "quel poco che resta nella zuppiera".

Purtroppo l'esperienza sembra non insegnarci nulla. A fronte di anni di politiche tese, da

una parte alla deospedalizzazione" e dall'altra al "potenziamento del territorio", sembra ormai acclarato che, per quanto concerne lo sviluppo dell'assistenza primaria, il processo sia sostanzialmente fallito o, quanto meno, in estremo ritardo rispetto a quanto auspicato in una copiosa normativa nazionale e regionale, e, principalmente, in estremo ritardo rispetto all'evoluzione del processo di deospedalizzazione. L'esito è scontato, non potendo che essere quello di una inadeguatezza di un sistema di offerta, indebolito su





versante (vedi il privato no profit) senza sufficiente compensazione sull'altro.

Sta di fatto che dopo anni di generalizzata corsa alla riduzione del ricovero, al taglio dei posti letto e alla chiusura di strutture ospedaliere, l'emergenza COVID ha rimesso tutto in discussione.

L'esigenza di una riprogrammazione dell'offerta ospedaliera è evidente, ed è auspicabile si basi su elementi oggettivi. Quali possono essere? Dovremmo avere a disposizione le pagine di un tomo corposo per declinarli tutti, poiché bisognerebbe analizzare tutti i numerosi trends del ricorso al ricovero

Eppure un'idea di quello che dovrà essere il Sistema ospedaliero del Paese dovremmo farcela. Il nostro è certamente un Sistema sanitario complesso, forse uno dei più complessi, anche se ritenuto di una certa eccellenza, magari fuori di casa nostra. Io credo sia necessario iniziare a ragionare sulla vision ancor prima di giungere ad una programmazione, che vorremmo seria ed efficiente, oltreché efficace. Ed in questo non bisogna dimenticare di guardare innanzitutto ai veri protagonisti di questo scenario, i nostri pazienti, i nostri malati, la loro richiesta di salute, le emergenze sociali che devono affrontare nella loro quotidianità. Anche se personalmente non amo molto snocciolare i dati, è tuttavia innegabile che è proprio da loro che bisogna partire per orientarsi al meglio. La popolazione italiana va sempre più invecchiando, è sotto gli occhi di tutti. E questo la dice lunga su quali potrebbero essere gli orizzonti che abbiamo davanti.

Cosa possiamo aspettarci che ci sia dietro l'angolo? Difficile rispondere perché il Sistema Paese, dominato ormai dalla logica del regionalismo differenziato, non può che influire pesantemente sui cambiamenti di un'azienda ospedaliera che dovrà affrontare il prossimo futuro nel rispetto delle logiche imposte dalle proprie regioni, le quali rivendicano piena "territorializzazione", o meglio "regionalizzazione" dell'assetto istituzionale del Sistema socio-sanitario, dunque anche dell'offerta ospedaliera.

Io credo che oggi sia quasi impossibile prevedere un quadro unico e/ dunque immaginare cambiamenti validi per tutti gli ospedali del Paese. Si è perduta definitivamente – se mai fosse esistita - una visione d'insieme, delle interazioni tra le componenti del Servizio Sanitario Nazionale, per inseguire una malintesa territorialità, che certo non vuol dire "ognuno fa quello che vuole". Ritengo sia urgente la stesura e la condivisione di un piano nazionale al quale i piani regionali dovranno afferire, altrimenti continueremo a vestire il nostro Paese a macchia di leopardo, o peggio ancora da Arlecchino.

E non ci sembra che il PNRR, almeno per quanto riguarda la sanità, vada verso questa strada... sperata più che attesa.

È certamente un fattore positivo che alla sanità sia stata riservata una fetta notevole dei finanziamenti previsti dal Piano europeista. Ma ancora una volta la sanità di diritto privato è del tutto ignorata, come fosse una ruota di scorta che, anche se usurata, conserviamo

in macchina da utilizzare se buchiamo di notte in autostrada.

Io direi che è purtroppo la conferma di tutte le lacune provocate dalla mancanza di una cultura sanitaria che guardi alla realtà piuttosto che esclusivamente alla quadratura dei conti. Ma ci si rende conto delle migliaia e migliaia di posti letto che le strutture convenzionate mettono in campo per l'assistenza ai cittadini ed alle stesse condizioni del pubblico? Delle migliaia e migliaia di operatori sanitari che si prodigano quotidianamente tra le corsie dei nostri ospedali, proprio come fanno i loro colleghi impiegati nel pubblico? Dell'alta tecnologia elettromedicale di cui sono dotate le nostre strutture, da aggiornare costantemente di tasca propria per restare al passo con i tempi e rispettare le formule del convenzionamento? E potrei continuare ancora ad elencare difficoltà a fronte di tagli, di tetti imposti, di accordi siglati da una parte e poi negati dall'altra. Per finire poi alla gogna mediatica.

Eppure oggi siamo qui a ribadire che l'ARIS c'è e continua a lottare per assicurare la più alta e professionalmente qualificata assistenza a chi a noi si rivolge, per difendere il futuro delle istituzioni, di quanti in esse lavorano e le loro stesse famiglie. Una scelta che in questo ultimo periodo è riuscita a catalizzare attorno a sé l'attenzione di quanti si battono per una sanità più giusta e solidale, alla portata di tutti quanti ne hanno bisogno.

È questo il messaggio che oggi vogliamo rilanciare.



# Sella

## Wealth & Business Advisory

**Il nuovo servizio di  
consulenza a 360°  
di Banca Sella  
per la cura delle finanze  
personali e dell'impresa**

I valori di una lunga  
tradizione  
imprenditoriale,  
un approccio  
consulenziale e  
un'offerta open  
di valore per  
rispondere a  
tutte le esigenze.

**Messaggio pubblicitario con finalità  
promozionale.** Per tutte le condizioni  
leggere attentamente la documentazione  
precontrattuale disponibile presso le  
Succursali di Banca Sella e sul sito [www.sella.it](http://www.sella.it)

[www.sella.it/banca-on-line/wba](http://www.sella.it/banca-on-line/wba) | 



# L'ARIS

AL XXIII CONVEGNO NAZIONALE  
DI PASTORALE DELLA SALUTE





SANITÀ ARIS

# IL DISCERNIMENTO CHE PREPARA IL FUTURO



di Francesco Ognibene

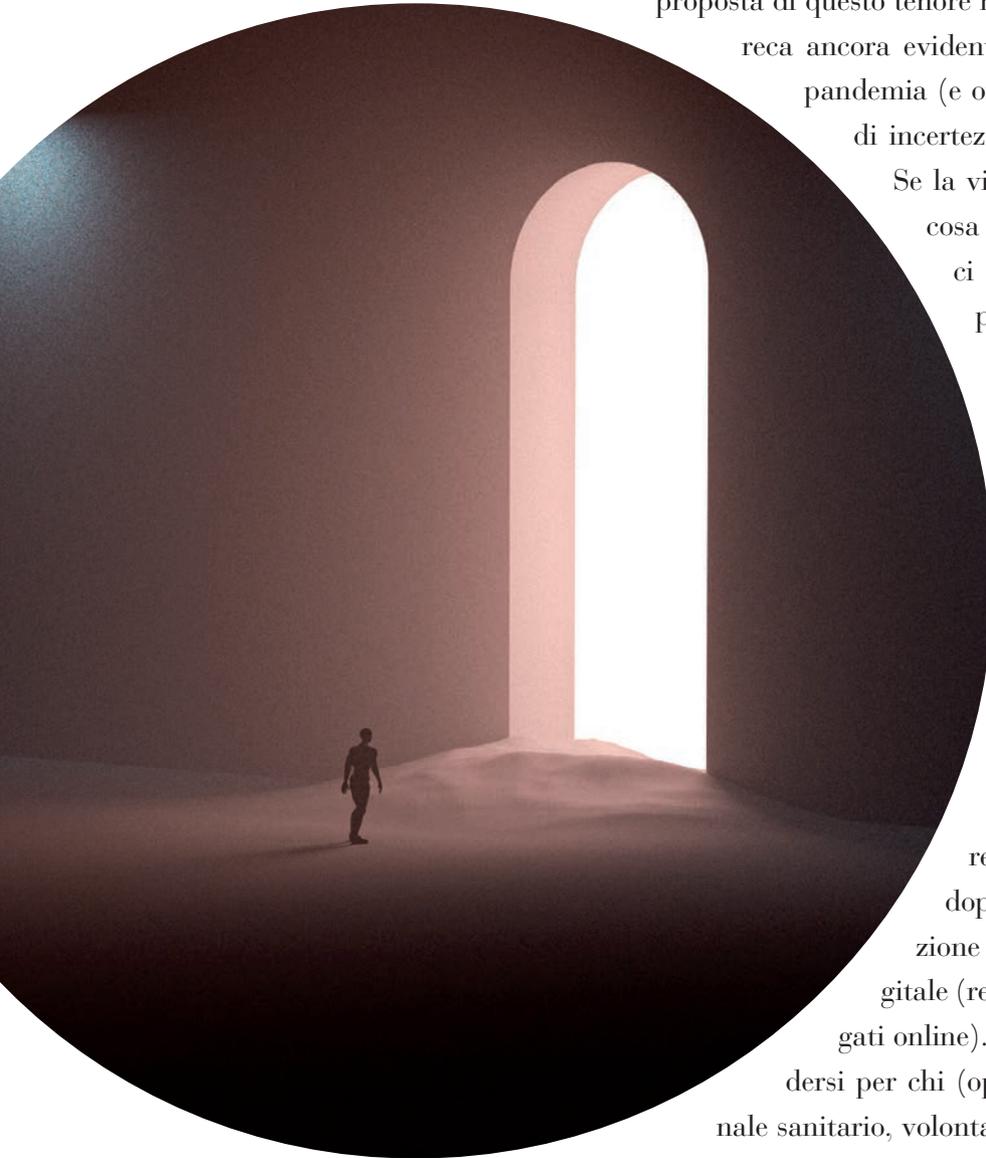
C'è in giro un'evidente fretta di recuperare le occasioni perdute, riprendere discorsi interrotti, rilanciare idee e progetti lasciati in stand by. Dopo due anni, "sospesi", si ambisce comprensibilmente a misurarsi di nuovo con la realtà, lasciando da parte le congetture e i sogni per tornare a dare concretezza alla vita. Ma tanto prevedibile agitarsi produce l'inevitabile domanda sulla direzione di un simile attivismo (convegni, festival, fiere, forum, manifestazioni, tutto in presenza, o al più in una forma mista) e sulla lezione che la pandemia può averci lasciato come eredità. Non ce ne saremo sbarazzati un po' troppo alla svelta? E

dove vogliamo arrivare con questo flusso impetuoso di iniziative? Che senso ha riaccendere il motore e accelerare se non è chiara la direzione collettiva?

Abbiamo ancora nel cuore nitide le parole del Papa nella meditazione solitaria del 27 marzo 2020 in piazza San Pietro: "Ci siamo lasciati assorbire dalle cose e frastornare dalla fretta", "abbiamo lasciato addormentato e abbandonato ciò che alimenta, sostiene e dà forza alla nostra vita e alla nostra comunità", e così la crisi pandemica ci ha risvegliati offrendoci "il tempo di scegliere che cosa conta e che cosa passa, di separare ciò che è necessario da ciò che non lo è". Ne abbiamo approfittato? Sorge il sospetto che questo tempo di prima ripresa debba essere – per i credenti, almeno – un tempo non di attivismo ma di meditazione su "cosa conta" e su "ciò che alimenta, sostiene e dà forza" a tutto ciò che si fa. Intendiamoci: non si tratta di ritirarsi dal mondo proprio quando il mondo ri-



## SANITÀ ARIS



prende a correre, come se il suo destino non ci riguardasse, ma di starci dentro con la consapevolezza che la responsabilità della testimonianza spinge verso un nuovo senso del vivere. Nuovi pensieri, nuove relazioni, nuovi modelli. Siamo certi che una proposta di questo tenore non sarà liquidata da una società che reca ancora evidenti i segni delle ferite impresse dalla pandemia (e ora dalla guerra, altro potente fattore di incertezza) sulle proprie presunte sicurezze.

Se la vita stessa è apparsa così vulnerabile, cosa occorre allestire insieme perché non ci accada più di cadere rovinosamente proprio quando ci eravamo convinti di essere destinati a un progresso indefinito? A quali idee forti legare la costruzione del futuro immediato? E a quali parole?

Sono le considerazioni di fondo che si porta a casa chi ha preso parte dal 9 al 12 maggio a Cagliari al Convegno nazionale di Pastorale della Salute organizzato dall'Ufficio Cei diretto da don Massimo Angelelli, che ha voluto proporre il ritorno a un incontro "di persona" dopo l'inevitabile salto del 2020 e l'edizione milanese di un anno fa a trazione digitale (relatori in presenza, partecipanti collegati online). Non è stata solo la necessità di rivedersi per chi (operatori pastorali, cappellani, personale sanitario, volontari...) anima il settore dell'azione ecclesiale che più di tutti si è trovato sul fronte nell'interminabile emergenza pandemica. Dalla Chiesa italiana è arrivato il chiaro messaggio che prima di riprendere la strada occorre osservare insieme i passi compiuti sin qui, esaminare di cosa è fatta la coscienza collettiva in questo inedito tempo di transizione verso un



## SANITÀ ARIS

indefinito “dopo”, prendere coscienza di ciò che si è visto e capito, e scegliere una direzione condivisa. Lo potremmo chiamare “discernimento”, ed è vero, così come è vero che si tratta di un genuino esercizio “sinodale”. Ma prima di tutto è un impegno di realismo: perché cos’è quel che l’impatto del Covid ha prodotto sulla vita, la società e la Chiesa se non un colossale (e drammatico) bagno di realtà?

Ecco spiegata la scelta di porre al centro del programma dei lavori – cui hanno preso parte 200 delegati dalle diocesi di tutta Italia – due approfondite analisi sullo “scarto sociale” e lo “scarto sanitario”, affidate a specialiste dei big data come Ketty Vaccaro (Censis) e Concetta Mirisola (Inmp-Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà). Non solo. L’idea-guida del convegno Cei di prendere piena consapevolezza di ciò di cui tutti abbiamo fatto esperienza, e solo a partire da questa base comune assumere le decisioni per l’azione che ci attende, ha “dettato” altri due inviti che hanno lasciato un segno profondo nei partecipanti: sono le testimonianze di Giovanna Botteri come inviata Rai nella Cina investita dallo tsunami del Covid (“Niente sarà più come prima. Che cosa è successo negli ultimi due anni”) e dell’arcivescovo greco-cattolico di Kiev, Sviatoslav Shevchuk





## SANITÀ ARIS

(L'odore delle pecore. Per un superamento dello scarto) in streaming dalla capitale ucraina. Un'intensa esperienza di condivisione sull'essenziale dell'umano "scarnificato" da pandemia e guerra, per la giornalista; e per il pastore il commovente resoconto di ciò che mostra come indispensabile per la vita l'esercizio brutale e insensato della violenza bellica.

A ben vedere, l'itinerario tra queste quattro voci-simbolo mostra quanto sia fertile la scelta che l'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute porta avanti con coerenza e creatività da alcuni anni: puntare cioè sul linguaggio fortemente evocativo dei sensi, con la scelta per ogni edizione di una chiave sensoriale, dalla vista a Roma nel 2018 al tatto a Caserta 2019, al gusto per Milano 2021, sino all'edizione in terra sarda che ha trovato nel tema a tutta prima piuttosto singolare ("Dall'odore al profumo. Per un superamento dello scarto", come gli altri anni sulla falsariga del "senso ritrovato", con il baricentro sull'olfatto) una fonte ricca di ispirazione. Un modo per dire che la Pastorale della Salute avverte la "chiamata" a parlare alle persone reali, nei luoghi dove si vede di cosa è fatta la loro e nostra quotidianità, si tocca con mano la concretezza del loro vissuto, si assapora ciò che ci offre il nostro tempo, si prende coscienza della loro condizione reale dall'odore che emana, invitante o respingente che sia. Il viaggio nella terra della malattia, del dolore, della solitudine e della sofferenza conferisce a questo percorso sensoriale un realismo che non ci consente di cavarcela con formule spirituali o teo-

logiche astratte ma impone di misurarci con il mondo così com'è, senza sconti, a partire dal suo volto vero.

Val dunque la pena, assai più che proporre una sintesi degli interventi (sul sito dell'Ufficio Cei sono disponibili i video integrali di tutte le sessioni), offrire alcune parole che restano, tra gli appunti di tre giorni densi e vivaci. Ne proponiamo, simbolicamente, dieci, per altrettante voci di protagonisti dell'evento.

1. "La nostra vulnerabilità ci espone al rischio di diventare 'scarto', una possibilità che può accadere a tutti: la linea di demarcazione è più labile di quel che si crede. E spesso le fragilità hanno un fattore incrementale, quelle di salute si sommano a quelle economiche e psicologiche" (Ketty Vaccaro, responsabile area Welfare del Censis).
2. "Abbiamo un'ottima sanità, un Ssn esemplare, ma che fatica a includere i 'poveri sanitari', cioè la quota di chi ha difficoltà ad accedere a cure di qualità. Una disegualianza che la pandemia ha fatto crescere" (Concetta Mirisola, direttore generale Inmp).
3. "La riorganizzazione della sanità che la pandemia ha mostrato necessaria dev'essere ispirata a un approccio olistico al malato. La parola chiave oggi è cura, responsabilità verso l'altro, specie quand'è infermo. La Chiesa deve promuovere luoghi di cura come accoglienza, prossimità e ospitalità comunitarie" (monsignor Francesco Savino,



## SANITÀ ARIS

vescovo di Cassano all'Jonio e vicepresidente della Cei).

4. “La povertà affettiva e relazionale causa le psicopatologie che vediamo crescere. La fragilità non è solo economica o fisica ma riguarda anche la salute mentale. È quella che chiamo povertà vitale, che porta allo spreco delle persone” (Alberto Siracusano, ordinario di Psichiatria, Università Roma Tor Vergata).
5. “La nostra precarietà è il luogo della conoscenza di Dio, perché è lì che si misura la distanza da Lui e insieme la Sua vicinanza. La debolezza porta a chiedere aiuto. Attenzione a chi sembra ‘non contare nulla’, perché è da lì che Dio ha voluto iniziare a costruire il suo Regno” (padre Andrea Stefani, cappellano al Policlinico Gemelli).
6. “In questi tempi terribili bisogna costruire la pace. Lo si fa andando verso quello che sentiamo come nemico, creando uno spazio di incontro, altrimenti si alimenta altro odio. Per oltre due anni abbiamo portato tutti una croce, e oggi possiamo fare la differenza. È inaccettabile pensarci impotenti” (Giovanna Botteri, giornalista Rai).
7. “Il virus ci ha ricordato che siamo mortali, abbiamo paura di morire. Tutti sono tornati a chiedersi: cosa cerchiamo, davvero? Il tema fondamentale oggi è quello del vivere, ce lo ricordano per primi i ‘laici’, che più di noi ora si interrogano su chi è davvero l'uomo. La Chiesa deve convocare al suo tavolo le domande più profonde sulla vita” (mon-
- signor Giuseppe Baturi, arcivescovo di Cagliari).
8. “Ci pensavamo immuni da quello che abbiamo sperimentato, tra pandemia e guerra: inevitabile che cambi il nostro sguardo sul futuro. Impariamo a riconoscere gli ‘amici della speranza’: conoscenza reciproca, ascolto dell'altro, creatività, accoglienza del nuovo, gratificazione vicendevole, fare le cose insieme, sostenere la vulnerabilità altrui” (don Maurizio Gronchi, teologo).
9. “La guerra sta rivelando chi è davvero ognuno di noi: tutte le maschere cadono in un momento. La mia preghiera sotto le bombe? Signore, tu mi hai messo qui, proprio adesso, non l'ho scelto io. Sono responsabile di tanta gente. Allora io mi fido di te, se mi hai chiamato sono nelle tue mani. E con la fiducia dammi il coraggio. Non so cosa succederà domani, lo sa solo Dio: io mi fido della saggezza divina. E devo dire che Dio provvede e ci aiuta” (monsignor Svjatoslav Shevchuk arcivescovo maggiore della Chiesa greco-cattolica ucraina a Kiev).
10. “Prendiamo atto che non è ‘andato tutto bene’, non può tornare tutto come prima, che non ci sono eroi ma professionisti che curano le persone. Chi esce da due anni di fatica e buio chiede di essere rassicurato, consolato, abbracciato. La Chiesa oggi sia Cristo stesso che allarga le braccia sulla Croce per abbracciare tutti” (don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute).





SANITÀ ARIS

L'ARIS al XXIII Convegno Nazionale di Pastorale della Salute organizzato dalla CEI

# PER IL SUPERAMENTO DELLO SCARTO



di Virginio Bebber

*“Dall’odore al profumo: il senso ritrovato per un superamento dello scarto” è il titolo del XXIII Convegno Nazionale di Pastorale Sanitaria organizzata dalla Conferenza Episcopale Italiana a Cagliari nello scorso mese di maggio. Durante una delle sezioni dell’Assemblea, intitolata “RSA: una sfida per il futuro di un’Italia che invecchia”, l’ARIS – chiamata con UNEBA ad organizzare la sezione – è intervenuta con diversi rappresentanti. Alla Tavola rotonda dedicata alla riflessione – moderata dal dr. Andrea Bongioanni, Presidente di ARIS Puglia – sono intervenuti il Presidente Padre Virginio Bebber ed il dr. Luigi Corbella dell’Ufficio fiscale ARIS. Di seguito i loro interventi.*

## PADRE VIRGINIO BEBBER: UN ATTO D’AMORE PER L’UOMO CHE INVECCHIA

Gentilissimi,

mi fa piacere porgere il benvenuto dell’ARIS a tutti i partecipanti a questo incontro. In modo particolare mi sia consentito di rivolgermi al caro dr. Franco Massi e a tutti gli amici dell’UNEBA con i quali abbiamo lavorato in questi giorni proprio per organizzare questo evento nell’ambito dell’Assemblea della CEI. Mi fa piacere anche sottolineare come sempre più spesso proprio con UNEBA ci incontriamo lungo un cammino pieno di ostacoli, che, sono convinto, sapremo superare se riusciremo a percorrerlo insieme, gli uni accanto agli altri, sino al traguardo.

“RSA: una sfida per il futuro di un’Italia che invecchia” è il tema che abbiamo scelto per questa giornata di riflessione. L’Italia che invecchia. È senza dubbio



## SANITÀ ARIS



prende a correre, come se il suo destino non ci riguardasse, ma di starci dentro con la consapevolezza che la responsabilità della testimonianza spinge verso un nuovo senso del vivere. Nuovi pensieri, nuove relazioni, nuovi modelli. Siamo certi che una proposta di questo tenore non sarà liquidata da una società che reca ancora evidenti i segni delle ferite impresse dalla pandemia (e ora dalla guerra, altro potente fattore di incertezza) sulle proprie presunte sicurezze.

Se la vita stessa è apparsa così vulnerabile, cosa occorre allestire insieme perché non ci accada più di cadere rovinosamente proprio quando ci eravamo convinti di essere destinati a un progresso indefinito? A quali idee forti legare la costruzione del futuro immediato? E a quali parole?

Sono le considerazioni di fondo che si porta a casa chi ha preso parte dal 9 al 12 maggio a Cagliari al Convegno nazionale di Pastorale della Salute organizzato dall'Ufficio Cei diretto da don Massimo Angelelli, che ha voluto proporre il ritorno a un incontro "di persona" dopo l'inevitabile salto del 2020 e l'edizione milanese di un anno fa a trazione digitale (relatori in presenza, partecipanti collegati online). Non è stata solo la necessità di rivedersi per chi (operatori pastorali, cappellani, personale sanitario, volontari...) anima il settore dell'azione ecclesiale che più di tutti si è trovato sul fronte nell'interminabile emergenza pandemica. Dalla Chiesa italiana è arrivato il chiaro messaggio che prima di riprendere la strada occorre osservare insieme i passi compiuti sin qui, esaminare di cosa è fatta la coscienza collettiva in questo inedito tempo di transizione verso un



## SANITÀ ARIS

indefinito “dopo”, prendere coscienza di ciò che si è visto e capito, e scegliere una direzione condivisa. Lo potremmo chiamare “discernimento”, ed è vero, così come è vero che si tratta di un genuino esercizio “sinodale”. Ma prima di tutto è un impegno di realismo: perché cos'è quel che l'impatto del Covid ha prodotto sulla vita, la società e la Chiesa se non un colossale (e drammatico) bagno di realtà?

Ecco spiegata la scelta di porre al centro del programma dei lavori – cui hanno preso parte 200 delegati dalle diocesi di tutta Italia – due approfondite analisi sullo “scarto sociale” e lo “scarto sanitario”, affidate a specialiste dei big data come Ketty Vaccaro (Censis) e Concetta Mirisola (Inmp-Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà). Non solo. L'idea-guida del convegno Cei di prendere piena consapevolezza di ciò di cui tutti abbiamo fatto esperienza, e solo a partire da questa base comune assumere le decisioni per l'azione che ci attende, ha “dettato” altri due inviti che hanno lasciato un segno profondo nei partecipanti: sono le testimonianze di Giovanna Botteri come inviata Rai nella Cina investita dallo tsunami del Covid (“Niente sarà più come prima. Che cosa è successo negli ultimi due anni”) e dell'arcivescovo greco-cattolico di Kiev, Sviatoslav Shevchuk (L'odore delle pecore. Per un superamento dello scarto) in streaming dalla capitale ucraina. Un'intensa esperienza di condivisione sull'essenziale dell'umano “scarnificato” da pandemia e guerra, per la giornalista; e per il pastore il commovente resoconto

di ciò che mostra come indispensabile per la vita l'esercizio brutale e insensato della violenza bellica.

A ben vedere, l'itinerario tra queste quattro voci-simbolo mostra quanto sia fertile la scelta che l'Ufficio Cei per la Pastorale della Salute porta avanti con coerenza e creatività da alcuni anni: puntare cioè sul linguaggio fortemente evocativo dei sensi, con la scelta per ogni edizione di una chiave sensoriale, dalla vista a Roma nel 2018 al tatto a Caserta 2019, al gusto per Milano 2021, sino all'edizione in terra sarda che ha trovato nel tema a tutta prima piuttosto singolare (“Dall'odore al profumo. Per un superamento dello scarto”, come gli altri anni sulla falsariga del “senso ritrovato”, con il baricentro sull'olfatto) una fonte ricca di ispirazione. Un modo per dire che la Pastorale della Salute avverte la “chiamata” a parlare alle persone reali, nei luoghi dove si vede di cosa è fatta la loro e nostra quotidianità, si tocca con mano la concretezza del loro vissuto, si assapora ciò che ci offre il nostro tempo, si prende coscienza della loro condizione reale dall'odore che emana, invitante o respingente che sia. Il viaggio nella terra della malattia, del dolore, della solitudine e della sofferenza conferisce a questo percorso sensoriale un realismo che non ci consente di cavarcela con formule spirituali o teologiche astratte ma impone di misurarci con il mondo così com'è, senza sconti, a partire dal suo volto vero.

Val dunque la pena, assai più che proporre una sintesi degli interventi (sul sito dell'Ufficio Cei sono disponibili i video integrali di tutte le ses-



## SANITÀ ARIS

un tema di estrema attualità. Noi ce ne stiamo occupando da tempo, ma la stragrande parte dell'opinione pubblica, e purtroppo anche istituzionale, sembra si sia accorta solo adesso dell'esistenza di una così vasta parte di popolazione che invecchia. Se ne è accorta nel momento in cui la pandemia ha messo a nudo la fragilità della persona anziana, perché ha pagato il prezzo più alto in termine di vite stroncate. Eppure io ricordo che durante uno dei primi convegni ai quali partecipai come Associato ARIS, e parlo di circa quarant'anni fa, rimasi colpito dalla predizione del prof. De Rita il quale, illustrando alcuni dati del CENSIS, ipotizzò che nel 2025 la popolazione italiana sarebbe stata composta in grandissima parte da over 70.

Allora il 2025 era ancora un miraggio. Oggi è alle porte e quella sorta di profezia si sta avverando. Lo dicono i dati. Dati che si proiettano ancora oltre. Se oggi infatti la popolazione mondiale è costituita da 703 milioni di anziani (età  $\geq 65$  anni) dei quali 200 milioni distribuiti fra Europa e Nord America, si stima che tale numero raddoppierà nelle prossime tre decadi, raggiungendo il valore di 1,5 miliardi nel 2050. Dunque bisognerà cominciare a fare seriamente i conti con questa realtà iniziando a prendere finalmente coscienza che ciò che conta per l'essere umano non è tanto quanto si protrarrà l'arco della sua esistenza, quanto piuttosto la necessità di provvedere alla qualità della vita che gli resta da vivere.

Purtroppo quello che abbiamo imparato dalla tragica esperienza vissuta in questi anni è che il mondo dell'anziano è a rischio. A sottolinearlo è stato, nei mesi scorsi, il Presidente Mattarella il

quale in un suo messaggio invitò ad avviare dei percorsi di diagnosi e cura "per chi è fragile o rischia di diventarlo con il passare degli anni". "Preservare e curare al meglio gli anziani - agguinse - è cruciale per una comunità: non è così scontato che ci siano tanti decessi che riguardano gli anziani né questo deve essere accettato con sufficienza o con rassegnazione".

In verità già prima dello "scoppio" della pandemia da COVID-19 il rapporto tra nascite - in costante segno negativo - e aspettative di vita - sempre in crescendo soprattutto nel nostro Paese -, aveva fatto suonare più di un campanello di allarme. Non a caso la branca medica dedicata alla geriatria è andata sempre più affinandosi e negli ospedali sono fioriti reparti ad essa dedicati. Il sistema sanitario si è trovato nella necessità di allineare i bisogni via via crescenti dei pazienti anziani ai costi ingenerati dall'erogazione delle loro cure. Costi che si sono rivelati tanto elevati da mettere in seria crisi lo stesso concetto di welfare, come lo intendiamo nel nostro Continente. Questo problema di sostenibilità dei costi è stato determinato soprattutto dall'incremento progressivo della speranza di vita degli individui, che si confronta con i bisogni di una popolazione sempre più anziana, spesso fragile e comunque gravata di comorbilità croniche che richiedono frequenti ospedalizzazioni.

E sono sorti i primi problemi.

Quella anziana è una popolazione che di fatto è sottoposta gradualmente ad un distanziamento sociale e che viene considerata, più che una risorsa, proprio un peso per i Sistemi Sanitari. Ciò in buona parte per le cronicità e per i costi delle continue ospedalizzazioni. Gli an-



## SANITÀ ARIS

ziani, non presi in carico dalla Società, tendono a isolarsi, a ridurre la loro attività fisica, a ridurre i loro interessi sociali ed in generale a prendersi poca cura di sé; questi stili e condizioni di vita rappresentano il presupposto per la cronicità e per il decadimento cognitivo. Con la pandemia è sorto un altro aspetto: la fragilità psico-sociale si è drammaticamente aggravata. La solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Gli anziani in solitudine, e costretti nelle proprie abitazioni, potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. Questo comportamento rischia ora di creare un 'sommerso' sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi. Ma c'è anche un aspetto che possiamo considerare, nonostante tutto, positivo: il COVID-19 ha "sdoganato" una serie di modalità di fare medicina che prima erano considerate inappropriate: l'uso del telefono per spiegare al medico i sintomi, il consiglio telefonico, l'invio dei dati di pressione con un WhatsApp fatto dal nipotino o dalla figlia. L'aspetto più consistente in questa vicenda sta nel fatto che il messaggio di utilizzare anche mezzi non tradizionali per comunicare i propri bisogni viene direttamente dalle autorità sanitarie. Insomma, vengono messi in pratica,

per necessità, anche se in embrione, i principi e i metodi della telemedicina. Ciò significa che tali mezzi, assieme alla tecnologia digitale (sensori, smartphone, tablet, etc.) permettono in tempi di "pace" di controllare la qualità di vita del paziente, sorvegliare l'attività fisica svolta e l'aderenza alle cure. Si tratta dunque di creare sistemi di presa in carico e di assistenza che





## SANITÀ ARIS

mettono il paziente al centro del processo, ma che tuttavia prevedono attorno a lui la presenza di team che intervengono con risposte calibrate alla necessità (una telefonata, una visita, la somministrazione a domicilio di un farmaco, il supporto psicologico), in modo da prevenire l'evento più grave ed evitare l'ospedalizzazione.

L'obiettivo finale è quello di effettuare una prevenzione del decadimento cognitivo e dell'isolamento sociale, che rendano gli anni di vita guadagnati, vivibili attivamente. E sin qui possiamo essere tutti d'accordo. Ma, ci sono proprio dei "ma" da considerare: innanzitutto sarebbe vano, quanto insensato, pensare di risolvere la questione dell'assistenza all'anziano, soprattutto se non autosufficiente e pluripatologico, considerando inutile e persino deleterio, l'insostituibile ruolo delle Residenze sanitarie assistenziali.

Siamo certamente convinti della estrema utilità delle soluzioni offerte dai progressi della tecnologia digitale nell'assistenza a distanza. Certamente ci consentono di modificare l'attuale scenario e di ri-creare il modello di assistenza sanitaria. Tuttavia le soluzioni tecnologiche non sono sufficienti; occorre infatti l'intervento delle Istituzioni per modificare i contesti sociali e ambientali sui quali applicarle. In Europa lo stanno già realizzando. Si va sempre più diffondendo per esempio il concetto dell' "Aging in Place" che applica un modello basato sulla creazione di "convivenze" fra giovani studenti e anziani, con vantaggi economici per i primi, derivanti dal supporto statale per le spese universitarie e di alloggio, e per i secondi, il vantaggio della compagnia e dell'essere aiutati nelle piccole incombenze giornaliere



## SANITÀ ARIS

(fare la spesa, andare in posta, etc.). Alcuni programmi hanno previsto, che nel corso del periodo di co-abitazione, i giovani istruiscano gli anziani sull'uso di devices di comunicazione (Tablet, Smartphone, etc.) che usano interfacce molto semplificate, in modo da renderli autonomi nell'uso della tecnologia funzionale alla loro sicurezza e alla comunicazione con i providers sanitari. Certamente una cosa bellissima. Ma come la mettiamo con l'anziano costretto a letto 24 ore su 24, impossibilitato a svolgere le più semplici funzioni vitali in piena autonomia, e per di più rimasto solo? L'impegno del familiare è ipotizzabile in una percentuale sempre più ridotta, visto l'andamento in negativo nella composizione del nucleo familiare ed il prevedibile invecchiamento del consorte, oltre naturalmente alla complessità dell'assistenza che a volte è competenza esclusiva di un operatore sanitario.

Tra le soluzioni che si prospettano c'è quella di intensificare l'assistenza a domicilio. Benissimo. Ma siamo preparati a farlo? Oggi un'assistenza domiciliare integrata viaggia intorno al 3%, quindi ampiamente inferiore a quella della media europea, ma soprattutto lo è quando noi andiamo a vedere il numero delle ore. Attualmente sono registrati 2 milioni e 800 mila anziani bisognosi di assistenza continua. Circa 200.000 vivono da soli a casa, con un reddito inferiore ai 600 euro, con gravi difficoltà motorie nelle attività della vita quotidiana; ce ne sono altri 350.000 che vivono più o meno nelle stesse condizioni ma hanno un reddito lievemente più alto, intorno ai 700-800 euro al mese. Questi anziani hanno anche un'altra caratteristica che in





## SANITÀ ARIS

qualche modo li accomuna, cioè non ricevono aiuto alcuno e molti di loro sono anziani completamente soli a casa. Quindi evidentemente noi dobbiamo pensare di fare qualcosa anche per queste persone.

Occupandoci da anni di anziani ci siamo anche resi conto che c'è un altro declino oltre a quello demografico, è il declino delle relazioni, quello che chiamiamo 'capitale sociale'. Il capitale sociale disponibile in tutta l'Europa e in tutto il mondo occidentale sta diminuendo drasticamente. Allora se è vero che ci sono 2,8 milioni di anziani in Italia, e che per assisterli si spendono un paio di ore servono al giorno, significa che in un anno servono 2,044 miliardi di ore l'anno. Non solo: due ore al giorno di assistenza significa che chi ne usufruisce passerà comunque 22 ore in assoluta solitudine. Di qui le nostre perplessità. Perché l'idea di una famiglia che tiene a casa l'anziano e sia in grado di organizzarsi per gli spazi, per l'assistenza e per i costi connessi, è puro esercizio di fantasia: non c'è più una famiglia composta da quattro o cinque persone che possono turnare, tanto più considerando il calo demografico.

Questo ci fa capire che tema da non trascurare non è tanto l'assistenza, la prevenzione o altro, ma la solitudine. Infatti, ammesso e non concesso che ci fossero i soldi per pagare oltre 2 miliardi di ore di prestazioni all'anno per assicurare 2 ore di assistenza a ciascuno di queste persone – cosa già di per sé impensabile con questi chiari di luna - fossero anche a bassissimo costo, o offerte dal volontario a rimborso spese, resterebbero sempre 22 ore di solitudine a cui è condannato l'anziano o la persona fragile non autosufficiente.

A queste condizioni è chiaro che il miraggio del

domicilio, almeno per la tipologia di anziano a cui ci riferiamo, rischia di essere sempre più lontano. Ecco che torna in scena il ruolo imprescindibile dell'RSA. Naturalmente c'è da rivederne l'organizzazione. Noi, con Uneba, lo abbiamo riproposto in un documento purtroppo rimasto inascoltato, visto certe proposte di riforma del sistema assistenziale rivolto agli anziani. Certamente l'RSA chiusa ha fatto il suo tempo; sicuramente c'è la necessità di rivedere la formula attraverso il domiciliare, attraverso l'assistenza sul territorio, attraverso tutta una serie di combinati, di esposti che aprono sul territorio. Questo naturalmente può essere utile così come può esserlo implementare la rete domiciliare, cullare l'idea che la persona che si prende in carico al domicilio, se c'è bisogno possa e debba essere ricoverata, anche in previsione che possa poi tornare al domicilio. Quindi crediamo sia giusto creare una maggiore permeabilità e anche diverse soluzioni possibili. Ma senza escluderne alcune per partito preso. Sarebbero scelte deleterie non solo per gli assistiti, ma anche per l'intero sistema sanitario.

Vorrei concludere ricordando soprattutto che i nostri anziani non meritano solo una risposta sanitaria o sociale; hanno bisogno soprattutto di una risposta che tenga in conto la loro dignità di essere una persona; una dignità che non viene certo meno con il progredire dell'età. C'è in poi anche quello che Don Massimo Angelelli ha definito "un enorme tema antropologico e pastorale", che va considerato, e cioè il rapporto tra generazioni che deve portare a considerare il ricovero in istituti non come un problema di dove parcheggiare i vecchietti, ma piuttosto come un atto di amore che ci aiuta a capire come vivere con loro e per loro.



## LA SALUTE NELLE NOSTRE MANI

Nelle strutture ospedaliere, il 15-30% delle infezioni associate alle pratiche assistenziali, possono essere evitate con un'accurata igiene delle **mani**.

Da oltre 20 anni ci impegnamo ad offrire le migliori soluzioni per garantire l'igiene nel settore sanitario e assistenziale.

**Hygien Tech** è partner di **ARIS**: scopri i nostri prodotti e servizi dedicati agli Istituti Socio Sanitari dell'Associazione:



Inquadra il Qr Code per visualizzare tutte le convenzioni **ARIS**.







SANITÀ ARIS

# PNRR, OCCASIONE DA NON PERDERE PER RICOSTRUIRE UNA SANITÀ PIÙ ATTENTA ALLA FRAGILITÀ



di Luigi Corbella

Dallo scorso 1° aprile è cessato dopo due anni lo stato di emergenza. Segno che, bene o male, si è trovato il modo di convivere con un Covid che sembra ormai, per fortuna, ammansito dalle vaccinazioni.

È ancora però forte l'eco delle critiche espresse durante le fasi più cruente della pandemia contro le strutture per anziani.

Il mantra che rimbalzava sui media, più o meno esplicitamente, dava allora delle strutture per anziani la visione di ghetti dove – isolate, nascoste e cronicizzate - le persone ricoverate erano vittime predestinate del virus.

Senza che a loro difesa si po-

tessero alzare in quel momento, tanta era la pressione, voci autorevoli.

Cosa ci ha lasciato in eredità quel periodo? Sostanzialmente una domanda: le case per anziani, così come le abbiamo sino ad ora conosciute, continueranno ad essere un servizio “indispensabile” nella presa in carico dei bisogni degli anzi fragili? Ovvero, come potranno continuare ad esserlo “proficuamente”?

Uno degli stereotipi attuali più accreditati vorrebbe, e in linea di principio è condivisibile, che le strutture da “luogo di cura” siano pensate anche (o soprattutto) come “luoghi di vita” per i grandi anziani bisognosi di assistenza e protezione.

Vita vivibile e vissuta, ricca di cure tanto quanto di occasioni di relazione, per esempio. In questa prospettiva si vorrebbe che le strutture si trasformino da residenze a nuclei a struttura aperta per la gestione di servizi integrati con il territorio.

Punti di riferimento per anziani e famiglie



## SANITÀ ARIS

dove trovare il supporto necessario, in un contesto di fisiologico invecchiamento, a continuare e fruire di una vita tanto protetta quanto dignitosa e aperta alle occasioni di integrazione ancora possibili.

La profezia di Aris, lungi dal volere essere difensiva, frutto piuttosto di una visione motivata e di una esperienza sul campo ampia, nazionale, socialmente e clinicamente consapevole, è che si sarà ancora molto bisogno di forme di residenzialità protetta. Forse ancora più di quanto non ve ne sia oggi.

Immaginare che l'assistenza possa essere prestata soprattutto a domicilio potrebbe essere un sogno, una specie di illusione a cui è possibile credere solo se guarda in una direzione diversa a quella del dato di realtà.

Chiudere le strutture per anziani vorrebbe dire soprattutto scaricare impropriamente sulle famiglie e sulle strutture sanitarie per acuti i bisogni della non autosufficienza.

Le strutture per anziani non sono affatto ghetti dove nascondere e cronicizzare, sia in senso sociale che clinico, persone anziane che hanno perduto ampie porzioni di autonomia. Sono luoghi di vita e di cura (in sintesi di presa in carico) di persone che oggettivamente, cioè in ragione dei loro reali bisogni, non possono trovare altrove lo stesso livello di assistenza.

Dove per assistenza dobbiamo intendere necessariamente il “to care” (prendersi cura) e non solo il “to cure” (curare). Magari, chissà, perché no, anche con il supporto di qualche elemento motivazionale e carismatico (così, ad attenuazione di tentazioni efficientistiche e lucrative).

Queste, almeno, sono le strutture per anziani che si riconoscono in Aris.

Arrivati qui dobbiamo metterci d'accordo su cosa sono le strutture per anziani.

Alla definizione “strutture per anziani” corrispondono realtà diverse, gestori diversi.

In alcuni casi i gestori sono enti locali in altri – più spesso – sono privati, privati motivati che perseguono finalità sociali o privati profit.

Anche i livelli assistenziali e gli standard organizzativi e gestionali sono diversi.

A prescindere da posizioni ideologiche è chiaro, in sintesi, non si può fare di tutta l'erba un fascio.

In Italia le Regioni sono venti, ci sono anche le Province autonome, e almeno venti sono anche i diversi contesti normativi e organizzativi, gli standard di accreditamento, il livello di contribuzione pubblica e i costi per le famiglie delle strutture per anziani.

Ci sono anche il LEA, certo. Ma i LEA sono applicati e finanziati in modo difforme da territorio a territorio.

In teoria, lo sappiamo, l'assistenza sociosanitaria dovrebbe comprendere le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, stabilizzarne il quadro clinico, garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale.

Sono anche definiti, sempre a livello normativo, specifici percorsi assistenziali che prevedono prestazioni di natura sanitaria, erogate da operatori sanitari e sociosanitari per la cura e la riabilitazione di condizioni patologiche, e prestazioni di natura socioassistenziale per aiutare nella vita quotidiana la persona



## SANITÀ ARIS

con problemi di disabilità, di disagio economico o di emarginazione che condizionano lo stato di salute.

Tra queste ultime, l'aiuto nella igiene personale e dell'ambiente, nella gestione della casa, nella preparazione dei pasti, ecc.

In astratto sono definiti anche gli ambiti di attività e i regimi assistenziali (domicilio, residenza, centro diurno) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, etc.), integrate con le prestazioni sociali.

Non ultimo sono chiaramente identificate, in senso molto più ampio rispetto alla definizione di anziani, le persone beneficiarie di questi interventi:

- malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze)
- malati in fine vita
- persone con disturbi mentali
- minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neuro sviluppo
- persone con dipendenze patologiche
- persone con disabilità.

E in funzione delle specifiche condizioni della persona, della gravità e modificabilità e della severità dei suoi sintomi, ecc., è stabilito anche che le prestazioni possano essere erogate in forma intensiva o estensiva, oppure mediante interventi atti a garantire il semplice mantenimento dello stato di salute e delle capacità funzionali.

A supporto di questi bisogni, anche ai fini della loro corretta valutazione, sono attivi

presso quasi tutte le Asl o i Comuni sportelli a cui i cittadini possono rivolgersi per la definizione del progetto di assistenza individuale (PAI) e la presa in carico.

In termini finanziari il paradigma è che il Servizio sanitario nazionale (SSN) debba garantire la continuità della presa in carico del paziente tra le fasi dell'assistenza ospedaliera





## SANITÀ ARIS

e quella dell'assistenza territoriale e che siano previste quote di compartecipazione (a carico dei Comuni o degli assistiti).

La realtà, il dato concreto, è che in alcune Regioni presso le strutture per anziani (se RSA anche per disabili adulti non ancora ultrasessantacinquenni, talvolta) si trovano ricoverate persone che non possono essere trattate con modalità alternative (almeno non con lo stesso livello di presa in carico).

L'immagine dell'anziano in buona salute che gioca a carte in casa di riposo, intendiamo dire, è spesso uno specchietto per le allodole, uno strumento di marketing di chi vuole vendere residenzialità protetta ad anziani con buona capacità reddituale e basso bisogno assistenziale.

In astratto chiaro è che i servizi possono essere erogati, alternativamente, in forma domiciliare, residenziale o semiresidenziale, con differenziazione dei livelli di intensità per tutte.

La realtà è che, diversamente dal sistema sanitario che tutto sommato è ben definito e gratuito (nella prospettiva universalista), i sistemi territoriali e socio-sanitari sono caratterizzati da grandi differenze e disuguaglianze.

In termini di produzione, di offerta, è tra l'altro prevalente – ancora una volta diversamente da quanto accade per il sistema sanitario – l'apporto dei privati che – lungi dall'essere coinvolti in fase di progettazione - operano in condizioni regolamentari e contrattuali spesso differenti.

Con un ingente impegno, anche finanziario, per l'assistito o per la sua famiglia (per le badanti o per la quota della retta di ricovero a loro carico) e un importante trasferimento di responsabilità sugli operatori sociosanitari.





## SANITÀ ARIS

Il decreto del Ministero dell'Economia e Finanze, 6 agosto 2021, recante "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano nazionale di ripresa e resilienza e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione" assegna alle singole amministrazioni le risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi di cui sono titolari.

La Missione 6 contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti.

Spetta ad Agenas, quale tramite per il Ministero della Salute, l'attuazione degli interventi relativi alla Missione 6 Salute (M6) - Componente 1 (C1):

1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona;

1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina;

1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI);

1.2.2 Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);

1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici;

1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

M6C1: reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale sanitaria (7 miliardi euro), allo scopo di riformare gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici per l'assistenza entro il 2021 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale e definire un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in linea con l'approccio "One-Health", mediante un apposito disegno di legge entro la metà del 2022.

Nell'ambito di tali obiettivi, verranno potenziati:





## SANITÀ ARIS

- le strutture esistenti e creati nuovi presidi territoriali (attivazione di 1.288 Case della Comunità entro il 2026 per circa 2 mld euro);
- i servizi domiciliari e digitali (con la presa in carico, entro la metà del 2026, del 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni non autosufficienti o con patologie croniche, impiegando 4 mld euro);
- l'offerta assistenziale intermedia a livello territoriale (realizzazione di 381 Ospedali di Comunità entro la metà del 2026, costo stimato 1 mld euro).

Gli obiettivi della Missione appaiono diretti a superare alcune criticità riscontrate a causa delle tendenze demografiche in atto (invecchiamento della popolazione), epidemiologiche (crisi sanitaria dovuta alla pandemia da COVID-19) e sociali (significative disparità territoriali e di assistenza sul territorio): (ndA: per quanto qui ci occupa) rafforzare la prevenzione e l'assistenza territoriale, promuovendo l'integrazione tra i servizi sanitari e sociali;

Il PNRR è effettivamente un'occasione da non perdere sia per il futuro a breve che per quello a medio termine. Cerchiamo però anzitutto di capire cosa c'è e cosa manca, oltre ai danari che il PNRR porta in dote e gli obiettivi che declina, per avviarci concretamente alla sua realizzazione.

Dentro e intorno alle strutture per anziani, oltre ai posti letto, ci sono certamente competenze e c'è esperienza. C'è sensibilità e ci sono motivazioni. C'è capacità di presa in carico dei bisogni e di costruirci sopra un progetto di vita a medio lungo termine.

C'è anche già un buon livello di integrazione (tra riabilitazione, area delle disabilità e area

anziani) e una certa capillarità dell'offerta residenziale, rispettosa del contesto territoriale di riferimento (dalle grandi aree urbane alle piccole comunità).

C'è, in sintesi, materiale umano e organizzativo su cui lavorare per arrivare a un modello assistenziale il più possibile omogeneo. Guardando prima in casa propria forse, dobbiamo riconoscerlo, non c'è talvolta nei gestori la capacità di fare autenticamente rete, di mettersi in connessione, di stare insieme ad un livello idoneo a poter ispirare o a contribuire alla costruzione in modo efficiente ed efficace del nuovo modello. Solo chi ha i numeri, o comunque una posizione di forza a livello territoriale, riesce così a dialogare, ma spesso lo fa soprattutto per sé.

Anche nelle istituzioni, sia a livello politico che operativo, pur con buon livello di competenza, manca talvolta – lo osserviamo con rispetto – la disponibilità a coinvolgere autenticamente nella progettazione gestori, operatori e famiglie.

Il rischio che si corre così è continuare ad avere un modello istituzionale, rispettivamente, guardando dal lato dei gestori e delle istituzioni, subito e calato dall'alto, che condiziona (quasi creandole) domanda e offerta in modo non necessariamente coordinato con bisogni e auspici e con il potenziale disponibile.

È facile dire che il futuro delle strutture per anziani dovrebbe essere la trasformazione in dispensatori, tutti insieme secondo necessità, di servizi residenziali, semi residenziali e domiciliari all'età anziana. “Servizi”, dunque, non più solo “strutture”, aperti e integrati. Una sorta di super market assistenziale per l'anziano e la sua famiglia dove trovare quasi



## SANITÀ ARIS

tutto e anche i link per intercettare quello che, eventualmente, manca.

Ma non sarà con un nuovo stereotipo più accattivante che si abatterà quello che tanto odiato della residenzialità-ghetto.

Ci sono da considerare e da concordare, sempre per evitare utopie, anche elementi che attingono alla sostenibilità del modello e del sistema nel suo insieme.

Per esempio, sicuramente, la divisione dei compiti e la pianificazione dell'offerta.

Spostare il modello (soprattutto) verso la domiciliarità, o la semiresidenzialità, per esempio, vuole dire immaginare che il sistema sanitario (in realtà sempre più polarizzato verso l'ospedale, i grandi ospedali, possibilmente) riesca a supportare adeguatamente (un'ora a settimana? Due?) a domicilio, appunto, i bisogni, appunto, sanitari. Con la difficoltà di rendere efficienti, per esempio, i trasferimenti da e verso i luoghi dove si "trattano" alta specialità, emergenze e acuzie.

Dall'altra, inevitabilmente (con le stesse difficoltà organizzative e logistiche), vuol dire razionare i tempi di assistenza "ordinaria" e scaricare i "vuoti" (sia in termini di "care" che di "cure") sulle famiglie (o le badanti da esse ingaggiate), insieme a buona parte delle attività di socializzazione e animazione.

Operazione che, anche a volerci provare, potrebbe scontrarsi con ipocrisie e interessi. I sistemi distrettuali per quanto strutturati ragionano soprattutto in termini prestazionali e la continuità assistenziale è garantita in modo molto disomogeneo, anche con differenze significative in termini di soluzioni, anche di proposte, talvolta.

Bastano poche ore di assistenza pro capite per garantire una ADI adeguata e effettivamente

integrata? Oppure, piuttosto, la non autosufficienza reclama attenzione 24 ore su 24 nella vita di un grande anziano fragile e non autosufficiente?

Se a queste domande, tutt'affatto retoriche, rispondessimo sinceramente, beh, è abbastanza probabile che anche dopo aver attuato le proposte del PNRR il contesto dei bisogni (e dunque la dimensione quantitativa complessivamente richiesta alla "risposta residenziale") non si modificherà in modo significativo, a fronte – tra l'altro - del progressivo invecchiamento della popolazione.

La riorganizzazione sarà utile senz'altro ad intercettare prima i bisogni dell'età anziana, e per questo forse sarà foriera di maggiori costi, al netto dei vantaggi che potrà apportare la diffusione e l'uso delle nuove tecnologie.

L'importante è che la progettata graduazione per intensità dei servizi non sortisca di fatto l'effetto di far corrispondere alle nuove, diversificate appunto, modalità di offerta un tariffario che sia l'occasione per fare involontariamente selezione su base reddituale.

Sicuramente non è negli intenti ma a un sistema che graduasse l'assistenza spostando la risposta della residenzialità verso il limite di gravità/bisogno massimo, in una scala dove il "minimo sindacale" dovrebbe essere la domiciliarità, potrebbe essere caratterizzato anche da budget e tariffe tesi a contingentare "a doppio binario" la spesa pubblica corrispondente (un po' come succede nella residenzialità attraverso il meccanismo della pianificazione dei posti a disposizione).

Con buona pace, questa volta al ribasso, della tanto decantata ricerca dell'appropriatezza.

L'alternativa allo scenario un po' cupo che abbiamo dipinto è sperare che nel contesto



## SANITÀ ARIS

della riforma le strutture per anziani, soprattutto quelle motivate e non profit, sappiano attivarsi per recepirne la parte buona.

Per esempio, facendo rete per diventare punti di riferimento territoriali per l'età anziana. Oppure organizzando i propri servizi in modo più organico e appropriato (domotica, telemedicina, domiciliarità, anche secondo le declinazioni più moderne del concetto di "abitare protetto").

Magari incorporando, o delegando a soggetti già parte del sistema, funzioni tipiche del segretariato sociale, utili anche a esercitare il controllo familiare e di vicinato che meglio di ogni altra cosa garantisce contro forzature e modalità di presa in carico improprie.

Così riorganizzate le strutture per anziani, aperte e attente al territorio, potrebbero realmente diventare le strutture intermedie funzionali che si vorrebbe attuare attraverso le risorse del PNRR.

La prospettiva non è necessariamente, così almeno a noi pare, in antagonismo alla residenzialità.

Attraverso Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e Ospedali di Comunità si propone un rafforzamento dei servizi territoriali, anche in un'ottica "sanitaria" di alleggerimento (o di sostegno) dei distretti.

Saranno i progetti regionali a definirne peraltro i contenuti e a dirci, effettivamente, in quale direzione si vuole andare.

Qualche struttura per anziani potrebbe anzi candidarsi a diventare lei stessa Casa della Comunità, a beneficio della tenuta del sistema ospedaliero di riferimento.

Lo sgravio per il sistema ospedaliero sarebbe sostanziale.

Resta, per chi è sul campo è dato ben noto, il problema della carenza di medici ed infermieri. Necessariamente dovranno, almeno temporaneamente, essere ripensati gli attuali contingentamenti formativi (pensati, tra l'altro, pressoché esclusivamente sul bisogno delle strutture gestite da provider pubblici). Forse dovrà essere definitiva su basi nuove anche la ripartizione di competenze tra i diversi operatori sanitari.

Il discorso è valido anche per gli operatori sociosanitari, ormai parte del ruolo sanitario.

Non ultime, dovranno evolvere nella tessa direzione anche le funzioni deputate a coordinamento e organizzazione, dai care manager fino a coloro ai quali compete la responsabilità (e la creatività) di organizzare e mantenere costantemente allineate le strutture a bisogni, standard, normative di riferimento e sostenibilità.

Sì, anche sostenibilità, elemento essenziale per alimentare il percorso virtuoso che ci proponiamo. Che non vuol dire soggiacere alle lusinghe del profitto ma avere a cuore stabilità e durabilità dei modelli organizzativi.

Per non essere costretti a dirci di nuovo, sottovoce, rassegnati, come durante la pandemia abbiamo promesso di non fare, che il modello nel suo complesso sta in piedi solo se nella divisione dei compiti si trasferiscono oneri, inefficienze e costi alle famiglie o, peggio, si gioca al ribasso sui bisogni tutelati.

L'occasione del PNRR ci può far guardare ad obiettivi decisamente più ambiziosi.



# QUANTO CONOSCI IL TUO RISCHIO?

Fai il check up gratuito del tuo rischio con Sham, la mutua assicuratrice europea leader nel settore della Responsabilità Civile Sanitaria.

Da oltre 90 al tuo fianco nell'analisi, prevenzione e riduzione del rischio grazie a soluzioni assicurative e di risk management integrate.

[www.sham.com/it](http://www.sham.com/it)

 **sham**

ASSICURAZIONI E GESTIONE DEI RISCHI

una società del gruppo relyens



L'ARIS ad EXPOSANITÀ

# “APPELLO PER LA SOPRAVVIVENZA DEL SETTORE SOCIO-SANITARIO”

di Francesca Ercoli

*Il 13 maggio, all'interno del Convegno “Evoluzione dei servizi per la non autosufficienza tra residenzialità e domiciliarità” organizzato da Exposanità a Bologna, in collaborazione con le principali associazioni datoriali e gli ordini professionali, sono state rilanciate le proposte e le preoccupazioni contenute nell’ “Appello per la sopravvivenza del settore socio-sanitario” inviato alle Istituzioni dal coordinamento interassociativo nazionale, che raccoglie le 16 organizzazioni datoriali rappresentative della totalità del comparto socio-sanitario.*

*Dopo l'intervento del Ministro Speranza, il presidente di ANSDIPP, Sergio Sgubin, è intervenuto ed ha sottolineato l'importanza di*

*svolgere azioni coordinate e progressive per il miglioramento della qualità delle strutture e per la valorizzazione delle figure manageriali, con l'impegno costante per favorire la ripresa dei progetti riabilitativi e la immediata riapertura delle strutture alle visite dei familiari, superando la fase emergenziale ed i difficili momenti della pandemia;*

*Il Presidente di Anaste, Sebastiano Capurso, dopo aver ricordato il ruolo essenziale che le RSA ed il personale addetto hanno svolto, con competenza e determinazione, nel contrasto al Covid, ha riassunto le altre proposte avanzate al Governo dal coordinamento interassociativo, ed in particolare il riconoscimento delle RSA, uniche strutture territoriali funzionanti h24, come centri multiservizi, da dove far partire in maniera rapida ed efficace assistenza domiciliare e telemedicina. Si è poi soffermato sul drammatico problema della carenza di personale, situazione che richiede un immediato intervento delle istituzioni, anche attraverso l'utilizzo delle numerose proposte avan-*



*z a t e*  
*da Anaste e*  
*da FNOPI, e sulle*  
*perplexità legate alla inde-*  
*finita funzione prevista per gli ospedali di com-*  
*unità, che assomigliano più ad una RSA che*  
*ad un ospedale. La gravità della attuale situa-*  
*zione, ha poi affermato, è testimoniata anche*  
*dalla costituzione del coordinamento interas-*  
*sociativo, nato come esigenza per sensibilizza-*  
*re unitariamente le istituzioni alle problemati-*  
*che dell'assistenza agli anziani non autosuffi-*  
*cienti.*

*È intervenuto poi il Presidente di Uneba, Fran-*  
*co Massi, che ha ricordato il ruolo significativo*  
*esercitato durante la pandemia dalle organiz-*  
*zazioni no-profit, specie nel settore residenzia-*  
*le, ricordando invece l'abbandono di tanti an-*  
*ziani, soli nelle loro case, nei momenti più ter-*  
*ribili della pandemia. Ha osservato poi che il*  
*PNRR, destinato al rafforzamento della sani-*  
*tà, allo sviluppo dei servizi di assistenza ed al*  
*riordino della rete assistenziale territoriale, si*  
*è trasformato in una misura di sostegno al-*  
*l'edilizia sanitaria, trascurando le esigenze*  
*delle strutture, attualmente in grande difficol-*  
*tà, come risulta dai dati dell'osservatorio RSA*  
*della LIUC, che riportano la drammatica real-*  
*tà di tante strutture con bilanci in perdita ed*

*a rischio di*  
*chiusura. Ha ri-*  
*cordato come in Italia*  
*sia insufficiente la dotazione di ri-*  
*sorse per il settore socio-sanitario, e quindi co-*  
*me il nostro paese sia in ritardo sia per il set-*  
*tore residenziale che per quello domiciliare,*  
*che vanno entrambi significativamente raffor-*  
*zati.*

*Successivamente la Presidente di Agespì, Ma-*  
*riuccia Rossini, dopo aver illustrato le nuove*  
*possibilità assistenziali offerte dai sistemi di*  
*cohousing e di supporto leggero, ha riproposto*  
*con fermezza uno dei punti cardine dell' Ap-*  
*pello interassociativo, e cioè la necessità e l'ur-*  
*genza di un sostegno economico al settore, at-*  
*traverso la destinazione di fondi dedicati,*  
*quantificati in circa un miliardo di €, somma*  
*pari alla percentuale di aumento sul Fondo*  
*sanitario nazionale prevista per tutti i diversi*  
*settori del comparto sanitario (8%), e che*  
*coincide con i mancati incrementi ISTAT delle*  
*rette di RSA, ferme da oltre 10 anni. Un ade-*  
*guamento necessario anche per i maggiori co-*  
*sti derivanti dalla necessità di assistere anzia-*  
*ni pluripatologici, spesso affetti da demenza, e*  
*quindi con sempre maggiori necessità di assi-*  
*stenza.*

## **Questo il testo della relazione svolta dal Presidente ARIS Padre Virginio Bebber**

Ringrazio l'organizzazione per averci invitati ancora una volta a questa importante manifestazione alla quale da anni ormai partecipiamo con vivo piacere. Ma il ringraziamento questa volta si raddoppia perché ci è data l'occasione di puntare i riflettori su un tema che finalmente sta conquistando una parte importante sul palcoscenico socio-sanitario del Paese, cioè la salute degli anziani, o meglio la condizione di vita degli anziani, la qualità di questa vita che siamo in grado di assicurarli, perché, ne siamo convinti, non conta tanto allungare la vita quanto piuttosto garantirne la qualità. Noi come ARIS ce ne occupiamo da tempo: solo qualche giorno fa eravamo all'Assemblea della CEI a Cagliari insieme a tante altre Associazioni di matrice cristiana, a parlare proprio della necessità di ristrutturare l'assistenza alla persona che invecchia, con tutta la sua fragilità e con tutte le esigenze che si possono presentare in quest'ultimo scorcio della sua esistenza terrena. Soprattutto se è malato e tante, tantissime volte solo e non autosufficiente.

L'Italia, lo dicono da decenni i dati dell'ISTAT, invecchia inesorabilmente e sempre di più. Eppure quella anziana è una popolazione che di fatto è sottoposta gradualmente ad un "incivile" distanziamento sociale e viene sempre più considerata, più che una risorsa, proprio un peso per i Sistemi Sanitari. Ciò in buona parte per le cronicità e per i costi delle continue ospedalizzazioni. Gli anziani, non presi in carico dalla Società, tendono a isolarsi,

a ridurre la loro attività fisica, a ridurre i loro interessi sociali ed in generale a prendersi poca cura di sé; questi stili e condizioni di vita rappresentano il presupposto per la cronicità e per il decadimento cognitivo. Con la pandemia è sorto un altro aspetto: la fragilità psico-sociale si è drammaticamente aggravata. La solitudine dell'anziano, infatti, ha conseguenze anzitutto pratiche, quali quelle della gestione delle vicende domestiche e la totale mancanza dei consueti contatti che migliorano la vita dell'individuo. Gli anziani in solitudine, e costretti nelle proprie abitazioni, potrebbero in qualche modo essere condizionati e non rivolgersi al pronto soccorso o ad altre strutture sanitarie anche in caso di reale necessità. Questo comportamento rischia ora di creare un 'sommerso' sanitario di cui non si hanno ancora dati precisi. Ben vengano dunque tutti i progressi tecnologici che ci consentono di assicurare un'assistenza a distanza, offerta direttamente dal medico o comunque dallo specialista di fiducia attraverso monitor e monitoraggi che dir si voglia. Ma sarebbe irresponsabile credere che una tale forma sia la soluzione per la costante assistenza ai nostri anziani. Come bellissimi sono i progetti delle Case comunità, delle comunità aperte, e di ogni attività che aiuti l'anziano a sentirsi ancora parte viva e partecipe dell'ambiente che lo circonda, della sua famiglia soprattutto, della sua casa. In altri Paesi europei sono esperienze già in atto e ne nascono sempre di altre. Per esempio si va sempre più diffondendo il concetto dell' "Aging in Place" che applica un modello basato sulla creazione di "convivenze" fra giovani studenti e anziani, con vantaggi economici per i primi, derivanti dal supporto statale per le

spese universitarie e di alloggio, e per i secondi, il vantaggio della compagnia e dell'essere aiutati nelle piccole incombenze giornaliere (fare la spesa, andare in posta, etc.). Alcuni programmi hanno previsto, che nel corso del periodo di co-abitazione, i giovani istruiscano gli anziani sull'uso di devices di comunicazione (Tablet, Smartphone, etc.) che usano interfacce molto semplificate, in modo da renderli autonomi nell'uso della tecnologia funzionale alla loro sicurezza e alla comunicazione con i providers sanitari. Certamente una cosa bellissima. Ma come la mettiamo con l'anziano costretto a letto 24 ore su 24, impossibilitato a svolgere le più semplici funzioni vitali in piena autonomia, e per di più rimasto solo? L'impegno del familiare è ipotizzabile in una percentuale sempre più ridotta, visto l'andamento in negativo nella composizione del nucleo familiare ed il prevedibile invecchiamento del consorte, oltre naturalmente alla complessità dell'assistenza che a volte è competenza esclusiva di un operatore sanitario.

Tra le soluzioni che si prospettano c'è quella di intensificare l'assistenza a domicilio. Benissimo. Ma siamo preparati a farlo? Oggi un'assistenza domiciliare integrata viaggia intorno al 3%, quindi ampiamente inferiore a quella della media europea, ma soprattutto lo è quando noi andiamo a vedere il numero delle ore. Attualmente sono registrati 2 milioni e 800 mila anziani bisognosi di assistenza continua. Per assisterli sono previste oggi un paio di ore al giorno. Il che significa che in un anno servono 2,044 miliardi di ore di assistenza domiciliare. Non solo: due ore al giorno di assistenza significa che chi ne usufruisce passerà comunque 22 ore in assoluta solitudine.

È noto che normalmente i servizi domiciliari e

quelli semi residenziali sostengono gli anziani in condizioni di parziale autosufficienza e/o di ridotto decadimento cognitivo in supporto alla famiglia o presso il loro domicilio, integrando e supportando il compito di quello che possiamo definire come l'accudente primario – familiare o assistente personale (badante).

I servizi residenziali in linea di principio possono essere distinti in servizi che:

- rispondono al bisogno dell'anziano “solo” che presenta un modico grado di autosufficienza;
- nel caso di persone anziane con una grave compromissione della non autosufficienza (determinata su una pluralità di indicatori) sollevano integralmente la famiglia da attività di natura assistenziale che la stessa famiglia non è in grado di assolvere;

Sono di fatto strutture all'interno delle quali sono assicurate specifiche risposte di natura alberghiera, servizi sociali e di supporto alle relazioni sociali ed interpersonali cui si sommano servizi sociosanitari, sanitari e riabilitativi - modulati sul bisogno degli ospiti accolti e nel rispetto delle specifiche normative regionali - e che ne determinano le caratteristiche e la tipologia degli ospiti accolti.

Di qui le nostre perplessità. Perché l'idea di una famiglia che tiene a casa l'anziano e sia in grado di organizzarsi per gli spazi, per l'assistenza e per i costi connessi, è puro esercizio di fantasia: non c'è più una famiglia composta da quattro o cinque persone che possono turnare, tanto più considerando il calo demografico.

Questo ci fa capire che tema da non trascurare non è tanto l'assistenza, la prevenzione o altro, ma, come spesso ripeto, la solitudine. Infatti, ammesso e non concesso che ci fossero i soldi

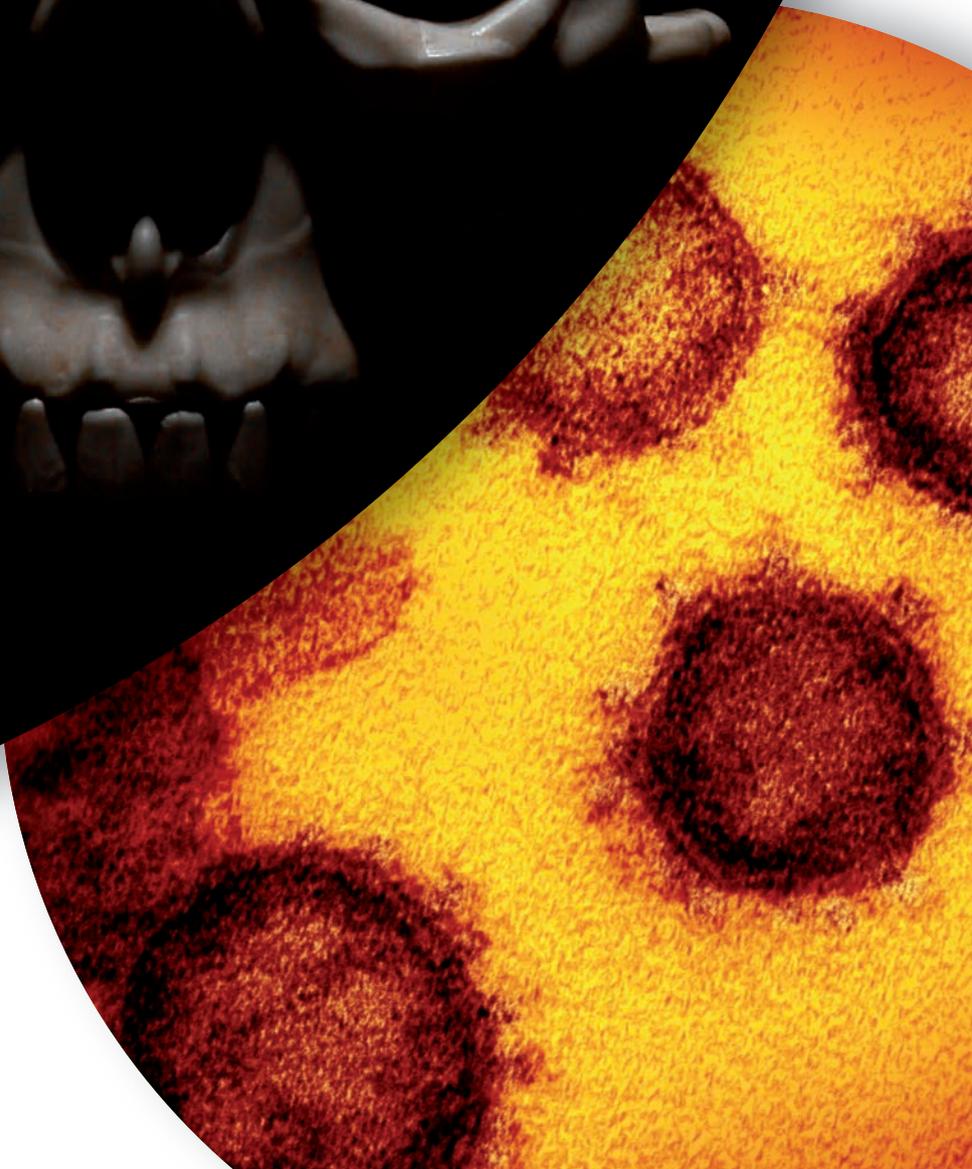


per pagare oltre 2 miliardi di ore di prestazioni all'anno per assicurare 2 ore di assistenza a ciascuno di queste persone – cosa già di per sé impensabile con questi chiari di luna - fossero anche a bassissimo costo, o offerte dal volontario a rimborso spese - resterebbero sempre 22 ore di solitudine a cui è condannato l'anziano o la persona fragile non autosufficiente.

Sarebbe dunque un errore grave pensare di poter contare solo su servizi domiciliari e semiresidenziali, senza tener in considerazione la necessità di un contemporaneo potenziamento del servizio residenziale. La popolazione italiana invecchia inesorabilmente e velocemente, le nascite continuano a diminuire e non vorremmo trovarci, tra qualche anno, nella stessa condizione in cui ci hanno costretto i “tagli” di letti ed ospedali dovuti ad una scellerata politica sanitaria, sorda o incapace di guardare oltre la punta del naso.

Quello che ci lascia perplessi è ancora una volta il commento alla presentazione della ricerca della su citata Commissione ministeriale per la riforma dell'assistenza agli anziani laddove dopo aver sottolineato che “selezionando i più fragili anche dal punto di vista delle condizioni economiche, è possibile isolare un nucleo di circa 100mila anziani soli, poveri in risorse sociali

e relazionali, senza aiuto alcuno, con problemi motori, con gravi limitazioni nelle attività di cura e strumentali della vita quotidiana, che si collocano nella fascia più bassa della distribuzione dei redditi, dunque, prossimi candidati ad affollare ospedali, RSA e case di riposo” sostenerli “in tutti i modi (?) nelle loro abitazioni, anche attraverso un robusto supporto sociale ed economico, consentirà di rispondere agli effettivi bisogni di questi anziani, a garanzia del diritto pienamente esigibile all'assistenza, secondo il principio dell'equità sociale”. Intanto è palese l'incapacità di distinguere una RSA da una Casa di Riposo (sembra offensivo stare qui a spiegarne la differenza), ma è anche palese l'assoluta mancanza di conoscenza della effettiva realtà di una Residenza Sanitaria Assistenziale, del suo ruolo sociale e sanitario a tutti gli effetti. Se si deve far pulizia (e ce n'è assoluto bisogno...) si faccia pure, ma per carità non si commetta l'errore che ci ha portato al disastro della risposta all'emergenza covid. Basterebbe programmare ascoltando e accogliendo suggerimenti di chi vive da decine di anni l'esperienza delle RSA e della fragilità umana anche nelle vesti di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Forse un attimo di riflessione in più non stonerebbe.



Le tragedie del nostro tempo

## BIOTERRORISMO: UN PERICOLO REALE?

---

Fino ad alcuni decenni fa parlare di bioterrorismo, armi biologiche e guerra biologica era pura fantasia, rappresentava un qualcosa frutto dell'immaginario, che si poteva vedere solo nei film di fantascienza.

Oggi, con gli eventi in corso, queste terminologie sono divenute parte concreta del vivere; se ne parla tranquillamente al bar e al ristorante, è un argomento che trova spazio nei programmi televisivi e nelle cronache dei principali quotidiani. Noi ascoltiamo con paura e grande apprensione perché pur essendo argomenti sconosciuti alla maggior parte delle persone, pur non sapendo bene il vero pericolo che costituiscono, sappiamo che esistono e che potrebbero divenire una sconcertante realtà per la co-

munità qualora una mente disturbata decidesse di usarli in un conflitto o come deterrente per qualsiasi azione repressiva. Il terrorismo è un qualcosa divenuto ormai parte della nostra cultura, le azioni terroristiche sono frequenti in molte nazioni, talvolta i media ce le hanno mostrate con tutta l'atrocità che le ha accompagnate. Atti terroristici avvengono con frequenza e modalità differenti da quelle che eravamo abituati a vedere. C'è un susseguirsi di eventi catastrofici, fatti e accadimenti che non eravamo soliti osservare nello scorso secolo, che ormai sembra più lontano di quanto realmente sia. Per citarne uno, di gravità estrema, che ha segnato l'inizio di una nuova era, facendo da spartiacque tra un passato ancora recente in cui ci sono stati fatti drammatici, attentati con decine di morti dei quali ancora oggi non conosciamo perfettamente né le dinamiche, né i veri responsabili e un futuro difficile da interpretare, basta far riferimento a ciò che è stato l'11 settembre 2001. La memoria viva è dura da scalfire perché rappresenta la parte più attiva e indelebile della nostra me-

moria. Rimarranno impresse nelle nostre menti le tremende immagini di quel giorno che milioni di persone hanno osservato in tempo reale e che difficilmente potranno dimenticare. Nessuno aveva potuto immaginare che in pochi minuti potessero accadere simili eventi, che due costruzioni di acciaio, tra le più grandi del mondo, potessero dissolversi in un mare di polvere e detriti causando la

morte di quasi tremila esseri umani. Non si era visto nemmeno nella fantastica e irrealizzabile realizzazione cinematografica. Quanti di noi oggi temono che

fatti simili possano ripetersi, e che possa accadere qualcosa di più pericoloso e meno spettacolare come può essere un attacco chimico e batteriologico. La paura esiste, chi può negare l'utilizzo di

agenti biologici, come virus, batteri o tossine in azioni contro l'incolumità pubblica? Tutto è possibile in un mondo come l'attuale, ormai in preda alla follia, in cui esistono decine di laboratori creati per la sperimentazione e l'ingegneria genetica, dove si lavora per produrre materiali che possono essere usati impropriamente in attentati, sabotaggi, stragi con finalità distruttive. Chi può negarlo con certezza? Secondo il CDC (Center of Disease Control and Prevention) americano, il bioterrorismo è definito come "rilascio di virus, batteri e altri agenti con lo scopo di causare malattie o morte nella popolazione, così come negli animali e nelle piante". Fin dall'antichità era conosciuto il potenziale degli agenti biologici come arma, ma solo con le scoperte di Kock e Pasteur nel XIX° secolo è diventato possibile parlare più propriamente di "guerra batteriologica". Ci sono stati alcuni fatti recenti che destano preoccupazione. Già dopo l'attacco alle Torri Gemelle gli Stati Uniti sono stati colpiti da un'ondata di incidenti bio-terroristici attraverso l'uso di spore di carbonchio. È accaduto anche in Europa: i servizi



americani, il bioterrorismo è definito come "rilascio di virus, batteri e altri agenti con lo scopo di causare malattie o morte nella popolazione, così come negli animali e nelle piante". Fin dall'antichità era conosciuto il potenziale degli agenti biologici come arma, ma solo con le scoperte di Kock e Pasteur nel XIX° secolo è diventato possibile parlare più propriamente di "guerra batteriologica". Ci sono stati alcuni fatti recenti che destano preoccupazione. Già dopo l'attacco alle Torri Gemelle gli Stati Uniti sono stati colpiti da un'ondata di incidenti bio-terroristici attraverso l'uso di spore di carbonchio. È accaduto anche in Europa: i servizi

di protezione civile e i sistemi di sanità pubblica hanno dovuto affrontare numerosi invii di buste contenenti polveri sospettate di essere contaminate dalle suddette spore. Si tratta di nuove e inquietanti minacce. Nel 2003 la scoperta della presenza di ricina, una sostanza tossica potenzialmente mortale, in un edificio di Londra, ha ricordato in modo preoccupante alle autorità sanitarie l'urgenza di intensificare i loro sforzi nella lotta contro il bioterrorismo. Sono stati avviati numerosi programmi di prevenzione, alcuni di questi hanno previsto il raggiungimento di diversi obiettivi come ad esempio instaurare un programma basato sulla messa a punto di un meccanismo di allarme e di scambio di informazioni, sulla capacità di rilevazione e di identificazione degli agenti biologici suscettibili di essere utilizzati, sulla creazione di una base di dati relativa agli stock di medicinali e di servizi sanitari con personale opportunamente formato e, infine, sulla definizione di regole e raccomandazioni necessarie ad affrontare gli attacchi, coordinando la risposta comunitaria e i rapporti con i paesi terzi e le organizzazioni internazionali.

Lo scopo del lavoro scientifico citato nella bibliografia<sup>(1)</sup> è stato quello di studiare e confrontare tutte le più moderne evidenze scientifiche sul bioterrorismo, per valutare lo stato dell'arte nel campo specifico e fornire uno strumento utile per la prevenzione e la gestione di una possibile minaccia biologica. Lo studio è stato condotto ricercando la letteratura scientifica attraverso il database PUBMED. Si è basato sull'uso di diverse stringhe di ricerca utilizzando parole chiave che potevano ben centrare l'argomento di interesse. Ciò è stato integrato anche dalla consultazione dei database dei Centers for Disease Control and Prevention incentrati sull'argomento. Il risultato è in-



quietante: il caso delle "lettere all'antrace" ha dimostrato come il bioterrorismo rimanga ancora un pericolo per l'intera comunità e debba essere preso sul serio sia a livello individuale che politico. Sapevamo che i destinatari delle lettere all'antrace avrebbero potuto correre seri rischi. Chi apre quelle lettere può venire a contatto con le polveri contenenti il bacillus anthracis che può infettare a livello cutaneo e polmonare, risultando persino letale. Vennero inviate a politici, giornalisti, personaggi illustri nel mirino dei terroristi. Ci furono vittime, circa il 25% dei contagiati persero la vita. Seguirono lunghe indagini, tra dubbi ed incertezze, alla fine venne arrestato un microbiologo.

Il requisito fondamentale per un attacco biologico è innanzitutto la disponibilità dell'agente patogeno o della tossina in quantità sufficiente per intaccare l'organismo umano e causare malattie. I terroristi, tuttavia, non hanno avuto bisogno di agenti di distruzione di massa per i loro scopi, preferendo agenti prontamente disponibili e molto meno visibili, primo fra tutti la tossina del ricino.

Riteniamo quanto mai necessaria un'adeguata preparazione per i microbiologi clinici e il personale sanitario per identificare e trattare gli agenti biologici implicati in modo tempestivo attraverso il mantenimento di scorte di farmaci di emergenza. Gli Autori hanno concluso che, sebbene il bioterrorismo rappresenti una forma marginale rispetto alle forme tradizionali di terrorismo che coinvolgono armi ed esplosivi, è fondamentale che la Sanità Pubblica risponda adeguatamente a questa potenziale minaccia. Il tempestivo riconoscimento dell'evento è il passo fondamentale per garantire un controllo immediato che possa salvaguardare la popolazione e limitare, per quanto possibile, il numero delle vittime. Un esperto di strategia politica, il dott. Walter Russel Mead,

ha scritto sul Wall Street Journal: "...il ventesimo secolo è stato quello della fisica, dove gli scienziati hanno imparato la fissione atomica e creato in questo modo armi tanto potenti da distruggere intere civiltà. Oggi tuttavia le cose sono cambiate", continua Mead, "perché il ventunesimo secolo sembra essere l'era della biologia, dove la capacità di sguinzagliare verso il nemico malattie frutto dell'ingegneria genetica darà ad alcune nazioni enormi vantaggi." Poi lo stesso esperto ha aggiunto: "Cosa potrebbe accadere se una nazione sviluppasse qualcosa come un nuovo coronavirus e al contempo un vaccino? Senza difficoltà potrebbe mettere in circolo il virus, poi godere di un enorme potere nel decidere come, a quali condizioni e quali costi, distribuire le informazioni sulla cura necessaria." Verrebbe da aggiungere, e se ad avere tali capacità fosse un'organizzazione terroristica? Credo sia meglio non pensarci anche perché oggi viviamo una realtà in cui l'ingegneria genetica, la globalizzazione e il funzionamento dei trasporti hanno diminuito le distanze tra le diverse popolazioni e reso la nostra società enormemente esposta a questo tipo di attacchi.

L.L.

Principali riferimenti bibliografici:

- 1) Troiano, G. (2016). Guerra batteriologica e bioterrorismo: ancora una sfida per la salute pubblica. *Documento di lavoro sulla salute pubblica*, 5 (1).
- 2) Potere, terrore, pace e guerra: la strategia degli USA in un mondo instabile. Walter Russell Mead
- 3) Jake Carson: bioterrorismo e armi chimiche. Come sopravvivere: Manuali PM, 2002. ISBN

DAL 1987 SIAMO ACCANTO AD AZIENDE E IMPRENDITORI  
PER LA SALUTE E IL BENESSERE DEI LORO DIPENDENTI.



Programmi di  
assistenza sanitaria e  
piani di tutela per ogni  
rischio della vita.

- Assistenza Sanitaria Integrativa
- Infortuni
- Infortuni Dirigenti CCNL Commercio
- Long Term Care
- Vita
- Invalidità Permanente da Malattia
- Missioni e Trasferte
- Welfare
- Sindromi Influenzali di Natura Pandemica
- Piani Sanitari Individuali
- Long Term Care Individuale

PIANI SPECIALI E PROGRAMMI  
IN CONVENZIONE PER LE  
STRUTTURE ADERENTI AD  
ARIS.

[www.previdir.it](http://www.previdir.it)



**PREVIDIR**

Fondo di Assistenza Integrativa



# Quando tu sei vicino a me

un film di **Laura Viezzoli**



La Lega del Filo d'Oro nel film di Laura Viezzoli

# QUANDO TU SEI VICINO A ME



di Gianluca Biccini

Non un mondo buio e taciturno, senza luce né colori, senza suoni né rumori, spesso anche freddo perché abitato dalla solitudine; ma un microcosmo di relazioni, di interazione, di vitalità inattesa: è quello che racconta *Quando tu sei vicino a me*, film ambientato in una struttura della Lega del Filo d'Oro, punto di riferimento in Italia per persone sordocieche e pluriminorate psicosensoriali.

Perché chi non vede e non sente non sia costretto a vivere in un gelido universo silenzioso, fatto di ombre, di isolamento, l'associazione nata nel 1964 assiste, educa e reinserisce nella società bambini e adulti diversamente abili. Un impegno costante nel mondo della sanità cattolica, che ha come obiettivo il miglioramento della qualità della vita di queste persone, al quale offre un contributo prezioso – ne siamo convinti – questa pellicola.

Premiata alla sua anteprima mondiale al Ji.hlava International Documentary

Film Festival, è stata presentata in Italia in concorso al 65° Festival dei Popoli. Arrivata nelle sale a maggio, per tutto il mese la regista Laura Viezzoli ne ha “accompagnato” personalmente la proiezione: dalla Campania al Lazio, dalla Toscana alla Lombardia, alle Marche, dov'è ambientata.

È infatti in un centro immerso nel verde delle colline di Osimo che la cineasta anconetana ha portato la propria macchina da presa, per narrare nell'arco di quattro stagioni la vita quotidiana degli ospiti e di quanti se ne prendono cura. Una affascinante viaggio all'interno di una comunità, nel senso più autentico del termine, con una vivace concentrazione di linguaggi diversi, dove quello verbale è solo una delle modalità di espressione e grazie al tatto ci si scambia informazioni, si apprende, si scherza e si bisticcia persino; e dove, a dispetto dei limiti fisici e degli impedimenti del corpo, emerge una grande ricchezza interiore e si sperimenta un'intensa vita affettiva e comunicativa.

Il titolo del lungometraggio è tratto da un verso della celebre canzone di Gino Paoli “Il cielo in una stanza” portata al successo da Mina. A intonarla a squarciagola, è Milena, una degli ospiti del microcosmo di relazioni raccontato dalla Viezzoli, la cui riflessione prende le mosse dal-

l'assunto del filosofo e psicologo Paul Watzlawick, secondo cui «è impossibile non comunicare. In qualsiasi tipo di interazione tra persone, anche il semplice guardarsi negli occhi, si sta sempre comunicando qualche cosa all'altro».

Proprio nei giorni scorsi Papa Francesco incontrando un gruppo di bambini che frequentano un istituto romano, tra l'altro ha raccontato che una delle cose che gli tocca il cuore quando si trova con persone non vedenti, è il momento in cui gli dicono: «“Posso guardarLa?”. Io, all'inizio, non capivo, ma poi ho detto: “Sì”, e loro, con le mani, toccavano la faccia e mi guardavano. Cosa vedo, lì? La creatività: una persona che ha una limitazione sempre trova la forza per andare oltre la limitazione».

Per la regista «se non poter vedere, parlare e sentire sono le premesse per un isolamento assoluto, cosa succede a chi non ha questi strumenti? Cosa significa per loro che io giri un film?». Questi gli interrogativi che l'hanno ispirata, i quali rimandano all'essenza stessa del cinema, che è arte visiva. E la risposta che arriva agli spettatori, anche quelli sordociechi, è che la comunicazione esiste se ci sono presenza e interazione con gli altri.

Ed ecco allora che strumenti come il metodo Mallossi, la LIS tattile, il Pittografico, l'oggettuale, il Tadoma e altri linguaggi individuali creati ad hoc dalla Lega del Filo d'oro, così come la stessa telecamera della regista, diventano ponti fra le persone, passaggi attraverso cui costruire legami ed esplorare il mondo. Che in tal modo diventa meno buio, meno silenzioso e soprattutto meno freddo. Da qui l'elogio della vicinanza di cui parla il titolo, della presenza e del tatto che consentono a Milena e ai suoi amici di entrare in contatto, di conoscere stando a distanza di una mano. Ed è così che le piccole conquiste di ogni giorno diventano grandi avventure: allacciarsi le scar-

pe, abbinare i vestiti, apparecchiare la tavola, salire e scendere le scale, semplici azioni che ai protagonisti costano fatica e impegno. Tra loro Angelo M., l'anziano saggio e pragmatico del gruppo oltre che il “portalettere”: smista le comunicazioni scritte tra le varie aule, con uno straordinario senso dell'orientamento pur essendo sordocieco quasi dalla nascita; Fabio, uno degli ospiti di più lunga presenza, che attraverso il Braille tiene un corposo ricettario. Angelo V., che ascolta musica o guarda film, preferibilmente commedie all'italiana degli anni '60 del secolo scorso; la stessa Milena, con la sua prorompente vitalità; e Sofia, la bambina appena arrivata, i cui primi teneri approcci al linguaggio fanno rivivere a ritroso l'impegnativo percorso di crescita che ognuno degli “attori” adulti ha compiuto nel tempo.

A scandire le varie fasi del racconto improntato su inquadrature frontali e a distanza ravvicinata, toccanti “esterni” sul paesaggio che circonda la struttura: la neve sugli Appennini, i germogli di granoturco mossi dal vento, i girasoli che sbocciano. Intervalli sonori e visivi che spingono il pubblico a una sorta di esame di coscienza, per guardarsi dentro per rivalutare la bellezza troppo spesso scontata del poter vedere e sentire.

Ispirato dal documentario breve *Il sorriso ai piedi della scala*, il film è stato prodotto da Ladoc insieme a Rai Cinema, con il contributo del Ministero della Cultura – Direzione generale Cinema e audiovisivo, e della Regione Campania per la distribuzione.

E in questa collaborazione con la Lega del filo d'oro la regista sembra anche intraprendere un percorso che ha fare con la fede, a motivo della matrice “cattolica” dell'associazione, dopo che nel precedente lavoro aveva affrontato da una prospettiva diversa la tematica sempre delicata del fine vita.



## Vicini alle vostre esigenze

# GRUPPO MIVRA

Il Gruppo Mivra è una realtà leader nel settore ambientale. Un'Azienda certificata di pluriennale esperienza, operativa su tutto il territorio nazionale.

## Un unico interlocutore

per la fornitura **di servizi qualificati e specialistici** al settore medico-sanitario:

- 1** Bonifica e pulizia dei canali dell'aria
- 2** Trattamenti anti-legionella
- 3** Smaltimento rifiuti
- 4** **Igiene ambientale:** disinfestazione, derattizzazione, sanificazione
- 5** Manutenzione e cura spazi verdi
- 6** **Sgrosso e pulizia cappe da cucina industriali,** per la rimozione dei residui di grasso solidi e viscosi



Nel ricordo di Don Luigi Di Liegro

## IL VALORE DI UNA TESTIMONIANZA DI CARITÀ



di Lanfranco Luzi

Sono trascorsi quasi venticinque anni dal 12 ottobre 1997, il giorno della morte di Don Luigi Di Liegro, il sacerdote di Gaeta, romano d'adozione, fondatore e primo direttore della Caritas di Roma. Era nato in una famiglia di pescatori, numerosa e povera, ultimo di otto fratelli, all'età di venticinque anni era stato ordinato sacerdote. Dopo un'esperienza come prete operaio accanto ai minatori in Belgio, torna a Roma e sceglie di stare nelle periferie più degradate della città dove arrivano i primi profughi, extracomunitari giunti nella capitale con la speranza di trovare un futuro lontano dai paesi in cui oltre alla miseria, per i continui conflitti, rischiavano la vita. Per gli incarichi di rilievo ricevuti, anche presso il Vicariato, avrebbe potuto ottenere una sistemazione rilevante e gratificante, scelse invece di operare tra i poveri, i malati e gli emarginati nella consapevolezza che un prete non è tale senza una comunità da servire e a cui appartenere, e anche perché aveva l'inclinazione a leggere la realtà con lo sguardo di chi la vive. Nei primi anni Ottanta fu tra i primi ad occuparsi dei malati di AIDS, una malattia che in quegli anni, per la mancanza di cure appropriate, mieteva numerose vittime. Gli stessi malati che spesso si trovavano isolati e talvolta abbandonati dalle famiglie di provenienza. Così, a Roma, promosse l'apertura di una Casa Famiglia per malati di AIDS nel parco di Villa Glori presso il quartiere Parioli. Ci furono proteste ed iniziative da parte degli abitanti del ricco quar-

tiere e venne attaccato in modo pesante. Ma lui andava tranquillo per la sua strada.

Don Luigi prese parte a molte iniziative, seppe con grande lungimiranza, vedere, capire e interpretare i grandi cambiamenti del nostro tempo, testimoniando con umiltà e umanità il Vangelo di Gesù Cristo. Questo lo vide in prima linea nella lotta al razzismo, alla discriminazione che definiva come le più tristi piaghe del nostro tempo. Ad un giornalista che gli chiese: “come mai c’è tanta ostilità verso l’emarginato, verso il disabile, fragile psicologicamente e non autosufficiente?”, rispose: “penso che un valore assoluto nel rapporto con gli altri sia proprio la relazione umana che è fatta di dialogo, di accettazione dell’altro proprio perché diverso. Queste diversità dovrebbero provocarci e far sì che questo metterci a contatto diventi un valore assoluto, oltre che civile e religioso e consenta a noi stessi di realizzarci attraverso il rispetto di questo valore. Forse le difficoltà del dialogo, che le diversità ci pongono, invece di favorire in noi un processo di educazione e di crescita, un impegno di sentirci sul loro stesso piano, possono talvolta generare in noi una paura dell’altro e dalla paura è facile arrivare a provare sentimenti di ostilità e di avversione nei suoi confronti.” Il ricordo di lui è quello di un prete all’antica, un sacerdote che, talvolta, si era ribellato alle logiche del potere per difendere il Vangelo proprio perché in esso credeva fermamente: era stato povero di spirito, mite, costruttore di pace; aveva avuto fame e sete di giustizia ma non si era mai saziato.

Nel suo ufficio presso la Caritas di Roma, dietro

la scrivania, aveva una grande cartina di Roma divisa in settori, in Circoscrizioni, quartieri, con tante piccole spille con colori diversi. Ad ognuna attribuiva un significato, di ogni luogo conosceva tutto, le linee degli autobus che vi afferivano e sui quali si spostava per raggiungere le scuole, le parrocchie, i centri sociali dove esistevano i problemi, le sofferenze, i disagi. Erano i luoghi in cui si recava per portare un aiuto, una parola di pace, una speranza.

Anche se molti di noi legano il ricordo di don Luigi alle iniziative sul territorio della capitale, non va dimenticato il consistente operato messo in campo oltre la sua diocesi e oltre l’Italia stessa. Dal terremoto in Irpinia a quello in Armenia, dal Sud Est Asiatico alla Palestina fino all’Albania del dopo regime. Numerosi i suoi viaggi, gli interventi, le iniziative di ricostruzione economica, sociale ed ecclesiale operate da lui e che ancora oggi vivono nella memoria delle persone che lo hanno incontrato lungo i sentieri della sua vita.

Quando si seppe della sua morte era in corso la marcia della pace Perugia-Assisi e c’erano diverse migliaia di partecipanti. In un attimo il grande corteo fu sommerso dal silenzio. Nei giorni successivi le porte della città di Roma, della sua città, si aprirono e uscirono le persone, gli abitanti dei quartieri dove le vie non hanno un nome e le case sono senza numero civico. Si diedero appuntamento presso il Centro Gianò, un quartiere situato, non lontano dal fiume Tevere, lungo la via per Ostia, vicino al mare ma dove il mare non si vede, vicino a Roma dove la grande metropoli è estranea e feroce...



**ECCLESIA**  
GEAS SANITÀ

# NON GIOCARE CON IL RISCHIO.

## affidati a uno specialista.

PER I PROFESSIONISTI SANITARI

### ASSICURAZIONI

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

### GESTIONE SINISTRI

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

### RISK MANAGEMENT

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

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

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

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

## Specialisti nell'assicurare la sanità dal 1909

**ECCLESIA GEAS SANITÀ**

Tel: +39 06 85 32 61

info@ecclesiageas.it - www.ecclesiageas.it



**ECCLESIA**  
GROUP



# ONE HEALTH VISION: COME PREVENIRE GLI ATTACCHI INFORMATICI

A inizio maggio il Fatebenefratelli Sacco è stato vittima di un attacco ransomware (malware che limita l'accesso del/i dispositivo/i che infetta richiedendo un riscatto per rimuovere la limitazione). L'attacco ha coinvolto oltre 500 server collegati alla gestione di ben 4 presidi. Gli effetti, che hanno travolto ricoveri, pronto soccorso, gestione delle sale operatorie e diagnostica per immagini, possono essere facilmente immaginati. Nel mondo ogni 39 secondi c'è un attacco informatico; 3,8 milioni di record rubati al giorno (fonte Varonis). Secondo l'analisi della EY Global Information Security Survey 2018-19; 97 aziende su 100 in Italia non dispongono di risorse adeguate per la sicurezza informatica. Un dato decisamente più alto rispetto al dato mondiale che si attesta at-

torno all'87%. Gli attacchi hacker (che nelle ultime settimane parlano di violazioni ai danni di infrastrutture e siti) hanno avuto un rapido incremento dai primi mesi del 2022 a causa del conflitto russo-ucraino che si sta combattendo anche sul fronte digitale. Proteggere la propria azienda e i dati e prevenire gli attacchi informatici è diventato prioritario. Come gestire il rischio di violazioni informatiche?

È fondamentale che la sicurezza informatica sia parte integrante della vita aziendale. Come?

1. Stabilire la responsabilità in caso di data breach
2. Avere una mappatura dei dati, della filiera, dei fornitori
3. Considerare un approccio omogeneo ai possibili rischi dell'informazione

4. Richiedere una consulenza specializzata per conoscere i punti di debolezza della propria azienda; azione fondamentale per poter adottare atteggiamenti e/o strumenti adatti a proteggersi e proteggere i dati dagli attacchi.

One Health Vision, partner nazionale di Fortinet, si occupa non solo di cybersecurity ma anche di digitalizzazione di processi e infrastrutture. Digitalizzare un'azienda vuol dire creare o migliorare un'infrastruttura di rete e semplificare i flussi di lavoro, abbandonando gli strumenti tradizionali, al fine di snellire o automatizzare procedure. OHV offre soluzioni per ogni esigenza grazie allo sviluppo di solide competenze in ambito ICT. È in grado di fornire le migliori soluzioni di digitalizzazione e un servizio di monitoraggio costante delle minacce informatiche, in grado di supportare le aziende nella scelta degli interventi più urgenti da effettuare per rendere sicuro ed efficiente il lavoro. Nello specifico One Health Vision si occupa di:

- Servizi di consulenza
- Servizi di progettazione
- Realizzazione e manutenzione di infrastrutture ICT
- Servizi di risk assessment, threats management e digital forensics
- Auditing e monitoring delle infrastrutture di rete (SIEM – Security Information and Event Management)

- Device e endpoint protection
- Rilascio delle certificazioni grazie alla partnership con Fortinet, azienda - di fama nazionale e internazionale - di prodotti ad alte prestazioni e perfettamente integrati per la sicurezza dell'intera infrastruttura IT.

Quali sono le azioni che mettono in pericolo il patrimonio informatico delle imprese? Alcune azioni che si registrano nelle aziende pubbliche e private possono essere evitate:

- Scarsa formazione dei lavoratori circa la “cultura della sicurezza informatica” e quindi quali atteggiamenti adottare per scongiurare scenari di rischio
- Mancanza di controllo dei dispositivi connessi che a volte si prefigurano come porte di ingresso per i cybercriminali
- Inadeguatezza delle misure tecniche adottate su tecnologie e processi organizzativi sempre in evoluzione che è necessario controllare per renderli sempre efficienti, performanti e sicuri.

*Si può contattare One Health Vision per ricevere una consulenza sulle azioni necessarie per proteggere la sua azienda dagli attacchi informatici e/o per avere maggiori informazioni:*

- 351 7547089
- [cybersecurity@onehealthvision.co](mailto:cybersecurity@onehealthvision.co)



## EUROPEAN BROKERS: PROTEZIONE ASSICURATIVA PER RESPONSABILITÀ CIVILE E COPERTURA PERDITE DIRETTE

---

Si registrano continui attacchi a siti istituzionali e a network sanitari che continuano ad essere obiettivi sensibili di maggiore interesse per gli hacker, che stanno creando una escalation preoccupante, sia a livello quantitativo che qualitativo (per la gravità del loro impatto), che necessita di una costante attenzione. Siamo di fronte a problematiche che per natura, gravità e dimensione mettono in evidenza il problema della Cyber Security, argomento più approfonditamente trattato in altro articolo di questo numero della rivista.

La cyber security negli ospedali viene violata con malware o email di phishing che spesso vedono proprio le informative ufficiali e talvolta prendono i contorni di applicazioni o addirittura avvisi importanti.

L'era digitale ha portato all'introduzione e all'uso massiccio in ambito sanitario di soluzioni di tele-monitoraggio, di *Electronic Health Records* (EHR) e di applicazioni di ti-

po *mHealth* (mobile Health) in combinazione con il nascente concetto di "assistenza coordinata".

Proprio l'utilizzo di tali tecnologie ha reso il settore particolarmente vulnerabile agli attacchi cyber. Il costante incremento della digitalizzazione, la conservazione e il trattamento di dati sensibili, l'adozione di soluzioni di *cloud computing* e di architetture decentralizzate, così come la forte espansione del mercato dei dispositivi tecnologici indossabili, hanno determinato parallelamente una proliferazione delle applicazioni malevole e di fenomeni di cyber-crime, che richiedono quotidianamente costi ingenti e sforzi notevoli per fronteggiare attacchi sempre più insidiosi.

Le cinque minacce a cui fare maggiore attenzione sono, ad oggi, le seguenti:

- attacchi di **phishing** (effettuato tramite link inviati via e-mail con la richiesta di fornire le proprie credenziali);

- attacchi **ransomware** (un attacco di tipo malware che infetta uno o più sistemi, criptando le informazioni contenute in documenti, immagini, fogli di calcolo, database col fine di richiederne un **riscatto**);
- perdita o furto di apparecchiature o dati;
- minacce interne: perdita di dati accidentale o intenzionale;
- attacchi contro dispositivi medici in rete attraverso i **device connessi**.

Per questo motivo è fondamentale fare il massimo per la sicurezza informatica e stabilire delle priorità molto precise e coperture assicurative specifiche dedicate.

Risk Management e prevenzione del possibile danno: per questo European Brokers ha creato una **Convenzione dedicata** alle strutture sanitarie che mette a disposizione una protezione assicurativa completa e un servizio di supporto h24.

La copertura per la responsabilità civile: protegge l'assicurato dai danni causati dalla violazione di dati personali e informazioni aziendali protette da accordi di riservatezza. Le principali coperture previste sono:

- Violazione degli obblighi di riservatezza: mancata protezione dei record e dei dati in formato cartaceo e/o digitale
- Sicurezza della rete: trasmissione di un attacco informatico
- Contenuti multimediali: violazione di una proprietà intellettuale a causa di errata gestione dei dati o di negligenza nell'uso dei media
- Accesso negato: limitazione della possibilità per i clienti di accedere ai sistemi informativi dell'assicurato, ad esempio siti web, a causa di un attacco al sistema

- Reputazione: diffamazione o violazione della privacy tramite un'attività informatica.

La copertura per perdite dirette: ha l'obiettivo di minimizzare gli effetti di un incidente informatico. Le principali coperture previste sono:

Spese di notifica

- Riduzione del margine di profitto a causa dell'interruzione dell'attività
- Costi di recupero e ripristino dei dati, compreso l'aumento del costo del lavoro e delle apparecchiature
- Danni e spese per cyber-estorsione
- Spese per la gestione della crisi a seguito di un incidente: la polizza risponde con una serie di fornitori specializzati nella gestione adeguata e tempestiva dell'incidente.

European Brokers ha creato una partnership con un leader globale nella gestione delle crisi per offrire ai clienti una risposta agli incidenti **24/7** su scala globale, attraverso un numero verde indicato in polizza. Il partner di **European Brokers**, assiste i clienti in tutte le fasi del processo, impiegando una rete di esperti in ambito informatico: risposta agli attacchi *denial of service*, cyber-estorsione, consulenza legale, attività di notifica, risposta alle frodi e pubbliche relazioni.

#### **Per informazioni contattare:**

**Alessandro Di Veroli**

*Business Development*

*Corporate Department.*

Tel: +39 06 98968360 +39 335 7302224

Mail: [alessandro.diveroli@ebrokers.it](mailto:alessandro.diveroli@ebrokers.it)

# Curiamo i rischi della Sanità

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

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

Via Ludovisi, 16 - 00187 Roma - [ebrokers.it/aris](http://ebrokers.it/aris)