

SANITÀ ARIS

Trimestrale dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Anno II • Numero 4 • Dicembre 2022

LA SCELTA
DI ESSERCI
PER UN MONDO
MIGLIORE

Anno II • Numero 4 • Dicembre 2022 • Poste Italiane SpA • Spedizione in abbonamento postale 70% • DCB Roma



HYGIEN TECH®
BEST SOLUTIONS FOR A CLEANER WORLD

IL TUO PARTNER DI FIDUCIA DI IGIENE & TECNOLOGIA



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

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

Cleaning Robot



plastica
seconda vita
DA RACCOLTA
DIFFERENZIATA



www.hygentech.it - Numero Verde 800.034.666



S O M M A R I O

Anno II - n. 4
Dicembre 2022

Direttore Responsabile:
Virginio Bebbber

Redattore Capo:
Mario Ponzi

Vicecaporedattore:
Maria Rita Gentile

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

Segretario di Redazione:
Massimo Scafetti

Art:
Angelo De Mattia

Foto:
Archivio ARIS
Cine foto operatore: Marco Ponzi

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

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

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

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

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

Finito di stampare nel mese di Dicembre 2022

- 5** Editoriale
La scelta di esserci
Virginio Bebbber
- 17** Un tragico naufragio di civiltà
Francesco M. Valiante
- 21** la ballata dei diritti
Francesco Ognibene
- 25** L'ARIS E I SUOI PARTNER
Insero staccabile
- 57** Clima e salute
vanno a braccetto
F.E.
- 61** Obiettivi geospirituali
Gianluca Biccini
- 64** Un nuovo appello
per l'assistenza agli anziani
Riccardo Alesi
- 67** La responsabilità
nella gestione
dei rifiuti sanitari
a rischio infettivo
Paolo Inguscio
- 71** Up-skilling, Re-skilling:
allenare ed allenarsi
alla complessità
Antonio Angioni
- MEDICI SCRITTORI**
- 75** Perché si parla poco di pace
Lanfranco Luzi
- INFORMAZIONE PUBBLICITARIA**
- 78** La nanotecnologia
Giuseppe Cavedon



LA SCELTA DI ESSERCI



di Virginio Bebbler

«Credo che una delle linee d'azione debba essere la prossimità, riportare la sanità verso i territori, valorizzare il ruolo dei medici di medicina generale e coinvolgere il sistema delle farmacie nell'erogazione di alcune prestazioni, perché sono fra i primi presidi sul territorio... C'è poi il tema dell'incentivo alla telemedicina, alle cure domiciliari, dei presidi territoriali nelle aree interne, sui cui tante battaglie abbiamo condotto in questi anni, alle quali oggi ovviamente va data continuità. Penso che per quello che riguarda la telemedicina gli ospedali debbano entrare a pieno titolo nell'era digitale. La digitalizzazione della sanità rende ovviamente più agevole e più accessibile lo scambio di informazioni e massimizza i benefici per gli utenti... Bisogna migliorare la comunicazione tra ospedale e territorio, ragioniamo su un unico software sanitario come il fascicolo sanitario elettronico. C'è poi, ovviamente, il tema della qualità, perché il diritto alla salute, come sappiamo, è riconosciuto nella Costituzione e non è accettabile il dilagare del turismo sanitario che abbiamo conosciuto in questi anni nella nostra Nazione e quindi c'è anche l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze tra le Regioni nella erogazione delle prestazioni sanitarie e dei Livelli essenziali di assistenza».

Abbiamo voluto iniziare questo nostro “ultimo pensiero dell'anno” riproponendo il passaggio centrale dei circa due minuti dedicati dal nuovo Presidente del Consiglio dei Ministri, Giorgia Meloni, al tema della sanità nei suoi primi discorsi istituzionali. Per carità: vogliamo precisare subito che siamo lontani mille miglia dal voler criticare o aprire una polemica. Anzi semmai è il contrario: vorremmo offrire una sponda amica ad un equipaggio che si sta imbarcando per navigare in un mare che forse lo stesso comandante, non imma-



gina quanto burrascoso sia.

Ciò premesso non possiamo che constatare, almeno da quanto ascoltato sulle piazze pre elezioni e tra gli scranni parlamentari nel post elezioni, che né il Presidente del Consiglio né i suoi collaboratori più stretti abbiano ancora ben chiara l'idea di quello che sta succedendo nella sanità italiana. Un tema che sicuramente non può continuare ad essere trattato con toni altisonanti ma privi di spartito, con parole

spesso svuotate di un reale e concreto contenuto, con voli pindarici tra nubi utopistiche... È urgente riportare effettivamente l'uomo, l'uomo malato, l'uomo nella sua fragilità al fatidico "centro del villaggio". Ci sarebbe dunque bisogno di progetti concreti, programmi a misura della persona malata che non chiede di essere semplicemente curata, ma di poter contare su un sistema che si "prenda cura di lei" "facendosene carico", il che non è

certamente frutto di una sottile differenza linguistica. Per noi, strutture ARIS, è una scelta di vita, di servizio.

Prendere in carico nel nostro vocabolario carismatico, significa letteralmente “farsi carico dei problemi dell’altro”, in più, nel nostro caso specifico prendere in carico la sua fragilità. Significa dunque accoglienza, programmazione e organizzazione annuale di tutti i servizi necessari a dare la risposta ai bisogni di ciascun paziente, affiancandolo e garantendogli un’assistenza continuativa.

Il rapporto professionale servizio sanitario / paziente ha una natura profondamente asimmetrica, e difficilmente si tiene in conto che il paziente si trova frequentemente in situazioni di vita difficili e deve affrontare trattamenti complessi che spesso richiedono una gestione burocratica complicata. Ne discende che dovrebbero essere i servizi ad assumere su di sé la responsabilità di accompagnare il paziente nel suo percorso clinico assistenziale. E non si tratta semplicemente di uno strumento di assistenza proattivo. È anche un’occasione per innovare le modalità tecniche, scientifiche e professionali con cui viene gestita la clinica.

Queste considerazioni portano direttamente ad un altro cruciale problema che il mondo della sanità sta affrontando: la sfida della sostenibilità. In Italia, in particolare, la sfida consiste nella capacità di mantenere un Servizio sanitario universalistico e a costo contenuto, quando non del tutto gratuito. Da molti l’indice viene puntato sul percorso di razionalizzazione in corso da tempo, definito piuttosto un razionamento, e si levano molteplici allarmi sul futuro della qualità dell’assistenza sanitaria e sulla possibilità per molti di acce-

dere a cure complesse e costose. E si è allargata sempre di più la forbice tra Nord e Sud, tra malati di serie A e di serie B, ed ora anche tra strutture che, se pure a parità di titoli, servizi, professionalità e tecnologia, per di più convenzionate, vengono considerate non meritevoli di quel sostegno garantitogli dalla legge, tanto più se, come le nostre, non profit.

Non vogliamo tuttavia proporre nuovamente lamentele, sacrosante è bene sottolinearlo, peraltro già rappresentate in ogni comparto governativo nazionale e regionale. Questo perché siamo consapevoli che la partita non si può giocare solamente reclamando risorse che il Paese ha notoriamente difficoltà a reperire. Almeno per via ufficiale. Perché se si decidesse di moralizzare finalmente questo Paese, a partire proprio da chi occupa una qualsiasi posizione di potere, se si frenassero quanti schiaffeggiano la popolazione in serie difficoltà, proponendo e approvando in un batter d’occhio cospicui aumenti di stipendio per il loro servizio pubblico, se si capisse la necessità di estromettere dal sistema Paese quanti mirano solo a soddisfare interessi privati nell’esercizio pubblico, e si decidesse di intraprendere la strada di una gestione fondata sulla correttezza e sulla trasparenza, si scoprirebbe che la sanità non è un costo, ma una risorsa per la società. Se non si capisce, e si intraprende questo cammino, difficilmente ne usciremo senza le ossa rotte. I tempi si presentano ancor più bui: il recentissimo decreto sulla spending review prevede infatti un finanziamento per la sanità tagliato di 38,8 milioni di euro nei prossimi tre anni.

E occorre fare chiarezza sul fatto che il servizio è sempre rivolto alla comunità del Paese, e

questo anche se i soggetti che lo svolgono siano di natura pubblica, di diritto privato no profit o di diritto privato profit. È bene che la gente sappia che tutto si svolge secondo regole ben precise dettate dallo Stato e secondo accordi economici standardizzati e certamente non superiori a quanto il sistema Paese paga per gli stessi servizi svolti dalle strutture pubbliche. Naturalmente lo Stato centrale, che ancora esiste, ha il diritto e il dovere di vigilare che tutto sia svolto nella più completa trasparenza e senza nascondere o invertire le singole responsabilità, siano esse attribuibili alle strutture pubbliche, a quelle private o ai responsabili della sanità nazionale o regionale che siano. Immaginiamo cosa potrà accadere con l'intensificarsi della prassi di assistenza in telemedicina senza ben precise regole, senza accenno a tariffe e costi in un'ottica di servizio pubblico-privato, convenzionato e non convenzionato.

L'esperienza covid ha ormai certificato che senza la sanità privata la sanità pubblica rischia il crollo; così come è vero che non può esistere sanità privata se non lavora al fianco della sanità pubblica. E da quando si parla di riforma del sistema sanitario del Paese, finalmente si parla di mix tra sanità pubblica e sanità privata convenzionata. Ma è ora di passare dalle parole ai fatti. E purtroppo oggi i fatti ci dicono che le cose non vanno in questa direzione. E sono proprio rappresentanti istituzionali governativi e regionali a procedere contromano.

Eppure ogni singola istituzione associata, davanti alla richiesta di aiuto proveniente dalle autorità competenti nel periodo più duro della pandemia ha risposto con prontezza e generosità naturalmente all'interno della propria

specificità e configurazione autorizzativa. La situazione di emergenza e l'insistenza delle autorità regionali ci ha portato ad aprire anche le rsa, che certamente non sono ospedali né case di cura ma case nelle quali si può offrire semplice assistenza sanitaria e personale agli anziani ospiti pluripatologici, i quali devono essere accuditi ed aiutati a svolgere le più semplici funzioni quotidiane. Certo inadatti ad assistere Covid o evitare diffusionsi pandemiche. Eppure siamo stati lasciati soli. Ci erano stati assicurati materiali adeguati almeno a proteggere operatori e pazienti, ma non abbiamo ricevuto nulla se non dopo settimane di attese e di inascoltati solleciti. Ci si è arrangiati con quel poco che avevamo e che abbiamo dovuto razionare, perché il grosso ordinato privatamente e all'estero, ci è stato sequestrato alla dogana e distribuito agli ospedali pubblici. E ed ora ci troviamo, ancora soli, fatti fuori da ogni sorta di ristoro, abbandonati come non esistessimo. Professionalità e onestà intellettuale forse richiederebbero un pizzico di coscienza in più e soprattutto il non prestarsi ai giochi di chi cerca di scaricare proprie responsabilità sui più deboli”.

Non ci sono risorse economiche per venire incontro alle nostre legittime richieste? Qualche piccolo modesto suggerimento: rivediamo il Nomenclatore tariffario in modo serio, pensando che le tariffe sono ferme da oltre 15 anni e che non si può pensare certo di ridurle piuttosto che aggiornarle ai costi attuali.

Aboliamo poi il tetto alle prestazioni convenzionate: per le strutture sarebbe ossigeno puro poter lavorare di più e non essere costretti invece a rifiutare prestazioni a pazienti che si rivolgono alle nostre strutture per “raggiunti limiti” di convenzione, pur avendo ampiamente



la possibilità di intervenire. E per la comunità non sarebbe un'aggiunta di spesa perché la prestazione rifiutata, ricadrebbe comunque sulla spesa pubblica: chi la richiede dovrà comunque riceverla e dunque si mette in lista. Prima o poi la prestazione sarà erogata e avrà lo stesso costo che avrebbe avuto se fosse stata erogata da chi è stato costretto a rifiutarla per limiti imposti. E allora sì che le liste d'attesa sarebbero abbattute e il malato non dovrebbe attendere mesi e mesi per una visita specialistica o un'indagine di laboratorio. Per non parlare dei ricoveri non classificati urgenti. Trattiamo i convenzionati così come stabilisce una legge fin troppo dimenticata – la stessa legge istitutiva del SSN-, cioè riconoscendogli gli stessi diritti e gli stessi doveri delle istituzioni sanitarie pubbliche, poiché svolgono lo stesso servizio, a parità di costi e di professionalità, come parte integrante del sistema salu-

te del Paese. A tutt'oggi i convenzionati sono esclusi persino dai ristori previsti a seguito degli sfaceli causati dalla pandemia, e inesistenti addirittura nel PNRR.

L'Anno che sta per concludersi ci lascia pieni di difficoltà irrisolte e quello che sta per iniziare si annuncia carico di altre. Abbiamo un nuovo Governo, è vero. Siamo consapevoli della situazione del Paese, delle tante difficoltà, della scarsità delle risorse. Ma siamo altrettanto consapevoli che la salute della popolazione è un bene da conservare, soprattutto un diritto costituzionale da salvaguardare. Se però si parla di ridurre il PIL al 6% senza pensare ai disastri che ciò provocherebbe sul SSN vuol dire che c'è poco da sperare. Noi, come sempre ci siamo. Abbiamo scelto di esserci e ci resteremo. Ma non bisogna dimenticare mai che, in fin dei conti, siamo anche stati scelti per esserci.



LA SCURE DELLA SOSTENIBILITÀ SULLA SALUTE DEGLI ITALIANI



di Luigi Corbella

Inutile negarlo, il vincolo che lega evoluzione normativa e *risorse*, soprattutto per quanto attiene ai servizi pubblici essenziali, la tutela della salute in primis, continua a rafforzarsi. Anche i più idealisti, semmai ne fosse rimasto qualcuno, sono rassegnati all'idea che qualsiasi progetto che preveda un impatto sui conti pubblici deve soggiacere ad un severo giudizio di sostenibilità. Se poi ci sono in gioco anche risorse comunitarie, com'è nel caso del PNRR, i vincoli si raddoppiano. L'Europa è d'altronde molto attenta a vigilare sui Paesi ad elevato debito, anche quando circostanze straordinarie, *pandemie e guerre per esempio*, potrebbero giustificare maggiore flessibilità. Se il debito sarà buono o cattivo, come direbbe qualcuno, saranno poi i posteri a giudicarlo.

In gioco, da difendere, certo, ci sono le nostre abitudini, i nostri modelli di consumo e le nostre aspettative di welfare. In una parola l'idea, consolidata nei Paesi ad elevato reddito, che non si possa mai guardare indietro e neppure fermarsi. Come la moglie di Lot. L'importante, aggiungiamo noi, è che nel percorso non siano in troppi a restare indietro. Pandemia e crisi da guerra ci dicono con chiarezza che il conto, alla fine, lo pagano soprattutto le fasce più deboli.

Con questo corredo di consapevolezza prendiamo atto del recente raggiungimento di due importanti traguardi previsti dalla Missione 6 del PNRR. Il Regolamento per la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (DM 77) è stato pubblicato in Gazzetta ufficiale. Sono stati poi sottoscritti con anticipo i Contratti istituzio-

nali di sviluppo (CIS) tra il Ministero della Salute e ciascuna Regione e Provincia Autonoma. L'obiettivo di entrambi, com'è noto, sempre nel solco di quel non tornare indietro a cui accennavamo, è rendere sempre più efficace ed equo il nostro Sistema sanitario, garantendo l'effettività dell'accesso alle cure e alle prestazioni, rafforzando la prevenzione e i servizi territoriale. Sempre con rispetto, o con il limite, dipende dai casi e dai punti di vista, dei processi di regionalizzazione ormai consolidati. I sistemi sanitari sono in realtà tanti quanti sono le Regioni ed esprimono nella loro organizzazione, soprattutto per la parte territoriale e dell'integrazione sociosanitaria, le diverse sensibilità di coloro che le governano.

Livelli essenziali, Leps, e normative nazionali, in sintesi, anche per quanto attiene all'assistenza ospedaliera, fanno soprattutto da guida e da cornice. Cornice che le Regioni riempiono programmando e gestendo in piena responsabilità (anche finanziaria, almeno in teoria), oltre che in autonomia, i servizi a tutela della salute nell'ambito territoriale di loro competenza.

È in corso, per la parte non già novellata dal DM 77, anche un aggiornamento del DM 70/2015 in materia di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

I Contratti istituzionali di sviluppo costituiscono il principale strumento di programmazione identificato dalla normativa nazionale per la Missione 6 Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza - PNRR (art. 56 del Decreto Legge 31 maggio 2021 n. 77).

Tutti i 21 CIS, perché ci sono anche le due provincie autonome, sono stati sottoscritti il 1°

giugno dal Ministero della Salute e dalle Regioni e Province Autonome per un totale di 6.000 progetti, ammodernamento tecnologico e sviluppo della Telemedicina compresi, per il Servizio sanitario del futuro. Questo secondo lo slogan, almeno.

Sono previste 1.350 case di comunità, aperte fino a 24 ore al giorno e 400 ospedali di comunità.

Aldilà delle perplessità attuative di cui diremo, per esempio per quanto riguarda alla disponibilità del personale, i Contratti di sviluppo sono fondamentali per l'attuazione del Pnrr perché declinano il piano operativo e il cronoprogramma di utilizzo dei fondi recovery e del fondo complementare, circa 10 miliardi di euro in totale, già ripartiti con precedenti decreti.

Ogni Regione, soggetto attuatore, dovrà nominare un referente unico del contratto. Al Ministero della salute spetterà il compito di vigilare sull'esecuzione degli interventi in modo costante, tempestivo ed efficace, per garantire il raggiungimento dei risultati previsti (target, tempi e milestone) che costituisce la condizione per ottenere il rimborso delle risorse da parte della Commissione Europea.

Per questi scopi il Ministero ha istituito una Unità di missione e, per gli interventi sulla sanità territoriale si avvarrà anche di Agenas. Inoltre, per assicurare la governance e il controllo del Contratto è istituito un Tavolo istituzionale dove siedono, anche tramite delegati, il Ministro della salute, il Presidente della Regione/Provincia Autonoma e il Ministro dell'economia e delle finanze.

Il Tavolo ha un ruolo importante perché avrà la responsabilità:

- 1) di valutare l'andamento delle attività e il rispetto degli impegni previsti;
- 2) di verificare almeno semestrale, lo stato di attuazione;
- 3) di approvare successive rimodulazioni o modifiche operative e eventuali definanziamenti;
- 4) di far scattare, a maggioranza, i poteri sostitutivi del Governo nei confronti della Regione inadempiente.

L'attuazione dei progetti orienterà anche l'auspicato aggiornamento del DM 70/2015, crediamo.

I temi ritenuti prioritari e strategici sono infatti sempre quelli: ottimizzare l'efficacia, l'efficienza e l'equità del servizio sanitario per quanto attiene all'assistenza ospedaliera.

La deriva pericolosa, anche implicita, che abbiamo già segnalato è che questo processo nel suo insieme si concentri sulla creazione di valore per il sistema sanitario soprattutto in una prospettiva di sanità "pubblica", dove la malintesa accezione "pubblica" dimentica però colpevolmente il privato accreditato, motivato o profit, poco importa, che così diventa soltanto una sorta di competitor, per esempio per quanto attiene al personale.

Le lezioni apprese durante la pandemia e l'analisi realistica degli scenari della sanità attuale dicono invece che è soltanto attraverso la valorizzazione della cooperazione tra pubblico e privato che si possono dare garanzie in termini di posti letto e standard per le strutture ospedaliere, anche in termini di accessibilità e liste di attesa. Cooperazione quantitativamente irrinunciabile, poi, per quanto riguarda l'in-

terazione tra ospedale, territorio, servizi di prossimità e integrazione sociosanitaria e sociale secondo le diverse declinazioni regionali. Una versione aggiornata sistema, se gli obiettivi sono quelli declinati, non potrà prescindere da una reale continuità tra assistenza ospedaliera e distrettuale e da elementi coerenti di sinergia coerenza con le altre politiche di welfare, di sviluppo e coesione territoriale e formazione universitaria. Flessibilità di attivazione e conversione dei posti letto, sviluppo della rete riabilitativa domiciliare, effettiva disponibilità di strumenti di gestione della conoscenza e disponibilità di personale sono obiettivi sostenibili solo in contesto di reciproca collaborazione tra pubblico e privato. Collaborazione che, così noi riteniamo, sicuramente sarà necessaria anche per evitare che in concreto gli aggiornamenti del DM70 e il nuovo DM77 vadano in conflitto tra loro e con i Contratti di sviluppo. Salvo, ma non lo vogliamo nemmeno pensare, che le preoccupazioni circa la sostenibilità economica nel lungo periodo del sistema nel suo complesso facciano indugiare su pericolose tentazioni, per esempio disincentivare il ricorso alle prestazioni a più alto costo a beneficio di soluzioni di presa in carico di livello inferiore. Faremmo tutti la fine della moglie di Lot. Non siamo preoccupati dei programmi di costruzione e individuazione delle neostrutture (CdC OdC e COT). Pensiamo piuttosto alle previsioni in ordine al fabbisogno di personale e all'effetto sostitutivo dell'offerta ospedaliera, anche quella sinora abusata in taluni territori, spesso quelli che meno hanno investito sulla collaborazione pubblico privato, per assenza di alternative credibili.



Sintetizziamo a questo punto i contenuti del Decreto del Ministero della salute, di concerto con MEF, in data 23 maggio 2022, n. 77, “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario””, pubblicato sulla *GU n.144 del 22-6-2022*.

Il decreto richiama anzitutto, nell’ordine:

- la legge n. 311/2004 (art. 1, comma 169) che demanda ad apposito regolamento la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai LEA;
- il DPR 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;
- Il DM (Salute) 2 aprile 2015, n. 70 «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera»;
- il DPCM 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei LEA..»;
- l’Intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome «Patto per la Salute per gli anni 2019-2021» (Rep. Atti n. 209/CSR);
- il DM (Salute, di concerto con MEF) del 12 marzo 2019: “Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell’assistenza sanitaria”;
- il DL 19 maggio 2020, n. 34, per la parte relativa alla costituzione della Cabina di regia del Patto per la salute (che a sua volta ha istituito i gruppi di lavoro tecnici coordinati dalla DG programmazione Min. Salute e da Agenas);
- il PNRR (approvato dal Consiglio UE il 6 luglio 2021, 10160/21), Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale, nonché la corrispondente Riforma;

- il DM Mef 15 luglio 2021 di individuazione del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) di competenza del Ministero della salute;
- il DM Mef 6 agosto 2021, «Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l’attuazione degli interventi del PNRR e ripartizione di traguardi e obiettivi..”, nonché DM Mef 23 novembre 2021, recante modifiche in materia di assegnazione delle relative risorse;
- il DM salute 20 gennaio 2022 recante ripartizione delle risorse del PNRR alle Regioni e alle Province Autonome.

L’obiettivo del Decreto, com’è noto ed evidente anche dalla rubrica, è dare uniformità a livello nazionale agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all’assistenza territoriale e al sistema di prevenzione.

La definizione degli standard viene demandata agli allegati 1 e 2 aventi, rispettivamente, valore descrittivo e prescrittivo. I principi fondamentali evocati sono i soliti: universalità, uguaglianza ed equità. Il loro perseguimento, anche alla luce dell’esperienza della pandemia, richiede però un rafforzamento della capacità di operare vicino alla comunità, progettando il sistema per le persone e con le persone.

L’investimento principale è sull’assistenza primaria ritenuta la prima porta d’accesso alla presa in carico e il presupposto per una successiva più equa e conveniente, oltre che personalizzata, definizione dei processi assistenziali e di cura. Soprattutto in un contesto di invecchiamento della popolazione e di aumento dei bisogni cronici. Il tutto secondo modelli di organizzazione distrettuali intesi quali articola-

zione organizzativo-funzionale dell’ASL locale, determinati in base a parametri quantitativi, riorganizzando e riqualificando contestualmente i servizi territoriali già esistenti. Approccio che anche in termini geografici, osserviamo noi, con l’idea delle Case della comunità al riguardo paradigmatiche, dovrà necessariamente ridisegnare con logiche molto diverse l’assistenza nelle grandi aree urbane rispetto ai territori dove la popolazione è più rarefatta e lo sono conseguentemente anche i servizi. Con tutte le conseguenze del caso in termini di effettiva prossimità. Ma a sopperire, speriamo, lì interverranno telemedicina e innovazione tecnologica.

Il decreto detta poi i tempi a regioni e province autonome che dovranno provvedere entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell’Assistenza territoriale. Regioni e province autonome dovranno altresì adeguare l’organizzazione dell’assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard definiti, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR.

Il monitoraggio semestrale degli standard previsti è assicurato dal Ministero della salute per il tramite dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali che elaborerà al riguardo una relazione semestrale.

Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano applicheranno il decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia avvalendosi altresì delle risorse del PNRR loro assegnate.



Il Mediterraneo: da “mare nostrum” a “mare mortum”

UN TRAGICO NAUFRAGIO DI CIVILTÀ



di Francesco M. Valiante

A metà del secolo scorso Giorgio La Pira, visionario e profetico sindaco di Firenze, lo aveva definito un “lago di Tiberiade allargato”, riconoscendone la missione di custodire “una civiltà che costituisce un messaggio di verità, d’ordine e di bene, valido per tutti i tempi, per tutti i popoli e per tutte le nazioni”. Sessant’anni dopo Papa Francesco ne parla come dell’“avamposto di un tragico naufragio di civiltà” e lo accosta piuttosto all’immagine di “un freddo cimitero senza lapidi”, tuonando contro chi ha trasformato l’antico *mare nostrum* in “un desolante *mare mortum*” (Le sbo, 5 dicembre 2021).

Singolare destino quello del Mediterraneo, specchio d’acqua che nel tempo ha riflesso splendori e miserie, potere e decadenza dei popoli che vi si affacciano. Sulle sue rotte hanno viaggiato millenni di storia. È stato teatro di conquiste e frontiera mercantile, approdo di dolore ma anche culla di vita e di umanità. Eppure non sempre ha saputo tener fede a quella vocazione “universale” che gli ha affidato la natura collocandolo alla convergenza di tre lembi continentali – Europa, Asia e Africa – e dotandolo anche di uno sbocco diretto sulla distesa atlantica puntata verso le Americhe. Al resto ci ha pensato l’uomo, artefice del taglio dell’istmo che sulle sponde opposte gli ha consentito di unirsi

all'area oceanica indiana e ne ha sancito così la definitiva consacrazione a "crocevia" di mondi differenti e lontani.

Da Gibilterra a Suez. Oggi nei 22 Paesi distribuiti sulle sue rive vivono oltre 520 milioni di persone: difficile trovare in altre parti del pianeta una varietà etnica, religiosa e sociale concentrata in uno spazio così circoscritto. Non a caso Fernand Braudel, chiedendosi cosa fosse in realtà il Mediterraneo, non esitava a rispondere: "Mille cose insieme. Non un paesaggio, ma innumerevoli paesaggi. Non un mare, ma un susseguirsi di mari. Non una civiltà, ma una serie di civiltà accatastate le une sulle altre". Descrizione da storico di razza, che nel linguaggio più sobrio e immediato di Bergoglio suona semplicemente: "il mare del meticcio" (Bari, 23 febbraio 2020).

Meticcio, appunto. Ma anche inclusione, dialogo, incontro, accoglienza: è evidente come certe parole chiave del magistero di questo Papa trovino proprio nella mappa geopolitica del Mediterraneo un formidabile banco di prova. Come se Francesco – più o meno consapevolmente – puntasse le sue carte sul destino di un'area che si rivela cruciale non solo per il futuro di pace del pianeta ma anche per saggiare la tenuta di un pontificato impegnato sin dall'inizio a tessere reti e abbattere muri tra i popoli.

La vicenda delle migrazioni è esemplare in questo senso. Secondo l'Unhcr, il numero di coloro che nel 2021 hanno attraversato il bacino mediterraneo per raggiungere il vecchio continente ha raggiunto quota 123.500, con un aumento di quasi 30.000 unità rispetto al 2020 (quando peraltro hanno pesato le chiusure causate dalla

pandemia). Ma l'aspetto più allarmante è la cifra altissima dei morti annegati, che lo scorso anno sono stati ben 3.231.

Dati che senza dubbio inquietano. E che, tuttavia, spiegano come le tragedie marittime della disperazione, con la loro fredda contabilità di morte, siano agli antipodi del progetto globale e cosmopolita a cui lavora Bergoglio. Soprattutto perché ne capovolgono un paradigma indispensabile, basato sulla funzione strategica e simbolica dell'acqua. Nella quale religioni e culture di ogni latitudine da sempre riconoscono la "madre" che genera, il lavacro di purificazione, il luogo della rinascita. Simbolo primordiale di relazione, l'acqua crea legami, favorisce l'incontro, stimola la condivisione. Dall'acqua scaturisce la vita, intorno all'acqua ferisce la vita.

Ecco perché, trasformato da spazio di libertà in via obbligata di fuga e di sradicamento dell'anima, il "mare mortum" è estraneo al pensiero e allo stile pastorale di Francesco. Lo ha confermato, da ultimo, il recente viaggio in Bahrein – il piccolo arcipelago del Golfo visitato dal Papa all'inizio di novembre – nel cui nome (che in arabo significa "regno dei due mari") è già impressa una vocazione eloquente. Proprio rimarcando questa circostanza, il Pontefice ha richiamato con termini inequivocabili la sua visione geopolitica. "Le acque del mare mettono in contatto le terre e in comunicazione le genti, collegando popoli distanti" ha affermato. E nel ricordare l'antico detto "Ciò che la terra divide, il mare unisce", ha aggiunto: "Il nostro pianeta Terra, guardandolo dall'alto, si presenta come un vasto mare blu, che congiunge rive diverse. Dal cielo sembra ricordarci che siamo un'unica famiglia: non isole, ma

un solo grande arcipelago”.

Visione quasi idilliaca, che stride tuttavia con gli eventi drammatici di cui sono piene le cronache di ogni giorno. Le scie dei barconi dei migranti in cerca di approdo su sponde spesso ostili disegnano sulle acque del Mediterraneo “fratture” via via più laceranti. Solchi profondi che allargano le distanze e dilatano i confini tra i popoli anziché avvicinarli, spezzando la trama di un disegno profetico e audace: quello del “mare unico dell’umanità” invocato oggi da Bergoglio e prefigurato negli anni ’50 del secolo scorso proprio da La Pira, iniziatore di quei “Colloqui mediterranei” che già allora riconoscevano al grande bacino la “responsabilità capitale” di essere “un focolare vivente e universale dove gli uomini possono ricevere le luci della conoscenza, la grazia della bellezza e il calore della fraternità”.

Negli ultimi tempi la strada dei sovranismi e delle scorciatoie unilaterali – con l’illusione di governare i flussi migratori chiudendo le frontiere e impedendo gli sbarchi – ha ripreso fiato. Ma non serve certo a ritrovare l’antica identità dell’“universo mediterraneo”, che le rotte della mobilità umana hanno reso nel tempo vettore di civiltà e laboratorio di libertà per popolazioni destinate altrimenti a restare ai margini della storia. Piuttosto, serve a confermare la lucida analisi di un altro grande storico francese, Maurice Aymard, che già qualche anno fa denunciava la deriva di nazionalismi e frammentazioni in grado di trasformare il bacino in “un moltiplicatore mondiale di instabilità”. Lo dimostrano ancora oggi la questione irrisolta del conflitto israelo-palestinese e le turbolenze che agitano Paesi come la Siria, il Libano, la Turchia, la Libia.

Senza contare le tensioni interreligiose che percorrono diverse regioni dell’area e minano alle fondamenta quella che fu la visione lapiriana di un mare “culla” delle tre grandi fedi monoteiste: cristianesimo, islam ed ebraismo.

Ma forse è proprio il sogno dell’antico sindaco fiorentino la più ragionevole delle “utopie” finora immaginate per restituire al Mediterraneo il volto di autentica frontiera di pace. Mentre la politica segna il passo e le opzioni militari attestano il tragico fallimento dell’umanità – ne è oggi la prova più lampante il conflitto in Ucraina – la religione conserva ancora una freccia al suo arco e reclama una chance, invocando pieno diritto di cittadinanza nel consesso dell’umanità. Al netto di sincretismi o tentazioni temporaliste, i credenti nell’unico Dio hanno in serbo ragioni nuove per il vivere civile, perché portatori di un orizzonte di senso che oltrepassa visioni di corto respiro e apre le porte a una vera e propria “diplomazia della trascendenza”.

Dalla geopolitica alla geo-spiritualità il passo è breve. La strada è quella tracciata dal Vaticano II, di cui proprio quest’anno ricorre il sessantesimo anniversario dell’apertura. Sono state la lungimiranza di Giovanni XXIII e poi la coraggiosa determinazione di Paolo VI a far germogliare quella “primavera dello Spirito” che ha ridato alla Chiesa la capacità di uno sguardo di amicizia sul mondo. E che oggi rende possibile costruire spazi concreti di coesistenza e di collaborazione tra uomini di fedi e culture diverse: un messaggio e una profezia attualissimi anche per il Mediterraneo, antico crocevia di popoli chiamati – in un tempo drammatico e complesso – a ricomporre il grande mosaico della fratellanza.



LA BALLATA DEI DIRITTI



di Francesco Ognibene

Ma davvero l'aborto è un "diritto"? E può esserlo anche la morte? Non se n'è mai parlato come in questo tempo nel quale pare divenuto insindacabile tutto ciò che viene scelto da una persona sulla sfera della propria vita personale. A giudicare dal flusso di idee nel quale siamo immersi, non devono più esistere limiti all'autodeterminazione in fatto di gravidanza (portarla avanti o interromperla) e di malattia anche non terminale (morte medicalmente assistita), fino a considerare plausibile l'assunto che non occorra esporre motivazioni personali di sorta ad alcuna autorità preposta a "filtrare" le domande almeno per escludere quelle prive di più che fondati argomenti clinici: se lo voglio (abortire, morire) lo faccio, e la società o lo Stato non devono sognarsi di toccare questo territorio privatissimo. Più ancora di ogni altro principio, oggi pare indispensabile essere (sen-

tirsi) liberi sempre, "sino alla fine", come recita lo slogan del movimento eutanasiaco. Guai a chi si frappone, a chi lo mette in dubbio, a chi pone il limite del rispetto degli altri. Tutto dev'essere reso possibile, anche disporre della vita. Se è sufficiente la volontà personale per farlo, e se non è previsto alcun vaglio della qualità di questa volontà, vuol dire che il bene in balia della libertà individuale ha un rilievo pubblico inferiore. Non ci deve sfuggire la portata deflagrante di questo concetto, che prima ancora di essere scritto nelle leggi è diventato ormai patrimonio della coscienza collettiva, come un dogma al quale non si riescono a opporre argomenti proporzionati. Se lo voglio, posso farlo: è mio diritto, dunque l'autorità pubblica deve codificarlo e garantirlo, rimuovendo ogni ostacolo e persino qualunque obiezione, ritenuta un pericoloso tentativo di destabilizzare il nascente ordine sociale iperlibertario. Come si argina una simile presunzione di onnipotenza? Proviamo a entrare ancor più in profondità, semplicemente ragionando. Secondo questa idea "dirittista" della vita umana, ci sarebbe un'area che può essere sottratta a quello che è sempre stato il criterio fondativo di qualunque ordinamento, ovvero



che
è l'auto-
rità pubblica a
vigilare sulla nostra integrità, a tutelare la vita da qualunque minaccia là dove non possiamo farlo da soli (per questo esistono le forze dell'ordine, la giustizia, la stessa legge) o non siamo più in grado di farlo per vulnerabilità fisica, emotiva o economica (è il principio che sostiene la centralità del Sistema sanitario tra le istituzioni del Paese). Siamo alle fondamenta stesse del patto che regge una comunità civile, metterci le mani può avere serie conseguenze per tutti. Alla base dei diritti assicurati dallo Stato infatti c'è la garanzia che anche se volessi rinunciare alle mie prerogative in quanto cittadino e prima ancora persona umana ci sarà chi vigilerà perché non lo faccia, sostituendosi temporaneamente a una volontà davanti alla quale quei diritti fondanti sembrano

essersi offuscati (è il caso dell'aspirante suicida). A fondare tutto l'edificio sociale è il diritto alla vita come principio primo al quale non si può rinunciare mai, neppure volendolo, perché il suo contrario – il “diritto alla morte” – prende consistenza dalla rottura di quel patto.

Ma perché questo caposaldo di garanzia istituzionale sia condiviso da tutti occorre che il bene che per definizione va tenuto al riparo da arbitri, sopraffazioni del forte sul debole e autolesionismi – il bene della vita, propria e altrui – sia riconosciuto dalla collettività come intangibile, sottratto alla nostra disponibilità. È proprio questo però che è venuto meno, e che pare sempre più in discussione. Il soggettivismo nutrito dalla cultura consumista sta generando la disgregazione dell'idea che in una società organizzata si possa parlare di “diritto” solo dentro il perimetro del patto sociale fondato sul rispetto dell'integrità propria e degli altri (nessun cittadino ha meno dignità, cioè meno diritto all'integrità, di un altro). Se “diritto” può essere anche altro, qualcosa che questa integrità non riconosce più come antecedente alla stessa codificazione della convivenza in regole e leggi, allora tutto è potenzialmente “diritto” per il semplice motivo che la mia volontà non può essere soggetta a limiti. Se sono padrone della vita, cos'altro potrà fermarmi? Venuto meno il principio che regge tutti gli altri – la “sacralità laica” della

vita –, non c'è motivo di circoscrivere altre affermazioni di “diritti” perché ogni criterio per concordare vincoli e barriere diventa di per sé discutibile.

Secondo l'etica dei “diritti civili” – quei beni non più riconosciuti dallo Stato così come sono perché lo precedono ma definiti e negoziati di volta in volta, a seconda delle stagioni culturali e politiche – lo Stato dovrebbe disinteressarsi del fatto che un suo cittadino minaccia la vita (propria col suicidio assistito, altrui con l'aborto) fino al punto di poterla sopprimere. Si è passati dalla vita come diritto intangibile al diritto di disporre a piacimento di quella stessa vita umana che non è più principio assoluto ma “disponibile”, se aborto e suicidio assistito o eutanasia entrano nel novero dei diritti e della loro codificazione per legge. Per questo ogni lesione pur condizionata e calibrata dell'indisponibilità della vita va valutata con estrema attenzione e sottoposta a regole e contrappesi espliciti e stringenti. Non è inutile o velleitario dirlo e ripeterlo: perché mentre si discute di normare la “morte medicalmente assistita” come ipotesi del tutto eccezionale e condizionata a criteri tassativi già si parla di estendere l'accesso a questa pratica a chiunque ritenga soggettivamente di essere in una situazione di “irreversibilità” della malattia, fosse anche uno stato depressivo. Così che dai casi come dj Fabo – che ha ispirato la sen-

tenza 242 della Corte costituzionale dalla quale è nata la necessità di scrivere una nuova legge sul fine vita dopo quella del 2017 sulle Dat – si parla già di aprire la “morte a richiesta” anche a malati di sclerosi multipla (è già accaduto, e già c'è una sentenza assolutoria per chi ha dato una mano al suicida), tumore e disagio psichico. Un pozzo senza fondo, che aprirebbe presto la porta della morte di Stato a demenze, disabilità e patologie infantili.

Assistiamo a una rivoluzione lenta e inarrestabile dell'etica pubblica e della mentalità-



tà condivisa, tale è la forza dirompente del tandem libertà-diritto. La vita e la morte, l'aborto o il suicidio assistito, devono essere liberati da ogni impaccio regolamentare, diventando così una prestazione che si può pretendere dalle autorità.

Se la vita è il "principio primo" che traccia il perimetro insuperabile della convivenza sociale, colpisce che la cultura pubblica – quella veicolata dai principali media e che condiziona la mentalità collettiva, scrivendo le coordinate entro le quali è ritenuto "corretto" pensare e giudicare – consideri oggi la soppressione della stessa vita un "diritto", al pari di istruzione e salute. Una contraddizione patente, persino clamorosa, col quale è indispensabile sapersi confrontare. Perché è uno dei dogmi della cultura di massa: la sua stessa larga circolazione non ci consente di liquidarlo come un semplice errore di rotta, o una moda passeggera. È anzi uno dei segnali più chiari che siamo nel bel mezzo di un "cambiamento d'epoca", come ci ripete il Papa.

Si spiega con l'impennata del concetto stesso di diritto individuale, assunto a perno indiscutibile del pensiero e della cultura, la scoperta dell'aborto come diritto, concetto che ha attraversato l'intera campagna elettorale per le elezioni parlamentari ma del quale non si rinviene traccia persino nella legge 194. Può sembrare incredibile, ma è così: lo stesso Parlamento che a maggioranza nel 1978 introdusse nel nostro ordinamento un'eccezione condizionata all'intangibilità della vita umana non ne parlò come "diritto", pur potendolo evidentemente fare, se l'avesse considerato co-

me tale. La lettura della legge è estremamente istruttiva al riguardo. La parola "diritto" compare in tutta la legge solo due volte, ed entrambe le volte riguarda la vita e non l'aborto. La prima citazione è proprio nell'incipit dell'articolo 1, là dove tutte le leggi dichiarano il loro "programma": "Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio". L'altra presenza, più tecnica, è nella seconda parte dell'articolo 10, che pone in capo alle Regioni tutto ciò che riguarda l'aborto, specificando anche che "sono a carico della regione tutte le spese per eventuali accertamenti, cure o degenze necessarie per il compimento della gravidanza nonché per il parto, riguardanti le donne che non hanno diritto all'assistenza mutualistica". Né un risultato diverso si ottiene cercando il ricorrere di "diritti", al plurale. Tre le citazioni: all'articolo 2, primo comma, con l'obbligo in capo ai consultori di informare la donna «in stato di gravidanza» sui «diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale»; all'articolo 5, che detta il dovere della rete consultoriale di «aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre»; e l'impegno del medico a informarla «sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie». Cinque citazioni di "diritti" lungo l'intera 194, e tutti dalla parte della vita. C'è molto da riflettere.

ARIS



e pluribus unum

L'ARIS e i suoi Parnter



L'ARIS E I SUOI PARTNER

L'Aris, Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari, riunisce i rappresentanti di enti e Congregazioni ecclesiali che erogano servizi di assistenza socio-sanitaria sull'intero territorio nazionale. Fondata nell'anno 1963 l'Associazione ha percorso un lungo cammino nella sanità italiana, iniziato ben prima che fosse istituito il SSN (78). Da oltre mezzo secolo dunque raccoglie opere che si rifanno direttamente alla Chiesa Cattolica.

Oggi più che mai l'ARIS deve guardare a quel nuovo umanesimo che si rivela soprattutto nei luoghi di diagnosi e cura, nei presidi ospedalieri e nelle realtà riabilitative e residenziali, laddove si rende più tangibile la sua fragilità. La rimodulazione dell'assistenza sanitaria, con la chiusura di taluni centri e la marcata riduzione dei posti letto, ha determinato nuove criticità e conseguentemente ha reso più difficile, per alcuni addirittura impossibile, l'accesso alle cure facendo venir meno, in certi casi, lo stesso diritto alla salute sancito dalla nostra Costituzione. Proprio in questi frangenti la presenza dei presidi e dei luoghi di cura di matrice religiosa riveste una grande importanza. È negli orientamenti morali della Chiesa e nella sua Dottrina Sociale che essi trovano quei criteri di discernimento che fondano e guidano la loro azione nel campo della medicina, sia sul versante della clinica e dell'assistenza che sul piano della ricerca scientifica. Consapevole che si può e si deve fare la differenza, anche se il momento è difficile e la sfida ardua, l'ARIS, e tutte le istituzioni



che ne condividono lo spirito, ha fatto la scelta di esserci, sviluppando una profonda riflessione sulle motivazioni e sulla missione di una sanità cattolica, fortunatamente presente sul territorio nazionale.

È la base su cui poggiano opere che consapevolmente e volentieri assumono su di sé anche la responsabilità di una “evangelizzazione” non solo declamata, ma intessuta, giorno dopo giorno, di gesti concreti che - nell’umiltà, nella dedizione incondizionata, nel pieno e solidale rispetto della sofferenza con cui sono posti - cercano, sia pure faticosamente, di dare testimonianza dell’Amore più grande che ha chiamato alla vita e, ad un tempo, la trascende. Ma, come è noto, non ci può essere identità senza memoria. Ed è per questo che ancora oggi, tempo di “nuove forme di evangelizzazione”, queste opere restano saldamente ancorate alla storia dei carismi e dei fondatori e confermano la loro fedeltà alla Chiesa, ribadiscono la loro dedizione al rispetto integrale della persona in ogni fase della vita, dal concepimento alla sua naturale conclusione, avvertono - oggi in particolare, con forte intensità - l’onere di testimonianza cristiana che anche ad esse compete in maniera del tutto specifica, secondo la delicatissima natura del loro carisma e della loro missione. Una testimonianza particolare del nostro essere Chiesa accanto a chi soffre l’hanno offerta le strutture associate nel rispondere prontamente alla sfida pandemica del Sars-Cov2.

Lo hanno fatto e lo fanno ancora oggi anche grazie alle migliaia di operatori sanitari impegnati nelle strutture associate. Dirigenti, medici e operatori sanitari offrono un qualcosa in più con la testimonianza quotidiana nelle corsie dei nosocomi, nell’ottica di una medicina innovativa e di carattere antropologico dove la ricerca e l’etica sappiano essere coerenti e strettamente connesse. E non dimenticano mai di volgere lo

sguardo verso le vecchie e nuove povertà che affliggono l'umanità del Terzo millennio.

La nostra realtà è costituita da Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, Ospedali Classificati e Presidi Ospedalieri, Case di Cura, Centri di Riabilitazione RSA, Strutture Socio/sanitarie, ex Ospedali psichiatrici e altre tipologie di Residenze Sanitarie, che, accomunati da una convinta adesione a principi di rigorosa tutela della dignità della persona e della vita, hanno accompagnato l'evoluzione politico-istituzionale, organizzativo-gestionale e, soprattutto, clinico-scientifica e metodologica della sanità italiana.

Di quest'ultima, ARIS ha sempre condiviso gli sviluppi, i significativi progressi, i necessari mutamenti, le attese ed anche i limiti, cosicché si sente oggi in dovere di proporre ai propri associati linee ed indirizzi cui ispirare le innovazioni indispensabili nell'attuale contesto. Ma soprattutto ritiene di aver titolo a suggerire possibili ulteriori evoluzioni del sistema sanitario del nostro Paese, dirette ad assicurare – in ossequio al dettato costituzionale - pari opportunità di cura a tutti i cittadini ed alle persone che, indipendentemente dalla loro condizione sociale e civile, condividono le prospettive e le speranze della nostra collettività nazionale.

Le strutture sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali, afferenti all'ARIS, globalmente considerate, rappresentano una realtà rilevante per numero, prestazioni erogate e personale addetto, tanto che prescindere da esse significherebbe, soprattutto in alcune Regioni, mettere in crisi il sistema sanitario nazionale. E questo soprattutto in vista dell'attesa riforma del sistema salute del Paese legata soprattutto al rinnova-

mento della sanità territoriale.

Le strutture associate operano in regime no profit, il che, come è noto, fissa il loro obiettivo non al guadagno quanto piuttosto al miglioramento costante del servizio da rendere alla fragilità. Per cui eventuali margini di gestione devono essere impegnati per lo sviluppo ed il miglioramento delle prestazioni. Operano in regime di convenzionamento con lo Stato e le Regioni, attraverso l'accreditamento. Naturalmente pur mantenendo fede alla loro missione di servizio, devono operare in un sistema dominato dalle leggi del mercato e dunque devono pensare attuare una gestione secondo i criteri del buon padre di famiglia, avendo tra l'altro l'onere del sostentamento delle migliaia di operatori sanitari, e delle loro famiglie, che lavorano nelle strutture. I tempi che corrono, attraversato da crisi economiche di varia natura, l'insensibilità e l'inadempienza da parte di alcune istituzioni governative, rendono la sostenibilità delle strutture sempre più difficoltosa. Per questo motivo ARIS ha da qualche tempo deciso di aiutare le strutture a reperire sul mercato aziende e società di servizi disposte ad un percorso di partenariato con ARIS, che si traduce in proposte di beni e servizi che, nel rapporto qualità/prezzo siano realmente in grado di offrire possibilità di risparmio nella gestione ordinaria e straordinari degli Istituti.

In questo inserto abbiamo raccolto così le due realtà, Associati e Partner, a simboleggiare il cammino comune che abbiamo intrapreso, sperando che siano in tanti ad affiancarci nel prosieguo del tempo.



Aumenta l'efficienza, abbatti i costi energia!

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

www.atetsrl.it



Impianti



Energy Management



Efficienza Energetica

**Contattaci per
informazioni**

commerciale@atetsrl.it



Ci prendiamo cura dei vostri rischi

Potete contare su di noi

Oltre 400 strutture sanitarie si affidano a noi perché sappiamo prenderci cura dei loro rischi. Le affianchiamo nella gestione di qualunque necessità, anche complessa e in situazioni di emergenza, attraverso una consulenza qualificata e soluzioni assicurative su misura.

 **ASSITECA**
consultative broker

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 carica virale patogena



Abbattimento
della farmaco-resistenza
FINO AL 99,9%



- 99,9% DELLA CARICA VIRALE*
- 62% DELLE INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA*
- 70/99,8% DEI GENI DI RESISTENZA AGLI ANTIBIOTICI*
- 70/96% DEI PATOGENI RISPETTO AI METODI TRADIZIONALI*



- 51% DEL CONSUMO FARMACI ANTIMICROBICI*
- 78% DEL COSTO DELLA TERAPIA ANTIMICROBICA*
- 320 MILIONI DI EURO RISPARMIABILI IN SOLI 5 ANNI NEGLI OSPEDALI ITALIANI DI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI*



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



Riduzione delle infezioni correlate all'assistenza
DEL 62%



Riduzione dei costi correlati della terapia antimicrobica
DEL 79%

PCHS®
igiene biostabile

pchs.it

copma
produttori di igiene
cultura dell'autobio

copma.it



PRODOTTI E STRUMENTI PER PROFESSIONISTI

Scopri chi siamo
www.wuerth.it

#READY
FOR WORK

Seguici sul social



Per informazioni: aris@wuerth.it



ECCLESIA
GEAS SANITÀ



NON GIOCARE CON IL RISCHIO.

affidati a uno specialista.

PER LE STRUTTURE SANITARIE
PER I PROFESSIONISTI SANITARI

ASSICURAZIONI

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

GESTIONE SINISTRI

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

RISK MANAGEMENT

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

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

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

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

Specialisti nell'assicurare la sanità dal 1909

ECCLESIA GEAS SANITÀ

Tel: +39 06 85 32 61

info@ecclesiageas.it - www.ecclesiageas.it



ECCLESIA
GROUP

ALSCO

Linen and Uniform Rental Services

Igiene, protezione, sicurezza.

Veste il lavoro, firma l'igiene.



AMBIENTI
CONTROLLATI



ABITI PROFESSIONALI
E DPI



PRODOTTI
COMPLEMENTARI



BIANCHERIA E
DIVISE PER LA SANITÀ



IGIENE BAGNO



TAPPETI

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**.



filmafir s.r.l.

La Filmafir SRL supporta le organizzazioni nella **cura** e nella **promozione** della propria immagine per accrescere il **senso di appartenenza** del personale interno e ottenere la **migliore visibilità** all'esterno.

UFFICIO STAMPA E COMUNICAZIONE

30 ANNI DI ESPERIENZA NELLA COMUNICAZIONE IN SANITÀ

Attività

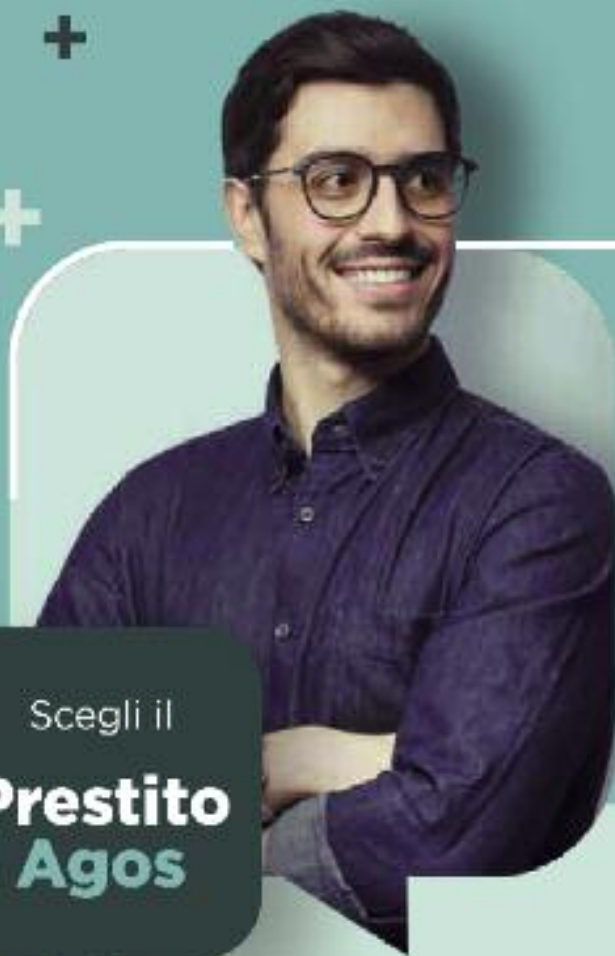
- Ufficio Stampa e Relazione con i Media
- Social Media/Web Management
- Servizi video-giornalistici e spot promozionali
- Grandi eventi e iniziative di raccolta fondi
- Programmi TV Istituzionali
- Riviste e Newsletter istituzionali (su carta e web)
- Elaborazione di materiale grafico
- Siti web e attività SEO



06.6837301 - 3356571149 | ufficiostampafbf@gmail.com

ProgettoAgos

Il tuo mondo con qualcosa in più!



Con Agos puoi
richiedere fino a

30.000€

per ogni tua
esigenza

Dedicato a
ARIS

Scegli il

**Prestito
Agos**

Soluzioni innovative per i tuoi progetti



Filiale Agos
dedicata



Consulente
remoto o fisico
dedicato



Strumenti digitali
per tenere tutto
sotto controllo

Chiamaci per fissare un appuntamento

NUMERO VERDE

800 12 90 10

Lun-Ven: 9.00-21.00 | Sab: 9.00-18.00

Ti basterà presentare pochi documenti: carta di identità, tessera sanitaria e documento di reddito

Ti ricordiamo che la richiesta di prestito personale è soggetta ad approvazione di Agos Ducato S.p.A.

Messaggio pubblicitario. Per ulteriori informazioni richiedere in filiale o Agenzia Autorizzata Agos il "Modulo Informazioni europee di Base sul credito ai consumatori" (SECCI) e copia del testo contrattuale. Offerta valida fino al 31/12/2021



Servizi
Sanitari
Integrati

**Affidabilità
Innovazione
Dedizione**



BLOCCO OPERATORIO



**VESTIZIONE PERSONALE SANITARIO
E DISTRIBUZIONE AUTOMATIZZATA**



SERVIZI ACCESSORI



**VESTIZIONE LETTO
OSPEDALIERO**



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





Vicini alle vostre esigenze

GRUPPO MIVRA

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

Un unico interlocutore

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

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

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



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

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

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

www.previdir.it



PREVIDIR

Fondo di Assistenza Integrativa

Cosa
potrebbe
diventare
la
tua
ghianda ?



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

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

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

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

Idee di qualità



 **POLIEDROS**[®]
Management Consulting

MILANO

ROMA

TORINO

VENEZIA

T.02-25061658

info@poliedrosconsulting.com

www.poliedrosconsulting.com



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

in collaborazione con



Active Network
Ready to business



OPTIMUM

La soluzione IT definitiva

Grazie a un'attività di consulenza mirata avrai:

- ✓ Risparmio garantito del 20% sui tuoi costi di telecomunicazione
- ✓ Ottimizzazione delle performance della tua infrastruttura di rete
- ✓ Miglioramento della cyber security dei tuoi sistemi

“ Scegli anche tu il miglior sistema per comunicare ”

per informazioni: aris@activenetwork.it

Doctolib

Doctolib per gli Ospedali

**Semplifica il percorso di cura del paziente e
ottimizza l'attività delle strutture ospedaliere**



Migliora il percorso di cura del paziente



Aumenta le visite private



Ottimizza l'attività della struttura

(incluso SSN)



Semplifica i task amministrativi



Per saperne di più inquadra il QR code



ASSICURAZIONE E GESTIONE DEI RISCHI



Creata in Francia nel 1927, Sham - gruppo Relyens è il partner di riferimento degli operatori europei dei settori sanitario e socio-sanitario. Partecipando attivamente alla prevenzione, gestione e copertura dei loro rischi, Sham garantisce la sicurezza, la continuità e la qualità della loro attività, contribuendo a realizzare un sistema di cura più sicuro per pazienti e cittadini.

Nel 2023,
Sham diventa  relyens.

Il 2 gennaio 2023, il marchio Sham lascerà il posto al marchio Relyens.
Per affermarsi come Risk Manager degli operatori sanitari in Europa.
Per raggiungere una nuova fase di maturità nel nostro sviluppo di Gruppo mutualistico e servire sempre meglio i nostri clienti e soci.
Per andare ancora oltre, al servizio delle donne e degli uomini che agiscono quotidianamente a favore dell'interesse generale.

**Gestire i rischi,
condividere la fiducia.®**

relyens.eu #WeAreRelyens



WASTE PROCESSING
TECHNOLOGIES

SOLUZIONI
PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI,
PER UN FUTURO SOSTENIBILE

CERTIFICATA • GARANTITA • SEMPLICE DA UTILIZZARE

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

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

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

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



ESEMPI DI CDR



TURN WASTE INTO A COMMODITY



Inside of every problem lies an opportunity (Rabbi Kiposaki)



WPT s.r.l.

Registered Office

Via Nazario Sauro, 58 • 10093 Collegno (TO) • IT • Tel. +39 0141 1768169

www.wpt-italy.com • info@wpt-italy.com

Operational Headquarters

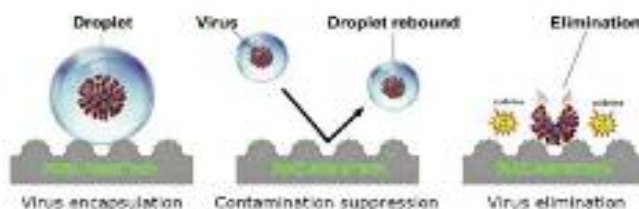
Strada per Buttigliera, 73 • 14019 Villanova D'Asti (AT) • IT

Per contatti rivolgersi a:

Ing. Paolo Inguscio 393.3280039

MAC-NanoTech PAD

Salvietta auto-igienizzante, permanente, multisuperficie



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

Specifiche tecniche MAC-NanoTech

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

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

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

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

Non necessita l'uso di detergenti specifici.

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

CESSIONE DEI CREDITI

crediti in scadenza

crediti scaduti

sanità e P.A.

pro soluto



Contattaci:
commerciale@maximamediazione.it
Tel 06.83361090 - 328.5410839

MAXIMA
SOCIETA' DI MEDIAZIONE CREDITIZIA
Iscrizione OAM n° M507



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI



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

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

Per maggiori informazioni

www.qnomossanita.com/aris



Inquadra il codice

Assistere, prendendosi cura.

Al fianco degli Enti, a sostegno della Persona

Dal 1991 la Cooperativa Sociale Nuova Sair affianca Enti Pubblici, Privati, Religiosi ed Ecclesiastici nella gestione dei servizi socio-sanitario-assistenziali, in regime Domiciliare e presso Strutture Ospedaliere, Residenziali e Riabilitative.

Nuova Sair è presente in tutta Italia, si avvale di oltre 3.000 operatori e garantisce più di 3.800.000 ore di assistenza ogni anno.



PROGETTARE SERVIZI INTORNO ALLA PERSONA

rispondenti ai bisogni degli assistiti, alle esigenze organizzative degli Enti ed al principio di sostenibilità economica



EROGARE SERVIZI PER LA PERSONA

di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, educativo, socio-sanitario ed assistenziale



INNOVARE SERVIZI INSIEME ALLA PERSONA

digitalizzazione, e-health e servizi complementari a supporto della qualità e sicurezza assistenziale

ALCUNI ENTI CHE CI HANNO SCELTO:

UBCM
Policlinico Universitario
Campus Biomedico

FONDAZIONE
Policlinico Tor Vergata

ULSS6
Eugenea Veneto

ATS
Sardegna

ASP
Palermo

Comune
di Milano

SEDE LEGALE E DIREZIONE

Roma, Viale del Tecnopolo 63
Tel. 06 49800472
nuovasair@nuovasair.it
www.nuovasair.it

SEDI OPERATIVE

Roma, Milano, Napoli,
Palermo, Cagliari,
Ancona, Viterbo, Tivoli,
Firenze



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



Insieme a chi assiste,
al servizio dei più fragili



medihospes

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

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



EBN GROUP

Professionisti nel mercato dell'energia!

Siamo un'agenzia che opera in tutto il territorio nazionale, forniamo **luce e gas** collaborando con le più grandi compagnie di distribuzione.

Specializzati nelle grandi strutture sanitarie e industriali, offriamo **soluzioni personalizzate per garantire la massima efficienza**, senza sprechi!

- **Consulenza** gratuita
- **Analisi** dei consumi e delle necessità
- **Contratti chiari** senza sorprese
- **Assistenza** gratuita 7 giorni su 7 / 24 ore su 24
- Energia e Gas **100% green** ecosostenibile

Seguiamo il cliente mese per mese informandolo sull'andamento del mercato e ci dedichiamo alla ricerca e all'ottimizzazione dei costi tramite **efficientamento energetico** con fotovoltaici, cogenerazione, trigenerazione e generatori.



Sede legale:
Via Giuseppe Garibba, 2
37138 Verona
PIVA 04453230239

Sede Operativa:
Via Benedetto Marcello, 4
36100 Vicenza

Telefono: 0444291651
Assistenza: 3423756745 / 3669822195
Mail: info@gruppoebn.com



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 quasi ad esempio: ospedali, case di cura, aziende, locali di produzione, locali commerciali, stenei, mense, ristoranti, testando prodotti ecosostenibili e servizi ad alto livello professionale. L'obiettivo è quello di assicurare il massimo livello di pulizia, sanificazione ambientale e protezione personale individuale, riducendo così al minimo i rischi di contaminazione da contatto. Ogni passo intrapreso è sostenuto da un minuzioso controllo procedurale della qualità, operato innanzitutto all'interno dell'azienda e poi certificato da enti terzi deputati al monitoraggio della qualità di prodotti e servizi. Quadrante Igiene srl offre un servizio di qualità certificata ISO 9001:2015, ISO 45001:2018, ISO 14001:2015.

SERVIZI DI PULIZIA E SANIFICAZIONE



FORNITURE DI DETERGENTI E PRODOTTI PER PULIZIE



ACCESSORI E MONOUSO, FORNITURA DI PRODOTTI MEDICALI MONOUSO



GESTIONE RIFIUTI URBANI E SPECIALI



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

NOVITÀ

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



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



OFFERTA SPECIALE

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





ARIS



Largo della Sanità Militare, 60 - 00184 Roma

Tel. 06.7726931

www.arisassociazione.it - segreteria@arisassociazione.it



Creata dall'OMS e dalla WMO una piattaforma globale

CLIMA E SALUTE VANNO A BRACCETTO

L'Organizzazione mondiale della sanità e l'Organizzazione meteorologica mondiale (Wmo), con il supporto del Wellcome Trust hanno realizzato la prima piattaforma di conoscenza globale dedicata al clima e alla salute "climate-health.info".

La piattaforma, sottolineano in una nota i promotori, è stata avviata in risposta alle crescenti richieste di informazioni per proteggere le persone dai rischi per la salute derivanti dai cambiamenti climatici e da altri rischi ambientali.

Clima e salute sono indissolubilmente legati. I cambiamenti climatici, gli eventi meteorolo-

gici estremi e il degrado ambientale, affermano Oms e Wmo, hanno un impatto fondamentale sulla salute e sul benessere dell'uomo. Mai come oggi così tante persone nel mondo sono esposte a maggiori rischi per la salute legati al clima, alla cattiva qualità dell'acqua e dell'aria, alle malattie infettive e allo stress da caldo.

"Il cambiamento climatico sta uccidendo le persone in questo momento", ha affermato **Diarmaid Campbell-Lendrum**, coordinatore del programma sanitario e sui cambiamenti climatici dell'OMS che ha aggiunto: "Sta influenzando le basi di cui abbiamo bisogno per so-



pravvivere - aria pulita, acqua sicura, cibo e riparo - con gli impatti peggiori avvertiti dai più vulnerabili. Il cambiamento climatico ha il potenziale per minare decenni di progressi nella salute globale. La riduzione dei suoi impatti richiede una politica basata sull'evidenza supportata dalla scienza e dagli strumenti migliori disponibili”.

L'uso di scienza climatica e ambientale e di strumenti per la salute pubblica, come la previsione delle malattie e i sistemi di allerta precoce per la salute del calore, rimarcano ancora Oms e Wmo, hanno un enorme potenziale e possono migliorare la nostra comprensione delle connessioni tra clima e salute, aiutarci a raggiungere le popolazioni a rischio e anticipare e ridurre gli impatti.

La nuova piattaforma globale vuole diventare il punto di riferimento tecnico per gli utenti delle scienze interdisciplinari della salute, dell'ambiente e del clima. “Parliamo spesso con professionisti della salute pubblica preoccupati per gli impatti ambientali sulla salute a cui stanno assistendo. Ma non hanno accesso alla formazione e alle informazioni sul clima su misura necessarie per affrontare questi problemi crescenti”, ha affermato **Joy Shumake-Guillermot**, che guida l'Ufficio congiunto Wmo-Oms per il clima e la salute. “D'altra parte - ha aggiunto - abbiamo esperti di

clima che siedono su una miniera di dati di ricerca e risorse che potrebbero essere utilizzate per supportare gli obiettivi di salute pubblica, ma semplicemente non stanno raggiungendo le persone giuste”.

ClimaHealth aiuterà a connettere le comunità sanitarie e climatiche e sosterrà l’accelerazione della ricerca multidisciplinare, la capacità nazionale e l’uso di prove e strumenti decisionali da parte di un’ampia gamma di destinatari, dai responsabili politici ai gruppi della comunità, per informare e sostenere azioni e investimenti.

“La collaborazione tra clima, salute e specialisti tecnici è fondamentale per aiutarci a comprendere e affrontare gli effetti sulla salute dei cambiamenti climatici”, ha affermato **Madeleine Thomson**, Head of Climate Impacts and Adaptation per il Wellcome Trust.

“Ma in questo momento gli esperti non possono sempre collaborare e condividere le informazioni in modo efficace come sappiamo che vorrebbero. Ci auguriamo – ha aggiunto - che questo portale aiuti a realizzare il potenziale di diverse discipline per lavorare insieme sulla ricerca e ottenere nuove informazioni su come i cambiamenti climatici stanno influenzando la salute in tutto il mondo”.

Gli utenti del sito potranno entrare in contatto con esperti globali; trovare eventi imminenti, notizie, opportunità, risorse tecniche e dati, strumenti decisionali e di apprendimento applicati, casi di studio e documenti di ricerca e orientamento curati; esplorare i punti di ingresso incentrati sul paese, sui rischi e sui temi e un numero crescente di profili e risorse di fornitori di servizi climatici.

Questa piattaforma sarà costantemente arricchita con nuovi contenuti e funzionalità dinamiche nell’ottica di ampliare la sua offerta per soddisfare le esigenze degli utenti su tutti i lati dell’interfaccia clima - ambiente - salute.

F.E.





I recenti viaggi di Papa Francesco in Paesi musulmani

OBIETTIVI GEOSPIRITUALI



di Gianluca Biccini

I due più recenti viaggi di Papa Francesco hanno avuto come mete il Kazakhstan a settembre e il Bahrein nei giorni scorsi, entrambi Paesi a maggioranza musulmana. E non è la prima volta che un Pontefice si reca a visitare terre in cui sventola la bandiera dell'islam, quello più moderato e dialogante s'intende, piuttosto che nazioni di antica tradizione cristiana.

Non è la prima volta, perché lo stesso Bergoglio aveva già fatto una scelta in tale direzione nel 2019, quando si era recato a marzo in Marocco, dopo essere stato un mese prima negli Emirati Arabi Uniti. Del resto molti osservatori fanno risalire questa attenzione privilegiata proprio al *Documento sulla fraternanza umana per la pace mondiale e la convivenza comune*, firmato dal vescovo di Roma nella capitale emiratina Abu Dhabi il 4 febbraio 2019 a quattro mani, insieme con lo sceicco Ahmed al Tayyeb, Grande imam di Al-Azhar.

Sul volo di rientro dal Bahrein il 6 novembre, il Papa ha ricostruito come sono nati la loro amicizia e quel documento comune che è anche alla base della sua enciclica *Fratelli tutti*. «Ho pensato tanto in questi giorni – ha confidato ai giornalisti che lo avevano accompagnato nel regno bahreinita – e ne abbiamo parlato col Grande imam», presente anch'egli durante la visita nel Golfo, che aveva come motivo principale un Forum sul dialogo tra Oriente e Occidente per la coesistenza umana. Nel maggio 2016 «lui era venuto

in Vaticano – ha ricordato Bergoglio – per una visita protocollare. Mentre andavo a congedarlo ho detto “Pranziamo insieme”. È stata una cosa da dentro. Poi, seduti a tavola... abbiamo preso il pane, lo abbiamo spezzato e lo abbiamo dato uno all’altro: un gesto di amicizia... molto fraterno. E verso la fine, non so a chi è venuta l’idea: “Perché non facciamo uno scritto su questo incontro?”. Così è nata» la dichiarazione di Abu Dhabi.

A quell’incontro, infatti, seguirono il viaggio apostolico in Egitto nell’aprile 2017 per una Conferenza internazionale di pace organizzata proprio dalla massima istituzione accademica sunnita e una nuova visita del suo leader in Vaticano nell’ottobre 2018; quindi lo storico appuntamento negli Emirati, per poi ritrovarsi meno di due mesi fa – dopo le chiusure dovute alla pandemia di covid-19 – nella capitale kazaka Nur Sultan in occasione di un summit dei leader delle religioni tradizionali e mondiali.

Insomma è evidente che Francesco ha instaurato un legame con l’islam sunnita grazie all’amicizia con Al Tayyeb. Un legame confermato dalla tappa bahreinita del suo pellegrinaggio nel mondo islamico, visto che sunnita è anche la dinastia regnante Al Khalifa. Ma proprio nel Paese del Golfo in cui la maggioranza dei fedeli sono però sciiti, il Grande imam ha lanciato un appello ai «giuristi musulmani, indipendentemente dalle loro sette e scuole, a tenere un dialogo “islamico-islamico” serio, a favore dell’unità e del riavvicina-

mento, un dialogo per la fratellanza religiosa e umana, in cui si respingono le cause della divisione, della sedizione e del conflitto». Un’esortazione rivolta «in particolare ai nostri compagni musulmani sciiti», che è stata molto apprezzata dal Pontefice, il quale ha elogiato Al Tayyeb per il suo “coraggio”.

Del resto sul fronte sciita Francesco aveva già aperto una breccia durante il viaggio in Iraq, incontrando a Najaf, il 6 marzo 2021, il Grande ayatollah Al-Sistani.

E procedendo a ritroso si arrivano a contare almeno una dozzina di Paesi a maggioranza musulmana visitati dal Papa. Prima dei già citati Emirati Arabi, Marocco, Iraq, Kazakistan e Bahrein, vi erano stati infatti Giordania e Palestina, durante il viaggio in Terra santa del maggio 2014, Albania e Turchia nel settembre e novembre dello stesso anno; Azerbaigjan nel 2016, Egitto e Bangladesh, rispettivamente aprile e dicembre 2017.

Ma al di là delle contingenze, essi non vanno visti «come un episodio isolato», perché fanno «parte di un percorso, inaugurato da san Giovanni Paolo II quando si recò in Marocco», ha ricordato lo stesso Bergoglio rispondendo - all’udienza generale del 9 novembre - alla domanda ricorrente sul perché il Papa ha voluto visitare il Bahrein mentre ci sono tanti Paesi cristiani.

Il rimando a Wojtyła non è casuale: nell’agosto del 1985 infatti, battendo un altro dei tanti record del suo lungo pontificato, egli riuscì a coinvolgere 80 mila giovani musul-



mani in uno storico incontro a Casablanca. Anche perché la centralità all'interno dell'agenda estera dei Papi di obiettivi geospirituali quali la riunificazione di tutti i cristiani e un'alleanza tra le principali religioni del mondo, in particolare tra quelle abramitiche, affonda le radici nel concilio Vaticano II, di cui ricorre il sessantesimo anniversario dell'inizio. Due obiettivi che trovarono una formulazione esplicita nel decreto *Unitatis redintegratio* e nella dichiarazione *Nostra aetate*. Una strategia unica su due fronti – quello ecumenico e quello interreligioso – che proprio in Bahrein ha trovato espressione visibile nella presenza allo stesso tavolo del vescovo di Roma, del patriarca Bartolomeo I e del Grande imam di Al Azhar.

Perché come disse il Papa argentino, primo tra i contemporanei a non aver partecipato al concilio, parlando del *Documento sulla fratellanza umana* di ritorno da Abu Dhabi «Mi accusano di farmi strumentalizzare, ma non solo dai musulmani! Da tutti». Però «lo ribadisco chiaramente: dal punto di vista cattolico il documento non è andato di un millimetro oltre il Vaticano II». E così può dirsi dei suoi viaggi in Paesi a maggioranza islamica, come quest'ultimo in Bahrein, iniziato e portato a termine nonostante i problemi fisici che gli impediscono di camminare e nonostante organizzazioni umanitarie avessero criticato Bergoglio per aver accettato l'invito di un Regno in cui vige la pena di morte e circolano accuse di tortura nelle carceri e violazioni del diritto nei processi.



Convegno a Bologna sulla non autosufficienza

UN NUOVO APPELLO PER L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI

di Riccardo Alesi

Si fa sempre più roseo il cammino intrapreso dalle 52 organizzazioni del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, di cui l'Aris fa parte. Grazie al Governo Draghi – che il 10 ottobre 2022 ha approvato il disegno di legge delega sulla riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, prevista dal PNRR – è stato introdotto il Sistema Nazionale Anziani non Autosufficienti (SNAA) con l'obiettivo di realizzare una programmazione integrata di servizi costantemente monitorati. Tra gli altri successi il Patto vanta il raggiungimento della riforma dell'indennità di accompagnamento in-

tesa come “Prestazione universale per gli anziani non autosufficienti” e la riforma dei percorsi di valutazione. Grazie a quest'ultima si uscirà dall'analisi delle sole condizioni biomediche e verranno considerati criteri omogenei e standardizzati finalizzati all'identificazione dei fabbisogni di natura sociale, sanitaria e socio-sanitaria. Una sorta di considerazione e di analisi “a tutto tondo” dell'anziano non autosufficiente. In quest'ottica è stato rilevante l'intervento del Presidente Nazionale dell'Aris, Padre Virginio Bebbber, al convegno di Bologna organizzato dal Forum Non Autosufficienza il 23

novembre dal titolo “Oltre il DM77, il DDL “riforma non autosufficienza” ed il PNRR: quale ruolo per le RSA del futuro”.

Al convegno il Presidente - il cui discorso è stato letto dal dr. Paolo Moscioni, per un’improvvisa indisponibilità di Padre Bebbler a partecipare - ha posto il problema del “distanziamento sociale”, definendolo “un presupposto per la cronicità e per il decadimento cognitivo” dell’anziano. Ha poi orientato l’attenzione dei partecipanti sulle conseguenze della pandemia Covid-19, che ha assunto un duplice ruolo, perché se da un lato ha accentuato l’isolamento dell’anziano non autosufficiente già esistente da un altro ha aperto le porte verso nuove modalità di fare medicina che prima erano considerate inappropriate mettendo in pratica i principi e i metodi della telemedicina. Anche se avvalersi delle nuove tecnologie apparentemente possa sembrare una soluzione, ha scritto il Presidente, non è comunque sufficiente a risolvere la questione del distanziamento sociale, date le problematiche legate all’uso della tecnologia da parte dell’anziano, soprattutto se non autosufficiente. “Il processo richiede un’integrazione – ha scritto il Presidente – e soprattutto l’intervento delle Istituzioni per modificare i contesti sociali e ambientali sui quali applicarle”. Ed ha proposto un modello molto interessante, già avviato in altri Paesi Europei. Si tratta del modello “Eging in pleis” (Aging in place) che si basa sulla convivenza fra giovani studenti fuori sede

e anziani, con vantaggi economici per i primi derivanti dal supporto statale per le spese universitarie e di alloggio, e per i secondi, il vantaggio della compagnia, l’essere aiutati nelle faccende giornaliere ed essere istruiti sull’utilizzo dei devices di comunicazione come Tablet, smartphone ecc...

“Di fatto – la conclusione del Presidente Bebbler - la nostra mission particolare resta il prendersi cura dell’anziano con pluripatologie e non autosufficiente da accogliere e servire nelle nostre strutture residenziali. Anche se è altrettanto vero che dovremmo rivedere certamente il nostro modus operandi per mantenere le nostre istituzioni al passo con il mutare dei tempi e soprattutto evitare che il nostro ospite sia confinato dalla dimensione della sua esistenza nel sociale, qualunque sia la sua condizione. È una sfida da raccogliere.”

Sebbene le organizzazioni del Patto possano tirare un sospiro di sollievo per i primi successi ottenuti al contempo non possono permettersi di rilassarsi completamente: Il difficile viene proprio ora. Il Parlamento dovrà approvare la legge delega entro marzo 2023 e il Governo poi dovrà predisporre i decreti attuativi per rendere operative le indicazioni della delega entro il marzo 2024. Si parla dunque di lunghe attese, attese in cui non ci si potrà fermare ma bisognerà migliorare e correggere il disegno di legge presentato e cercare di far in modo che si stan- zino i primi finanziamenti mantenendo alta



WASTES

LA RESPONSABILITÀ NELLA GESTIONE DEI RIFIUTI SANITARI A RISCHIO INFETTIVO



di Paolo Inguscio

La gestione dei rifiuti sanitari è attualmente disciplinata dal DPR n. 254 del 15 luglio 2003 “Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell’art. 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179” In estrema sintesi la legge, in riferimento ai rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo, prescrive due possibilità di smaltimento:

- A) smaltiti mediante incenerimento in particolari forni per la termodistruzione
- B) trattati presso le strutture sanitarie mediante un processo di sterilizzazione (incentivando in vari punti questa modalità di smaltimento) e trasformati in rifiuti non pericolosi assimilati al rifiuto urbano o in CDR (combustibile da rifiuto).

Il testo di legge definisce i responsabili della gestione dei rifiuti e le relative responsabilità come riportato nell’art. 17 che segue: Art. 17 Responsabile della struttura sanitaria e del cimitero 1. Al responsabile della struttura sanitaria pubblica o privata e del cimitero è attribuito il compito di sovrintendere alla applicazione delle disposizioni del presente regolamento, fermo restando quanto previsto dagli articoli 10 e 51 del decreto legislativo 5 febbraio 1997, n. 22, con l’osservanza degli obblighi derivanti dalle disposizioni vigenti in materia di prevenzione incendi. In caso di smaltimento come al punto

A) in termodistruzione in forni dedicati, vale quindi l'art. 10 richiamato che afferma: Art. 10 (Oneri dei produttori e dei detentori).

1. Gli oneri relativi alle attività di smaltimento sono a carico del detentore che consegna i rifiuti ad un raccoglitore autorizzato o ad un soggetto che effettua le operazioni individuate nell'allegato B al presente decreto, e dei precedenti detentori o del produttore dei rifiuti.

2. Il produttore dei rifiuti speciali assolve i propri obblighi con le seguenti priorità:

- a) autosmaltimento dei rifiuti;
- b) conferimento dei rifiuti a terzi autorizzati ai sensi delle disposizioni vigenti;
- c) conferimento dei rifiuti ai soggetti che gestiscono il servizio pubblico di raccolta dei rifiuti urbani, con i quali sia stata stipulata apposita convenzione;
- d) esportazione dei rifiuti con le modalità previste dall'art. 16 del presente decreto.

3. La responsabilità del detentore per il corretto recupero o smaltimento dei rifiuti è esclusa:

- a) in caso di conferimento dei rifiuti al servizio pubblico di raccolta;
- b) in caso di conferimento dei rifiuti a soggetti autorizzati alle attività di recupero o di smaltimento, a condizione che il detentore abbia ricevuto il formulario di cui all'art. 15 controfirmato e datato in arrivo dal destinatario entro tre mesi dalla data di conferimento dei rifiuti al trasportatore, ovvero alla scadenza del predetto termine abbia provveduto a dare comunicazione alla provincia della mancata ricezione del formulario. Per

le spedizioni transfrontaliere di rifiuti tale termine è elevato a sei mesi e la comunicazione deve essere effettuata alla regione.».

“Il ritiro e lo smaltimento dei rifiuti sanitari a rischio infettivo è dunque una responsabilità del Direttore Sanitario, che deve sorvegliare e assicurare il rispetto delle disposizioni di legge ed è una responsabilità che non si esaurisce nel momento in cui i rifiuti contaminati vengono prelevati dalla società addetta al servizio di ritiro. L'onere di una corretta gestione dei rifiuti coinvolge diverse figure, dalla produzione fino allo smaltimento. Tuttavia, spetta al produttore o detentore dei rifiuti l'obbligo di controllare che gli addetti a cui affida la consegna siano autorizzati alle attività di recupero e smaltimento e lo svolgano in modo corretto fino alle restituzioni dei documenti di legge che ne accertino l'avvenuto corretto smaltimento. Nel caso di rifiuti trattati e smaltiti come al punto B) dopo cioè il processo di sterilizzazione, il discorso è totalmente diverso. La struttura sanitaria produttore del rifiuto non conferisce più un rifiuto pericoloso e decadono quindi tutte le responsabilità e rischi per la direzione sanitaria che ne derivano. Le responsabilità del produttore si trasferiscono sul processo di sterilizzazione e vengono ben definite dalla normativa che prescrive all'Art. 7 capo 3, 5 e 6 quanto segue: 3. Il direttore o il responsabile sanitario e il gestore degli impianti di sterilizzazione localizzati all'interno delle strutture sanitarie sono responsabili dell'attivazione degli impianti e dell'efficacia del processo di sterilizzazione in tutte le sue fasi. 5. Il direttore o il responsabile sanitario o

i soggetti pubblici istituzionalmente competenti devono procedere alla convalida dell'impianto di sterilizzazione prima della messa in funzione degli stessi o, se si tratta di impianti già in esercizio, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, secondo i criteri e per i parametri previsti dall'allegato III. La convalida deve essere ripetuta ogni ventiquattro mesi, e comunque ad ogni intervento di manutenzione straordinaria dell'impianto, e la relativa documentazione deve essere conservata per cinque anni presso la sede della struttura sanitaria o presso l'impianto e deve essere esibita ad ogni richiesta delle competenti autorità.

6. L'efficacia del processo di sterilizzazione deve essere verificata e certificata secondo i tempi, le modalità ed i criteri stabiliti nell'allegato III da parte del direttore o responsabile sanitario o dal responsabile tecnico.

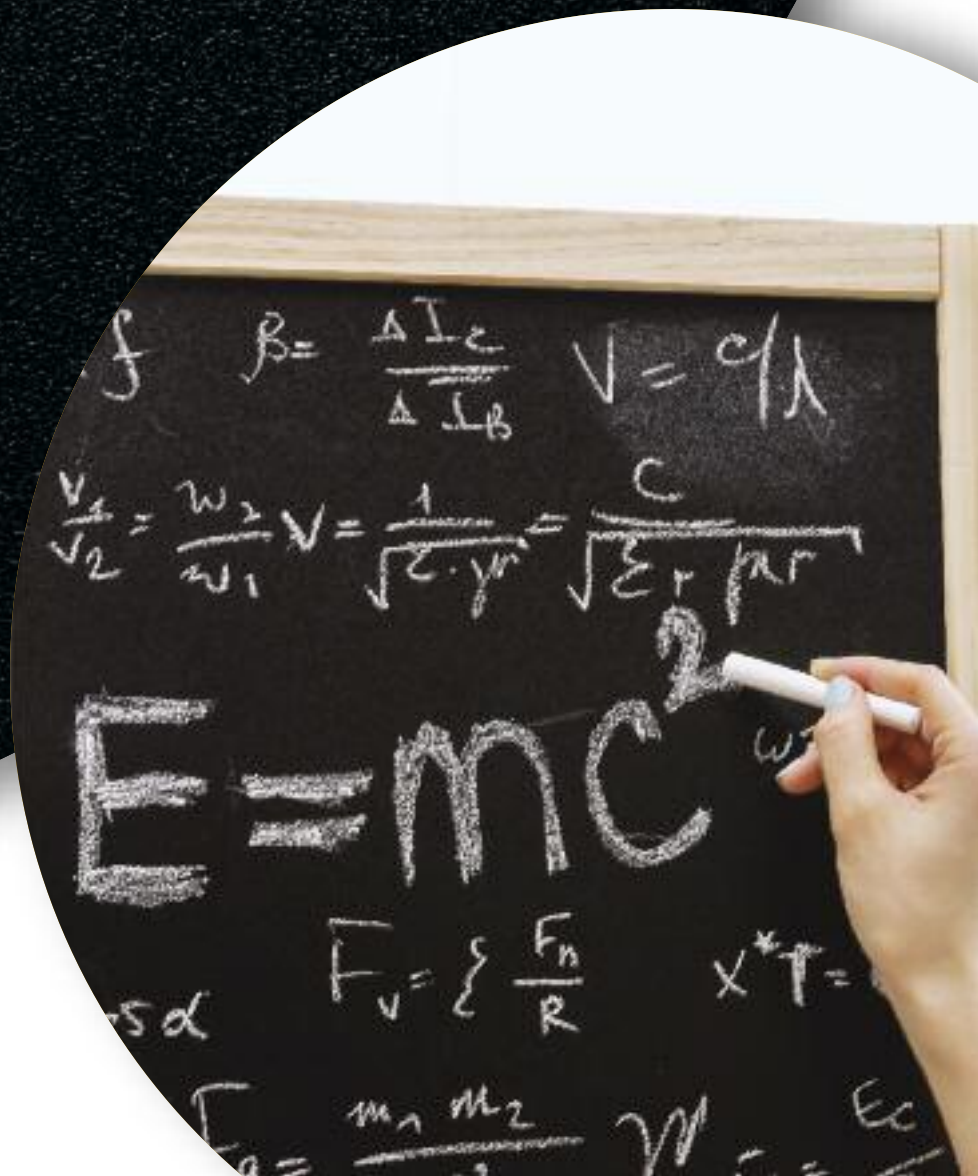
Allegato III (art. 2, comma 1, lettera m)) CONVALIDA E VERIFICA DELL'EFFICACIA DELL'IMPIANTO E DEL PROCESSO DI STERILIZZAZIONE

1. La convalida dell'impianto di sterilizzazione deve essere effettuata secondo i criteri e i parametri previsti nella norma UNI 10384/94 Parte I e successive modifiche ed integrazioni.

2. L'efficacia dell'impianto e del processo di sterilizzazione nel corso della gestione ordinaria devono essere verificate con cadenza trimestrale e comunque non oltre i 100 cicli di utilizzo dell'impianto, ove lo stesso abbia un elevato ritmo di utilizzo, mediante l'impiego di bioindicatori adeguati al processo di sterilizzazione usato. Il numero di bioindicatori dovrà essere almeno 1 ogni 200 litri di volume utile

di camera della sterilizzazione, con un minimo di tre. Tali bioindicatori dovranno essere conformi alle norme CEN serie 866. I suddetti controlli devono essere effettuati sotto il controllo del responsabile sanitario e nel caso di impianti esterni alla struttura sanitaria sotto il controllo del responsabile tecnico. La documentazione relativa alla registrazione dei parametri di funzionamento dell'impianto deve essere conservata per almeno cinque anni ed esibita su richiesta delle competenti autorità. La responsabilità si sposta quindi sul controllo del rispetto delle norme che definiscono l'efficacia del processo di sterilizzazione e il controllo periodico della stessa attraverso semplici analisi e test. La struttura sanitaria produttore del rifiuto è tenuta quindi solo ad assicurarsi di utilizzare impianti realizzati a norme UNI10384/96, la cui capacità ed efficacia di sterilizzazione è garantita dal costruttore dello sterilizzatore stesso essendone poi l'unico responsabile e deve controllare che vengano effettuati i test periodici previsti dalla legge assicurandosi di utilizzare sistemi di monitoraggio debitamente configurati e certificati così come indicato e garantito dal costruttore dello sterilizzatore. In conclusione le strutture sanitarie che applicando e seguendo le indicazioni contenute nel DPR 254/2003 utilizzano la sterilizzazione dei loro rifiuti pericolosi potenzialmente infetti hanno non solo importanti vantaggi economici ma anche una riduzione delle responsabilità civili e penali legate alla loro gestione che non dipende più dall'operato di terzi.

B U R N O U T



UP-SKILLING, RE-SKILLING: ALLENARE ED ALLENARSI ALLA COMPLESSITÀ



di Antonio Angioni

Esiste un vezzo, tipicamente italiano, di ricorrere ad espressioni mutuata dall'inglese senza cogliere il significato originale e, quando si riferiscono alle realtà organizzative, le implicazioni gestionali. L'esempio più eclatante è stata l'espressione '*smart working*' ampiamente ed impropriamente utilizzata per riferirsi ad una condizione nella quale milioni di persone si sono trovate costrette dalla sera alla mattina a misurarsi a causa della pandemia. Situazione che di smart aveva ben poco mentre sarebbe stato più corretto parlare di *remote working* dal momento che

mancavano i requisiti costitutivi dello smart working: ossia di poter decidere *dove*, *come* e *quando* lavorare. Forse meno eclatante ma altrettanto significativo è l'uso (o meglio l'abuso) di *up-skilling* e *re-skilling* con i quali si qualificano gli interventi di formazione. Non si può, però, prescindere dal contesto di riferimento nel quale viviamo ed operiamo nonché dalle tendenze che stanno emergendo in forma sempre più evidente. Partiamo dal calo demografico che in Italia sta assumendo contorni drammatici, non solo per quel che riguarda la futura spesa previdenziale ma anche per quel che riguarda la disponibilità di risorse e di risorse competenti. A perimetro costante interi settori produttivi rischiano, in un lasso di tempo più ristretto di quanto si possa immaginare, di doversi fermare, aspetto questo che continua ad essere oggetto di studi, dibattiti,

articoli dai titoli sensazionalistici senza che vengano sviluppate azioni tangibili. Passando poi ad esaminare un'altra tendenza, dobbiamo rilevare come durante i lockdown forzati, molte persone abbiano rivisto le priorità personali e professionali, non solo ma recenti surveys hanno evidenziato un preoccupante livello di insoddisfazione delle persone in merito alle posizioni lavorative occupate. Senza dimenticare come, fattore inusitato per un mercato del lavoro come quello italiano, si stiano registrando numerose dimissioni e cambi di lavoro, a dimostrazione di come anche l'Italia non sia indenne da quello che viene definito con l'acronimo *YOLO effect* (you only live once). Non solo ma per completare il quadro è ormai un dato certo di come nei prossimi anni conosceremo uno sviluppo delle tecnologie decisamente più rapido rispetto a quanto abbiamo sperimentato in questi anni, con effetti rilevanti per le organizzazioni e conseguenti riposizionamenti imposti da una *business disruption* che non risparmierà nessun settore o segmento di mercato ed imporrà una revisione degli elementi costitutivi della *purpose* (Competence, Culture, Cause). In questo contesto è in gioco il *capitale umano*, quell'insieme di knowledge, skill, esperienze che appartiene, è bene sottolinearlo, a ciascuna persona anche

se spesso si utilizza questa categoria per identificare gli human asset di un'azienda o di un'organizzazione. La progressiva presa di coscienza da parte delle aziende del conteso delineato nonché di una crescente vulnerabilità legata sia allo skill-shortage sia all'obsolescenza del capitale umano sta imponendo un ricorso più attento e selettivo a programmi che puntino proprio a colmare i gap con azioni, a seconda dei casi, di re-skilling o di upskilling. Non si può immaginare però di procedere con azioni episodiche, sono necessari piani articolati, costruiti sui fabbisogni ed i gap di ogni singola realtà, da finanziare anche con le opportunità offerte dai fondi professionali, spesso ignorati o non adeguatamente utilizzati soprattutto dalle piccole e medie imprese. Per costruire questi piani può rivelarsi efficace seguire la regola delle *tre w* (what, why, who). Per orientarsi e definire i contenuti (*what*) possono essere utilizzati i risultati delle molteplici survey disponibili dalle quali emerge come siano sempre più necessarie *skill cognitive, skill tecnologiche, skill sociali ed emozionali*. Tali sono da considerare: Pensiero critico e capacità decisionale; Leadership e capacità di gestire risorse; Data analysis e competenze matematiche; Project management; Adattabilità e disponibilità all'ap-

prendimento continuo; Capacità di gestire ed interpretare informazioni complesse; IT e competenze programmatiche; Disegno tecnologico, ingegnerizzazione e manutenzione; Competenze quantitative e statistiche; Skill digitali di base; Imprenditorialità e spirito di iniziativa. Per definire, invece, le priorità (*why*) occorre prendere le mosse dal proprio contesto, analizzare attraverso una diagnosi rigorosa fabbisogni non solo nel breve ma nel medio termine, verificare i gap da colmare e definire non solo le azioni ma anche le scadenze e le modalità. Last but not least rimane il tema più delicato ossia le persone da coinvolgere (*who*). In molte realtà coesistono cinque gruppi generazionali, ciascuno portatore di esigenze, di aspirazioni ma anche di potenzialità diverse. Si preferisce spesso ridurre l'intervento sulle persone più giovani pensando ad un ritorno dell'investimento più certo, sicuro e più rapido trascurando le altre categorie perché maggiormente resistenti al cambiamento. In realtà, in base alle nostre esperienze, questa ultima non è una caratteristica riferibile esclusivamente ad una fascia di età. La tentazione di rifugiarsi nella comfort zone è trasversale a tutte le classi di età, la vera sfida è quella di saper impostare una road map per coinvolgere le persone, renderle consapevoli

non solo dei rischi dell'obsolescenza professionale ma anche delle opportunità di sviluppo e supportarle nell'affrontare l'ignoto che caratterizza tutte le fasi evolutive. Allenare ed allenarsi alla complessità costituisce la vera sfida dei prossimi anni per le aziende e per le persone che di queste aziende sono gli asset più conclamati ma spesso trascurati. Non solo ma risorse più competenti possono agevolmente ricollocarsi sul mercato del lavoro qualora si rendessero necessarie ristrutturazioni, il cui costo sociale sarebbe così minore rispetto a quello che abbiamo sinora conosciuto. Anche nella gestione di questi processi occorre non cadere nella tentazione di tagli lineari perché spesso si traducono in un impoverimento del background complessivo dell'azienda ed in ultima analisi in una riduzione del vantaggio competitivo. L'attenzione agli stakeholders, lanciata oltre due anni fa dai membri del Business Roundtable, implica una coerenza di strategie e di comportamenti anche nei confronti dei collaboratori che degli stakeholders fanno parte. Diversamente sono solo pure adesioni formali smentite poi nei fatti come nel caso di una nota azienda dell'hotellerie che dopo aver sottoscritto questo documento ha iniziato una riduzione di 5000 persone.



Photo Album

Pace

PERCHÉ SI PARLA POCO DI PACE



di Lanfranco Luzi

La guerra, da sempre, porta inevitabilmente morte e distruzione, devasta le vite in primis di coloro che la combattono ma anche delle popolazioni civili che vivono nei luoghi dove si svolge il conflitto. Migliaia di donne, uomini e soprattutto bambini, traumatizzati nel corpo e nella psiche sono costretti alla fuga, le loro case ridotte in cumuli di macerie, i luoghi di incontro e di convivenza spesso non praticabili anche perché anch'essi divenuti, ormai, inutilizzabili se non ridotti in cumuli di cenere. Nel nostro tempo nessuna guerra dovrebbe essere dichiarata o considerata un mezzo per la risoluzione di controversie internazionali. Deve essere condannato radicalmente ogni forma di conflitto e chi lo ha provocato. Spesso, paradossalmente, chi lo ha scatenato non si trova sul fronte di battaglia. Così ci si trova ad operare una scelta di campo, diversa da quelle più attese, scontate e non velatamente imposte dalla scena mediatica. Una scelta che esclude ipocrisie anche perché non si può auspicare la pace armando la guerra, una scelta fondata su un approccio dialettico finalizzato alla comprensione di un contesto verosimilmente complesso ma non di rado rappresentato con modalità e linguaggi livellanti e riduzionistici. Dunque è doveroso, in simili circostanze, porsi domande, verificare esattamente dove è situato il punto di partenza, individuandolo in una veritiera ricostruzione storica. Non è sempre facile, spesso si segue il flusso costante, inevitabilmente caotico delle informazioni provenienti dal fronte e, per motivi svariati, difficilmente verificabili. Cronaca e ricerca sono due ambiti ben diversi. Tuttavia in entrambi i casi la scelta non



NO WAR

facile di contenuti certificati diviene una discriminante ineludibile, siano essi servizi d'inchiesta, saggi scientifici, testi letterari o altro. Anche se gli studiosi coinvolti sono numerosi i temi di riflessione ogni giorno proposti si affollano in modo caotico e risulta davvero faticoso se non quasi impossibile giungere ad una sintesi conclusiva attendibile e veritiera. Così può accadere che talvolta i conflitti affondano le radici in contesti diversi anche lontani nel tempo risalenti addirittura in diatribe avvenute molti decenni prima. Tutto questo può essere complesso e di difficile lettura. Ecco che allora si corre il rischio di ricorrere alle armi, in modo che può apparire inaspettato. Una scelta sempre deprecabile e deleteria che non porterà nulla di buono perché in una guerra si sa sempre come si inizia e mai, la storia ce lo insegna, come possa andare a finire. E c'è un fattore, oggi giorno, che lascia basiti: ci sono in giro per il mondo più di diecimila ordigni nucleari. Questa è la drammatica e odierna realtà, molto diversa da quella, per esempio, del secondo conflitto mondiale quando solo alla fine si fece uso di due ordigni atomici: tutti noi abbiamo davanti agli occhi le immagini indelebili delle città di Hiroshima e Nagasaki annientate dopo che vennero colpite da due bombe simili.

Allora ci dobbiamo chiedere perché è importante la pace, perché dobbiamo volerla con tutte le

nostre forze.

Perché è solo la pace che rende liberi, la guerra paralizza, traumatizza, distrugge e dove passa lascia il segno sia geograficamente che nell'animo delle persone che la vivono, le quali non potranno più dimenticarla.

Più specificatamente, la pace viene considerata (o dovrebbe essere considerata, secondo l'opinione corrente) un valore universalmente riconosciuto che sia in grado di superare qualsiasi barriera sociale e ogni pregiudizio ideologico, in modo da evitare situazioni di conflitto fra due o più persone, due o più popoli o nazioni.

I Padri costituenti ci hanno lasciato un monito: la predominanza del diritto sulla guerra, e uno strumento: la limitazione di sovranità per la costruzione di un ordinamento internazionale a difesa della pace. La riflessione dei giuristi, nell'ora grave della guerra, deve uscire dalle semplificazioni del dibattito pubblico e darsi due compiti: cercare le cause che hanno inceppato i meccanismi di diritto internazionale a difesa della pace e individuare urgentemente le correzioni da mettere in atto, per non cancellare il progresso umano ottenuto in 75 anni di tre-

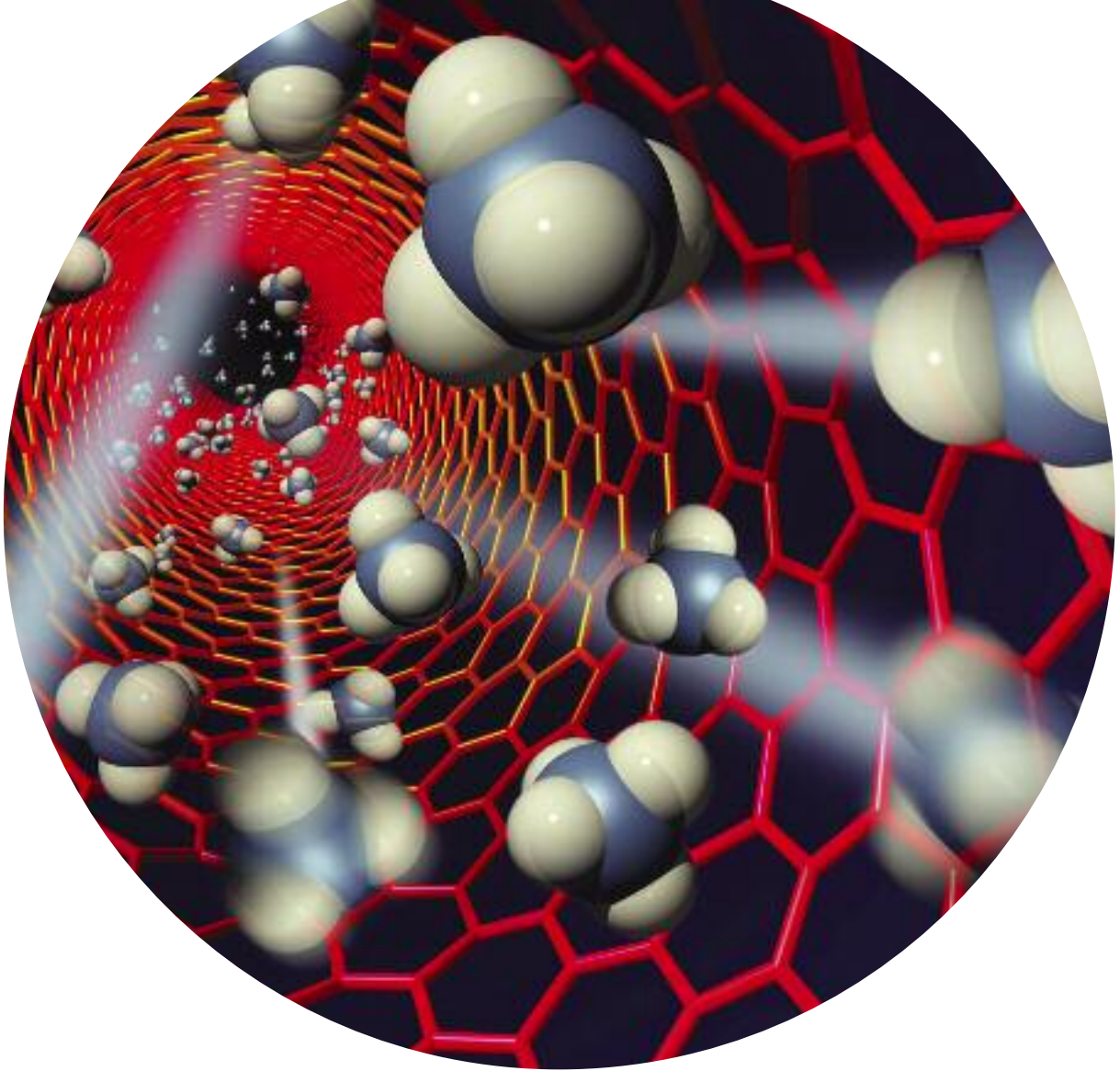
gua. L'Italia, in base all'art.11 della nostra Costituzione, ripudia la guerra come strumento di offesa alla libertà degli altri popoli e come mezzo di risoluzione delle controversie internazionali; consente, in condizioni di parità con gli altri Stati, alle limitazioni di sovranità necessarie ad un ordinamento che assicuri la pace e la giustizia fra le nazioni; promuove e favorisce le organizzazioni internazionali rivolte a tale scopo. Oggi viviamo un momento delicato, assistiamo nel dibattito pubblico a veri e propri scontri dialettici in proposito alla decisione di inviare armi o istituire la no-fly zone per dare sostegno ad una nazione contro un'altra. E come sempre più spesso avviene la profonda riflessione che questi temi comporterebbero scivola in semplificazione, il cui chiaro segnale è la spaccatura in due sole visioni contrapposte: da una parte quelli che credono che il sostegno mediante invio di armi sia comunque incostituzionale, e dall'altra quelli che al contrario invocano uno spazio di legittimità della guerra, perché il ripudio avrebbe ad oggetto solo la guerra di aggressione.

Per la verità, la questione non è semplice e non è nuova. Fu dibattuta ampiamente anche ai tempi della guerra in Iraq, in Kosovo, in Afghanistan, e quel "ripudio" dei Padri costituenti, ha fatto finora da pietra d'inciampo, almeno in Italia, per quanti cercavano di trovare ragioni ad una guerra "giusta", sotto l'egida della difesa dei diritti umanitari. Mi chiedo se possa esistere una guerra giusta. Quando una guerra, con lo sterminio di esseri umani, può ritenersi giusta? Per uscire dal rischio delle semplificazioni è utile allora ripercorrere le discussioni in seno alla Costituente, per capire quale fosse il punto di approdo frutto dell'esperienza di ben due conflitti mondiali e quale strada per il futuro sia

stata tracciata nella Carta Costituzionale.

È bene ricordare che la scelta delle parole dell'art. 11 fu meditata e significativa. La versione iniziale della norma parlava di "rinuncia alla guerra". Sapientemente però fu osservato che il termine "rinuncia" avrebbe lasciato sottintendere l'idea di un diritto o di una facoltà, della quale lo Stato possa decidere di fare a meno. Al contrario per i costituenti era diventato inconcepibile quello che fino ad allora era ritenuto un diritto incontrovertito degli stati nazionali, e precisamente che uno stato democratico possa credere di avere il diritto di intraprendere la guerra. La parola "condanna", non sarebbe stata sufficiente per inibire la guerra, per la sua connotazione esclusivamente etica più che politico-giuridico. Più appropriato, all'intenzione dei costituenti, parve allora il termine "ripudia", che vale proprio ad affermare la volontà di togliere verità e valore giuridico allo strumento, rendendolo dunque sempre giuridicamente illecito.

Ma a quale guerra si riferisce la Costituzione? Certamente la guerra di conquista, quella appunto che offende la libertà degli altri popoli, come recita l'articolo. Ma anche quella che serve a "risolvere le controversie internazionali", e questa seconda categoria è estremamente più ampia ed eterogenea, finendo per ricomprendere tutte le altre motivazioni alla guerra, con la sola eccezione della guerra di difesa in caso di invasione, la quale però non costituisce lo stesso una guerra giusta, né lecita, ma un caso di legittima difesa, in parole povere un fatto sostanzialmente illecito ma motivato dalla necessità di salvare le vite dei cittadini. Dopo l'art. 11 dunque, non esiste per il nostro ordinamento una guerra "giusta", ma al massimo rimane "giustificata" solo la legittima difesa. Questo non dobbiamo dimenticarlo mai!



LA NANOTECNOLOGIA

di Giuseppe Cavedon

Conosciuta come tecnologia PECVD (Plasma Enhanced Chemical Vapor Deposition) è una tecnica che, utilizzando il plasma in vuoto, permette di realizzare rivestimenti e trattamenti funzionali ad alte prestazioni. Si tratta di una tecnica altamente riproducibile, affidabile, ecocompatibile e in bassa temperatura. Si può utilizzare su qualsiasi tipo di substrato, quali metalli o ceramiche, ma anche su materiali organici quali plastiche e carta. La tecnica

consente la sintesi di rivestimenti nano strutturati dallo spessore di un micron, creando Anticorrosione, Antiaderenza, Autolubrificanti e Antiriflesso, Idrofobicità e Oleofobicità.

Grazie a queste caratteristiche, attraverso uno studio condotto in contemporanea con l'American Society for Microbiology e ingegneri esperti in nanotecnologia, abbiamo creato un panno il quale contiene molecole polisilazaniche in grado di creare un rivestimento nano-

metrico idro-oleofobico che riduce adesione di sporco e agenti patogeni (batteri e virus) sulle superfici. Inoltre la presenza di nanoparticelle ROS (Reactive Oxygen Species), -altamente ossidanti e fotocatalitiche in grado di eliminare batteri e virus - fa sì che il panno illuminato dalla luce acquista un potere disinquinante, riducendo le sostanze inquinanti presenti nell'aria (misure di laboratorio hanno evidenziato che 1 metro quadro di superficie trattata con Cline 4 illuminata dalla luce solare, riduce gli inquinanti come 100 metri quadri di superficie alberata).

Si tratta di una pratica salvietta con trattamento, pronta all'uso, è sufficiente aprire la bustina/ salvietta e passarla sulla superficie, che si vuole rendere antivirale e antibatterica. Ogni bustina è sufficiente per trattare un'area di circa 150x150 cm. Può essere utilizzata su qualsiasi superficie creando un trattamento nanostrutturato ultrasottile e trasparente, sen-

za modificare l'aspetto e la qualità del materiale sul quale viene applicato. Dopo circa due ore dall'applicazione il prodotto raggiunge il massimo della sua efficacia e la mantiene per almeno 4 mesi, anche su superfici pulite giornalmente con prodotti a base alcolica. Per di più è resistente al calore fino a 200 gradi, di conseguenza è possibile pulire anche con una vaporella. È quindi ideale per display touch, badge visitatori/trasportatori, mensole e tavoli reception, tavoli delle sale riunioni, maniglie e maniglioni di ogni tipo, tastiere applicate su ogni tipo di dispositivo, come quelle dei distributori automatici. Ancora, citofoni, pulsanti e sensori, bancomat/ Pos, eccetera.

Abbiamo anche realizzato una versione spray del nostro prodotto, che garantisce la copertura di una superficie complessiva di 10mq.

Sicuramente rappresentano la soluzione più economica per garantire sicurezza, igiene e protezione da qualsiasi contagio.



