

# SANITÀ ARIS

Trimestrale dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Anno V • Numero 1 • Marzo 2025

UN NUOVO  
PROGETTO  
DI VITA  
PER I PIÙ FRAGILI



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 carto-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.



# SOMMARIO

Anno V - n. 1  
Marzo 2025

Direttore Responsabile:  
Virginio Bobber

Redattore Capo:  
Mario Panzi

Vice capo redattore:  
Orazio La Rocca

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

Segretario di Redazione:  
Massimo Scafetti

Segreteria:  
Rosella Francescangeli  
Angela De Nigris

Art:  
Angela De Mattia

Foto:  
Archivio ARIS

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

Stampa:  
ABILGRAPH 2.0  
Via Pietro Ottoboni, 11  
00159 Roma

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

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

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

Finito di stampare nel mese di Marzo 2025

5 **Editoriale**  
*Virginio Bobber*

8 **Sanità: cosa attenderci da questo 2025?**  
*Mauro Mattiacci*

18 **Vicino a chi soffre come angeli di speranza e messaggeri di Dio**

24 **Purché non diventino invisibili**  
*Redazione*

28 **Enti religiosi e riforma del Terzo Settore: luci e ombre**  
*Luigi Corbella*

40 **Un'irrefrenabile emorragia**  
*Carlo Picozza*

44 **Una estate che dura tutto l'anno**  
*Francesca Siciliano*

50 **la ministra Locatelli: "Insieme per un nuovo progetto di vita per i più fragili"**  
*Orazio La Rocca*

56 **Quell'indimenticabile Samaritano, medico ecumenico**  
*Orazio La Rocca*

62 **Il sogno del Papa: una comunicazione purificata dall'aggressività**  
*Mimmo Muolo*

66 **La nascita della chirurgia**  
*Lanfranco Luzi*

L'Anno Santo della Sanità

# SIAMO TUTTI “PELLEGRINI DI SPERANZA”



**di Virginio Bebber**

“Pellegrini di speranza”. Impossibile restare indifferenti di fronte a queste semplici parole scelte da papa Francesco, con lungimiranza profetica di rara bellezza, per scrivere il motto del nuovo Anno Santo da lui stesso inaugurato la notte del 24 Dicembre scorso aprendo la Porta Santa della basilica di San Pietro. E’ un titolo che ha la forza di interpellare qualsiasi persona, e non solo per motivi di fede. Tra i primi, cattolici e cristiani di tutte le confessioni, ma anche diversamente credenti, non credenti. Ogni uomo, ogni donna può avvertirne il “richiamo”, sentirsi sollecitato, e non solo per motivi devozionali. L’umanità intera, sostanzialmente, nel sintetico motto giubilare di Bergoglio ci può trovare “qualcosa” con cui poter riuscire ad andare avanti; ricevere stimoli e forza per superare ostacoli, difficoltà, paure quotidiane; ritrovare energie nuove per rialzarsi da piccole e grandi cadute. Potrà sembrare un paradosso, specialmente agli occhi degli amanti del politicamente corretto, dei mai domi fautori della rigorosa “separazione” tra credenti e non credenti per i quali il Giubileo di papa Francesco, pur essendo un appuntamento internazionale, non può che “parlare” al mondo intero.

Eppure, a pensarci bene, in quel “Pellegrini di speranza” ci si può rispecchiare il genere umano nella sua interezza, al di là di bandiere ideologiche, religioni, colori politici. Il perché ce lo spiega la semantica stessa legata al significato di quelle parole. A partire dal termine “Pellegrini”, vale a dire quelle persone che nell’immaginario collettivo fanno viaggi a carattere religioso andando per santuari e ritiri spirituali. Ma a viaggiare non sono solo cristiani o dei diversamente credenti.

Quasi impossibile negare, quindi, che il motto del Giubileo di papa Bergoglio possa suscitare interesse ed attenzioni universali. Come pure l'altra parola del titolo dell'Anno Santo, "Speranza". Difficile non vedere che anche questo termine è patrimonio comune a tutti, senza barriere, fuori dagli schemi. Osiamo quindi modestamente sentirci interpellati, come credenti e, non da meno, come Aris, da un Giubileo che fin dal titolo, "Pellegrini di speranza", è veramente universale e per questo bussa al cuore, all'anima ed alle menti dell'umanità intera. Un appuntamento, quindi, non chiuso in sé stesso, ma aperto a tutta la società. Anche per questa specificità, i 12 mesi dell'Anno Santo 2025 sono stati "modellati" sulla base di un programma di eventi, non solo religiosi, dedicati a quasi tutte le realtà socio-lavorative e culturali del Paese. Appuntamenti ai quali l'Aris, come è naturale che sia, guarderà con grande interesse e partecipazione. Ma con una comprensibile "eccezione" nel coinvolgimento più intimo per le due giornate dedicate a quelle tematiche che ci interpellano più direttamente, la sanità e gli ammalati, in calendario il 5 ed il 6 Aprile prossimi con un ricco programma diffuso dall'Ufficio per la Pastorale della Salute della Cei.

È l'appuntamento giubilare del nostro mondo, che fin dal titolo - "Il Giubileo degli Ammalati e del mondo della Sanità" - ha la forza di presentarsi con uno spirito che coinvolge, stimola ed interroga, rivolgendosi a tutte le fasce sociali interessate, in primo luogo alle persone bisognose di cure, i sofferenti, che l'Anno Santo vorrà riportare alla ribalta dell'interesse nazionale, specialmente i più poveri e bisognosi. Una duegiorni che la mattina di Sabato 5 Aprile inizierà significativamente col pellegrinaggio alla Porta Santa della basilica di San Pietro e nel pomeriggio proseguirà con un programma di eventi dal titolo "Dialogo con la città" che prevedono una serie di appuntamenti a carattere culturale, artistico e spirituale, organizzati nelle principali piazze di Roma. Il giorno dopo, Domenica 6, al mattino S. Messa in piazza San



Pietro presieduta da papa Francesco, che non mancherà di dedicarci parole di incoraggiamento paterno che noi, come sempre, ne faremo tesoro nelle quotidiane cure riservate agli ammalati ospiti delle nostre strutture socio-sanitarie.

È il Giubileo degli Ammalati e della Sanità, il nostro Giubileo, che vedrà l'Arìs in prima linea portando idealmente con sé i suoi primi 60 anni passati al servizio delle persone ammalate, a nome delle quali lucrare l'indulgenza e guardare avanti. Oltre mezzo secolo di "missione" sanitaria svolta con competenza e professionalità. Ma soprattutto in obbedienza a quello spirito evangelico che ha nella figura di Gesù Cristo il primo "medico" per eccellenza venuto tra gli uomini per "guarire" le ferite delle anime e le piaghe del corpo di poveri e ammalati. Il Figlio di Dio che, nel corso della sua vita terrena, tra i punti fermi della sua "lieta novella" pone le guarigioni delle persone affette dai mali più gravi del suo tempo. Eccolo, quindi, vederlo chinarsi accanto al lebbroso e al cieco nato, al paralitico e al sordo, all'indemoniato, alla donna emorroissa, al figlio morante del centurione romano, all'amico Lazzaro, addirittura riportato alla vita dopo la morte. Risanando, senza nessuna distinzione, le ferite del corpo dei sofferenti, degli scartati a causa di malattie ritenute incurabili, degli ultimi, dando loro sollievo, gioia di tornare a vivere. Lezione evangelica di ieri, validissima oggi, stella polare del nostro domani che non finirà mai di illuminare quanti camminano accanto a malati e sofferenti, specialmente i più bisognosi. E l'Arìs ci sarà sempre.



Nulla di nuovo all'orizzonte, anzi...

**SANITÀ: COSA ATTENDERCI  
DA QUESTO 2025?**

**di Mauro Mattiacci**

Non si può certo dire che il nuovo anno, per la sanità italiana, sia iniziato sotto i migliori auspici. A cominciare dalle aspettative deluse, quanto a fondi messi a disposizione, dalla Legge di Bilancio, alle incertezze create dal “nuovo tariffario”, dal comprensibile malcontento manifestato dagli operatori sanitari, alle lacrime amare di quanti dovranno far quadrare i conti per le gestioni delle visite specialistiche e degli interventi protesici in convenzione secondo il nuovo tariffario. Il tutto coronato dal monito accorato del Presidente Mattarella, nel suo discorso di fine d’anno, e al suo deciso “no” ad un popolo spezzato in due, e non solo geograficamente, tra chi può concedersi cure per la propria salute e chi soffre perché di curarsi non ha possibilità alcuna. Un messaggio, quello del Presidente, che, purtroppo, non ha dato adito a riflessioni della comunità che ci comprende. Ma resta ben impressa questa immagine, non certo esaltante, del nostro Paese. Tanto che *The Lancet* – come noto autorevole rivista scientifica inglese, che dal 1823 si è conquistata un ruolo di primo piano tra le pubblicazioni scientifiche mondiali più affidabili – nel primo numero di quest’anno, si esibisce in un vero e proprio “J’accuse” (così lo ha definito Elena Dusi su la Repubblica nel darne notizia) contro la sanità italiana, la stessa che un tempo era classificata tra le migliori al mondo ed oggi definita addirittura “feudale e discriminatoria”.

Ora, per amor di Patria, saremmo tentati di tirar fuori la consueta locuzione “Ma come si permette...”. Però a leggere sino in fondo l’articolo pubblicato nella sezione europea della rivista, tornano repentine alla memoria proprio le parole del Presidente Mattarella il quale, nel suo discorso, non ha mancato di denunciare proprio le criticità che minano la salute dei nostri connazionali, molti addirittura senza possibilità di



curarsi adeguatamente. Una “tragedia sanitaria nazionale” che il Capo dello Stato ha indicato come figlia di due particolari problematiche: le liste di attesa e, di conseguenza, la rinuncia a curarsi di oltre 4 milioni di italiani perché “non hanno i mezzi economici necessari a provvedere di tasca propria alla loro salute”. Per scongiurare il proseguo di questa situazione “siamo chiamati a consolidare e sviluppare - l’esortazione finale di Mattarella - le ragioni poste dalla Costituzione alla base della comunità nazionale”.

E la “disparità tra regioni ricche e regioni povere”, l’“iniquità nell’assicurare le cure”, le “ vere facce di una situazione destinata a peggiorare ora, con l’autonomia differenziata” è proprio quanto sottolineato nell’articolo di *The Lancet*. L’autrice descrive infatti la sanità italiana come immersa in una sorta di feudalesimo, fatta a spezzatino, con le regioni che non vanno di pari passo e non pensano assolutamente nemmeno a venirsi incontro per curare “tutti” gli italiani nello stesso modo, tantomeno a mettere in comune le proprie esperienze della ricerca scientifica. Si crea così un modello in cui “ospedali e strutture sanitarie si affidano a sistemi di raccolta di dati incompatibili fra loro e vetusti, che rendono impossibile il trasferimento di referti e immagini diagnostiche anche all’interno delle stesse città”. In pratica il fallimento della digita-

lizzazione del sistema salute ancor prima che sia realizzato. Un "non sistema" questo che, secondo la rivista inglese, costa all'Italia 3,3 miliardi di euro. Per di più su questo panorama incombe la riforma dell'autonomia differenziata che "minaccia - scrive *The Lancet* - di peggiorare la situazione acuendo la disparità tra le Regioni".

E lapidaria è l'immagine che la collega de "la Repubblica" trae da quanto scritto da *The Lancet* (molto vicino, come sottolineato, al discorso del Presidente, ndr), e paventato da quei 284 mila italiani che non acconsentono a figurare in alcun fascicolo sanitario perché, affermano, temono "l'istaurarsi di una dittatura sanitaria". Ma "più che una dittatura - commenta la Dusi - in realtà la sanità italiana sembra una barca in cui ognuno rema in una direzione diversa".

Mai immagine ci sembra più appropriata per rappresentare un sistema sanitario un tempo considerato tra i migliori del mondo. Uno dei pochi sistemi universalistici che riuscivano ad andare incontro alle necessità della comunità. Un sistema impregiato, mi sia consentito ricordarlo, dalla presenza di Istituzioni che, come quelle di ispirazione cristiana, hanno proposto al mondo sanitario l'umanizzazione della medicina: non un numero di letto, ma una persona da curare; anzi una persona della quale prendersi cura, che è qualcosa di diverso dal semplice curare.

Poi qualcosa si è rotto in quella ormai lontana "stagione dei tagli", uno stratagemma inventato per cercare di uscire dai danni causati al Paese dallo scandaloso acuirsi di quel sordido clima di corruzione che neppure la messa in scena delle "Mani pulite" è riuscito a redimere. E la macchina sanitaria ha cominciato a scricchiolare, poi a sfaldarsi, a scivolare verso il basso, per finire in un tunnel al cui orizzonte non v'è spiraglio di luce. E chi ha pagato sono stati i più fragili, gente che aveva ed ha bisogno di cure, gli anziani soprattutto.

Non ci siamo scoraggiati allora e non ci scoraggiamo adesso. Persino inutile che continuiamo a ripetere lo sforzo che facciamo nel rappresentare in un certo senso la Chiesa nel mondo della sanità. Ma proprio questa nostra identità ci ha portato a ritagliarci un ruolo



specifico, oltre a quello che è stato stabilito dalla stessa legge istitutiva del SSN, nel quale le nostre strutture, e lo rimarcheremo sempre, sono inserite a pari titoli e diritti di quelle pubbliche.

È chiaro che alla nostra presenza in un settore tanto delicato, noi diamo un significato molto particolare, un significato che rappresenta la nostra stessa identità. “Ogni uomo – scriveva San Giovanni Paolo II nella sua Enciclica *Evangelium vitae* – può arrivare a riconoscere nella legge naturale scritta nel cuore, il valore sacro della vita umana, dall’inizio al suo termine naturale, e ad affermare il diritto di ogni essere umano a vedere sommamente rispettato questo suo bene primario. Sul riconoscimento di tale diritto si fonda l’umana convivenza e la stessa comunità politica”.

Bene, senza riandare alle origini della nostra storia quali operatori cristiani in sanità – una storia segnata dall’immagine del Buon Samaritano - ci fermiamo a questo pensiero espresso dal Santo Papa dei nostri giorni passati, per dare ragione alle motivazioni di fondo, alle condizioni e agli obiettivi della presenza di opere della Chiesa in sanità, tutte riassumibili in una sola parola: l’uomo.

Nelle nostre strutture non si *cura* il malato ma ci *si prende cura* del malato. Ed è forse per questo che, nel momento della necessità, anche tanti nostri pubblici denigratori, scelgono le nostre strutture piuttosto che altre. Salvo poi tornare a darci battaglia appena passata la necessità.

Ma noi andiamo avanti per la nostra strada e sempre dalla parte della persona umana, soprattutto nella fase storica che stiamo attraver-



sando, quella della più pervasiva “tecnologizzazione”.

Siamo certamente consapevoli di doverci incamminare verso una medicina nuova, personalizzata, partecipata, preventiva, predittiva. Una medicina che avrà certamente un impatto di carattere antropologico. Una medicina in cui clinica e ricerca scientifica saranno sempre più connesse. Ma mai e poi mai potremmo pensare di invertire i termini di un rapporto fondamentale: la scienza e la tecnica sono per l'uomo e mai l'uomo per la scienza e per la tecnica.

Ciò non significa che tra i primi obiettivi che si pongono le nostre strutture non ci siano quelli del costante aggiornamento scientifico e tecnologico, oltretutto professionale. Anche perché a ciò siamo obbligati dalla nostra posizione nell'ambito del convenzionamento con Stato e Regioni. E questo ci costa molto, perché alla fine i disavanzi, immancabili, di bilancio non sono certo ripianati, come dovrebbero, da stato e regioni. Inutile, mi sembra, ripetere qui quante volte i nostri politici ci hanno detto che per la sanità non ci sono abbastanza soldi. E guardando anche alla recente Legge di Bilancio nonostante si continui a parlare di aumenti, resta netta l'impressione di un'erosione progressiva e continua della spesa per la sanità, insomma di una “sanità in liquidazione”.

Nonostante tutto il nostro obiettivo non cambia. Impossibile, per opere della Chiesa che testimoniano il Vangelo nel mondo della salute, come lo sono gli istituti socio-sanitari gestiti da enti e congregazioni religiose, non mettere l'uomo al centro di ogni processo di cura e di ogni interesse scientifico. Sanno perfettamente che “solo

quando l'uomo si concepisce non come un mondo a sé stante, ma come uno che per sua natura è legato a tutti gli altri, originariamente sentiti come "fratelli", è possibile una prassi sociale solidale improntata al bene comune.

Dunque appare del tutto normale che la dimensione della gratuità e del dono debba animare soprattutto queste strutture, perché è la logica evangelica a "qualificare il loro operare" nel mondo. E sono consapevoli che la loro *missio* comporta una risposta alternativa a quella che Papa Francesco definisce la "logica del profitto ad ogni costo, del dare per ottenere, dello sfruttamento che non guarda alle persone".

Le strutture che sono riunite nell'Arìs, e che considerano questi principi come humus su cui si fonda il loro operato, sono però inserite a pieno titolo nel SSN, e quindi si trovano a dover operare in un settore divenuto sempre più complesso, orientato piuttosto alla logica del mercato. Una logica riaffermata recentemente proprio dalla legge sulla concorrenza che finisce per considerare la salute una merce sulla quale contrattare il minor prezzo possibile. Una logica impraticabile da seguire per istituzioni come le nostre e non solo per irrinunciabili principi etici e morali, ma anche perché hanno scelto piuttosto, proprio nel rispetto della loro identità, la logica del non profit.

Ed è proprio per questo che devono affrontare problematiche difficili, spesso insormontabili, specie in campo gestionale. Soprattutto quando discriminazione nel riconoscimento della legittimità dei ruoli, inconcepibili valutazioni delle prestazioni concordate e svolte a nome e per conto dello stesso SSN - tagliate anziché aggiornate secondo l'innegabile inflazione che da anni affligge il Paese - mettono in seria difficoltà l'esistenza stessa delle strutture che ancora cercano caparbiamente di far fronte a devastanti imposizioni che giungono dalle autorità del Paese. Non a caso negli ultimi anni molte di queste opere sono state costrette a chiudere i battenti per non essere più in grado di far fronte a queste criticità.

La sanità italiana, inutile continuare a non accettare questo paradigma, si avvia ad essere un sistema che si poggia su più "pilastri". Tale scenario è frutto delle scelte dei Governi che si sono succeduti negli ultimi anni, che hanno mostrato una sostanziale "continuità" di politica sanitaria, e delle difficoltà di gestione dei differenti SSR, con-

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.

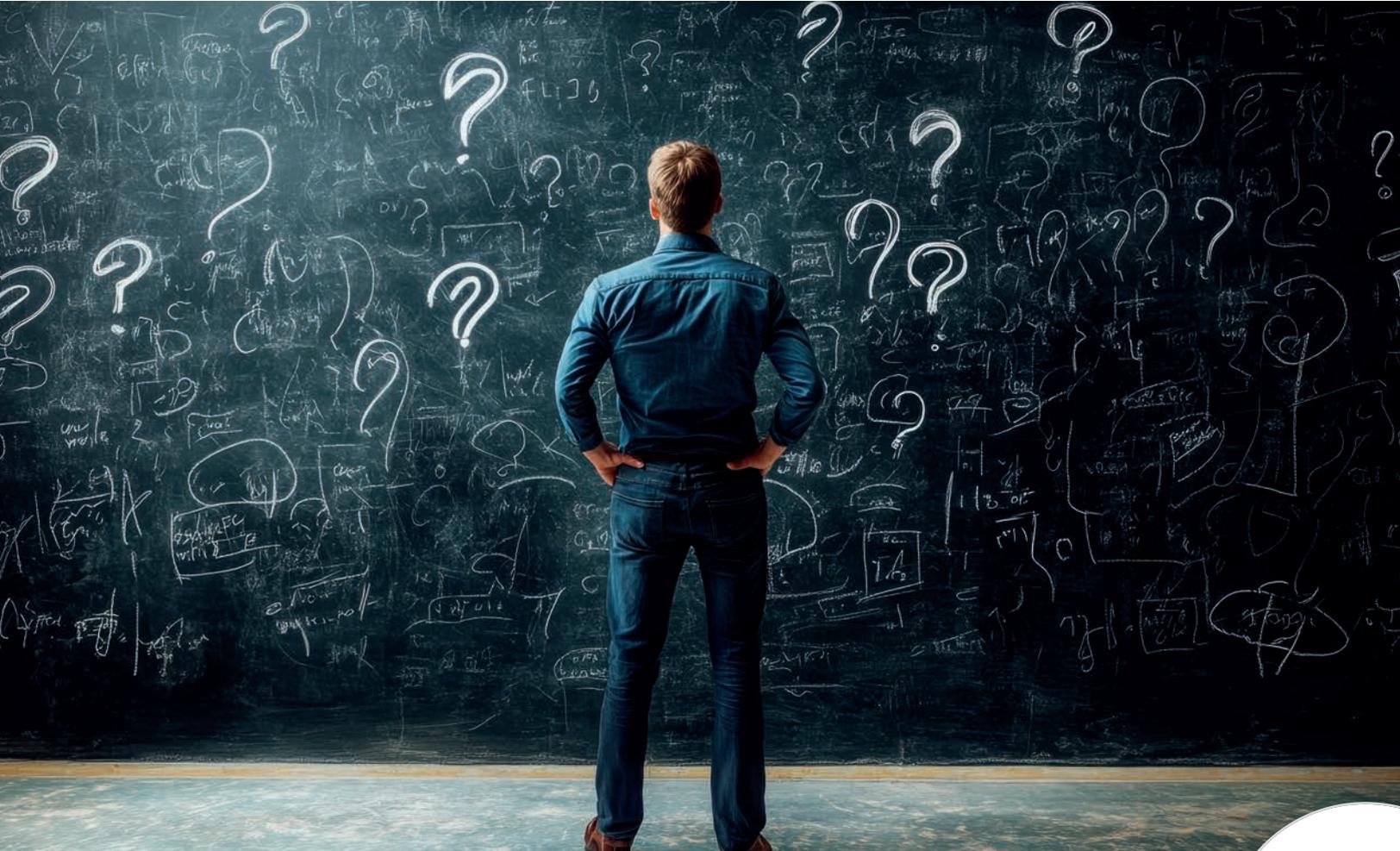
**Qualità, innovazione,  
ambiente, futuro.**  
Cresciamo insieme dal 1978



dizionati da contesti economici, sociali, demografici... e politici variegati. La sostanziale interruzione di ogni forma di coordinamento nazionale di "programmazione sanitaria" ha ulteriormente favorito la difformità dei modelli di SSR. Siamo arrivati ad un punto di svolta oltre il quale il SSN rischia di implodere per le sue contraddizioni e difficoltà interne, nonostante ancora sia più performante rispetto a quelli di molti altri Paesi. Le criticità da affrontare richiedono una serie d'interventi tecnici ed amministrativi per raggiungere livelli di *governance* adeguati alla complessità del sistema e in grado di mettere a frutto il valore prodotto da tutte le parti interessate.

La tendenza di oggi è quella di scivolare nella definizione di una sanità gestita ingiustamente. Resta il fatto che la prima sfida che il Ssn dovrà affrontare, se vuole sopravvivere, sarà contrastare le diverse e persistenti forme di ingiustizia derivante dalle disuguaglianze che si manifestano nella gestione dell'intero sistema salute del Paese con interventi e politiche urgenti. A partire dall'allocazione del finanziamento alle Regioni, attualmente non coerente con i bisogni di salute della popolazione; dall'accessibilità alle cure, ancora molto difficile per troppe 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 - come ha sottolineato 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. Il riferimento è chiaramente alle polizze assicurative sulla salute. 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. Anzi questi possibili divari sociali potrebbero far vacillare il principio di solidarietà che ispira il nostro welfare. Di



qui la necessità di “attuare tutti gli sforzi” per preservarlo e renderlo più equo e sostenibile perché, come è noto, le diseguaglianze sono un problema prima di tutto di giustizia, e l’ingiustizia è una questione prevalentemente politica, morale, sociale e culturale.

Dietro alle diseguaglianze di salute nel nostro paese si nascondono tante cose, prima di tutto una storia di squilibri che, in 40 anni, neanche con la creazione del SSN siamo riusciti a recuperare. Evidente l’intenzione delle Regioni di sottrarre i rispettivi servizi sanitari a molti vincoli statali ed unitari. Se le richieste potrebbero, anche in astratto, apparire efficaci, manca una visione d’insieme, delle interazioni con le componenti del sistema sanitario nazionale. Se misure migliorative tanto sul versante istituzionale quanto su quello gestionale sono oggi possibili, andrebbero invece condivise con l’intero sistema. Evidente è il rischio di scavare ulteriormente il solco tra le regioni “differenziate” e il resto del Paese, e in particolare il centro-sud. Un solco non soltanto sul piano istituzionale e amministrativo, ma soprattutto sul piano della fruizione delle prestazioni assistenziali e, dunque, della garanzia del diritto della salute delle persone.

Il pericolo che si corre è che dietro alla pretesa di una maggiore autonomia per meglio “efficientare” i servizi sanitari regionali, si creino ulteriori disuguaglianze e soprattutto si finisca per dare per scontato l’incapacità dello Stato a provvedere alla salute dei suoi cittadini.



Messaggio per la Giornata Mondiale del malato

# VICINO A CHI SOFFRE COME ANGELI DI SPERANZA E MESSAGGERI DI DIO

“Stando vicino a chi soffre, si impara a credere! Quante volte, chinandosi su chi è nel bisogno, si scopre l’amore! Ci si rende conto, cioè, di essere “angeli” di speranza, messaggeri di Dio, gli uni per gli altri, tutti insieme: malati, medici, infermieri, familiari, amici, sacerdoti, religiosi e religiose; là dove siamo: nelle famiglie, negli ambulatori, nelle case di cura, negli ospedali e nelle cliniche”. Questo pensiero di Papa Francesco, - contenuto nel suo consueto Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato che, celebrata l’11 febbraio scorso, è giunta quest’anno alla sua XXXIIIesima edizione - deve aiutarci a capire sino in fondo la missione che il Cristo, per mezzo dei nostri santi e sante fondatori e fondatrici, ci ha affidato. Di seguito il testo completo del Messaggio:

*Cari fratelli e sorelle!*

Celebriamo la XXXIII Giornata Mondiale del Malato nell’Anno Giubilare 2025, in cui la Chiesa ci invita a farci “pellegrini di speranza”. In questo ci accompagna la Parola di Dio che, attraverso San Paolo, ci dona un messaggio di grande incoraggiamento: «La speranza non delude» (Rm 5,5), anzi, ci rende forti nella tribolazione.

Sono espressioni consolanti, che però possono suscitare, specialmente in chi soffre, alcune domande. Ad esempio: come rimanere forti, quando siamo toccati nella carne da malattie gravi, invalidanti, che magari richiedono cure i cui costi sono al



di là delle nostre possibilità? Come farlo quando, oltre alla nostra sofferenza, vediamo quella di chi ci vuole bene e, pur standoci vicino, si sente impotente ad aiutarci? In tutte queste circostanze sentiamo il bisogno di un sostegno più grande di noi: ci serve l'aiuto di Dio, della sua grazia, della sua Provvidenza, di quella forza che è dono del suo Spirito (cfr *Catechismo della Chiesa Cattolica*, 1808).

Fermiamoci allora un momento a riflettere sulla presenza di Dio vicino a chi soffre, in particolare sotto tre aspetti che la caratterizzano: *l'incontro*, *il dono* e *la condivisione*.

1. *L'incontro*. Gesù, quando invia in missione i settantadue discepoli (cfr Lc 10,1-9), li esorta a dire ai malati: «È vicino a voi il regno di Dio» (v. 9). Chiede, cioè, di aiutare a cogliere anche nell'infermità, per quanto dolorosa e difficile da comprendere, un'opportunità d'incontro con il Signore. Nel tempo della malattia, infatti, se da una parte sentiamo tutta la nostra fragilità di creature – fisica, psicologica e spirituale –, dall'altra facciamo esperienza della vicinanza e della compassione di Dio, che in Gesù ha

condiviso le nostre sofferenze. Egli non ci abbandona e spesso ci sorprende col dono di una tenacia che non avremmo mai pensato di avere, e che da soli non avremmo mai trovato.

La malattia allora diventa l'occasione di un incontro che ci cambia, la scoperta di una roccia incrollabile a cui scopriamo di poterci ancorare per affrontare le tempeste della vita: un'esperienza che, pur nel sacrificio, ci rende più forti, perché più consapevoli di non essere soli. Per questo si dice che il dolore porta sempre con sé un mistero di salvezza, perché fa sperimentare vicina e reale la consolazione che viene da Dio, fino a «conoscere la pienezza del Vangelo con tutte le sue promesse e la sua vita» (S. Giovanni Paolo II, *Discorso ai giovani*, New Orleans, 12 settembre 1987).  
2. E questo ci porta al secondo spunto di riflessione: il *dono*. Mai come nella sofferenza, infatti, ci si rende conto che ogni speranza viene dal Signore, e che quindi è prima di tutto un dono da accogliere e da coltivare, rimanendo «fedeli alla fedeltà di Dio», secondo la bella espressione di Madeleine Delbrèl (cfr *La speranza è una luce nella notte*, Città del Vaticano 2024, Prefazione).

Del resto, solo nella risurrezione di Cristo ogni nostro destino trova il suo posto nell'orizzonte infinito dell'eternità. Solo dalla sua Pasqua ci viene la certezza che nulla, «né morte né vita, né angeli né principati, né presente né avvenire, né potenze, né altezza né profondità, né alcun'altra creatura potrà mai separarci dall'amore di Dio» (*Rm* 8,38-39). E da questa "grande speranza" deriva ogni altro spiraglio di luce con cui superare le prove e gli ostacoli della vita (cfr Benedetto XVI, Lett. enc. *Spe salvi*, 27,31). Non solo, ma il Risorto cammina anche con noi, facendosi nostro compagno di viaggio, come per i discepoli di Emmaus (cfr *Lc* 24,13-53). Come loro, anche noi possiamo condividere con Lui il nostro smarrimento, le nostre preoccupazioni e le nostre delusioni, possiamo ascoltare la sua Parola che ci illumina e infiamma il cuore e riconoscerlo presente nello spezzare del Pane, cogliendo nel suo stare con noi, pur nei limiti del presente, quell'"oltre" che facendosi vicino ci ridona coraggio e fiducia.

3. E veniamo così al terzo aspetto, quello della *condivisione*. I luoghi in cui

si soffre sono spesso luoghi di condivisione, in cui ci si arricchisce a vicenda. Quante volte, al capezzale di un malato, si impara a sperare! Quante volte, stando vicino a chi soffre, si impara a credere! Quante volte, chinandosi su chi è nel bisogno, si scopre l'amore! Ci si rende conto, cioè, di essere "angeli" di speranza, messaggeri di Dio, gli uni per gli altri, tutti insieme: malati, medici, infermieri, familiari, amici, sacerdoti, religiosi e religiose; là dove siamo: nelle famiglie, negli ambulatori, nelle case di cura, negli ospedali e nelle cliniche.

Ed è importante saper cogliere la bellezza e la portata di questi incontri di grazia e imparare ad annotarseli nell'anima per non dimenticarli: conservare nel cuore il sorriso gentile di un operatore sanitario, lo sguardo grato e fiducioso di un paziente, il volto comprensivo e premuroso di un dottore o di un volontario, quello pieno di attesa e di trepidazione di un coniuge, di un figlio, di un nipote, o di un amico caro. Sono tutte luci di cui fare tesoro che, pur nel buio della prova, non solo danno forza, ma insegnano il gusto vero della vita, nell'amore e nella prossimità (cfr Lc 10,25-37).

Cari malati, cari fratelli e sorelle che prestate la vostra assistenza ai sofferenti, in questo *Giubileo* voi avete più che mai un ruolo speciale. Il vostro camminare insieme, infatti, è un segno per tutti, «un inno alla dignità umana, un canto di speranza» (Bolla *Spes non confundit*, 11), la cui voce va ben oltre le stanze e i letti dei luoghi di cura in cui vi trovate, stimolando e incoraggiando nella carità «la coralità della società intera» (*ibid.*), in una armonia a volte difficile da realizzare, ma proprio per questo dolcissima e forte, capace di portare luce e calore là dove più ce n'è bisogno.

Tutta la Chiesa vi ringrazia per questo! Anch'io lo faccio e prego per voi affidandovi a Maria, Salute degli infermi, attraverso le parole con cui tanti fratelli e sorelle si sono rivolti a Lei nel bisogno:

Sotto la tua protezione cerchiamo rifugio, Santa Madre di Dio.

Non disprezzare le suppliche di noi che siamo nella prova, e liberaci da ogni pericolo, o Vergine gloriosa e benedetta.

Vi benedico, assieme alle vostre famiglie e ai vostri cari, e vi chiedo, per favore, di non dimenticarvi di pregare per me.

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



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

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

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

**PCHS®**  
igiene biostabile

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



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



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



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



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



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

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

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



Dalla parte dei più fragili

PURCHÉ  
NON DIVENTINO INVISIBILI

**Redazione**

Ascoltiamo la voce dei più fragili! Non sarà sempre facile. Soprattutto se non si riscopre quell'idea romantica di difesa del cittadino a tutto tondo. Un'idea ormai da troppo tempo tramontata, o meglio soffocata in fin dei conti da minoranze, ma indubbiamente agguerrite; da compagini arroganti, corporazioni chiuse a riccio, lobby di grande influenza. Un' insana ribalta quella che occupano. E quando, ogni anno giunge il momento delle richieste e delle pressioni per ottenere vantaggi novelli dalla legge di Bilancio, con il loro potere negoziale, con il loro peso specifico, oscurano spesso questioni di carattere più generale. E accade che i cittadini più fragili scoprono di essere indifesi e dimenticati.

Ma in quanti si domandano oggi perché la questione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (3,8 milioni di persone) non assume mai il carattere di un'emergenza e non è mai considerata una priorità della politica? Stiamo parlando di circa dieci milioni di persone coinvolte, famiglie comprese naturalmente. E sono tutti cittadini italiani.

Impossibile guardare al futuro senza qualche preoccupazione. Parametri tratti da statistiche ufficiali, lasciano prevedere che nel 2050 il 35% della popolazione italiana avrà più di 65 anni. Una percentuale che già nel 2030 raggiungerebbe il 30 %. Ciò è dovuto anche alla pre-

visione che il calo demografico che affligge il Paese da anni, proprio nel 2030 interesserà l'80% dei Comuni italiani (il 94% nelle aree interne). Si assisterà ad un aumento del numero delle famiglie senza nuclei, dunque formate da una sola persona. Inoltre si prevede che già nel prossimo quinquennio gli italiani dovranno sopportare un maggior carico di malattie, misurato in anni di vita; i malati cronici saliranno a 25 milioni; 14 milioni i multicronici che si avvieranno alla non autosufficienza. Tutti dati che configurano una profonda trasformazione della società italiana, il cui prezzo più salato da pagare spetterà alle persone più fragili, anziani soli, non autosufficienti, diversamente abili.

Da tempo in altri Paesi europei sono state prese misure politiche efficaci e attente alla fragilità. Sono state emanate leggi in proposito.

Il Piano nazionale per la ripresa e la resilienza (Pnrr) ha reso inevitabile una riforma anche in Italia. E anche in Italia si è fatta una legge. Ma a tutt'oggi è bloccata. Non c'è ancora un servizio domiciliare pubblico progettato per la non autosufficienza. I pochi fondi destinati hanno altre priorità. I 2,7 miliardi stanziati dal Pnrr non servono per la domiciliarità, bensì per attività di controllo e monitoraggio. C'è solo un bonus temporaneo di cui beneficia solo il 2 per cento degli anziani. Una badante o un badante spesso è un lusso.

Il Patto per il nuovo welfare sulla non autosufficienza, che riunisce 60 associazioni della società civile, ha ottenuto sì che il Pnrr si occupasse di anziani, ma ha anche scoperto amaramente che il «lobbismo buono» fatica a trovare ascolto. La realtà amara è che non vi sono risorse sufficienti.

Una verità che si cerca di oscurare in tutti i modi. Perché sarebbe oscena, imbarazzante; ma non solo per i governi che si sono succeduti: sarebbe oscena e imbarazzante anche per la società nel suo insieme.

Inutile continuare a sciorinare le criticità che caratterizzano l'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Inutile continuare a denunciare



l'ostica battaglia contro chi di anziani si occupa per missione e non per profitto, a lamentare la cecità di chi governa, incapace di sostenere chi si prende la briga di farne le veci accanto alla fragilità.

E purtroppo la tendenza comune è quella di rimuovere le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione. Ci si vuol convincere, con una certa dose di irresponsabile fatalismo, che forse a noi, ai nostri cari non toccherà.

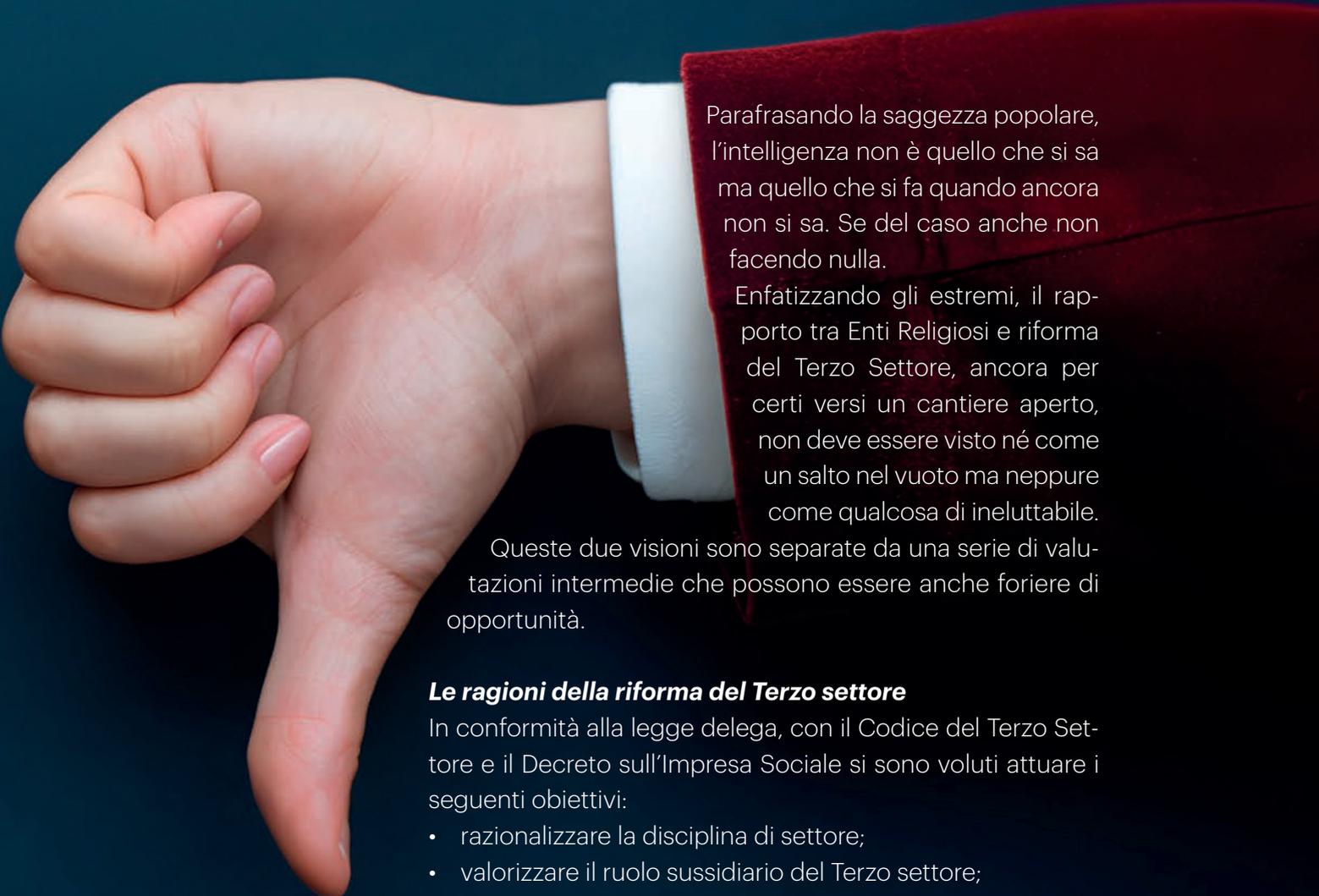
Come giudicare un Paese che a tutto pensa meno che ai suoi cittadini con la salute più precaria? Gli studi dimostrano poi che avere in casa una persona non più autosufficiente, magari colpita da deficit cognitivi, costretta a letto, non più in grado di lavarsi, costituisce il più micidiale acceleratore della povertà.

La riforma ha un costo a regime tra i 6 e gli 8 miliardi, impossibili da trovare subito, è chiaro. Ma ci si può arrivare a piccoli passi. L'estesa rete del welfare privato, il mondo delle fondazioni vanno guardati come alleati preziosi, a patto però che ci sia una sufficiente volontà politica oltre a una maggiore pressione dell'opinione pubblica.

La nostra società invecchia inesorabilmente e sarebbe addirittura crudele che si scaricasse il problema, ancora una volta, sui giovani, peraltro pochi, specie non abbienti. Vien da pensare che al di là dei temi assistenziali ed economici, ci sia una grande questione di civiltà. Chi non è autosufficiente, non assistito adeguatamente e solo, non è più un cittadino. Fragile due volte perché così lo facciamo diventare anche invisibile.



ENTI RELIGIOSI E RIFORMA  
DEL TERZO SETTORE:  
LUCI E OMBRE

A hand in a red velvet sleeve with a white cuff, pointing downwards. The hand is positioned on the left side of the page, with the index finger pointing down. The sleeve is a deep red velvet, and the cuff is a plain white fabric. The background is a dark teal color.

**di Luigi Corbella**

Parafrasando la saggezza popolare, l'intelligenza non è quello che si sa ma quello che si fa quando ancora non si sa. Se del caso anche non facendo nulla.

Enfatizzando gli estremi, il rapporto tra Enti Religiosi e riforma del Terzo Settore, ancora per certi versi un cantiere aperto, non deve essere visto né come un salto nel vuoto ma neppure come qualcosa di ineluttabile.

Queste due visioni sono separate da una serie di valutazioni intermedie che possono essere anche foriere di opportunità.

### ***Le ragioni della riforma del Terzo settore***

In conformità alla legge delega, con il Codice del Terzo Settore e il Decreto sull'Impresa Sociale si sono voluti attuare i seguenti obiettivi:

- razionalizzare la disciplina di settore;
- valorizzare il ruolo sussidiario del Terzo settore;
- accentuare la dimensione manageriale e professionale dell'attività degli enti del Terzo settore, circoscrivendo l'accesso alle risorse pubbliche ai soli enti legittimamente costituenti il "nuovo" sistema.

Quest'ultimo obiettivo va sottolineato.

La Riforma subordina l'iscrizione al RUNTS, anche per quanto riguarda i "rami", a un complesso di requisiti di carattere giuridico, organizzativo e contabile, oltre che a forme di controllo pubblico. Questa cornice dovrebbe garantire adeguata gestione dell'attività e forme di rappresentanza per i portatori dei diversi interessi coinvolti. Pensiamo al tema della trasparenza e al ruolo dei bilanci, compreso quello sociale, oltre che alla presenza di un Organo di controllo.

La riforma, potremmo dire più esplicitamente, supera il modello dell'ente non profit come mero strumento per l'accesso alle agevolazioni fiscali.

In questa prospettiva, *per iniziare a fare un po' di pro e di contro*, i benefici che derivano dall'adesione alle nuove disposizioni devono essere valutati alla luce dei costi, anche rilevanti, di adeguamento alla disciplina propria degli Enti del Terzo settore. Elemento, quest'ultimo, che necessariamente pone a sua volta una questione di dimensione minima: le attività devono avere dimensioni proporzionate ai costi da sopportare dal punto di vista economico e organizzativo.

Resta, lo ribadiamo, che l'adeguamento non è un obbligo ma una facoltà rimessa alla valutazione di ogni singolo ente. Si possono infatti continuare a esercitare attività di interesse generale anche fuori del nuovo sistema normativo.

Non aderire alle previsioni della Riforma vuol dire restare soggetti alle disposizioni pattizie, al Codice civile e alla normativa tributaria degli enti non commerciali così come tutt'ora vigente.

### **Le agevolazioni**

L'accezione attuale di sussidiarietà chiede che in ragione dello svolgimento di attività di interesse generale gli ETS partecipino, sia direttamente che indirettamente, alla spesa pubblica. L'eventuale soggezione all'ordinario regime fiscale configurerebbe in questo senso, almeno in astratto, una sorta di inutile partita di giro, un po' come dovrebbe essere per la famigerata IMU.

Ma è dopo che sono fatti salvi i principi che viene il difficile.

Il sistema tributario ETS vorrebbe infatti superare la prospettiva di un sistema "soggettivo" a fiscalità di vantaggio, a prescindere dal modello organizzativo, dalla tipologia di entrate e dagli obblighi di trasparenza.

Il legislatore della riforma ambisce piuttosto, anche se in concreto ci riesce attraverso *artifici*, a restare nei confini degli schemi tipici del diritto tributario, proponendo qualche aggiustamento in considerazione della speciale funzione sociale assolta.

I nuovi parametri di *commercialità* e *non commercialità* sono così definiti, in conformità al diritto dell'Unione Europea, per inquadrare "fiscalmente" gli enti e attribuire le agevolazioni soltanto a quelli effettivamente più meritevoli.

L'art. 79 del CdTS determina come segue la natura commerciale o non commerciale degli enti del Terzo settore: un ente del Terzo settore può qualificarsi non commerciale se le attività di interesse generale sono «*svolte a titolo gratuito o dietro versamento di corrispettivi che non superano i costi effettivi, determinati «computando, oltre ai costi diretti, tutti quelli imputabili alle attività di interesse generale e, tra questi, i costi indiretti e generali, ivi compresi quelli finanziari e tributari»*. È, tuttavia, riconosciuta la possibilità che l'ente conservi la qualifica non commerciale anche in presenza di avanzi derivanti dallo svolgimento delle attività istituzionali, purché i ricavi non superino di oltre il 6% i relativi costi per tempo limitato di non più di tre periodi di imposta consecutivi.

Fin qui, tutto sommato, assunta come arbitraria la percentuale di avanzo ammessa del 6%, potrebbe anche essere comprensibile. Il difficile viene dopo. Vengono in ogni caso, infatti, sempre considerate commerciali le attività di interesse generale esercitate in forma di impresa, come nel caso delle imprese sociali, o dietro il versamento dei corrispettivi che superano i costi sostenuti.

Con tutta evidenza del fatto che si sta attingendo forzatamente a categorie logico-giuridiche differenti. L'esercizio di impresa è infatti verificato a prescindere dalla redditività di una attività, sulla base di criteri noti (*stabilità, relazione corrispettiva, professionalità, ecc.*) che nel caso delle nostre Opere necessariamente devono sussistere.

La lettura prevalente di questa apparente antinomia – che piega a un criterio quantitativo il concetto di commercialità – è che l'art. 79 voglia semplicemente, si fa per dire, articolare la disciplina tributaria degli ETS su due categorie fondamentali: ETS non commerciali e imprese sociali. In realtà l'effetto che si produce operando come abbiamo illustrato è distinguere sulla base della natura dei proventi dell'ente. Chi esercita attività presso le quali la sostenibilità è garantita prevalentemente da

corrispettivi (anche da accreditamento/convenzione), rischia di doversi qualificare come ETS commerciale (non riuscendo sempre a “governare” il margine del 6%). Chi si finanzia invece con un mix tra bandi, donazioni e corrispettivi più agevolmente può vestire l’abito dell’ETS non commerciale.

Gli ETS non commerciali beneficiano di un regime di sostanziale esenzione dalle imposte dirette e indirette (cfr.: artt. 79 e 82 CTS) e (2), oltre che della possibilità di ricevere donazioni che il donante, nei limiti fissati dalla legge, può dedurre o detrarre (art. 83 CTS).

ETS commerciali e imprese sociali, per contro, possono operare più liberamente, con il vantaggio di non vedere tassati gli utili reinvestiti nell’attività di impresa (art. 18, co. 1, D.IS). Sempre per le IS costituite in forma societaria con perdita però delle agevolazioni fiscali indirette (esenzione IMU e deducibilità e detraibilità delle donazioni di cui all’art. 83, co. 6, CTS).

### **Sussidiarietà, co-programmazione e co-progettazione**

Il riconoscimento del ruolo sussidiario orizzontale degli enti del Terzo settore (cfr.: art. 118 Cost.) è il pilastro su cui si basano i principi dell’amministrazione condivisa.

La Corte Costituzionale (Sentenza 20 maggio 2020, n. 131) auspica che le caratteristiche proprie degli ETS siano effettivamente valorizzate in un contesto di rinnovata collaborazione dai soggetti e servizi pubblici: «.. è riconosciuta (agli ETS) una specifica attitudine a partecipare insieme ai soggetti pubblici alla realizzazione dell’interesse generale» in considerazione del loro radicamento e della loro esperienza. L’art. 55 del CdTS chiede espressamente alle amministrazioni pubbliche di coinvolgere gli ETS nella programmazione, nella progettazione e nell’organizzazione degli interventi e dei servizi di interesse generale. ETS non più, dunque, *fornitore* a basso costo della pubblica amministrazione ma, piuttosto, *partner paritetico* già per la progettazione dei servizi di welfare.

### **Enti religiosi e riforma**

Le modalità di adesione, pur con qualche variante, sono due. Una è la soluzione del **ramo ETS/IS**, che ripropone – adattandolo al caso – lo schema a cui eravamo abituati per le Onlus.

Insieme a chi assiste,  
al servizio dei più fragili



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

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

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

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



### **Il ramo ETS/IS**

L'istituzione del ramo presuppone l'adozione di un regolamento (<https://giuridico.chiesacattolica.it/modelli-di-regolamento-per-la-co-stituzione-di-un-ramo-ente-del-terzo-settore-o-impresa-sociale-da-parte-di-un-ente-ecclesiastico/>) circoscritto all'esercizio delle attività di interesse generale e, eventualmente, alle attività diverse così come definite dal CdTS.

Nel rispetto della struttura e della finalità degli ER il regolamento recepisce le norme della riforma anche ai fini del deposito al RUNTS.

Completano l'operazione la costituzione/individuazione di un patrimonio destinato per lo svolgimento dell'attività di interesse generale e la tenuta di scritture contabili separate/analitiche.

Il regolamento assolve alla funzione di dare uno "statuto" proprio all'esercizio delle attività di interesse generale, senza interferire con la struttura ecclesiale dell'ER. Mediante il regolamento, infatti, viene assunta come vincolante per autonomia privata una disciplina dello Stato, altrimenti inapplicabile all'ER in quanto soggetto all'ordinamento suo proprio. Così disciplinato e costituito il "ramo" assume dunque ad articolazione speciale/funzionale dell'ente religioso, restando nei confini della sua soggettività giuridica.

Le attività di interesse generale svolte attraverso il ramo possono essere assoggettate sia alla disciplina del CdTS che a quella del decreto sull'IS o, eventualmente, a entrambe.

Il tutto – per il caso della IS - senza troppi grattacapi e cortocircuiti isti-



tuzionali, grazie a taluni esoneri speciali della normativa (*non è necessario prevedere la partecipazione dei lavoratori e degli utenti alla governance e, in caso di scioglimento o di perdita della qualifica non sussiste l'obbligo di devolvere il patrimonio ad altri ETS o al Fondo per la promozione e lo sviluppo delle imprese sociali*).

Il D.M. 15 settembre 2020, n. 106, individua gli elementi essenziali che il regolamento deve definire:

- a) le attività di interesse generale e, se del caso, le attività diverse esercitate a fini secondari e strumentali;
- b) il divieto di distribuzione, anche indiretta, di utili, fondi e riserve;
- c) la tenuta separata delle scritture contabili per le attività di interesse generale e alle attività diverse, la redazione del bilancio, se del caso anche di quello sociale, la tenuta dei libri obbligatori in conformità alla struttura dell'ente, il trattamento economico e normativo dei lavoratori.

Il patrimonio destinato, invece, può essere costituito anche con atto distinto, da allegare al regolamento.

Nel regolamento occorre però disciplinare i poteri di gestione e rappresentanza, con menzione di eventuali limitazioni anche conseguenti ai controlli o alle autorizzazioni canoniche.

L'istituzione di un organo di controllo non è obbligatoria ma è da considerare opportuna per le esigenze di trasparenza richiamate (*spesso è ormai tra l'altro requisito contrattuale nei rapporti con la PA*).

Per quanto riguarda la forma, la legge richiede che il regolamento venga

adottato per atto pubblico o scrittura privata autenticata, con soggezione alle ordinarie procedure autorizzatorie previste dal diritto canonico. Per quanto riguarda il computo vantaggi/svantaggi il “ramo” attua una adeguata segregazione patrimoniale e consente una certa autonomia di governance, ma resta, appunto, una *ramificazione* dell’ER, interno alla sua soggettività, con tutte le conseguenze del caso anche nei rapporti con i terzi.

### **La soluzione dell’ente controllato**

In alternativa al *ramo* l’ente religioso può costituire enti o società civili a esso collegati, idonei ad assumere la qualifica di ETS o di IS. Gli enti così costituiti saranno giuridicamente distinti e autonomi, pur restando soggetti al controllo dell’ente religioso mediante la nomina dei relativi amministratori o – per il caso delle società – i tradizionali modelli partecipativi.

Questa soluzione consente di scegliere la forma giuridica considerata migliore per le singole attività di interesse generale, offrendo la possibilità di scindere meglio la proprietà e il possesso/utilizzo per i beni strumentali, anche allo scopo di preservare i vincoli canonici. Le contropartite negative possono essere un incremento degli oneri gestionali e qualche spazio di *anarchia*, soprattutto laddove non si possa, o non si riesca, a prescindere dall’unitarietà di intenti, a separare gestione e governance rispetto all’ente religioso “madre”.

### **Conclusioni**

Come spesso accade gli elementi di valutazione per decidere come porsi rispetto alla riforma non sono esclusivamente di carattere monetario, economico.

Ci sono senz’altro anche equilibri istituzionali e carismatici da preservare e c’è l’esigenza, se proprio ci si deve spostare da dove si è, di essere sicuri di trovarsi a proprio agio nel punto di approdo.

La comparazione costi e benefici richiede prudentemente che siano considerate anche le dimensioni dell’attività. E’ ragionevole che attività



di medie/grandi dimensioni possano “soportare meglio” oneri aggiuntivi.

Proviamo a fare un elenco delle questioni a cui porre attenzione.

L'indipendenza economica e finanziaria: in una lettura prospettica è opportuno tener conto della deriva che la riforma propone verso i modelli ETS/IS. Se in termini qualitativi e quantitativi la dipendenza dalle risorse pubbliche corrispettive è elevata, l'adesione alla riforma potrebbe essere importante.

La struttura dei costi: in un modello a costi incrementali in cui le maggiori entrate potenziali a conti fatti fossero insufficienti l'adesione potrebbe invece risultare onerosa.

Le conseguenze/implicazioni fiscali: da valutare non solo in astratto ma in relazione ai risultati effettivi conseguiti in passato e conseguibili per il futuro.

Le implicazioni sulla struttura giuridico/istituzionale dell'ente: scegliere se non fare nulla o restare dentro la soggettività dell'ente religioso può dipendere anche da dinamiche relazionali interne o prospettive di durabilità nel medio periodo della *presenza* religiosa, almeno in misura sufficiente a garantire continuità al carisma.

La volontà di coinvolgere/responsabilizzare laici motivati: i laici possono essere una risorsa, bisogna capire come garantire a essi motivazioni e formazione, fuori o dentro le “mura” istituzionali dell'ente religioso.

### ***In attesa dell'autorizzazione della UE***

Tutto quanto precede senza dimenticare che nonostante le numerose correzioni e l'emanazione dei decreti attuativi la Riforma, segnatamente per le porzioni fiscali, troverà piena e concreta applicazione solo dopo che la Commissione Europea ne avrà verificato la compatibilità con la disciplina degli aiuti di stato.

Cosa che, attualmente, la Commissione non ha ancora fatto.

Qualche tempo ancora per rifletterci lo abbiamo, insomma.



# Ci prendiamo cura dei vostri rischi

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

Howden. Il tuo broker assicurativo

**HOWDEN**

Sempre più drammatica  
la fuga dall'Italia di medici e infermieri

# UN'IRREFRENABILE EMORRAGIA



**di Carlo Picozza**

In crescendo, a gambe levate e in folta schiera, continua l'esodo all'estero dei camici bianchi, il cui numero, nell'anno appena trascorso, ha sfondato quota quindicimila, tra medici, infermieri e tecnici sanitari. Tanti hanno lasciato l'Italia per lavorare all'estero. E, dal gennaio al dicembre 2024, hanno fatto rotta soprattutto verso i Paesi del Golfo, dagli Emirati all'Arabia Saudita, dal Qatar al Bahrein, dove, per alcune specialità, la retribuzione mensile sfiora i 20 mila euro. Approdi degli espatri sono stati anche i Paesi del Vecchio Continente: l'Inghilterra, la Francia, la Svizzera, principalmente, seguite dalla Scozia e dalla Germania. Per fortuna, l'esodo dal Servizio sanitario nazionale dei professionisti italiani è stato in qualche modo compensato dall'immigrazione dei loro colleghi stranieri. L'apporto di questi è stato cruciale per tamponare l'emorragia di forza lavoro in uscita, garantendo il salvataggio di "un migliaio di servizi", tra reparti ospedalieri, centri di fisioterapia, medicina di base, pediatria convenzionata.

"Gli espatri sanitari sono lievitati di un terzo rispetto all'intero 2023", sostiene il presidente dell'Associazione medici stranieri in Italia, (Amsi), Foad Aodi, fisiatra di origini palestinesi, da decenni nel nostro Paese. "Sono calcoli per difetto", spiega, "basati sulle segnalazioni passate per i nostri uffici e aumentate di un terzo prudenziale, riferito agli operatori sanitari che si organizzano da soli per emigrare". "Senza contare quanti, e sono almeno il doppio - continua - espatriano perché chiamati da colleghi già all'estero o indirizzati fuori dall'Italia da agenzie italiane e internazionali".

Ha cominciato, insomma, ad assumere dimensioni preoccupanti l'esodo dei professionisti della salute dall'Italia verso la parte ricca del Medio Oriente e in altri Paesi europei. "Nel giro di pochi anni", spiega Foad, "le richieste sono più che quadruplicate".

La fuga di medici, infermieri, fisioterapisti, osteopati, farmacisti, logopedisti, tecnici di Radiologia, quelli di Laboratorio, dietisti, ostetriche e podologi sottrae professionalità preziose, donne e uomini di vaglia, soprattutto alla sanità pubblica, quindi alla salute dei cittadini. Si tratta di professionalità già al lumicino nel nostro Paese che avrebbe bisogno di almeno 30 mila medici e 70 mila infermieri, secondo il Forum delle società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari italiani (Fossc) e della stessa Corte dei conti.

Proprio dal Fossc è partita la richiesta alla presidente del Consiglio di introdurre misure tempestive per invertire le tendenze in atto, (ri)potenziando la rete ospedaliera che, tra il 2011 e il 2021, è stata privata di 130 ospedali (100 mila posti letto).

L'impresa non sarà facile e la tendenza all'espatrio di medici, infermieri e tecnici la rende ancora più ardua.

Nella fuga all'estero, la parte del leone la fa Roma, sia nel Lazio, con l'87 per cento dei migranti, sia in Italia, dove primeggia tra le grandi città. E i numeri della capitale spingono la sua regione dalla quarta posizione nella classifica di due anni fa, alla prima nel 2024, seguita da Veneto, Campania e Lombardia.

Il grosso degli emigrati - il 75 per cento - ha lasciato i centri pubblici: ospedali, ambulatori, laboratori, atenei. "Solo il 25 per cento - aggiunge Foad - era inoccupato o in forza dai privati". Così, la sanità continua a perdere pezzi e, con questi, efficienza e appeal.

Ad andar via sono soprattutto i giovani. "Lasciano l'Italia - continua Aodi - per i carichi di lavoro sempre più pesanti, per le remunerazioni considerate basse e il timore di essere denunciati". Superlavoro, pochi soldi e la cosiddetta medicina difensiva che non basta più, insomma.

Gli specialisti che emigrano? I medici e i chirurghi dell'Urgenza, gli ane-



43

stesisti, i radiologi, gli ortopedici. Così, il personale dell'area dell'Emergenza - rianimatori, medici e chirurghi della prima linea - finisce nella top ten delle specializzazioni carenti in Italia e in fuga all'estero. Seguono gli altri professionisti, dai neurochirurghi ai ginecologi. "Attenzione ai raggiri di qualche agenzia per il reclutamento", avverte Foad, "a volte si millantano incarichi formali da questo o quel centro sanitario di altri Paesi, chiedendo anticipi". E consiglia: "Si attingano informazioni e contatti dal sito del ministero del Paese nel quale si intende emigrare". Poi commenta: "Le Regioni dovrebbero adottare misure efficaci per contenere, se non proprio arrestare, l'emorragia di medici, infermieri e tecnici, pena un altro passo indietro della qualità delle prestazioni sanitarie ai cittadini, a partire da quanti non possono permettersi di pagare per curarsi".

A young child with short, light-colored hair is crouching in a field of daisies. The child is wearing a light-colored long-sleeved shirt and dark pants. The scene is bathed in the warm, golden light of a setting or rising sun, which is visible as a large, bright orb in the upper center of the frame. The background is a soft, out-of-focus landscape of greenery and flowers. The overall mood is peaceful and contemplative.

I frutti di un'esperienza della natura vissuta  
insieme dai ragazzi del Serafico

UNA ESTATE CHE DURA  
TUTTO L'ANNO

**di Francesca Siciliano**

*E' noto che nel corso delle annuali attività – nel lavoro, in famiglia, nel volontariato, nel campo socio-assistenziale – pur in mezzo a tante difficoltà, ci possono essere degli eventi straordinari portatori di serenità, benessere, positività. Momenti di vita vissuta che vale la pena ricordare sempre e di essere sempre presi a modello nel tempo. In casa nostra esempi in tal senso non mancano. Ciò vale soprattutto per tanti istituti che ospitano persone diversamente abili, dove si respira una reale atmosfera di amorevole condivisione tra assistiti e assistenti. Ed è ciò che ci ha convinti a pubblicare, in pieno inverno, una tra le tante testimonianze che giungono in redazione per raccontare le molteplici attività estive che ogni anno organizzano per allietare le vacanze dei loro giovani ospiti. L'articolo che Francesca Siciliano, responsabile della comunicazione dell' Istituto Serafico di Assisi, ha scritto per **Aris Sanità**, pensiamo risponda significativamente ai nostri intenti, nella speranza che sia utile per tutti e inviti a condividere, attraverso l'Associazione, iniziative e progetti per migliorare la vita di chi vive l'esperienza di una abilità diversa.*

L'estate trascorsa ha regalato momenti indimenticabili ai ragazzi del Serafico di Assisi, un luogo speciale in cui la vita incontra la cura e l'amore per i più fragili. Le attività estive organizzate quest'anno hanno avuto un obiettivo chiaro: portare i ragazzi fuori dagli spazi protetti dell'Istituto e aiutarli a immergersi nella bellezza e nella libertà offerte dalla natura. Grazie a queste esperienze, infatti, i ragazzi hanno potuto non solo divertirsi, ma anche confrontarsi con nuove sfide, scoprire nuovi

mondi e, soprattutto, crescere insieme ai loro compagni grazie anche al supporto costante degli educatori. Sono proprio gli educatori che lavorano al Serafico da tanti anni, e che ogni giorno sono accanto ai ragazzi, a raccontare l'importanza di queste uscite: "Uscendo dall'Istituto i ragazzi hanno la possibilità di vedere una realtà completamente diversa da quella che vivono durante l'anno; e quando questo accade ci danno risposte inaspettate e incredibili". Il contatto con l'esterno, infatti, non solo arricchisce i ragazzi, ma sensibilizza anche le persone che incontrano, rendendo ogni esperienza un'occasione di scambio e crescita reciproca. "Tanti anni fa quando uscivamo anche solo per un gelato le persone ci guardavano con distacco e ci tenevano a distanza - ricorda una delle educatrici del Serafico -; oggi, invece, l'inclusione è diventata una realtà che viene vissuta quotidianamente e le persone che incontriamo si avvicinano a noi con molto rispetto e con gioia".

Quest'estate le 'gite fuori porta' che hanno vissuto i ragazzi hanno rappresentato per loro delle esperienze uniche e indimenticabili. Una gior-

nata di rafting lungo il fiume Nera, ad esempio, è diventata una vera e propria avventura: i ragazzi hanno provato l'emozione dell'acqua che scorreva sotto di loro e hanno scoperto un mondo nuovo fatto di sensazioni e nuove percezioni. Le barriere fisiche e mentali, in questo caso, si sono letteralmente sciolte come neve al sole, soprattutto grazie all'amore e alla competenza degli operatori che li accompagnano nel corso di queste esperienze. "I ragazzi ci danno delle risposte meravigliose", racconta ancora un'altra delle educatrici dell'Istituto, sottolineando come la libertà di esplorare spazi nuovi faccia emergere una felicità pura e autentica in ognuno dei ragazzi.

Ogni uscita viene pensata con cura per rispondere alle esigenze specifiche di ciascun ragazzo, rendendo l'inclusione una realtà concreta. Alcune attività, come la visita alla mostra di geopaleontologia del Parco del monte Subasio, hanno permesso loro di diventare dei piccoli scienziati: hanno potuto toccare con mano alcuni fossili antichi e hanno scoperto la storia della Terra. Altre esperienze, come il Foundation Day

organizzato da Decathlon, hanno portato i ragazzi a contatto con lo sport e con la natura, regalando momenti di allegria e condivisione. E non sono mancate neppure le esperienze più semplici e gioiose, come una giornata in piscina o un pomeriggio nel mini parco acquatico realizzato nel parco dell'Istituto. Questi momenti di spensieratezza hanno un valore enorme per loro, che possono vivere la libertà di muoversi, giocare e ridere in un contesto naturale che stimola i sensi e le emozioni.

Francesca Di Maolo, presidente del Serafico di Assisi, ha sottolineato quanto queste attività siano necessarie per la crescita psico-fisica ed emotiva di ogni ragazzo: "Vivere esperienze all'esterno dell'Istituto non è solo un'occasione di svago, ma rappresenta un potente strumento educativo e riabilitativo. Dare la possibilità ai ragazzi di uscire e confrontarsi con la realtà che li circonda significa dar loro l'opportunità di crescere, di sviluppare una propria autonomia e di sentirsi parte di una comunità più grande. Il contatto con la natura poi, con la sua bellezza e la sua imprevedibilità, diventa un'aula a cielo aperto dove ognuno dei nostri ragazzi può esprimere il proprio potenziale seguendo inclinazioni e modi di essere".

Già ci stiamo preparando per vivere le prossime avventure. Perché le attività estive del Serafico come ha spiegato la presidente dell'Istituto, non rappresentano solo momenti di divertimento, ma sono delle vere e proprie esperienze di vita che contribuiscono a costruire un ponte tra il mondo dei ragazzi e la realtà esterna. E continuano a dar frutti tutto l'anno.

Grazie all'impegno degli operatori e alla nuova sensibilità raggiunta dalla comunità, ogni uscita rappresenta un passo fondamentale verso l'inclusione e il riconoscimento del valore di ciascun individuo, indipendentemente dalle sue capacità. Al Serafico la vita trionfa ogni giorno grazie alla forza dell'amore e della condivisione e il periodo estivo resta sempre uno dei momenti più felici per i ragazzi, perché oltre a vivere i dolci momenti legati alla bella stagione, hanno anche l'opportunità di costruire un proprio percorso di crescita, di scoperte e di conquiste. E il loro cammino prosegue rinvigorito.

**ALSCO**  
Linen and Uniform Rental Services

Veste il lavoro, firma l'igiene.

Igiene, protezione,  
sicurezza.



AMBIENTI  
CONTROLLATI



ABITI PROFESSIONALI  
E DPI



PRODOTTI  
COMPLEMENTARI



BIANCHERIA E  
DIVISE PER LA SANITÀ



IGIENE BAGNO

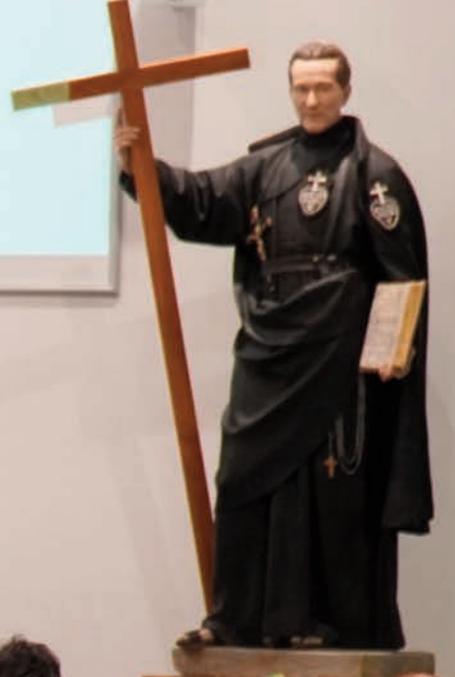


TAPPETI

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

### Vestizione sterile certificata

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



50



Assemblea Nazionale congiunta CdR e RSA

## LA MINISTRA LOCATELLI: “INSIEME PER UN NUOVO PROGETTO DI VITA PER I PIÙ FRAGILI”

di **Orazio La Rocca**

“Saremmo pronti a firmare il rinnovo del contratto per Cdr ed RSA anche domani mattina. Ma se non ci vengono destinati fondi a sostegno dell'aumento di costi per noi insostenibili, non abbiamo alcuna possibilità di farlo”. E' stato molto chiaro l'avvocato Giovanni Costantino, capo della delegazione contrattuale dell'ARIS, nel suo intervento all'Assemblea Nazionale congiunta dei CdR e delle RSA associate all'ARIS, svoltasi sul finire del mese di febbraio a Roma, alla presenza della Ministra della Disabilità, On. Alessandra Locatelli. Costantino nel suo intervento è stato chiaro soprattutto nel ribadire che a mancare non è la volontà di rinnovare i contratti nazionali di lavoro. “Se si esita a farlo ora - ha spiegato il capo delegazione contrattuale Aris -, è perché viene a mancare l'imprescindibile sostegno di Stato e Regioni per affrontare costi tra l'altro crescenti in maniera esponenziale rispetto al concretizzarsi dell'assistenza territoriale”. Un sostegno, quello di Stato e Regioni, riconosciuto, ha sottolineato l'avvocato, “nel 2020 dal nuovo contratto firmato dall'Aris per l'ospedalità privata, perché prevedeva, tra l'altro, l'equiparazione degli stipendi a quelli del Ssn, ma con l'accordo verbale che il 50 % dei costi sarebbero stati coperti dalle Regioni”. Questa intesa, però, ebbe vita assai breve, perché “fu rispettata solo da alcune Regioni per un paio d'anni, mentre altre lo promisero senza mai renderlo concreto ed altre ancora ignorarono completamente le raccomandazioni dello Stato. Anche chi ci aveva sostenuto ci abbandonò l'anno successivo; il cambio del Governo lasciò poi cadere nel dimenticatoio l'impegno assunto dal

governo precedente, tutto a danno dell'Arìs costretta ad affrontare da sola gli impegni contrattuali assunti nel 2020". "Sarebbe forse il caso – ha chiosato Costantino – che per il nuovo contratto, più che affidarsi a promesse verbali si passi ora a norme di legge ben precise. Ciononostante, il contratto ARIS CdR e RSA (aggiornato al 2024) è inferiore, forse anche di molto, solo a quello di cui godono le strutture del comparto pubblico, ma certamente ha ben poco da invidiare agli altri Ccnl di settore. In definitiva, la preoccupata sottolineatura di Costantino, "senza l'intervento concreto dello Stato, la sanità privata convenzionata col Ssn non sarà in grado di far fronte ai nuovi impegni contrattuali", con l'aggravate che se lo facesse, molte istituzioni socio-sanitarie sarebbero costrette a chiudere.

All'inizio dell'assemblea, introdotta dall'avvocata Francesca Di Maolo, presidente Aris Umbria, la ministra Locatelli ha illustrato, con un appassionato, ampio e dettagliato intervento i contenuti della nuova legge delega sulla disabilità n.62 del -5-2024, ha assicurando che si tratta di un "nuovo progetto rivoluzionario di vita perché guarda alla persona affetta da disabilità non solo dal punto di vista medico-sanitario, ma in





maniera completa". E' un quadro normativo all'avanguardia che, secondo la ministra Locatelli, "è stato concepito per tenere presente tutte le esigenze sanitarie legate alla sfera umana, dall'accompagnamento, alla cure quotidiane, all'assistenza, ma anche al tempo libero, alla cultura, allo sport". Tra gli altri punti sui quali ha messo l'accento a proposito del riferimento alla legge delega 62, la rappresentante del Governo, oltre al coinvolgimento diretto dell'intero mondo sanitario, ha indicato la "sburocratizzazione delle pratiche per il riconoscimento della disabilità, per le quali in precedenza il cittadino era costretto a rivolgersi a più sportelli, con lungaggini, perdite di tempo e con alto rischio di sbagliare". Ostacoli che ora – la sottolineatura della responsabile delle politiche sulla disabilità – "speriamo che possano essere superati perché le nuove norme di fatto prevedono un tavolo unico di riferimento dove rivolgersi, con il vantaggio che tutto l'impianto legislativo è coperto dai finanziamenti legati al Pnnr". Quanto alla sperimentazione delle nuove norme del D.Lgs. 62, la ministra ha reso noto che "finora sono 9 le provincie dove vengono applicate con esiti molto positivi" e si è augurata che "lo stesso progetto possa essere applicato nelle strutture delle Rsa e dei Cdr dell'Arise". In conclusione, dalla ministra parole di "riconoscenza e di apprezzamento per il lavoro che le istituzioni socio-sanitarie cattoliche convenzionate svolgono accanto alle persone malate con spirito di servizio, attenzione, cura della persona".

L'assemblea congiunta è poi proseguita con gli interventi di Francesco Converti, responsabile nazionale Cdr Arise, e di Domenico Arena, responsabile delle RSA Arise.



Ai lavori – coordinati dal direttore generale dell’Aris Mauro Mattiacci – è intervenuto anche don Massimo Angelelli, direttore dell’Ufficio della Pastorale per la Salute della Cei, che si è soffermato, in particolare, sulla “necessità” che – al di là dei noti problemi economici – vengano individuate “strade nuove” per risollevare le sorti della sanità privata convenzionata che di fatto “svolge un servizio pubblico nell’ambito del Ssn”. “La sanità cattolica, come è sua natura, - l’assicurazione di Angelelli - è sempre pronta a fare la sua parte, come, ad esempio, ha fatto di fronte al problema della mancanza infermieri, avviando un progetto di formazione di personale infermieristico proveniente dalle terre di missione. Già 60 professionisti entreranno in servizio a partire da maggio. Tanti altri ancora arriveranno nei prossimi mesi”.

Dal presidente dell’Aris, padre Virginio Bebber, una accorata sottolineatura dell’impegno della sanità cattolica convenzionata che “svolge da sempre accanto al malato, prendendosene cura, non per mero interesse, ma per spirito di servizio direttamente legato agli insegnamenti del Vangelo”. Una presenza che padre Bebber ha sintetizzato ricordando con forza che “noi in definitiva svolgiamo in tutto e per tutto un servizio pubblico ed in quanto tale è bene che lo Stato ne tenga conto”. Altro delicato punto toccato dal presidente dell’Aris, il caso-alzheimer. “Le cure per questa malattia prima erano a carico delle Regioni, ma ora non più. I pazienti affetti dall’alzheimer sono stati letteralmente lasciati soli. Le Regioni non ne vogliono più sapere. A questo punto deve essere il governo a dirci cosa ha intenzione di fare, perché ad esserne coinvolti sono in tanti, malati e famiglie, e non tutti sono in grado di essere curati o di dare assistenza a chi è colpito da un morbo tanto invalidante”.



# Studio Graffiti

web agency

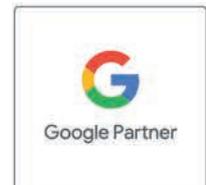
## IL TUO PARTNER DIGITALE PER IL SETTORE SANITARIO

- + SITI WEB SU MISURA PER IL SETTORE SANITARIO**  
Con la nostra esperienza nel settore sanitario, riusciamo a connettere cliniche, case di cura, poliambulatori e professionisti della salute ai propri pazienti, in modo semplice e sicuro
- + SOFTWARE GESTIONALI SU MISURA**  
Soluzioni digitali progettate per adattarsi alle esigenze specifiche della sanità, migliorando l'efficienza operativa della tua struttura
- + SEO: FATTI TROVARE SU GOOGLE**  
Con strategie SEO mirate, aiutiamo i professionisti e le strutture sanitarie a raggiungere i pazienti giusti, migliorando la visibilità online
- + PRENOTAZIONI ONLINE**  
Una soluzione efficace per medici, CUP, cliniche e poliambulatori, che facilita la programmazione delle visite, le agende mediche e l'organizzazione dei pazienti
- + CAMPAGNE ADS SU GOOGLE**  
Attrarre nuovi pazienti attraverso campagne mirate su Google. Aumentare la visibilità online e raggiungere chi cerca i servizi sanitari
- + CAMPAGNE SOCIAL**  
La soluzione per raggiungere e coinvolgere nuovi pazienti sui social network con campagne mirate, incrementare la visibilità e costruire una relazione di fiducia con i pazienti
- + GRAFICA PERSONALIZZATA**  
Contenuti, rafforzando l'immagine e rendendo la comunicazione sanitaria chiara e coinvolgente



Chiama ora per la tua  
consulenza gratuita

**06.43.68.3328**



INQUADRA IL QR CODE PER  
ANDARE SUL NOSTRO SITO

**studiograffiti.eu**

Ci trovi in via  
**appia nuova 1240**  
00178 Roma (RM)

Chiamaci al numero  
**06.43.68.3328**



Scrivici su Whatsapp

**375 536 9019**

Seguici sui social





56

Teofilo Santi, il padre  
dell'Ospedale Evangelico Betania

di **Orazio La Rocca**

# QUELL'INDIMENTICABILE SAMARITANO, MEDICO ECUMENICO

Il Samaritano, medico Ecumenico. Così viene ricordato Teofilo Santi, lo storico fondatore dell'Ospedale Evangelico Betania di Napoli, al quale il professor Luciano Lirica – già direttore generale dello stesso nosocomio - ha dedicato una interessante biografia fresca di stampa. Un testo che fin dal titolo, *"Teofilo Santi, il Medico Samaritano"*, ne tratteggia non solo l'aspetto umano e professionale, ma anche l'importante ruolo svolto nella comunità evangelica napoletana. Uno spaccato di vita spesa, oltrechè nel dialogo ecumenico, nell'attenzione ai più poveri e bisognosi, "proprio come un Samaritano dei nostri tempi", sottolinea in questa intervista il dottor Lirica, che presenta la biografia come "un piccolo postumo atto di riconoscenza verso un grande, irripetibile credente e un instancabile medico Samaritano, testimone efficace della solidarietà di Dio, nelle città di Portici e di Napoli.

**Dottore, sin dalle prime pagine della biografia che lei ha dedicato ad un personaggio certamente iscritto nella lista dei testimoni della Chiesa Evangelica, traspare un forte legame con la "Napoli degli ultimi" nel secolo passato.**

Ed è certamente così. Teofilo Santi era nato a Napoli nel 1909 e qui morì nel 1985. In pratica ha toccato gli avvenimenti più importanti che nel '900 hanno attraversato la città, vivendone in prima persona la

grande Storia e le piccole storie. Il libro nasce proprio dal desiderio di ricordare questo grande testimone evangelico della solidarietà cristiana e di ripercorrere le storie delle sue opere nella Napoli del secolo scorso. In una città povera e martoriata, egli riesce, prima a gestire e a portare avanti l'importante orfanotrofio "Casa Materna" di Portici (fondato nel 1905 dal padre Riccardo, pastore metodista), e poi nel dopoguerra, a realizzare ambulatori solidali, strutture per gli sfollati e per i giovani emarginati, nonché a fondare, nella periferia napoletana un ospedale collegato al centro sociale "Casa Mia", per la popolazione più povera, quando ancora non esisteva una sanità pubblica e gratuita per tutti. Oggi l'Ospedale Evangelico Betania è una struttura di eccellenza religiosa polispecialistica, classificata, con 158 posti letto, con un Pronto Soccorso h 24 e con un ruolo fondamentale nella sanità campana, da tutti riconosciuto e apprezzato. Ma la sua "gestazione" è stata lunga. Il dottor Santi, con il suo carisma, con la sua visione utopistica e con la sua fede "tenace", agli inizi lanciò l'idea di costruire a Napoli un ospedale per i poveri già nel 1946. Il suo desiderio si realizzerà solo dopo 22 anni, nel 1968. Un lungo periodo durante il quale si raccolse il frutto della solidarietà delle Chiese protestanti italiane e straniere.

58

**Dal racconto della sua vita si intuisce come lo spirito del Buon Samaritano, si sia fatto luce sin dai primi passi del giovane medico tra gli sfollati della II guerra mondiale, curati nelle grotte di Napoli. Cosa è rimasto di quello spirito?**

La caratteristica e la vocazione del dottor Santi fu proprio quella di essere un medico Samaritano. Un medico che non si occupava soltanto di lenire e sanare le ferite dei viandanti sconosciuti, ma che si faceva anche carico e complessivamente della sofferenza altrui, perché ne aveva 'com-passione'. Oggi tutto il nostro personale sanitario svolge la propria professionalità, nella consapevolezza che essa sia qualcosa in più di un semplice atto terapeutico e/o assistenziale. I nostri medici ed il nostro personale tecnico e infermieristico seguono e attuano una logica "integrata" della cura, che deve riguardare insieme il corpo, la psiche e lo spirito del malato, ma anche la sua storia personale e sociale, la sua cultura ed i suoi affetti, in particolare in questa area emarginata della città.

**Secondo il suo racconto Santi ebbe tre vocazioni, quella del medico, quella della solidarietà e quella di essere testimone del Vangelo: quale di queste tre è stata per lui più sentita?**

In realtà è difficile dire quale fosse stata la sua vocazione predominante. Anche perché le diverse vocazioni in lui (come spesso accade) si sono intrecciate e si sono condizionate a vicenda. Non sempre infatti è possibile separare in modo netto la sua testimonianza evangelica del credente da quella sociale o quella medica da quella solidale. Teofilo Santi credeva sempre, in ogni occasione ed in ogni suo progetto che Dio fosse al suo fianco e che intervenisse nei suoi progetti di carità instancabile e profetico, visionario e sognatore, ma nel contempo anche concreto e attento ai bisogni reali degli emarginati. La sua dimensione solidale infatti si è sempre intrecciata con la sua visione evangelica, anzi da essa discende. Considerava per questo l'azione medica non solo un fine, ma anche un mezzo. Uno strumento per alleviare sofferenze, ma anche un'occasione per ridare dignità e speranza alle persone *'colpite dalle percosse della vita'*, per renderle in qualche modo protagoniste della loro esistenza. Forse in questo senso quella medica (samaritana) rimane quella più fortemente connaturata alla sua indole.

**Lei lo ricorda come figura di spicco dell'ecumenismo nazionale. Quale è stato il suo ruolo nel dialogo interreligioso nell'enclave partenopeo e in generale in Italia?**

Conosciuto come il "Dottore Protestante", Teofilo era in realtà il medico di tutti, soprattutto dei pazienti, e dei preti cattolici. Ecumenico e rispettoso delle altrui fedi, al punto che a Portici diventerà nel dopoguerra addirittura anche consigliere sanitario di due conventi, nonché membro di Commissioni mediche, insieme ad altri medici cattolici. Il suo spirito ecumenico si evidenziò soprattutto dopo il Concilio Vaticano II, con l'apertura di Giovanni XXIII". Teofilo Santi, pur mantenendo la propria identità, si aprì con slancio e sincerità alle iniziative ecumeniche promosse, per esempio, dal 1966 dal nuovo arcivescovo di Napoli, il Cardinale Corrado Ursi, che tra l'altro fece anche un'importante donazione per la costruzione dell'Ospedale Evangelico. Per esempio, immaginava per l'ospedale evangelico una cappellania "pluralistica" e interconfessionale e pertanto prese contatti con due parroci cattolici



60

di Ponticelli e con il rabbino per gli ebrei. A tal proposito riporto una bella testimonianza di un parroco che partecipava agli incontri ecumenici: " Dal 1965 in poi e per vari anni, celebriamo nella mia chiesa la settimana di preghiere per l'unità dei cristiani. Teofilo e suo fratello, il pastore Emmanuele, erano raggianti di quella luce ecumenica che si era accesa nel mondo più luminosa che mai. Il cardinale Ursi era più che mai entusiasta e vi partecipava insieme ai pastori di altre comunità cristiane presiedendo la solenne liturgia della Parola. All'organo e ai canti, Teofilo Santi si alternava col maestro della parrocchia e la sua bella e calda voce dirigeva il coro dell'assemblea".

**Come la Fondazione Evangelica Betania oggi tiene vivi gli insegnamenti e la testimonianza umana, professionale e religiosa del dottor Santi?**

"La Fondazione Evangelica Betania che oggi gestisce l'Ospedale, fondato dal dottor Santi, ne continua l'opera mantenendo innanzitutto una vocazione medica e scientifica innovativa, secondo una logica di efficienza e di "miglioramento continuo", attenta alle nuove necessità della popolazione del territorio ed ai cambiamenti tecnologici. Perpetua in ogni caso una logica di sanità solidale, rivolta soprattutto alle fasce più deboli ed emarginate. A questo riguardo vengono per esempio realizzati ambulatori solidali per gli extracomunitari, consapevoli che spesso la dimensione sanitaria si intreccia con la dimensione sociale ed umana. In ogni caso l'approccio al paziente viene realizzato sempre secondo il modello dell'umanizzazione della cura e dell'inscindibilità dell'integrità psicosomatica, perché il dolore e la malattia hanno anche, nella componente psicosomatica, biologica, psicologica, sociale e spirituale, i loro fattori eziologici. Il nostro ospedale evangelico oggi deve continuare a conciliare il manager, il Samaritano ed il profeta: la sostenibilità economica con l'annuncio e la solidarietà, la speranza e carità con il rinnovamento e la condivisione della sofferenza. Ma senza irrigidimenti e forzature confessionali. Oserei dire secondo una esplicita testimonianza cristiana, ma di tipo "laico", aperta e inclusiva, in quanto come ricordava il nostro fondatore: *'L'Ospedale è un servizio delle Chiese e non una Chiesa, perciò esige la nostra testimonianza più che la nostra predicazione!'*"

Il forte appello di Francesco al Giubileo dei giornalisti

# IL SOGNO DEL PAPA: UN COMUNICAZIONE PURIFICATA DALL'AGGRESSIVITÀ



**di Mimmo Muolo**

“Essere testimoni e promotori di una comunicazione non ostile, che diffonda una cultura della cura, costruisca ponti e penetri nei muri visibili e invisibili del nostro tempo. Raccontare storie intrise di speranza, avendo a cuore il nostro comune destino e scrivendo insieme la storia del nostro futuro. Tutto ciò potete e possiamo farlo con la grazia di Dio, che il Giubileo ci aiuta a ricevere in abbondanza. Per questo prego e benedico ciascuno di voi e il vostro lavoro”. È questo il “sogno” di papa Francesco per il mondo dei mass media odierni. Un sogno che non prescinde da un sano realismo: “Bisogna disarmare la comunicazione”. Ma ha la capacità di guardare anche oltre e di invitare i giornalisti ad essere “pellegrini di speranza”.

È il frutto del primo grande evento nel calendario dell'Anno Santo: il Giubileo del mondo della comunicazione, che ha portato a Roma diecimila operatori dei media da tutto il mondo. Incontri, dibattiti, l'udienza con il Papa nell'Aula Paolo VI, la Messa finale in San Pietro e poi il Messaggio per la Giornata mondiale delle comunicazioni sociali. La galassia informativa, lo sappiamo bene, è un ambiente di vitale importanza per la convivenza civile. Presidio di libertà e di democrazia, culla naturale di pensieri e di azioni di pace, mezzo per creare scambio di opinioni e crescita culturale. Sovente rischia però di trasformarsi nell'opposto di tutto questo. Ed è il primo messaggio che il Papa ha voluto trasmettere con il suo invito a “disarmare la comunicazione e purificarla dall'aggressività”.

“Tropo spesso – ha fatto notare nel Messaggio per la Giornata mondiale delle comunicazioni sociali diffuso in occasione dell'evento giu-

bilare – la comunicazione non genera speranza, ma paura e disperazione, pregiudizio e rancore, fanatismo e addirittura odio. Troppe volte essa semplifica la realtà per suscitare reazioni istintive; usa la parola come una lama; si serve persino di informazioni false o deformate ad arte per lanciare messaggi destinati a eccitare gli animi, a provocare, a ferire. Non porta mai buoni frutti ridurre la realtà a slogan. Vediamo tutti come – dai talk show televisivi alle guerre verbali sui social media – rischi di prevalere il paradigma della competizione, della contrapposizione, della volontà di dominio e di possesso, della manipolazione dell'opinione pubblica”.

Questa dinamica porta all'atomizzazione della società, alla incapacità di vivere insieme, usando come cavallo di Troia le tecnologie digitali che ci profilano come consumatori. “Sembra allora che individuare un nemico contro cui scagliarsi verbalmente – ha proseguito il Papa - sia indispensabile per affermare sé stessi. E quando l'altro diventa nemico, quando si oscurano il suo volto e la sua dignità per schernirlo e deriderlo, viene meno anche la possibilità di generare speranza”.

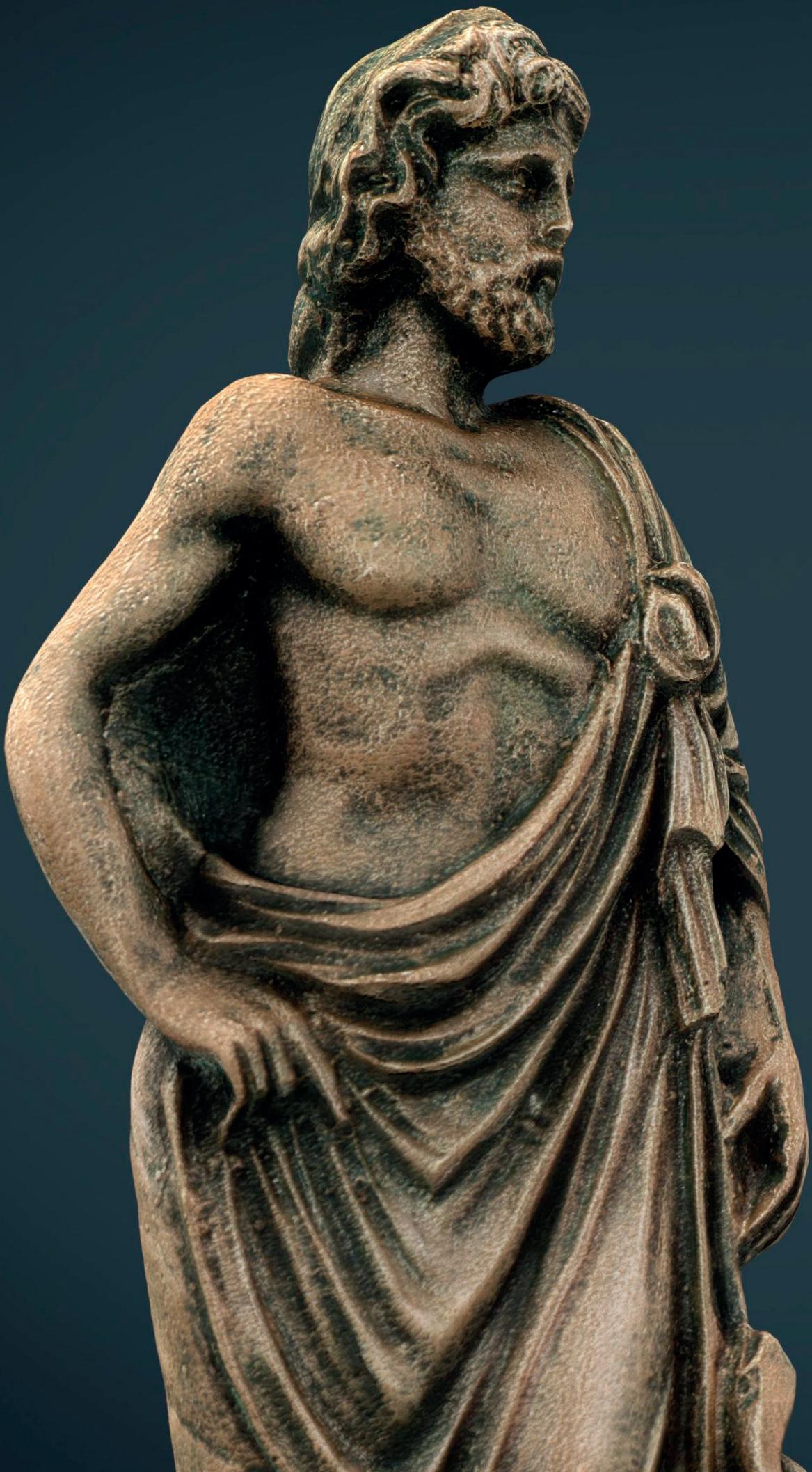
Ma noi “non possiamo arrenderci a questa logica”. Ed è qui il secondo potente messaggio del Papa in questo primo evento giubilare. Anche i giornalisti, e più in generale tutti gli operatori del mondo della comunicazione, possono essere “pellegrini di speranza”. In che modo? “Il vostro *'storytelling'* sia anche *'hopetelling'*”, ha spiegato il Papa nel discorso che non ha letto, ma solo consegnato ai giornalisti. “Quando raccontate il male - prosegue il testo -, lasciate spazio alla possibilità di ricucire ciò che è strappato, al dinamismo di bene che può riparare ciò che è rotto. Seminate interrogativi”. Perché “raccontare la speranza significa vedere le briciole di bene nascoste anche quando tutto sembra perduto, significa permettere di sperare anche contro ogni speranza». In sostanza, diffondere speranza «significa accorgersi dei germogli che spuntano quando la terra è ancora coperta dalle ceneri. Raccontare la speranza significa avere uno sguardo che trasforma le cose, le fa diventare ciò che potrebbero, che dovrebbero essere. Vuol dire far camminare le cose verso il loro destino». In sostanza di “mettersi dalla parte di chi è emarginato, di chi non è visto né ascoltato”, per un giornalista dovrebbe essere naturale, scontato.

Speranza e verità, vanno a braccetto, dunque. E questa è la terza sottolineatura importante del Papa. “Il vostro è un lavoro che costruisce



la società, costruisce la Chiesa, fa andare avanti tutti, a patto che sia vero – ha ricordato il Pontefice - “Eh padre, io sempre dico le cose vere”. “Ma tu sei vero? Non solo le cose che tu dici. Ma tu, nel tuo interiore, sei vero?”. Una domanda che sfida a interrogarsi. A farsi un serio esame di coscienza.

In definitiva papa Francesco coltiva proprio il sogno di “una comunicazione che sappia renderci compagni di strada di tanti nostri fratelli e sorelle, per riaccendere in loro la speranza in un tempo così travagliato. Una comunicazione che sia capace di parlare al cuore, di suscitare non reazioni passionali di chiusura e rabbia, ma atteggiamenti di apertura e amicizia; capace di puntare sulla bellezza e sulla speranza anche nelle situazioni apparentemente più disperate; di generare impegno, empatia, interesse per gli altri. Una comunicazione che ci aiuti a riconoscere la dignità di ogni essere umano e a prenderci cura insieme della nostra casa comune”.



Storia degli ospedali/III

# LA NASCITA DELLA CHIRURGIA

di **Lanfranco Luzi**

La storia della chirurgia è datata da testimonianze - scritte sin dai primi passi negli anni che hanno preceduto l'avvento di nostro Signore - a proposito di una pratica evidentemente lontana da procedure scientifiche, fondata esclusivamente su procedimenti empirici. Tuttavia è giunta sino a noi l'immagine di una chirurgia stupefacente per la qualità delle sue tecniche operatorie e per la perfezione degli strumenti adoperati, nonostante la povertà delle conoscenze anatomiche ed in campo patologico. Il suo limite, se vogliamo drammatico, era imposto da due gravosi ostacoli: il dolore e l'infezione. Ostacoli che saranno superati soltanto nella metà del XIX secolo. Ma cerchiamo di seguirne il cammino.

Nell'antico Egitto, l'attività chirurgica rivestiva un ruolo importante. Nel papiro di Edwin Smith, risalente circa a 2000 anni prima di Cristo, si trova la descrizione accurata di alcune patologie, quali le ferite e gli ascessi cutanei, ma soprattutto una sorprendente classificazione delle fratture ossee, con le relative manifestazioni cliniche e gli specifici trattamenti. Appare singolare, anche se si può spiegare col fatto che il testo è incompleto, che non si faccia menzione della trapanazione del cranio, intervento che gli egiziani conoscevano e che eseguivano abitualmente sul faraone morente. Tuttavia, questo intervento, che, come si desume dai reperti a noi giunti, veniva eseguito con grande perizia tecnica, aveva un significato più rituale che chirurgico: offrire ai demoni imprigionati nel corpo del faraone e responsabili della sua agonia la possibilità di trovare una via di uscita attraverso il foro praticato nel cranio del faraone stesso. In Grecia la medicina aveva connotati magico-religiosi come attesta il culto del dio Asclepio, allievo del centauro Chirone, venerato in Epidaurò. Ippocrate, vissuto intorno al 450 a.C., si sottrasse a questi influssi sostenendo che la malattia, piuttosto che a cause ultraterrene,

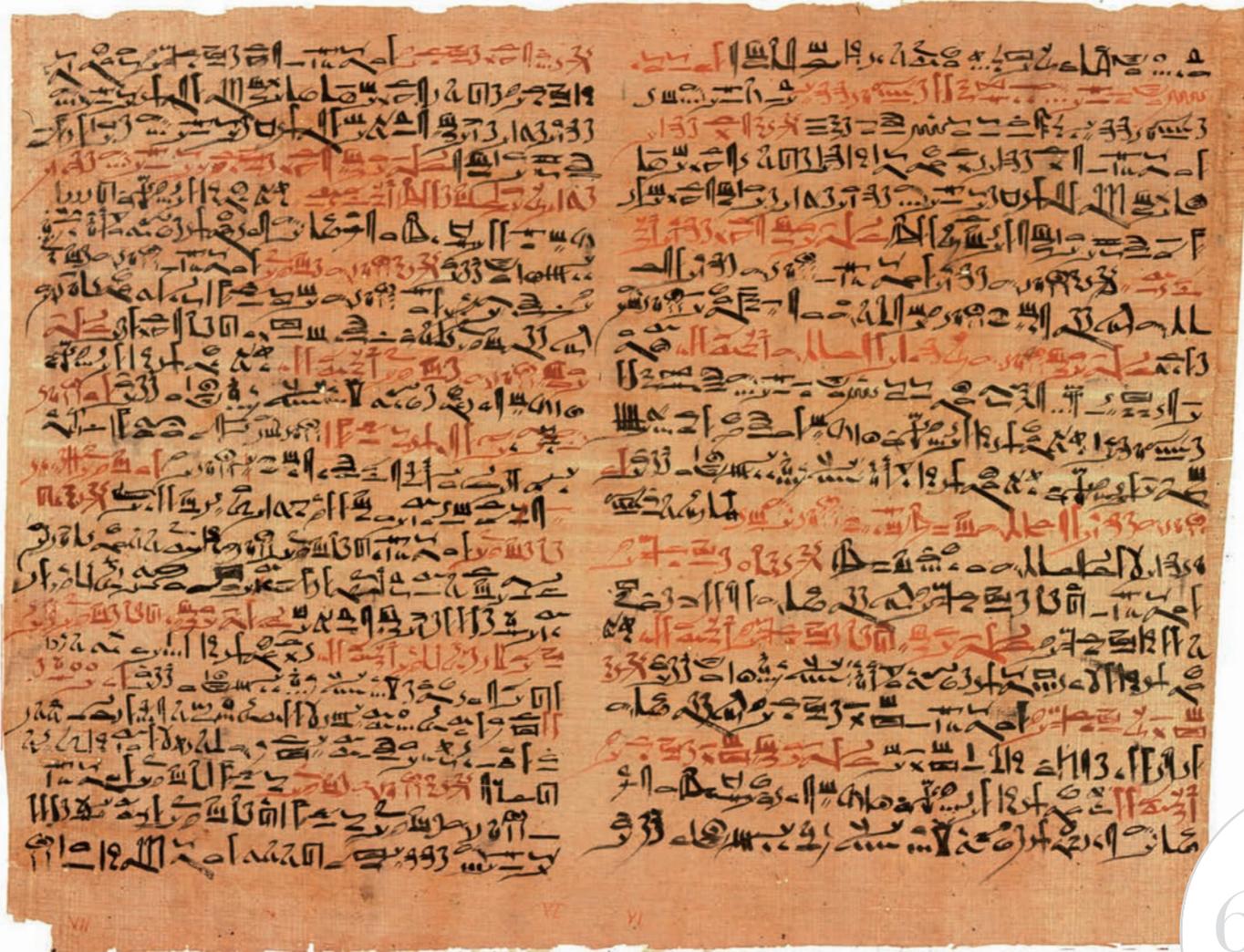
è dovuta ad eventi legati all'ambiente e all'organismo. A pieno titolo Ippocrate è considerato il padre della medicina, anche per aver introdotto i concetti di diagnosi e prognosi. Il suo limite, inevitabile per la sua epoca, era l'impossibilità di individuare una connessione tra l'evento morboso e la causa che lo determina. Ippocrate, per spiegare la malattia, fu pertanto costretto a riprendere alcuni concetti filosofici preesistenti, elaborandoli in una teoria degli umori: la malattia sarebbe la conseguenza di un loro squilibrio.

Si era ben lontani dal concetto moderno di eziologia e di terapia causale (mirata), e Ippocrate si limitò a proporre l'uso di blandi medicinali, utili più che altro ad aiutare la natura a guarire il paziente, associandoli alle pratiche del clistere, del salasso e del vomito, necessarie a portar fuori dall'organismo gli umori il cui eccesso è responsabile della malattia.

Ippocrate ebbe inoltre il merito di elaborare una sorta di codice deontologico, che viene ben rappresentato nel giuramento a lui attribuito, e che ancora oggi i medici sono tenuti a prestare appena laureati. In esso Ippocrate faceva espresso divieto ai medici di praticare il taglio della pietra (litotomia), intervento da lasciare ai chirurghi. Per spiegare questa sua profonda avversione per la chirurgia, è opportuno ricordare che, a quell'epoca, era sconosciuta ogni pratica anestesologica e antisettica, con conseguenze fatali per i pazienti. Solo persone disperate accettavano un trattamento operatorio, nel corso del quale era altissima la probabilità di morire per il dolore o per l'infezione che inevitabilmente seguiva l'operazione.

La chirurgia, al tempo degli antichi romani, era considerata in subordine rispetto alla medicina: nell'Italia antica e nel periodo etrusco non vi sono notizie da segnalare, se non la particolare perizia degli Etruschi in campo odontoiatrico. Nell'antica Roma, dal 753 a.C. al 476 d.C., la chirurgia iniziò ad essere praticata, anche grazie all'influenza dei greci. All'inizio del I secolo a.C., giunse a Roma Asclepiade, ottimo medico ma chirurgo di scarsa audacia, giudicato da Galeno con grande severità. Di lui si ricorda il salasso, sebbene sapesse praticare anche la laringotomia nei casi di soffocamento. Durante le dispute dei gladiatori spesso i combattenti venivano feriti piuttosto seriamente e necessitavano di cure immediate<sup>(1)</sup>.

A cavallo del I secolo d.C. Celso scrisse il "De re Medica", che raccoglie tutte le conoscenze mediche dell'epoca pregalenica, con specifici libri



Il papiro di Edwin Smith

sulla chirurgia generale (il settimo libro) e sulla chirurgia delle ossa (l'ottavo libro). Celso, non medico e nemmeno chirurgo, ma grande genio enciclopedico, descrisse uno strumentario chirurgico corrispondente anche a quelli rinvenuti negli scavi di Pompei. Fabbricati in bronzo, con lama in ferro, erano riccamente decorati e possono essere suddivisi in taglienti (coltelli, forbici, seghe) pinze (forcipes, pinze a dente di topo, pinze da denti), specilli (a punta olivare, a spatola, a bottone), sonde (per drenaggi, toracentesi), aghi da sutura, trapani di vario tipo. Il materiale da medicazione era costituito da bende di lino, dalla lana e dalla stoppa, usata per le sue proprietà assorbenti.

La dovizia di tale armamentario chirurgico fa pensare che il campo di intervento si fosse ampliato, come dimostrano i numerosi interventi descritti da Celso: il trattamento delle ferite profonde dell'addome, le differenti tipologie di cura per le ferite superficiali, l'amputazione degli arti, per la quale veniva praticata la legatura preventiva dei vasi e la preparazione dei lembi per ricoprire il moncone. Descrive anche il trattamento delle varici, trattate con legature e cauterizzazione; gli interventi di emorroidi e fistole anali, e delle ernie delle pareti addominali. Un cenno par-

16  
A V R E L I I  
C O R N E L I I C E L S I  
D E  
R E M E D I C A  
L I B R I O C T O .

ACCESSERE

In primum eiusdem, HIEREMIAE THRIVERI  
BRACHELII commentarij doctissimi:

In reliquos verò septem, BALDVINI RONSSEI  
GANDENSIS, *Reipub. Goudanae medici*  
ENARRATIONES.



LUGDVNI BATAVORVM,  
EX OFFICINA PLANTINIANA,  
Apud Franciscum Raphelengium.  
c l o 1 o . x c i i .



ticolare lo merita la descrizione del procedimento di autoplastica cutanea del naso e della guancia: principio da lui descritto per primo, poi dimenticato e reinventato dai chirurghi francesi.

Interessante, nel capitolo dedicato alla chirurgia delle ossa, la sezione sulla trapanazione del cranio: intervento praticato mediante perforazioni multiple, con il trapano conico ed escissione dei punti ossei intercalari. Viene esplicitamente messa in luce l'indicazione fornita dalla rottura di un vaso della dura madre con effusione sanguigna intracranica. Nel I secolo d.C. non vi sono personaggi da segnalare, mentre nel II secolo, sotto l'impero di Traiano, comparvero insigni chirurghi come Sorano d'Efeso, Archigene, Rufo d'Efeso ed Eliodoro. Sorano d'Efeso viene considerato il padre dell'ostetricia. Archigene, chirurgo audace, operò il cancro della mammella, si occupò di quello dell'utero, creò una tecnica per l'amputazione degli arti. Rufo d'Efeso fu autore di un trattato di cui sono pervenuti solo alcuni frammenti e principio da lui descritto per primo, poi dimenticato e reinventato dai chirurghi francesi.

Il chirurgo ritenuto di maggior fama fu Eliodoro. Sembra sia stato il primo a praticare la legatura e la torsione a scopo emostatico. Di certo ha dettagliatamente descritto la trapanazione nei traumi cranici. Ha anche eseguito l'amputazione di mani e piedi per gangrena, ponendo al di sopra della zona da sezionare un laccio emostatico, precedendo così di secoli la scoperta di Esmark per la compressione temporanea dei vasi dell'arto da amputare<sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> *La chirurgia nell'antica Roma* – di Alfredo Salucci. Numero 207, febbraio 2020.

<sup>(2)</sup> *Aggiornamenti a cura del Centro Studi Cura e Comunità per le Medical Humanities.*

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

Accreditamento e  
Compliance

Clinical  
Governance

Technology  
Solutions

Marketing e  
Comunicazione

Advisory e  
Management

Training e  
Providing



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



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



PALERMO - MILANO



Tel: +39 091 7434774 - +39 02 83623040

Fax: +39 091 336853