

SANITÀ ARIS

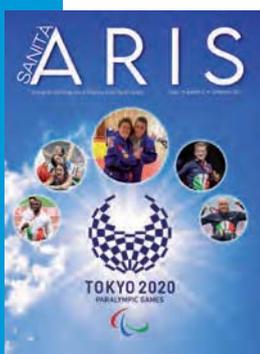
Trimestrale dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Anno I • Numero 3 • Settembre 2021



TOKYO 2020
PARALYMPIC GAMES





Anno I - n. 3
Settembre 2021

Direttore Responsabile:
Virginio Bebber

Redattore Capo:
Mario Ponzi

Vicecaporedattore:
Maria Rita Gentile

Redazione:
Gianni Cristofani,
Mauro Mattiacci,
Nevio Boscarol
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 Settembre 2021

S O M M A R I O

- 5** Editoriale
Virginio Bebber
- 9** La sanità che verrà
Mauro Mattiacci
- 21** Il Papa gode di una "cagionevole"
salute di ferro
Mimmo Muolo
- 27** Quel nebbioso groviglio
del "fine vita"
Francesco Ognibene
- 35** La dimensione etica
nell'ordine ospedaliero
di San Giovanni di Dio
Franco Ilardo
- 41** La scelta del no profit
nelle strutture associate all'ARIS
Virginio Bebber
- 45** Il valore di una presenza
nel sistema salute
Elio Borgonovi
- 49** Come artisti
della vita in spirito di servizio
Luigi Corbella
- 57** Un modello da seguire
per l'universalità
dell'assistenza
Gianni Cristofani
- 60** Successo italiano
alle Paralimpiadi Tokyo 2020
Francesca Ercoli
- 65** Dalla povertà
alla fame nel mondo
E.V.
- 69** Piaga vergognosa
per una comunità civile
Elis Viettone
- 75** La risposta immunitaria
Lanfranco Luzi
- 81** Tra danni all'ecosistema
e disordini alimentari
L.L.
- 84** La sanificazione:
una strategia vincente
nell'emergenza covid

NO PROFIT

INFORMAZIONE PUBBLICITARIA



Con il PNRR si parte nuovamente...

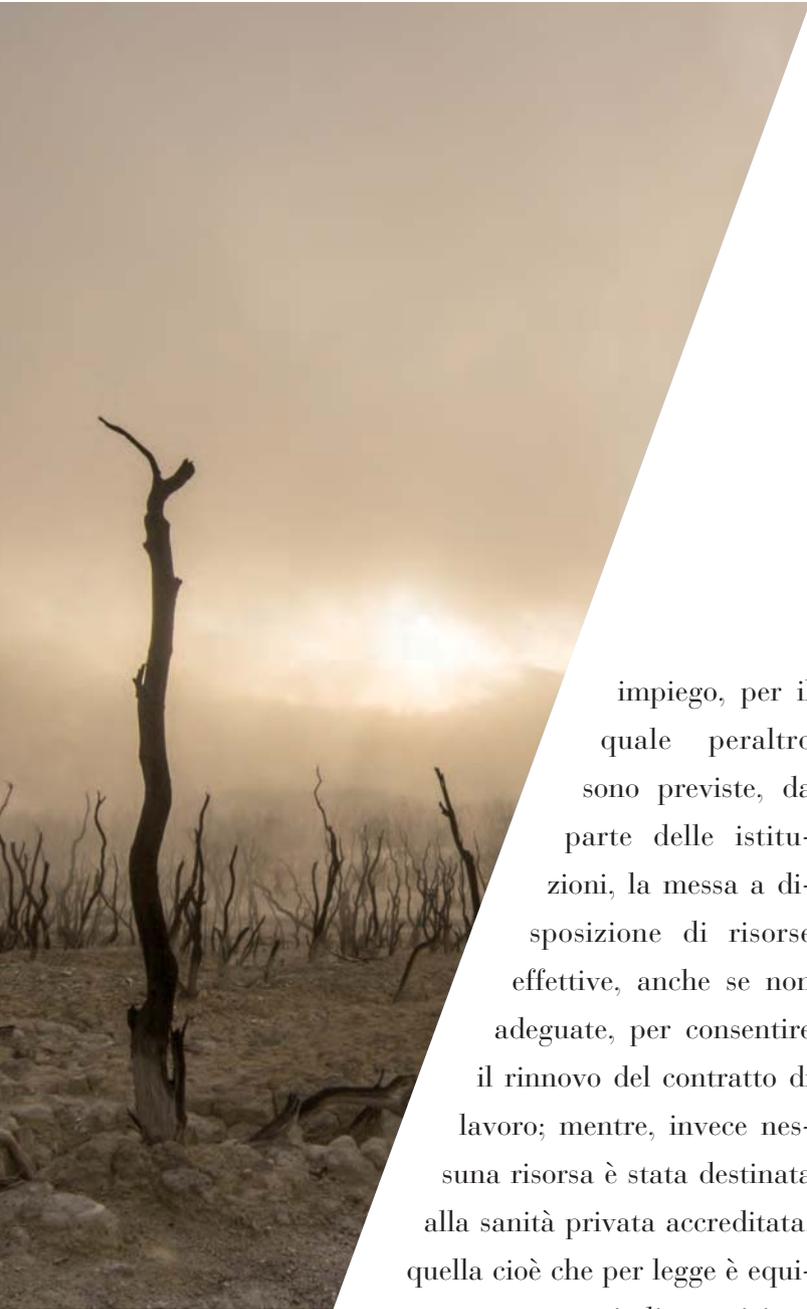
...E SPERIAMO DI NON RESTARE A TERRA



di Virginio Bebber

Chissà se mai un giorno (ipotetico per carità) dovessero venire alla luce intercettazioni telefoniche tra responsabili della cosa pubblica nelle quali c'è chi ride delle grida disperate di gente malata - che non ha soldi per curarsi - mentre devia quei pochi fondi rimasti dopo lo scempio, verso compari o potentati di casa nostra? Quanto accaduto nella tragedia Rigopiano, naturalmente con i dovuti distinguo, rende ormai lecito ogni sospetto. Sospetto mai sopito soprattutto dopo l'approvazione della Legge di Bilancio prima dell'estate. Una legge che sembra dimenticare la sanità, vista sempre più come un "costo" e non come un "investimento". E neppure catastrofi come il covid 19 insegnano qualche cosa.

Si levano lamentele da ogni angolo del mondo della sanità italiana, accuse di una volontaria e sistematica esclusione della sanità dalla ripresa economica in atto, fino a renderla non più sostenibile se non dalle tasche dei cittadini. E purtroppo quando si apre qualche spiraglio, si parla solo di settore pubblico



impiego, per il quale peraltro sono previste, da parte delle istituzioni, la messa a disposizione di risorse effettive, anche se non adeguate, per consentire il rinnovo del contratto di lavoro; mentre, invece nessuna risorsa è stata destinata alla sanità privata accreditata, quella cioè che per legge è equiparata, quanto a titoli e servizi resi al cittadino, totalmente a quella pubblica. Anzi si procede verso tagli lineari che si aggiungono a quelli degli

anni precedenti, alla riduzione dei budget su scala regionale, al mancato adeguamento delle tariffe concordate da oltre quindici anni. Tanto che molte istituzioni sono costrette a chiudere, restringendo ancor di più la disponibilità, in termini di assistenza, della sanità pubblica di venire incontro alle esigenze dei cittadini malati. E le liste di attesa aumentano a dismisura. Senza considerare le centinaia di lavoratori che finiscono sul lastrico.

È sintomatico che a sollevare gli scudi siano praticamente tutte le componenti del mondo della sanità: dai medici agli infermieri, agli amministrativi, ai gestori delle istituzioni, ai sindacati, alle associazioni rappresentative dei cittadini. Tutti lamentano l'assenza di politiche nazionali a favore di una esigibilità del diritto alla tutela della salute omogenea in tutto il Paese, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione, in una logica di federalismo sanitario di abbandono; condannano le politiche degli ultimi governi responsabili di quel fallimento del sistema formativo che sta, contemporaneamente, desertificando ospedali e territori e condannando alla precarietà ed allo sfruttamento decine di migliaia di giovani.

La verità è che la sanità italiana è al collasso e già da anni si regge a scapito delle condizioni in cui operano i lavoratori del settore e delle pene degli assistiti. Ma i nostri governanti non se ne accorgono o fanno finta di niente. Non ci

sono soldi, ma quei pochi che cadono da tasche dove non dovrebbero essere, rotolano verso altri e più influenti rivoli. E c'è poco da fare nonostante l'impegno di quei pochi parlamentari che mostrano una coscienza civica più consona al ruolo che hanno, occupando(?) i loro scranni.

E che dire delle Regioni? Tirano acqua al loro mulino. E non potrebbero fare altro in presenza delle mancate assegnazioni da parte dello Stato. Ma quando si arriva a minacciare l'inapplicabilità dei LEA per finanziare il rinnovo dei contratti dei lavoratori, ci viene da ripensare al fatto che spesso le Regioni hanno usato il Fondo sanitario come se questo fosse un bancomat utilizzabile per risolvere tutti i loro problemi. È anche vero che al costo dei Lea e dei contratti vanno anche aggiunti i milioni di contributi alla finanza pubblica non pagati dalle Regioni a statuto speciale che ora ricadranno sulle ordinarie, e le richieste dal Governo per il prossimo anno. Qualcuno giustamente ha fatto notare che lo Stato con una mano elargisce alla sanità, ma con l'altra toglie tutte le risorse aggiuntive.

Al tirare delle somme cosa resta? Alla fine ci tocca sperare nell'avvio di quella ormai nota forma di sanità integrativa, con tutti i rischi che porta con sé. Il più grosso è quello di trovarci un giorno con una sanità povera per le fasce della popolazione più disagiata ed una

più ricca di risorse e professionisti per chi potrà permettersela. La soluzione? Quella per altro suggerita un po' da tutti : tornare ad investire in sanità.

I numeri noti dicono che tra spesa pubblica e privata, in Italia si spendono 150 miliardi l'anno per 60 milioni di cittadini. Pochi? Troppi? 240 miliardi sono gli euro spesi dalla Francia, 250 dalla Germania ed 500 dagli Usa.

Non ci resta che sperare ora nell'attesissimo PNRR. I mezzi per ripartire sicuramente arriveranno. Resta da vedere chi potrà salire a bordo chi invece dovrà comunque restare a terra...





Intervista al Direttore Generale dell'Arìs Mauro Mattiacci

LA SANITÀ CHE VERRÀ

Quali cambiamenti di scenario ambientale a suo avviso condizioneranno le aziende del ssn nel prossimo futuro? Quali evoluzioni intravede in tal senso?



Quello sanitario è un sistema certamente complesso, forse uno dei più complessi. Trovo giusto dunque che qualsiasi ragionamento sul nostro Servizio Sanitario Nazionale debba iniziare da una discussione sulla *vision* prima di giungere alla programmazione. E se vogliamo soffermarci sullo scenario ambientale capace di condizionare l'insieme del ssn, di cui le strutture sono parte integrante ma non esclusivo, non possiamo fare a meno di soffermarci a riflettere innan-

zitutto sui fruitori del ssn stesso, sui loro bisogni individuali di salute, e naturalmente sulle emergenze sociali che si affacciano nel nostro vivere quotidiano.

Anche se personalmente non sia un appassionato di dati, credo sia imprescindibile iniziare questo percorso proprio dai dati messi a nostra disposizione dalle ripetute statistiche prodotte dagli Istituti di indagini demoscopiche nostrane. E i più recenti sono sconcertanti.

La letteratura effettivamente offre una grande evidenza di quanto sia importante l'impatto dei fattori demografici e sociali sulla gestione della salute della comunità nazionale. Iniziamo da quelli demografici. È arcinoto che la popolazione italiana sia soggetta ad un inarrestabile processo di invecchiamento. Da circa una decina di anni l'indice di natalità che sprofonda costantemente nel sotto zero sembra ormai una consuetudine nei report annuali, così come lo è l'aumento dell'aspettativa di vita, anche se ultimamente sembra leggermente in ca-



lo. Secondo Eurostat in Italia nel 2066 si registrerà una riduzione della popolazione tra il 9 e il 10%. Ciò significa che – salvo ultimi accertamenti conseguenti al Covid 19 - dai circa 60.350.000 abitanti passeremo a poco più di 54 milioni. Per di più in questo stesso periodo si registrerà, secondo le previsioni, un incremento dello 0,9 % annuo della popolazione anziana. Questo significa che il SSN dovrà confrontarsi con una popolazione composta ancora più da soggetti fragili, soprattutto anziani.

E se a questo si aggiunge l'altro significativo dato che riguarda la struttura della famiglia, ci si rende conto della piega che prenderà lo scenario del confronto sanità-demografia. Uno scenario che non mancherà di coinvolgere in prima linea proprio le aziende sanitarie. Negli ultimi 10 anni tra l'altro il numero medio di componenti per nucleo familiare si è ridotto dello 0,8% annuo. In particolare sono aumentate le famiglie monocomponente: nel 2019 ri-

sultavano essere il 33,3%. Il che significa il costante aumento delle persone sole, dunque bisognose di una più accurata assistenza, da offrire anche in forme nuove nel momento della fragilità, soprattutto se accompagnata da cronicità e non autosufficienza.

E analizzando ora lo scenario sociale andiamo a scoprire un'altra interessante proposizione: l'Italia occupa l'ultima posizione in Europa quanto alla quota di persone laureate, ma occupa la prima posizione quanto al numero di giovani che non studiano e non lavorano. Fortunatamente in questo ultimissimo periodo si assiste ad una leggera ripresa del livello di istruzione nel Paese, anche se nel Sud la situazione resta ancora preoccupante. Come comincia a diventare preoccupante il numero in costante aumento dei giovani tra i 18 anni e i 24 che abbandonano gli studi. E certamente con questi dati hanno una connessione quelli riferiti alla disoccupazione, dal cui punto di vista l'Italia ha performance peggiori della media

ICOVER

ISTITUTO COLLAUDI E VERIFICHE s.p.a.



**VERIFICHE PERIODICHE E
STRAORDINARIE IMPIANTI ELEVATORI**



**VERIFICHE IMPIANTI DI MESSA A
TERRA E SCARICHE ATMOSFERICHE**



**CONTROLLO TECNICO NELLE NUOVE
COSTRUZIONI E RISTRUTTURAZIONI
AI FINI DELLA DECENNALE POSTUMA**



**VERIFICA PROGETTO AI
FINI DELLA VALIDAZIONE**

NUMERO VERDE
800 994480

ICOVER SPA - organismo di ispezione

Piazza della Libertà 10 - 00192 Roma

info@icoverspa.it - www.icoverspa.it

MILANO - PESCARA - BARI - COSENZA - CATANIA - FIRENZE



europea. Ed è noto che lo svantaggio sociale produce significativi effetti negativi sulla salute attraverso molteplici meccanismi; molti studi vengono condotti in Italia e all'estero per documentare e monitorare tali effetti. Da una recente ricerca effettuata da un importante Istituto partenopeo il rapporto istruzione-salute è risultato estremamente significativo per la determinazione delle disuguaglianze in sanità. Un problema, questo, che si ingigantisce dinanzi alla considerazione che gli indicatori aggregati di salute italiani sono tra i migliori a livello internazionale. E questo nonostante il contesto demografico e sociale certamente non favorevole, che anzi genera un meccanismo di disparità di trattamento degli italiani nella difesa della salute e soprattutto nell'accesso alle cure, non certo confacente all'immagine di un Paese evoluto come si pregia di definirsi in nostro. Sono troppe, e troppo marcate, le differenze regionali e sociali, sia per quanto riguarda l'aspettativa di vita, sia per quanto riguarda l'accesso alle cure, soprattutto alle cure specialistiche e ad alta qualificazione tecnico-professionale. È assurdo che ancora oggi – era dell'exasperazione tecno-scientifica -, in Italia si viva più a lungo secondo il luogo di residenza, il livello d'istruzione, il ceto sociale. Come assurdo è che alle disuguaglianze di salute si affianchino quelle di accesso all'assistenza sanitaria sia essa pubblica che privata; rinunce

dovute ai motivi più diversi, che vanno dalla distanza delle strutture, alle lunghe file d'attesa, all'impossibilità di pagare il ticket, ma soprattutto all'impossibilità di accedere a quelle prestazioni di alta specializzazione che possono arrivare certamente a salvare la vita. Ma non di tutti evidentemente. E certo questo non è un problema che possono risolvere le strutture. Purtuttavia si prospetta una situazione "ambientale" che, secondo il mio parere, finirà per influire pesantemente anche sulle Aziende. Quanto a previsioni evolutive mi sorgono due dubbi in particolare. Il primo è legato proprio all'attualità di questi giorni. Dopo aver appreso quale sia il piano "governativo" per una senza dubbio necessaria riorganizzazione delle RSA – sono rimasto senza parole. E non è stato certamente di conforto apprendere poi che, già da questo momento, saranno i Carabinieri a sorvegliare la loro attività! Credo che l'Italia sia l'unico Paese al mondo ad aver partorito idee così geniali.

Immaginiamo per un momento un anziano ultraottantenne, solo, non autosufficiente, sofferente per pluripatologie, lasciato a casa da solo con un assistente che una, due volte o anche tre al giorno lo va ad accudire (cioè a pulirlo, a portargli la colazione, il pranzo, la merenda e la cena, a somministrargli i farmaci, per lasciarlo poi solo di notte).



Quali sono i più rilevanti cambiamenti che le aziende del SSN dovranno affrontare al proprio interno nel prossimo futuro?

Difficile rispondere a questa domanda perché il sistema Paese, dominato ormai dalla logica del regionalismo differenziato, non può che influire pesantemente anche sui cambiamenti che ogni azienda sanitaria dovrà affrontare nel prossimo futuro, nel rispetto delle indicazioni della propria regione. La sanità costituisce un settore della vita pubblica che ha già sperimentato ed implementato a partire dal 1992, anche in chiave anticipatoria, la regionalizzazione dei servizi sanitari, la garanzia di livelli essenziali di assistenza e la determinazione dei fabbisogni e dei costi standard, assicurando per quanto possibile un faticoso equilibrio tra istanze regionali e limiti nazionali.

Le nuove pretese regionali non sembrano voler consolidare l'attuale assetto (già regionalizzato per quanto possibile) del servizio sanitario na-

zionale, magari muovendosi secondo una logica di maggiore solidarietà.

Le regioni, forse assecondate dal governo, rivendicano una piena "territorializzazione" o "regionalizzazione" dell'assetto istituzionale del sistema socio-sanitario regionale e dei relativi profili organizzativi, dell'organizzazione dell'offerta ospedaliera e territoriale, dei percorsi formativi delle specializzazioni mediche e sanitarie, della definizione della compartecipazione alla spesa sanitaria, della programmazione e della gestione del patrimonio edilizio e tecnologico, dei fondi sanitari integrativi.

Traspare l'intenzione delle regioni di sottrarre i rispettivi servizi sanitari a molti vincoli statali ed unitari. Dunque credo che ad oggi sia impossibile prevedere un quadro unico per immaginare cambiamenti validi per tutte le strutture. Manca ancora una visione d'insieme, delle interazioni con le componenti del sistema sanitario nazionale. Se misure migliorative

tanto sul versante istituzionale quanto su quello gestionale, sono oggi possibili andrebbero invece condivise con l'intero sistema. Sottesa alle richieste regionali è una prospettiva "particularista", una frammentazione del servizio sanitario nazionale, la rivendicazione di una maggiore "libertà" nella gestione delle risorse spettanti, a discapito dei vincoli di solidarietà, della perequazione. Evidente è il rischio di scavare ulteriormente il solco tra le tre regioni "differenziate" e il resto del Paese, e in particolare il centro-sud. Un solco non soltanto sul piano istituzionale e amministrativo, ma soprattutto sul piano della fruizione delle prestazioni assistenziali e, dunque, della garanzia del diritto della salute delle persone. Una cosa credo sia ormai certa ed inevitabile: la territorializzazione della medicina, cioè soprattutto l'apertura delle strutture al territorio. Bisogna però che ci sia un piano nazionale al quale i piani regionali dovranno afferrare, altrimenti continueremo a vestire il nostro paese con il costume di Arlecchino, colorato sì ma sempre maschera di un burattino.

Quali sono le priorità di intervento su cui dovrete concentrare gli sforzi nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari, e delle funzioni di staff?

Inutile ripetere che il 2020 è stato l'anno della verità per il sistema sanitario nazionale. Fiumi di inchiostro sono stati spesi per raccontare le

nudità del nostro sistema sanitario messe alla berlina dall'emergenza covid-19. È tuttavia innegabile che proprio questa emergenza sia stata uno stress test per le strutture sanitarie ma anche e soprattutto per politiche sanitarie, oggi rivelatesi scellerate, tese a svuotare gli ospedali, sino a chiuderne qualcuno.

Se parliamo ora di "priorità di intervento" su cui concentrare gli sforzi, non si può non partire dalla constatazione che a fronte di anni di politiche tese da una parte alla deospedalizzazione e dall'altra al potenziamento del territorio senza veri e propri indirizzi e linee guida, sembra ormai evidente che, per quanto concerne lo sviluppo dell'assistenza primaria, il processo sia sostanzialmente da ricostruire dalle fondamenta perché quello realizzato in quest'ultimo decennio è fallito, o quantomeno in estremo ritardo rispetto a quanto auspicato da una pur copiosa normativa nazionale e regionale, ma soprattutto in ritardo rispetto al processo di deospedalizzazione, iniziato con il taglio scriteriato di migliaia di posti letto. Senza considerare il fatto che, proprio in conseguenza del taglio dei posti letto, si è venuta a creare una diminuzione del personale dedicato ai servizi di ricovero che ancora oggi grida vendetta. E dopo un anno di generalizzata condivisione dell'esigenza di ridurre il ricorso al ricovero e di chiudere strutture e posti letto, l'emergenza COVID 19 ha dunque rimesso in

MY-TEST



MY-TEST Personal

Analizzatore portatile con batteria ricaricabile a lunga durata
Precisione comparabile con gli analizzatori di laboratorio
Interfaccia touchscreen semplice ed immediata
Test e risultato rapido
Connessione USB, Bluetooth e WiFi
Test SARS-CoV-2: antigenico, sierologico e neutralizzante

MY-TEST AFS-1000

Analizzatore trasportabile da tavolo
Stampante termica incorporata
Test e risultato rapido
Connessione LAN HIS/LIS
Export dati USB
Test SARS-CoV-2: antigenico, sierologico e neutralizzante



Sistemi diagnostici POCT professionali ad immunofluorescenza cromatografica adatti a laboratori, studi medici, istituzioni e aziende. Eseguono in pochi minuti test SARS-CoV-2 con metodo sierologico, antigenico e la ricerca degli anticorpi neutralizzanti attivati dai vaccini anti SARS-CoV-2.

Disponibili numerosi altri test compatibili: ad es. PCT, PCR, SAA, IL-6, Troponina, NT-proBNP, cTnI/Mioglobina/CPK, D-Dimero, Beta-HCG, Progesterone, HbA1c, Influenza

discussione certe posizioni; ne è una riprova il fatto che il paragone tra i posti letto di terapia intensiva fra Italia e Germania è stato quello che ci ha fatto vergognare di più nei giorni drammatici d'inizio pandemia.

Da ciò mi pare evidente che tra le priorità da affrontare ci sia proprio una seria riprogrammazione dell'offerta assistenziale dopo un'attenta analisi dello stato dell'arte. Una riprogrammazione che naturalmente investe anche le funzioni di staff. La riduzione dell'ospedalizzazione è infatti avvenuta in tempi drammaticamente rapidi non solo senza un'adeguata compensazione sul versante del potenziamento dell'assistenza primaria, ma anche senza considerare cosa avrebbe significato la riduzione dell'ospedalizzazione per l'occupazione del personale. Drammatico è stato in conseguenza il calo di organici nel momento di maggior bisogno. E per assurdo nelle statistiche risulta che proprio in questi ultimi anni proprio per il calo dell'ospedalizzazione il personale, nel rapporto posti-letto operatori sanitari si è registrato addirittura un esubero di personale!. Quando poi tutti abbiamo visto cosa ci si è dovuti inventare per assicurare assistenza ai pa-

zienti
covid.

Dunque anche in
questo campo ci sarà da
rimettere certamente mano.

In conclusione credo che il futuro dei Servizi Sanitari sia legato al potenziamento dell'assistenza primaria e che, per raggiungere questo obiettivo, sia essenziale sviluppare nuovi modelli organizzativi che tengano conto innanzitutto della necessità della presa in carico dei pazienti in senso olistico e ci si orienti verso un'appropriata gestione delle risorse da distribuire equamente a tutti i soggetti protagonisti nel servizio sanitario del Paese, siano essi pubblici che privati, tanto più se privati no profit.

Su quali basi l'ARIS imposterà il suo cammino futuro?

La nostra priorità, come ARIS, è innanzitutto "fare rete" tra di noi. Una raccomandazione questa che il nostro Presidente Nazionale Pa-



dre
Virginio

Bebber, ripete

dall'inizio del suo

mandato. Fare rete per noi si-

gnifica esprimere solidarietà tra le istituzioni, favorire lo scambio delle varie eccellenze che si sviluppano lungo il percorso, riscoprire ogni forma di collaborazione sia sul piano professionale che assistenziale, presentarsi uniti ad ogni confronto politico, istituzionale, gestionale. Per questo puntiamo ad un forte sviluppo del nostro sistema di digitalizzazione.

Seconda priorità è la realizzazione di un sistema di controllo gestionale che ci consenta uno sviluppo fondato sulla sostenibilità. Le nostre, lo ricordo, sono per la quasi totalità istituzioni no profit, notoriamente non a fine di lucro. Questo certamente non significa non tenere d'occhio costi e ricavi, cioè non significa sentirsi esenti da un'oculata gestione delle istituzioni stesse; anzi la nostra identità cristiana ci impegna a sentire ancora più marcato il dovere

di assicurare ai nostri pazienti la migliore assistenza professionale possibile, supportata da una tecnologia sempre al passo con i tempi e la costante modernizzazione dei mezzi. Come sentiamo la responsabilità di conservare il posto di lavoro ai nostri oltre 55 mila dipendenti. Purtroppo ci troviamo a dover fare i conti con una politica sanitaria spesso dimentica delle Istituzioni sanitarie no profit, della loro parità di diritti e doveri con le istituzioni pubbliche, così come stabilito dalla stessa legge istitutiva del SSN, con promesse spesso rimaste solo sulla carta. Il rischio maggiore è proprio quello di rimanere schiavi di una continua gestione in emergenza per le inadempienze di alcune istituzioni governative regionali, e continuare a dover garantirei convenzione la migliore assistenza possibile ai nostri malati, pur con tariffe ferme ad oltre dieci anni fa. Per non parlare poi delle difficoltà sulla strada dei rinnovi contrattuali nel rispetto delle giuste esigenze dei lavoratori.

Tutto questo per giungere alla nostra terza priorità: la formazione di figure professionali manageriali in grado di gestire le strutture come fa un buon padre di famiglia. Non parlo



qui di formazione professionale medica o infermieristica perché sono convinto che si dovrà presto rimodulare l'offerta di queste figure professionali in tutto il Paese poiché la pandemia a messo a nudo un quadro preoccupante se si prova ad immaginare il futuro. Come ARIS abbiamo progetti specifici in questo campo, soprattutto per il settore infermieristico, che speriamo giungano ad una positiva soluzione. Quella che ora ci occupa di più è proprio la formazione di figure manageriali consapevoli delle nostre realtà e del nostro rifiuto di seguire tout court leggi di mercato quando si tratta di prendersi cura della fragilità umana. Siamo consapevoli che con la "logica di mercato" ci si debba sempre e comunque confrontare ma siamo ugualmente consapevoli del valore imprescindibile della solidarietà e della carità. Oggi poi c'è bisogno di una particolare attenzione a quella che è definita come la "sfi-

da del benessere equo e sostenibile", e noi aggiungeremo "solidale". La struttura del BES (benessere equo e sostenibile) sappiamo essere basata su due gruppi di domini: la prima tipologia, cosiddetta degli "outcome" include le dimensioni ad impatto diretto sul benessere umano ed ambientale; la seconda tipologia di domini, definiti "contesto", è volta invece a misurare gli elementi funzionali al miglioramento del benessere della collettività e dell'ambiente. Per restare nel nostro ambito, la "salute" che è tra i domini outcome, viene definita come condizione essenziale del benessere individuale, che incide su tutte le dimensioni della vita delle persone, in tutte le sue fasi, e dunque anche sul fattore economico gestionale. La sfida per noi è trovare un equilibrio per la realizzazione del "bes" e la sopravvivenza delle strutture.



siamo parte di un meccanismo molto delicato e ne siamo fieri



- noleggio e trattamento biancheria piana
- noleggio e trattamento uniformi da lavoro
- fornitura dispositivi monouso
- fornitura attrezzatura letto
- fornitura di DPI e DM



UNI EN ISO 9001:2015 Cert. 1489*
UNI EN ISO 14065:2016 Cert. ISP.L/103*

Uffici Amministrativi e Stabilimento: Via di Saponara, 596/598 – 00125 Roma
Tel.06-52.35.26.52 – Fax 178-27.18.455 – e-mail: info@gelensrl.it



Una battuta per rispondere alle insinuazioni di possibili dimissioni

IL PAPA GODE DI UNA "CAGIONEVOLE" SALUTE DI FERRO



di Mimmo Muolo

Una simpatica battuta circola in questi giorni negli ambienti vaticani. “Il Papa gode di una cagionevole salute di ferro”. L’ossimoro sembra quasi la versione aggiornata – 2.0 si potrebbe dire – di quello che i vecchi vaticanisti insegnavano ai loro colleghi più giovani: “Il Papa sta bene finché non muore”. In realtà, battute a parte, la salute di papa Francesco è quella di un uomo di quasi 85 anni che ha subito il 4 luglio scorso una impegnativa operazione chirurgica al Policlinico Gemelli, a causa di una stenosi del colon dovuta alla diverticolite sintomatica. Dopo dieci giorni di degenza e una estate passata a riposo, il Pontefice è pronto a riprendere i suoi impegni, come attesta il viaggio in Ungheria e Slovacchia, che non ha subito variazioni nel programma e nelle date. Solo ha dovuto osservare alcune precauzioni, come egli stesso ha rivelato, leggendo ad esempio i suoi discorsi da seduto, proprio in seguito all’operazione.

L’intervento però ha riportato in primo piano il rapporto di Francesco con il dolore e la malattia, che egli aveva già affrontato direttamente all’età di 21

anni, nel 1957, quando subì l'asportazione del lobo superiore del polmone destro a causa di tre cisti. "Quando mi sono ripreso dall'anestesia, – ha raccontato il Vescovo di Roma, riferendosi a quell'episodio, in un libro intervista dedicato proprio alla salute dei Papi – il dolore che sentivo era molto intenso. Non è che non fossi preoccupato, ma ho sempre avuto la convinzione che sarei guarito". E ancora: "Non ho mai sentito alcuna limitazione nelle mie attività". Anche nei diversi viaggi internazionali "non ho mai dovuto limitare o cancellare" nulla dal programma. "Non ho mai provato affaticamento o mancanza di respiro (dispnea). Come mi hanno spiegato i medici, il polmone destro si è espanso e ha coperto tutto l'emitorace omolaterale".

A legare le due operazioni c'è però il decisivo

ruolo svolto da due infermieri. Allora fu una suora italiana che, contro il parere dei medici, cambiò la medicazione che dovevano somministrare a Bergoglio per curarlo dalla polmonite di cui soffriva. A luglio scorso è stato Massimiliano Strappetti, l'infermiere del Fondo assistenza sanitaria, l'ambulatorio del Vaticano, che ha organizzato il ricovero e l'intervento al Gemelli e che poi ha seguito l'illustre paziente durante tutta la degenza durata dieci giorni e la convalescenza a Casa Santa Marta. "Mi ha salvato la vita un infermiere, un uomo con molta esperienza", ha detto il Pontefice all'inizio di settembre in una intervista a Radio Cope. E alla domanda su come stesse ha risposto: "Sono ancora vivo". L'esame istologico, e questo è confortante, ha escluso problemi più seri. Quindi ha scherzato sulle indiscrezioni circa possibi-



li dimissioni: “Quando il Papa è malato si alza un uragano di conclave”.

Ma a parte la cronaca, l'intervento della scorsa estate, giunto come un fulmine e ciel sereno, nel senso nulla era trapelato prima del ricovero, suggerisce alcune riflessioni sul rapporto del Papa con la malattia.

Innanzitutto egli si è comportato e ha voluto essere trattato come un degente qualsiasi. Da sempre Bergoglio non vuole si enfatizzino le sue condizioni di salute. E dunque è arrivato in auto al Gemelli, senza grandi scorte e in maniera del tutto anonima. Come un uomo normale ha scelto per l'operazione il periodo in cui i suoi impegni erano meno fitti, per non gravare troppo





sull'agenda. E anche sotto il profilo della privacy ha voluto tenere un profilo bassissimo prima dell'intervento (nessuno all'esterno sapeva del problema intestinale di cui soffriva da tempo), ma poi tutto il mondo è stato informato in tempo reale delle sue condizioni nel post operatorio e nel corso dei dieci giorni di degenza.

La seconda considerazione riguarda il rapporto con la sofferenza umana. Il Papa, ha fatto sapere nei giorni del Gemelli il suo portavoce, Matteo Bruni, ha avuto rapporti con gli altri ricoverati nel grande Policlinico romano, soprattutto con i bambini e i loro genitori del vicino reparto di oncologia pediatrica. È andato a visitarli e ha confortato i piccoli degenti e i loro familiari. L'esperienza

del dolore si è fatta così vicinanza umana, preghiera e opera di misericordia. Un modo di applicare il suo magistero anche nel tempo della malattia. Il Papa dei gesti è stato coerente anche in questa occasione.

C'è infine quello che potremmo chiamare il *genius loci*. In questo caso il ruolo giocato da un ospedale come il Gemelli. Seguendo le orme di san Giovanni Paolo II, che ne aveva fatto, a causa dei suoi dieci ricoveri, il "Vaticano tre" (intendendo per "due" il Palazzo di Castel Gandolfo), Francesco nella domenica successiva all'intervento ha recitato l'Angelus affacciandosi da uno dei balconi che danno sull'ampio cortile di ingresso. In tal modo un luogo di sofferenza è stato di nuovo sublimato come luogo di preghiera e di cura dell'umano. A più riprese il Pontefice ha detto di aver apprezzato la professionalità e l'umanità dei sanitari che lo hanno avuto in cura. E questo deve diventare paradigmatico nel mondo della sanità. Perché, oltre le ferite fisiche, va sempre curato tutto l'uomo. Corpo, psiche e spirito. E questa è davvero la più bella lezione di papa Francesco nel momento della sua malattia.

INAIL con l'obiettivo di realizzare una campagna informativa nazionale riguardante la promozione e lo sviluppo della cultura in materia di salute e sicurezza sul lavoro rivolta a soggetti coinvolti nel sistema della prevenzione, **ha pubblicato un Avviso** che promuove la realizzazione di **interventi informativi** predisposti secondo preordinati programmi, con particolare riguardo alle azioni di sensibilizzazione sui rischi infortunistici di tipo complesso e trasversale nei settori produttivi in cui risultano maggiormente presenti.

HSE Academy srl, società del Gruppo Ecosafety in collaborazione con Ebafos, Organismo Paritetico Intersectoriale ed Ente bilaterale Nazionale propone nell'ambito dell'Avviso in oggetto:

un percorso informativo a titolo gratuito per le Strutture partecipanti incentrato sulla **sensibilizzazione al Rischio Aggressioni nell'ambito delle Strutture Sanitarie.**

Destinatari degli interventi informativi potranno essere:

- lavoratori;
- datori di lavoro, dirigenti e preposti;
- rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS, RLST);
- responsabili e addetti del servizio di prevenzione e protezione (RSPP/ASPP);
- medici competenti.

Saranno oggetto di finanziamento progetti di informazione composti da un insieme di singole iniziative regionali, ciascuna destinata ad un numero di partecipanti non inferiore a 50. Le iniziative dovranno essere sviluppate in almeno sei regioni.

Per maggiori informazioni: formazione@ecosafety.it;



C'è già chi si prepara a rimescolare le carte

QUEL NEBBIOSO GROVIGLIO DEL “FINE VITA”



di Francesco Ognibene

Qualcuno sa dire sul fine vita che regole valgono oggi in Italia? Perché tra leggi fatte, in fieri e da fare, sentenze di raggio e cogenza differenti, referendum in allestimento, dichiarazioni e polemiche, una materia che richiede la massima chiarezza anche per i suoi risvolti penali si è aggrovigliata in modo quasi inestricabile. Tanto che ognuno sembra poter affermare qualunque cosa senza essere smentito: basta che le sue asserzioni suonino affini al “sentire comune”, diffuso senza quasi incontrare resistenza da alcune minoranze organizzate e

mediaticamente ben appoggiate. Proviamo allora a fare un po' di ordine, cercando di ipotizzare gli scenari più realistici su un fronte in movimento.

Dalla legge 219 che nel dicembre 2017 ha definito le “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, meglio conosciuta come legge sul biotestamento, non c'è stato un momento di pace. Doveva essere il punto di sintesi finale per colmare un “vuoto normativo”, ma l'esito del confronto (mai realmente tale, per la ferrea volontà dei proponenti di giungere a un solo risultato) ha confermato presto il sospetto che si trattasse solo di un primo, necessario varco di principio nella tutela integrale della vita umana come valore assoluto del nostro ordinamento. Eppure, a quella discutibile e problematica norma si era

arrivati dopo quattro anni di lavori parlamentari, approdati a una soluzione che, centrata attorno alla volontà del paziente di decidere in modo consapevole su cure e scelte di fine vita, fini-

questa logica obbedisce la determinazione di chi volle quella legge di catalogare la nutrizione assistita tra le terapie, e dunque sottoponendola al regime della sospensibilità, una decisione



va però per alterare il consolidato rapporto fiduciario del paziente con il suo medico, retrocesso alla funzione di notaio che esegue voleri altrui anche quando non hanno fondamento clinico. A

contraria a ciò che dice la maggioranza della medicina e anche il senso comune. Ma nel corso del sofferto dibattito ci si rese conto che l'intento annunciato – dotare il Paese di una legge che

mettesse il paziente al centro delle decisioni sulla sua vita, quasi una mozione di sfiducia verso il sistema sanitario e i suoi professionisti – in realtà era funzionale ad altro. Che non ha tardato a palesarsi.

Per dare una scossa all'iter laborioso di una legge simile i radicali innescarono nel febbraio 2017 la bomba del caso Fabo, usando come consuetudine la drammatica situazione di una persona disperata per forzare la mano alla coscienza degli italiani, prima ancora che al legislatore. L'esito ultimo è noto: la sentenza 242 del 2019 con la quale la Corte costituzionale ha depenalizzato l'aiuto al suicidio, punito dall'articolo 580 del Codice penale con la reclusione da 5 a 12 anni (un reato grave, dunque), ma a ben precise e stringenti condizioni per sbarrare il passo a ogni possibile abuso su persone vulnerabili: cioè i “casi in cui l'aspirante suicida si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli”. La Corte aggiunge anche il “coinvolgimento in un percorso di cure palliative” che “deve costituire un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente”. Un verdetto che

apre una breccia nell'indisponibilità della vita ma che circoscrive il perimetro dei casi, praticamente solo quelli assimilabili all'estremo quadro clinico di Fabiano Antoniani (dj Fabo). Il rinvio al Parlamento perché traduca questa previsione per sentenza in una legge ripassa la palla al legislatore, che non era stato in grado di onorare l'ultimatum di un anno lanciato dalla stessa Consulta nel settembre 2018 per arrivare a una disciplina del suicidio assistito con questi invalicabili confini. E visto che la sentenza non è legge, medici e giudici non possono far altro che attendere che le norme di fatto dettate dai giudici costituzionali assumano forza legislativa nella sede propria: le Camere. Una considerazione giuridica persino ovvia, ignorata però dai radicali nel loro sforzo di tenere desta l'attenzione del Paese sulla battaglia per legalizzare la “morte a richiesta” senza alcun limite. Fedeli al metodo dell'uso di casi umani angoscianti, i promotori del “diritto di morire” hanno agito su due fronti, entrambi funzionali a creare le condizioni per altri passi oltre la soglia della vita “a disposizione”: dapprima hanno incassato la sentenza della Corte d'Appello di Genova che, assolvendoli nell'aprile 2021 in un altro caso di aiuto al suicidio (un malato di sclerosi multipla), ha stabilito la liceità di dare la morte anche a chi non è in condizioni assimilabili alla malattia termina-

le ma è sottoposto a una qualunque terapia sospesa la quale nel tempo sopraggiungerà la morte (in pratica, ciascuno di noi quando contrae una patologia cronica o degenerativa); e poi hanno sostenuto il diritto di “Mario”, tetraplegico marchigiano, di ottenere l’assistenza medica a togliersi la vita dalla propria Asl, che però ha opposto la considerazione che la sentenza della Consulta su Fabo non è una legge. Non ancora.

Alla Camera infatti le Commissioni Giustizia e Affari sociali intanto sono arrivate alla fase decisiva della discussione di sei progetti di legge, quattro dei quali (i primi a essere depositati nella legislatura iniziata nel 2018, e dunque indipendentemente da tutta questa complessa partita) apertamente eutanasi. La mano radicale anche qui è riconoscibile: a ogni nuovo Parlamento che si insedia fanno infatti presentare a qualche parlamentare di area la loro storica legge di iniziativa popolare per legalizzare l’eutanasia, che le Camere hanno però sempre di fatto ignorato: al di là della propaganda, chi mai in Italia vuole passare per il “padre dell’eutanasia”? Ma il clima, com’è ormai chiaro, è del tutto cambiato. E dopo l’intreccio di leggi e sentenze assommate dal 2017 in qua i tempi sono sembrati maturi per forzare la mano, scavalcare d’un balzo biotestamento e aiuto al suicidio ottenendo lo storico (e tragico) obiettivo

di una legge che inserisca la morte tra i diritti del cittadino italiano, rendendola di conseguenza un servizio che il Servizio sanitario nazionale (pubblico e convenzionato) è tenuto a erogare al pari delle terapie salvavita. D’altra parte, è solo una questione di autodeterminazione e di scelta, no?

Incalzato dal diktat della Corte costituzionale – che il potere legislativo può ovviamente anche decidere di ignorare -, la Camera ha preso in mano una volta ancora nel giro di soli tre anni il dossier fine vita ma stavolta per discutere i termini della legalizzazione condizionata dell’assistenza medica al suicidio. In altre parole, un gran passo oltre la legge sul biotestamento, che era stata venduta come “definitiva”, ma un argine all’eutanasia sul suo stesso terreno. Così va la biopolitica in Italia. E tra il settembre 2020 e il luglio 2021 ha discusso le proposte giacenti (oltre a quelle eutanasiche, supportate da sinistra e M5s, anche una leghista di segno opposto, e una sesta di matrice Pd che fa propria la sentenza 242). Non che ci fosse molta voglia di imbarcarsi in un’avventura tanto pericolosa: in parallelo infatti la Camera prima e il Senato poi si dilaniavano sulla lacerante legge contro l’omotransfobia – il “ddl Zan” -, che pareva bastare e avanzare come oggetto divisivo proprio mentre il Paese cambiava governo proprio per cercare l’unità necessaria a sconfig-

gere il Covid. Ma una legge – ha detto la Consulta – andava fatta, e vista la determinazione di radicali e amici per ottenere lo scalpito simbolico dell'eutanasia per legge, la mossa del Pd di in-

inizio luglio 2021 a votare in Commissione a Montecitorio il testo unico sul quale iniziare la discussione vera e propria dell'articolato sul suicidio assistito. A far convergere la maggio-



trodurre la soluzione di possibile compromesso di una norma che di fatto si limitasse a tradurre il dettato dei giudici costituzionali sembrava un percorso praticabile. È così che si è arrivati a

ranza dei consensi ovviamente il “lodo Bazoli”, cioè la proposta dem circoscritta ai quattro criteri della Consulta più il ricorso alle cure palliative. Tutti d'accordo? Neanche a parlarne. Il



terreno minato dalla pesante spaccatura politica sulla legge Zan ha condizionato anche il confronto sul fine vita. E anziché cercare insieme una formula che non andasse un millimetro oltre lo strappo già prodotto nell'ordinamento italiano dalla sentenza Fabo, neutralizzando così le spinte radicali per l'eutanasia tout court, si è pensato bene di trasferire la guerra dall'omotransfobia al fine vita. Con gran strepito di dichiarazioni ma esiti concreti tutti da verificare. Perché ormai la slavina non si ferma più: e la mancata definizione di una legge fortemente restrittiva sul suicidio assistito finisce per fare il gioco di chi continua a volere il "diritto di morire" tutto intero.

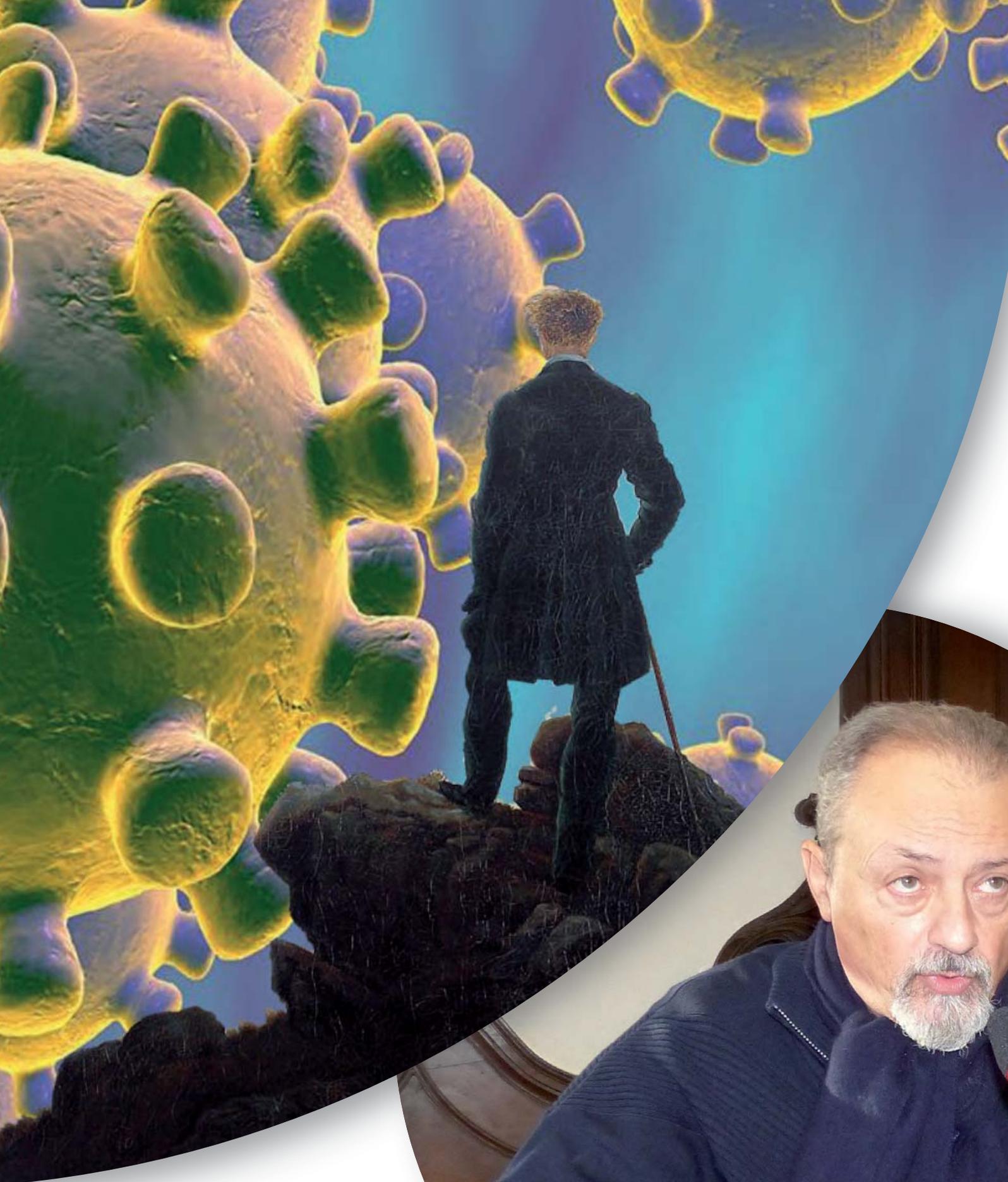
Tanto che, al riparo del polverone delle polemiche tra gender e suicidio, i radicali hanno adottato una volta ancora la loro strategia massimalista puntando sulla legalizzazione dell'eutanasia

per via referendaria. E hanno spiegato agli italiani nei banchetti per la raccolta delle firme che un medico che anziché curarti ti dà la morte quando la chiedi per qualunque motivo è un modo ineguagliabile per essere "liberi fino alla fine", come recita lo slogan della campagna per il referendum abrogativo. In palio l'articolo 579 del Codice penale, omicidio del consenziente, pena attuale dai 6 ai 15 anni per un reato più grave di quello trattato dal 580 ma che, per effetto di una possibile abrogazione referendaria, diventerebbe mai punibile, eccezion fatta nei casi in cui ne sono oggetto minorenni, persone con disturbi psichici o cui il consenso è stato estorto. Un capolavoro tattico, non c'è che dire, per ottenere che lo Stato rinunci a curare, a fare ricerca, a lenire il dolore, a offrire terapie all'altezza delle sofferenze. Basta un'iniezione. Ma è questo che vogliamo, e che il nostro Paese chiede?

Esperienza e innovazione al servizio dell'igiene professionale.

Selezioniamo i brand
più affidabili garantendo
competenza e proponendo
soluzioni sicure e sostenibili.





A colloquio con Salvino Leone

LA DIMENSIONE ETICA NELL'ORDINE OSPEDALIERO DI SAN GIOVANNI DI DIO



di Franco Ilardo

Recentemente l'Ordine dei Fatebenefratelli ha pubblicato dei nuovi documenti di bioetica che, oltre a delineare i principi e i valori che ispirano e guidano l'opera assistenziale, esprimono anche la posizione dell'Ordine di fronte a questioni morali che negli ultimi tempi sono diventate sempre più "pressanti" in tutto il mondo.

Ne abbiamo parlato con Salvino Leone, membro della Commissione Generale di Bioetica e Presidente del Gruppo di lavoro (*Board*) europeo per la Bioetica

Qual è la finalità del Codice Etico di recente elaborato dalla Commissione Generale di Bioetica e le novità rispetto alla Carta d'Identità del 2000 che già raccoglie ed esprime i valori e la missione dell'Ordine?

Il Codice Etico nasce da un'esigenza specifica, emersa nel corso dell'ultimo Capitolo Generale dei Fatebenefratelli, di uno strumento agile e sintetico che esprimesse principi e valori dell'Ordine Ospedaliero in rapporto alle attuali contestualizzazioni etiche. Pertanto, rispetto alla Carta d'Identità che risulta più corposa e complessa poiché ogni argomento è ampiamente sviscerato e approfondito, questo nuovo documento fissa alcuni punti fondamentali, a partire dalle fonti dell'agire etico dell'Ordine: etica naturale, magistero della chiesa, etica in San Giovanni di Dio fino alla Carta d'Identità.

Quali sono gli aspetti principali su cui si focalizza e a chi è rivolto?

Nel documento vengono evidenziati i principi etici dell'ospitalità, che rimangono sempre

“validi” qualunque siano le nuove problematiche in ambito morale che ci si ritrova ad affrontare, e viene anche delineata la posizione dei Fatebenefratelli nei confronti di alcune questioni etiche legate all’attività di cura, in particolare il rispetto e la dignità della vita umana, il rispetto dei diritti della persona assistita, la protezione delle persone vulnerabili, l’etica gestionale e la difesa dell’ambiente. Il Codice Etico può essere utile a tutti – religiosi e collaboratori – per avere “a portata di mano” uno strumento operativo, una sintesi schematica dell’etica dell’Ente al quale appartengono, in particolare per coloro che devono rappresentarlo ad esempio agli organi di stampa o in altro contesto, ma può essere anche un documento d’interesse per le persone assistite.

Anche il Board europeo sulla Bioetica ha recentemente pubblicato due documenti: “Orientamenti per l’etica della gestione e della leadership” e “Riflessione etica sul fine vita”. Perché si è deciso di soffermarsi su queste tematiche?

Avevamo davanti a noi una rosa di argomenti – tanto che nei prossimi incontri del Board Europeo inizieremo a trattare anche gli altri – ma abbiamo deciso di partire proprio da questi due perché prioritari. La questione del fine vita è infatti un tema che negli ultimi anni è sempre più al centro di grandi dibattiti a livello mondiale, tanto che vediamo moltiplicarsi le legislazioni sull’eutanasia, le disposizioni anticipate di trattamento, il problema degli stati vegetativi, ecc.

Le strutture Fatebenefratelli hanno quindi la necessità di avere degli orientamenti chiari e

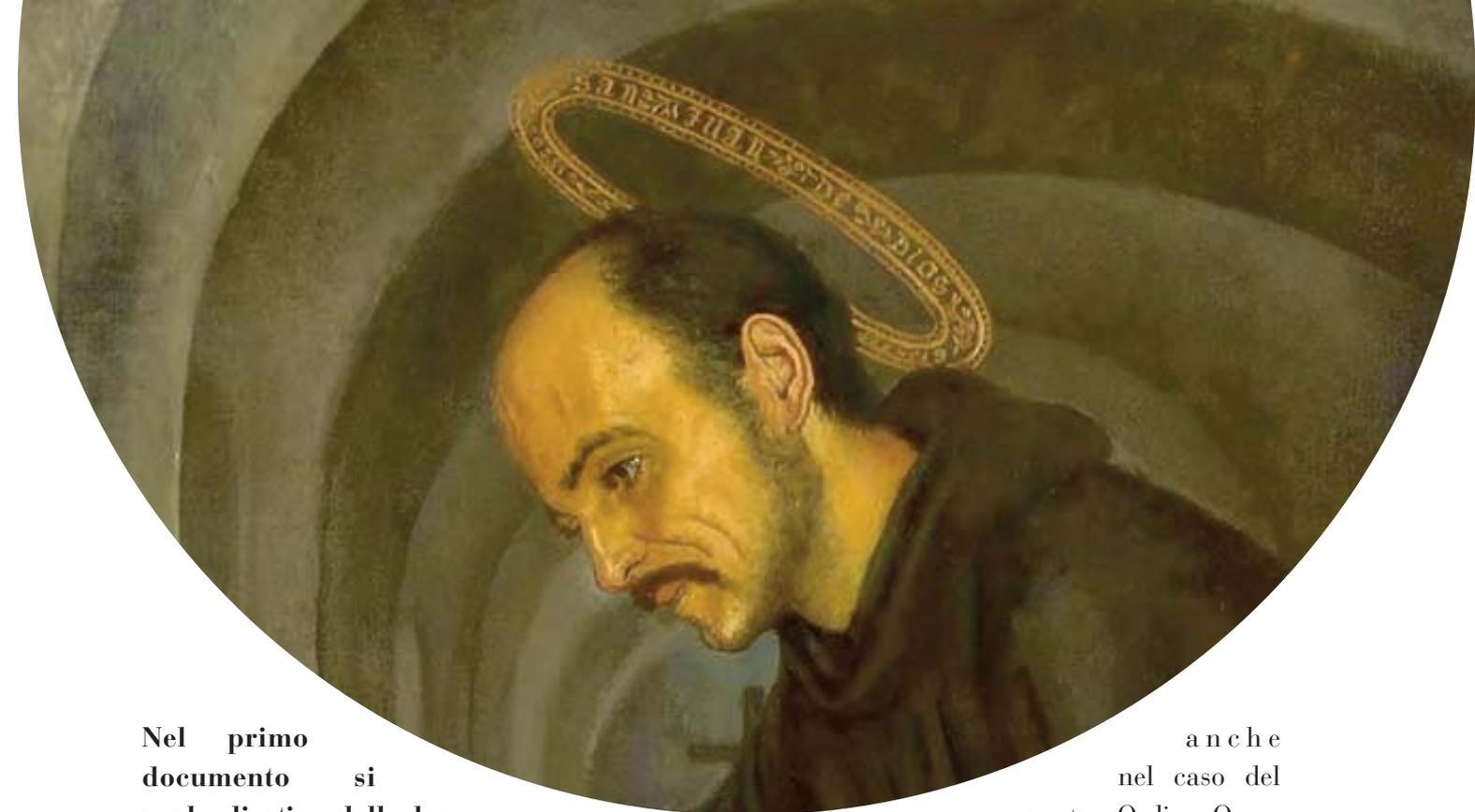
precisi per capire come è opportuno agire, per fare “ordine” tra i tanti documenti del magistero ecclesiale e della legislazione civile dei vari Paesi che si sono espressi su questo tema, anche in vista di ulteriori integrazioni che i diversi Centri dell’Ordine potranno dare in rapporto alle specificità delle situazioni locali.

Per quanto riguarda l’etica della gestione e della leadership, spesso si è parlato di etica gestionale senza però entrare mai nel dettaglio delle sue problematiche, che possono avere tutti i centri, dai più piccoli ai più grandi. Nel documento vengono quindi approfondite questioni come la leadership, l’organizzazione delle varie attività, le risorse umane, la gestione manageriale della struttura, tutti aspetti che vengono esaminati alla luce dei principi etici e della tradizione etica dell’Ordine.

Chi sono i destinatari di questi due documenti?

In riferimento al documento sull’etica della gestione, i destinatari principali sono gli appartenenti all’Ordine Ospedaliero poiché riguarda proprio la managerialità dei centri FBF. Credo però che il documento possa essere utile anche per le strutture pubbliche con le quali l’Ordine si confronta, per conoscere i principi etico-manageriali su cui si fonda la gestione delle opere dei Fatebenefratelli.

Il documento sul fine vita può avere invece un interesse molto più ampio, anche da parte dei non addetti ai lavori, fermo restando che il riscontro maggiore viene registrato tra gli operatori sanitari che operano in questo specifico settore.



Nel primo documento si parla di etica della leadership e di risorse umane in termini di “Famiglia Ospedaliera”. Può spiegarci meglio?

L’etica della leadership è molto variegata e presuppone che ci sia una figura leader – che può essere il singolo o un gruppo gestionale, a seconda dei casi – carismatica, ossia che si ispira ai principi e ai valori dell’opera di San Giovanni di Dio, che poi deve essere a sua volta in grado di trasmettere ai propri collaboratori e che trova nella persona umana il suo destinatario ultimo. Questa leadership non è accentratrice né punta al proprio profitto, ma mira al miglioramento continuo della qualità assistenziale nei confronti di tutte le persone che usufruiscono dei servizi della Struttura.

Il concetto di “Famiglia Ospedaliera” è stato introdotto nell’Ordine ormai da alcuni anni ed esprime le diverse presenze che lo compongono, tutte inserite nell’ambito di un’unica grande comunità. Come in una famiglia, ognuno è diverso dall’altro e ha un ruolo differente (padre, madre, figlio, fratello, sorella, ecc.), ma tutti concorrono nel creare una sola identità, quella appunto della famiglia. Alla base vi è l’amore, e

a n c h e
nel caso del
nostro Ordine Ospedaliero dovrebbe esserci questo

valore a legare le sue varie componenti. Religiosi, collaboratori (interni ed esterni), volontari, tutti insieme costituiscono un’unica grande Famiglia Ospedaliera che cammina con comunità d’intenti, secondo l’ispirazione carismatica di San Giovanni di Dio.

Il documento sul fine vita si conclude con alcune proposte operative sul modo in cui affrontare la complessa realtà della fine della vita. Quali sono?

Non stiamo parlando di norme alle quali obbedire, ma di spunti di riflessione che mirano a una maggiore responsabilizzazione delle coscienze sulla proporzionalità delle cure, sia degli operatori sanitari sia di coloro che ne usufruiscono. Non si tratta di “fare o non fare determinate cose”, ma di assistere il paziente nel migliore dei modi fino alla fine e di accompagnarlo nell’ultimo tratto della sua esistenza non solo attraverso le cure palliative ma soprattutto attraverso la vicinanza e il conforto. L’umanizzazione della morte è infatti la chiave di volta nelle cure del fine vita.



SoGeSi

La certezza di potersi concentrare solo sulla cura del paziente.

Da oltre 35 anni siamo il punto di riferimento nel settore lavanolo e sterilizzazione per il settore sanitario e industriale.

SoGeSi Spa
Via G. Benucci 105
06135 Perugia
info@sogesispa.it
www.sogesispa.it



NO PROFIT



LA SCELTA DEL NO PROFIT NELLE STRUTTURE ASSOCIATE ALL'ARIS



di Virginio Bebbler

Ne siamo fermamente convinti: quella del no profit è stata per noi una scelta fondamentale. Due passi nella storia forse aiutano a rinfrescare un po' la memoria. Con la riforma ospedaliera del 1968 (la legge 132), le strutture ospedaliere associate sono state chiamate ad una scelta non facile: accettare o meno i limiti della programmazione sanitaria. L'Associazione ha sostenuto ed ottenuto, in sede di approvazione della legge, la possibilità di un inserimento degli ospedali religiosi nella programmazione ospedaliera (attraverso la cosiddetta classificazione) per poter erogare, così, a pieno titolo assistenza ospedaliera pubblica, ottenendo, poi, con i decreti legislativi di attuazione del

1969 anche la possibilità di chiedere la equipollenza dei titoli e dei servizi del proprio personale.

Questa scelta strategica fondamentale, fortemente voluta dall'Associazione, è stata una caratteristica costante dell'ARIS, mai messa in discussione, anzi sempre difesa, anche nelle successive riforme del servizio sanitario del Paese. Ma ciò che più ha impreziosito la presenza di queste nostre strutture nel sistema Paese è stata la scelta del non profit delle strutture associate sulla scia del loro caratteristico spirito di servizio ai sofferenti che si ispira al Vangelo. Si tratta in sostanza di far convivere, nella concretezza dell'organizzazione sanitaria e della sua gestione, efficienza e valori di solidarietà. È chiaro che si tratta di due argomenti che non possono essere considerati meramente accostati in una sequenza temporale; essi vanno intrecciati saldamente. Come è noto il non profit è caratterizzato innanzitutto dal criterio del reinvestire all'interno dell'istituzione eventuali utili pro-

dotti. Allo stesso tempo non si può ignorare la responsabilità di trasferire tale caratteristica anche alle modalità di organizzazione del servizio e di erogazione delle prestazioni. In questo senso il concetto di aziendalizzazione in generale va applicato, con intelligente prudenza, al mondo della salute e va assunto, con sagace discernimento da parte delle istituzioni non profit. Con ciò non si vuole certo negare la necessità di una managerialità rigorosa, quanto piuttosto ribadire la necessità di saper conservare la distinzione tra mezzi e fini, e soprattutto quella gerarchia che subordina i primi ai secondi. Evitando tra l'altro quella eterogenesi per cui è lo strumento adottato ad imporre la propria logica intrinseca, disegnando anche l'orizzonte degli scopi.

L'ARIS è impegnata dunque a sostenere e a far crescere la consapevolezza del non profit sanitario, cioè la coscienza di rappresentare una ricchezza di disponibilità, di risorse materiali e spirituali insostituibile. E non si tratta semplicemente di un discorso di principio quanto piuttosto di una volontà concreta di fornire ai propri associati occasioni di aggiornamento e di comune elaborazione di indirizzi organizzativi e di strumenti gestionali in grado di rispettare e riflettere le peculiarità del non profit.

E tutto ciò senza dover rinunciare al principio fondamentale, desumibile dalla legislazione nazionale originata dalla legge 132, che gli Ospedali Classificati e i Presidi sono equiparati a tutti gli effetti agli ospedali pubblici tanto che

il Consiglio di Stato li aveva riconosciuti “consustanziali” a quelli pubblici. Essi sono, per legge, strutture dell'ASL in cui sono ubicati.

Un principio sacrosanto che tuttavia non è stato mai compiutamente attuato, anzi negli ultimi anni è stato messo in discussione dagli orientamenti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, dalla normativa di molte regioni e recentemente anche da alcune sentenze dei TAR e del Consiglio di Stato, che, certamente per problemi di carattere economico-finanziario, hanno rinnegato la loro stessa giurisprudenza ormai consolidata; ai nostri ospedali è stato così riconosciuto un finanziamento delle attività e delle prestazioni del tutto incongruo e sostanzialmente equiparato a quello delle case di cura private for profit.

Tuttavia coerentemente con l'orientamento “pubblicistico” dell'Associazione la quasi totalità delle strutture sanitarie e socio sanitarie, che fanno riferimento all'ARIS, hanno scelto di operare nel S.S.N. come strutture accreditate e quindi erogano prestazioni per conto del S.S.N. senza scopi di lucro. E sempre in questa logica l'ARIS si schiera a difesa strenua di un sistema a copertura universalistica del diritto alla salute, oggi messo in discussione, sia da una crisi economico-finanziaria di non facile superamento, nonché dagli interessi di fortissimi gruppi economico-finanziari che sostengono l'esigenza ineludibile del ricorso alla previdenza integrativa e sostitutiva, con il superamento dell'attuale sistema.

www.lacascina.it



Cuore da cooperativa, testa da impresa, persona al centro

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

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





La testimonianza dell'Aris

IL VALORE DI UNA PRESENZA NEL SISTEMA SALUTE



di Elio Borgonovi

I primi ospedali sono stati fondati da ordini religiosi o da sovrani illuminati mossi dalla finalità di dare ospitalità a persone povere o comunque in condizioni di disagio. Nella fase pre-scientifica erano limitate le conoscenze riguardanti le origini delle malattie e quindi l'assistenza consisteva soprattutto nella disponibilità a dare un conforto collegato alla fede o al senso di vicinanza umana. L'affermarsi delle conoscenze scientifiche ha consentito di caratterizzare la tutela della salute come vera e propria professione del medico, in senso generale, poi dell'infermiere, del tecnico sanitario e di altre figure oggi presenti negli ospedali e nelle strutture di diagnosi e cura senza ricovero.

Il secolo scorso è stato caratterizzato da un forte sviluppo di specializzazioni mediche, chirurgiche, psicologiche, infermieristiche e tecniche di tutte le cosiddette professioni sanitarie non mediche. Inoltre sono state sviluppate molte tecnologie diagnostiche, terapeutiche, in generale assistenziali, sempre più sofisticate, precise e ad elevato costo. Esse hanno aiutato a migliorare le condizioni di salute di centinaia di milioni di persone in tutto il mondo, anche se in molti paesi poveri, o in via di sviluppo, ogni anno si hanno decine di milioni di morti che sarebbero evitabili con diagnosi, farmaci e terapie con costi molto bassi.

Il progresso scientifico ha consentito un allungamento della vita, ma ha generato anche quello che può essere definito il paradosso dell'età moderna. Le possibilità di intervenire positivamente su molte situazioni di salute è limitata dai vincoli della spesa pubblica o privata, per cui negli ultimi decenni sono state applicate, in quasi tutti i paesi, interventi per au-

mentare l'efficienza e per contenere la spesa pubblica entro i vincoli di sostenibilità economica. Questa divaricazione tra domanda di servizi e di salute (in costante aumento) e offerta di servizi (vincolata dalle disponibilità finanziarie) ha fatto emergere un problema di sostenibilità che per molti anni è stato affrontato creando una contrapposizione tra strutture pubbliche e private e, all'interno del settore privato, una distinzione tra organizzazioni cosiddette *profit* e istituzioni *non profit*. Spesso la distinzione e la contrapposizione sono state fatte con riferimento a vari indicatori di *Performance*. È appena il caso di ricordare i dibattiti sui differenti indicatori di appropriatezza, efficacia, efficienza e costi, sulla base dei quali si fanno i confronti tra strutture pubbliche, private *for profit* e private *non profit*.

Solo in anni recenti è apparso a tutti chiaro che la contrapposizione diventa sterile, mentre è sempre più necessario ragionare in termini di reti e collaborazioni. Infatti si hanno bisogni differenti che richiedono una risposta differente che valorizzi le caratteristiche proprie di ognuno delle tre tipologie di strutture. L'intervento delle strutture private (*profit* o *non profit*) non può essere più considerato in termini supplementari (criterio di accreditamento), quando non addirittura accettato e perseguito, per ridurre i costi. Al contrario deve essere visto in una logica di complementarietà e di integrazione che consenta di realizzare l'obiettivo di aggiungere qualità agli anni di vita, dopo che scienza, professionalità e tecnologie hanno consentito di aggiungere anni alla vita. Così il

passaggio dalla assistenza delle patologie acute, fondate su diagnosi e terapia (gli inglesi usano il termine *Cure*) all'assistenza delle persone con cronicità, disabilità e non guaribili (gli inglesi usano il termine di *Care*) può essere ottenuto non tramite la maggiore efficienza ma tramite il valore delle relazioni.

In un mio recente scritto sostengo che, mentre le teorie di *management* propugnano il principio secondo cui "non si può migliorare ciò che non si può misurare" è possibile contrapporre un altro principio sintetizzabile nei seguenti termini: "Medici, infermieri, tecnici sanitari e altri professionisti della salute cercate di guarire le persone che la scienza vi consente di guarire, prendetevi cura delle persone che la scienza non vi consente di guarire (in questo senso si parla di cure palliative o di accompagnamento al fine vita), fate sentire la vostra vicinanza alle persone che soffrono e sicuramente otterrete un continuo miglioramento". Questa riflessione mi consente di dire che, oltre alla economia circolare che deve eliminare gli sprechi e la cultura dello scarto e alle energie rinnovabili, è giusto il tempo per parlare anche di "salute circolare" che significa chiusura del cerchio. Si è partiti dagli ospedali come espressione di solidarietà, senso di ospitalità e oggi il valore aggiuntivo è dato dal ritorno all'importanza delle relazioni. Il grande mondo del cosiddetto Terzo Settore, religioso o laico, molto presente nel sistema di tutela della salute di cui i soci ARIS fanno parte, può essere l'anello di congiunzione che collega il passato al futuro.

Insieme a chi assiste,
al servizio dei più fragili



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

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

Coop. Soc. Medihospes Onlus Via Caduti Strage di Bologna, 5 - 70125 Bari - Telefono +39 080 9905341 - www.medihospes.it

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



COME ARTISTI DELLA VITA IN SPIRITO DI SERVIZIO



di Luigi Corbella

Correva il 1968, eccome se correva.

Al cinema il dottor Tersilli, Alberto Sordi, neolaureato in medicina inseguiva facili guadagni a ristoro dei sacrifici della madre vedova per farlo studiare, cavalcando – *potenza della commedia* – l’onda della neonata “mutua”.

Era d’altronde in quello stesso anno che con la legge *Mariotti* fu esteso a tutti il diritto all’assistenza ospedaliera, incaricando lo Stato di finanziare il debito degli ospedali e affidando alle Regioni, una volta istituite, il compito di curarne la programmazione. Tutte cose che a dirle oggi sembrano fatte.

Ed è con quella stessa legge, come spesso ricordiamo, che le strutture ospedaliere degli enti religiosi – *scegliendo così di rinnovare la loro vocazione no profit, diremmo oggi* - furono chiamate a far parte del sistema pubblico di offerta, attra-

verso la cosiddetta “classificazione” che a tutt’oggi rende equipollenti a quelli pubblici i titoli e i servizi del personale.

Ecco, se vogliamo simbolicamente collocare in epoca moderna la scelta di essere (*di nuovo*) “no profit” (*nell’accezione di “a servizio della collettività” e non solo di “fornitore” della collettività*) possiamo risalire a quegli anni.

Prima di allora, come sappiamo, in realtà fino alla prima costituzione del Sistema Sanitario Nazionale, il diritto alla salute non era garantito a tutti. Nel 1978 da “mutua” – *con buona pace del dott. Tersilli* – il sistema, coinvolgendo tutte le strutture allora operanti, si è riorganizzato in modo organico in attuazione dei principi di dignità, salute, equità, appropriatezza, economicità, distribuzione omogenea dei servizi, ecc. .

Secondo la cultura dell’epoca, nella carta geografica del nuovo sistema era in qualche modo implicito immaginare che chi vi trovasse collocazione non potesse ragionare con logiche di profitto. Tant’è che, sempre allora, la distinzione tra privato e pubblico era chiara: il settore pubblico operava senza oneri per i fruitori mentre quello privato poneva a carico del cittadino/utente i co-

sti (i prezzi) delle prestazioni erogate. Solo progressivamente, grazie ai meccanismi contrattuali dell'accreditamento e del convenzionamento (*e all'incremento dell'offerta, certo*) anche operatori soggettivamente privati hanno potuto offrire prestazioni sanitarie con oneri a carico della collettività. Parallelamente, per ragioni di sostenibilità, si sono ampliati i meccanismi di compartecipazione e corresponsabilità presso gli operatori pubblici (*ticket, differenze alberghiere, prestazioni in regime di solvenza, in particolare*). In questo nuovo scenario è diventato effettivamente importante capire con quali "finalità ultime" un soggetto privato opera in sanità e nel settore sociosanitario.

La definizione "no profit" nel linguaggio economico accomuna organismi privati diversi fra loro ricondotti ad unità dal "divieto" (*normalmente autoimposto attraverso lo statuto*) di distribuire eventuali profitti. Divieto da cui scaturisce l'aspettativa (o *l'obbligo*) che i profitti siano reinvestiti interamente nell'attività che li ha generati o comunque destinati a finalità di utilità collettiva.

Nel panorama dell'economia sociale, europea e mondiale, questa definizione – *utile sotto alcuni puni di vista* – ha iniziato a risultare inadeguata e si è iniziato così a parlare di *imprese sociali*. Pur con qualche distinguo la definizione di impresa sociale identifica oggi un "modo differente di fare impresa" dove quel "differente" significa "per perseguire obiettivi sociali".

La Commissione Europea definisce le imprese sociali "*attori dell'economia sociale il cui obiettivo principale non è generare utili per i suoi proprietari e azionisti ma esercitare un impatto sociale. Essa opera sul mercato producendo beni e servizi in modo imprenditoriale e innovativo e destinando i propri utili principalmente alla realiz-*

zazione di obiettivi sociali. È gestita in modo responsabile e trasparente, in particolare coinvolgendo dipendenti, clienti e altri soggetti interessati dalle sue attività commerciali".

La definizione di impresa sociale elaborata da Emes (www.emes.net) abbina alla dimensione sociale quattro ulteriori requisiti: la produzione di beni e/o servizi deve avvenire in forma continuativa e professionale in un contesto almeno parzialmente di mercato o comunque di corresponsabilità, l'impresa deve essere caratterizzata da un elevato grado di autonomia e indipendenza sia nella fase di costituzione che nella gestione, i fondatori devono aver assunto un rischio economico e devono esservi dipendenti.

Sotto il profilo dell'orientamento sociale (*quindi allo scopo di arrecare benefici alla collettività o a gruppi svantaggiati*) Emes chiede anche che l'iniziativa sia collettiva e che vi sia un coinvolgimento degli stakeholders nella gestione.

Così strutturato, il concetto di impresa sociale – *pur rappresentando solo parzialmente la realtà* – si sovrappone, supera, quello tradizionale di tipo giuridico ed economico e, quindi, è destinato a collocarsi oltre i vincoli dettati dalla forma giuridica. Tant'è che anche il "nostro" decreto legislativo n. 112/2017 ammette ormai per l'impresa sociale tutte le configurazioni giuridiche possibili. Quello che conta è che l'obiettivo ideale e sociale perseguito (*il carisma, diremmo noi*) sia effettivamente la ragione d'essere dell'azione commerciale.

Storicamente, altra dimensione essenziale da ricordare, il fenomeno del "no profit" è invece essenzialmente (*e più semplicemente*) espressione di spirito filantropico (*di carità, diremmo sempre noi*) e vocazione pluralistica.

Potremmo dire, in sintesi, che a tutt'oggi presso la collettività si sono diffusi modelli (*quello degli*



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

Unogas per ARIS **Tutta la nostra energia al tuo servizio**

UNOGAS ENERGIA OFFRE A TUTTI GLI ASSOCIATI ARIS:

- ✓ **Tariffe dedicate**
per le forniture di gas e luce.
- ✓ **Autolettura**
per fatturazione con consumi reali.
- ✓ **Consulenza fiscale gratuita**
per la verifica dei requisiti, l'istruzione e la gestione delle pratiche presso l'Agenzia delle Dogane, per la corretta applicazione delle accise sul gas naturale.
- ✓ **Servizio clienti**
senza risponditore automatico ed un Commerciale Dedicato per l'intera durata del contratto.
- ✓ **Energia verde**
con i nuovi servizi green, come impianti fotovoltaici e mobilità elettrica.

Per maggiori informazioni contatta la nostra Sede Commerciale di Roma

06 6519 2091 | numero verde **800 089 952**

PUBBLICITÀ ARIS.IT



unogas.it | [f](#) [in](#) [@](#)

Unogas

Gas • Luce • Servizi



enti religiosi, per esempio) capaci di esprimere interessi e specificità sociali senza passare attraverso gli enti pubblici e l'uniformità che li caratterizza. Sono state, potremmo dire, la progressiva tendenza al controllo del pluralismo da parte delle Autorità governative e l'affermarsi dei moderni sistemi di welfare a suggerire l'adozione di modelli e definizioni rigide.

Alcune questioni, quando si parla di no profit, possiamo comunque considerarle ormai risolte, definite, non più in discussione intendiamo.

Soprattutto quando si opera 'senza finalità lucrative soggettive' (*che è un buon modo per spiegare*

cosa vuol dire no profit) in ambiti dove ci si deve confrontare con i vincoli (*perché tali sono*) della sostenibilità e della competitività.

Per esempio, il fatto che operare in modo "no profit" non legittima certo inefficienze economiche o approssimazioni gestionali.

Non si possono perdere soldi, insomma, e nemmeno terreno rispetto agli altri attori che - anche con finalità diverse - operano nello stesso ambito (*non usiamo qui più volutamente la parola 'mercato'*).

Per esempio, per quanto qui ci interessa, in sanità o nell'assistenza sociosanitaria. Soprattutto quando le risorse provengono da meccanismi corrispettivi a fronte di modelli gestionali definiti a priori (*come accade in tutti i contesti caratterizzati da accreditamento e convenzioni*).

E fin qui, come abbiamo esordito, dobbiamo essere tutti d'accordo: gestire con finalità ideali (*altro modo per dire no profit*) opere e strutture economicamente rilevanti non può (*mai più, speriamo*) essere un alibi per sprecare risorse ed energie o per rimanere indietro. Guai!

Il problema (o l'occasione) è riempire di contenuti la locuzione no profit che declinata in negativo (*altro da, diverso da for profit, ecc.*), come abbiamo cercato di dimostrare, è vuota e si presta anche a equivoci.

Lo sforzo che dobbiamo proporci, quindi, è proporre in senso positivo, per riempirlo, lo spazio aperto da quel 'altro da', quel sentirsi vocati e perciò 'diversi'.

Decenni di sforzi (*a fronte del permanere di diffidenze e ostilità*) ci suggeriscono che non è esercizio facile quello che stiamo proponendo.

Basta, per esempio, a spiegare perché siamo diversi ricordare le suggestioni legate ai temi etici, ambientali in senso lato, che tanto ormai vanno di moda? Certamente no.



Da sempre a sostegno della qualità



La Vivenda Spa, rappresenta, un gruppo imprenditoriale leader in Italia nei servizi in Global Service che produce ogni anno oltre 37 milioni di pasti, pulisce e sanifica, più di 2 milioni di metri quadri di ospedali, case di cura e di riposo, scuole, università, bar e ristoranti.

**SEDE LEGALE
E AMMINISTRATIVA**

00173 - ROMA
Via Francesco Antolisei, 25
Tel 06 72.99.61
Fax 06 72.99.62.01
info@vivendaspa.it

**SEDI TERRITORIALI
E OPERATIVE**

70124 - BARI
Strada Torre Tresca, 18
Tel 080 50.43.211
Fax 080 56.12.322

95127 - CATANIA
Viale Alcide De Gasperi 173/C
Tel 095 21.63.132
Fax 095 21.63.374

20124 - MILANO
Via Adele Martignoni, 25
Tel 02 55.23.0710
Fax 02 56.80.41.02

53035 - SIENA
Strada delle Frigge, 5
Tel 0577 30.30.1
Fax 0577 30.30.30

64100 - TERAMO
Via Carducci, 46
Tel. e Fax 0861 24.85.51

Pur dovendo ‘presupporre’ una gestione eticamente orientata (*compatibile e rispettosa dell’interesse generale e della legalità nella sua accettazione più ampia*) sappiamo bene che questo non è sufficiente a qualificarci. Se non altro perché lo stesso orientamento etico (*che in realtà dovrebbe caratterizzare tutti*) è oggi cavallo di battaglia anche per molti operatori commerciali.

Dobbiamo guardare oltre. Qual è davvero il nostro ‘carattere’, il segno distintivo che ci distingue e qualifica. Il fattore ‘genetico’ che spiega perché siamo così tenaci (*come per destino*) nell’andare (*se ci andiamo davvero*) controcorrente anche quando pochi (*dentro e fuori dalle nostre organizzazioni*) sembrano crederci?

Consapevoli o meno, lo scalpello con cui imprimiamo alle nostre strutture il loro segno distintivo, è il loro modo di essere, di operare, di vivere quotidianamente la realtà che affrontiamo.

Siamo ‘artisti’ della vita che vogliono vederne realizzata l’intrinseca promessa di bene.

Tutti gli artisti, certo, lottano contro la resistenza della materia a fissare la loro visione e tutte le opere portano il segno di questa lotta. Ma le vittorie, come le sconfitte e i compromessi, sono cicatrici che impreziosiscono il cammino di chi non si arrende. Il destino, il punto attuale di arrivo (*con i suoi imprevisti*) racconta a ritroso quanto e in cosa crediamo ancora.

Non è sottovalutando (*anzi*) i fattori ‘speciali’ e ‘culturali’ che determinano il nostro comportamento, quasi per pudore, che diventa più facile spiegare perché attuiamo in modo organizzato e stabile disponibilità ad aiutare il prossimo e predisposizione al sacrificio. Senza, per esempi, inseguire quello che rende e dando piuttosto priorità a ciò che è più urgente o causa più sofferenza.

Certo, non dobbiamo neppure cadere nella reto-

rica. Non siamo diversi perché ‘migliori’, sarebbe solo presunzione affermarlo.

Sono il valore umano delle nostre condotte, delle nostre scelte di ogni giorno, e il significato delle loro conseguenze, le loro stesse conseguenze, a distinguerci. A dire cosa vuol dire per noi essere vocati e no profit.

Può anche essere, certo, che a livello individuale le nostre condotte siano state mosse da specifiche sensibilità, da quel ‘non avrei saputo agire diversamente’, ne avrei avuto rimorso se avessi agito diversamente’, come forse è successo al buon Samaritano.

Ma quello che ci caratterizza (*se lo fa davvero ancora*) è la capacità di aver messo a sistema, di aver reso una regola e un fattore di ispirazione condivisi quel sentimento, amalgamandolo ai nostri valori e i nostri obiettivi.

Spiegare cosa siamo, come siamo no profit, presuppone dunque la capacità di declinare una serie di condotte auspicate e soprattutto la disponibilità a raccontare a noi stessi e agli altri (*con autentica trasparenza e indipendenza*) le loro conseguenze.

Possibilmente strutturando man mano una serie di indicatori comparabili.

Potrà essere un mix tra indicatori numerari, di compliance, valutazioni di esito e di efficacia, misurazioni di qualità e capacità di cura della persona (*aldilà delle sue esigenze cliniche*) percepite.

L’importante è “come si è no profit”, non esserlo in astratto o, peggio, perché “costretti” a esserlo. Solo dimostrando il valore umano e sociale delle nostre condotte, delle nostre scelte di ogni giorno, e il significato delle loro conseguenze potremo spiegare davvero *come* intendiamo essere *no profit*.

Le migliori soluzioni HR per il settore sanitario e socio-sanitario

FILIALI DI RIFERIMENTO

SANIPIÙ BOLOGNA

Via Mazzini, 142 D-E - Bologna
Tel. 051 564401 - Fax 051 0353162
E-mail: sanita@lavoropiu.it

SANIPIÙ FIRENZE

Piazzale della Porta al Prato, 16-17 - Firenze
Tel. 055 332793 - Fax 055 3200915
E-mail: sanita.firenze@lavoropiu.it

SANIPIÙ MILANO

Viale Gran Sasso, 2 - Milano
Tel: 02 83595154 - Fax 02 83595144
E-mail: sanita.milano@lavoropiu.it

SANIPIÙ PARMA

Viale Dei Mille, 86 - Parma
Tel. 0521 294970 - Fax 0521 980400
E-mail: sanita.parma@lavoropiu.it

SANIPIÙ RIMINI

Via Marecchiese, 2 - Rimini
Tel. 0541 1781053 - Fax 0541 1781054
E-mail: sanita.rimini@lavoropiu.it

SANIPIÙ ROMA

Via La Marmora, 51-53 - Pomezia (RM)
Tel. 06 50514557 - Fax 06 5016686
E-mail: sanita.roma@lavoropiu.it

SANIPIÙ TORINO

Corso San Martino, 4 - Torino
Tel. 011 5617420 - Fax 011 538480
E-mail: sanita.torino@lavoropiu.it

SANIPIÙ VENEZIA

Via Risorgimento, 17 - San Donà di Piave (Ve)
Tel. 0421 336599 - Fax 0421 336568
E-mail: sanita.veneziam@lavoropiu.it

SANIPIÙ SELEZIONE PERSONALE MEDICO

Via Panciatichi, 110 - Firenze
Tel. 055 0980730 - Fax 055 0980731
E-mail: selezione.medici@lavoropiu.it

**Responsabile Convenzione Aris:
Rocco Laera - 335 8292098**



UN MODELLO DA SEGUIRE PER L'UNIVERSALITÀ DELL'ASSISTENZA



di Gianni Cristofani

Ci voleva un evento tragico come la pandemia da Covid 19 per mettere in evidenza come il nostro attuale servizio sanitario nazionale sia assolutamente da rivedere. Alla base di questa tragedia – dai contorni oscuramente istituzionali - c'è il mancato coordinamento dello Stato il quale, avendo, ormai da anni, decentrato agli enti regionali la gestione dell'assistenza sanitaria nella sua complessità, ha sicuramente facilitato la nascita di sacche di paurosa inefficienza a fronte di una realtà di consolidata efficienza.

Non ci libereremo mai di quelle drammatiche immagini dei camion militari carichi di bare, in fila alla ricerca di un luogo per dare sepoltura alle migliaia di vittime causate dalla famigerata prima ondata. Ormai è diventato quasi un luogo comune ripetere che il Covid 19 ha fatto strage di anziani, di operatori sanitari, di volontari perché il sistema si

è trovato impreparato ad affrontare adeguatamente la virulenza della pandemia specialmente quanto ad adeguatezza delle terapie intensive. In un anno e mezzo ci sono stati oltre centotrentamila decessi; si è cercato di porvi rimedio grazie alla ricerca scientifica che nel giro di pochi mesi ha messo in campo un prodotto, comunque in grado di assicurare una consolidata protezione dal virus, anche magari annullandone la potenzialità mortale.

È di tutta evidenza che l'attuale situazione del servizio sanitario nazionale continua a pagare la scellerata politica dei tagli sulla spesa sanitaria. Una politica che ha portato alla chiusura di ospedali da sempre presenti nel territorio, piuttosto che all'eliminazione di una delle cause principali del dissesto finanziario in sanità, cioè la corruzione. In un'intervista che l'allora presidente dell'Autorità anticorruzione, il magistrato Cantone, ha rilasciato all'Arise per la stesura di volume sul Terzo Settore, disse che la corruzione in sanità è un male difficilissimo da estirpare perché si disperde in mille rivoli, dunque anche difficile da controllare.

Resta il fatto che i tagli hanno lasciato scoperto in fianco del sistema salute del Paese agli attacchi di

un nemico peraltro tanto aggressivo quanto sconosciuto.

Si avverte ora la necessità di rivisitare in maniera radicale la riforma sanitaria ancora in vigore con una oculata riorganizzazione degli assetti ospedalieri, ambulatoriali e di diagnostica strumentale, con una diversificazione delle forme di finanziamento che non possono più essere ancorate al valore della prestazione resa, ma anche alle condizioni psico fisiche del malato da curare ed alle dotazioni tecnologiche presenti nei presidi ospedalieri.

È di fondamentale importanza riorganizzare la rete ospedaliera così come eliminare il numero chiuso alle università per i giovani che vogliono intraprendere la professione del medico. Si è ben visto come durante la fase acuta della pandemia, ci sia stata una carenza di medici tanto da dover richiamare in servizio i pensionati. È il medico insieme all'infermiere professionale ad essere il custode della salute dei cittadini, specialmente quei professionisti operanti nel territorio. Sarà forse il caso di ripristinare la storica figura del medico condotto, quello di fiducia della famiglia che conosceva vita morte e miracoli di ogni assistito tanto da poter evitare malaugurati decessi per la mancanza di una anamnesi corretta.

Speriamo almeno che il caos nel comparto della sanità vissuto dagli italiani negli ultimi quindici mesi di emergenza assistenziale, abbia insegnato qualcosa a quanti sono chiamati a gestire la cosa pubblica. Due cose soprattutto: ridimensionare il numero di quanti hanno calcato il palcoscenico mediatico rivendicando un ruolo di protagonisti nell'affrontare i mali prodotti dalla pandemia; prevedere un serio coordinamento dell'informazione affinché alla gente giungano notizie chiare e soprattutto veritiere, anche se scomode per

qualcuno. La verità e l'evidenza non contraffatta dei fatti potrebbe forse essere un più forte segnale di serietà di quanti sono chiamati a portarci fuori da questo drammatico momento. Le beghe politiche non fanno bene a nessuno e soprattutto non combattono il virus e la gente è sempre più disorientata. Solo la cecità di certi nostri politici (ma quanti ce ne sono...) può portare a cavalcare l'onda del dramma per qualche punto in più nel prossimo sondaggio. Pensiamo alle notizie contrastanti sull'uso dei vaccini da somministrare ai pazienti.

Di fatto, quello che per anni è stato considerato un sistema sanitario nazionale all'avanguardia è diventato la barzelletta della nazione. E aver dovuto far ricorso ad un generale dell'Esercito per gestire l'emergenza sanitaria (con tutto il rispetto per Figliuolo) resta comunque un segnale inquietante.

Ed è allora compito della politica, dei nostri rappresentanti in Parlamento riprendere le fila del discorso interrotto, magari riproporre una nuova legge di riforma sanitaria che abbia al centro gli interessi dei malati, in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale. Le potenzialità ora ci sono, almeno sulla carta. Ma occorre un'operazione legislativa da fare con intelligenza, in modo che "non si butti via il bambino con l'acqua sporca". Nel nostro sistema sanitario ci sono infatti modelli di conclamata eccellenza, tra i quali, è bene ricordare, figurano numerose strutture ospedaliere della Chiesa, opere che hanno scelto il non profit classificato ed equiparato per testimoniare il valore del servizio all'uomo sofferente, senza guardare alle logiche del mercato. Potrebbe essere un punto dal quale ripartire: non c'è prezzo per la solidarietà, non c'è prezzo per la carità; non c'è prezzo per l'amore.



QUANTO CONOSCI IL TUO RISCHIO?

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

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

www.sham.com/it

 **sham**

ASSICURAZIONI E GESTIONE DEI RISCHI

una società del gruppo relyens

Tra i campioni anche un'atleta della Lega del Filo d'oro

SUCCESSO ITALIANO ALLE PARALIMPIADI TOKYO 2020

di Francesca Ercoli

69 medaglie, 14 delle quali d'oro: sono i numeri dello straordinario successo ottenuto dagli atleti italiani nelle Paralimpiadi di Tokyo 2020, concluse lo scorso 5 settembre. Superato così il record di vittorie stabilito nell'edizione di Rio de Janeiro 2016, quando le medaglie vinte furono 39, dieci delle quali d'oro. E da record è stata anche la partecipazione dell'Italia: la delegazione azzurra è stata la più numerosa di sempre, composta da ben 115 atleti, un successo nel successo. Non lo è stato forse molto a livello mediatico. Ma poco importa: il valore della manifestazione resta, come resta la gioia e la sod-



disfazione di chi con i disagi e la sofferenza della disabilità si confronta quotidianamente.

Negli stadi di Tokyo 2020 i più grandi campioni dello sport disabili si sono sfidati in 22 discipline, dando vita a 537 gare.

Hanno fatto tra l'altro il loro esordio nel Programma dei Giochi di Tokyo 2020 il para badminton e il para taekwondo.

La canoa, che ha debuttato a Rio 2016, è passata da 6 a 9 eventi medaglia; novità anche sugli sport tiro a segno, tennistavolo, scherma e bocce. In totale a questa XVI edizione dei giochi hanno partecipato 4.400 atleti. Una magnifica dimostrazione di come la voglia di vivere comun-

que l'avventura della propria esistenza, qualunque sia la propria condizione, può trasformare la tragedia umana in una gioia tanto grande da poterla donare ad un popolo intero.

Le Paralimpiadi nacquero nel 1944 dall'idea di un neurologo tedesco di origine ebrea Ludwig Guttman. Pensò di portare una palla in una corsia di ospedale colma di soldati feriti dopo lo sbarco in Normandia. Gli consigliò di passarsela da un letto all'altro per non arrendersi alle ferite e all'immobilità. Nel 1917, appena 18enne, si era presentato al 156esimo Reggimento Fanteria portando addosso i segni del drenaggio di un'infezione riportata per assistere un soldato ferito; si sentì dire dall'ufficiale: "Abbiamo già abbastanza storpi da queste parti" e non fu arruolato.

Fu proprio questa frase che fece crescere in lui il rispetto per ogni paziente e l'idea di creare una grande manifestazione sportiva per persone con disabilità. I giochi di Stoke Mandeville del 1952 e poi i "Giochi internazionali per paraplegici" del 1960 a Roma (in seguito riconosciute e ribattezzate come Prima edizione delle Paralimpiadi estive dal Comitato Internazionale Paralimpico) sono tappe storiche e fondamentali per questa manifestazione che si può dire sia nata da un gesto di discriminazione e contro la stessa piaga durante la cerimonia di apertura è non a caso sfilata anche la bandiera dell'Afghanistan, così come alla cerimonia inaugurale delle Olimpiadi era sfilata la squadra dei rifugiati senza più patria. Un "segno di solida-

rietà" nei confronti degli atleti che non hanno potuto partecipare a causa dell'odio e della violenza che li hanno sommersi.

Certo nessuno restituirà al mondo l'emozione e l'orgoglio che **Zakia Khodadadi** avrebbe potuto urlare in quello stadio. Sarebbe stata la prima donna atleta (nel taekwondo) a rappresentare il suo Paese alle Paralimpiadi. Anni di preparazione bruciati, per lei e chi come lei ha dovuto subire questa imposizione dai talebani. Anni di lotte per i diritti alle donne azzerati. Non è solo sport, non lo è mai, per fortuna o purtroppo, ma questa volta si fondono l'assenza sportiva e quella di genere.

Le nostre meravigliose atlete certamente hanno gareggiato e vinto anche per lei. Per noi, come ARIS, c'è l'orgoglio di poter ospitare tra le strutture associate, una di loro, Matilde Lauria, 54 anni, judoka sordocieca seguita dalla Sede Territoriale di Napoli della Lega del Filo d'Oro, Già la sola qualificazione ai giochi aveva rappresentato la vittoria più importante. Un sogno che si materializzava dopo tanti anni di combattimento, non solo sul *tatami*, ma soprattutto nella vita quotidiana. Perché Matilde è diventata ipovedente all'età di tre anni a causa di una miopia maligna che, negli anni, è peggiorata così tanto da lasciarle intorno solo il buio. Le sfide di Matilde, però, non erano destinate a finire e dopo la vista ha iniziato a perdere anche l'udito: "*mi sono adattata alla cecità, ma perdere l'udito per me è stato molto difficile*", ammette. Nonostante gli ostacoli imposti dalla sua disabilità sensoriale, questa

donna inarrestabile non si è mai arresa. Matilde è diventata mamma di Paola, Marco e Gabriele, sin da piccola si è distinta nello sport fino a diventare insegnante di judo per bambini non vedenti e oggi è atleta paralimpica riconosciuta a livello globale.

“Dopo tutta la fatica per imparare a vivere nel buio ho iniziato a perdere anche l’udito. Alla cecità mi sono rassegnata, ma alla sordità proprio no”, ha raccontato commossa. *“Abbassare il volume della vita è innaturale, insopportabile. Ora indosso le protesi, ma i medici mi hanno preannunciato che in futuro potrei perdere definitivamente l’udito. Le ombre che si muovono nel buio rischiano di diventare minacciose se non posso sentire il rumore dei passi ed è questo l’ostacolo più grande che affronto nelle gare e nella vita. Per questo ho imparato, grazie al supporto della Lega del Filo d’Oro, la LIS tattile, la dattilologia e il sistema Malossi e con l’aiuto di un volontario sto perfezionando l’uso del Braille per comunicare con i miei figli e con il mondo che mi circonda”.*

Dopo la carriera sportiva, infatti, Matilde vuole dedicarsi completamente ad insegnare



judo a bambini e ragazzi con la sua stessa disabilità e con disabilità multiple. Per lei essere un modello, un esempio da seguire per chi affronta le sue stesse sfide è più importante di un podio e di qualsiasi medaglia.

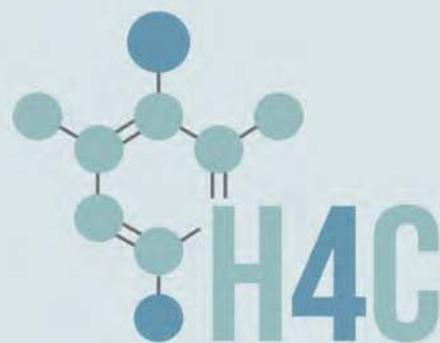
Il judo, che non ha abbandonato grazie anche al sostegno ricevuto dalla Lega del Filo d’Oro, le ha permesso di sentirsi pienamente viva, uguale agli altri, donandole una grande occasione di riscatto, che l’ha condotta fino alle paralimpiadi di Tokyo 2020, dove **si è classificata settima nella categoria -70 kg**, arrivando da 19esima del ranking, la seconda nella categoria B1, cioè “un atleta che non percepisce la luce in nessuno dei due occhi o che la percepisce ma non è in grado di riconoscere la forma di una mano”. Matilde, infatti, è **l’unica atleta sordocieca ad aver gareggiato nel judo alle paralimpiadi**, senza poter usufruire dell’apparecchio acustico durante i combattimenti. È stata un’impresa, ma grazie al sostegno di chi ha sempre creduto in lei e nelle sue capacità residue, è riuscita a combattere contro il buio e il silenzio, sconfiggendo innanzitutto l’avversario più temibile di tutti: se stessa e le sue paure.

Progetto di igiene certificata

HYGIENE

4 CARE

Per la riduzione delle Infezioni
Correlate all'Assistenza



SPONSOR
DEL PROGETTO



Intra
Chimica

PARABOLICA



PER INFORMAZIONI

Antonio Conti

+39 3201182669

Maria Grazia Canta

+39 3666197140

info@igiene4care.com

- Specializzazione del personale
- Innovazione di gestione e processo
- Tracciabilità, verifica e controllo
- Sostenibilità ambientale
- Comunicazione

PROMOTORE DEL PROGETTO


Papalini





DALLA POVERTÀ ALLA FAME NEL MONDO

Stiamo attraversando la più grande crisi alimentare del XXI secolo.

Mai prima nel mondo il numero di persone denutrite ha raggiunto vette così alte e per la prima volta dopo decenni, fame e malnutrizione infantile sono in inaccettabile aumento. Un mix letale di Covid-19, conflitti e impatto della crisi climatica ha sprofondato soprattutto milioni di bambini in un vortice di estremo bisogno. Lo studio pubblicato da Save the Children nel giugno 2021 non lascia molti dubbi: ben 5,7 milioni di bambini sotto i cinque anni soffrono a causa di un'estrema scarsità di cibo.

“Tempeste, inondazioni, siccità, guerre e pandemia hanno avuto un profondo impatto su raccolti, bestiame, prezzi del cibo colpendo in modo particolare chi già si doveva confrontare con l'endemica carenza dei più elementari mezzi di sostentamento” denuncia Inger Ashing, Ceo di Save the Children International. Quel che è peggio è che nel mondo di oggi ci sarebbe abbastanza cibo per sfamare tut-

ti se distribuito in modo equo”. Lo dimostrano ancora una volta le cifre: oggi si contano circa 800 milioni di persone obese a fronte dei circa 41 milioni di quanti sono a un passo dalla carestia. Il triste primato tocca alla Repubblica Democratica del Congo, con il più alto numero di bambini sotto i cinque anni che soffre la fame, per un totale di 1,1 milione di bambini. A seguire lo Yemen, dove quasi 700mila bambini della stessa fascia di età soffrono di gravi carenze alimentari, e l'Afghanistan, con quasi mezzo milione di piccoli affamati. In Siria i livelli di fame sono aumentati del 56% tra il 2019 e la fine del 2020, con due persone su tre che necessitano di cibo o mezzi di sussistenza.

Al di là delle cifre agghiaccianti colpiscono le loro voci. Hasna ha 23 anni ed è una giovane madre siriana che ha dovuto abbandonare la sua casa. Lei e suo bimbo di 18 mesi sono entrambi malnutriti: “A volte, quando allatto mio figlio, il latte non basta e quindi gli do del riso. Non ho frutta o carne da dargli. Ho visto la sua salute peggiorare sempre di più. Gli hanno misurato il braccio e hanno detto che soffriva di malnutrizione; hanno misurato anche il mio e anch'io ne soffro. Non c'era niente che potessi fare, sono tornata alla tenda e ho iniziato a piangere”.

Eppure ogni anno nel mondo 2mila miliardi di dollari sono destinati alle spese militari. Ciò si-



gnifica che il finanziamento aggiuntivo di 5,5 miliardi di dollari richiesto dal Programma alimentare mondiale delle Nazioni Unite e dalla FAO, per sfamare 34 milioni di persone, equivale a quanto si spende in armamenti in meno di 26 ore o a quanto costa un giorno di conflitti. Oltre 200 Organizzazioni non governative hanno pubblicato ad aprile una lettera aperta chiedendo a tutti i governi di aumentare urgentemente gli aiuti: L'auspicio che non resti anche questa volta un appello disperso al vento.

A rendere ancora più buio il futuro di questa larga fetta della popolazione mondiale non c'è solo la malnutrizione. L'altra grande assente in grado di pregiudicare seriamente il futuro, è l'istruzione. Negli ultimi cinque anni sono stati più di 393 milioni i bambini che a dieci anni non hanno raggiunto le competenze minime di lettura. L'indagine shock a cura della campagna ONE, Global Partnership for Education e Save the Children per

la prima volta ha misurato la crisi dell'apprendimento globale. Sulla base dei dati della Banca Mondiale e dell'UNESCO emerge che ogni mese quasi 6 milioni di bambini compiono dieci anni senza aver acquisito le capacità di alfabetizzazione di base per la loro età: significa perdere la prossima generazione di medici, insegnanti e leader. "Cifre che rivelano il colossale fallimento dei leader mondiali per proteggere e dare priorità all'istruzione dei più piccoli" sottolinea Tom Hart, Ceo della campagna ONE, "La posta in gioco è troppo alta per continuare a ignorare il problema. Quando prima di aver compiuto dieci anni i bambini passano dall'imparare a leggere, al leggere per imparare, questo li prepara a una vita di apprendimento e consente loro di avere successo durante l'infanzia e da adulti. Il loro futuro, ma anche il nostro, dipende tutto da questi bambini".

(E.V.)



ti ristoriamo
dal 1965

e non solo

Il menù dei servizi

Ristorazione Collettiva e Commerciale
Welfare Solutions
Distribuzione Automatica
Pulizie e Servizi Integrati
Fornitura Derrate



In Italia quasi un milione e mezzo di bambini vive in povertà assoluta

PIAGA VERGOGNOSA PER UNA COMUNITÀ CIVILE



di Elis Viettone

Non sono mai stati al cinema e non hanno mai praticato uno sport, hanno difficoltà a scuola e spesso vanno a letto con una cena improvvisata: è la condizione di oltre 1,3 milioni di bambini e ragazzi che nel nostro Paese vive in povertà assoluta, 200mila in più rispetto al 2019, prima che la pandemia sconvolgesse le nostre esistenze. Ad oggi rappresenta certamente la fascia di popolazione più colpita, con ben il 13,4% dei minori che sconta significative deprivazioni. “Un quadro tanto più grave se pensiamo che la povertà minorile nella gran parte dei casi ha riflessi sulla crescita e sul futuro di questi individui. Oltre agli effetti immediati, infatti, scontano conseguenze che nel lungo periodo diventano irrecuperabili, innescando un circolo vizioso di povertà”, spiega Raffaella Milano, Direttrice Programmi Italia Europa di Save the Children.

Aspetti quali un basso livello di istruzione - che sarà determinante per le retribuzioni in età adulta -, o il mancato accesso ai servizi socio-sanitari - che ne potrebbe compromettere la salute o ridurre l'aspettativa di vita -, compongono questo contesto desolante definito povertà assoluta, ovvero l'impossibilità di affrontare spese minime per condurre una vita accettabile. E non finisce qui.

Sebbene in Italia non esista denutrizione, è invece ben radicata la malnutrizione e già nel 2019 sono stati quasi 485mila i minori di età compresa tra uno e 15 anni a



non consumare almeno una porzione di carne o pesce al giorno. I bambini dunque non patiscono la fame ma piuttosto sono sottoposti a regimi alimentari inadeguati: basta confrontare la mappa sulla diffusione dell'obesità e quella delle aree più disagiate per capire quanto povertà economica e povertà alimentare siano interrelate. Non a caso le Regioni dove si registra il maggior tasso di obesità tra i giovani sono Campania, Molise, Sicilia, Calabria e Abruzzo. “Non dimentichiamo che la chiusura delle scuole ha significato

per molti anche perdere l'unico pasto completo ed equilibrato della giornata”, sottolinea Milano. Secondo le statistiche dell'Istat, pubblicate nel giugno 2021 relative al 2020, sono in condizione di povertà assoluta poco più di due milioni di famiglie, il 7,7% del totale contro il 6,4% del 2019.

Un netto peggioramento dunque a seguito della pandemia, che ha colpito più le Regioni del Nord, nonostante permanga lo storico divario tra le due Italie, con il 9,4% di famiglie che si trovano in povertà assoluta nel Mezzogiorno a fronte del 7,6% al Nord, e del 5,4% al Centro. In generale a essere più colpite sono le famiglie numerose, con tre o più figli (il 20,5% del totale) mentre la percentuale è più bassa, al 5,6%, nei nuclei con almeno un anziano. Scende al 3,7% tra le coppie in cui l'età della persona di riferimento della famiglia è superiore a 64 anni. Si può concludere che la povertà familiare presenta un andamento decrescente all'aumentare dell'età della persona di riferimento: generalmente le famiglie di giovani hanno minori capacità di spesa poiché dispongono di redditi più bassi e hanno minori risparmi o beni ereditati.

Tutto questo si traduce anche in povertà educativa perché, in un simile disagio, i primi consumi cui rinunciare sono quelli di carattere culturale e ricreativo, come le attività sportive o l'acquisto di libri. Lo testimonia la storia di Salvatore, (nome di fantasia, nda), operaio di Torino, padre di tre figli, che, davanti a un bilancio familiare impietoso, all'inizio dello scorso anno scolastico ha dovuto scegliere quali libri di testo sacrificare, a



ECCLESIA
GEAS SANITÀ

ASSICURAZIONI • GESTIONE SINISTRI • RISK MANAGEMENT



PROTEGGIAMO DAI SINISTRI IL PATRIMONIO DELLE STRUTTURE SANITARIE RELIGIOSE E DELLE LORO PERSONE

- ❖ Tutte le soluzioni assicurative alle migliori condizioni
- ❖ Servizi per l'auto-gestione della responsabilità civile sanitaria
- ❖ Consulenza di risk management clinico

La stabilità di un gruppo societario di proprietà ecclesiastica,
con 110 anni di esperienza e da oltre 15 anni al fianco di
ARIS.

strutture@ecclesiageas.it



+39 06 85 32 61



www.ecclesiageas.it

fronte delle numerose bollette accumulate. E di storie come queste se ne potrebbero raccontare a migliaia. Quasi inevitabili perciò le ricadute sull'istruzione. Nel 2019, ultimo dato disponibile, l'Istat attestava al 13,5% l'abbandono scolastico tra i ragazzi dai 18 ai 24 anni, ben al di sopra della media Ue al 10,2%.

“Non sono rare le occasioni in cui la povertà familiare diventa anche la spinta per ragazzi e adolescenti a lasciare precocemente gli studi”, continua Milano, “Magari semplicemente per dare una mano alla famiglia andando a lavorare in un bar o in un centro estetico, spesso in modo irregolare”.

Non stupisce che nell'estate del 2020 quasi sette milioni di bambine, bambini e adolescenti, più di due su tre, non sia andato in vacanza fuori casa per almeno quattro giorni. Una privazione che ha riguardato quasi un milione e 800mila minori in più rispetto al 2019 (+18,6%) e che rischia di aver avuto un impatto ancora maggiore quest'anno, rendendo l'estate un tempo ancora più povero di stimoli e opportunità proprio coloro che hanno subito più duramente le conseguenze dell'emergenza causata dalla pandemia. Rispetto alla crisi finanziaria del 2008, la crisi pandemica si è abbattuta innanzitutto, come è noto, sulle persone più vulnerabili, impiegate nei settori meno tutelati, molto spesso donne. Famiglie che fino ad allora avevano un equilibrio, seppur precario, che improvvisamente si sono dovute rivolgere ai servizi sociali e non sapevano bene nemmeno come. “Ho ricevuto – confessa ad esempio la direttrice - la richiesta di una ma-

dre di convertire una borsa di studio che come Save the children avevamo consegnato a suo figlio in buoni per la spesa, ad esempio”.

Uscire da questa spirale è possibile sostenendo da una parte le famiglie - e per questo la rimodulazione del reddito di cittadinanza per assicurare ai nuclei più numerosi maggiori disponibilità economiche potrebbe essere utile -, dall'altra intervenendo direttamente sui bambini. Il piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede in proposito uno stanziamento di 4,6 miliardi di euro per il potenziamento dei servizi di istruzione, dagli asili nido alle università, fino al 2026. Ingenti risorse sono destinate anche a rigenerazione urbana e inclusione dei territori più marginalizzati, costruzione o ristrutturazione delle mense scolastiche, creazione di impianti sportivi e parchi attrezzati, con l'obiettivo di favorire l'inclusione e l'integrazione sociale, soprattutto nelle zone più degradate.

“Ora però è necessario che queste risorse arrivino dove più servono. Il paradosso è che spesso proprio quelle realtà e aree che ne avrebbero più bisogno non sono in grado di accedervi”, spiega Milano. Pensiamo a scuole che non hanno personale dedicato ai bandi, o che in tempi brevi non sono in grado di presentare progetti per accedere ai fondi: ancora una volta rimarrebbero indietro - conclude Milano -. Bisogna evitare la frammentazione di queste risorse e mettere a punto dei piani territoriali a livello nazionale, non lasciando alla buona volontà dei singoli l'iniziativa di contrasto alla povertà minorile”.



**EUROPEAN[®]
BROKERS**
ASSICURAZIONI

La tua sicurezza, sempre.

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

CONTATTI

UNIT SANITÀ

telefono +39 06 98 96 83 60

e-mail aris@ebrokers.it

European Brokers Via Ludovisi, 16 - 00187 Roma | phone +39 06 98 96 83 60
sito web www.ebrokers.it/aris



COVID 19: una questione ancora aperta

LA RISPOSTA IMMUNITARIA



di Lanfranco Luzi

Che il nostro organismo disponga di un complesso sistema immunitario, il cui ruolo è la difesa dalle aggressioni esterne, è un'evidenza scientifica datata nei secoli. Eppure da un paio d'anni a questa parte, il "sistema" è prepotentemente tornato agli onori della cronaca "sanitaria" da protagonista. A chiamarlo in causa, neppure a dirlo, il Covid 19, virus con il quale la battaglia è stata, e continua ad essere, feroce e senza risparmio di colpi.

La protezione, ricordiamolo, si fonda sostanzialmente su quattro componenti: gli **anticorpi**, proteine che circolano nel sangue, riconoscono i corpi estranei come virus e batteri e li neutralizzano; le **cellule T helper**, che aiutano a riconoscere i patogeni; le **cellule T killer** che li sconfiggono; le **cellule B** che producono nuovi anticorpi quando l'organismo ne ha bisogno. Quando veniamo a contatto con un potenziale patogeno, il primo meccanismo a entrare in azione è quello delle cellule B, che producono anticorpi in gran quantità, ma la cui vita è in generale abbastanza breve. La seconda risposta è quella delle cellule T, ciascuna delle quali è specificamente prodotta per identificare un particolare patogeno ed eliminarlo. Alcune di queste cellule, le **cellule T di memoria**, hanno vita molto lunga, e in generale possono rimanere nell'organismo anche per svariati decenni, come per esempio nel caso del morbillo. Riassumendo possiamo dire che quando il nostro corpo viene in contatto con un agente esterno potenzialmente dannoso, produce una reazione immunitaria composta da



due fasi: quella aspecifica, presente già alla nascita e non dipendente da incontri pregressi, e quella specifica che è diretta in maniera precisa contro un determinato agente esterno.

Quest'ultima è essenzialmente mediata da due tipi di cellule: i linfociti B e i linfociti T. I primi sono i responsabili della produzione di anticorpi, i secondi della risposta cellulare al virus. In entrambe i casi in seguito a un'infezione o alla vaccinazione si creano specifiche cellule della memoria in grado di attivarsi in caso di incontro con un patogeno.

Oggi la domanda più frequente che ci poniamo è cosa accade quando si viene infettati da Sars-CoV-2 e ci si ammala di Covid-19, o nel caso in cui ci viene somministrato il vaccino. Forse un elemento che gioca a nostro favore è la natura *regolare* della sua superficie, ricoperta in modo abbastanza uniforme dalla ormai celebre proteina *spike* (sappiamo per esempio che gli anticorpi contro il vaiolo, il cui virus ha una natura regolare simile a quella del coronavirus, durano in genere tutta la vita): questa uniformità fa sì che i macrofagi (i globuli bianchi che inglobano i patogeni) siano in grado di legarsi facilmente al virus. Tuttavia potrebbero non essere più così efficaci quando incontrano varianti del virus con la proteina *spike* mutata rispetto a quella che hanno imparato a riconoscere. Pare che le **cellule T**, invece, funzionino abbastanza bene contro le **varianti**: se così fosse, potremmo addirittura non aver bisogno di nuovi vaccini (a meno che il virus non muti così tanto da rendere inefficaci an-

che le cellule T). Al momento non sembra questo lo scenario più probabile; e comunque resteremmo protetti per lo meno dalle forme più gravi della malattia.

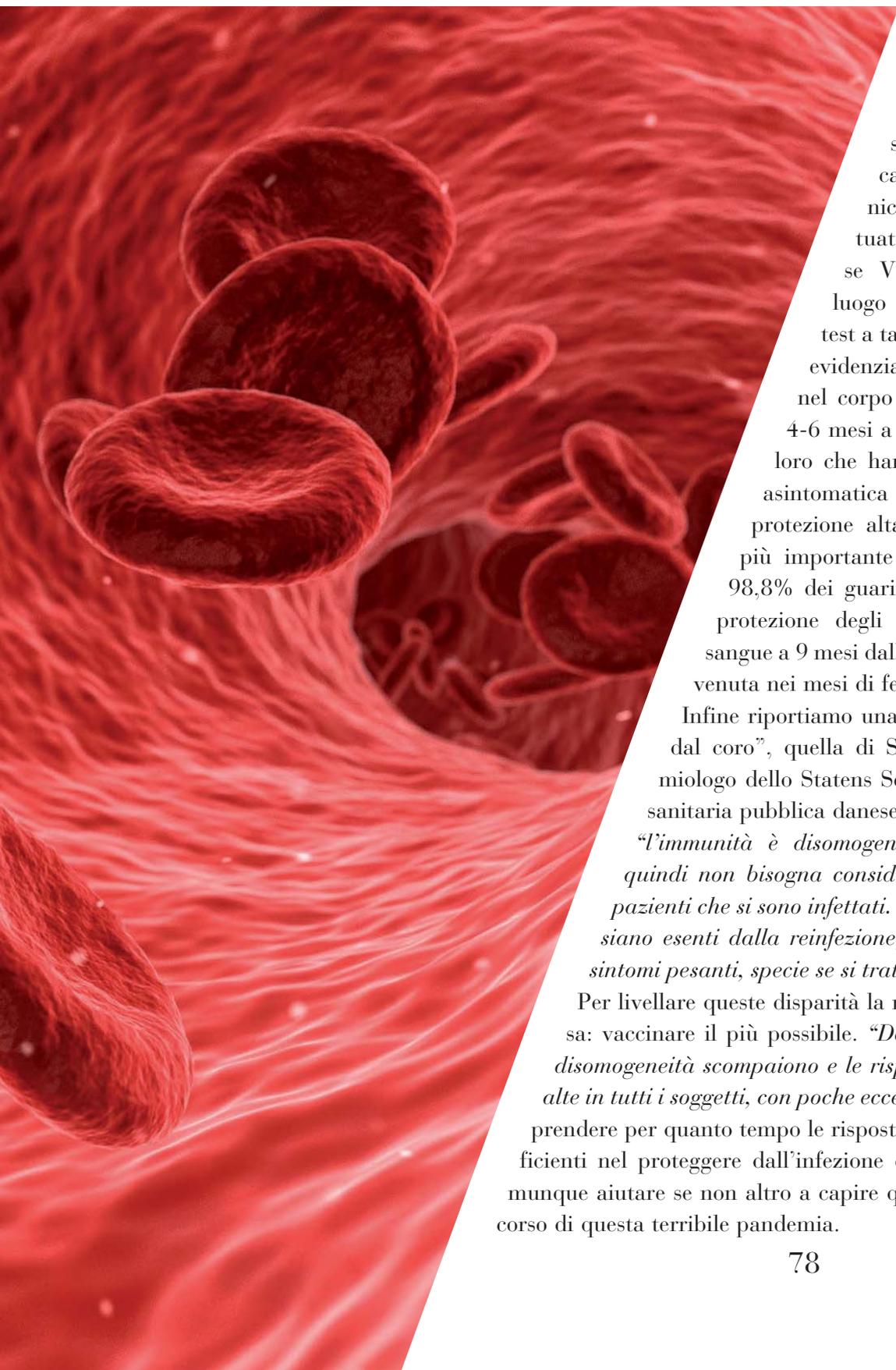
Un altro fattore da tenere in considerazione per prevedere la durata dell'immunità a Covid-19 è quello legato alla forza della risposta immunitaria iniziale. Per esempio, il raffreddore comune, che è un disturbo lieve, innesca spesso una risposta limitata alle vie aeree superiori, che diminuisce velocemente una volta passata l'infezione. Questo lascia supporre che chi si ammala di Covid-19 in forma asintomatica o lieve potrebbe avere una protezione più limitata nel tempo rispetto a chi subisce la malattia nella forma più grave. Ci sono tuttavia studi in corso finalizzati a confermare o smentire la suddetta teoria. Fatto certo è che le nostre difese immunitarie sono sempre vigili e pronte ad intervenire in caso di emergenza mettendo in pratica le necessarie contromisure.

Esaminiamo, di seguito, alcuni lavori scientifici partiti dall'immunità naturale, cioè quella conferita dal contagio reale e non dalla vaccinazione. Gli Autori di un lavoro pubblicato a ottobre 2020 sul *New England Journal of Medicine*, condotto in Islanda, hanno misurato la quantità di anticorpi prelevati da 30.576 soggetti positivi al coronavirus, e poi hanno analizzato 2.102 campioni, raccolti da 1.237 pazienti quattro mesi dopo la diagnosi di positività, confrontandoli con quelli di 4.222 persone in quarantena esposte al virus e di 23.452 persone mai entrate in contatto con il virus. I risultati dell'analisi hanno mostrato che gli anticorpi antivirali contro Sars-CoV-2 non diminuiscono nei quattro mesi successivi alla diagnosi. Un altro lavoro, pubblicato più o meno nello

stesso periodo su *Immunity*, ha preso in esame circa 30mila pazienti in Arizona. Gli Autori hanno evidenziato come, anche dopo cinque mesi, sia presente una buona produzione degli anticorpi. Ma lo studio più incoraggiante (seppur condotto su un gruppo più piccolo di soggetti) è quello pubblicato su *Science* a febbraio scorso, i cui Autori hanno esaminato estensivamente 254 campioni provenienti da 188 pazienti Covid, prelevati dopo 6 e 8 mesi dall'infezione, caratterizzando le dinamiche di tutte e quattro le componenti della risposta immunitaria. Le conclusioni hanno confermato che l'infezione da Covid genera una risposta immunitaria molto forte, che coinvolge tutti i tipi di memoria immunitaria e che il 95% dei pazienti mantiene tale risposta a circa sei-otto mesi di distanza dall'infezione.

Confrontando questi risultati con analoghe analisi condotte su pazienti guariti dalla Sars (acronimo di Severe acute respiratory syndrome), in cui si osservano cellule immunitarie specifiche anche 17 anni dopo l'infezione, hanno portato gli Autori del lavoro a concludere che *“una volta passato il periodo critico – cioè le settimane acute della malattia – la risposta immunitaria del corpo all'infezione da Sars-CoV-2 potrebbe essere molto simile a quella che si ha per altre malattie”*, il che fa pensare che *“la memoria immunitaria, molto probabilmente, previene l'ospedalizzazione e il rischio di malattia grave per molti anni”*, addirittura, si spera, per decenni. Auspichiamo che non sia solo una speranza.

Certo le ipotesi sono diverse. Ormai in letteratura gli studi sono molteplici. Per concludere ne citiamo ancora due, uno pubblicato dai ricercatori del Lolla Institute for Immunology e



uno, il più recente, è stato svolto dal Prof. Crisanti infettivologo presso l'università di Padova e pubblicato su *Nature Communications*. Egli ha effettuato la sua ricerca sul paese Vo' Euganeo, il primo luogo ad essere sottoposto a test a tappeto. Lo scienziato ha evidenziato come gli anticorpi nel corpo dei malati impieghino 4-6 mesi a dimezzarsi e anche coloro che hanno avuto un'infezione asintomatica possono godere di una protezione alta. Tuttavia il risultato più importante della ricerca è che il 98,8% dei guariti avevano ancora una protezione degli anticorpi presenti nel sangue a 9 mesi dall'ondata pandemica avvenuta nei mesi di febbraio e marzo 2020.

Infine riportiamo una delle tante voci "fuori dal coro", quella di Steen Ethelberg, epidemiologo dello Statens Serum Institut, l'agenzia sanitaria pubblica danese. Egli ha affermato che *"l'immunità è disomogenea e non prevedibile, quindi non bisogna considerare sempre protetti i pazienti che si sono infettati. Costoro non è detto che siano esenti dalla reinfezione, né da reinfezioni con sintomi pesanti, specie se si tratta di persone anziane"*.

Per livellare queste disparità la ricetta è sempre la stessa: vaccinare il più possibile. *"Dopo la vaccinazione, le disomogeneità scompaiono e le risposte immunitarie sono alte in tutti i soggetti, con poche eccezioni"*. Cercare di comprendere per quanto tempo le risposte immunitarie siano efficienti nel proteggere dall'infezione da Sars-cov 2 può comunque aiutare se non altro a capire quale potrà essere il decorso di questa terribile pandemia.

Esegui 220 scatti e percorri 20 km con la batteria completamente carica



Caso di utilizzo di AccE GM85
in un ospedale temporaneo

Radiografie
sicure in corsia



AccE GM85

Una batteria a lunga durata per gestire volumi eccezionali di pazienti



Ricarica completa



08:00



13:00



18:00



20:00

AccE GM85 è caratterizzato da tempi di ricarica rapidi e un'efficiente gestione della batteria. La ricarica completa viene raggiunta in meno di 4 ore e la funzione di risparmio energetico consente di svolgere l'attività di tutta la giornata senza necessità di ulteriori ricariche.



Il post pandemia

TRA DANNI ALL'ECOSISTEMA E DISORDINI ALIMENTARI

Ad un anno e mezzo dall'inizio della pandemia siamo ancora a lottare contro il virus e le sue varianti. L'uscita dal tunnel appare lontana, tuttavia dobbiamo sperare che la fase che stiamo vivendo attualmente non sia solo il rallentamento estivo che il Sars Cov 2 sembra concedere nel corso della stagione calda, ma che invece la tregua possa protrarsi nei mesi successivi e diventare finalmente definitiva. La brusca frenata dell'economia del nostro Paese non può protrarsi troppo a lungo, occorre ripartire nella giusta direzione verso un futuro sostenibile, con una visione sistemica nel definire strategie e sistemi innovativi finalizzati a far compiere un balzo in avanti verso una società migliore di quella pre-pandemica.

Sappiamo che la crisi è mondiale. C'è un'emergenza climatica che si aggiunge a quella sanitaria. Lo stesso presidente degli USA, Joe Biden, nel "climate plan" ha destinato 1.700 miliardi di dollari per il raggiungimento della totale neutralità climatica e il su-

peramento dell'utilizzo di combustibili fossili nel settore elettrico già dal 2035. Ciò colpisce considerando che gli Stati Uniti sono ancora il primo produttore al mondo di petrolio. Anche l'Unione Europea sta facendo la sua parte e nel Green New Deal ha indicato il piano per raggiungere la neutralità climatica prevedendo per il 2030 una riduzione delle emissioni di gas a effetto serra di almeno il 50 % rispetto ai livelli raggiunti nell'ultimo decennio del millennio passato. In Italia, purtroppo, siamo indietro e al momento sembra che ci siano altre questioni prioritarie rispetto a quelle ambientali ed energetiche. In effetti non possiamo guardare troppo in avanti quando la prima urgenza, quella di garantire a tutti l'accesso al cibo, è ancora un problema lontano dalla risoluzione. La crisi sanitaria ha determinato gravi ripercussioni economiche. Le piccole imprese, le attività ricreative e il turismo ne hanno pagato le più dure conseguenze. L'aumento della povertà e la minor disponibilità economica è visibile a tutti ed è scontato che un'alimentazione insufficiente porti inevitabilmente ripercussioni negative sulla salute delle persone.

L'emergenza e le misure restrittive adottate hanno inciso anche sulle modalità di reperire il cibo, in modo particolare dei prodotti freschi, ed



è venuta meno anche la possibilità di stabilire un rapporto fiduciario tra i produttori e gli addetti alla distribuzione. Per questo è indifferibile un intervento di promozione delle filiere alimentari; occorre un piano di crescita economica e sociale che attui i principi dell'economia circolare, della bioeconomia, nonché della rigenerazione del suolo che in numerosi contesti è stato degradato. Deve essere incoraggiata l'innovazione tecnologica e ottimizzata la collaborazione tra la ricerca specifica e gli operatori economici agroalimentari in modo da avviare una ripresa veloce e duratura. Nel nostro Paese esistono aree dove è difficile avere un accesso al cibo fresco e di qualità a prezzi accessibili. L'aumento della povertà, che il Covid 19 ha acuito, si rifletterà maggiormente in chi vive in condizioni economiche precarie a discapito della qualità del cibo e con la diffusione ed il consumo di prodotti scadenti e ultra-processati. Fondamentale sarà ridurre le diseguaglianze sociali e promuovere campagne di sensibilizzazione ed educazione alimentare affinché questo periodo di emergenza protratta sia affrontato dai cittadini nella giusta consapevolezza circa gli alimenti indispensabili per una sana alimentazione. Si devono promuovere piani alimentari e consistenti a livello nutrizionale; sappiamo infatti che una sana alimentazione è basilare a prevenire e ridurre l'incidenza degli effetti negativi provocati dal virus in questione sui soggetti affetti da patologie pregresse come l'ipertensione, il diabete e le patologie polmonari legate a stili di vita non

corretti. Oggi più di un terzo delle persone affette da diabete e dislipidemia vive nelle città, dove si tende alla sedentarietà e ad un'alimentazione sregolata. Dati questi destinati verosimilmente a salire dal momento che nelle realtà metropolitane si concentrano fast food, tavole calde e bar dove è più frequente il consumo veloce di pasti poco salutari e vi è poco tempo per praticare esercizio fisico all'aperto. Non sorprende quindi che in queste realtà l'obesità e le spiacevoli conseguenze siano molto più frequenti rispetto ai piccoli centri.

Da questa breve analisi si evidenzia come sia il cibo che le condizioni ambientali siano fattori non poco coinvolti in questa epidemia, che da due anni ha stravolto le nostre vite. Se da un lato, infatti, le scelte alimentari poco salutari, sia in carenza che in eccesso, facilitano lo sviluppo di malattie croniche non trasmissibili, che a loro volta determinano una scarsa resistenza ai germi patogeni, dall'altro gli sconvolgimenti ambientali e dell'ecosistema giocano un ruolo negativo nel determinismo di fenomeni che favoriscono la diffusione dei microrganismi.

Considerazioni queste che devono far maturare in tutti noi la consapevolezza che occorre sì ripartire, riprendere in mano le nostre vite, riallacciare rapporti umani, riorganizzare i contesti sociali, economici, sanitari, ma soprattutto non dimenticare, fare tesoro di una esperienza che ci impone di riprendere il cammino, ma con un passo diverso...

(L.L)

Igiene, protezione, sicurezza.



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**.



Servizi Sanitari Integrati in prima linea

LA SANIFICAZIONE: UNA STRATEGIA VINCENTE NELL'EMERGENZA COVID

È forse superfluo ripeterlo, ma resta il fatto che la pandemia da covid 19 rappresenta globalmente una delle sfide più complesse mai affrontate dall'intera umanità, in termini di pericolosità per la salute degli individui, di meccanismi di innesco e di trasmissione del contagio, di capacità dell'agente patogeno di sfuggire alla individuazione sin dagli inizi dell'aggressione ed infine di grande impatto sulle strutture sanitarie, soprattutto nei reparti di rianimazione e di terapia intensiva. Per non parlare poi dell'impatto sulle rsa. Una situazione, questa, che ha riguardato da vicino anche tutte quelle aziende che gravitano intorno al mondo della salute per i servizi che offrono alle strutture socio-sanitarie.

È chiaro dunque che tutti gli attori del mondo sanitario sono chiamati a dare qualche cosa di più per cercare di limitare, o comunque fare

fronte all'allargarsi della pandemia.

Tra le prime aziende ad essere chiamate in causa sono naturalmente quelle che devono garantire la sanificazione degli ambienti, la sanificazione del vestiario degli operatori sanitari, l'adeguata sanificazione della strumentazione in genere, la fornitura di dispositivi di protezione individuali che siano idonei ed efficienti. Per rispondere all'impennata della domanda in questo senso le aziende hanno in alcuni casi dovuto rivedere la propria organizzazione e comunque concentrarsi di più sulle risposte da dare, in tempi rapidi all'emergenza.

È quanto per esempio è accaduto alla "Servizi Sanitari Integrati" (SSI), azienda partner dell'ARIS, specializzata proprio in forniture per il settore sanitario: dai servizi di lavanoio e noleggio materasseria, guanciali ai presidi speciali antidecubito; dal lavaggio e noleggio di

divise per Operatori Sanitari alla fornitura di DPI e strumentari chirurgici, sino alla gestione in “Global Service” delle centrali di sterilizzazione con servizio “special assistant”.

L’esplosione della pandemia ha messo evidentemente in allarme un’azienda chiamata a prepararsi comunque a rispondere prontamente alla fornitura di tutti i capi di biancheria piana per la vestizione del letto ospedaliero adattando il servizio su misura delle specifiche esigenze, nel rispetto degli standard previsti dalle normative. Ci si è dovuti organizzare anche in considerazione delle molteplici forniture richieste, che variano per tipologia di tessuto con la fondamentale garanzia di tracciabilità

dei capi, muniti di microchip durante le fasi di lavorazione, ritiro, produzione, consegna finale e distribuzione. L’azienda è in grado di offrire anche il noleggio di materasseria/guanciali e antidecubito, realizzati per prevenire lesioni da decubito, con certificazione di conformità alle norme antincendio; hanno varie dimensioni, compatibili con i letti di Presidi e strutture interessate. Per la vestizione dei letti di degenza di qualsiasi dimensione, inclusa la pediatrica, sono disponibili materassi dinamici di alta qualità, distinti in tre fasce: A, B, C – breve, media e lunga degenza.

Un’implementazione l’ha avuta anche l’offerta di praticissime soluzioni per la vestizione del



personale sanitario con una distribuzione automatizzata che tiene conto della categoria degli operatori, differenziate dai colori e dalla qualità dei tessuti. Una particolare attenzione è posta al cambio divisa per zone d'accesso covid, che si sono aggiunte a quelle già previste per il blocco operatorio, capi realizzati in tessuto tecnico anti pulviscolo, come da normativa 13795, con l'1% di filato di carbonio per ridurre le cariche elettrostatiche.

Per assicurare poi che ciascun operatore indossi sempre i propri capi, anche dopo il lavaggio e la sanificazione, S.S.I. propone badge personali agli operatori per ritirare e riconsegnare H24 divise pulite e sanificate mediante distributori e raccoglitori. Le divise, in ogni componente, sono munite di chip RFID/UHF e di etichette termosaldate riportanti nome, cognome e reparto di appartenenza. Il chip garantisce la tracciabilità dei capi tramite un sistema gestionale che monitora ogni fase del processo: dalla dotazione al lavaggio, dal ritiro alla consegna. La SSI da sempre da rilievo al reparto di lavorazione dedicato ai D.P.I. con certificazione UNI EN ISO 20471:2013: indumenti e attrezzature che abbattano i rischi in quanto a sicurezza e salute sul lavoro. Vengono utilizzati due macchinari per monitorare la persistenza dei requisiti colorimetrici, di riflettanza e di permeabilità: lo spettrofotometro e il retro riflettometro. Grazie a un software gestionale per la tracciabilità è possibile verificare l'affidabilità dei prodotti con un semplice smartphone: consultare informazioni sul numero dei lavaggi, data ultima manutenzione, certificazioni obbligatorie, istruzioni d'uso DPI e relative schede tecniche con le proprie creden-

ziali per un monitoraggio via web di ultima generazione.

S.S.I. gestisce anche l'intero strumentario chirurgico e i dispositivi medici destinati a sale operatorie e poliambulatori, anche dentistici: non solo fornitura ma anche sterilizzazione. Grazie a una procedura informatizzata garantisce la rintracciabilità dei prodotti e il monitoraggio del processo di lavorazione. I kit sterili forniti sono in Tessuto – Tecnico - Riutilizzabile un tessuto altamente performante con efficace effetto barriera contro la diffusione di infezioni a pazienti e team chirurgico: funzione protettiva traspirante e anti pulviscolo, effetto barriera al passaggio dei liquidi, inalterabile nei passaggi da caldo a freddo. Kit composti in base alla tipologia d'intervento e alle esigenze specifiche del chirurgo. Gestione con un sistema informatico web-based: accesso personalizzato per il monitoraggio dei kit H24 con giacenza di magazzino concordata sempre costante.

Per la gestione centrali di sterilizzazione e sale operatorie S.S.I. offre due diverse tipologie di servizio: il noleggio dello strumentario, con processo di sterilizzazione in azienda e fornitura di Kit, e la gestione delle centrali di sterilizzazione già esistenti presso le strutture, con fornitura di personale specializzato. Inoltre gestisce pulizia, sanificazione e riordino delle sale operatorie con certificazione e bollino d'avvenuta procedura e sterilizzazione.

Per il servizio di noleggio dei Kit, dello strumentario chirurgico e per la gestione delle centrali di sterilizzazione è previsto anche uno "special assistant" d'ausilio alle attività: un incontro per decidere la composizione del

kit/spazzetta dello strumentario chirurgico, in base all'intervento e alle specifiche esigenze del medico chirurgo, del caposala, etc. E poi la presenza al momento della prima dotazione e durante le sedute operatorie nel primo mese di attività, per coadiuvare l'equipe nel corretto utilizzo dei materiali. Infine incontri periodici da concordare ed effettuarsi per tutta la durata contrattuale.

Tra i servizi accessori S.S.I. gestisce i guardaroba delle strutture sanitarie con consegna e ritiro della biancheria per i vari reparti: la movimentazione della biancheria prevede l'utilizzo di carrelli chiusi, per preservare tessuti e ambienti da eventuali contaminazioni e varia

in base all'uso (sporco/pulito).

Il servizio è web based: usando un lettore UHF mobile si può gestire e tracciare la movimentazione dei capi all'interno della struttura (consegna biancheria pulita, ritiro biancheria sporca e igiene dei singoli centri di utilizzo).

A completamento dell'offerta di S.S.I. si può optare per il servizio di rifacimento letto e riassetto camere con personale specializzato OSA/OSS, come da normativa: per facilitare, velocizzare e assicurare i cambi letto presso le strutture interessate.

Naturalmente SSI, in virtù della scelta di essere partner dell'ARIS, prevede per i servizi offerti agli associati una scontistica speciale.

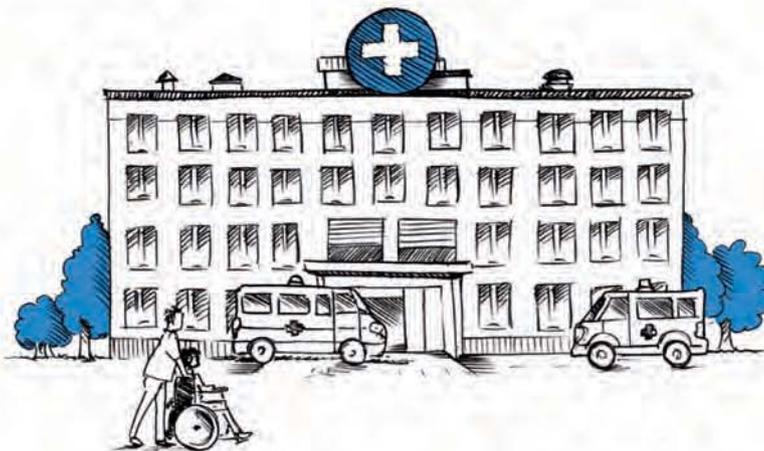


Genesis

RISTORAZIONE E SERVIZI INTEGRATI

Ristorazione Sanitaria

Al Vostro Servizio dal 1997



Genesis affronta il mondo sanitario creando un servizio ad hoc, differenziando la Corta Degenza dalla Lunga Degenza.

Che sia RSA o Casa di Riabilitazione occorre mettere al centro dell'attività ristorativa le specificità dell'utenza, che assumono una valenza fondamentale.

Nelle RSA abbiamo particolare attenzione a favorire le tradizioni culinarie locali, non tralasciando l'attenzione all'utilizzo di materie prime adeguate ad una facile digeribilità e preparate utilizzando opportune tecniche salutari.

Per le Strutture Riabilitative, invece, il nostro Servizio Dietetico elabora in collaborazione con le Direzioni Sanitarie un progetto alimentare pensato e realizzato per la specificità dell'utenza.

Per la Corta Degenza, sia che si utilizzi carrello multi porzione, o il sistema di vassoio personalizzato, ci avvaliamo di sistemi informatici di prenotazione e gestione delle diete individuali.

Anche qui il Servizio Dietetico, interfacciandosi con le Direzioni Sanitarie, sviluppa metodi, procedure e menù adeguati sia per utenze patologiche che non.



Servizi Integrati

- Pulizie
- Guardaroba
- Lavanderia
- Portierato
- Facility Management

Genesis s.r.l. T. 0363304442
genesis@genesiristorazione.it - www.genesiristorazione.it

