

SANITÀ Spostare il focus sulla gestione quotidiana di strutture, apparecchi e personale

Ospedali, serve la cura ordinaria

di **MARIA FRANCESCA ASTORINO**

Non fa rumore. Non taglia nastri tricolore, non promette rivoluzioni infrastrutturali e raramente guadagna le prime pagine. Eppure, senza di essa, il Paese collasserebbe in poche ore. È l'Italia della manutenzione, un esercito silenzioso che, lontano dai riflettori puntati sulle "grandi opere", garantisce la vera tenuta del sistema. È la nazione che rammenta e che è resiliente, che previene, che cura l'esistente.

Mentre il dibattito pubblico si infiamma su ponti, autostrade e nuovi poli tecnologici, la sfida quotidiana si gioca altrove. Si gioca nei quadri elettrici di un ospedale costruito negli anni Settanta, nella taratura di una TAC da cui dipendono centinaia di diagnosi, e nelle case degli anziani dove un operatore sociosanitario previene un ricovero che manderebbe in tilt il pronto soccorso.

Se c'è un settore dove questa dicotomia tra "costruire" e "mantenere" diventa questione di vita o di morte, è proprio quello sanitario e assistenziale. Qui, la manutenzione non è un costo accessorio, ma l'infrastruttura portante della cura.

La manutenzione "grigia": curare i muri. Il primo livello di questa cura è quello edilizio. Il Servizio Sanitario Nazionale abita un patrimonio immobiliare vasto, ma spesso vetusto. Secondo recenti stime, oltre il 60% del-

le strutture ospedaliere italiane ha più di cinquant'anni. Molte sono state costruite prima di qualsiasi normativa antisismica o di efficienza energetica. E l'operazione che più facilmente viene proposta è quella di costruire ex novo piuttosto che provvedere costantemente alla manutenzione delle strutture esistenti.

La "grande opera" che servirebbe quindi non è un nuovo padiglione avveniristico, ma l'adeguamento strutturale di migliaia di edifici. È un lavoro ingrato, complesso e costoso. Adeguare un reparto alle norme antincendio o rifare un impianto di climatizzazione in una terapia intensiva, magari senza interrompere l'attività, è un'impresa ingegneristica ed economica enorme, che però non produce glamour politico. È il lavoro "grigio" che permette ai medici di lavorare in sicurezza e ai pazienti di essere curati in ambienti salubri. La manutenzione, qui, è la prima forma di preven-

zione.

La manutenzione "bianca": il battito del biomedicale. Il secondo livello è tecnologico. Un ospedale moderno è una macchina complessa, un ecosistema di tecnologie ad altissima obsolescenza. Respiratori, monitor, pompe per infusione, risonanze magnetiche. E anche quando si staniano i fondi per il "nuovo", la realtà si scontra con la difficoltà di messa a terra. Il Pnrr, nella Missione 6, ha destinato miliardi proprio a questo. Eppure, secondo i dati di monitoraggio (ad esempio, un report della CGIL di metà 2025), l'avanzamento dei lavori per le nuove strutture

territoriali, come le "Case della Comunità", procede a rilento: risulta completato solo il 3,5% delle strutture previste (appena 50 su 1.415) e speso solo il 17% dei fondi. La manutenzione, e persino la nuova costruzione, è la prima, vera forma di prevenzione, ma è anche la nostra fatica più grande. Dietro ogni diagnosi c'è il lavoro nascosto di un ingegnere clinico o di un tecnico biomedico che assicura che quella macchina funzioni H24, 7 giorni su 7.

Quando una macchina si ferma, non si ferma solo un ingranaggio: si allungano le liste d'attesa, si ritarda una diagnosi oncologica, si mette a rischio un paziente in rianimazione. La manutenzione predittiva - quella che interviene prima del guasto - è la linfa vitale del sistema. È un investimento strategico che non "crea" nulla di nuovo, ma garantisce il funzionamento di tutto il resto.

Il cuore del sistema: la manutenzione "umana". Ma è nel terzo livello, quello assistenziale, che il concetto di "manutenzione" assume il suo significato più profondo e drammatico. Se gli edifici

sono il contenitore e le tecnologie gli strumenti, la vera "manutenzione" è quella della persona. È il lavoro quotidiano, usurante e fondamentale del personale sanitario e socioassistenziale.

L'infermiere che, turno dopo turno, previene le piaghe



Peso: 100%

da decubito monitora i parametri vitali di un paziente cronico, gestisce una terapia complessa, non sta "costruendo" una nuova salute; sta "mantenendo" in vita il paziente, preservandone le funzioni e la stabilità. L'Operatore Socio-Sanitario (OSS) che si occupa dell'igiene, della mobilitazione e dell'alimentazione di un non autosufficiente, sta compiendo l'opera di manutenzione più preziosa: quella della dignità umana.

Questo concetto esplode quando dall'ospedale ci si sposta sul territorio. È qui che si combatte la vera battaglia per la sostenibilità del sistema. La più grande, e meno celebrata, "opera infrastrutturale" del nostro welfare è l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Un operatore che entra in casa di un anziano fragile per un'ora al giorno non sta solo somministrando una cura: sta "man-

tenendo" l'autonomia di quella persona, sta "mantenendo" l'equilibrio di una famiglia che fa da caregiver, e sta "mantenendo" in salute i conti pubblici, evitando un

ricovero improprio che costerebbe alla collettività dieci volte tanto. Eppure, questa Italia della manutenzione umana è quella più in crisi.

Soffre di una carenza strutturale di personale, di salari inadeguati, di contratti pre-

cari spesso gestiti da cooperative al ribasso, e di un burnout che sta svuotando i reparti e i servizi territoriali.

Qui sta il paradosso. Mentre il Pnrr (Missione 6) finanzia la costruzione di (almeno 1.415) nuove "Case di comunità" - le "grandi opere" della sanità territoriale - il rischio è che queste restino splendidi contenitori vuoti. Perché abbiamo progettato i muri, ma ci siamo dimenticati di chi dovrà fare la manutenzione delle persone al loro interno.

Celebrare l'Italia della manutenzione significa spostare il focus dal taglio del nastro alla gestione quotidiana. Significa capire che un Paese avanzato non è quello che costruisce di più, ma quello che si prende cura meglio di ciò che ha già: le sue strutture, le sue tecnologie e, soprattutto, le sue persone.

Lavoro usurante per il personale sanitario e quello socioassistenziale

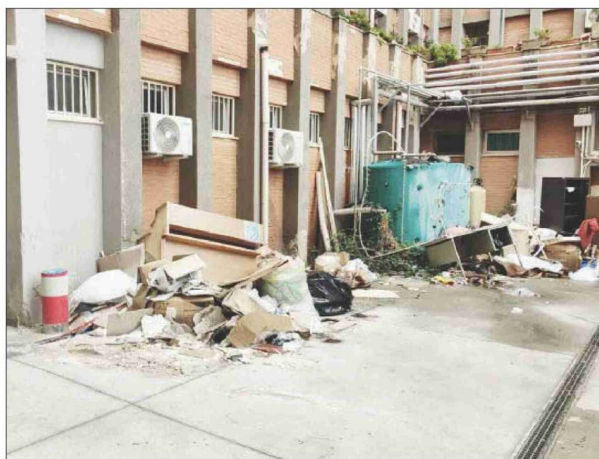
In Italia il 60% degli edifici ha oltre 50 anni

L'assistenza domiciliare è l'opera centrale del nostro welfare

Apparecchi adeguati salvano da liste d'attesa e diagnosi tardive



Una sala operatoria al lavoro



Rifiuti accatastati sotto un'ala di un polo ospedaliero



Peso: 100%