

# SANITÀ ARIS

Trimestrale dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Anno III • Numero 2 • Maggio 2023

LA MISSIONE DI PAPA FRANCESCO AFFIDATA ALL'ARIS  
**SULLA FRONTIERA  
DEL BISOGNO**

Anno III Numero 2 • Maggio 2023 • Poste Italiane SpA • Spedizione in abbonamento postale 70% • DCB Roma





# JOSÈ PARRELLA NEL CUORE DELL'ARIS

Josè, sei ancora tra noi e tra noi resterai per sempre



Anno III - n. 2  
Maggio 2023

Direttore Responsabile:  
Virginio Bebbler

Redattore Capo:  
Mario Ponzi

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

Segretario di Redazione:  
Massimo Scafetti

Art:  
Angelo De Mattia

Foto:  
Archivio ARIS  
Cine foto operatore: Marco Ponzi

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

Stampa:  
ABILGRAPH 2.0  
Via Pietro Ottoboni, 11  
00159 Roma

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

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

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

Finito di stampare nel mese di Maggio 2023

# S O M M A R I O

- 5** Editoriale  
Esserci: il paradigma dell'ARIS  
*Mauro Mattiacci*
- 13** Sulla frontiera  
del bisogno.  
Discorso di Papa Francesco all'ARIS
- 19** Il futuro in uno sguardo  
del Santo Padre  
*Virginio Bebbler*
- 27** Dieci anni di Pontificato  
accanto alla sofferenza  
*Mimmo Muolo*
- 33** Un patto per la fragilità  
dell'anziano  
*Riccardo Alesi*
- 39** La salute: un diritto  
non uguale per tutti
- 47** Liste d'attesa: strada aperta  
alle diseguglianze sanitarie  
*Sara Crescente*
- 51** Pubblica o convenzionata  
un'unica sanità  
al servizio del cittadino  
*Domenico Arena*
- 63** Verso un nuovo  
modello sanitario  
*Giuliano Antonioni*
- 67** Equità ed efficacia  
per la stabilità del SSN  
*Luigi Corbella*
- 75** Il Paese delle culle vuote  
*Francesco M. Valiante*
- 80** L'Arco  
*MariaRita Gentile*
- MEDICI SCRITTORI**
- 83** La forza delle parole  
*Lanfranco Luzi*



# ESSERCI: QUESTO IL PARADIGMA DELL'ARIS



di Mauro Mattiacci

“Gli ospedali religiosi hanno soprattutto la missione di prendersi cura di coloro che sono scartati dall'economia sanitaria e da una certa cultura contemporanea. Questa è stata la profezia di tante istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana, a iniziare dalla nascita degli ospedali stessi, creati proprio per curare quelli che nessuno voleva toccare. Sia questa anche oggi la vostra testimonianza, sostenuta da una gestione competente e limpida, capace di coniugare ricerca, innovazione, dedizione agli ultimi e visione d'insieme.” Papa Francesco con queste parole, rivolte alla nostra Associazione nell'udienza dello scorso 13 aprile, ci ha affidato una missione da compiere: prendersi cura di coloro che sono scartati. Un compito arduo, perché molti, troppi ostacoli si frappongono al nostro operare. Ma è un compito che per le nostre strutture ha un suo perché.

“Noi ci siamo e vogliamo esserci” ha detto il Presidente Bebber salutando il Santo Padre, dunque anticipandone le consegne per noi, quasi fosse un segno della coincidenza dei loro pensieri. “Esserci”: questo dovrebbe essere il paradigma dell'operato di tutte le nostre strutture sanitarie. Esserci e testimoniare una formula che ci identifica con il carisma dei nostri fondatori e delle nostre fondatrici e che ci impone quasi di essere il motore che spinge alla nascita di un nuovo umanesimo. E promuovere finalmente quella cultura sanitaria cattolica della quale si sente spesso parlare ma se ne vedono solo pallide luci all'orizzonte.

Dal discorso di Papa Francesco, come sempre molto lucido e consapevole delle difficoltà che incontriamo sul nostro cammino, l'invito ad avere coraggio. “La realtà è complessa – ci ha detto a tal proposito - e potrete affrontarla in modo ade-



guato solo se le istituzioni sanitarie di ispirazione religiosa avranno il coraggio di mettersi insieme e fare rete, rifuggendo ogni spirito concorrenziale, unendo competenze e risorse e magari costituendo nuovi soggetti giuridici, attraverso i quali aiutare soprattutto le realtà più piccole. Non temete di percorrere strade nuove – **rischiate, rischiate** –, in modo da evitare che i nostri ospedali, solo per ragioni economiche, vengano alienati”.

Anche se gli eventi che in questi anni ci sono piovuti addosso, sconvolgendo non poco la nostra esistenza, appaiono così tragici e ci sentiamo quasi spinti nel tunnel oscuro e difficile dell’ingiustizia e della sofferenza, siamo chiamati dunque a tenere il cuore aperto alla speranza, saldi nella nostra fede, fiduciosi soprattutto nella luce del carisma dei nostri santi

fondatori e fondatrici che ci accompagna, ci sostiene nella fatica e, soprattutto, orienta il nostro cammino. È un invito a restare svegli, a non rinchiuderci nella rassegnazione, a non scoraggiarci mai, soprattutto nelle ore più buie.

Facile, anche se non scontato, a dirsi poiché la realtà che ci circonda lascia poco spazio all’ottimismo. Ma guai a cedere, anzi l’impegno che ci siamo assunti come ARIS è proprio quello di riprenderci il nostro ruolo, quello che la legge istitutiva del SSN ci ha dato, riaffermarlo con vigore e ad una sola voce. L’impegno della Presidenza in questi anni è stato proprio quello di bussare a tutte le porte delle stanze dei bottoni e ripetere “Noi ci siamo e vogliamo esserci”. Sono state fatte proposte, riaffermati diritti, offerte di collaborazione a vari livelli. Alcu-



ne porte si sono aperte e siamo stati invitati ad entrare; ci hanno ascoltato e compresi, hanno mostrato un po' più di considerazione del nostro ruolo; hanno iniziato a riconoscere la necessità di un SSN che non può prescindere dal riconoscimento di tutti gli attori impegnati nel mondo della salute, pubblici o convenzionati che siano. Ora però ci sembra sia giunto il momento di passare dalle parole a fatti concreti. Certo non mancano le prefiche che piangono sulla drammatica situazione della sanità nel nostro Paese e, pur sapendo di mentire continuano a rimuginare un sacco di baggianate sulla "devastante" presenza del privato accreditato che sottrarrebbe soldi alla sanità pubblica per creare profitto in proprio. A parte la nostra identità di strutture no profit che ci impedisce di inseguire e generare guadagni, ba-

sterebbe scorrere uno dei tanti report pubblicati in questi anni per costatare come curare in strutture convenzionate o in strutture pubbliche – che tra l'altro non riescono a far fronte con i loro soli mezzi alla domanda di salute del Paese - non esistono differenze di spesa, anzi. Ormai è evidente che non si può continuare a mettere sulle spalle della sanità convenzionata il peso degli abissali buchi di bilancio che affossano la sanità pubblica, e spingono medici ed infermieri ad abbandonare le corsie degli ospedali per la libera professione o, peggio, il lavoro a gettone. E non si può continuare ad accettare una situazione per cui, come capitato recentemente in Piemonte, per poter ottenere dal servizio sanitario pubblico regionale una gastroscopia e colonscopia – la notizia è stata diffusa nel corso di una trasmissione di Rai 2 -

si deve attendere sino al 2025. E noi dobbiamo confrontarci con i tetti di spesa, che limitano gravosamente la nostra attività convenzionata al servizio di quei cittadini penalizzati dalle liste di attesa.

Non possiamo dimenticare come la pandemia abbia toccato alcuni nervi scoperti dell'assetto sociale, sanitario ed economico del nostro Paese, facendo emergere contraddizioni e disuguaglianze. Soffermandoci su ciò che ci riguarda più da vicino, possiamo certamente dire che l'emergenza vissuta ha minacciato la sicurezza di tante nostre strutture, ma anche dimostrato quanto sia necessaria, anche se troppo spesso rinnegata, la nostra presenza nel sistema salute del Paese.

Una recente indagine ha evidenziato che le strutture di diritto privato accreditate hanno messo a disposizione nell'anno 2020 più di 10.000 posti letto Covid per acuti, post-acuti e per terapie sub-intensive e intensive oltre che 25.100 posti letto per i pazienti non-Covid. Secondo i dati resi pubblici dall'indagine tale coinvolgimento, si è prolungato in maniera più o meno ridotta anche nel 2021 e nel 2022. E la situazione delle liste di attesa evidenzia una dinamica in netto peggioramento nel 2020 rispetto al 2019, specialmente per la diagnostica e per gli accertamenti rispetto ai ricoveri, con una certa attenuazione a fine 2022, ma sempre con una problematicità più pronunciata per diagnostica e accertamenti. Naturalmente il problema derivante dai "tetti di spesa", meccanismo riservato alle strutture di diritto privato accreditate, costituisce un vincolo che certo non favorisce – per usare un eufemismo – la capacità del sistema nel suo complesso nel

fornire risposte ai pazienti in tempi ragionevoli, anche a prescindere dalle situazioni straordinarie come la pandemia, la quale ha ovviamente accentuato il processo di accumulo delle prestazioni ordinarie non soddisfatte,

Avendo toccato con mano la fragilità che contraddistingue la realtà umana e la nostra esistenza personale, possiamo dire che la più grande lezione che il Covid-19 ci lascia in eredità è la consapevolezza che abbiamo tutti bisogno gli uni degli altri, che il nostro tesoro più grande, seppure anche più fragile, è la fratellanza umana, e che nessuno può salvarsi da solo. È urgente dunque ricercare e promuovere insieme i valori universali che tracciano il cammino di questa fratellanza umana. Abbiamo anche imparato che la fiducia riposta nel progresso, nella tecnologia e negli effetti della globalizzazione non solo è stata eccessiva, ma si è trasformata in una intossicazione individualistica e idolatrica, compromettendo la garanzia auspicata di giustizia, di concordia e di pace.

Nel nostro mondo, che corre a grande velocità, molto spesso i diffusi problemi di squilibri, ingiustizie, povertà ed emarginazioni alimentano malesseri e conflitti. Ma questo non si può accettare se si parla di salute.

Per questo continuiamo a batterci. Esempio più eclatante di questo quadro è la situazione degli ospedali classificati e il loro ruolo rispetto agli altri privati accreditati aventi finalità di lucro. La legge istitutiva del SSN li assimila agli ospedali pubblici. Anche recentemente il Parlamento, nell'ambito di un dossier sul Welfare a cura della XVII Legislatura dell'aprile 2018 ha ribadito che *"Il SSN garantisce*





**Ambu**

# SOLUZIONE DI CISTOSCOPIA MONOUSO PORTATILE

## Ambu® aScope™ 4 Cysto

aScope™ 4 Cysto è un cistoscopia flessibile monouso che, abbinato al monitor Full-HD portatile da 12,8" aView™ 2 Advance, fornisce una soluzione efficace per tutte le procedure di cistoscopia flessibile in vari ambienti clinici.

- **Qualità costante**  
Elimina il deterioramento della qualità d'immagine e di curvatura.
- **Sempre disponibile e portatile**  
Semplifica il planning giornaliero, permettendo di effettuare facilmente i consulti fuori reparto.
- **Elimina reprocessing e riparazioni costose**  
Non necessita di reprocessing ed elimina i costi di pulizia, manutenzione e riparazione.



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

Scansiona il QR Code  
per saperne di più



*l'erogazione delle prestazioni sanitarie incluse nei LEA attraverso l'attività di soggetti erogatori pubblici (Aziende sanitarie e ospedaliere, Aziende ospedaliero-universitarie, IRCCS pubblici), **privati equiparati** (IRCCS privati, **Ospedali classificati**) e privati accreditati, con i quali le regioni e le aziende stipulano degli accordi o dei contratti"* così distinguendo tra privati equiparati e privati accreditati in senso stretto, intesi come privati profit. Nella pratica giornaliera si manifestano disparità di trattamento a danno degli ospedali classificati, nonostante il loro ruolo sostanzialmente pubblico. Un evidente contrasto da risolvere. Forse sarebbe necessario ribadire espressamente e valorizzare, anche concretamente, il ruolo e la particolare funzione, equiparata alle strutture pubbliche, svolta dagli ospedali classificati all'interno del sistema sanitario nazionale e regionale e la loro netta differenziazione rispetto agli altri erogatori privati accreditati; e di precisare espressamente che le disposizioni di cui all'art. 15 della legge 118/2022 non si applicano agli ospedali classificati, in virtù della loro peculiare natura.

E che dire poi dell'opera magnifica svolta dai nostri CDR? Cosa accadrebbe al SSN se non ci fossero? Possibile che non meritino attenzione e sostegno da parte delle autorità istituzionali? E ciò vale per le Case di Cura, che tanto hanno dato nell'emergenza e tanto hanno perso senza il minimo sostegno di alcuno. E le nostre RSA sottovalutate e spesso messe a sproposito in discussione, ma ignorate quando si tratta di sostenerle nel costante impegno accanto all'anziano pluripatologico e non autosufficiente.

Incredibile pensare che in tutti questi anni abbiamo dovuto lottare per affermare il nostro diritto ad esserci. Lottare per rendere efficace una legge dello Stato. Una legge che era stata fatta per assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute e il diritto di scegliere dove curarsi. Finalmente oggi – dopo 45 anni da quella legge - si comincia a parlare di una sanità impenabile senza puntare decisamente ad un mix virtuoso tra sanità pubblica e sanità privata accreditata. Del resto, era proprio questo mix la parte fondante di quella legge, la quale affermava esplicitamente che gli Ospedali Classificati e i Presidi sono equiparati a tutti gli effetti agli ospedali pubblici, tanto che il Consiglio di Stato li aveva riconosciuti “*consustanziali*” a quelli pubblici. Essi sono, per legge, strutture dell’ASL in cui sono ubicati. Un principio sacrosanto che tuttavia non è stato mai compiutamente attuato, anzi negli ultimi anni è stato messo in discussione dagli orientamenti del Ministero dell’Economia e delle Finanze, dalla normativa di molte regioni e recentemente anche da alcune sentenze dei TAR e del Consiglio di Stato, che, certamente per problemi di carattere economico-finanziario, hanno rinnegato la loro stessa giurisprudenza ormai consolidata.

Ciononostante la quasi totalità delle strutture sanitarie e socio sanitarie, no profit hanno scelto di operare nel S.S.N. come strutture accreditate e quindi erogano prestazioni per conto del S.S.N a difesa di un sistema a copertura universalistica del diritto alla salute, oggi messo in discussione, sia da una crisi economico-finanziaria di non facile superamento, nonché

dagli interessi di fortissimi gruppi economico-finanziari che sostengono l’esigenza ineludibile del ricorso alla previdenza integrativa e sostitutiva, con il superamento dell’attuale sistema. E qui entra in campo la diseguaglianza che contraddistingue l’accesso alle cure dei cittadini italiani. Da un lato, le istituzioni devono garantire in tutto il paese, secondo il dettato Costituzionale i diritti fondamentali, tra cui il diritto alla salute, indipendentemente dalle condizioni socioeconomiche degli individui e dallo stato di cittadinanza. Dall’altro lato, l’introduzione del federalismo fiscale ha comportato una crescente autonomia delle regioni in materia di finanziamento ed erogazione dei servizi sanitari, fatto che può minare il principio di equità nell’accesso alle cure che è alla base del Servizio Sanitario Nazionale a garanzia del diritto alla salute. Ma questo è un altro argomento. Noi ci limitiamo a rispettare il mandato di Papa Francesco: “Infine, vorrei raccomandarvi di accompagnare le persone che accogliete nelle vostre istituzioni con una cura integrale, che non trascuri l’assistenza spirituale e religiosa dei malati, delle loro famiglie e degli operatori sanitari. Anche in questo le istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana dovrebbero essere esemplari. E non si tratta solo di offrire una pastorale sacramentaria, bensì di dare un’attenzione completa alla persona. Nessuno, **nessuno** deve sentirsi solo nella malattia!”.

Santità, vorrei poter dire a Papa Francesco, nelle nostre case nessuno si sentirà mai solo e a nessuno mancherà mai quella medicina in più di cui ha bisogno: l’amore.



La missione affidata all'ARIS da Papa Francesco

## SULLA FRONTIERA DEL BISOGNO

*È stato significativo l'incontro dell'ARIS con il Santo Padre, svoltosi il 13 aprile scorso nella Sala del Concistoro del Palazzo Pontificio. Nel corso dell'udienza speciale Papa Francesco ha affidato all'ARIS la missione di restare con coraggio sulla frontiera del bisogno per rispondere alla domanda di salute dei più poveri, troppo spesso costretti a rinunciare alle cure per mancanza di mezzi economici. Questo il discorso del Papa all'ARIS:*

Cari fratelli e sorelle, buongiorno!

Ringrazio il Presidente, Padre Virginio Bebber, per le sue parole, e do il benvenuto a tutti voi. Saluto il Direttore dell'Ufficio per la Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Italiana.

Sono lieto di incontrare la vostra Associazione, impegnata nella gestione delle strutture sanitarie di ispirazione cristiana, paragonabili alla locanda del buon samaritano (cfr *Lc* 10,25-37), dove i malati possono ricevere «l'olio della consolazione e il vino della speranza»<sup>1</sup>. Esprimo il mio apprezzamento per il bene compiuto in tanti istituti a carattere sanitario presenti in Italia e incoraggio a portarli avanti con la perseveranza e la fantasia della carità, proprie di molti fondatori che ad essi hanno dato vita.

La sanità religiosa in Italia ha una storia bella e plurisecolare. La Chiesa ha fatto molto, attraverso la sanità, per dare ascolto e attenzione alle fasce povere, deboli e abbandonate della società. Non sono mancati, in questo ambito, testimoni

---

<sup>1</sup> *Messale Romano*, Prefazio Comune VIII.



autorevoli, che hanno saputo riconoscere e servire Cristo malato e sofferente fino al dono completo di sé, anche con il sacrificio della vita. Pensiamo a San Camillo de Lellis, Santa Giuseppina Vannini, San Giuseppe Moscati, Santa Agostina Pietrantoni e tanti altri. Grati per il passato, ci sentiamo dunque chiamati ad abitare il presente con impe-

gno fattivo e con spirito profetico. Nel settore della sanità la cultura dello scarto può mostrare più che altrove, a volte in modo evidente, le sue dolorose conseguenze. Quando infatti la persona malata non è messa al centro e considerata nella sua dignità, si ingenerano atteggiamenti che possono portare addirittura a speculare sulle disgrazie altrui<sup>2</sup>, e

---

<sup>2</sup> Cfr *Discorso alla Commissione Episcopale per il Servizio della Carità e la Salute della CEI*, 10 febbraio 2017.



questo deve renderci vigilanti.

Chiediamoci in particolare: qual è il compito delle Istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana in un contesto, come quello italiano, dov'è presente un servizio sanitario nazionale per sua vocazione universalistico, e dunque chiamato a provvedere alla cura di tutti? Per rispondere a questa domanda, è necessario recuperare *il carisma fondante della sanità cattolica* per applicarlo in questa nuova

situazione storica, consapevoli anche che oggi, per vari motivi, è sempre più difficile mantenere le strutture esistenti. Occorre intraprendere cammini di discernimento e fare scelte coraggiose, ricordandoci che la nostra vocazione è quella di stare sulla frontiera del bisogno; la vocazione nostra è quella: sulla frontiera del bisogno. Come Chiesa, siamo chiamati a rispondere soprattutto alla domanda di salute dei più poveri, degli esclusi e di quanti, per ragioni di carattere economico o culturale, vedono disattesi i loro bisogni. Questi sono i più importanti per noi, quelli che sono al primo posto della coda: questi.

Il ritorno della “povertà di salute” sta assumendo in Italia proporzioni importanti, soprattutto nelle Regioni segnate da situazioni socio-economiche più difficili. Ci sono persone che per scarsità di mezzi non riescono a curarsi, per le quali anche il pagamento di un *ticket* è un problema; e ci sono persone che hanno difficoltà di accesso ai servizi sanitari a causa di lunghissime liste d'attesa, anche per visite urgenti e necessarie! Il bisogno di cure intermedie poi è sempre più elevato, vista la crescente tendenza degli ospedali a dimettere i malati in tempi brevi, privilegiando la cura delle fasi più acute della malattia rispetto a quella delle patologie croniche: di conseguenza queste, soprattutto per gli anziani, stanno diventando un problema serio anche dal punto di vista economico, con il rischio di favorire percorsi poco rispettosi della dignità stessa delle persone. **Un anziano deve prendere le medicine, e se per risparmiare o per questo o quel motivo non**



**gli danno queste medicine, è un'eutanasia nascosta e progressiva. Dobbiamo dire questo. Ogni persona ha diritto alle medicine. E tante volte – penso ad altri Paesi, in Italia non conosco molto questo, in altri Paesi sì, conosco – gli anziani che devono prendere quattro o cinque medicine e riescono solo ad averne due: questa è un'eutanasia progressiva, perché non si dà loro ciò di cui hanno bisogno per curarsi.**

La sanità di ispirazione cristiana ha il dovere di difendere il diritto alla cura soprattutto delle fasce più deboli della società, privile-

giando i luoghi dove le persone sono più sofferenti e meno curate, anche se questo può richiedere la riconversione di servizi esistenti verso nuove realtà. Ogni persona malata è per definizione fragile, povera, bisognosa di aiuto, e a volte chi è ricco si trova più solo e abbandonato di chi è povero. Però è evidente che oggi ci sono opportunità diverse di accesso alle cure per coloro che hanno disponibilità economiche rispetto alle persone più indigenti. E allora, pensando a tante congregazioni, nate in diverse epoche storiche con carismi coraggiosi, chiediamoci: cosa farebbero questi Fondatori e Fondatrici oggi?



Gli ospedali religiosi hanno soprattutto la missione di prendersi cura di coloro che sono scartati dall'economia sanitaria e da una certa cultura contemporanea. Questa è stata la profezia di tante istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana, a iniziare dalla nascita degli ospedali stessi, creati proprio per curare quelli che nessuno voleva toccare. Sia questa anche oggi la vostra testimonianza, sostenuta da una gestione competente e limpida, capace di coniugare ricerca, innovazione, dedizione agli ultimi e visione d'insieme.

La realtà è complessa e potrete affrontarla in modo adeguato solo se le istituzioni sanitarie di ispirazione religiosa avranno il coraggio di mettersi insieme e fare rete, rifuggendo ogni spirito concorrenziale, unendo competenze e risorse e magari costituendo nuovi soggetti giuridici, attraverso i quali aiutare soprattutto le realtà più piccole. Non temete di percorrere strade nuove – **rischiate, rischiate** –, in modo da evitare che i nostri ospedali, solo per ragioni economiche, vengano alienati – **questo è un pericolo e anche attuale: qui a Roma, posso mandarvi la lista** –, vanificando così un patrimonio a lungo custodito e impreziosito da tanti sacrifici. Proprio per realizzare queste due impellenti finalità e su richiesta delle stesse istituzioni sanitarie di ispirazione cattolica, è nata nel dicembre 2015 la *Pontificia Commissione per le Attivi-*

*tà del Settore Sanitario delle Persone giuridiche pubbliche della Chiesa*, con la quale invito ad avere una fattiva e costruttiva collaborazione.

Infine, vorrei raccomandarvi di accompagnare le persone che accogliete nelle vostre istituzioni con una cura integrale, che non trascuri l'assistenza spirituale e religiosa dei malati, delle loro famiglie e degli operatori sanitari. Anche in questo le istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana dovrebbero essere esemplari. E non si tratta solo di offrire una pastorale sacramentaria, bensì di dare un'attenzione completa alla persona. Nessuno, **nessuno** deve sentirsi solo nella malattia! Al contrario, ciascuno sia sostenuto nelle sue domande di senso e aiutato a percorrere con speranza cristiana la strada, a volte lunga e faticosa, dell'infermità.

Cari fratelli e sorelle, tenete vivo il carisma dei vostri Fondatori, non tanto per imitarne i gesti, quanto piuttosto per accoglierne lo spirito, non tanto per difendere il passato, quanto per costruire un presente e futuro in cui annunciare, con la vostra presenza, la vicinanza di Dio ai malati, soprattutto ai più svantaggiati ed emarginati dalla logica del profitto. La Madonna vi accompagni. Di cuore vi benedico e benedico il vostro lavoro. E vi raccomando, non dimenticatevi di pregare per me. Grazie.



# IL FUTURO IN UNO SGUARDO DEL SANTO PADRE



di Virginio Bebber

Lo sguardo di Papa Francesco. Uno sguardo penetrante. Forse ancor più delle parole che stava pronunciando. Parole quasi sussurrate, a braccio, dunque spontanee. Profondamente sentite. È il ricordo più vivo rimasto nel cuore di quanti hanno partecipato al suo incontro con la nostra Associazione ARIS, giovedì scorso, 13 aprile. Per un attimo ha abbandonato la traccia del discorso preparato per l'udienza e ci ha trasmesso tutta la sua preoccupazione per la sorte di quanti, sofferenti nella tenaglia della malattia, non hanno possibilità di accedere alle cure, alle medicine di cui hanno bisogno. Perché non hanno i mezzi economici per poterlo fare. Solo le vittime di quella che ha definito "povertà della salute", di quella "cultura dello scarto" che evoca dall'inizio del suo Pontificato. E non ha esitato ad equiparare questa forzata privazione ad una "eutanasia nascosta e progressiva" cui sono praticamente condannati i più fragili, gli anziani indigenti. Per noi quel momento è stato come sentire l'eco della nostra voce espandersi oltre i confini di casa ed acquisire quella forza che solo Papa Francesco oggi ci può dare. L'universalità delle cure, il diritto di tutti all'accesso alle medicine, l'inclusione di ogni persona nel sistema salute del Paese, l'accoglienza senza distinzione alcuna, la certezza di una pronta assistenza nel momento in cui si mostra il lato più fragile dell'umanità sono gli obiettivi cui dovrebbe tendere il Servizio Sanitario Nazionale che sogniamo.

Oggi però ci troviamo di fronte ad un'universalità sempre più compromessa dal "chi può e chi non può". Nasce così l'Italia delle disuguaglianze", delle disparità che oggi come non mai caratteriz-





zano il nostro Paese. Sono gli anziani fragili coloro che soffrono di più di questa “eutanasia nascosta”. Sono queste disparità che Papa Francesco chiede a noi di adoperarci affinché scompaiano. “Nessuno, ci ha detto, nessuno deve sentirsi solo nella malattia. Bisogna entrare nel vivo di quella logica di un “noi”, aperto alla fraternità e a un bene comune.

La nostra famiglia ARIS naviga, come ho avuto l'onore di dire al Santo Padre, sulla scia tracciata dalla barca di Pietro. Naviga in un mare, se non in tempesta, certamente agitato. Anzi molto spesso ci troviamo a navigare controcorrente, con il nostro carico di fragilità umana. Lottiamo per non naufragare tra le onde provocate da quella cultura della morte che sembra sempre più appropriarsi della scena di questo mondo, dall'individualismo sfrenato generato dall'ossessione del potere, dall'egoismo figlio diretto del consumismo ad ogni costo. Difficile dire chi ne sia esente.

Al Santo Padre vogliamo dire “Noi ci siamo e vogliamo esserci”. Siamo pronti a raccogliere le sfide del tempo, a difendere e a servire la vita dal concepimento al suo termine naturale, opponendo fermamente la “cultura della vita” alla “cultura della morte”. E siamo consape-

voli che proprio per questo dovremo affrontare tante e potenti forze che mettono addirittura in dubbio il nostro stesso diritto ad esistere, che cercano di soffocare la nostra voce, che ci escludono, o almeno tentano di escluderci da ogni contesto sociale.

Noi ci siamo e vogliamo esserci. Portiamo nel nostro DNA segni di speranza per ogni donna ed ogni uomo. Le nostre opere, nella consapevolezza di essere opere di Chiesa, assumono su di sé, come ci ha chiesto Papa Francesco, anche la responsabilità di una “nuova evangelizzazione”, non solo declamata, ma intessuta, giorno dopo giorno di gesti concreti, capaci di essere testimoni e protagonisti della nascita di un nuovo umanesimo.

Il mondo sanitario non è esente da questo bisogno di un nuovo umanesimo, come non è esente purtroppo da logiche di profitto e da forme di emarginazione ed esclusione. La Chiesa sempre attenta alle vicende degli uomini, soprattutto alle loro fatiche, conscia che la promozione umana è inseparabile dall'evangelizzazione, ci ha richiamato sovente a lottare contro l'esclusione. Una società merita la qualifica di civile se sviluppa gli anticorpi contro la cultura dello scarto; se riconosce il

www.lacascina.it



## 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





valore intangibile della vita umana qualunque sia la sua condizione; se la solidarietà è fattivamente praticata e salvaguardata come fondamento della convivenza. E la prima forma di civiltà è il rispetto per chi soffre. Non a caso la missione che Papa Francesco ci ha affidato è “accompagnare” le persone che accogliamo nelle nostre strutture “con una cura integrale, che non trascuri l’assistenza spirituale e religiosa dei malati, delle loro famiglie e degli operatori sanitari”. In questo le istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana dovrebbero essere esemplari. A cominciare dalle nostre associate.

Siamo pronti a proseguire su questa strada e a riscrivere la grammatica del farsi carico e del prendersi cura della persona sofferente in particolare nelle fasi critiche e terminali della vita. Il dolore non può essere bandito dalle nostre vite, ma possiamo provare a coglierne il valore e adoperarci, come operatori nella sanità, perché non sia un’esperienza ammantata solo di disperazione.

“Esserci”: questo vuole essere il paradigma della nostra missione sulla via tracciata da no-

stri santi fondatori e fondatrici. Papa Francesco ci ha proposto di chiederci come si sarebbero comportati i nostri santi in una situazione come quella che stiamo vivendo. Ma ci ha chiesto di farlo non tanto per imitare i loro gesti quanto piuttosto per accoglierne lo spirito; non tanto per difendere il passato, quanto piuttosto per costruire un presente e un futuro in cui testimoniare la presenza del Cristo tra i malati e ribadire il valore della persona, soprattutto in un contesto come quello attuale dove tutto sembra essere guidato da leggi di mercato.

Il primato della persona come bene incondizionato, originario ed ontologicamente fondato, è oggi, anche più di ieri, l’unico riferimento sicuro su cui edificare una società aperta, una convivenza solidale, un mondo giusto. L’etica evoca ed esige un fondamento ontologico e chi si ispira ad una concezione cristiana dell’uomo e della vita deve essere consapevole di una responsabilità particolare che gli compete. Alle nostre mani Papa Francesco ha affidato la spiritualità del Buon Samaritano. Noi ci siamo. E vogliamo esserci.



SOLUZIONI  
PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI,  
PER UN FUTURO SOSTENIBILE

CERTIFICATA • GARANTITA • SEMPLICE DA UTILIZZARE

WASTE PROCESSING  
TECHNOLOGIES

DA UN KNOW-HOW TUTTO ITALIANO LA TECNOLOGIA DI STERILIZZAZIONE  
PER I RIFIUTI OSPEDALIERI POTENZIALMENTE INFETTI ADOTTATA DA DIVERSE MARINE MILITARI NEL MONDO

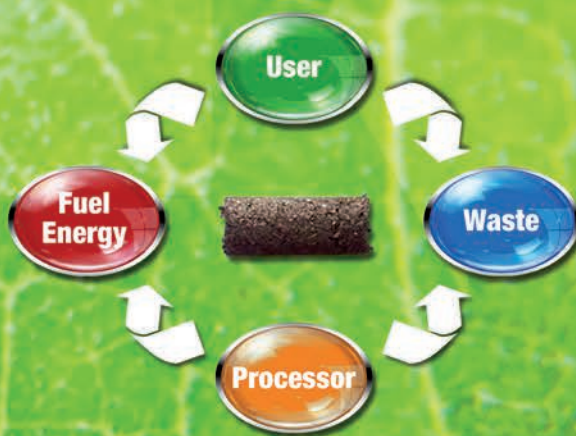
La **WP** è un mulino a impatto a velocità variabile, progettato per trattare senza soluzione di continuità rifiuti solidi misti e frazioni organiche. Il processo produce un residuo, la materia prima del futuro che è un prodotto sterilizzato, secco, omogeneo, finemente sminuzzato, irriconoscibile e stabile; si ottiene anche una riduzione del volume fino all'80%, insieme a una riduzione di peso e del contenuto di umidità.

I rifiuti lavorati possono poi essere conservati a temperatura ambiente, in semplici sacchi, fino a 6 mesi, riducendo drasticamente le esigenze di trasporto e migliorando l'intero ciclo logistico del materiale.

I rifiuti trattati possono essere classificati come CDR, utilizzati come ammendanti o inviati a smaltimento a una frazione del costo corrente di smaltimento dei rifiuti.



ESEMPI DI CDR



TURN WASTE INTO A COMMODITY



Inside of every problem lies an opportunity (Robert Kiposaki)



**WPT s.r.l.**  
Registered Office  
Via Nazario Sauro, 58 • 10093 Collegno (TO) • IT • Tel. +39 0141 1768169  
[www.wpt-italy.com](http://www.wpt-italy.com) • [info@wpt-italy.com](mailto:info@wpt-italy.com)

**Operational Headquarters**  
Strada per Buttigliera, 73 • 14019 Villanova D'Asti (AT) • IT  
**Per contatti rivolgersi a:**  
Ing. Paolo Inguscio 393.3280039



## LA CRONACA DELL'UDIENZA SPECIALE RISERVATA DA PAPA FRANCESCO ALL'ARIS

“Prendersi cura di coloro che sono scartati”: è questa la missione affidata da Papa Francesco alla nostra Associazione nell'udienza speciale dello scorso 13 aprile, svoltasi nella Sala del Concistoro del Palazzo Pontificio. Un momento di estrema importanza per la nostra Associazione poiché Papa Francesco ha sostanzialmente rilanciato il ruolo delle nostre istituzioni nel sistema salute del Paese. Ci ha esortato ad avere coraggio, a fare rete tra di noi e ad andare avanti nel testimoniare la nostra vicinanza alla fragilità umana e a collaborare affinché si riscopra il valore di un servizio che assicuri assistenza sanitaria universalistica, grazie alla quale nessuno si possa sentire abbandonato a sé stesso, impossibilitato a provvedere a ciò di cui ha bisogno per curarsi perché non ha i mezzi economici per farlo. “Il ritorno della ‘povertà di salute’ - ha detto - sta assumendo in Italia proporzioni importanti, soprattutto nelle Regioni segnate da situazioni socio-economiche più difficili”. “Un anziano - ha poi aggiunto - deve prendere le medicine, e se per risparmiare o per questo o quel motivo non gli





danno queste medicine, è un'eutanasia nascosta e progressiva”.

All'inizio dell'incontro, al quale hanno partecipato il Direttore dell'Ufficio Nazionale della CEI per la Pastorale della Salute, Don Massimo Angelelli, ed oltre duecento associati, il Presidente Bebber, nel ringraziare il Pontefice per l'attenzione riservata all'ARIS, ha voluto condividere con lui le difficoltà del momento, vissute tuttavia restando fedeli ai carismi dei fondatori e decisi a difendere la vita in ogni sua fase. “Molto spesso – ha detto Padre Bebber - ci troviamo a navigare controcorrente, con il nostro carico di fragilità umana. Lottiamo per non naufragare tra le onde provocate da quella cultura della morte che sembra sempre più appropriarsi della scena di questo mondo, dall'individualismo sfrenato generato dall'ossessione del potere, dall'egoismo figlio diretto del consumismo ad ogni costo. Difficile dire chi ne sia esente”.

Alla fine dell'udienza Papa Francesco ha voluto manifestare con un gesto d'affetto l'attenzione che dedica alle nostre opere: ha salutato uno ad uno tutti i presenti, ha accarezzato il volto di tutti i malati che ci hanno accompagnato, si è piegato sulle loro sedie a rotelle per baciargli la fronte.

Il Santo Padre ha poi impartito la benedizione apostolica a tutti i presenti estendendola a tutta la famiglia dell'ARIS.





# DIECI ANNI DI PONTIFICATO ACCANTO ALLA SOFFERENZA



di Mimmo Muolo

I dieci anni di Papa Francesco sulla cattedra di Pietro (13 marzo 2013 – 13 marzo 2023) sono stati l'occasione per diversi bilanci del Pontificato. Vorremmo tentarne su queste pagine uno anche rispetto al tema della sofferenza e delle cure mediche, che spesso si è affacciato nel magistero del Pontefice argentino. Anche perché, poco dopo il compimento dell'importante anniversario tondo, egli stesso ha vestito i panni del paziente, dovendo ricorrere alle cure dei medici del Policlinico Gemelli, dove è rimasto quattro giorni, dal 29 marzo al 1° aprile, per una bronchite infettiva, che però si era presentata con sintomi ben più allarmanti, fortunatamente scongiurati dalla successiva diagnosi.

Non è la prima volta, come sappiamo, che il Papa deve andare in ospedale. Il riferimento è al precedente ricovero, datato luglio 2021 (in quel caso i giorni di degenza furono in tutto dieci) per una diverticolite, che lo costrinse a sottoporsi a un delicato intervento al colon. Questi due episodi, non nuovi nella storia recente dei Pontefici (si pensi ai sette ricoveri, sempre al Gemelli, di san Giovanni Paolo II), ci permettono tuttavia di inquadrare meglio il rapporto tra papa Bergoglio e il mondo della sanità. Perché anche nel suo modo di essere paziente, ritroviamo le principali linee del suo insegnamento in questo specifico ambito.

Innanzitutto, che tipo di paziente è Francesco? Potremmo definirlo un paziente “attivo”. Nei giorni del ricovero, infatti, non appena il miglioramento della malattia glielo ha consentito, non se ne è stato



tranquillo nel suo appartamento al decimo piano, ma è andato incontro agli altri pazienti. Ha visitato un reparto pediatrico, ha battezzato un bimbo di pochi giorni, ha consolato due poveri genitori che avevano appena perduto la loro figliuola di cinque anni e ha pregato con loro. Si è intrattenuto a cena (a base di piazza) con il personale sanitario che lo aveva in cura. Insomma, ha fatto anche là il “parroco”, o se si vuole il cappellano ospedaliero, per sua stessa ammissione il “mestiere” più bello, perché è basato sulla regola dell’incontro. E inoltre ha lodato e incoraggiato medici, infermieri e tutti gli altri lavoratori dell’ambito ospedaliero, per il servizio di grande umanità che svolgono, ognuno secondo le sue mansioni.

Questo ci dice molto anche del modo in cui ha approcciato l’area della malattia e della medicina nei suoi dieci anni di pontificato. Emergono, infatti, dalle decine di discorsi e pronunciamenti

vari di questo decennio le stesse parole chiave del suo atteggiamento da paziente: cura, prossimità, tenerezza, lotta alla cultura dello scarto, visione integrale del malato, promozione del bene comune e dunque di un sistema sanitario che non lasci indietro nessuno. Tutto questo in aggiunta, naturalmente, all’indispensabile competenza tecnica di medici e infermieri.

Sono principi che emergono, ad esempio, dal discorso pronunciato il 4 giugno 2022 nell’udienza alla Confederazione “Federsanità”, che riunisce le Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere, e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Prima di tutto prossimità come “antidoto all’autoreferenzialità”. “Vedere nel paziente un altro me stesso spezza le catene dell’egoismo, fa cadere il piedistallo sul quale a volte siamo tentati di salire e spinge a riconoscerci fratelli, a prescindere dalla lingua, dalla provenienza geografica, dallo status sociale o dalla condizione di salute”.



**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

Quindi integralità come cura di tutta la persona. “Una visione olistica della cura contribuisce a contrastare la ‘cultura dello scarto’, che esclude quanti, per diversi motivi, non rispondono a certi canoni. È una cultura di oggi, così: dello scarto. Quello che non serve è fuori. Usa e getta, ma a tutti i livelli. In una società che rischia di vedere i malati come un peso, un costo, occorre rimettere al centro ciò che non ha prezzo, non si compra e non si vende, cioè la dignità della persona”.

Infine, il bene comune, come “rimedio al perseguire interessi di parte”. “Anche in campo sanitario è frequente la tentazione di far prevalere vantaggi economici o politici di qualche gruppo a discapito della maggior parte della popolazione. E questo vale anche sul piano dei rapporti internazionali”. Per questo il Papa si è sempre pronunciato a favore del welfare. “Tagliare le risorse per la sanità è un oltraggio all’umanità”, ha ammonito.

In un’altra occasione, il discorso alle associazioni degli infermieri, 3 marzo 2018, Francesco disse: “Non dimenticatevi della ‘medicina delle carezze’: è tanto importante! Una carezza, un sorriso, è pieno di significato per il malato. È semplice il gesto, ma lo porta su, si sente accompagnato, sente vicina la guarigione, si sente persona, non un numero. Non dimenticatelo”. E il 9 febbraio scorso, ricevendo gli esponenti dell’Area Medica dell’Ufficio di Pastorale Sanitaria della Diocesi di Roma, ha aggiunto: “È importante farsi vicini a chi soffre, offrendo ascolto, amore e accoglienza. Ma per far questo bisogna imparare a vedere, nel dolore del fratello, un “segnale di precedenza”, che in fondo al cuore ci impone di fermarci

e non ci permette di andare oltre”.

Sono cose che il Papa mette in pratica ogni volta che incontra nei viaggi e nelle udienze gli ammalati, ai quali riserva sempre grande tempo. Emblematica è rimasta da questo punto di vista la foto dell’abbraccio con l’uomo sfigurato da una grave malattia che gli aveva deturpato il volto. Il Pontefice lo può fare perché l’uomo Jorge Mario Bergoglio ha imparato questo dalla sua stessa esperienza di vita. Qualche tempo fa raccontò di quella volta che da giovane, per un’infezione polmonare fu tra la vita e la morte. Allora lo salvò una suora infermiera italiana, una domenicana, suor Cornelia Caraglio. “Fu lei a dire ai dottori a discutere con loro, questo sì, quest’altro di più: e grazie a queste cose io sono sopravvissuto”. E anche in occasione del ricovero al Gemelli per l’intervento al colon, Papa Francesco ha reso omaggio al suo infermiere personale, Massimiliano Strappetti, ricordando che è stato lui a convincerlo a fare l’intervento e che in pratica, così ha detto il Pontefice, “mi ha salvato la vita”.

Ecco dunque le linee principali non solo di una pastorale della salute, secondo Papa Bergoglio, ma anche di una politica sanitaria che passa necessariamente per la vicinanza e la cura di chi è meno abbiente. Come dimostra anche la Giornata mondiale dei poveri, istituita dopo il Giubileo della Misericordia, in occasione della quale si allestisce in piazza San Pietro un poliambulatorio per consentire visite e diagnosi gratuite ai senza dimora. Un caso emblematico di cosa voglia dire il Pontefice quando ci ricorda che nella carne di chi soffre per le più diverse ragioni tocchiamo la carne di Cristo stesso.

## EXECUTIVE MASTER - area sanitaria

L'**Executive Master** è comunemente un percorso di crescita pensato per tutti i professionisti e lavoratori che già partecipano attivamente sul mercato del lavoro e desiderano certificare e specializzare ulteriormente le proprie competenze.

Un diritto, il cui anelato raggiungimento non può prescindere da risorse umane adeguatamente formate e costantemente aggiornate.

Situata nel più ampio **Progetto Orienta Campus**, la suite **Competenze per la Salute** propone una variegata formazione declinata in percorsi **Executive Master**, tutti riconducibili, sia in ambiti diversi, che al **settore sanitario**.

Aris Nazionale si pregia di porre alla sua attenzione la suite formativa "**Competenze per la Salute**", nata dalla partnership con Orienta Campus quale contributo alla piena affermazione del diritto universale alla salute e al benessere, a cui tutti siamo chiamati a concorrere. Tutti i master sono erogati on-line su piattaforma telematica ed integrati, ove necessario, delle opportune attività di tirocinio e project work.

Tutti i corsisti beneficiano di un proprio **tutor online** che, **step by step**, li conduce al traguardo, grazie a strategie didattiche e metodologiche innovative.

Di seguito, gli Executive Master dell'**area sanitaria** sono:

### Master di primo livello - AREA SANITARIA

*ARSA14* - Neonatologia, urgenze e cure intensive;  
*ARSA13* - Bed management;  
*ARSA12* - La gestione delle cure palliative e della terapia del dolore;  
*ARSA11* - Infermiere di famiglia e di comunità;  
*ARSA10* - Il tutoring nelle professioni sanitarie;  
*ARSA09* - Psicologo di base;  
*ARSA08* - Nutrizione clinica;  
*ARSA07* - Posturologia sportiva e analisi del movimento;  
*ARSA04* - Medicina previdenziale: aspetti legali e assicurativi;  
*ARSA02* - Gestione e coordinamento delle strutture sanitarie, sociali e socio-assistenziali territoriali;  
*ARSA01* - Management delle professioni sanitarie e funzioni di coordinamento nell'organizzazione aziendale-ospedaliera e deiservizi assistenziali territoriali.

### Master di secondo livello - AREA SANITARIA

*ARSA06* - Medicina previdenziale, legale e socio-assistenziale  
*ARSA05* - Medicina dell'emergenza e urgenza  
*ARSA03* - Manager dis truttute sanitarie complesse



**SCANSIONA IL QR CODE**

o scopri tutti i corsi su  
[www.arisassociazione.it/  
news/4946-orientacampus.html](http://www.arisassociazione.it/news/4946-orientacampus.html)

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

 351 175 3341

 [segreteria@orientacampus.it](mailto:segreteria@orientacampus.it)







Aris, Agespi, Anaste e Uneba in un Convegno al Senato

# UN PATTO PER LA FRAGILITÀ DELL'ANZIANO

di Riccardo Alesi

Noi ci siamo. È questa la frase lanciata da Aris, Agespi, Anaste e Uneba in occasione del convegno in Senato sul Ddl Anziani - approvato il 21 marzo in Parlamento con nessun voto contrario - organizzato dall'Onorevole Francesco Zaffini, a Roma. Una frase che rappresenta l'impegno delle quattro Associazioni, le quali chiedono il riconoscimento del ruolo che ricoprono nell'assicurare il continuum assistenziale dei servizi per gli anziani, ovunque se ne presenti la necessità. Il Presidente Aris, Padre Virginio Bebber, ha sottolineato l'importanza del momento definendolo come "storico" in quanto l'Italia sarà il primo paese che avrà una legge dedicata all'assistenza della fragilità umana.

"Per noi dell'ARIS - ha detto il Presidente - l'attenzione e la vicinanza nei confronti della persona anziana è parte integrante della nostra identità. Una lunga vita - così insegna la Scrittura e come spesso ci ricorda Papa Francesco - è una benedizione, e i vecchi non sono reietti dai quali prendere le distanze, bensì segni viventi della benevolenza di Dio che elargisce vita in abbondanza".

La vecchiaia è un tempo speciale per sciogliere il futuro dall'illusione tecnocratica di una sopravvivenza biologica e robotica. L'uomo ha bisogno dell'uomo dall'inizio alla fine della sua vicenda terrena. E questo è tanto più vero quanto più arriva il momento della fragilità. Dunque, ben vengano - ha proseguito il Presidente Bebber - tutte le soluzioni futuristiche ma mai manchi quello

che il nostro fondatore San Camillo raccomandava sempre ai suoi confratelli che si chinavano sui letti carichi di dolore: “Mettete più cuore in quelle mani”.

Ecco io credo – ha sottolineato il Presidente Aris - che nell'affrontare questa grande tematica dovremo metterci più cuore. Dovremo mettere al centro di ogni nostro progetto la persona anziana della quale ci prendiamo cura, tralasciando interessi di parte, convinimenti a prescindere, posizioni ideologiche o politiche che siano. Pensare solo a ciò che rende la vita che ci resta da vivere non tanto più lunga quanto piuttosto più dignitosa e vivibile salvaguardando la persona anziana da un purtroppo oggi prevedibile isolamento sociale ma al tempo stesso assicurandogli la costante presenza di qualcuno che possa prendersi cura di lui nei momenti del bisogno soprattutto in condizioni di non autosufficienza e pluripatologie. Costruire – ha concluso Padre Bebbier - una rete di solidarietà e pronti ad ogni forma di collaborazione tra noi e tra pubblico e privato: noi ci siamo”.

Ed è proprio questo in quest'ottica – ha spiegato il Senatore Zaffini - che è stato scritto e presentato il disegno di legge n. 205 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane". Il testo avanza infatti delle proposte che non si limitano solo alla presa in carico di queste persone sotto il profilo clinico ma punta anche sulle esigenze sociali, territoriali e persino sportive. L'obiettivo sarà quindi quello di rimettere l'anziano “al centro” della propria vita e di renderlo libero di

prendere quelle decisioni che riguardano il proprio destino, in termini di un invecchiamento attivo. Bisogna ricordare che attualmente sono circa 15 milioni gli anziani in Italia di cui 2,8 milioni non autosufficienti. Una fetta importante non solo da un punto di vista numerico della popolazione ma anche culturale: “il giovane cammina veloce ma l'anziano sa la strada”. Così recita un antico proverbio del Sudan, espresso da Mons. Paglia, Presidente del Pontificio consiglio per la famiglia, durante il suo intervento. Un proverbio che esalta tutti quei valori di cui l'anziano si fa portavoce tra cui saggezza ed esperienza. Proprio per questo occorre preservare e proteggere “gelosamente” il ruolo dell'anziano nella società, garantendogli la miglior qualità di vita possibile in termini di inclusione sociale e autonomia. È bene però precisare, come spiegato da Mons. Paglia, che parlare di qualità di vita dell'anziano, soprattutto se non autosufficiente, escludendo le RSA e il loro impegno nel garantirgli un continuum assistenziale, è impensabile poiché si tratta di persone malate, e che necessitano quindi di cure. Ecco perché dovrebbe esserci un mix tra domiciliarità ed RSA, in modo da offrire servizi a 360 gradi ai più fragili. Proprio per questo Mons. Paglia ha avanzato tre proposte per il “futuro” delle RSA:

- Accreditare le RSA, secondo precisi criteri come strutture di transizione, ad esempio gli ospedali di comunità, così da attenuare i problemi di carenza di personale e strutture.
- Incentivare le RSA ad offrire l'intero spettro dei servizi del continuum assistenziale.

WELMED.

# L'OSPEDALE SEMPRE IN TASCA

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

## + Pazienti

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

## + Prestazioni

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

## + Qualità

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

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

## Scopri WelMed



[info@welmed.it](mailto:info@welmed.it)



+39 02 82960009



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



- Chiedere alle RSA di agire nei territori, in particolare nei piccoli comuni, in modo da diventare centri multiservizi e poter far fronte alla molteplicità della domanda.

Altra parola d'ordine del disegno di legge è "semplificazione" intesa come facilitazione e agevolazione delle procedure di valutazione degli anziani non autosufficienti, creando posti dedicati (PUA – Punto Unico di Accesso) collocati presso le case di comunità. Sarà infatti elaborato un Progetto assistenziale individualizzato (PAI), che indicherà le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali che serviranno a ciascuna persona. Grazie al Ddl nasce anche il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), con il compito di promuovere il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane, con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza.

La norma per la prima volta prevede anche una maggiore attenzione per il "caregiver familiare". Ci saranno forme di sostegno idonee ad evitare che l'impegno assistenziale dei caregiver non vada a "compromettere" o a creare difficoltà nella propria vita lavorativa, nel completamento del percorso di studi e all'esercizio delle responsabilità genitoriali. Vi saranno degli interventi di formazione e di certificazioni delle competenze nel corso dell'esperienza sviluppata. La legge è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale il 31 marzo ed ora si inizia a guardare alla seconda fase: la stesura dei decreti attuativi, da adottare entro il 31 gennaio

2024, per rendere operative tutte le novità introdotte.

Sembra ci sia comunque un punto sul quale tutti concordano: la necessità di evitare l'isolamento sociale dell'anziano, senza fargli mancare l'assistenza della quale comunque ha bisogno. La tendenza a voler curare l'anziano senza provocare il distacco dal proprio ambiente familiare è senza dubbio auspicabile. C'è però da chiedersi se il sistema Paese sia in grado di assicurare questa assistenza. E parliamo comunque di anziani che abbiano un minimo di autosufficienza. La prassi prevede oggi la necessità di assegnare, per ciascun anziano da seguire in casa, una prestazione infermieristica di almeno due ore al giorno. In Italia attualmente ci sono circa 2 milioni e novecento mila anziani bisognosi di tale assistenza. Ciò significa che per assistere tutti almeno due ore al giorno (e per le altre 22 ore?) occorrerebbe avere a disposizione ogni giorno infermieri in grado di coprire 5 milioni e ottocentomila ore di assistenza domiciliare. E a quale costo? Puntare su caregiver familiari non è sempre possibile: ci sono anziani che vivono soli o con coniugi della stessa età. Dunque, escludere la funzionalità delle RSA sarebbe una follia. È chiaro che tali strutture debbono essere ristrutturare ed attualizzate per rispondere meglio alle necessità, soprattutto dei non autosufficienti, e puntare magari più decisamente su servizi di assistenza diurna che esse possono offrire: di giorno l'anziano è in una struttura protetta, la sera, ove possibile, viene riaccompagnato a casa.



Servizi  
Sanitari  
Integrati

Affidabilità  
Innovazione  
Dedizione



**BLOCCO OPERATORIO**



**VESTIZIONE PERSONALE SANITARIO  
E DISTRIBUZIONE AUTOMATIZZATA**



**SERVIZI ACCESSORI**



**VESTIZIONE LETTO  
OSPEDALIERO**



**ABITI DA LAVORO  
E D.P.I.**





Da uno studio sulle disuguaglianze nella sanità in Italia

# LA SALUTE: UN DIRITTO NON UGUALE PER TUTTI

“Troppe e troppo marcate sono le differenze regionali e sociali, sia per quanto riguarda l’aspettativa di vita sia per la presenza di malattie croniche”. In Italia si vive più a lungo secondo il luogo di residenza o il livello d’istruzione, lo riafferma – se, mai ce ne fosse ancora bisogno - un report nazionale i cui risultati sono stati recentemente resi noti. Hanno una speranza di vita più bassa le persone che nascono al Sud, in particolare in Campania, o che non raggiungono la laurea. In generale, la maggiore sopravvivenza si registra nelle regioni del Nord-Est (rispettivamente 81,2 e 85,6 anni); decisamente inferiore nel Mezzogiorno dove si attesta a 79,8 anni per gli uo-

mini e 84,1 per le donne. Calabria, Sicilia, Sardegna, Molise, Basilicata, Lazio, Valle d’Aosta e Piemonte restano costantemente al di sotto della media nazionale, mentre stabilmente al di sopra della media sono quasi tutte le regioni del Nord, insieme ad Abruzzo e Puglia. Valori elevati di mortalità prematura sono presenti in Campania, Sicilia, Sardegna, Lazio, Piemonte e Friuli.

Oltre alle disuguaglianze territoriali, anche il livello di istruzione e di condizioni sociali incide sulla speranza di vita. In Italia, un cittadino può sperare di vivere 77 anni se ha un livello di istruzione basso e 82 anni se possiede almeno una laurea; tra le donne il divario è minore, ma pur sempre significativo: rispettivamente 83 e 86 anni. Ed è l’obesità, uno dei più importanti fattori di rischio, a dimostrare quanto gli aspetti economici e culturali influenzino stili di vita e salute delle future generazioni. Alle disuguaglianze di salute si affiancano quelle di accesso all’assistenza sani-



taria pubblica: rinunce alle cure e prestazioni sanitarie a causa della distanza delle strutture, delle lunghe file d'attesa e dell'impossibilità di pagare il ticket. Tra i 45-64 anni le rinunce ad almeno una prestazione sanitaria sono pari al 12% tra coloro che hanno completato le scuole dell'obbligo e al 7% tra i laureati. La rinuncia per motivi economici è pari tra i primi al 69%, mentre tra i laureati è del 34%.

Per gli autori dello studio, la sfida del Ssn sarà contrastare queste persistenti disuguaglianze con interventi e politiche urgenti. “I più rilevanti – si legge nel report – dovranno riguardare l’allocazione del finanziamento alle Regioni, attualmente non coerente con i bisogni di salute della popolazione; l’accessibilità alle cure, ancora molto difficile per alcune fasce di popolazione, da risolvere con





soluzioni mirate a mettere in rete tutte le strutture, ospedaliere e territoriali, e governare centralmente gli accessi in base all'appropriatezza degli interventi e all'urgenza degli stessi". Il tema delle disuguaglianze di salute si intreccia con quello della sostenibilità economica e le soluzioni che circolano poggiano sull'ingresso dei fondi sanitari privati in grado di affiancare lo Stato per questa

importante funzione. Tuttavia – mette in guardia l'Osservatorio –, l'introduzione di fondi sanitari di natura sostitutiva, sia pure in parte, del sistema pubblico potrebbe acuire le forti disuguaglianze sociali di cui già soffre il settore. "Molte le incognite che stanno dietro questo tipo di strumenti, sia legate ai premi elevati per i cittadini più a rischio, sia a fenomeni di selezione avversa, cioè esclusione dalla copertura assicurativa di alcune tipologie di persone, quali anziani e malati gravi". Non meno rilevanti "i rischi di un'assistenza sanitaria di qualità differenziata a seconda dei premi assicurativi che le persone sono in grado di pagare". Per gli autori della ricerca gli attuali divari sociali potrebbero far vacillare il principio di solidarietà che ispira il nostro welfare, contrapponendo gli interessi di fasce di popolazione insofferenti per la crescente pressione fiscale, a quelli delle fasce sociali più deboli. Per questo, secondo l'Osservatorio, "sarebbe auspicabile rivedere i criteri di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria e di accesso alle cure e intensificare gli sforzi per combattere l'elevata evasione fiscale che attanaglia il nostro Paese e mina la sostenibilità dell'intero sistema di welfare state". Il nostro Ssn, la conclusione del focus, resta comunque uno dei più efficaci in Europa. Di qui la necessità di "attuare tutti gli sforzi" per preservarlo e renderlo più equo e sostenibile.

Ma cosa sono le disuguaglianze in sanità? So-



no *relazioni di disparità* tra le persone, tra le regioni, tra i servizi, tra le aziende, persino tra gli operatori, da non confondere con le “*differenze*” che, al contrario, sono solo oggettive caratteristiche della realtà.

Come *relazioni di disparità*, le disegualianze sono un problema prima di tutto di giustizia, e l’ingiustizia è una questione prevalentemente politica morale sociale e culturale.

L’ingiustizia, in sanità, è per definizione “immorale” e si ha quando:

- viene violato il diritto alla salute dell’individuo,
- sono ignorate le legittime aspirazioni di salute delle persone,
- i bisogni di cura delle persone sono prevaricati, sopraffatti, condizionati da qualcosa compreso tra: l’insufficienza delle risorse, l’incapacità di chi gestisce o di chi opera, il sopruso e il malcostume.

“Le disegualianze, in sanità – ha scritto un

# DELIVERY

# IN

# HOSPITAL

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

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

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

**02/54.07.18.54**

oppure inviando una mail a:

**[partnership.aris@sshpharma.com](mailto:partnership.aris@sshpharma.com)**

**SSH**

DELIVERY IN HOSPITAL

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

notista di QS, esperto in sanità - sono immorali, perché causano sempre la negazione dell'essere, della vita, della vitalità delle persone. Esse sono ingiustizie che uccidono, fanno soffrire, limitano, menomano, tolgono autonomia, impoveriscono, cioè fanno spendere soldi, e nello stesso tempo arricchiscono altri, fanno sopravvivere altri di più, ad altri offrono di più. La misura dell'immoralità è misurata dall'epidemiologia: tassi di morbilità, di mortalità, morti evitabili, indice di sopravvivenza, attesa di vita, numero di anni in salute nella vecchiaia, ecc.".

Ci viene da pensare che in sanità, le disuguaglianze siano piuttosto frutto dell'egoismo, della mancanza di solidarietà. Figlie di quel malsano pensiero per cui un conto è la sanità finanziaria un conto e la sanità reale. Una vera politica attenta ai bisogni dell'uomo deve tener in conto prima di tutto quella che è la realtà del Paese. E trattandosi di vita o di morte, è necessario eliminare le disuguaglianze. Non si è più giusti se anziché far perdere ai cittadini del sud tre anni di aspettativa di vita se ne fanno perdere solo due. Alla fine, i cittadini del sud sempre due anni di vita perdono. Quindi non si tratta di trovare soluzioni tampone per limitare i danni, quanto piuttosto di programmare un universalismo effettivo e non solo convenzionale.

Si sono persi 40 anni dalla creazione del SSN, fondato proprio sull'universalismo. E ora,

non solo non è stato raggiunto l'obiettivo ma si sta cercando di costruire un modello per cui proprio l'universalità sarà il concetto destinato a sparire definitivamente. Infatti, così come pensato, il regionalismo differenziato si potrebbe ben presto trasformare in un vero e proprio secessionismo.

Molte regioni rivendicano una piena regionalizzazione della sanità, meglio del sistema socio-sanitario e dei relativi profili organizzativi, dell'organizzazione dell'offerta ospedaliera e territoriale, dei percorsi formativi delle specializzazioni mediche e sanitarie, della definizione della compartecipazione alla spesa sanitaria, della programmazione e della gestione del patrimonio edilizio e tecnologico, dei fondi sanitari integrativi, dando cioè una distorta interpretazione del concetto di territorialità dell'assistenza. Traspare l'intenzione di sottrarre i rispettivi servizi sanitari a molti vincoli statali ed unitari.

Dopo le parole del Papa durante l'incontro con l'ARIS, la sua denuncia sulle disparità di trattamento delle persone afflitte da una malattia, a causa delle diverse condizioni economiche il Ministro Orazio Schillaci ha pubblicamente condiviso le preoccupazioni del Santo Padre e si è impegnato affinché in Italia si giunga finalmente ad un sistema sanitario dal quale nessuno si veda escluso a causa della sua condizione di povertà o perché nato in una regione piuttosto che in un'altra.



## IL TUO PARTNER DI FIDUCIA DI IGIENE & TECNOLOGIA



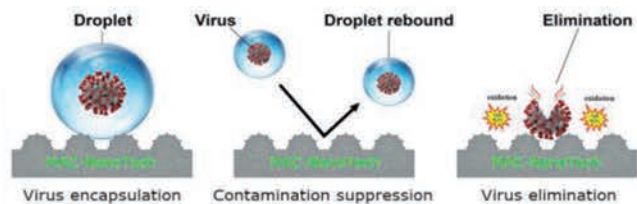
**Hygien Tech** da oltre 20 anni si impegna ad offrire le migliori soluzioni per garantire l'igiene nel settore sanitario e assistenziale. I prodotti per la cura e la **disinfezione delle mani** sono sempre al primo posto. Presenta poi, una linea di prodotti **Ecolabel** per la **pulizia professionale**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

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

### Cleaning Robot



## **MAC-NanoTech PAD** **Salvietta auto-igienizzante, permanente, multisuperficie**



**MAC-NanoTech PAD** è una salvietta impregnata con **MAC-NanoTech**: trattamento permanente auto-igienizzante di tipo sol-gel ibrido nanocomposito.

### **Specifiche tecniche MAC-NanoTech**

**MAC-NanoTech** è un prodotto auto-igienizzante, ecocompatibile e di facile applicazione, capace di creare una superficie idro-oleofobica con bassa energia superficiale e proprietà ossidanti, preservando le superfici da sporco e microorganismi (batteri e virus, incl. Corona virus).

Grazie poi alle sue proprietà fotocatalitiche è in grado di ridurre gli inquinanti in atmosfera.

**MAC-NanoTech** agisce su qualsiasi superficie: metallo, plastica, vetro, tessuti naturali e sintetici, pelle/cuoio, legno, carta, ecc. creando un rivestimento nanostrutturato, ultrasottile e trasparente, senza modificare l'aspetto e la qualità del materiale sul quale viene applicato.

MAC-NanoTech ha una durata di almeno 6 mesi, anche su superfici pulite giornalmente con prodotti a base alcolica, in base al grado di usura ( abrasione ) al quale è sottoposta la superficie.

Non necessita l'uso di detergenti specifici.

Per ulteriori informazioni siete pregati di contattarci ai dati riportati in basso.

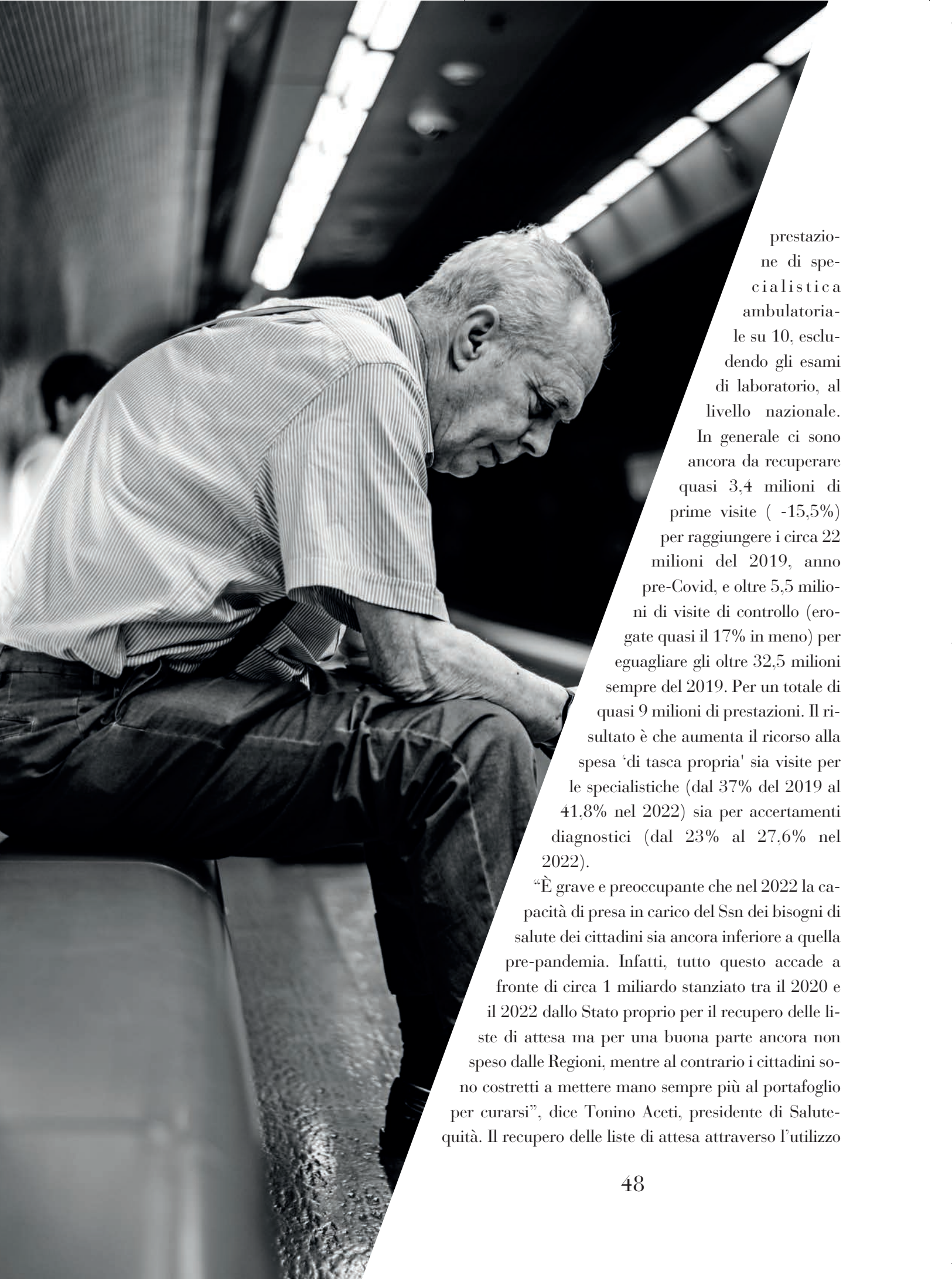


## LISTE D'ATTESA: STRADA APERTA ALLE DISEGUAGLIANZE SANITARIE

di Sara Crescente

Le liste d'attesa continuano ad essere il tallone d'Achille della sanità italiana, la principale falla del sistema che apre la via alle diseguaglianze sanitarie. Nonostante la fine della fase più intensa della pandemia non si vede, infatti, ancora una riduzione dei tempi che i pazienti sono costretti ad attendere per visite specialistiche, esami, interventi: siamo ancora lontani dal recupero delle prestazioni 'perdute' nel periodo in cui l'intero sistema sanitario è stato assorbito dalla

necessità di arginare il Covid -19. Un piccolo spiraglio, ad onor del vero, si intravede: lentamente il Ssn, nel 2022, è tornato ai livelli di prestazioni erogate del 2019, ma restano molte difficoltà per le persone che devono ottenere una diagnosi o fare i controlli per le loro patologie, come indicano i dati elaborati dall'Osservatorio Salutequità basati sulle rilevazioni dell'Agenas, che evidenziano come manchino ancora all'appello (dati nel 2022 rispetto al 2019 ) circa una



prestazione di specialistica ambulatoriale su 10, escludendo gli esami di laboratorio, al livello nazionale. In generale ci sono ancora da recuperare quasi 3,4 milioni di prime visite ( -15,5%) per raggiungere i circa 22 milioni del 2019, anno pre-Covid, e oltre 5,5 milioni di visite di controllo (erogate quasi il 17% in meno) per eguagliare gli oltre 32,5 milioni sempre del 2019. Per un totale di quasi 9 milioni di prestazioni. Il risultato è che aumenta il ricorso alla spesa 'di tasca propria' sia visite per le specialistiche (dal 37% del 2019 al 41,8% nel 2022) sia per accertamenti diagnostici (dal 23% al 27,6% nel 2022).

“È grave e preoccupante che nel 2022 la capacità di presa in carico del Ssn dei bisogni di salute dei cittadini sia ancora inferiore a quella pre-pandemia. Infatti, tutto questo accade a fronte di circa 1 miliardo stanziato tra il 2020 e il 2022 dallo Stato proprio per il recupero delle liste di attesa ma per una buona parte ancora non speso dalle Regioni, mentre al contrario i cittadini sono costretti a mettere mano sempre più al portafoglio per curarsi”, dice Tonino Aceti, presidente di Salutequità. Il recupero delle liste di attesa attraverso l'utilizzo



delle risorse pubbliche stanziare, anche con l'ultima legge di Bilancio, secondo Aceti, "deve diventare elemento centrale di misurazione e valutazione, rispetto all'obiettivo Lea, dell'operato delle Regioni. Ad oggi però questo praticamente ancora non accade. Va garantito il pieno utilizzo da parte di tutte le Regioni dei 350 milioni di euro stanziati nel 2018 per l'incremento e l'ammmodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie. Inoltre, andrebbe concretamente rilanciato l'impegno per l'attuazione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa, che tra l'altro necessiterebbe anche di un importante tagliando, nonché garantire un maggior controllo sull'attività intramoenia. Infine, va subito finanziato un piano straordinario di investimento nel capitale umano del Ssn, superando le attuali carenze di organico e contrastando la cosiddetta 'desertificazione' sanitaria". A pungolare le Regioni al fattivo utilizzo delle risorse messe a disposizione per tagliare le attese dei cittadini anche il ministro della Salute, Orazio Schillaci, rispondendo al Question time alla Camera del 12 aprile scorso. "Nel Milleproroghe abbiamo stanziato 380 milioni per tagliare le liste d'attesa mentre lavoriamo per una riforma del sistema", ha detto il ministro. Ed "è inaccettabile che ci siano Regioni che hanno già impegnato questi fondi e altre che restano invischiate in ritardi, lungaggini e giri di parole. Inaccettabile". Per Schillaci "le lunghe attese e le rinunce dei cittadini sono il sintomo di un sistema che ha nelle sue cause la disorganizzazione. È qui che interverremo, d'intesa con le Regioni", ha sottolineato Schillaci. Un lavoro che non si preannuncia facile considerando che in tema di liste d'at-

tesa i problemi cominciano già dai dati che, secondo la fotografia scattata dall'Osservatorio indipendente sull'accesso alle cure di Fondazione The Bridge, confermano, con riferimento al 2021, il quadro di assoluta disomogeneità delle cifre fornite dalle singole Regioni, come conseguenza della libertà che la normativa nazionale, indicata nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (Pngla), lascia a ciascuna in merito alla scelta delle modalità attraverso cui i dati sono raccolti, utilizzati e resi accessibili ai cittadini. Situazione che non consente un'analisi comparata tra le prestazioni dei diversi sistemi sanitari regionali e spesso nemmeno tra i dati della medesima Regione di anni differenti. I risultati emersi, secondo gli esperti dell'Osservatorio, indicano l'urgenza di un ripensamento delle modalità di raccolta dei dati per una corretta e completa analisi dei tempi di attesa.

Il quadro tratteggiato dall'insieme dei dati più recenti sulle liste d'attesa evidenzia dunque un fenomeno non certo nuovo ma reso più complesso dalla difficile prova della pandemia e dalla pesante crisi in cui versa il sistema sanitario. Un fenomeno che impatta sull'organizzazione generale del servizio sanitario, sui costi per le casse dello Stato e delle famiglie ma, soprattutto, sulla vita e sul destino del cittadino-paziente. Tra le possibili soluzioni per smaltire le attese il privato no profit chiede da tempo una revisione dei tetti di prestazioni, che oggi limitano le possibilità di assorbire la domanda. In ogni caso senza soluzioni alla ormai 'storica' questione delle lunghe liste d'attesa si rischia, oggi più che mai, di mettere a repentaglio il diritto alla salute e il rispetto dei principi di equità e solidarietà su cui si basa il sistema sanita-



Intervento dell'ARIS al tavolo di lavoro regionale del Lazio

## PUBBLICA O CONVENZIONATA UN'UNICA SANITÀ AL SERVIZIO DEL CITTADINO

*Pubblichiamo un interessante intervento del dr. Domenico Arena,  
Consigliere Nazionale dell'ARIS ad un tavolo di lavoro regionale*



di Domenico Arena

Porto i saluti del Presidente, del Vicepresidente, del Consiglio Nazionale e del Direttore Generale dell'ARIS.

Partiamo dall'assunto che il fine istituzionale di tutela della salute del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è obiettivo dell'intero sistema sociale, cui concorrono con diversi ruoli tanto i soggetti pubblici quanto quelli privati.

Tutta la sanità che definiamo privata è nient'altro che una modalità societaria per gestire il servizio sanitario pubblico; quindi il servizio pubblico è unico.

La sanità privata accreditata opera in tutti gli ambiti, prevalentemente in quelli non a carattere di urgenza.

Sanità pubblica e sanità privata sono legate spesso ai concetti di sussidiarietà e complementarietà.

Il principio di sussidiarietà, in diritto, è il principio secondo il quale, se un ente "inferiore" è capace di svolgere bene un com-



pito, l'ente "superiore" non deve intervenire, ma può eventualmente sostenerne l'azione.

Sussidiarietà sostanzialmente è offrire servizi al cittadino il più vicino possibile dove il cittadino risiede. Chi è nel luogo più prossimo è sussidiario nella risposta dello stato al bisogno del cittadino. Allora, in questo senso la sanità privata è sussidiaria.

L'evoluzione in atto della dinamica demografica, la conseguente modificazione dei bisogni di salute della popolazione, con una quota crescente di anziani e patologie croniche, rendono necessario un ridisegno strutturale ed organizzativo della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza.

In tale ottica, nella Missione M6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è stato

inserito il progetto, ARIS –Agenas, "Portale della Trasparenza dei Servizi per la Salute" che intende offrire ai cittadini la possibilità di approcciarsi al tema salute in modo qualificato e qualificante, assicurando la necessaria integrazione tra le differenti fonti informative già esistenti sia a livello nazionale, sia regionale e locale.

Tra gli obiettivi del progetto l'aumento del livello di trasparenza della comunicazione e la promozione dell'efficienza e della qualità dei Sistemi Sanitari Regionali.

In tal senso, l'opportunità rappresentata dal Pnrr e, in particolare, dalla Missione M6 Salute, costituisce una svolta senza precedenti in quanto le consistenti risorse che arrivano al comparto sanitario possono consentire di ricostruire un SSN più forte. Tale opportunità,

per essere colta in pieno, deve però riuscire a coinvolgere tutti gli attori protagonisti del settore sanitario italiano, senza escludere la sanità accreditata privata. Quest'ultima, infatti, secondo il principio della sussidiarietà ben si colloca, su tutto il territorio nazionale, accanto alla sanità pubblica garantendo spesso una assistenza qualificata là dove il pubblico spesso non è in grado di garantire né in termini quantitativi né qualitativi. In questo contesto, dovrà essere valorizzato anche il ruolo ed il contributo della componente privata del SSN, che ha sempre dimostrato di essere capace di lavorare in piena sinergia con la componente pubblica. Per fare ciò, è impensabile che le risorse del Pnrr possano essere destinate solo alla parte pubblica, escludendo la componente privata che avrebbe in tale circostanza l'opportunità di investire in tecnologia ed innovazione, elementi ormai da considerare indispensabili per la medicina del futuro.

Considerata la fondamentale importanza che il settore privato ricopre in ambito sanitario, occorrerebbe intervenire sul D.L. Concorrenza che, riportando di fatto il sistema sanitario alle procedure di evidenza pubblica, va in direzione opposta rispetto al recente sistema dell'accreditamento, con la conseguente impossibilità da parte delle strutture sanitarie di elaborare una programmazione che consenta loro di effettuare investimenti ed aumentare la qualità dei servizi offerti.

Per tale ragione l'ARIS ha predisposto una proposta di emendamento al fine di ristabilire i criteri previsti dalla normativa, attenzionando gli aspetti citati.

Interpretando la ratio delle modifiche introdotte con la L. n. 118/2022, si desume in modo evidente l'obiettivo del legislatore di introdurre nell'ordinamento un sistema di norme che imponga alle Regioni di formulare la scelta delle strutture sanitarie da accreditare o a cui affidare in convenzione l'erogazione dei servizi sanitari all'esito di una procedura ad evidenza pubblica.

A tale obiettivo sfuggono" gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833" (c.d. "classificati").

Potrebbero, infatti, sorgere controversie sulla piena legittimità dell'esclusione degli istituti, enti ed ospedali c.d. "classificati" da procedere ad evidenza pubblica, che avrebbero inevitabili ripercussioni sul corretto espletamento del servizio.

Gli enti che gestiscono ospedali classificati si inseriscono già a pieno titolo in tale contesto essendovi legittimati sulla base di una normativa speciale e tutt'ora in vigore (Leggi 12 febbraio 1968, n. 132 e 23 dicembre 1978, n. 833), che li autorizzano a partecipare direttamente alla integrazione sul territorio della rete del S.S.N. con modalità in tutto equivalenti a quelle delle analoghe strutture pubbliche ed impongono ai medesimi di assoggettarsi in tutto e per tutto alla disciplina amministrativo-sanitaria, giuslavoristica, ecc., di queste ultime strutture.

A fronte di tutto ciò, è necessario dare chiarezza, su questo punto, alla formulazione della Legge n. 118/2022 che, pur non intervenendo sulle predette norme speciali, non riba-

disce esplicitamente tale esclusione.

Nello scenario del PNRR, avrà sempre più rilevanza l'innovazione tecnologica, la quale ha contribuito a una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi, incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale. La tecnologia dialogherà con medici, infermieri e operatori sanitari per garantire ai cittadini un servizio sempre più efficiente e una tutela sempre maggiore della salute.

Questo è l'obiettivo del settore, grazie all'impiego sempre maggiore di strumenti che fanno riferimento al piano Transizione 4.0.

Parliamo di tecnologie, innovazioni e di una strategia digitale applicate al mondo della sanità per poter migliorare il servizio e ottenere un concreto risparmio, sia di risorse economiche che di tempo. Si parte dalla strumentazione tecnica più avanzata come l'applicazione della robotica alla chirurgia, fino all'implementazione di interfacce digitali per la relazione con il paziente.

Il primo campo di applicazione è stata la sostituzione dei processi manuali con gli omologhi digitalizzati come, per esempio, la prenotazione di alcuni esami, le schede dei pazienti, fino alla cartella clinica elettronica. In seguito sono stati sviluppati sistemi informatici ad hoc per facilitare lo scambio di comunicazioni all'interno delle stesse strutture sanitarie, fino ad un'evoluzione che consente la condivisione, anche al di fuori di un ospedale o di un poliambulatorio,

direttamente con i pazienti e le loro famiglie, quale ad esempio la Telerabilitazione.

Particolare importanza, poi, occupa l'Intelligenza Artificiale che si sta diffondendo velocemente in ambito sanitario e, in particolare, nella diagnostica per immagini, con la prospettiva, per gli operatori, di doversi confrontare, più o meno a breve termine, con sistemi esperti in grado di modificare significativamente i percorsi diagnostici e terapeutici, le modalità decisionali del Medico e, in ultimo, anche il rapporto Medico-Paziente.

Infine, giova sottolineare che relativamente al piano Transizione 4.0, come è noto, le aliquote valide per i nuovi investimenti effettuati dal 1° gennaio 2023 sono le seguenti:

- Fino a 2,5 milioni: 20%.
- Tra 2,5 e 10 milioni: 10%
- Tra 10 e 20 milioni: 5%

Anno 2021 era al 50%; Anno 2022 era al 40%

Considerato il grandissimo slancio dato agli investimenti tecnologici dal piano Transizione 4.0 che hanno certamente alzato il livello qualitativo dei servizi offerti, l'Aris si è attivata nel richiedere un allungamento delle scadenze attualmente previste.

In questo nuovo contesto di sanità digitale non si può non menzionare l'importanza della Telemedicina. Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura



**ARIS**  
ASSOCIAZIONE  
RELIGIOSA  
ISTITUTI  
SOCIO-SANITARI



## Nomos è partner ARIS per i servizi di digitalizzazione dedicati alle strutture associate e convenzionate

I nostri servizi nascono dall'ascolto delle strutture sanitarie e sono caratterizzati dall'integrazione di **consulenza**, **formazione** e **informatizzazione**, col fine di rispondere nel modo più completo e personalizzato alle esigenze delle strutture e rispetto agli specifici setting assistenziali

Per maggiori informazioni

[www.qnomossanita.com/aris](http://www.qnomossanita.com/aris)



Inquadra il codice

di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. Tuttavia la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza.

La Telemedicina consente sia di trovare nuove risposte ai problemi tradizionali della medicina, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie utilizzate dalla telemedicina sono fondamentali nell'ottica del principio di sussidiarietà, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, si pensi al mare, alle piccole isole, alla montagna, ma anche semplicemente ad aree rurali poco collegate alle città di riferimento. È un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza urgenza, tutto nel luogo più prossimo al cittadino.

Migliore qualità dell'assistenza garantendo la continuità delle cure: a questa motivazione è legata tutta la Telemedicina, mirata a portare direttamente presso la casa del paziente il ser-







vizio del medico, senza che questo si allontani dal suo studio e senza che il paziente stesso sia costretto a muoversi.

L'utilizzo di strumenti di Telemedicina può anche essere a supporto della terapia farmacologica per migliorare la compliance del farmaco. Sono disponibili dispositivi e sistemi per aiutare il paziente nel processo terapeutico e migliorare i risultati con riduzione degli eventi avversi da farmaci.

Uno dei vantaggi dei nuovi modelli organizzativi basati sulla Telemedicina è rappresentato da una potenziale razionalizzazione dei processi socio-sanitari, con un possibile impatto sul contenimento della spesa sanitaria, riducendo il costo sociale delle patologie.

Se correttamente utilizzati, i servizi di Telemedicina possono anche contribuire a una trasformazione del settore sanitario ed a un cambiamento sostanziale dei modelli di business che ad esso sottendono. Quello della Telemedicina e sanità elettronica, e più in generale quello delle tecnologie applicate alla medicina, è uno dei settori industriali a maggior tasso di innovazione. Quella dell'e-health è considerata la più vasta industria sanitaria, dopo quella farmaceutica e quella dei dispositivi medici.

Recentemente, il Ministero della Salute ha pubblicato le "Linee di indirizzo per l'individuazione delle priorità politiche per il 2023", evidenziando l'importanza di incentivare la diffusione e lo sviluppo della Telemedicina.

È stato, inoltre, firmato il contratto per servizi piattaforma nazionale – "Italia prima in Europa a dotarsi di un progetto nazionale di te-

lemedicina”, traguardo per il quale il Ministro Schillaci ha espresso viva soddisfazione.

Secondo il Ministro, la piattaforma nazionale di telemedicina ci permetterà di vincere la sfida per il superamento delle disuguaglianze nell’offerta delle prestazioni e dell’assistenza tra le diverse aree territoriali.

La cosa certa è che si apre una nuova fase in una prospettiva di ammodernamento e razionalizzazione del nostro Sistema Sanitario Nazionale, che non deve mai perdere di vista il proprio fine istituzionale: la tutela della salute del cittadino.

Nel campo della telemedicina è stato posto un importante tassello per favorire la piena evoluzione del sistema sanitario italiano verso il modello della “Connected care”: si tratta dell’approvazione a dicembre 2020 dell’accordo Stato-regioni sulle “indicazioni nazionali per l’erogazione di prestazioni di telemedicina”. Ma sono numerosi i nodi ancora da sciogliere: dalla forte frammentazione a livello regionale, alla mancanza delle tariffe, alla necessità di investire di più nella formazione del personale medico e infermieristico, fino al rinnovo del parco tecnologico delle strutture sanitarie. Sono state approvate le linee guida nazionali ma la velocità di attuazione è insoddisfacente.

Ad oggi mancano le tariffe Nazionali.

Recentissimo, tra l’altro, è l’Atto d’Intesa del 04.08.2021, sottoscritto tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, che prevede che, entro 12 mesi dalla data di sottoscrizione, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano attivino il siste-

ma di autorizzazione e accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l’erogazione di cure domiciliari.

La necessità di sgravare dal sovraffollamento le strutture ospedaliere di tutto il territorio nazionale, garantendo al contempo uno standard assistenziale elevato nei confronti di tutti i cittadini, ha sempre più proiettato le cure verso il domicilio dei pazienti. In tale contesto il potenziamento della rete assistenziale attraverso l’ADI costituisce un punto fermo per poter creare le giuste sinergie tra ospedale e territorio, garantendo ai cittadini le migliori cure possibili sia in fase acuta, evitando che gli ospedali debbano occuparsi dei pazienti cronici a discapito dei pazienti più critici che necessitano di interventi specialistici e tempestivi, sia in fase cronica garantendo una assistenza al proprio domicilio sempre più qualificata e soprattutto distribuita in maniera omogenea e capillare sul territorio.

Grazie al PNRR, sono stati stanziati circa 3 miliardi di euro per l’assistenza domiciliare, di cui solo nel Lazio, per citare un esempio, 546 milioni.

L’obiettivo è molto ambizioso: raggiungere con le cure domiciliari il 10% degli over 65% nel giro di meno di 4 anni, si tratta di circa 1,3 milioni di italiani contro i 400mila di oggi.

Il rischio concreto è che le Regioni non riescano a spendere i 2,7 miliardi stanziati dal Pnrr nei tempi previsti.

Il decreto, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 06.03.23, firmato dal ministro della Salute Orazio Schillaci fissa infatti paletti precisi vincolando l’erogazione delle risorse al rag-



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

**SERVIZI DI PULIZIA E SANIFICAZIONE**



**FORNITURE DI DETERGENTI E PRODOTTI PER PULIZIE**



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



**GESTIONE RIFIUTI URBANI E SPECIALI**



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

**NOVITÀ**

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



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



**OFFERTA SPECIALE**

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

giungimento di obiettivi intermedi di popolazione assistita, anno per anno, fino a metà 2026 quando si dovrà appunto raggiungere il target del 10% di over 65 curati a casa.

Va, inoltre, definito il sistema delle tariffe, ancora oggi mancanti.

È di recente approvazione, infine, il disegno di legge n. 205 - Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane - che recepisce le indicazioni di Terzo Settore e categorie professionali di riferimento e che impegna il Governo ad adottare misure volte all'invecchiamento attivo, alla promozione dell'autonomia e alla prevenzione delle fragilità, anche attraverso la revisione dell'assistenza domiciliare e il riconoscimento delle cure palliative.

Il Servizio sanitario in questo momento è alle prese con la grave emergenza della carenza del personale che manca negli ospedali, e ancor di più per il "territorio". Un dato tra tutti dà l'idea del vuoto di operatori: per le cure domiciliari la figura assistenziale centrale è quella del nuovo infermiere di famiglia. Oggi ce ne sono poche migliaia mentre ne servirebbero circa 70mila per mettere davvero a regime la Sanità del territorio. L'alternativa a poggiarsi sulle "forze interne" che sono molto carenti in quasi tutte le Regioni è quella di affidarsi all'esterno e cioè a enti specializzati (pubblici e privati) accreditati per le cure domiciliari.

Un'altra soluzione tampone è offerta dal comma 8-ter (Allentamento vincoli di esclusività) del decreto Milleproroghe (Legge del 24.02.2023 n. 14). In particolare, fino al 31

dicembre 2023, agli operatori delle professioni sanitarie appartenenti al personale del comparto sanità, al di fuori dell'orario di servizio e per un monte ore complessivo settimanale non superiore a otto ore, non si applicheranno le norme sull'incompatibilità. Sarà, pertanto, possibile utilizzare anche i suddetti operatori professionali.

Anche al fine di affrontare l'emergenza costituita dalla mancanza di personale infermieristico nelle strutture sanitarie, Aris e Uneba, associazioni con centinaia di enti non profit iscritti in tutta Italia, il 27 gennaio u.s. hanno dato vita alla Fondazione Samaritanus.

In particolare, il progetto Samaritanus Care nasce dall'impegno a garantire ai più fragili tra i malati, anziani e persone con disabilità l'assistenza cui hanno bisogno e diritto. Da questo impegno deriva

la scelta di aiutare gli enti a dare risposta all'attuale grave carenza di infermieri professionali in Italia, che riguarda in particolare le strutture non pubbliche e che si è aggravata con la pandemia.

Samaritanus Care ha per missione agevolare l'inserimento di infermieri professionali laureati stranieri nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie associate ad Aris o Uneba.

Sicuramente soluzioni tampone, ma per il futuro bisogna attivarsi per eliminare il numero chiuso per l'accesso alla formazione universitaria per medici e professioni sanitarie.

Da sempre l'ARIS è al fianco delle Istituzioni per contribuire a migliorare il diritto alla salute dei cittadini, offrendo loro un servizio "universale".

# “L’AUTISMO IN ETÀ ADULTA”: IL 3 GIUGNO IN BASILICATA UN CONVEGNO DEI PADRI TRINITARI DI VENOSA E BERNALDA

“Disturbi dello spettro Autistico: diagnosi e strategie di intervento nell’adulto”: è il titolo di un convegno di formazione e divulgazione dalla grande valenza scientifica, in programma il 3 giugno in Basilicata, su iniziativa dell’Istituto dei Padri Trinitari di Venosa e Bernalda. L’iniziativa si terrà nella Domus Padri Trinitari in contrada Scorzone a Bernalda, in provincia di Matera, con inizio alle ore 9. Alla presenza di esponenti istituzionali e del sistema sanitario lucano e di operatori del settore, interverranno luminari ed esperti di riferimento per affrontare tematiche che interessano l’intero spettro del disturbo autistico, con una particolare attenzione alla condizione degli adulti. Oltre ad offrire un significativo momento di approfondimento per addetti ai lavori e non, il convegno consentirà ai partecipanti di conseguire 6 crediti formativi Ecm per le professioni sanitarie (medici, infermieri, fisioterapisti, educatori, psicologi). “L’eterogeneità della sintomatologia e la presenza, assai frequente, di co-morbidità neurologiche, psichiatriche e mediche - spiega il rettore dei Centri di riabilitazione (Cdr) di Venosa e Bernalda, Vito Campanale - richiede grande attenzione nell’organizzazione dei servizi e nella progettazione degli interventi. Il nostro obiettivo, con il convegno del 3 giugno, è quello di illustrare l’intero processo di presa in carico: dagli aspetti organizzativi che qualificano i servizi, declinati sia a livello nazionale che regionale, alla gestione degli interventi, con tutte le implicazioni di complessità in termini di strategie di intervento”. I relatori si soffermeranno sui vari aspetti, come i disturbi del comportamento, la sessualità, l’affettività, la comunicazione aumentativa alternativa, con un focus particolare all’età adulta. “Abbiamo voluto affrontare - evidenzia Campanale - temi importanti, concentrando però l’attenzione sull’autismo in età adulta, di cui oggi si parla ancora poco”.

**"DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO: DIAGNOSI E STRATEGIE DI INTERVENTO NELL'ADULTO"**  
**SABATO 3 GIUGNO**  
**"DOMUS PADRI TRINITARI" C.da Scorzone - Bernalda (MT)**

**PROGRAMMA DEL CONVEGNO**

**Ore 08:30 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI**  
**Ore 09:00 SALUTI AUTORITÀ**  
Vito Campanale  
Rettore del Cdr di Venosa e Bernalda  
Domenico Tataranno  
Fondatore Bernalda  
Sabrina Pulvirenti  
Direttore Generale Azienda Sanitaria di Matera  
Francesco Fanelli  
Assessore alla Salute Regione Basilicata

**Ore 9:30 INTRODUZIONE** Domenico Martusciello  
(Direttore Generale ASLZTAS)

**I SESSIONE**  
**Ore 10:10 LEZIONE MAGISTRALE**  
**Diagnosi e progetti di vita dall'adolescenza all'età avanzata**  
Roberto Malerba  
(Direttore Centro Regionale Autismo Adulto Regione Lazio)

**Ore 10:50 COFFEE BREAK**

**II SESSIONE**  
**Ore 11:40 LEZIONE MAGISTRALE**  
**Genetica dell'autismo e del neurosviluppo**  
Domenico Dell'Edera  
(Regione Basilicata S.C.S. Laboratori di Genetica Medica A.S.M. Matera)

**Ore 11:50 LEZIONE MAGISTRALE**  
**Epilessia ed autismo nel corso di vita**  
Maurizio Sini  
(Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino)

**Ore 12:30 DISCUSSIONI**  
**Ore 12:00 LUNCH**

**III SESSIONE**  
**Ore 14:00 LEZIONE MAGISTRALE**  
**Intervento sui problemi di comportamento dell'adulto**  
Chiara Ferrari  
(Psicologa, Analista del Comportamento, Associazione CO-RANZI Modena)

**Ore 14:40 LEZIONE MAGISTRALE**  
**L'utilizzo della CAA nell'autismo**  
Alessandro Chiarini  
(Fondazione Ricerca e Assistenza della Provincia di Trento, Bernalda, Trento, Milano)

**Ore 15:20 LEZIONE MAGISTRALE**  
**Affettività e sessualità tra sfide e progetto vita**  
Fabrizio Giorgeschi  
(Psicologo Istituto di Riabilitazione Maria Diana Provincia di Arezzo)

**Ore 16:00 LEZIONE MAGISTRALE**  
**Intervento ambulatoriale-territoriale in Basilicata**  
Liliana Hghe  
(Ricerca e Assistenza, I.C.S. Di Bernalda, Chiarone, ASL Potenza)

**Ore 16:40 CONCLUSIONI**  
Vito Bardi (Presidente Regione Basilicata)

**Ore 17:30 VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO E QUESTIONARIO DI GRAEIMMENTO**

**MODERA** Giovanni Rivelli (Comune di Bernalda)

**LA PARTECIPAZIONE È GRATUITA**

**ISCRIZIONI AI LAVORI**  
La richiesta di partecipazione, obbligatoria, è scaricabile dal sito [www.trinitarivenosa.it](http://www.trinitarivenosa.it) e deve essere inoltrata all'indirizzo email [segreteria.fondazione@trinitaribasilicata.it](mailto:segreteria.fondazione@trinitaribasilicata.it)

**CREDITI FORMATIVI E ECM**  
per 600 partecipanti  
L'evento (ID 1956-18302) è stato accreditato per tutte le professioni sanitarie (MEDICI, INFERMIERI, FISIOTERAPISTI, EDUCATORI, PSICOLOGI).

Per informazioni: 0847 34211  
segreteria.fondazione@trinitaribasilicata.it  
[www.trinitarivenosa.it](http://www.trinitarivenosa.it)

**CITTA' DI BERNALDA** **REGIONE BASILICATA** **AGENAS** **CONTRINARI VENOSA BERNALDA**



# VERSO UN NUOVO MODELLO SANITARIO

di Giuliano Antonioni

La vera eredità della pandemia è stata la definitiva presa d'atto che il sistema sanitario considerato tra i migliori al mondo, universalistico e gratuito, nato con la grande riforma del Servizio Sanitario Nazionale del 1978, non rispondeva più alla missione originaria. Ha rivelato buchi profondi emersi in tutta la loro drammaticità e con la conclamata consapevolezza che quel sistema, per come era stato pensato e realizzato, era saltato, per il progressivo sotto-dimensionamento del personale e dei finanziamenti. Sono saltati i meccanismi tra ospedale e territorio, tra pubblico e privato, tra centro e regioni, ognuna delle quali ha messo in opera il proprio sistema sanitario, a diverse velocità e con obiettivi diversi, sulla linea della politica regionale.

Questa presa d'atto, nella dimensione europea della risposta ai danni della pandemia, si è concretizzata in una politica, il Next Generation EU - che in Italia è diventato Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - che per la riorganizzazione ed il rilancio del nostro sistema sanitario, ha messo in campo risorse per 23 miliardi, la cui erogazione dalle casse di Bruxelles è condizionata dalla realizzazione di progetti, opere e di riforme a supporto, che il nostro Paese deve realizzare in tempi certi e definiti.

La parte rilevante dei finanziamenti è orientata alla riorganizzazione degli standard della sanità territoriale, definiti con il DM77 del maggio del 2022, at-

traverso la costruzione o la riqualificazione delle “nuove” strutture sanitarie – case della comunità, centrali operative, ospedali di comunità – che mirano a “decongestionare” la pressione sugli ospedali per trasferire al territorio e al domicilio la gestione di una vasta gamma di bisogni di cura e di assistenza.

Un decreto destinato a ridefinire il modello sanitario, il che comporta rivedere la modalità di erogazione dei livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni, i costi delle prestazioni e dei Drg, le modalità di integrazione tra i diversi soggetti che a vario titolo erogano servizi e prestazioni di salute, con particolare riferimento al variegato mondo della sanità privata, e di quella religiosa in particolare, che quindi è costretta a ripensare il modo di interagire con il sistema, a riorganizzare la propria presenza sul mercato in base alle nuove necessità, ma senza per questo poter accedere ai fondi messi in campo dal PNRR, interamente destinati al sistema pubblico.

Nel 2021 la spesa sanitaria pubblica è stata di 127 miliardi. A questi vanno aggiunti, oltre a 4,5 miliardi gestiti tramite fondi assicurativi e 36 miliardi spesi direttamente dalle famiglie sul mercato della sanità privata, dei quali 23 per la long term care. Il privato ac-

creditato eroga in modo strutturato il 70% delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione e gestisce oltre l’80% delle residenze sanitarie assistite.

Il sistema sanitario italiano è, nei fatti, un sistema integrato pubblico-privato, anche se con regole differenti da regione a regione e in assenza un quadro di definizione di percorsi condivisi di governance, che il percorso di riforme in atto potrebbe contribuire a determinare. A partire dalla definizione del nuovo accreditamento.

La legge concorrenza, la 118 del 2022 - anche questa agganciata al PNRR e quindi da applicare obbligatoriamente pena la non erogazione dei finanziamenti - e il conseguente decreto attuativo approvato in Stato-Regioni lo scorso novembre, modificano le norme per l’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e sociosanitarie.

L’accreditamento viene definito di “durata limitata nel tempo” e subordinato alla pubblicazione di un avviso periodico contenente oggettivi criteri di selezione, su sicurezza delle cure, appropriatezza e qualità. Le Regioni, tutte, anche quelle che si sono date regole da sistema sanitario periferico, sono tenute ad aggiornare secondo queste nuove regole i propri



manuali di accreditamento entro giugno 2023. Per le strutture sanitarie private, alzare l'asticella della qualità e aumentare i propri fattori competitivi comporterà la necessità di investimenti e di un nuovo approccio al mercato. Ed è un contributo significativo nel sostenere il percorso delle strutture in questa direzione, l'iniziativa introdotta da ARIS per la definizione di linee guida per la gestione del rischio clinico, l'appropriatezza e la qualità, destinate a consentire alle strutture associate una autovalutazione relativamente alla loro compliance su questi temi ed al loro posizionamento rispetto agli standard richiesti.

Per questo motivo ARIS nazionale, in collaborazione con alcuni esperti sia interni che esterni e con il sostegno non condizionante del broker assicurativo Assiteca, sta predisponendo alcuni strumenti per aiutare le strutture associate a verificare l'adeguamento alla nuova normativa.

Sull'altro piano, quello delle relazioni istituzionali, ARIS è impegnata a cogliere l'occasione dell'avvio di questo nuovo modello di accreditamento per individuare uno spazio, anche a livello regionale, per avviare un confronto. Perché alla comprensibile necessità di elevare la qualità media dell'erogato e di li-

mitare le posizioni di "monopolio" determinate dall'accredito definitivo, ci sia allo stesso tempo il riconoscimento di un ruolo definito del privato nella gestione integrata del modello anche in termini di contributo alla programmazione ed alla governance del sistema.

La stessa discussione in corso su una rimodulazione del PNRR per gli altri settori di intervento si fonda sulla raggiunta consapevolezza che gli obiettivi sono raggiungibili solo con il concerto dei privati, da qui il coinvolgimento di associazioni e aziende per ridefinire le modalità operative consentendo anche ai privati di essere soggetti attuatori delle iniziative previste. Allo stesso modo, per quanto riguarda le missioni 5 e 6 per gli ambiti sociale e sanitario, di fronte ad una latente ma diffusa perplessità relativamente alla capacità del sistema di rendere operativo il modello descritto con il DM77 con la sola forza del pubblico, si rende necessaria una riflessione che possa valutare la partecipazione diretta del sistema della sanità privata, con un utilizzo più razionale e rapido dei fondi resi disponibili dal piano, condizione più favorevole al raggiungimento degli obiettivi di riforma definiti nei tempi stabiliti.



A proposito della delega per la riforma fiscale

## EQUITÀ ED EFFICACIA PER LA STABILITÀ DEL SSN



di Luigi Corbella

Come è noto il Consiglio dei ministri ha approvato lo scorso 16 marzo il disegno di legge delega per la riforma fiscale che dovrà essere attuata entro i prossimi ventiquattro mesi attraverso uno o più decreti attuativi.

Gli obiettivi dichiarati del Governo sembrano funzionali soprattutto al ritorno mediatico immediato: dare .. *“impulso alla crescita economica e alla natalità, mediante la riduzione del carico fiscale, l’aumento dell’efficienza della struttura dei tributi e l’individuazione di meccanismi fiscali di sostegno a famiglie, lavoratori e imprese”*. Il tema fiscale, d’altronde, ben si presta a slogan e sintesi *“ad effetto”*.

La realtà, lo sappiamo bene, è più complessa. Il *“patto”*, inevitabilmente oneroso, che attraverso le tasse lega lo Stato ai cittadini nelle società moderne più ambiziose in termini di welfare è fattore imprescindibile di sostenibilità e questo stesso *“patto”* è necessariamente caratterizzato da un gradiente di *“tecnica”* e di riflessione *“socio economica”*, *“politica”* potremmo dire. Scegliere come tassare, in proporzione, consumi, ricchezza e redditi, decidendo quali tutelare, è infatti anche una dichiarazione *“politica”* inequivocabile, sia in senso etico e valoriale che culturale.

Anche se il margine, tra stanziamenti obbligatori e vincoli di bilancio, non è molto, i ventiquattro mesi di tempo previsti per l’esame parlamentare e l’emanazione dei decreti delegati di attuazione della riforma faranno ben emergere quale sarà al riguardo l’effettivo *“posizionamento”* di questo Governo.

Qualche dato aiuta a capire meglio da che parte si può stare.

Prendendo a riferimento il 2021 l'ISTAT (fonte Mef) certifica che nel 2021 il prodotto interno lordo, a prezzi di mercato, è aumentato del 7,5% (6,6% in termini reali) rispetto al 2020. I consumi finali nazionali sono cresciuti del 4,1% e gli investimenti fissi lordi del 17,0%; il rapporto tra deficit e PIL è risultato pari a -7,2% a fronte del -9,6% del 2020. Sempre nel 2021 le entrate tributarie erariali accertate in base al criterio della competenza sono state pari a 496.094 milioni di euro con un aumento di 48.497 milioni rispetto al 2020 (+10,8%). Le imposte dirette valgono circa il 54% del totale (269.806 milioni) con l'Irpef, da sola a poco meno di 200 miliardi, esattamente 198.203 milioni, di cui la maggior parte maturata su redditi di lavoro dipendente. La differenza è costituita da: imposte indirette (226.287 milioni, il 45%), soprattutto Iva, entrate da "giochi" (nel 2021, 12.401 milioni di euro) e da attività di accertamento e controllo (8.587 milioni, poco meno del 2% del totale). In estrema sintesi, il gettito storicamente conta fondamentalmente su due pilastri: l'Irpef da lavoro dipendente e le imposte indirette sui consumi con, quanto all'Irpef, un apporto complessivamente rilevante, anche per ragioni demografiche, della popolazione che secondo l'attuale applicazione dei criteri di proporzionalità si colloca nelle aliquote più basse.

Alla luce di questi dati possiamo valutare con maggiore consapevolezza nel dettaglio il disegno di legge.

L'articolo 1 conferisce la delega legislativa al Governo per la revisione del sistema fiscale, disciplinando il procedimento di adozione dei relativi decreti legislativi delegati; sostanzial-

mente ne delinea l'iter.

L'articolo 2 detta principi e criteri direttivi generali che il Governo è chiamato ad osservare nell'esercizio della delega.

Leggiamo testualmente:

- *stimolo della crescita economica e (del)la natalità, mediante la riduzione del carico fiscale e l'aumento dell'efficienza della struttura dei tributi, anche al fine di sostenere famiglie, lavoratori e imprese, la prevenzione e la riduzione dell'evasione e dell'elusione fiscale;*
- *razionalizzazione e semplificazione del sistema tributario;*
- *eliminazione di tributi per i quali, a fronte di un gettito trascurabile per l'Erario, i costi di adempimento dei contribuenti risultino elevati;*
- *(quanto) alla normativa fiscale degli enti del Terzo settore e di quelli non commerciali, assicurando il coordinamento con le altre disposizioni dell'ordinamento tributario nel rispetto dei principi di mutualità, sussidiarietà e solidarietà.*

Il tutto in un contesto auspicato di semplificazione degli adempimenti dichiarativi e di versamento, riduzione degli oneri documentali, nuove forme di erogazione di informazioni e di assistenza e percorsi facilitati di accesso ai servizi. Sempre con adeguato coordinamento con i riferimenti internazionali e sovranazionali.

Interessante (art. 4) la progettata revisione dello "Statuto dei diritti del contribuente" per rafforzare i principi del legittimo affidamento, della certezza del diritto e dell'obbligo di motivazione degli atti impositivi. Così come il potenziamento dell'esercizio del potere di autotu-



tela, ampliando le ipotesi di impugnabilità del diniego espresso e del silenzio rifiuto nell'ipotesi di atti divenuti definitivi affetti da evidenti illegittimità.

Per quanto riguarda l'Irpef (art. 5) è previsto un processo graduale di revisione e semplificazione, attraverso l'accorpamento delle aliquote e la razionalizzazione delle fasce di esenzione e delle detrazioni. Altro obiettivo è eliminare le differenze di trattamento tra i redditi derivanti dalle particolari modalità di determinazione dell'imponibile. Operazioni che a nostro parere non saranno facili, anche in relazione ai vincoli di gettito. Così come, questa volta anche per ragioni tecniche, non sarà probabilmente facile intervenire neppure sulla tassazione dei redditi finanziari ampliando la possibilità di compensazione delle

perdite e consentendo la deduzione delle spese di gestione dei portafogli.

Anche per l'Ires (art. 6) è auspicata una razionalizzazione, con riduzione dell'aliquota per la parte di reddito destinata a investimenti e nuove assunzioni e per gli utili non distribuiti o comunque stabilmente vincolati al patrimonio a riduzione dello squilibrio esistente a danno del capitale di rischio rispetto a quello di debito. Temi, questi ultimi, tanto noti quanto cari per il non profit.

Nel mirino della riforma dell'Ires anche, da una parte, l'eliminazione degli onerosi doppi binari civilistico-fiscale, soprattutto per le imprese di più ridotta dimensione e, dall'altra, l'erosione della base imponibile realizzata dai gruppi societari transnazionali.

Uno specifico criterio di delega assolve allo

scopo di attenuare il carico impositivo che potrebbe emergere a fronte dell'ingresso degli enti o del c.d. "ramo ETS" nell'ambito applicativo della disciplina fiscale del terzo settore. In particolare, per gli enti di natura non commerciale che svolgono attività commerciali, come gli enti religiosi, l'ingresso nel "terzo settore" potrebbe mutare la qualifica fiscale dell'attività svolta e trasformarla in "non commerciale", al momento dell'applicazione dei nuovi criteri di cui all'articolo 79 del d.lgs. n. 117 del 2017. A fronte di tale mutamento non verrebbe modificata la natura fiscale dell'ente, ma si determinerebbero ai fini dell'IRES e dell'IVA effetti fiscali legati alla fuoriuscita dal regime d'impresa dei beni prima dedicati all'attività commerciale. In tal caso, in sintesi, il mutamento della qualificazione fiscale dell'attività potrebbe determinare l'emersione di plusvalenze imponibili e l'assoggettamento dell'operazione ad IVA, anche in mancanza di un trasferimento o di una cessione dei beni utilizzati nell'attività. Per evitare tali effetti, come era stato fatto a suo tempo per le Onlus, la delega propone l'applicazione di una disposizione che possa mitigare – per esempio attraverso una tassazione forfetaria agevolata - gli effetti della fuoriuscita dei beni dalla sfera d'impresa e al loro ingresso nella sfera "non commerciale".

All'auspicata revisione non sfugge neppure l'Iva (art. 7) per la quale si auspica anzitutto una maggiore aderenza alla normativa dell'Unione europea per quanto attiene, per esempio, ai presupposti territoriali e alle norme di esenzione e alle conseguenze che ciò comporta in termini di detrazione dell'imposta pagata sugli acquisti. Tema caro anche questo

ai nostri enti. Sempre nella prospettiva della riforma attenzione è dedicata anche al numero e alla misura delle aliquote IVA, con riferimento alla rilevanza sociale delle cessioni e alla posizione di cedente e cessionario.

Per l'Irap (art. 8) è prevista invece l'abrogazione con contestuale istituzione di una sovrainposta Ires tale da assicurare un equivalente gettito fiscale. Oggetto di "garanzia" sono il finanziamento del fabbisogno sanitario e quello delle Regioni che presentano squilibri di bilancio sanitario o sono sottoposte a piani di rientro (*cf.*: art. 1, co. 174, L. 30/12/2004, n. 311, e art. 2, co. 86, L. 23/12/2008, n. 191).

È prevista al riguardo l'introduzione di un regime particolare per gli enti non commerciali, che applicano, così come le amministrazioni pubbliche, il regime c.d. "retributivo".

L'articolo 9 (Altre disposizioni) delega anzitutto al Governo la revisione del sistema di imposizione dei redditi delle imprese che accedono agli istituti disciplinati dal Codice della crisi di impresa e dell'insolvenza, nonché, per rendere deducibili le perdite sui crediti vantati nei confronti di tali imprese, all'accesso ai nuovi istituti liquidatori ovvero di risanamento.

Viene poi affrontato il tema delle c.d. "società non operative" per aggiornare i criteri di relativa individuazione e auspicato un riallineamento generale della disciplina fiscale a quella civilistica.

La delega, sempre all'articolo 9, prevede anche un percorso di semplificazione e razionalizzazione dei regimi agevolativi previsti in favore dei soggetti che svolgono, con modalità non commerciali, attività che realizzano finalità sociali nel rispetto dei principi di solidarietà



# SCEGLI LA SICUREZZA

AGLI ASSOCIATI  
ARIS SONO  
RISERVATE  
DELLE  
PROPOSTE  
ESCLUSIVE!

**GARANTIAMO L'ELEVATO LIVELLO DI QUALITÀ,  
TRACCIABILITÀ E PROTEZIONE DEI NOSTRI PRODOTTI!**

Siamo un'azienda specializzata nella commercializzazione di prodotti medicali e dispositivi di protezione individuale (DPI).

Tutti gli articoli trattati sono realizzati da nostri partner certificati sia a livello nazionale, che europeo ed internazionale.

Siamo presenti sul territorio italiano con una rete di agenzie che copre tutto il territorio nazionale.

e sussidiarietà, assicurandone la coerenza con le disposizioni del codice del Terzo settore, nonché con i diversi regimi di deducibilità dal reddito complessivo delle erogazioni liberali. Analogamente è delegata al Governo la razionalizzazione delle misure fiscali previste per gli enti sportivi e il loro coordinamento con le altre disposizioni dell'ordinamento tributario, con l'obiettivo di favorire l'avviamento e la formazione allo sport dei giovani e dei soggetti svantaggiati.

L'articolo 10, Imposta di registro, imposta sulle successioni e donazioni, imposta di bollo e altri tributi indiretti diversi dall'IVA, prevede anche per questi tributi un processo di razionalizzazione e semplificazione per accorpare o sopprimere talune fattispecie imponibili e attuare una revisione della base imponibile, estendendo l'istituto dell'autoliquidazione.

Concludiamo con i Tributi regionali, oggetto dell'articolo 13. L'auspicio è la piena attuazione del federalismo fiscale regionale previsto dal d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68. Operazione che richiede anzitutto che siano garantite alle regioni a statuto ordinario entrate corrispondenti all'ammontare dei trasferimenti statali attraverso una rimodulazione dell'addizionale regionale all'IRPEF, senza oneri aggiuntivi a carico dei contribuenti. Equilibrio che in assenza di un radicale ripensamento dei complessivi (*e complessi...*) rapporti tra lo Stato e le regioni ci pare ancora piuttosto ambizioso. Tant'è che il primo provvedimento sul federalismo fiscale, in larga parte non attuato, risale, appunto, al 2011.

Concludiamo riprendendo quanto è stato accennato in premessa.

Razionalizzazione della fiscalità e investimento sulla compliance sono senz'altro obiettivi auspicabili. Ben vengano. Il "patto" fiscale regge però, almeno alle nostre latitudini, su due elementi fondamentali: equità e qualità del sistema di welfare. Alleggerire la pressione fiscale in modo più o meno lineare a discapito degli investimenti in ambiti essenziali di coesione sociale e sviluppo – scuola, sanità, solidarietà e previdenza, per tutti – è divisivo e comporta un costo sociale elevato. Almeno tanto quanto le attuali inefficienze e farraginosità fiscali, anche nella loro componente disincentivante per il c.d. "libero mercato". Ambivalenze e soluzioni surrettizie non aiutano a superare lo stallo che le citate evidenze comportano. La spesa pubblica è infatti a sua volta rigida, nel senso che buona parte delle risorse sono già impegnate, e lo spazio di manovra è dunque ristretto. Operazioni meramente estetiche non servono.

L'unica possibilità effettiva di intervento sostanziale, aldilà di un certo gradiente necessario di semplificazione burocratica, passa necessariamente anche in questo ambito per un ripensamento organico dei modelli di produzione dei servizi di welfare e il maggiore coinvolgimento, anche progettuale, delle organizzazioni motivate del privato sociale. Solo una maggiore efficienza complessiva dei modelli di produzione dei beni "pubblici", a parità di equità e di efficacia, può liberare risorse reali a beneficio della auspicata riduzione del carico fiscale senza compromettere la stabilità generale del sistema.

Vedremo nei prossimi ventiquattro mesi come andrà a finire.



Cosa  
potrebbe  
diventare  
la  
tua  
ghianda ?



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

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

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

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

Idee di qualità



MILANO

ROMA

TORINO

VENEZIA

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



# IL PAESE DELLE CULLE VUOTE



di Francesco M. Valiante

L'Italia delle culle vuote. Cicogne ormai “disoccupate” nel Belpaese e curva delle nascite mai così in picchiata dai tempi dell'Unità, secondo l'impietosa fotografia fornita dal recente rapporto Istat sugli indicatori demografici. Per la prima volta negli ultimi 160 anni i nati nel 2022 sono scesi sotto la soglia dei 400mila, fermandosi a quota 393mila. Un calo corrispondente alla costante decrescita della popolazione – al 1° gennaio 2023 gli abitanti risultavano meno di 59 milioni – frutto di “una dinamica demografica sfavorevole che vede un eccesso dei decessi sulle nascite”, come spiega il documento, rivelando che lo scorso anno sono morte 713mila persone, con un preoccupante saldo naturale negativo (-320mila unità). Attualmente, dunque, per ogni 1000 italiani ne nascono meno di 7 e ne muoiono più di 12.

Benvenuti nel Paese che ha rinunciato al futuro. Anzi – per dirla col tagliente commento di Elon Musk – nell'Italia che “sta scomparendo”. Una profezia, quella del visionario magnate di Twitter (padre di sette figli), che forse ai più sembrerà apocalittica. Anche se non suonano meno inquietanti le previsioni dello stesso presidente dell'Istat, Gian Carlo Blangiardo, che da tempo ha lanciato l'allarme denatalità, prefigurando un sostanziale dimezzamento della popolazione – “siamo un popolo potenziale di 32 milioni di abitanti” – e av-



vertendo che comunque, secondo le proiezioni dell'Istituto, già nel 2070 perderemo 11 milioni di persone, soprattutto nella popolazione attiva tra i 20 e i 67 anni.

Ma il gioco dei pronostici catastrofisti, tutto sommato, lascia il tempo che trova. Resta il fatto che oggi l'“inverno demografico” – contro cui più volte ha tuonato Papa Francesco invocando politiche concrete a sostegno della famiglia – sta investendo l'Italia con l'intensità di un gelo polare. Tanto che anche chi in questi anni ne ha sistematicamente sottovalutato le conseguenze, cavalcando posizioni ideologiche di tutt'altro segno (la difesa dell'aborto, la delegittimazione degli incentivi alla natalità, la denuncia della sovrappopolazione mondiale in chiave “ecologista”), comincia a fare marcia indietro. E ad ammettere che il Paese è di fronte a una vera e propria emergenza nazionale.

Siamo una popolazione sempre più vecchia: un individuo su 4 ha almeno 65 anni e il numero degli ultracentenari nel 2022 ha raggiunto la quota record di 22mila. Ma soprattutto siamo una popolazione che non mette al mondo figli: in parte per “spontanea o indotta rinuncia” – come suggerisce il report dell'Istat – e in parte perché le donne in età fertile (dai 15 ai 49 anni) si riducono numericamente secondo lo stesso trend della popolazione generale. Il tasso di fecondità, ossia il numero medio di figli per donna, è sceso lo scorso anno a 1,24, a conferma della tendenza alla riduzione dei progetti riproduttivi – propensione già in atto da tempo nel nostro territorio – con un'età media al parto che è arrivata a 32,4 anni.

Le conseguenze sociali di questo declino sono sotto gli occhi di tutti. Le ha riassunte efficacemente il presidente del Forum delle Fami-

glie, Adriano Bordinon, delineando con chiarezza lo scenario prossimo venturo che ci attende: “Meno figli, meno lavoratori, meno competitività delle imprese, meno welfare e meno salute, più solitudine e più migrazioni”. E se gli economisti si sono spesi a segnalare soprattutto le ricadute del calo demografico sulla disponibilità di risorse e investimenti destinati a giovani, ceti deboli e famiglie, gli scienziati hanno rimarcato con preoccupazione anche l’invecchiamento della popolazione “rosa”, con la progressiva diminuzione dell’indice di fertilità: un fenomeno destinato ad avere col tempo un effetto negativo crescente e sul quale, com’è ovvio, le misure politiche e finanziarie hanno ben poca capacità di incidere.

Non mancano, tuttavia, altre possibili chiavi di lettura. Che hanno il merito di spostare l’angolo visuale dall’ambito economico-sociale a quello più specificamente culturale. Per sottolineare opportunamente il peso che certi fattori poco “misurabili” – la fiducia, la libertà, la speranza, la capacità di relazione e di sacrificio – hanno nella scelta di avere un figlio. Più che provvedimenti e leggi, pur necessari per cercare di arginare la deriva, andrebbe favorito allora quel “rovesciamento di mentalità” che un’intellettuale non certo imputabile di scarsa sensibilità “femminista” come Ritanna Armeni invocava già qualche tempo fa, reclamando una “rivoluzione culturale e materiale” per invertire la rotta di “un mondo in cui la maternità non è più voluta”.

Utopia irrealistica o possibile alternativa alla catastrofe? Difficile dirlo, tanto più oggi che si

vanno assottigliando pericolosamente gli spazi liberi di comunicazione nel recinto del “pensiero unico” e dell’individualismo esasperato. Meno ambiziosa appare, forse, la speranza di una “rivoluzione” dal basso, nascosta, lontana da “egemonie” propagandistiche e orientata piuttosto a spargere semi di umanità laddove fragilità e disagio rischiano di minare i pilastri della convivenza civile.

In questo senso, risulta ancora una volta prezioso – tanto prezioso quanto trascurato, se non addirittura osteggiato – il lavoro quotidiano svolto da piccole e grandi realtà dell’associazionismo e del volontariato che si adoperano per l’accoglienza della vita. Spesso in condizioni proibitive e senza alcun sostegno politico o istituzionale, sono di fatto le colonne di un’opera di “ricostruzione” del tessuto sociale comunitario che si nutre ogni giorno di vicinanza, di ascolto, di solidarietà concreta.

Il loro biglietto da visita è la gratuità. Il loro stile la prossimità. E le credenziali più autorevoli che possono esibire sono proprio le storie – alcune delle quali raccontiamo qui a parte – delle tante donne in difficoltà che grazie a queste persone hanno trovato il coraggio di portare avanti la maternità. Storie a loro modo “rivoluzionarie”. Che danno ragione alla inguaribile speranza nutrita dal fondatore del Movimento per la Vita, Carlo Casini, scomparso poco più di tre anni fa: “Le parole, le argomentazioni, le prove scientifiche, i dibattiti, le conferenze e i libri – amava ripetere – sono utili, ma non sono risolutivi: il diritto alla vita vincerà nella condivisione”.



Carmela oggi ha 48 anni e tre figli. Ne aveva 28 quando l'ultimo dei tre, Francesco, è venuto al mondo. "All'inizio non avevo nemmeno il coraggio di guardarlo in faccia per il rimorso", confessa. Perché per ben due volte Carmela è stata per varcare la soglia della sala dell'ospedale dove avrebbe dovuto sottoporsi all'aborto. E per ben due volte è tornata sui suoi passi, trovando alla fine il coraggio di portare a termine la gravidanza grazie all'aiuto e al supporto del Telefono Rosso, il servizio di consulenza medica gratuita istituito nel 1988 dal policlinico Agostino Gemelli per la prevenzione delle anomalie congenite e per l'informazione sui fattori di rischio riproduttivo.

Come Carmela, anche Laura, oggi quarantenne con quattro figli, aveva già preso appuntamento per abortire. Una forte depressione alle spalle e un problema di farmaci assunti l'avevano convinta a interrompere la quarta gravidanza. A rassicurarla e a farle cambiare idea, fornendole tutte le indicazioni necessarie, è stata anche in questo caso una dottoressa del Telefono Rosso, contattata grazie alla consulenza dell'associazione Gravidanza Felice, nata con lo scopo di far conoscere, sostenere e potenziare la "linea della vita" attivata dall'ospedale romano.

Quelle di Carmela e Laura sono solo due delle tante storie di donne che, grazie a questo servizio, hanno superato paure e psicosi, ricevendo consulenze altamente specialistiche e informazioni scientifiche chiare sui rischi di malformazione del bambino. Un vero e proprio "antidoto" a quella concezione "difensiva" della medicina che non solo non aiuta la gestante a risolvere perplessità e timori, ma di fatto la indirizza verso la soluzione estrema dell'aborto. Con il risultato che ogni anno vengono soppressi decine di migliaia di bambini perfettamente sani, solo perché sospettati di non esserlo. In realtà, considerando che almeno il 20% degli aborti sono effettuati per il timore di un figlio malformato e nel 99% dei casi non c'è alcun rischio in più oltre a quello naturale, non è difficile ipotizzare che la consulenza del Telefono Rosso sarebbe in grado di salvare dai 30mila ai 40mila bambini ogni anno in Italia.

Tutte le settimane, dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 13, al numero 06 3050077 rispondono medici specialisti in ostetricia e ginecologia, con particolari competenze nel campo della medicina prenatale, dell'assistenza alla gravidanza ad alto rischio e della teratologia clinica. A chiunque ne faccia richiesta – donne, coppie, personale sanitario o parasanitario – vengono fornite informazioni su presunte complicazioni o pericoli di danni al feto a causa di farmaci, esposizioni a radiazioni o agenti chimici, indagini diagnostiche, infezioni, malattie o altri problemi legati alla gestazione. Inoltre, vengono consigliate le terapie farmacologiche più appropriate – nelle varie fasi della gravidanza e in epoca preconcezionale – e gli eventuali approfondimenti diagnostici da effettuare.



**150.000**  
tonnellate di CO<sub>2</sub>  
risparmiate

**1.200**  
Installazioni  
in Europa



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

L'efficacia della tecnologia E-Power, ormai ampiamente collaudata in oltre 1000 installazioni in Europa presso grandi gruppi industriali e commerciali, consente di ottenere efficienza energetica e una conseguente riduzione delle emissioni di CO<sub>2</sub>, contribuendo così alla sostenibilità ambientale dei siti produttivi.

[www.energia-europa.com](http://www.energia-europa.com)

**energia** | save energy  
save CO<sub>2</sub>



Nasce una nuova rivista di diritto del lavoro in sanità

# L'ARCO



di MariaRita Gentile

Un magazine incentrato su diritto del lavoro e relazioni sindacali in ambito sanitario, questa la nuova iniziativa di COSTANTINO&partners, dal titolo L'Arco, che ha visto la sua prima uscita ad aprile 2023.

La nuova testata, che all'inizio avrà una periodicità quadrimestrale, ha come obiettivo principale quello di colmare una carenza nell'editoria del settore, proponendosi come strumento di aggiornamento, approfondimento, analisi, formazione

e confronto sui principali temi di carattere giuridico in campo sanitario e sociosanitario.

Una iniziativa, questa, in cantiere da tempo, avvertendo la necessità di fornire punti di riflessione riguardo a problematiche di un settore specifico nel quale vanta una esperienza ultratrentennale. In questo ambito, infatti, la COSTANTINO&partners assicura servizi di consulenza alle maggiori strutture - comprese quelle di Aris di cui Giovanni Costantino, ricor-



diamo, dirige l'Ufficio di diritto del lavoro e relazioni sindacali – distribuite su tutto il territorio nazionale.

Si è scelto di proporre una rivista agile, dalla veste grafica lineare, che sia in grado di fornire un quadro, il più completo e attuale possibile, dei maggiori provvedimenti legislativi e giurisprudenziali nel campo della sanità, esaminandone le differenti sfaccettature e le ricadute sulla gestione delle strutture che operano in questo determinato ambito.

Un progetto che nasce con l'intento di porsi come voce autorevole e non autoreferenziale, promuovendo la diffusione di tematiche attinenti a questo campo specifico, intorno alle quali dar vita ad un dibattito attento e vivace, che possa riunire e dare diffusione alle opinioni ed esperienze più rappresentative. Un confronto che seguiranno a proporre anche sui nostri profili social, dove si potrà continuare a discutere sui temi proposti all'interno del magazine.

Per dare un respiro più ampio alla rivista, si è deciso di proporre degli approfondimenti culturali, che, attraverso uno sguardo diverso, affrontino argomenti che consentano di spaziare nel contesto sociale in cui il magazine si colloca. Nei differenti numeri si scriverà di arte e di etica del lavoro, di letteratura, di fotografia e di cinema d'autore. Verranno inoltre recensite pubblicazioni riguardanti l'ambito giuslavoristico e non solo. Il primo libro ad essere presentato è stato scritto da Giovanni Costantino, e descrive il ruolo dell'assistente religioso in sanità. Sulle problematiche inerenti al servizio offerto da questa figura abbiamo voluto conoscere il parere di Don Massimo Angelelli, Direttore dell'Ufficio Nazionale per la pastorale della salute della Cei.

Con l'intento di guidare il lettore attraverso una filza di appuntamenti, il magazine si snoda in una successione di rubriche nelle quali poter sviscerare tematiche diverse.

A fare da filo conduttore una serie iconografica incentrata su una struttura sanitaria di spicco, al cui esponente di rilievo è dedicata un'intervista che nasce con l'obiettivo di tracciarne un profilo approfondito e, per certi versi, inusuale. Il primo numero è stato dedicato all'IRCCS Ospedale "Sacro Cuore Don Calabria" di Negrar e al suo AD, Mario Piccinini, manager di spicco nel panorama sanitario del nostro Paese.

Ai professionisti di *COSTANTINO&partners*, che rappresentano la struttura portante della redazione, si affiancano protagonisti esterni che, con le proprie opinioni, a cui la rivista fa da mera cassa di risonanza, contribuiscono a fornire una informazione più completa e articolata possibile. Nel numero di aprile, "l'altro punto di vista" è quello di Carmela De Rango, Segretario Nazionale della Cimop, Confederazione Italiana Medici Ospedalità Privata.

L'editoriale, a firma di Giovanni Costantino, rappresenta il punto focale attraverso il quale innescare nuovi spunti di riflessione e stimolare un intenso scambio di opinioni su temi di attualità e di politica sanitaria. Primo argomento affrontato il "salario minimo", e le conseguenze che le decisioni del Governo in questo ambito avranno nel settore produttivo sanitario.

Ogni numero del magazine si apre con una vignetta, che ha l'intento di affrontare la complessità degli argomenti proposti con un sorriso e un pizzico di ironia e si chiude con uno sguardo, dicevamo, diverso, che abbraccia orizzonti più ampi incentrati su temi artistici e culturali.

# ΚΑΤΑ ΙΩΑΝΝΗΝ

λόγος, και ο λόγος  
ος. 2 οὗτος ἦν ἐν ἀ  
ετο, και χωρις  
πύτῃ ζωῆ γ ἦν.  
ι τὸ εὐαγγέλιον ἐν

# LA FORZA DELLE PAROLE



di Lanfranco Luzi

La parola non è soltanto un suono o un simbolo scritto. È una forza, è il potere di esprimere e comunicare, di pensare e quindi di creare gli eventi della nostra vita. Solo l'uomo, sul nostro pianeta, può esprimersi attraverso la parola che è il più potente strumento a disposizione che possiede. È tuttavia un po' come una spada e se da un lato può rappresentare uno strumento di difesa, dall'altro può costituire un mezzo di distruzione. Un filo della lama è la parola usata male, che crea danni più o meno gravi, dall'altra parte c'è la parola usata con raziocinio che crea bellezza e positività. A seconda di come viene usata può rendere le persone libere

o schiave ma se è usata in modo completamente sbagliato può avere ripercussioni negative. Infatti può essere impiegata malamente per maledire, biasimare, incolpare e danneggiare. Oggi c'è chi si serve della parola per diffondere veleni personali, come l'ira, la gelosia, l'invidia e l'odio e persino la falsità ideologica. Oggi, purtroppo, alcuni media ne hanno dato un pessimo esempio. La parola che è il dono più grande che abbiamo come esseri umani talvolta inevitabilmente possiamo usarla contro di noi. Progettiamo vendette, creiamo caos. Siamo capaci di fomentare odio tra le razze, tra le persone e persino tra nazioni con gravi ripercussioni sociali. Le parole sono potenti, tanto da causare un dolore emotivo molto forte. Come se ci avessero colpito fisicamente, come se una carica diretta ci spezzasse l'anima e ci rompesse il cuore in mille pezzi.

Nonostante ciò, questo loro effetto raggiunge il massimo soprattutto quando provengono da una persona che per noi è importante: il nostro



partner, un parente, un amico, un collega di lavoro con il quale condividiamo la quotidianità. È come una rottura dei nostri schemi e del nostro equilibrio e sentiamo un attacco che proviene da un legame per noi molto importante. L'impatto che il linguaggio ha, inoltre, talvolta è sorprendentemente duraturo. Nessun bambino dimenticherà facilmente una parola cattiva e nessuno può cancellare dalla propria memoria un'aggressione verbale dalla persona che ama. C'è solo un

modo per salvarci, quello di essere testimoni di verità, che vuol dire essere onesti intellettualmente. "Solo la verità vi renderà liberi. Sii impeccabile con la parola", dicevano i saggi. Questo è il primo accordo da prendere, se volete essere liberi e felici, se volete trascendere il livello criptico dell'esistenza. Un uso cosciente delle parole ci aiuta a comunicare i nostri bisogni primari e le nostre esigenze quotidiane; a raccontare le nostre giornate. Un uso consapevole delle parole può aiutarci a cambiare il



mondo (non solo il nostro), ricordare il passato, costruire un futuro diverso da quello che sembra già scritto per noi (e per gli altri). Le parole possono, davvero, e anche noi. Le parole contano (so che da anni canticchiamo che *conta la musica*, ma non è sempre vero), le parole difendono, le parole hanno veramente il potere di cambiare la somma delle giornate che fa la storia. La parola è potente, dunque usatela nel modo giusto, usatela per condividere l'amore, l'amicizia, la stima e in questi casi

l'impeccabilità della parola può guidarvi verso la libertà personale. Può togliervi la paura e trasformarla in gioia e amore. Sì, è possibile trascendere l'illusione della paura e vivere in modo diverso. Quello che viviamo resta un tempo lontano dal silenzio, un tempo nel quale non lasciamo risuonare le parole degli altri dentro di noi e meno ancora riflettiamo a fondo sull'effetto che hanno le nostre parole su chi ci ascolta. Se è vero che la parola crea il mondo allora dobbiamo chiederci quali parole dob-

biamo proteggere. Abbiamo bisogno di parole che curano, che aprono mondi e spazi... che producano l'imprevisto, che ci aprano all'incontro... Abbiamo bisogno di parole vive radicate nella vita delle persone... Parole che creino legami... Parole che ci aiutino a immaginare un futuro verso il quale camminare. Un futuro in cui nessuno debba scappare... Mai come oggi, soprattutto in campo medico, si deve recuperare una forza, una credibilità, un'autorevolezza e nello stesso tempo un ritorno a quell'umanesimo che negli ultimi tempi sembra si sia un po' smarrito. Molti di noi dovrebbero fare un -mea culpa- e chiedere scusa delle troppe esitazioni, delle supponenze talvolta un po' azzardate, dell'uso improprio delle parole, degli errori commessi ma anche delle inammissibili indifferenze verso i convincimenti e i sentimenti altrui specie quando non collimavano con i nostri. Mi chiedo dove sia finito il nostro imperativo etico e deontologico: "Attenzione a tutti perché ognuno possa scegliere". Ecco che allora l'uso della parola e la comunicazione, in generale, deve essere pervasa dal rispetto per l'uomo e la persona e da esso bisogna trarre ispirazione per i nostri comportamenti quotidiani. Per concludere questa breve riflessione diremo che la parola è il cuore della cultura e la funzione di ogni cultura è quella di produrre una crescita collettiva. Una crescita però, nel rispetto della piena libertà di espressione (altrimenti si parla di dittatura, non di vera cultura), che si può articolare anche attraverso una critica continua e costruttiva. Non credo più al valore salvifico della cultura di per sé e non mi dicono nulla frasi come "la poesia salverà il mondo" quando esistono casi

come quello in cui un uomo che leggeva Goethe o Rilke la sera, che al sorgere del sole suonava Bach e Schubert e successivamente si recava al proprio lavoro ad Auschwitz. Non si tratta soltanto del fatto che gli strumenti tradizionali della civiltà come le università, il Parlamento, il mondo letterario e artistico, non siano riusciti a opporre una resistenza adeguata alla bestialità umana! Tutt'altro, spesso l'hanno creata, custodita, persino arrivando ad accoglierla e celebrarla! La storia avrebbe dovuto insegnarci che non possiamo vivere e agire come se non fosse successo nulla nel '900, come se lo sterminio per fame o per violenza di milioni di persone: uomini, donne e bambini, in Europa e un po' ovunque non avessero alterato in profondità, la qualità della nostra consapevolezza. Oggi sappiamo che l'apice della barbarie politica scaturì dal cuore dell'Europa. Due secoli dopo che Voltaire ne aveva proclamato la fine, la tortura tornò ad essere un processo normale di azione politica e che in molti casi gli alti recessi della cultura e dell'arte umanistica accolsero e sostennero il nuovo terrore. La barbarie prevalse proprio sul terreno dell'umanesimo cristiano, della cultura rinascimentale. Sappiamo, e lo ripetiamo per l'ennesima volta, che alcuni degli uomini che progettaron e realizzarono Auschwitz avevano imparato a leggere Shakespeare o Goethe, e continuarono a leggerli! E allora basta ipocrisia... Anche oggi uomini e donne che frequentano teatri, concerti, che leggono e sfoggiano cultura, non sanno dire nulla, non sanno e non vogliono contrastare la disumanità che tende a prendere il sopravvento, non dimostrano compassione, né tanto meno agiscono e prendono



posizione contro la barbarie che continua a seminare, morte, disperazione e che affonda le sue radici in una profonda disegualianza nel mondo, nella sete di potere e nell'avidità di pochi che rivendicano per sé la ricchezza sostenuta da un'economia che vede nell'essere umano solo un numero da inserire come dato per le rilevazioni statistiche.

Essere consapevoli, in fatto di lingua, è essere liberi. Parlare di lingua è parlare di società e di politica: è anche e – forse – soprattutto questo *il potere delle parole* ed è per questo che non bisogna sottovalutarne le potenzialità. La lingua è potere; la decisione rispetto a quali debbano essere la corretta conoscenza e competenza linguistica di un popolo non può essere lasciata alle sole classi dominanti, che chia-

ramente tenderanno alla conservazione dello *status quo*. In alternativa, possiamo tutti, indistintamente, rimboccarci le maniche e riprendere coscienza di quanto sia importante il saldo possesso degli strumenti linguistici, che ci rende cittadini a nostra volta più potenti.

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

Vera Cheno, *Potere alle parole*.

*Perché usarle meglio*, Einaudi, 2019. (PP)

Giuseppe Antonelli, *L'italiano nella società della comunicazione*, Il mulino, 2007.

*Il potere delle parole e di chi le sa usare:*

Tamara Baris, 14-01.2020

La professione medica: *come leggere il nostro Codice Deontologico*, 1-2008.

# 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)