

SESTA STAGIONE

OTTOBRE 2021

ANNO XV - N. 69

by  APPALTI
VERDI

BENI E SERVIZI PER RESIDENZE ASSISTENZIALI

IN PRIMO PIANO



RSA: quali le criticità,
quali le prospettive?

PROTAGONISTI



Investire sul cambiamento
culturale

SALUTE



Pressione alta? Non si può
rinunciare ai farmaci

GESTIONE



L'amministratore di
sostegno e la sottoscrizione
del contratto
di inserimento in RSA

PRODOTTI E SERVIZI



Elior porta tutto il sapore
de *iColti in Tavola* anche
sulle tavole degli anziani



Obbligo di Green Pass e carenza di personale



CORSO IN E-LEARNING

PREVENZIONE E CONTENIMENTO COVID-19 NELLE RESIDENZE SOCIO ASSISTENZIALI*

- Dgr Regione Lombardia n° 3226 del 09/06/2020
- Rapporto Istituto Superiore Sanità Covid-19 n° 4/2020 del 17/04/2020

DURATA: 4h

Gratuito se finanziato con fondi interprofessionali

Finanziabile con l'Avviso 2/2020 del fondo FormAzienda

Per informazioni contattare:

tel.: 0372-30096 - e-mail: adesioni@arbra.it - www.arbra.it

DOCENTI:

- **Dott. Angelo Pan** - Primario del reparto di malattie infettive dell'Ospedale di Cremona, membro permanente del gruppo di lavoro ISS prevenzione e controllo Covid-19
- **Dott.ssa Greta Boccasavia** - Medico di medicina del lavoro
- **Dott. Giacomo Vecchia** - Rspg e consulente in materia di sicurezza sul lavoro
- **Domenico Tomassi** - Ex graduato Esercito Italiano ed esperto in guerra batteriologica.

Il programma completo del corso è disponibile sul sito www.arbra.it



ARBRA
Oltre la formazione

 Regione Lombardia
Ente accreditato alla formazione
Sezione B - n. 1129

 ECM
Provider n. 7227 per il rilascio di crediti
ECM Educazione Continua in Medicina

*valido ai fini dell'aggiornamento sicurezza lavoratori ai sensi dell' art. 37 del D. Lgs. 81/08

Criticità di sistema

Conoscere le esigenze di assistenza di una collettività anziana, compromessa da molteplici patologie, potrebbe risultare semplice tramite una complessa indagine della situazione, ma risulterebbe poi difficile disporre delle misure necessarie da adottare per soddisfare le richieste.

Troppi sono gli attori che devono trovare un'intesa armonizzando risorse finanziarie, normative, interessi politici, e categorie professionali disparate.

D'altra parte e soprattutto nelle attuali contingenze, non era semplice prevedere i risvolti connessi all'evoluzione delle necessità di soggetti ricoverati, molto anziani, non autonomi, e ingestibili in ambienti domestici.

Tutti i protagonisti della filiera risultano consapevoli di una situazione a rischio, non solo per il benessere delle persone, ma anche che per la propria posizione professionale.

Purtroppo interessi politici ed economici contrapposti rischiano di mettere in crisi una istituzione connessa all'accoglienza che aveva trovato in passato nei benefattori una pratica soluzione.

Oggi, pur in condizioni generali più evolute sotto il profilo assistenziale, si blocca per una condivisa mancanza di strategia.

Detergenza e Disinfezione per il cleaning professionale

Sutter Professional

offre soluzioni complete per l'igiene e la pulizia degli ambienti e delle mani con prodotti ad uso professionale, capaci di contrastare i principali micro-organismi e conformi alle vigenti prescrizioni contro il Covid-19*

- **BATTERICIDA E FUNGICIDA**
IN ACCORDO ALLE NORME EN 1276 - EN 1650
EN 13727 - EN 13624 - EN 1499 - EN 1500 - EN 13697
- **MICOBATTERICIDA**
IN ACCORDO ALLA NORMA 14348
- **VIRUCIDA**
IN ACCORDO ALLE NORME EN 14476 - EN 16777



Sanify

NEW



LA NUOVA LINEA DEDICATA ALLA SANIFICAZIONE



Materiale a uso esclusivo forza vendita

Sutter PROFESSIONAL

www.sutterprofessional.it

*Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020 - Versione del 15 maggio 2020
Per i dettagli sull'elenco delle norme EN superate da ciascun prodotto e delle condizioni di efficacia, fare riferimento alle relative Schede Tecniche.

HANNO COLLABORATO:

Airalzh

alla Ricerca di un domani senza Alzheimer

ALZHEIMER ITALIA*
La forza di non essere soli.

**Gruppo
San Donato**

**Confederazione
Parkinson
Italia**

affrontiamolo insieme

Anno XV - Numero 69 - Ottobre 2021

Registrazione al Tribunale di Milano
n. 783 del 18 ottobre 2005

GESTIONE EDITORIALE:

Tecnezia srl - Via M. Melloni 24 - 20129 Milano
tel. 02.39833960

redazione@sestastagione.it - commerciale@sestastagione.it
www.sestastagione.it

DIRETTORE RESPONSABILE: Luigi Vacchelli

COMITATO TECNICO:

Paolo Pipere - Simone Ricotta - Raffaele Tarchiani

HANNO COLLABORATO:

Benedetta Bertani

Cecilia Ciotola

Luca Croci

Roberto De Filippis

Alessia Deleo

Mauro Faverzani

Francesca Pavesi

Elena Puglisi

Letizia Rossi

STAMPA: Ingraf - Milano

Questo numero è stato chiuso il 22 ottobre 2021
Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46),
art. 1, comma 1, DCB Milano - 45%

Il copyright delle immagini alle pagine:
copertina, 7, 12-13, 14, 26-27, 28-29, 35, 38-39, 40-41, 42,
46-47-48, 50-51, 54, appartiene a: stock.adobe.com

L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati in possesso - legge 675/96 - (Tutela Dati Personali) che sono utilizzati al solo scopo di inviare il periodico "Appalti Verdi", nonché la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione.

Lettere e articoli firmati impegnano tutta e sola la responsabilità degli autori.

sommario

IN PRIMO PIANO

RSA: quali le criticità, quali le prospettive?	4
Obbligo Green Pass nelle RSA e carenza di personale: che fare?	7
Il periodo pandemico all'interno delle strutture	8
Il mobility manager	12
Il Parkinson al tempo del Covid-19	14
Rsa: tanti i cambiamenti in atto	16
Ricerca e diagnosi precoce: l'impegno di Airalzh	18
Demenza: verso una società inclusiva	20

PROTAGONISTI

Investire sul cambiamento culturale	22
Soggiorni assistiti per le persone fragili	25
Valorizzare la figura dell'infermiere per far fronte all'emergenza	26
Quali incentivi per il personale sanitario	28
Dal «Primary Nursing» all'armadio elettronico all'intelligenza artificiale: rivoluzione nelle Rsa	30
Con l'«Academy del sociosanitario» OSS e ASA al passo con le nuove frontiere della Sanità	32

SALUTE

Glaucoma: si cura con la chirurgia mininvasiva	34
Scompenso cardiaco: c'è una cura innovativa	36
La crioablazione è ancor più sicura	38
Pressione alta? Non si può rinunciare ai farmaci	40

GESTIONE

ISSA PULIRE 2021	43
La Digitalizzazione del Servizio di Pulizia e Disinfezione in ambito sanitario	44
Il Riutilizzabile in ambito sanitario: una scelta sostenibile e consapevole	46
L'amministratore di sostegno e la sottoscrizione del contratto di inserimento in RSA	50

PRODOTTI E SERVIZI

Elior porta tutto il sapore de iColti in Tavola anche sulle tavole degli anziani	52
---	----

NEWS	42 - 54
------	---------

RSA: quali le criticità, quali le prospettive?

Lo abbiamo chiesto ad alcuni protagonisti del settore socio-sanitario che quotidianamente vivono sul campo tutte le complessità, ma anche le progettualità che questo mondo sta attraversando dopo quasi due anni di crisi pandemica

RIPARTIRE DALLE RSA COME PRESIDI TERRITORIALI

“Le RSA stanno vivendo una situazione sicuramente complicata e difficile da un lato, ma che, dall’altro, pone delle prospettive interessanti” esordisce **Walter Montini, Presidente di ARSAC** (l’Associazione che raggruppa le 30 case di riposo di Provincia di Cremona) e **vice-presidente della Casa di Riposo San Giuseppe** di Isola Dovarese (CR). “I quasi due anni di pandemia ci hanno messo di fronte a diversi problemi e situazioni inaspettate, che hanno richiesto un supplemento di impegno umano ma anche economico, dovuto in parte ai tanti posti letto vuoti che si sono creati, in parte alle spese imprevedute che si sono dovute fronteggiare (basti pensare all’acquisto dei dispositivi di protezione personale). Oggi quindi le strutture soffrono per la maggior parte di un problema di bilancio, a cui si aggiunge quello della mancanza di personale. La Regione Lombar-

dia ci sta sicuramente venendo incontro, rivedendo la sua partecipazione economico-finanziaria per le unità d’offerta e quindi sono dell’idea che questo problema di bilancio si vada pian piano risolvendo. Questo per quanto riguarda il passato e il presente. Il futuro, invece, è tutto da reinventare: sicuramente in una riprogettazione del mondo socio-assistenziale non si può non partire dalle RSA, che sono e resteranno sempre presidi assistenziali e sanitari sul territorio, punti di riferimento imprescindibili di cui i più fragili hanno bisogno. Certamente, tuttavia, le RSA devono ripensare la propria posizione, rivedere i propri scopi e i servizi, perché oggi le esigenze sono diverse, è richiesta un’assistenza soprattutto sanitaria, la tipologia di ospite che oggi arriva in struttura non è più quella di due/tre anni fa, l’aspettativa di vita è brevissima e le condizioni di salute molto compromesse. Per quanto riguarda il problema del personale, credo invece, che ci debba essere una maggiore solidarietà fra gli ordini e fra le organizzazioni sindacali, al fine da un lato di rivedere i contratti e, dall’altro, anche le mansioni. Solo così potremo ricostruire una giusta dignità all’interno delle case di riposo”.

RSA, CAMBIARE PER MIGLIORARE, NON PER SOPRAVVIVERE

“La visione prevalentemente ospedalocentrica nelle prime fasi della pandemia ha mostrato enormi limiti. Il socio-sanitario fa parte a pieno titolo del SSN” riba-

“...Oggi quindi le strutture soffrono per la maggior parte di un problema di bilancio, a cui si aggiunge quello della mancanza di personale...”

“...le RSA devono ripensare la propria posizione, rivedere i propri scopi e i servizi, perché oggi le esigenze sono diverse...”

Walter Montini



Walter Montini.



Franco Massi.

disce **Franco Massi, Presidente Uneba** dal palco del XVI Congresso nazionale appena conclusosi. “Per questo chiediamo al ministro Speranza maggiore attenzione al socio-sanitario e alla rete da costruire per rispondere ai bisogni crescenti delle persone fragili e delle loro famiglie, in una sfida che richiede nuove idee e nuovi investimenti, in risorse umane ma anche tecnologie. Chiediamo al Governo e al Parlamento: l'estensione del 110% Roma agli enti religiosi, oggi utilizzabile, dietro nostra richiesta, solo alle Onlus e alle organizzazioni di volontariato; la proroga dei termini dal 2022 al 2023 (come per gli ex Iacp); la proroga per gli infermieri extracomunitari; la proroga per gli adempimenti antisismici; la condivisione delle proposte delle Regioni per poter impiegare, dopo adeguata formazione, gli Oss specializzati, con la terza 'S'. Il documento conclusivo della commissione ministeriale per la riforma dell'assistenza della popolazione anziana consegnato al governo contiene analisi generali condivisibili. Si tratta ora di rendere concretizzabili nel futuro le indicazioni suggerite partendo dalla realtà. Le Rsa e l'assistenza domiciliare sono risposte assistenziali non alternative ma complementari all'interno della rete di servizi che comprendono i centri diurni, gli alloggi protetti e le comunità alloggio. L'istituzionalizzazione delle persone anziane e disabili richiedenti cure continuative sanitarie e assistenziali è l'unica possibile. Nel titolo del nostro

ultimo congresso si parla di accoglienza, non semplicemente di assistenza: è una precisa indicazione programmatica”.

SERVE UNA VISIONE SISTEMICA DEL SOCIO-SANITARIO

“Bisogna capire innanzitutto che direzione sta prendendo la riforma della legge 23 e che ruolo vuole dare ai vari attori e in particolare al socio-sanitario. La territorialità è fondamentale: noi come RSA sul territorio ci siamo già, insieme ai Medici di Medicina Generale, l'importante è non avere una visione “urbano-centrica” ma sfruttare le competenze in termini socio-assistenziali che noi come RSA possiamo dare spostando invece la visuale dall'ospedale alla casa di comunità” spiega **Emilio Tanzi, Direttore Generale della Fondazione Ospedale della Carità di Casalbuttano (CR)**. “Serve una maggiore sinergia tra ospedali, RSA e Medici del territorio, come era stato già pensato quando si parlava di riforma della cronicità, in cui noi RSA ci eravamo candidate per la presa in carico dell'anziano cronico come punti di riferimento del territorio. Il concetto è sempre lo stesso: serve una filiera sul territorio che dovrebbe partire a mio avviso addirittura dalla prevenzione geriatrica, con un tema di educazione a casa delle persone. E anche questo lo possiamo fare noi, in alleanza con i patronati, le Acli, il mondo del terzo settore... Solo in quest'ottica può avere senso parlare di continuità assistenziale, di ritardare l'ingresso in RSA, di alloggi protetti e housing sociale, fermo restando che a un certo punto si arriva comunque al ricovero in struttura e a un'assistenza professionale e specialistica. Senza dimenticare la sostenibilità economica. È necessario un ragionamento di lungo periodo, di almeno 15/20 anni, per dare delle risposte efficaci.

“...Serve una maggiore sinergia tra ospedali, RSA e Medici del territorio...”

“...serve una filiera sul territorio che dovrebbe partire a mio avviso addirittura dalla prevenzione geriatrica, con un tema di educazione a casa delle persone...”

Emilio Tanzi



Emilio Tanzi.

Dove manca la rete familiare o territoriale bisogna formarla, formare dei medici e degli infermieri che sappiano stare sul territorio, probabilmente andrà rivista anche la politica migratoria. E noi come RSA dovremo offrire anche altri servizi, cosa che peraltro stavamo già facendo, mettendoci in discussione e investendo in nuove professionalità”.

IL RUOLO CENTRALE DELLE RSA NELLA FILIERA DI RISPOSTE AI BISOGNI DI UN POPOLAZIONE CHE INVECCHIA



Sergio Bariani.

“...Si è passati dal concetto di casa di riposo a quello di residenze sanitario-assistenziali, attraverso una serie di riforme che hanno innalzato gli standard sia strutturali che gestionali...”

“...Certamente le RSA devono pensare di evolversi anche in chiave di servizi al territorio: come medicina di territorio, con servizi capillari che partano dal domiciliare, per rispondere alle esigenze delle famiglie...”

Emilio Tanzi

“Il settore della RSA è in forte evoluzione ormai da diversi anni (e il Covid è stato decisamente un acceleratore di tutte le criticità esistenti)” conclude l’**Ing. Sergio Bariani, Amministratore Delegato di Gruppo Gheron e membro del Consiglio Nazionale di AIOP** (Associazione Italiana

Ospedalità Privata) e vice presidente della Commissione RSA. “Si è passati dal concetto di casa di riposo a quello di residenze sanitario-assistenziali, attraverso una serie di riforme che hanno innalzato gli standard sia strutturali che gestionali, purtroppo in modo non omogeneo perché nel nostro Paese permangono ancora molte differenze tra le diverse Regioni e questo è uno dei problemi a cui si sta cercando di ovviare, costruendo una base di offerta comune a tutte le regioni, perché le esigenze degli anziani sono le stesse in tutto il Paese. E i bisogni sono quelli di una popolazione sempre più anziana – l’età media oggi nelle nostre strutture è di 85 anni – e sempre più pluripatologica, con bisogni dunque sanitari oltre che sociali. Nei prossimi anni anche lo sviluppo demografico andrà in questa direzione, con una popolazione che invecchia e soprattutto non autosufficiente: da 3 a 5 milioni da qui al 2030. Il loro

bisogno di assistenza residenziale porta necessariamente a un’urgenza di incrementare, nei prossimi anni, il numero dei posti letto. In Italia ne serviranno 5 ogni 100 persone over 65: oggi al Nord siamo al 3%, al centro siamo sotto il 2%. Le RSA dovranno far parte sempre più di una lunga filiera che, insieme ai Medici di medicina Generale e agli ospedali, sia in grado di rispondere in maniera appropriata a tutte le esigenze delle persone anziane, in un’ottica di sostenibilità, di welfare e di efficienza, perché se non funziona bene i problemi poi ricadono sui cittadini. Certamente le RSA devono pensare di evolversi anche in chiave di servizi al territorio: come medicina di territorio, con servizi capillari che partano dal domiciliare, per rispondere alle esigenze delle famiglie con un basso livello di assistenza, passare per il semiresidenziale (con i centri diurni) per arrivare alla residenzialità. Prendendo in considerazione anche tutta la sfera di assistenza ai deficit cognitivi, che richiedono una presa in carico sempre più specialistica, con progetti sperimentali che noi, come altri Gruppi, stiamo già offrendo. E c’è poi l’offerta dei servizi all’interno delle RSA aperti a tutta la cittadinanza: un esempio tipico sono i polimabulatori fisioterapici o medici ma anche gli sportelli di consulenza legale, finalizzati proprio a costruire una rete territoriale sociale e assistenziale. Nel PNRR sono evidenziati anche altri aspetti strettamente connessi con il mondo delle RSA: la gestione del paziente post acuto, ad esempio, che può trovare una risposta nelle sinergie tra RSA e ospedali di comunità. Sicuramente una cosa è certa: la complessità di risposta al bisogno sta aumentando. La nostra risposta è quella di essere sempre più professionali, costruire strutture rispettose dell’ambiente e della persona, e puntare sempre più a servizi con elevati standard qualitativi”. ■

Obbligo Green Pass nelle RSA e carenza di personale: che fare?

Per chi non rispetterà l'obbligo è prevista la sospensione della prestazione lavorativa e dunque dello stipendio. Anche in questo caso i controlli spettano ai dirigenti delle strutture sanitarie e ai datori di lavoro



Il Governo fa un altro piccolo passo avanti per estendere il green pass obbligatorio nel mondo del lavoro. Con il Consiglio dei ministri giovedì 9 settembre, è arrivato l'allargamento dell'obbligo della certificazione verde anche per i circa 40mila addetti alle mense scolastiche e universitarie, e per qualche migliaio di lavoratori delle ditte di pulizia e manutenzione negli istituti scolastici.

Il decreto lancia anche un segnale sul percorso verso l'obbligo vaccinale, considerato oggi ancora un'opzione da valutare solo dal prossimo autunno, ma che viene per la prima volta esteso al di fuori della platea sanitaria, l'unica dove al momento vige l'obbligo. Dal 10 ottobre si applica altresì a tutti i soggetti anche esterni che svolgono, a qualsiasi titolo, la propria attività lavorativa nelle Residenze sanitarie per gli anziani a qualsiasi titolo. Strutture dove si entra in contatto ogni giorno con pazienti particolarmente fragili (grandi anziani e disabili) e

dove si cominciano a rivedere i contagi dovuti alle varie varianti.

Si tratta di tantissimi operatori, in tutto nelle Rsa lavorano circa 250mila persone, tra amministrativi, personale che fa pulizie o prepara i pasti, compresi gli ausiliari socio assistenziali (circa 130mila) che si occupano dei bisogni dei ricoverati, ma finora esclusi dall'obbligo che per legge è scattato da aprile scorso solo per il personale sanitario. Per chi non rispetterà l'obbligo è prevista la sospensione della prestazione lavorativa e dunque dello stipendio. Anche in questo caso i controlli spettano ai dirigenti delle strutture sanitarie e ai datori di lavoro.

Questa scelta condivisibile creerà, però, non poche difficoltà. Stiamo assistendo, infatti, ad una carenza cronica di personale sanitario che dalle strutture private si riversa nel mondo pubblico ammalato da contratti e retribuzioni migliori. Come faranno gli Enti Gestori a garantire la continuità del servizio? ■

IL PERIODO PANDEMICO ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE

IL QUESITO

QUALI PROBLEMI E CRITICITÀ HANNO RISCOSTRATO E DOVUTO AFFRONTARE I DIRETTORI ALL'INTERNO DELLE LORO STRUTTURE

È evidente a tutti che il Covid-19 ha segnato un netto cambiamento del modo di pensare e di affrontare le situazioni, dovendo cercare nel più breve tempo possibile le soluzioni più congeniali.

Lo sanno bene i Direttori delle RSA, delle casa-albergo e delle analoghe strutture comunque denominate, che, con il susseguirsi quotidiano di normative, di decreti-legge convertiti in legge, hanno dovuto ogni giorno affrontare problemi per tutelare i loro ospiti.

È stato chiesto ad alcuni Direttori di Struttura cos'è cambiato dall'inizio del periodo pandemico ad oggi e quali criticità sono state riscontrate nell'ottemperare a tutti gli obblighi imposti dalle varie normative, alla luce anche della carenza di personale.

DOTT.SSA ANTONELLA DE MICHELI
DIRETTRICE DALLA CASA-ALBERGO
"LA FONDAZIONE LA RESIDENZA"
MALNATE (VA)

«La Fondazione La Residenza è una casa-albergo che ospita al suo interno 50 anziani (età media 90 anni) autosufficienti. Nonostante sia una casa-albergo, sono stati applicati alla stessa gli obblighi e le prescrizioni determinati per le RSA durante la pandemia.

Vi è stata un'iniziale chiusura degli accessi, in particolar modo dei parenti dei nostri ospiti. Le loro visite sono state inizialmente sostituite con le "videochiamate" per consentire comunque

un rapporto "a distanza". Già nell'inverno del 2020, ci siamo attivati per creare degli spazi per gli incontri tra i nostri ospiti ed i loro familiari. Abbiamo infatti creato un'area esterna con interfono ed un'area interna, costituita da una saletta in cui sono state adottate tutte le misure di sicurezza (plexiglass, dispositivi di protezione, distanziamento ecc.), riscontrando degli apprezzamenti positivi sia da parte dei visitatori che da parte dei nostri anziani, i quali hanno compreso sin da subito che la priorità era la tutela dei nostri ospiti.

Abbiamo ritenuto doveroso, invece, non interrompere per nessuno motivo le visite per gli ospiti "fine vita". Abbiamo infatti reputato come "atto d'amore" permettere ai loro parenti l'ultimo saluto. Ciò è stato reso possibile in quanto la nostra Struttura è dotata su quasi tutto il perimetro del piano-terra di porte finestre, che permettono l'accesso direttamente all'interno dei mini-alloggi, senza dover entrare all'interno delle aree-comuni.

Inoltre, anche prima dell'introduzione dell'obbligo normativo, abbiamo impedito l'accesso a personale esterno privo di green-pass.

Tutto questo ha permesso che non si riscontrassero casi di persone positive all'interno della nostra struttura.

La collaborazione, poi, con i nostri dipendenti (n. 22) è stata fondamentale, supportata anche dal concetto di "grande famiglia" che ci caratterizza.



La dott.ssa
Antonella De Micheli.

Sin dal marzo 2020, abbiamo fornito al nostro personale – e su loro esplicita richiesta – i tamponi. Al fine di una maggior sensibilizzazione, abbiamo effettuato diversi incontri con il medico della struttura ed il medico del lavoro, affinché i nostri dipendenti potessero rivolgere a loro tutte le domande ed i dubbi in merito al vaccino anti-covid. Questa “trasparenza” – oltre al clima di fiducia sempre presente all’interno della nostra struttura – ha determinato che tutti i nostri dipendenti si vaccinassero, senza percepire ciò come imposizione, bensì come “atto di buon senso” e di libera scelta.

Comprendendo, poi, sin da subito che avremmo dovuto dedicare tanto tempo al tenerci aggiornati sulle normative – che continuavano a susseguirsi ogni giorno – e alle soluzioni da apportare dal punto di vista pratico e che ciò avrebbe potuto sottrarre del tempo prezioso al “rapporto umano” con i nostri ospiti, abbiamo fatto in modo che tutto il personale, compreso quello amministrativo, si dedicasse ogni giorno all’ospite, anche, per esempio, con attività di animazione. Ci siamo di fatto “reinventati”, svolgendo tutti diversi ruoli. Il tutto per non far mai sentire l’anziano solo, ma persona sempre importante».

DOTTOR ALDO ROTA
DIRETTORE GENERALE DELLA CASA
DI RIPOSO L. E A. AGOSTONI
FONDAZIONE ONLUS
LISSONE (MB)

«È ormai dal marzo del 2020 che DPCM e DGR inerenti argomentazioni sul Covid-19 si susseguono a ritmi forsennati. L’applicazione di tali leggi si sono rivelate contraddittorie e poco chiare. Gli obblighi e le responsabilità, anche di tipo penale, sono enormemente cresciuti, anche a causa dello “scaricabarile” che l’applicazione di queste norme comporta. Le Gestioni delle RSA si sono tro-



*La Casa di Riposo
L. e A. Agostoni
Fondazione Onlus
di Lissone.*

vate in mezzo a questa situazione, tra l’incudine ed il martello, nell’obbligo di far rispettare norme che pochi accettavano ed accettano tutt’ora. Questo ha provocato un aumento smisurato dei conflitti tra chi doveva applicare (RSA) e chi doveva subire tali norme (parenti). Le Gestioni non erano e non sono attrezzate professionalmente né materialmente a sostenere il peso di queste continue ondate pandemiche che richiedono un’alta professionalità sanitaria; le RSA non sono nate per risolvere problematiche ospedaliere, la preparazione del personale, in maggioranza ASA, non è in grado di dare risposte in tal senso, avendo un grado di preparazione e formazione basato soprattutto su altri parametri e tipologie socioassistenziali.

Le difficoltà maggiori riscontrate nella gestione di tutte le problematiche inerenti questo periodo pandemico derivano soprattutto dalla mancanza di preparazione specifica nel rispondere concretamente alle domande su quei nuovi bisogni che non si erano mai rilevati nelle nostre Strutture. E questo senza nessun aiuto, anche di tipo formativo, dalle Autorità superiori preposte a questi compiti, anche se sollecitati più volte.

Per fortuna, come in tutte le situazioni critiche, il personale ha risposto abbastanza positivamente e possiamo dire che anche questo ci è servito per crescere professionalmente».

“Le difficoltà maggiori riscontrate nella gestione di tutte le problematiche inerenti questo periodo pandemico derivano soprattutto dalla mancanza di preparazione specifica nel rispondere concretamente alle domande su quei nuovi bisogni che non si erano mai rilevati nelle nostre Strutture”

Ospiti e Parenti stanno insieme con regole che a volte risultano ipertrofiche e cervellotiche, per le quali va garantito il rispetto in sede tutti i giorni di tempistiche d'incontro che non possono superare i 45 minuti, controllo del green pass, sanificazione delle postazioni, ecc.

DOTTOR. MARCO BERTANI
SEGRETARIO DELL'ENTE PRESSO
LA RSA PORETTI MAGNANI
DI VEDANO OLONA (VA)
E DIRETTORE PRESSO LA RSA CASA
SANT'ANGELO DI SESTO CALENDE (VA)

«In questo contesto non affronto gli obblighi morali, etici e relazionali che abbiamo nei confronti dei nostri Ospiti e dei loro Familiari, rispetto ai quali non riusciamo ancora oggi a soddisfarne il loro bisogno affettivo e sociale dato da un abbraccio prolungato, dallo stare insieme nel luogo di vita e nel condividere i momenti all'interno della Struttura con altri parenti ed Ospiti.

Ci troviamo ancora spiazzati nell'operare in antitesi rispetto a come eravamo abituati ormai da decenni, cioè in osmosi col territorio, con accessi liberi dove la RSA era un luogo di ritrovo.

Questa è la base sulla quale stiamo ricostruendo i nostri interventi che sono condizionati sempre dalla paura che il Covid-19 possa rientrare in Struttura.

Oggi rispetto ad un anno fa la situazione è molto cambiata:

1. La facilità di reperire DPI a prezzi più calmierati. Ci sono stati momenti di grave bisogno, dove lo stoccaggio della merce in magazzino avveniva anche tre/quattro settimane dopo l'ordine con pagamenti in anticipo a prezzi maggiorati del 300% rispetto alla consuetudine.
2. La disponibilità di test antigenici ra-

pidi che ci permettono di indagare al primo sorgere di un sintomo l'eventuale presenza di Covid-19. Gli stessi in parte sono stati forniti dalla nostra ATS e questo ha portato un sollievo. Nel 2020, all'insorgere del sintomo, ti affidavi al solo tampone molecolare i cui esiti arrivavano con troppo ritardo rispetto al nostro bisogno di tutela collettiva.

Abbiamo avuto esiti su tamponi molecolari anche nove giorni dopo aver eseguito il tampone. Oggi i laboratori ci garantiscono l'esito nell'immediato, il giorno seguente se non il giorno stesso del tampone.

3. La corsa di riavvicinamento tra gli Ospiti e loro Familiari. Da febbraio a giugno dell'anno passato il contatto passava solo attraverso strumenti mediatori quali skype o whatsapp con tutte le difficoltà tecniche e sensoriali che rendevano le videocchiamate uno stress per la persona anziana, in particolare per chi aveva problemi di demenza. Con grande attesa abbiamo accolto la DGR 3226 che ha permesso di strutturare incontri in modalità parlatorio e successivamente, grazie alla vaccinazione della popolazione, un'ulteriore apertura è avvenuta con la Circolare 8 maggio 2021.

Ospiti e Parenti stanno insieme con regole che a volte risultano ipertrofiche e cervellotiche, per le quali va garantito il rispetto in sede tutti i giorni di tempistiche d'incontro che non possono supera-

La RSA Poretti Magnani di Vedano Olona.



re i 45 minuti, controllo del green pass, sanificazione delle postazioni, ecc...

Per avviare adeguatamente gli incontri e per soddisfare tutti i famigliari dei nostri Ospiti, nel rispetto della normativa ed a tutela della comunità, sono stati fatti investimenti sul personale dedicato, ma ci rendiamo conto che ciò non è ancora sufficiente. Le famiglie desiderano ogni giorno più tempo da dedicare al proprio caro, desiderano entrare in camera e nei reparti per condividere il luogo di vita e supportare il soddisfacimento dei bisogni quotidiani insieme al personale, bisogno accentuato nei confronti delle persone il cui grado di compromissione non consente l'uscita dalla struttura, unica "scappatoia" a tutto ciò.

Il nostro lavoro è frustrante perché da una parte stiamo mettendo in campo risorse e impegno, ma non riusciamo a soddisfare le aspettative dei nostri cari ed allo stesso tempo non siamo gratificati neanche noi perché ci rendiamo conto che le strategie messe in atto non bastano mai.

4. Personale socio-sanitario-assistenziale. Un aspetto che invece il Covid-19 ha messo in risalto in maniera positiva è l'imponente impegno umano e professionale del Personale socio-sanitario-assistenziale, dato per scontato troppe volte nel passato. Nel 2020 ci siamo aggrappati al nostro personale, ASA e OSS che impavide non hanno mai indietreggiato di fronte al rischio. Abbiamo sempre "tifato" per i Medici e gli Infermieri con la speranza che ogni giorno portassero notizie migliori dai reparti grazie al loro costante intervento e ci siamo affidati al lavoro speciale delle educatrici e dei fisioterapisti per cucire ogni rapporto con le famiglie e cercare di riportare un po' di normalità attraverso le attività proposte nei nuclei.

La situazione oggi sembra più in equilibrio benché il territorio ci abbia un po' depauperati da alcune figure professionali, infermieri su tutti. Questo purtroppo



La RSA Casa Sant'Angelo di Sesto Calende.

po è un problema comune a tante realtà che sta peggiorando sempre di più, perché il vitale bisogno di infermieri in RSA sta creando un mercato nel quale ci si strappa i professionisti a suon di aumenti contrattuali, portandoli a valutare ogni giorno una soluzione migliore per accedere a stipendi più alti: tutto questo non fa che generare turnover, vuoti nell'organigramma e instabilità nei reparti.

Rispetto al quesito che mi è stato posto, ammetto che a volte ho reagito ai momenti di difficoltà con rabbia e anche attenersi ai regolamenti non è stato facile, ma con il tempo il modus operandi messo in pratica grazie alle figure portanti delle RSA nelle quali opero – tutto il CDA e l'Arch. Savio Binaghi (RSA Poretti Magnani) la compianta Suor Rosangela prima e ora Suor Robeena (RSA Casa Sant'Angelo) – è sempre più orientato a vedere in fondo alle situazioni di crisi anche un'occasione di positività, una su tutte l'unione e la solidarietà che c'è stata lungo tutto questo percorso tra il personale, Ospiti e Famiglie anche e soprattutto con quelle che hanno subito la perdita dei propri cari». ■

La situazione oggi sembra più in equilibrio benché il territorio ci abbia un po' depauperati da alcune figure professionali, infermieri su tutti. Questo purtroppo è un problema comune a tante realtà...

OSSERVAZIONI

Dalle parole degli intervistati emergono le problematiche comuni a tutte le RSA, case-albergo e strutture comunque denominate, la prima su tutte i numerosi aspetti burocratici che ogni giorno i Direttori dovevano e devono affrontare. Con altrettanta chiarezza emerge, in tutte le realtà, la capacità del personale e di tutti i dipendenti delle strutture di reinventarsi, di fare "fronte comune" per raggiungere il bene comune, ossia la sicurezza ed il benessere degli ospiti.

Il mobility manager

Le nuove disposizioni ministeriali definiscono i ruoli di questa figura centrale della transizione ecologica, incaricata di ridurre l'impatto ambientale derivato dagli spostamenti dei dipendenti di imprese private e pubbliche amministrazioni



Già il 27 marzo 1998, in seguito alla firma del Protocollo di Kyoto sui cambiamenti climatici, è stato emanato il decreto del Ministero dell'Ambiente sulla "Mobilità sostenibile nelle aree urbane". Successivamente lo stesso Ministero ha emanato il Decreto 20 dicembre 2000 del Servizio IAR (Inquinamento Atmosferico e Rischi industriali) con l'incentivazione all'implementazione del mobility management e lo sviluppo di "piani per la gestione della domanda di mobilità riferiti ad aree industriali, artigianali, commerciali, di servizi, poli scolastici e sanitari o aree che ospitano, in modo temporaneo o permanente, manifestazioni ad alta affluenza di pubblico".

Quello dei trasporti – in particolare la ricerca e promozione di nuove forme di mobilità sostenibile, finalizzata alla riduzione dell'impatto energetico ed ecologico degli spostamenti di merci e persone – è uno dei fattori chiave della grande transizione ecologica che le istituzioni si sono impegnate ad attuare per contrastare le minacce dell'inquinamento ambientale e del riscaldamento globale.

Questa serie di provvedimenti è recentemente culminata nel decreto del Ministero della Transizione Ecologica, emanato il 12 maggio 2021, "Modalità attuative delle disposizioni relative alla figura del mobility manager".

Il provvedimento prevede che, al fine di favorire il decongestionamento del traffico nelle aree urbane mediante la ri-



duzione dell'uso del mezzo di trasporto privato individuale, le imprese e le pubbliche amministrazioni con singole unità locali con più di 100 dipendenti ubicate in un capoluogo di regione, in una città metropolitana, in un capoluogo di provincia, oppure in un comune con popolazione superiore a 50.000 abitanti, debbano adottare, entro il 31 dicembre di ogni anno, un Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro (PSCL) del proprio personale dipendente, finalizzato alla riduzione dell'uso del mezzo di trasporto privato individuale.

Per stilare tale piano e perseguirne gli obiettivi, imprese e pubbliche amministrazioni sono tenute a nominare un mobility manager. Le attività-responsabilità di competenza del mobility manager sono molteplici. Egli è incaricato, per esempio, di calcolare l'impatto ambientale di tutti gli spostamenti lavorativi (compresi quelli casa-lavoro) dei dipendenti della propria impresa o pubblica amministrazione, e in particolare la **carbon footprint**, vale a dire la quantità delle emissioni di gas serra generata da tali attività.

In base ai dati raccolti, il mobility manager elabora il Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro e ne monitora l'adozione, attuando una serie di misure per promuovere la mobilità sostenibile dei dipendenti. Per esempio, egli può prevedere incentivi e facilitazioni per i lavoratori che rinunciano a utilizzare il proprio veicolo a motore personale per recarsi al lavoro, scegliendo invece i trasporti pubblici oppure mezzi più ecologicamente sostenibili come la bicicletta, l'**e-bike**, i monopattini elettrici. Altri pratiche che possono essere favorite sono il **car pooling** e il **car sharing**, che riducono il



numero dei mezzi inquinanti sulle strade aumentandone l'occupazione individuale durante gli spostamenti. Un altro fronte è quello della riduzione degli sprechi, da attuare con un'oculata gestione della logistica degli spostamenti, pratica che può portare anche a significativi vantaggi economici, in termine di riduzione delle spese, oltre che ecologici.

Le recenti disposizioni ministeriali aprono nuove, interessanti opportunità lavorative per tutte le figure professionali con competenze nel campo della logistica, delle scienze ambientali e dell'ottimizzazione aziendale, oltre che per chi si occupa della formazione di tali figure. Per formare i mobility manager sono infatti previsti percorsi specifici di training e abilitazione. ■



Per stilare tale piano e perseguirne gli obiettivi, imprese e pubbliche amministrazioni sono tenute a nominare un mobility manager. Le attività-responsabilità di competenza del mobility manager sono molteplici. Egli è incaricato, per esempio, di calcolare l'impatto ambientale di tutti gli spostamenti lavorativi (compresi quelli casa-lavoro) dei dipendenti della propria impresa o pubblica amministrazione, e in particolare la carbon footprint, vale a dire la quantità delle emissioni di gas serra generata da tali attività

Il Parkinson al tempo del Covid-19

Una ricerca ha messo in evidenza come hanno reagito alla pandemia le persone con questa malattia. Gli anziani hanno incontrato maggiori difficoltà



La professoressa
Linda Lombi.

La pandemia da Covid 19 ha portato notevoli cambiamenti nella vita di tutti. A risentirne particolarmente sono state soprattutto gli individui fragili, sia sotto l'aspetto delle condizioni di salute sia sotto l'aspetto emotivo. Per cercare di capire l'impatto che questo periodo storico ha avuto sulle persone con la malattia di Parkinson, l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Confederazione Parkinson Italia, Fresco Institute hanno condotto la ricerca "Vivere il Parkinson al tempo del Covid 19". Ecco che cosa è emerso dall'indagine.

NUOVE TECNOLOGIE? NÌ

A causa delle limitazioni conseguenti alla pandemia, in tutta la popolazione è aumentato molto l'uso delle tecnologie digitali. La ricerca "Vivere il Parkinson al tempo del Covid 19" evidenzia che **molti**

anziani con questa malattia hanno iniziato a utilizzare le nuove tecnologie proprio durante la pandemia. "Specialmente fra chi ha un titolo di studio più alto, è significativa la percentuale di over 65 con il Parkinson che utilizza internet per avere accesso a informazioni sulla patologia. Sono stati oggetto di molte ricerche da parte di tale categoria di persone anche i video per la riabilitazione e, seppur in misura minore, applicazioni e podcast inerenti alla malattia", afferma la professoressa Linda Lombi, ricercatrice del Dipartimento di Sociologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, che si è occupata della raccolta e della interpretazione dei dati della ricerca. Nonostante abbiano usato di più le nuove tecnologie rispetto al passato, gli anziani con il Parkinson hanno disdetto le visite programmate in una percentuale inferiore in confronto agli under 65. Ha

"Specialmente fra chi ha un titolo di studio più alto, è significativa la percentuale di over 65 con il Parkinson che utilizza internet per avere accesso a informazioni sulla patologia"

PARKINSON'S DISEASE



TREMOR



WRITING CHANGES



SPEECH CHANGES



SLOWED MOVEMENT

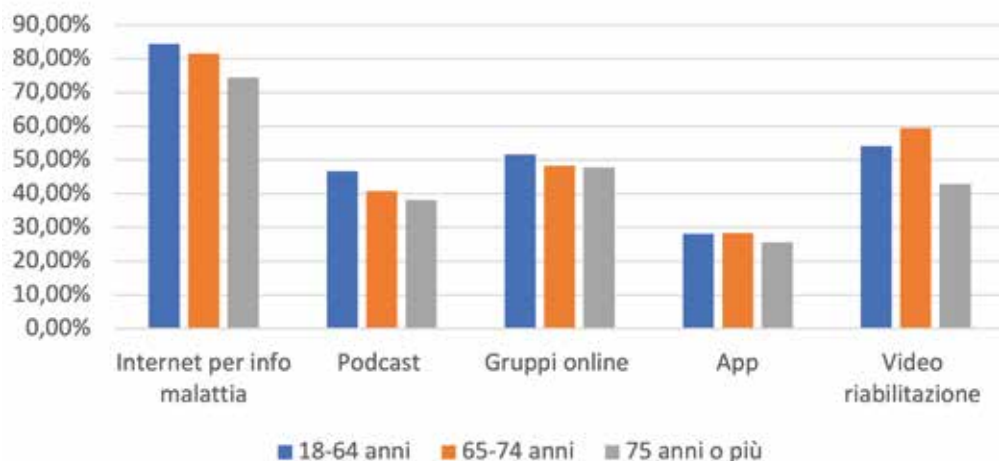


RIGID MUSCLES



IMPAIRED BALANCE

Uso tecnologie a supporto della malattia di Parkinson durante la pandemia



Gli anziani poco digitalizzati e con una condizione di Parkinson severa dovrebbero essere messi in contatto con le associazioni

infatti rinunciato a visite programmate per la paura di contrarre il Covid 19 il 25,3% degli over 75, rispetto al 30,1% delle persone con meno di 64 anni e al 29% di quelle con un'età compresa fra i 65 e i 74 anni. "Ciò può essere dovuto al fatto che **gli anziani incontrano più difficoltà a relazionarsi con i medici attraverso strumenti digitali, come le videocall o le email**", osserva la professoressa Lombi. Rispetto alle persone con Parkinson più giovani, durante la pandemia gli over 65 con questa patologia hanno interrotto la riabilitazione da un professionista in una percentuale superiore, probabilmente a causa delle peggiori condizioni motorie.

Infine, una parte rilevante di malati di Parkinson (quasi il 40%) ha fatto **affidamento principalmente sulla famiglia e su se stesso**, e si è rivolto con meno probabilità rispetto ad associazioni né a reti amicali. In questo cluster, l'uso delle nuove tecnologie è meno frequente. "Di questo gruppo fanno parte soprattutto **anziani poco digitalizzati e con una condizione di Parkinson più severa**, il cui capitale sociale è rivolto all'interno, ossia alla famiglia. Alla luce di ciò, è importante che queste persone siano messe in contatto con le associazioni e che siano formate sulle nuove tecnologie", sottolinea la professoressa Lombi. ■

"RISPOSTE" DIVERSE

Considerando tutte le fasce di età prese in esame dalla ricerca, in merito alle strategie di fronteggiamento della pandemia sono emersi tre profili abbastanza definiti. Il primo, costituito principalmente da **under 65**, è quello di chi ha fatto **affidamento principalmente sulle tecnologie e sulle proprie risorse personali**. Il secondo, più modesto in termini percentuali, è costituito da chi ha sfruttato tutti i canali (risorse personali, famiglia, associazioni, tecnologie) per risolvere le criticità del periodo.

IL CAMPIONE

La ricerca "Vivere il Parkinson al tempo del Covid" ha coinvolto 440 persone con tale malattia. Di queste, poco più della metà (56%) era di sesso maschile, mentre il 46% era costituito da donne. Dal punto di vista anagrafico, la maggior parte degli individui intervistati (40,6%) aveva un'età compresa fra i 65 e i 74 anni. Il 30,5% del campione era costituito da soggetti tra i 50 e i 64 anni, il 25,6% da over 75 e il 3,3% da persone con un'età fra i 18 e i 49 anni. Sotto l'aspetto geografico, più di due intervistati su tre (69%) vivevano in regioni del Nord Italia, mentre il 18% e il 13% del campione era, rispettivamente, del Centro e del Sud (isole comprese) del nostro Paese.

Rsa: tanti i cambiamenti in atto



“La presenza medica nelle Rsa manca di copertura numerica e di competenza geriatrica”

Dottor Claudio Costantini, referente del Gruppo di Interesse Rsa della SIGOT



“Le Rsa costituiscono un nodo fondamentale nell’assistenza sanitaria, inserendosi tra le strutture ospedaliere per acuti e l’intervento domiciliare”

Dottor Alberto Castagna, membro del Comitato Scientifico della SIGOT

Al recente congresso della SIGOT sono state affrontate anche tematiche inerenti queste strutture, rilevando criticità e proponendo soluzioni



SIGOT

Al 35esimo congresso nazionale della SIGOT (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio), che si è svolto in forma virtuale dal 16 al 18 giugno scorsi, sono stati approfonditi molti temi di particolare rilevanza sulla salute e sull’assistenza agli anziani. Tra questi, sono stati affrontati anche argomenti che vedono coinvolte direttamente le Rsa.

LE MODIFICHE DOVUTE AL COVID 19

Il congresso della società scientifica ha rappresentato anche l’occasione per mettere in evidenza come sia cambiata l’assistenza agli anziani nelle Rsa a seguito della pandemia da Covid 19. “Due condizioni, progressivamente sviluppate dopo il periodo cruciale delle prime due fasi della pandemia Covid 19, hanno modificato positivamente la situazione generale nelle Rsa: la **fornitura di tamponi rapidi antigenici Covid 19**, con la possi-

bilità di effettuare screening mediamente bisettimanali sia sugli ospiti sia sul personale interno, e lo **sviluppo della campagna vaccinale in Rsa**”, sottolinea il **dottor Claudio Costantini**, referente del Gruppo di Interesse Rsa della SIGOT. Ciò ha permesso di avere validi strumenti per il controllo e la gestione di potenziali contagi in questo contesto, con una netta riduzione delle positività, degli invii in pronto soccorso e della mortalità correlata. Lo sviluppo di protocolli operativi interni di contenimento e gestione di ulteriori possibili fasi epidemiche ha modificato profondamente l’organizzazione, la capacità di risposta e la formazione specifica del personale. “Purtroppo, questi elementi si sono rivelati, tranne che in alcune realtà regionali e con tempistiche diverse, a carico delle **Rsa** stesse, che **hanno dovuto supportare quasi in totale autonomia l’impatto delle devastanti fasi iniziali e delle fasi di riorganizzazione tuttora in corso**”, prosegue il dottor Costantini.

UN RUOLO ANCORA MARGINALE

“Le considerazioni sul miglioramento possibile rientrano nell’annoso problema che le Rsa sono divenuti luoghi che, mediamente, accolgono ospiti sempre più complessi dal punto di vista clinico e comportamentale senza un adeguato riconoscimento, soprattutto economico, del loro peso nella rete assistenziale territoriale. Pur non potendo ipotizzare un modello unico di organizzazione e gestione per l’intero territorio nazionale per le estreme differenze esistenti a livello regionale, è fuori dubbio che **si deve modificare l’attuale sistema che attribuisce ancora un ruolo cen-**

COINVOLTE TANTE STRUTTURE

Allo studio “Monitoraggio della vaccinazione Covid-19 in RSA (SIVAX-RSA)” parteciperanno più di sessanta Rsa di tutto il territorio nazionale, con potenzialmente più di 3.400 ospiti. La ricerca consentirà la valutazione degli outcomes di efficacia e sicurezza della vaccinazione anti-Covid 19, a breve e lungo termine (dodici mesi), in funzione del grado di fragilità e di compromissione cognitiva della persona anziana residente in queste strutture.

trale all'ospedale come luogo di cura per acuti, con ancora un ruolo di 'attori passivi' attribuito alle Rsa. Sono dunque auspicabili interventi che attribuiscono un maggior riconoscimento in termini economici, di supporto e di formazione dell'attività svolta", commenta il dottor Costantini.

Quali sono le altre criticità che le Rsa hanno dovuto fronteggiare in questo periodo? "Deve essere affrontato anche il problema recente della **'fuga' del personale infermieristico dalle Rsa**, che viene assorbito dalle necessità ospedaliere che la pandemia ha evidenziato. Un ulteriore importante problema è definito dalla presenza medica nelle Rsa che, pur con caratteristiche diverse a seconda delle regioni, manca di copertura numerica e di competenza geriatrica", osserva il dottor Costantini.

UNO STUDIO APPROFONDITO

In collaborazione con l'ISS (Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento "Promozione e valutazione delle politiche di prevenzione delle malattie croniche"), la SIGOT ha sviluppato uno **studio osservazionale, prospettico, multicentrico, nazionale sugli effetti della vaccinazione anti-Covid 19 nei pazienti anziani** dal titolo "Monitoraggio della vaccinazione Covid 19 in RSA (SIVAX-RSA)" (vedi box "Coinvolte tante strutture"). Il Comitato Scientifico dello Studio è composto dal **professor Alberto Pilotto**, presidente della SIGOT, dal **professor Nicola Vanacore** e dalla **dottoressa Ilaria Bacigalupo**, del Reparto Promozione e Valutazione delle Politiche di Prevenzione delle Malattie Croniche dell'ISS, dal **dottor Nicola Veronese** e dal **dottor Alberto Castagna**, del Comitato Scientifico della SIGOT, e dal **dottor Claudio Costantini**, referente del Gruppo di Interesse Rsa della SIGOT.

"Le Rsa costituiscono un nodo fondamentale nell'assistenza sanitaria, inserendosi tra le strutture ospedaliere

UN CORSO D'ALTA FORMAZIONE SULLE VACCINAZIONI

Durante l'ultimo congresso sono state dedicate sessioni e letture magistrali per affermare una volta ancora quanto SIGOT creda nelle vaccinazioni anti-influenzale, anti-pneumococcica e contro l'herpes zoster. "La SIGOT, con la partecipazione del Consiglio Nazionale delle Ricerche, sta preparando un corso di alta formazione indirizzato ai professionisti delle strutture residenziali per anziani, nel quale verranno discusse le tematiche più importanti riguardo le vaccinazioni menzionate prima, come i vaccini e l'anziano fragile, l'importanza della vaccinazione anti-influenzale nell'anziano che vive nelle strutture residenziali e, infine, gli aspetti medico-legali inerenti queste vaccinazioni", spiega il **dottor Nicola Veronese** (nella foto), direttore del Comitato Scientifico della SIGOT. Per incentivare tali vaccinazioni, la SIGOT ha in programma molte iniziative indirizzate all'anziano nei diversi settings assistenziali.



per acuti e l'intervento domiciliare. La raccolta dei dati clinici e socio-sanitari sono indispensabili per il management del paziente complesso ospite di queste strutture. **Lo strumento di valutazione multidimensionale scelto nello studio, l'MPI, ha un'accuratezza eccellente nel predire gli esiti clinici**; di recente, i risultati del progetto europeo MPI-AGE hanno dimostrato che l'MPI è in grado di prevedere la mortalità ospedaliera, nonché il rischio di ricovero ospedaliero, istituzionalizzazione e accesso ai servizi di assistenza domiciliare. Oggi, l'MPI è stato convalidato in oltre 54mila anziani presi in esame in più di cinquanta studi internazionali. È considerato uno degli strumenti più comunemente utilizzati per accertare la presenza e il grado di fragilità in ospedale e cure primarie", sottolinea il dottor Alberto Castagna, membro del Comitato Scientifico della SIGOT. ■

I NUMERI

- 66** i relatori del 35esimo congresso nazionale SIGOT
- 557** gli iscritti al congresso
- 427** gli iscritti collegati in streaming il 16 giugno
- 435** gli iscritti collegati in streaming il 17 giugno
- 381** gli iscritti collegati in streaming il 18 giugno

Ricerca e diagnosi precoce: l'impegno di Airalzh

L'approvazione di Aducanumab da parte della Fda apre nuovi scenari nella lotta alla malattia di Alzheimer e conferma l'importanza degli studi scientifici



In occasione della recente Giornata Mondiale dell'Alzheimer, Airalzh Onlus (Associazione Italiana Ricerca Alzheimer) ha nuovamente sottolineato la centralità di un approccio multidimensionale e multidisciplinare alla malattia di Alzheimer. Numerose evidenze scientifiche mostrano infatti che nella prevenzione di questa patologia ricopre un ruolo importante lo stile di vita, che può ritardare l'esordio dei sintomi e far diminuire il pericolo di comparsa di altre malattie croniche, come quelle cardiovascolari o il diabete di tipo 2.

PROGRESSI TANGIBILI

È proprio questo il tema su cui verteanno i progetti del bando "Agyr 2021", pubblicato da Airalzh a fine maggio e che ha un budget di trecentomila euro; i vincitori saranno annunciati entro la fine di quest'anno. Nel frattempo, a distanza di soli sei mesi dall'annuncio dei vincitori del bando del 2020, è il progetto del dottor Alberto Benussi, della Clinica Neurologica degli Spedali Civili di Brescia, quello che sta dando i risultati più concreti. Il dottor Benussi ha infatti pubblicato sulla rivista scientifica "Brain Stimulation" uno studio multicentrico in cui analizza i risultati della stimolazione magnetica transcranica (un test non invasivo) su 160 persone con un leggero deficit cognitivo. Tale ricerca ha mostrato come sia **possibile individuare e distinguere tre particolari forme serie di demenza in base a uno specifico algoritmo**. La comprensione precoce del processo patogenetico che

I sintomi della demenza compaiono quando il quadro è già compromesso, perciò i farmaci risultano meno efficaci



CURE PRECOCI

Proprio in virtù degli sforzi profusi dalla ricerca per una diagnosi precoce, per la Giornata Mondiale dell'Alzheimer Airalzh ha auspicato che i malati siano presi in carico quanto prima, anche grazie alla

medicina territoriale, sin da quando cominciano a palesarsi i primi disturbi. "Siamo certi che la speranza di una terapia aiuterà anche i pazienti e le famiglie a superare la 'paura' della diagnosi, con un accesso più precoce al percorso di cura", si augura la **professoressa Alessandra Mocali**, presidente di Airalzh Onlus (nella foto).

provoca il lieve deficit cognitivo può favorire la selezione dei probabili pazienti da inserire nella sperimentazione di nuove terapie.

Anche gli altri sei vincitori del bando 2020 (Maria Giulia Bacalini, dell'Irccs Istituto Scienze Neurologiche di Bologna, Roberta Cascella, dell'Università di Firenze, Paraskevi Krashia, del Campus Bio-Medico di Roma, Silvia Paciotti, dell'Università di Perugia, Federica Rossin, dell'Università Tor Vergata di Roma, e Flavie Strapazzon, dell'Irccs Santa Lucia di Roma) sono al lavoro per ottenere presto risultati tangibili.

DOPPIA STRADA

Tutti questi ricercatori si stanno concentrando sull'individuazione della patologia nelle sue fasi precoci, perché è quello il momento in cui si può rallentare la progressione del declino cognitivo. La recente approvazione da parte della Food and Drug Administration di **Aducanumab, primo farmaco efficace sul processo degenerativo della malattia** e che non si limita ad aggredire i sintomi della demenza, rappresenta un importante passo avanti, che ben si concilia con lo studio della patologia nelle sue fasi precoci promosso da Airalzh. I sintomi della demenza compaiono infatti quando il quadro è già compromesso, perciò i farmaci risultano meno efficaci.

Durante i trial con Aducanumab si sono registrati casi in cui i pazienti, a distanza di quattro anni, hanno mantenuto le loro abilità e autonomie. Probabilmente, non tutti beneficeranno allo stesso modo e occorre ricordare che la terapia può avere effetti collaterali. Quindi, la ricerca sarà ancora necessaria per identificare precocemente i pazienti che risponderanno meglio alla terapia. "La ricerca si sta spingendo in due direzioni: la terapia, con l'individuazione di farmaci atti a contrastare la malattia, e l'importanza della diagnosi precoce.

Se, da un lato, la Food and Drug Administration ha approvato Aducanumab, primo trattamento che non si limita ad 'aggredire' i sintomi della demenza, ma anche a rallentare il declino cognitivo, dall'altro c'è il ruolo della diagnosi precoce. Sotto questo punto di vista, Airalzh è da tempo impegnata nella ricerca, promuovendola allo scopo di trovare delle cure e investendo soprattutto nella **diagnosi precoce** in quanto, **senza di essa, difficilmente si riuscirà a trovare una terapia per la malattia di Alzheimer**. Siamo convinti che per trovare un trattamento per l'Alzheimer dobbiamo percorrere la strada della diagnosi precoce e Airalzh investe in questa direzione", spiega il professor Alessandro Padovani, socio fondatore e membro del Consiglio Direttivo di Airalzh, oltre che direttore della Clinica di Neurologia dell'Asst Spedali Civili di Brescia. ■



"La ricerca si sta spingendo in due direzioni: la terapia, con l'individuazione di farmaci atti a contrastare la malattia, e l'importanza della diagnosi precoce"

Professor Alessandro Padovani, socio fondatore e membro del Consiglio Direttivo di Airalzh

VARI OBIETTIVI

La scienza procede con molta lentezza, ma alla fine ottiene risultati, come accaduto nel caso di Aducanumab. Da ciò emerge l'importanza di sostenere la ricerca, soprattutto quella rivolta alla diagnosi precoce, sulla quale si sono sempre concentrati gli sforzi di Airalzh che, dal 2014 (anno della sua fondazione) è l'unica associazione che promuove a livello nazionale la ricerca medico-scientifica sulla malattia di Alzheimer e sulle altre forme di demenza. Obiettivi principali di Airalzh sono di concorrere all'identificazione dei fattori di rischio, al miglioramento delle tecniche per l'individuazione della malattia di Alzheimer nelle sue prime fasi e all'individuazione di nuovi bersagli per interventi terapeutici, con lo scopo di innalzare i livelli di cura, migliorare la qualità della vita dei pazienti e, infine, sensibilizzare l'opinione pubblica su questa malattia.

I NUMERI

600mila le persone con la malattia di Alzheimer in Italia

Circa 3 milioni Il numero dei pazienti con demenza in Italia, sommato ai loro familiari e ai loro caregiver

Demenza: verso una società inclusiva

Federazione Alzheimer Italia promuove un processo di cambiamento sociale perché le persone con questa malattia siano accolte

Da sinistra, il tesoriere di Federfarma Michele Pellegrini Calace, la senatrice Barbara Guidolin, Cristina Carpinelli, di Radio24, il segretario generale di Federazione Alzheimer Italia Mario Possenti, la presidente di Federazione Alzheimer Italia Gabriella Salvini Porro, il geriatra Antonio Guaita, il presidente dell'Istituto dei Ciechi di Milano Rodolfo Mastro e l'assessore del Comune di Milano Gabriele Rabaïotti.



La 28esima Giornata Mondiale Alzheimer e il decimo Mese Mondiale Alzheimer sono stati le occasioni per organizzare diversi eventi, in cui sono stati messi in evidenza svariati aspetti di questa malattia. Lo scorso 17 settembre, in diretta streaming dalla Sala Stoppani dell'Istituto dei Ciechi di Milano, si è tenuto il convegno "Amici delle persone con demenza: verso una società inclusiva", organizzato da Federazione Alzheimer Italia.

UN IMPEGNO COSTANTE

Durante l'appuntamento hanno preso la parola varie figure della società civile, della medicina e delle istituzioni, che hanno spiegato in che modo, dal loro punto di vista, sia possibile diventare "amici delle persone con demenza" e che cosa voglia dire impegnarsi ogni giorno nella sensibilizzazione di quanti più individui possibili, con l'obiettivo di **rendere la società più inclusiva nei confronti dei malati e dei loro familiari**, facen-

dosi portavoce nelle proprie comunità e nelle proprie reti di conoscenze.

A dare il "benvenuto" è stata la presidente di Federazione Alzheimer Italia, Gabriella Salvini Porro, che ha sottolineato l'impegno dell'associazione per **contrastare lo stigma** e l'isolamento che spesso circondano i malati e i loro familiari, iniziato con il progetto "Comunità Amiche delle Persone con Demenza" e proseguito con l'obiettivo di rendere tutti i cittadini "Amici delle Persone con Demenza". "Dopo un anno di pausa forzata a causa della pandemia, in occasione del decimo Mese Mondiale Alzheimer e della Giornata Mondiale del 21 settembre siamo felici di tornare con questo appuntamento, sempre molto atteso dai familiari delle persone con demenza, dagli operatori sanitari ma anche da tanti cittadini che hanno la voglia e il diritto di informarsi. Oggi vogliamo riflettere insieme su come creare una rete di cittadini 'Amici delle Persone con Demenza' e avviare così un processo di cambiamen-

"Vogliamo avviare un processo di cambiamento sociale in cui le persone con demenza si sentano completamente accolte e incluse"

*Gabriella Salvini Porro,
Presidente di Federazione
Alzheimer Italia*

to sociale in cui le persone con demenza si sentano completamente accolte e incluse”, ha affermato Salvini Porro.

PROMUOVERE IL BENESSERE

Con un contributo intitolato “Quello che all’università non insegnano: la promozione del benessere delle persone con demenza”, ha partecipato al convegno anche il professor Antonio Guaita, geriatra e direttore della Fondazione Golgi Cenci. Nel suo intervento, il professor Guaita si è focalizzato sull’importanza di **curare anche il benessere psico-fisico delle persone con demenza**. Per la sua natura cronica e degenerativa, davanti alla malattia di Alzheimer, la tradizionale equazione medica “diagnosi + terapia = guarigione o miglioramento” non funziona: per aumentare la qualità di vita del malato è perciò necessario migliorare l’ambiente e le persone che il malato incontra, rendendoli più inclusivi e accoglienti. Nel corso del convegno ha parlato anche Mario Possenti, segretario generale di Federazione Alzheimer Italia, con l’intervento “Persone e Comunità, insieme contro lo stigma”, in cui ha illustrato anche l’iniziativa **“Dementia Friendly Italia”**, che sostiene, coordina e implementa la diffusione di realtà “amiche delle persone con demenza”. Frutto dell’esperienza internazionale acquisita grazie alla partecipazione alla Joint Action on Dementia, il progetto può contare su un metodo e linee guida efficaci per contribuire a rendere una comunità, un’organizzazione o un luogo più accoglienti per le persone con demenza.

FINO IN PARLAMENTO

Al convegno ha partecipato anche la senatrice Barbara Guidolin, che nell’intervento “Filo diretto tra persone con demenza e politica: l’impegno nato da un’esperienza a stretto contatto con l’Alzheimer” ha raccontato come la sua esperienza lavorativa in un Nucleo Alzheimer, a diretto contatto con la de-

“NON TI SCORDAR DI VOLERMI BENE”

Al convegno è intervenuto anche **Lorenzo Baglioni** (nella foto, insieme a Gabriella Salvini



Porro), cantautore toscano, che ha parlato della canzone “Non ti scordare di volermi bene”, composta insieme al fratello Michele e all’attore Paolo Ruffini sulla scorta di un’esperienza personale e donata a Federazione Alzheimer Italia. Il brano affronta il tema della demenza con intensità e delicatezza e lo scorso settembre è stato al centro dell’omonima campagna che invita tutti i cittadini a impegnarsi in prima persona per conoscere la malattia. Collegandosi alla pagina **nontiscordare.org** è infatti possibile rispondere a un quiz sulla demenza per ricevere un vero e proprio attestato che certifica l’impegno e l’ottenimento del titolo di “Persona Amica della Demenza”.

IL PESO DELLE PAROLE

Il convegno è stato chiuso da Cristina Carpinelli, di Radio24, con un intervento intitolato “Demenza, le parole per raccontarla”. La giornalista ha sottolineato come la scelta delle parole possa influenzare i processi evolutivi della società: più si presta attenzione alle parole usate e più si parla di determinati argomenti, maggiormente quegli stessi argomenti saranno compresi da più persone. Questo rappresenta un passo fondamentale per costruire società più inclusive, perché la conoscenza significa anche abbattimento del pregiudizio.

menza, si sia trasformata in una battaglia in Parlamento. In particolare, la senatrice ha supportato Federazione Alzheimer Italia grazie a un disegno di legge per il **finanziamento del Piano Nazionale Demenze**, che è stato stanziato con la Legge di Bilancio 2021, nella misura di 15 milioni in tre anni.

Ha infine illustrato i contenuti del progetto “Farmacie amiche delle persone con demenza”, nato dalla collaborazione fra Federazione Alzheimer Italia e FederFarma, Michele Pellegrini Calace, tesoriere di FederFarma. Tale progetto ha messo **a disposizione dei farmacisti** un vademecum con informazioni e dati relativi alla patologia e, soprattutto, **consigli sui comportamenti corretti da tenere davanti a una persona con demenza** che entra nel negozio. ■

Per aumentare la qualità di vita del malato è necessario migliorare l’ambiente e le persone che il malato incontra

I NUMERI

55 milioni
le persone con demenza in tutto il mondo

1.241.000
le persone con demenza in Italia

Investire sul cambiamento culturale

“Colmare la carenza di personale, creare sinergie sul territorio, valorizzare le risorse interne, rendere le strutture più flessibili: sono questi gli aspetti su cui lavorare per riuscire a rispondere in modo efficiente alle nuove esigenze del settore” così Adelaide Biondaro, DG dell’Istituto Assistenza Anziani di Verona

 Istituto Assistenza Anziani
VERONA



La dott.ssa
Adelaide Biondaro.



La sede di Villa Monga.

La dottoressa **Adelaide Biondaro** è Direttore Generale dell’Istituto Assistenza Anziani di Verona, un’Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB), una tra le più grandi strutture pubbliche della Regione Veneto, con oltre 600 posti letto e un’ampia offerta di servizi diversi sul territorio.

Dottoressa, quali sono, in questo momento, le principali criticità del settore socio-sanitario?

“Oggi purtroppo ci troviamo di fronte ad un’incapacità generale di fare una programmazione adeguata del fabbisogno di personale infermieristico e di operatori socio-sanitari, che si ripercuoterà sul nostro settore per un po’ di anni e che ha del paradossale. La pandemia ha deter-

minato, infatti, un tasso di mortalità molto alto, tale da farci ritrovare, credo per la prima volta nella storia delle RSA, con tantissimi posti vuoti, un blocco di richieste di ingresso e una campagna di comunicazione poco edificante nei nostri confronti. Oggi, che è stato riaperto tutto, riceviamo di nuovo tantissime richieste ma non possiamo esaudirle tutte per mancanza di personale. Una situazione che si verifica, peraltro, anche a livello ospedaliero e domiciliare, con il risultato che nessuno di questi attori sta dando una risposta assistenziale sufficiente e in modo efficace alle persone fragili. Il problema di non avere personale di qualità sta determinando dunque un’incapacità di dare una risposta adeguata ed efficiente all’utenza sul territorio”.

ISTITUTO ASSISTENZA ANZIANI DI VERONA

Fondato nel 1812 per volontà del clero locale per assistere malati e bisognosi, l'Istituto Assistenza Anziani di Verona – conosciuto anche come **Villa Monga** – è un'Istituzione Pubblica di Assistenza e Beneficenza (IPAB). Dispone di 654 suddivisi in 5 strutture: il Centro Servizi "**Loro**" con 118 posti letto, tutti per persone anziane non autosufficienti di primo livello, ossia a bassa intensità; il Centro Servizi "**Al Parco**" con 228 posti, di cui 72 destinati a persone anziane non autosufficienti di secondo livello, e un nucleo dedicato agli ospiti affetti da demenza con disturbo comportamentale, supportato da una consulenza geriatrica e neurologica specialistica dell'AOU integrata di Verona; il Centro Servizi "**Santa Caterina**" in pieno centro storico, il nucleo più antico che risale al 1600 ed è stato il primo ospedale di Verona, con 92 posti letto; il Centro Servizi "**Don Carlo Steeb**" con 64 posti letto per ospiti non autosufficienti a ridotta intensità assistenziale e 28 posti per persone autosufficienti che presentano difficoltà di tipo sociale, più che sanitario ce he necessitano compagnia e monitoraggio; la **casa famiglia di via Taormina** per anziani autosufficienti con difficoltà prevalentemente di tipo sociale, che offre un servizio di portierato sociale gestito in collaborazione con i Servizi Sociali del Comune di Verona e il Consorzio di cooperative "Il solco", e che prevede 21 posti letto, dedicati all'interno di un condominio di proprietà dell'AGEC.

L'ultima struttura è il Centro "**Leo Cirila**", dislocato nella frazione di Marzana, fuori Verona in un ex presidio ospedaliero, con 83 posti letto per anziani non autosufficienti, e alcuni posti gestiti per conto dell'Azienda ULSS 9, per l'assistenza a persone in stato vegetativo (Nucleo SVP) e pazienti oncologici (Hospice).

L'Istituto gestisce inoltre alcuni servizi esterni: dalla ristorazione per conto del Comune di Verona, con la consegna di circa 400 pasti al giorno, ai servizi domiciliari integrati con l'ULSS (in questo periodo ridotti per mancanza di personale infermieristico).

<https://www.iaaverona.it/>

*Dall'alto in basso:
Centro Servizi Loro.
Centro Servizi Santa Caterina.
Casa Famiglia di via Taormina.
Hospice San Giuseppe.*





Il parco di Villa Monga.

Quali le possibili soluzioni a breve e medio termine?

“Il problema della carenza di personale rende difficile anche la possibilità di pensare a un futuro imminente. Io credo che, nell’immediato, ci voglia innanzitutto una decisione da parte di chi ci governa, a livello regionale e statale, che ci consenta di reperire risorse infermieristiche straniere e di poter formare, anche internamente, gli operatori socio-sanitari, affinché possano essere adibiti a una serie di funzioni, come ad esempio la somministrazione di una terapia o eseguire le medicazioni più semplici...”

Un altro aspetto importante è quello culturale: serve uno sforzo da parte di tutti per cambiare l’approccio nei confronti del mondo delle persone anziane, soprattutto quelle più fragili. Nell’ultimo anno le RSA sono state viste e dipinte solo come luoghi di morte, incapaci di gestire l’emergenza, senza rispetto nei confronti dei parenti lasciati fuori dalle strutture, con gli anziani reclusi. Questo perché si conosce ancora troppo poco della nostra realtà. Per questo servono maggiori sinergie in primis tra gli attori principali del territorio: Azienda Sanitaria, RSA e Comune – e qui a Verona abbiamo già creato un coordinamento di Direttori di tutte le RSA – ma anche con

le scuole medie e superiori, creando degli interventi formativi per spiegare cosa sono e di cosa si occupano le RSA e penetrando in una fetta di popolazione che, fino a quando non ha un’esperienza diretta con l’assistenza agli anziani (magari per un nonno o un genitore) non si rende conto dell’esistenza di questi luoghi. Serve anche un investimento serio nella formazione del personale, cercando di capire anche se le risorse interne abbiano delle skills diverse, per valorizzarle maggiormente, puntando su altre funzioni che non siano strettamente legate all’assistenza primaria. Ultimo punto su cui

bisognerà sicuramente lavorare è, infine, quello strutturale: il Covid ci ha dimostrato che molte strutture non sono più all’altezza, per organizzazione e architettura, per rispondere alle nuove esigenze di un’utenza che è cambiata. Oggi servono residenze molto più versatili e flessibili, in grado di adattarsi velocemente a bisogni differenti – ricoveri lunghi, brevi, di sollievo, di recupero post ospedale, pandemie, demenze... – e la stessa cosa vale anche per il personale che deve essere preparato per avere più funzioni, con un approccio più multitasking. Purtroppo il fatto che nel PNRR sia stato dato maggiore interesse alla domiciliarità, a scapito delle RSA, dà molto da pensare, perché senza risorse economiche si fa fatica anche solo a pensare di poter adeguare le strutture alle nuove necessità. Ma il numero di anziani che nei prossimi anni avranno bisogno di assistenza residenziale è destinato ad aumentare. Il problema, come dicono tutti gli studiosi, sta per esplodere e noi non siamo assolutamente pronti ad affrontarlo per numero di posti letto e risorse. Per questo urge riportare l’attenzione sul concetto di filiera, che offra e garantisca servizi diversi (anche domiciliari) sulla base dei molteplici bisogni che la società di volta in volta si trova a dover gestire”. ■

Soggiorni assistiti per le persone fragili

Borgo Pilotti Beauty Clinic Hotel & Spa mette a disposizione tutti i servizi necessari alle persone che si trovano in precarie condizioni di salute



A Borgo Pilotti Beauty Clinic Hotel & Spa si può usufruire di prestazioni assistenziali, mediche e infermieristiche

Anche gli ospiti delle Rsa possono godere dei numerosi benefici che una vacanza porta con sé. A causa delle loro delicate condizioni di salute in cui si trovano, però, molti anziani faticano a trovare strutture che siano in grado di ospitarli, mettendo a loro disposizione tutti i servizi di cui necessitano.

ATTENZIONI SPECIALI

A Borgo Pilotti Beauty Clinic Hotel & Spa le cure del personale, medico e non, sono vere e proprie coccole: per esempio, specialisti possono elaborare un piano alimentare su misura per gli ospiti. Inoltre, grazie alle nuove tecnologie, da Milano il dottor Corrado Bait (*nella foto*), specialista in Ortopedia e Traumatologia, segue tanti pazienti nella riabilitazione, aiutandoli a recuperare la migliore deambulazione anche a seguito di problemi dovuti a incidenti.



“CURE” ANCHE PER I CAREGIVER

A Penna San Giovanni, in provincia di Macerata, sorge Borgo Pilotti Beauty Clinic Hotel & Spa, che da poco offre anche “soggiorni assistiti” a chi non può concedersi una vacanza in autonomia. Una soluzione ideale per chi è reduce, per esempio, da un recente ricovero in ospedale oppure da una convalescenza e per chi deve **seguire un programma di riabilitazione**.

In questo hotel assistito, infatti, le persone che non hanno ancora recuperato le migliori condizioni di salute possono fermarsi per un soggiorno anche insieme ai propri cari. In tale struttura si può infatti usufruire di prestazioni assistenziali, mediche e infermieristiche, molto preziose per gli ospiti debilitati e fragili. Tante sono anche le attenzioni dedicate ai caregiver, a cui, in un contesto sereno e dotato di ogni comfort, è fornito un sostegno psicologico.

A Borgo Pilotti Beauty Clinic Hotel & Spa sono disponibili anche servizi di **fisioterapia**, estetica, manicure, pedicure e parrucchiere. Nell’hotel viene infine offerto un supporto a chi soffre di varie patologie e, siccome la struttura è immersa in uno splendido contesto naturale, le ricadute sul tono dell’umore sono positive. ■



Intervista a Luigi Pais Dei Mori, consigliere del comitato centrale FNOPI, sulle ragioni e le vie d'uscita alla carenza di infermieri nelle RSA



Valorizzare la figura dell'infermiere per far fronte all'emergenza



Luigi Pais Dei Mori.

S secondo le stime del Centro Studi della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) mancano all'appello 60mila professionisti, per far fronte alle necessità attuali e future della popolazione.

A Luigi Pais Dei Mori abbiamo chiesto quali sono le ragioni del problema, quali strade si possono intraprendere per superarlo e quali sono impegni di FNOPI a riguardo.

«La Federazione ha sempre sostenuto la necessità dell'aumento del numero di infermieri da inserire nel Sistema Sanitario, in coerenza agli studi prospettici più accreditati internazionali», spiega Pais Dei Mori. «I dati sono inequivocabili: l'aumento dell'invecchiamento e delle patologie croniche correlate, ha evidenziato l'estrema necessità di cure adeguate e di

assistenza infermieristica specialistica, soprattutto al di fuori dei setting tipicamente acuti (ospedalieri)».

Sono 450mila i professionisti attualmente iscritti agli albi, un numero che FNOPI considera «assolutamente insufficiente». La carenza globale di almeno 60mila figure si registra in un Sistema Sanitario disomogeneo nell'offerta dei servizi residenziali.

«La Federazione ha avviato una serie di interlocuzioni con vari attori del sistema, pubblici (es. Aziende Sanitarie, Regioni), privati ed anche del mondo sindacale, per definire i punti comuni di criticità del sistema», dice Pais Dei Mori.

Quel che è chiaro è che non si tratta di una difficoltà scaturita dalla pandemia, che ha avuto però il ruolo di acceleratore in un «sistema già in crisi, su diversi fronti, primariamente sulla sostenibilità dello stesso in termini aziendali, ma anche di

welfare. La "migrazione" degli infermieri (ma non solo) da questi setting assistenziali verso l'ospedale pubblico è un fenomeno che esiste da sempre, ma l'aumento repentino dei concorsi pubblici e delle altre forme di collaborazione (si stima l'ingresso nel Sistema Sanitario Nazionale di circa 80.000 professionisti nell'ultimo anno e mezzo), ha velocizzato il fenomeno creando la crisi dell'offerta nell'ambito della residenzialità».

L'aspetto economico, con una maggiore appetibilità dei contratti del servizio pubblico, è di certo la prima leva, ma non l'unica: «siamo convinti che una rilevante motivazione sia insita anche nel difficile sviluppo di carriera professionale, nell'ambito delle RSA. Un infermiere che decide di andare in ospedale sa che avrà più possibilità di approfondire altri aspetti peculiari del proprio esercizio, cosa che, normalmente, le strutture non offrono, se non come aspetti di sviluppo in chiave organizzativa o manageriale», commenta il consigliere FNOPI. «Eppure, gli spunti di sviluppo possono essere molti, a partire dall'assistenza infermieristica geriatrica specialistica, per arrivare all'ambito peculiare della prevenzione e trattamento delle lesioni da compressione, alla gestione degli accessi vascolari complessi, alle cure palliative, alla prevenzione delle cadute e alla gestione del rischio clinico in senso generale». L'attrattività professionale è dunque uno dei primi ambiti in cui agire.

Da non sottovalutare nemmeno la normativa sugli standard del personale, «che assegna alle strutture una dotazione minima assolutamente insufficiente, rispetto ai bisogni delle persone assistite». Anche il concetto di "anziano autosufficiente", che spesso non rispecchia la realtà si traduce in frustrazione e carichi di lavoro ingestibili.

«Dai vari confronti emersi con gli stakeholders del sistema, sono stati elaborati una serie di punti strategici, che riteniamo sostenibili ed attuabili, nel breve, medio e lungo termine», illustra Pais Dei Mori.

«Nel breve termine, il superamento del vincolo di esclusività e l'esercizio libero professionale a supporto delle strutture socio-sanitarie territoriali. Gli infermieri iscritti alla cassa dell'Ente di previdenza infermieristica (ENPAPI) sfiorano gli 80.000. Di questi in esercizio libero professionale puro, che potrebbero quindi garantire un adeguato supporto, almeno 30.000. Ancora, progetti finalizzati a garantire il supporto in termini di prestazioni di assisten-

za infermieristica da parte delle Aziende Sanitarie alle strutture residenziali territoriali, con attività da svolgere fuori dell'orario di servizio e remunerata con l'istituto delle prestazioni aggiuntive. Percorsi di incentivazione per "distacchi" o "comandi" (come previsto dall'attuale assetto contrattuale del CCNL) dall'azienda sanitaria ospedaliera verso le strutture socio-sanitarie territoriali, favorendo magari anche il riavvicinamento alla residenza; l'accreditamento delle strutture socio sanitarie come sedi di tirocinio dei corsi di laurea in infermieristica, potenziando tirocini curriculari per gli studenti del triennio e come strumento per lo sviluppo culturale in tale setting».

Tra gli obiettivi a medio termine, la revisione delle regole di accreditamento delle strutture, promuovendo l'evoluzione delle varie figure professionali e un chiaro e competente coordinamento della pianificazione e dell'intervento assistenziale. Fondamentale per FNOPI anche la valorizzazione della



professione infermieristica nelle RSA, investendo in formazione e aggiornamento e prevedendo uno sviluppo in chiave clinica per attualizzare la necessaria maggiore pertinenza alla complessità e tipologia assistenziale di carriera e sotto il profilo gestionale. Infine, da ripensare è anche la valorizzazione economica delle competenze, responsabilità e autonomia della professione. Tra gli impegni a lungo termine va invece considerata l'opportunità di far rientrare in Italia infermieri emigrati all'esterno, con incentivi contrattuali ed economici (si stima siano circa 20mila). ■

Quali incentivi per il personale sanitario



Preoccupa l'esodo di infermieri e operatori socio-sanitari dalle Rsa e case di riposo private verso il comparto sanitario pubblico. Un problema che ha radici profonde, ma che si è acuito con l'emergenza sanitaria dovuta al Covid-19 e che ora sta mettendo in crisi il sistema dell'assistenza agli anziani in molte regioni italiane, compresa l'Emilia-Romagna. Solo nel capoluogo emiliano, da marzo 2020, sono centinaia gli infermieri che hanno lasciato il posto di lavoro nella Rsa in cui lavoravano in favore di un impiego nel pubblico, con il rischio in alcuni casi di non riuscire più a garantire servizi di assistenza adeguati alle persone più fragili.

«La causa scatenante di questa carenza

è dovuta alla richiesta massiccia di professionisti da parte del Sistema Sanitario Pubblico per fare fronte alla pandemia Covid, ci sono state svariate centinaia di figure richieste dalle diverse Aziende Sanitarie – spiega il **presidente AIOP Emilia-Romagna Luciano Natali** –. Il problema è emerso inizialmente in Romagna, ma ora si è diffuso su tutto il territorio regionale. La situazione in tutte le strutture rimane grave e pesante».

L'emergenza non riguarda solo le realtà che danno assistenza agli anziani, ma tutte le strutture sanitarie del privato accreditato che deve fare i conti anche con la difficoltà nel trovare medici per le guardie mediche. I relativi bandi e concorsi delle Ausl per reperire personale e



far fronte all'emergenza sanitaria sono solo una delle cause di un problema che ha radici più profonde: «È evidente che esistono errori di programmazione nel passato nei piani di formazione delle figure sanitarie – aggiunge Natali di AIOP –. Per questo la nostra associazione ha avviato un rapporto molto stretto con la Regione per trovare soluzioni al problema. In particolare è stato richiesto un impegno a sottoscrivere un accordo con le Università della Regione affinché si consenta l'utilizzo degli specializzandi del terzo e quarto anno con contratti a tempo determinato, per l'espletamento di vari servizi abbinabili all'attività formativa all'interno delle nostre strutture».

Del resto la Regione con una delle università più antiche al mondo non può perdere l'opportunità di far fronte ad un problema diffuso, dando l'occasione ai propri studenti di fare esperienza sul campo, specie se in parte è stato il sistema formativo stesso in passato ad introdurre il numero chiuso e a ridurre l'accesso alle facoltà in ambito sanitario. Ma questa opzione da sola non basta a scongiurare la chiusura di reparti e strutture di assistenza con gravi carenze di personale.

L'allarme era stato lanciato già a luglio con l'obiettivo di garantire i servizi anche nei mesi estivi e con la speranza che la situazione potesse migliorare in vista dei mesi invernali. Ma a settembre la si-

tuazione si è ulteriormente aggravata e ora un intervento da parte del Governo e della Regione è più che mai urgente: «Le possibili soluzioni a breve vanno cercate nel dare la possibilità agli operatori sanitari pubblici di potere svolgere attività di appoggio nelle strutture private accreditate, è comunque evidente che ciò non può che essere un parzialissimo contributo emergenziale – sottolinea Natali-. Si stanno cercando delle alternative più strutturali per far arrivare medici e soprattutto infermieri dall'estero, ad esempio si sta lavorando con grande impegno con il Governo Cubano. Non sappiamo cosa accadrà in inverno, ma se si dovessero presentare le stesse difficoltà dell'anno scorso e se

L'emergenza non riguarda solo le realtà che danno assistenza agli anziani, ma tutte le strutture sanitarie del privato accreditato che deve fare i conti anche con la difficoltà nel trovare medici per le guardie mediche...



dovesse esserci un aumento dei contagi, ci sarebbe un'ulteriore difficoltà nella gestione che andrebbe a gravare la condizione dell'intero servizio sanitario».

Nella fase più acuta dell'emergenza del resto, pubblico e privato hanno già dimostrato grande capacità di collaborazione e integrazione: una sinergia che potrebbe ancora una volta portare alla risoluzione di un problema diffuso su tutto il territorio che non si esaurirà di certo in pochi mesi. ■



FONDAZIONE ELISABETTA GERMANI ALL'AVANGUARDIA NEL FAR PROPRIE LE NUOVE METODOLOGIE E TECNOLOGIE

Dal «Primary Nursing» all'armadio elettronico all'intelligenza artificiale: rivoluzione nelle Rsa

Siamo ad un punto di svolta, i cambiamenti sono epocali, per cui richiedono assolutamente personale all'altezza, quindi adeguatamente formato secondo le nuove aspettative, per capire come si reinterpretano i ruoli e le funzioni di infermiere, dell'OSS e delle altre figure professionali coinvolte



L'ingresso della Fondazione Elisabetta Germani di Cingia de' Botti, in provincia di Cremona e, sotto, il direttore generale, dott. Ivan Scaratti.



Si chiama «**Primary Nursing**» ed è un modello organizzativo assolutamente innovativo basato sulla responsabilità e sulla comunicazione, in grado di assicurare all'ospite della Residenza Sanitaria Assistenziale un trattamento aderente alle reali necessità. In pratica, consiste nel riconoscere all'infermiere

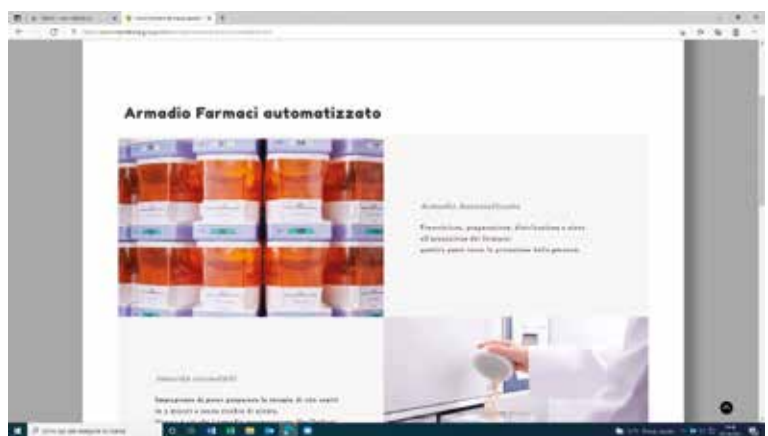
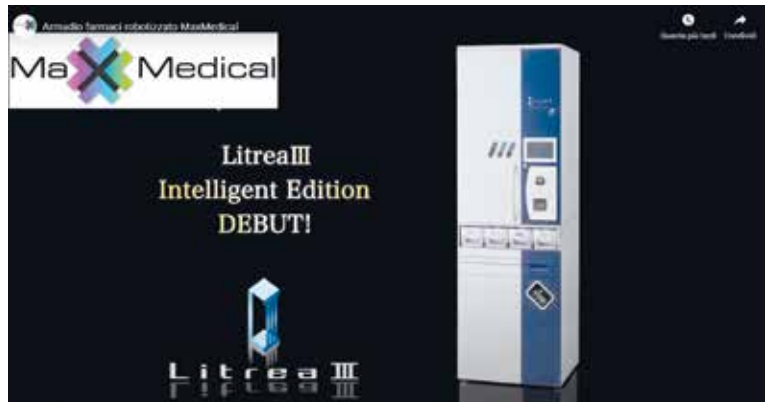
il ruolo di responsabile del progetto assistenziale infermieristico relativo al paziente sin dalla sua ammissione.

La **Fondazione Elisabetta Germani** di Cingia de' Botti (Cr) sarà la prima Rsa ad adottarlo. Ci si attendono ottimi risultati. Uno stimolo forte al cambiamento viene dalla crisi di risorse, Infermieri in particolare, che hanno aderito alla riapertura dei concorsi nel pubblico, specie negli ospedali, ed alla difficoltà nel compiere nuovi reclutamenti; dal tra parte, però, la Direzione ha voluto accogliere positivamente un'opportunità, che consiste nel passaggio da un'attività infermieristica per compiti – strutturata su di una responsabilità piuttosto rarefatta e acritica – ad un'attività professionale legata

a processi dove il decisore si assume la responsabilità delle proprie scelte e le condivide con un rapporto diretto con l'assistito e la sua famiglia. Il modello è stato messo a punto negli Stati Uniti una quarantina d'anni fa: molti studi, condotti oltreoceano, hanno già dimostrato la sua efficacia in termini di soddisfazione da parte tanto del paziente quanto dello staff assistenziale; in Italia è adottato principalmente nel settore ospedaliero, ma oggi rappresenta ormai una realtà ed un traguardo acquisiti anche nelle RSA. Questa, però, non è l'unica innovazione in un sistema ed in professioni, che stanno rapidamente cambiando. Anche a livello tecnologico. Ad esempio, con l'«**armadio farmaceutico elettronico**», anch'esso attivato presso la struttura di Cingia de' Botti: si tratta di una macchina, in grado di "parlare" col fascicolo sanitario informatizzato del paziente e di ridurre percentualmente in modo significativo la tempistica di preparazione e somministrazione delle terapie orali. Oppure, un'altra novità è data dal ricorso all'intelligenza artificiale con una piattaforma, pure attivata presso il Nucleo Alzheimer di Fondazione «*Germani*», autentica eccellenza e punto di riferimento nel settore. Tale piattaforma è collegata

a sensori posizionati all'interno delle camere di degenza, per monitorare le attività del residente nell'arco delle ventiquattr'ore, soprattutto in funzione di un'effettiva riduzione del rischio clinico. Ciò, naturalmente, nel pieno rispetto della *privacy* di tutti: non ci sono infatti telecamere, il paziente non viene visto, vengono piuttosto registrati, ad esempio, i suoi tempi di permanenza in bagno oppure nel letto, allertando gli operatori qualora dovessero risultare difforni rispetto alle attese; oppure vengono monitorati i tempi complessivi di assistenza, la frequenza dei cambi di biancheria utile a fare previsione di costi e via elencando. «A fronte di tutto questo è necessaria una formazione adeguata per sostenere il cambiamento – osserva Mario Antonio Cucumo, coordinatore dell'area socio-assistenziale presso Fondazione «Germani» – All'interno di una ristrutturazione complessiva dell'organico, abbiamo inserito altre figure professionali, come OSS, terapisti occupazionali ed educatori, assicurando loro il necessario aggiornamento, affinché potessero essere di supporto agli infermieri, lasciando tempo e modi per occuparsi di quanto di loro stretta competenza».

Anche da questo si capisce come il ruolo dell'infermiere non sia assolutamente più quello di un tempo, si tratta di una figura professionale significativamente evolutasi, specie nell'ultimo periodo, come spiega Maria Grazia Bensi, consulente Arbra per la formazione, dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche: «L'infermiere ha oggi una sua specificità, ha in carico la responsabilità di valutare il bisogno sanitario dell'ospite e di predisporre le pianificazioni assistenziali necessarie, distinguendole o integrandole ai bisogni di accudimento, che possono essere attribuiti a figure di supporto. Deve quindi essere assolutamente padrone della capacità di pianificazione e di progettazione dell'assistenza infermieristica. L'infermiere che fa tutto dappertutto non



esiste più, perché la medicina è talmente complessa da non renderlo più nemmeno plausibile. Ma anche i collaboratori, gli OSS, devono essere assolutamente affidabili, capaci, e predisposti ad acquisire competenze. Per questo serve formazione».

Il gioco vale la candela, quando in gioco c'è la qualità di un'assistenza personalizzata sul singolo paziente, proposta in modo continuativo con competenza e capacità empatica da parte degli operatori. Per questo è necessaria, è evidente, una specifica formazione, come quella già varata presso Fondazione «Germani» grazie ad appositi corsi da Arbra Formazione. Si tratta di un grosso passo avanti, anzi di un'autentica rivoluzione, tutta a beneficio dell'ospite e dei suoi familiari. ■

L'armadio farmaceutico elettronico.

Il dott. Mario Cucumo.



50 CANDIDATI DISOCCUPATI AI CORSI FINANZIATI DA ADECCO TRAMITE FORMATEMP

Con l'«Academy del sociosanitario» OSS e ASA al passo con le nuove frontiere della Sanità

Coinvolte nell'iniziativa Fondazione «Germani» di Cingia de' Botti e l'Istituto Ospedaliero di Sospiro. Il modello, cui vengono formati i futuri OSS e ASA, tiene conto dei nuovi ruoli e delle nuove funzioni del personale, nonché delle pianificazioni assistenziali necessarie per farsi carico in modo efficace del bisogno sanitario dell'ospite e delle sue esigenze di accudimento



Si chiama «Academy del sociosanitario» ed è un'iniziativa finalizzata a formare personale specializzato nel sistema assistenziale della provincia di Cremona. Il progetto, promosso da **Arbra Formazione** e subito fatto proprio dalla **Fondazione «Elisabetta Germani»** di Cingia de' Botti e dall'Istituto Ospedaliero di Sospiro, è stato pensato per costituire una classe di OSS-Operatori Socio-Sanitari ed una classe di ASA-Ausiliari Socio-Assistenziali.

In tutto sono 50 i candidati, 25 per classe: si tratta di disoccupati, privi delle risorse necessarie per pagarsi un percorso di studi oneroso oppure di stranieri disposti ad integrarsi. Con la prospettiva, per loro, di un'assunzione diretta nei due enti. Ma la proposta viene estesa anche alle strutture analoghe dell'intero territorio.

L'«Academy» è stata finanziata dall'agenzia per il lavoro **Adecco** tramite il fondo «FormaTemp»: tale fondo rappresenta uno strumento per la gestione bilaterale della formazione e del sostegno al reddito; rende disponibili le risorse necessarie per qualificare o riqualificare il lavoro, in termini di conoscenze, di competenze e

di aggiornamento, in somministrazione nelle politiche attive del lavoro.

Il finanziamento complessivo è importante, confermando così come le Rsa-Residenze Sanitarie Assistenziali, rappresentino per il territorio un'autentica risorsa in termini sì di assistenza alla popolazione con fragilità, ma anche di sostegno all'economia locale. Il corso per OSS ha la durata di 1.000 ore, quello per ASA di 800: entrambi, con i tirocini, si svolgono direttamente presso le due Fondazioni interessate. Le strutture territoriali sono impegnate nel contrastare le crescenti «difficoltà di reclutamento di medici e infermieri, aggravate dalla riapertura dei concorsi nel pubblico, specialmente negli ospedali», come spiega il dott. **Ivan Scaratti**, direttore della Fondazione «Elisabetta Germani» di Cingia de' Botti. La complessità sanitaria crescente degli ospiti richiede di potenziare i servizi in loco e di garantire una formazione attenta al modello organizzativo obsoleto creando anche un clima più gratificante per gli operatori: «Per noi è importante offrire dei corsi gratuiti di formazione alla gente del territorio ed, al contempo, calare i corsi, quanto a contenuti, nelle nostra realtà con le loro esigenze», afferma il dott. Scaratti.

Del resto, anche **Maria Grazia Ben-**



La dott.ssa
Maria Grazia Bensi.



La dott.ssa Germana Scaglioni, premiata da Regione Lombardia e Il Sole 24 Ore.

si, consulente Arbra per la formazione, nonché dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, evidenzia l'importanza di una preparazione attenta alle novità del settore, novità non da poco: «L'infermiere ha oggi una sua specificità – afferma – ha in carico la responsabilità di valutare il bisogno sanitario dell'ospite e di predisporre le pianificazioni assistenziali necessarie, distinguendole o integrandole ai bisogni di accudimento. Ma anche i suoi collaboratori, gli OSS in primis, devono essere assolutamente affidabili, capaci ed in grado di acquisire competenze. Per questo serve formazione di qualità».

Occorre dunque un progetto ben articolato, strutturato con l'elaborazione di percorsi coerenti ed organici: esattamente ciò di cui avevano bisogno Fondazione «Germani», che a breve aprirà anche un Centro Diurno, l'Istituto Ospedaliero di Sospiro, ma, prima o poi, anche tutte le altre realtà sanitarie. Per questo è stato messo a punto l'ambizioso progetto «Academy del sociosanitario», in grado di porre gli operatori nelle condizioni di tener conto di tutti i fattori in gioco: «Del resto – spiega la dottoressa Bensi – per poter dare un servizio sanitario, dietro al ragionamento economico dev'esserci necessariamente l'etica. Perché l'economia, se non è etica, non è di servizio. Detto questo dobbiamo lavorare sulla qualità e in questo campo la qualità è determinata dai professionisti più ancora che dagli

strumenti. Per migliorare gli operatori bisogna partire dall'applicare una metodologia didattica adeguata, predisponendo gli operatori ad essere inseriti in un sistema non per compiti, ma per responsabilità: un clima più armonico farà stare meglio gli stessi professionisti». Oltre agli ospiti.

I percorsi professionalizzanti sono stati organizzati dall'agenzia Arbra Formazione di Cremona, ente accreditato per la formazione presso la Regione ed operante sul territorio da oltre dieci anni: «È un incarico molto importante – afferma la direttrice di Arbra, la **dottoressa Germana Scaglioni** – segno del riconoscimento della nostra professionalità e conoscenza del delicato settore del sociosanitario. La creazione di un'Academy infatti presuppone competenze specifiche del mondo delle Agenzie per il Lavoro, delle Politiche Attive e delle Rsa. È anche per questo format innovativo che Arbra Formazione ha ricevuto nel giugno scorso un importante riconoscimento, conferito da Il Sole-24Ore e Regione Lombardia, che hanno premiato le venti top aziende lombarde, dimostrate capaci di creare opportunità per il territorio durante la pandemia. I nostri uffici, affiancati a quelli delle Rsa, sono disponibili ora ad accogliere le candidature di tutti coloro che, con uno status di disoccupazione, saranno interessati a partecipare ai corsi, corsi che, strutturati in modo innovativo, alterneranno lezioni in aule e tirocinio». Per poter guardare al futuro, finalmente, con ottimismo. ■

La creazione di un'Academy infatti presuppone competenze specifiche del mondo delle Agenzie per il Lavoro, delle Politiche Attive e delle Rsa. È anche per questo format innovativo che Arbra Formazione ha ricevuto nel giugno scorso un importante riconoscimento, conferito da Il Sole-24Ore e Regione Lombardia, che hanno premiato le venti top aziende lombarde...

Glaucoma: si cura con la chirurgia mininvasiva

È possibile ridurre la pressione oculare impiantando un piccolissimo dispositivo, che fa defluire meglio l'umor acqueo



Il dottor Luca Cesari.

Malattia oculare contraddistinta dall'aumento della pressione all'interno dell'occhio, il glaucoma rappresenta la seconda causa di cecità al mondo (la prima è la cataratta). Secondo le stime più aggiornate, nel nostro Paese ne sono affette circa 550mila persone. Presentato di recente in Italia e grande un terzo di millimetro, iStent inject® W di Glaukos è un dispositivo impiantabile che si candida a rivoluzionare la terapia di questa patologia. Con un profilo di sicurezza analogo alla chirurgia della cataratta, è infatti in grado di abbassare la pressione oculare, ripristinando un equilibrato deflusso dell'umor acqueo.

UN PROBLEMA, QUATTRO SOLUZIONI

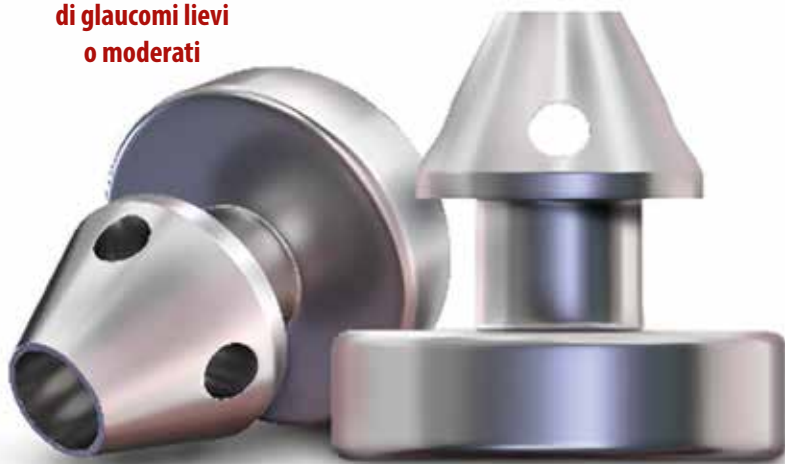
Le cure a disposizione per il glaucoma sono quattro: la **terapia farmacologica**, la chirurgia incisionale (trabeculectomia), i trattamenti laser e la chirurgia di micro-derivazione trabecolare. Il trattamento più usato per il glaucoma sono i colliri che abbassano la pressione ocula-

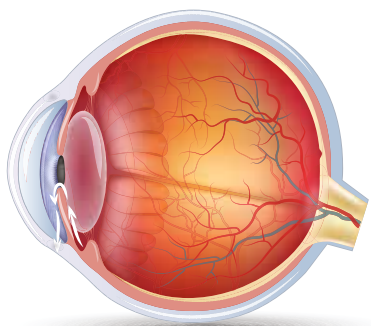
re. In molti pazienti, però, tale terapia è efficace soltanto a elevati dosaggi o se associata ad altri farmaci. Inoltre, **può provocare danni alla congiuntiva e alla cornea**. "La somministrazione di gocce oculari non è semplice né per il paziente, né per chi se ne prende cura", sottolinea il dottor Luca Cesari, direttore dell'Unità di Oculistica dell'Ospedale Civile di San Benedetto del Tronto (Ap) e di Ascoli Piceno. Anche per questo motivo, tra il 30% e il 70% dei pazienti con glaucoma non è aderente alla terapia, che viene abbandonata entro sei mesi nella metà dei casi.

Spesso usata nel glaucoma cronico e con una solida evidenza clinica, la trabeculectomia riduce la pressione oculare senza la necessità di farmaci. Come tutti gli approcci chirurgici tradizionali comporta rischi di emorragia, endoftalmite, infezioni oculari, ipotonia, perdita di acuità visiva e sviluppo di cataratta. Tra i trattamenti laser, è la **trabeculoplastica laser selettiva** quello più avanzato. È ben tollerata e ripetibile, però **i suoi benefici possono rivelarsi temporanei, tanto che spesso i pazienti devono continuare la cura farmacologica anche dopo l'intervento**. Infine, la chirurgia di micro-derivazione trabecolare prevede la creazione di due bypass nella parte anteriore dell'occhio e nella via di drenaggio naturale per aumentare il deflusso dell'umor acqueo, riducendo così la pressione oculare.

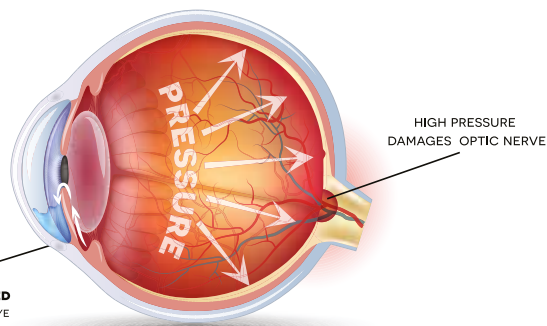
Un'analisi del 2017 ha confrontato la trabeculoplastica laser selettiva e i dispositivi per la chirurgia mininvasiva del glaucoma, arrivando alla conclusione che le

L'impianto di iStent inject® W è indicato per il trattamento di glaucomi lievi o moderati





NORMAL EYE



GLAUCOMA

due opzioni garantiscono lo stesso livello di abbassamento di pressione oculare, ma che la seconda riduce considerevolmente l'uso concomitante di farmaci. Indagini più recenti hanno confermato l'efficacia di dispositivi di seconda generazione per la **chirurgia mininvasiva del glaucoma** come iStent inject® W sia nel breve sia nel lungo periodo. Infatti, i controlli a 4 e a 5 anni dall'impianto non rilevano alcun evento avverso in fase operatoria o risposta infiammatoria post operatoria e **mostrano una riduzione stabile della pressione oculare**, in più del 90% dei casi senza alcuna terapia e nessuna necessità di re-intervento. Inoltre, acuità visiva e campo visivo si mostrano altrettanto stabili, evidenziando un eccellente profilo rischi/benefici.

DA SOLO O IN COPPIA

Indicato per il trattamento di glaucomi lievi o moderati, l'impianto di iStent inject® W può dunque consentire la riduzione o l'interruzione definitiva delle terapie farmacologiche in gocce. "L'intervento può essere effettuato anche contestualmente a quello per la cataratta. In questo caso, sono necessari solamente cinque minuti in più per posizionare il device; altrimenti, al chirurgo sono necessari dieci minuti per l'inserimento del dispositivo. Per l'operazione, che si esegue in anestesia topica, **non bisogna sospendere l'eventuale terapia anti-coagulante seguita**, perché i sanguinamenti sono minimi, se non addirittura inesistenti. Se l'intervento è abbinato a quello per la cataratta, viene praticato un taglio di poco superiore ai 2 millimetri, mentre se si opera solo per il glaucoma le dimensioni dell'incisione sono di soli 1,5-1,8 millimetri", spiega il dottor Cesari.

CRONICO E ACUTO

Vi sono due tipi di glaucoma: ad angolo aperto (cronico) e ad angolo chiuso (acuto). Il primo rappresenta tra il 70% e il 90% dei casi totali e, siccome è asintomatico, spesso non è diagnosticato e continua a peggiorare. I primi sintomi si manifestano solo quando il nervo ottico è danneggiato e la visione periferica compromessa. Se trascurata, la malattia può pregiudicare anche la visione centrale, portando fino alla cecità. Meno comune, il glaucoma acuto è da subito sintomatico, causando dolore agli occhi e compromettendo seriamente la vista.

Come dopo ogni intervento chirurgico, al termine dell'impianto di iStent inject® W va seguita una terapia antibiotica e va preso un blando antinfiammatorio per sette o dieci giorni; entrambi i farmaci sono da assumere sotto forma di collirio. Se si opera soltanto per trattare il glaucoma **non è necessario** nemmeno **portare una benda sull'occhio**, ma è sufficiente una coppetta protettiva. ■

"La somministrazione di gocce oculari non è semplice né per il paziente, né per chi se ne prende cura"

NON È SEMPRE INDICATO

Non si può ricorrere alla chirurgia mininvasiva con iStent inject® W per qualsiasi glaucoma. Questa tecnica non è infatti indicata né quando la malattia è in fase avanzata né nei casi in cui le strutture angolari dell'occhio, dove andrebbe posizionato il dispositivo, non sono in buone condizioni. Tale intervento è a carico del Servizio Sanitario Nazionale e riduce l'impatto economico della patologia, poiché consente di eliminare (o quantomeno ridurre) le spese per la terapia farmacologica, che altrimenti andrebbe portata avanti tutta la vita.

I NUMERI

2,5% la prevalenza del glaucoma fra gli over 40
circa 8% la prevalenza del glaucoma fra gli over 65

Fonte: Sigla (Società Italiana Glaucoma)

Scompenso cardiaco: c'è una cura innovativa

Quando i farmaci non sono efficaci, l'impianto di un nuovo device, adatto anche a chi è in là con gli anni, migliora la qualità della vita



Il dottor Maurizio Tespili.

Stato clinico in cui vi è la compromissione della funzione contrattile del cuore, lo scompenso cardiaco può essere la conseguenza di diversi problemi, che sono alla base di un deficit di forza a carico di tale organo e che, di conseguenza, determinano un insufficiente apporto di sangue all'intero organismo. Per porre rimedio allo scompenso cardiaco è da poco a disposizione una tecnica all'avanguardia, che garantisce a chi ne soffre un'aspettativa e una qualità di vita migliori.

HA DIVERSE ORIGINI

Lo scompenso cardiaco si manifesta con **stanchezza, affanno, accelerazione del battito cardiaco e gonfiore alle gambe oppure all'addome**. A determinarne la comparsa possono essere varie cause. Le più comuni sono le malattie a carico delle coronarie, che possono provocare ischemie al tessuto cardiaco. Altre possibili cause sono patologie che colpiscono la valvola aortica o la valvola mitralica, il cui effetto è l'aumento del volume del cuore, e le miocarditi, alla base di un deficit acuto del tessuto di questo muscolo. Lo scompenso cardiaco può essere più o meno grave: a volte rende difficoltoso



L'Atrial Flow Regulator.

camminare, ma nei casi più seri causa difficoltà respiratorie anche quando si sta fermi.

In caso di scompenso cardiaco, **il primo trattamento somministrato è quello farmacologico** (vedi box "Prima i farmaci"). Qualora le cure non dessero i risultati sperati, si può ricorrere o al trapianto di cuore, che però non è indicato agli anziani, o a interventi che mirano a ripristinarne la migliore funzionalità possibile. Proprio in quest'ultima categoria rientra l'impianto dell'innovativo device Atrial Flow Regulator.

DA SINISTRA A DESTRA

A eseguire di recente questo intervento, **primo in Lombardia e secondo in Italia**, è stato il dottor Maurizio Tespili, responsabile dell'Unità Operativa di Car-

PRIMA I FARMACI

Una volta che viene diagnosticato lo scompenso cardiaco, per migliorare la funzionalità del cuore si ricorre innanzitutto ai farmaci. "Sono tre le categorie utilizzate nei pazienti con questo problema: i diuretici, i betabloccanti e gli inibitori del sistema renina-angiotensina. Sono tutti piuttosto efficaci, aumentando soprattutto la qualità della vita", afferma il dottor Tespili.

diologia dell'Istituto Clinico Sant'Ambrogio di Milano e coordinatore dell'area cardiologica degli Istituti Ospedalieri Bergamaschi, insieme alla sua équipe, composta da Alfonso Ielasi, Massimo Medda, Francesco Casilli, Marta Bande e Mariano Pellicano.

“Questa procedura di settostomia interatriale percutanea con Atrial Flow Regulator rappresenta, a tutti gli effetti, un modo del tutto nuovo per trattare l'insufficienza cardiaca: un concetto rivoluzionario di operazione che, diversamente dalle tecniche tradizionali, va a intervenire sul cuore grazie a un piccolo foro (di circa 8-10 mm), in cui viene inserito il device e che permette di 'alleggerire' le pressioni di riempimento del ventricolo sinistro attraverso la **creazione di una connessione tra l'atrio sinistro e quello destro**, migliorando così in modo evidente i sintomi legati alla scompenso”, sottolinea il dottor Tespili. Grazie a questa tecnica, quindi, si riduce la pressione nell'atrio sinistro del cuore, caricandola sulla parte destra, creando un passaggio per far defluire il sangue. Così, il paziente respira meglio fin da subito e non ha più l'affanno. La procedura, che si esegue per via trans venosa femorale, si svolge in anestesia locale e dura circa quaranta minuti. L'operazione prevede due giorni di ricovero.

Ci si può tranquillamente sottoporre all'impianto di Atrial Flow Regulator anche in età avanzata e pure se si assumono farmaci per tenere sotto controllo malattie croniche. “Questo intervento **non è indicato** soltanto **se si ha la pressione polmonare alta** oppure se si ha lo scompenso cardiaco a destra: infatti, aumentando la pressione nell'atrio destro, si peggiorerebbe la situazione”, conclude il dottor Tespili. ■

Al chirurgo per impiantare Atrial Flow Regulator sono necessari circa quaranta minuti

GLI ALTRI INTERVENTI

Oltre che l'impianto di Atrial Flow Regulator, quando lo scompenso cardiaco non risponde bene alle cure farmacologiche si possono eseguire altri tre interventi. Il primo consiste nell'impianto di un defibrillatore oppure di un pacemaker, sistemi elettrici che fanno funzionare meglio il cuore. Il secondo prevede invece la riparazione delle valvole cardiache attraverso l'impianto di piccole clip. Infine, si può procedere all'impianto del Vad, che consiste nell'inserimento di uno strumento a batterie nella cassa toracica che migliora l'attività del cuore. “Quest'ultimo intervento è però poco praticato in Italia, perché di grande complessità chirurgica e perché ha costi elevatissimi”, spiega il dottor Tespili.



“La procedura di settostomia interatriale percutanea con Atrial Flow Regulator rappresenta un modo del tutto nuovo per trattare l'insufficienza cardiaca”

I NUMERI

1.200.000 circa

le persone che soffrono di scompenso cardiaco in Italia

60% circa

la percentuale delle persone con scompenso cardiaco con più di 70 anni rispetto al totale dei pazienti con tale problema

La crioablazione è ancor più sicura

Grazie all'introduzione di un nuovo sistema, questa tecnica non solo espone a meno rischi che in passato, ma è anche più efficace



Il dottor Cesare Storti.



Grazie al sistema POLARx si ha modo di prevenire possibili complicanze della crioablazione, quali lesioni da congelamento all'esofago e la paralisi del nervo frenico

Tra i disturbi più comuni del ritmo cardiaco, la fibrillazione atriale è una condizione che interessa soprattutto gli anziani. Consiste in un'attività elettrica caotica delle camere superiori del cuore (gli atri), che causa una perdita delle contrazioni atriali e che favorisce la formazione di coaguli di sangue. Ciò comporta un elevato ri-

schio di un problema serio quale l'ictus. Per migliorare il ritmo cardiaco si può far ricorso a farmaci, ma anche a interventi chirurgici, tra cui la crioablazione. L'utilizzo del nuovo sistema POLARx (Boston Scientific) rende questa tecnica ancora più sicura ed efficace.

NON SOLO DOPO I FARMACI

Le ablazioni, compresa la crioablazione, sono interventi a cui si ricorre non soltanto quando i farmaci non danno i risultati sperati. "Infatti in molti casi, **se la patologia è nella sua fase iniziale e ancora non si è cronicizzata** (fibrillazione atriale parossistica, ndr), **si è mostrata maggiormente efficace l'ablazione cardiaca**, finalizzata a cicatrizzare e distruggere il tessuto che causa il battito anomalo o lo diffonde, alimentando così una aritmia che, se non interrotta, rischierebbe di diventare permanente compromettendo,

PIÙ PERICOLOSA SE ASINTOMATICA

A volte è provocata da malattie concomitanti a carico del cuore, ma in tre o quattro casi ogni dieci la fibrillazione atriale è l'unica patologia cardiaca. Il battito irregolare che la contraddistingue può essere all'origine di cardiopalmo, palpitazioni, dispnea, astenia e ridotta tolleranza agli sforzi. Tale malattia, però, non sempre è sintomatica. "Se asintomatica rappresenta un 'nemico' subdolo, perché chi ne soffre corre un rischio di ictus superiore alla norma, ma senza saperlo", commenta il dottor Storti.

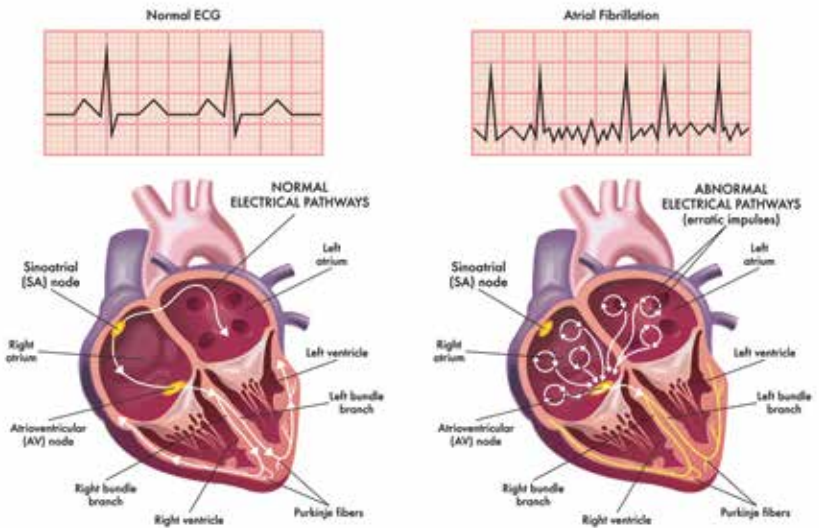
irreversibilmente, una buona quota di funzionalità cardiaca”, spiega il dottor Cesare Storti, responsabile dell’Unità Operativa di Cardiologia e del Servizio di Elettrofisiologia e Cardioritmo Aritmologica dell’Istituto di Cura Città di Pavia.

In particolare, si tende a ricorrere alla crioablazione in pazienti con meno di 75 anni. Se però il soggetto ha una fibrillazione atriale parossistica, non soffre di cardiopatie serie e ha l’atrio sinistro non molto dilatato, tale tecnica può essere usata anche oltre questa età. **L’alternativa alla crioablazione è rappresentata dall’impianto di un pacemaker**, strumento che regolarizza il battito del cuore.

SEMPRE SOTTO CONTROLLO

La crioablazione consiste nell’inserimento, dalla vena femorale (tramite una semplice puntura), di un “palloncino” sgonfio, che è fatto risalire fino all’atrio sinistro. In questa sede, il palloncino viene gonfiato, in modo da farlo aderire alle zone del cuore aritmogene, che sono trattate con il freddo. **Il tessuto è portato a -50 gradi e viene congelato in maniera uniforme**, regolarizzando così il battito cardiaco. L’intervento, che si esegue in anestesia locale e che prevede una leggera sedazione, dura non più di un’ora e mezza.

L’utilizzo del nuovo sistema POLARx per la crioablazione permette di **osservare in tempo reale importanti parametri, come la temperatura esofagea e il funzionamento del nervo frenico**. “Così, si ha modo di prevenire possibili complicanze di questo intervento, quali lesioni da congelamento all’esofago e la paralisi del nervo frenico, che è coinvolto nella respirazione. Prima dell’introduzione del sistema POLARx, la complicanza più frequente della crioablazione era proprio la paralisi del nervo frenico, che comunque nella stragrande maggioranza dei casi era transitoria. Inoltre, il ‘palloncino’ del



DIVERSE TERAPIE

In caso di fibrillazione atriale, la terapia principale consiste nella somministrazione di anticoagulanti per via orale, in modo da ridurre il rischio di embolia. Per tenere sotto controllo il ritmo cardiaco si possono invece seguire due strade. “Se non si ritiene che il paziente abbia molte possibilità di recuperare il ritmo giusto, in genere si opta per betabloccanti, calcioantagonisti o digitali, altrimenti di solito si prescrivono degli antiaritmici”, afferma il dottor Storti.

nuovo sistema è realizzato in un materiale che lo fa aderire meglio alle strutture cardiache”, sottolinea il dottor Storti. Una volta terminata l’operazione, il paziente deve rimanere a letto per circa dodici ore. Di solito, si viene dimessi dall’ospedale due giorni e mezzo dopo la crioablazione. Dopo l’intervento, per qualche giorno bisogna evitare di fare sforzi e di rimanere a lungo in piedi, riposandosi. ■

Se il soggetto ha una fibrillazione atriale parossistica, non soffre di cardiopatie serie e ha l’atrio sinistro non molto dilatato, la crioablazione può essere usata anche oltre i 75 anni

I NUMERI

- Circa il 10%** l’incidenza della fibrillazione atriale nelle persone con più di 75 anni
- 20%** la percentuale in cui a provocare un ictus ischemico è la fibrillazione atriale
- Da 3 a 5 volte** l’aumento del rischio di ictus nelle persone con fibrillazione atriale rispetto alla media
- 200mila** gli italiani colpiti da ictus ogni anno

Pressione alta? Non si può rinunciare ai farmaci

Negli anziani, non basta il cambiamento degli stili di vita per tenere la situazione sotto controllo. Al tempo stesso, però, serve cautela nei dosaggi



Il dottor Giorgio Serino.



“Soprattutto negli anziani fragili, la pressione bassa può causare vari problemi, tra cui stanchezza, astenia e rallentamento psicomotorio”

Periodicamente la comunità scientifica effettua una revisione dei valori, superati i quali, va diagnosticata l'ipertensione arteriosa. Senza considerare che i vari medici che hanno a che fare con pazienti con questo problema affrontano la questione da prospettive diverse. In ogni caso, si può

affermare che un anziano soffre di ipertensione arteriosa quando ha la massima superiore a 150 mm/Hg e la minima oltre i 90 mm/Hg.

ANCHE SE È BASSA CAUSA PROBLEMI

“Fino a qualche tempo fa, per diagnosticare ipertensione arteriosa a un over 65 le soglie della massima e della minima erano più basse. Tali soglie sono poi state alzate perché la pressione bassa può causare, soprattutto agli anziani fragili, vari problemi, tra cui stanchezza, astenia e rallentamento psicomotorio”, spiega il dottor Giorgio Serino, responsabile dell'Ambulatorio di Medicina Interna e l'ipertensione Polmonare dell'Irccs Policlinico San Donato di Milano. **Fino a 80 anni circa, la pressione tende progressivamente ad aumentare**, mentre superata questa età tende spesso a diminuire o, quantomeno, a stabilizzarsi. Quando si tratta di curare l'ipertensione,

CONTROLLI PERIODICI

Negli anziani sani il principale fattore di rischio di mortalità per qualsiasi causa e di morbilità è proprio l'ipertensione arteriosa. “Spesso gli over 65 non si rendono conto di avere la pressione alta, perché questa condizione fa sì che il sangue raggiunga più facilmente il cervello, che quindi è apparentemente meglio nutrito. Però, ciò causa problemi ad altri organi del corpo”, sottolinea il dottor Serino. Perciò, anche quando non si ha alcun disturbo la pressione va controllata periodicamente. Se si è sani, bisognerebbe farlo ogni 4-6 mesi, mentre se si è fragili ogni 2. “Chi invece soffre di ipertensione arteriosa dovrebbe monitorarsi quotidianamente”, raccomanda il dottor Serino.

oltre che l'età anagrafica bisogna tenere in considerazione anche le condizioni generali di salute dell'individuo. «Per esempio, in un anziano fragile e iperteso bisogna stare attenti a non abbassare troppo la pressione con i farmaci. **Quando l'ipertensione si manifesta in età avanzata è spesso dovuta all'irrigidimento delle pareti dei vasi sanguigni, che comporta prevalentemente l'aumento della massima**, mentre la minima è normale: in questi casi, si è in presenza di *ipertensione sistolica isolata*, che va trattata al pari delle altre forme del problema», osserva il dottor Serino.

RIPERCUSSIONI SUGLI ORGANI NOBILI

Quando la pressione è alta, a risentirne sono in primo luogo le pareti delle arterie, che vengono stressate, favorendo lo sviluppo di aterosclerosi in tutti i vasi sanguigni del corpo, in particolare in quelli che portano il sangue agli organi nobili, come il cuore, il cervello e i reni. La ridotta irrorazione di questi ultimi conduce verso una **lenta ma progressiva insufficienza renale**, mentre il minor afflusso di sangue al cervello aumenta le possibilità di comparsa di deterioramento cognitivo. «Dal canto suo, in presenza di ipertensione arteriosa il cuore deve gestire pressioni più elevate, quindi si ritrova a pompare contro resistenze maggiori. Ciò provoca l'ingrossamento di questo organo, specie del ventricolo sinistro, e, a lungo andare, anche il suo sfiancamento e una richiesta di nutrimento superiore alla norma. Siccome non è scontato che l'organismo possa soddisfare tale richiesta, il cuore può essere vittima di una patologia ischemica fino all'infarto, temibile complicanza dell'ipertensione», afferma l'esperto.

Nelle persone anziane l'ipertensione deve essere sempre trattata con i farmaci. «Oggi si tende a prescrivere una terapia che comprende un **cocktail bilanciato di farmaci**, quali diuretici, ACE-inibitori e calcio-antagonisti, **racchiusi**



“In presenza di ipertensione arteriosa, il cuore deve gestire pressioni più elevate, quindi si ritrova a pompare contro resistenze maggiori”

SALE: NON TROPPO NÉ POCO

Contenuto soprattutto nel sale, il sodio è una sostanza che favorisce l'aumento della pressione arteriosa. Fino a qualche tempo fa, a chiunque soffrisse di ipertensione era consigliato un consumo ridotto di questo condimento. Ultimamente, però, la questione è più controversa. Per esempio, nel 2018 la Sigg (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) ha rivisto al rialzo la soglia massima di sale da assumere quotidianamente, portandola da 3-4 a 5 grammi, corrispondenti a poco più di 2 grammi di sodio. «Se i livelli di questa sostanza scendono sotto certi limiti il decadimento cognitivo accelera e si ha la tendenza a sentirsi spesso stanchi e confusi. Perciò soprattutto gli anziani, in particolare in quelli che utilizzano farmaci che possono provocare iposodiemia, non dovrebbero ridurre troppo il consumo di sale», sottolinea il dottor Serino.

in un'unica compressa, cominciando con dosaggi bassi, per poi eventualmente aumentarli in caso di necessità”, prosegue il dottor Serino. Per contrastare l'ipertensione, anche superata la soglia dei 65 anni rimane importante, seppur non sia sufficiente, seguire stili di vita sani. L'eliminazione dei chili di troppo è il primo passo per abbassare la pressione, a cui contribuisce anche un'attività fisica regolare e commisurata alle condizioni della persona. ■

I NUMERI

150 - 90 mm/Hg I valori oltre i quali si è in presenza di ipertensione arteriosa

80 anni L'età dopo la quale la pressione tende a diminuire o a stabilizzarsi

In arrivo in Lombardia Case e Ospedali di Comunità

È stato da poco approvato dalla giunta di Regione Lombardia il piano che porterà alla realizzazione di Case e Ospedali di Comunità nel territorio, potenziando così la sanità di prossimità. Tali strutture si occuperanno di prevenzione e promozione della salute, forniranno cure primarie e gestiranno pazienti cronici; inoltre, disporranno di ambulatori destinati a criticità non complesse e di un'area di servizi integrati con il Comune. In particolare, gli Ospedali di Comunità avranno fra 20 e 40 posti letto a bassa intensità. Alcune delle Case di Comunità forniranno attività medica e infermieristica 7 giorni su 7 e 24 ore al giorno. Le altre resteranno invece aperte 6 giorni su 7 per 12 ore al giorno. Il progetto partirà da Milano, dove 7 di queste strutture potrebbero essere attivate nell'arco di un anno. In totale, nel capoluogo dovrebbero sorgere 15 Case di Comunità e 9 Ospedali di Comunità (uno per ogni Municipio).



Un nuovo piano per la domiciliarità integrata

Ci sono anche Associazione Italiana di Psicogeriatrics, Alzheimer Uniti Italia Onlus, Confederazione Parkinson Italia, Federazione Alzheimer Italia, Sigg (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria), Sigot (Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio), Sos Alzheimer e Uneba tra le organizzazioni che hanno elaborato il “Piano Nazionale di Domiciliarità Integrata” da inviare al Governo. Il documento mette in evidenza tre temi: il superamento delle separazioni a livello nazionale e locale attraverso la costituzione ai Ministeri della Salute e del Welfare di un'unica Cabina di regia nazionale che programmi gli investimenti e il loro uso, l'organizzazione di un'assistenza domiciliare integrata a partire dalle persone e non dalle prestazioni e l'aumento dei fondi destinati al servizio di assistenza domiciliare ai Comuni.

La Tavi anche per gli over 75

In base alle nuove Linee Guida ESC 2021 anche ai pazienti con più di 75 anni che soffrono di stenosi aortica può essere praticata la Tavi, una procedura chirurgica che consiste nell'impianto attraverso un catetere della valvola aortica. Si tratta di una tecnica mininvasiva, in grado di assicurare ai malati una buona qualità di vita. In caso di stenosi aortica, se il rischio chirurgico è basso, sotto i 75 si ricorre in genere alla cardiocirurgia, ma è valida anche la Tavi.

Tumore al seno: in Veneto test genomici gratuiti

In Veneto, i test genomici da eseguire dopo l'asportazione del tumore alla mammella saranno a carico del Servizio Sanitario Regionale. Questi test sono consigliati in tutti quei casi in cui bisogna valutare se, nel post operatorio, sia utile ricorrere, oltre all'ormonoterapia, anche alla chemioterapia adiuvante. Il test, che viene effettuato su un campione di tessuto tumorale asportato chirurgicamente, può essere erogato solamente una volta per ogni paziente a cui è indicato ed è a carico della Regione anche per chi non risiede in Veneto.



ISSA PULIRE 2021

Il cleaning professionale riparte all'insegna della sostenibilità



borando strettamente con istituzioni, università e centri di ricerca, hanno elaborato prontamente nuove tecniche, procedure e prodotti per rispondere alla difficile situazione sanitaria.

Ma gli espositori non hanno sottovalutato un'altra tematica di grande attualità, la sostenibilità ambientale, con il lancio di prodotti dalle spiccate caratteristiche biodegradabili e con un basso impatto ecologico, in grado di conformarsi alle attuali e future normative in campo ambientale.

Parallelamente all'esposizione, presso l'ISSA PULIRE THEATRE si è tenuto un ciclo di oltre 40 interventi su argomenti

Si è conclusa il 9 settembre, a Verona, la 25ª edizione di ISSA PULIRE, grande esposizione dedicata ai prodotti e ai servizi per la pulizia e la sanificazione degli ambienti.

Nel corso della manifestazione sono state presentate innovative tecniche per l'igienizzazione e la disinfezione, unitamente a prodotti caratterizzati da nuovi principi attivi biocidi: un tema quanto mai importante alla luce dell'emergenza pandemica.

Gli operatori del settore hanno raccolto la sfida lanciata dalla pandemia: colla-



ISSA PULIRE 2021 si è tenuta dal 7 al 9 settembre nei padiglioni di Veronafiere. All'evento hanno partecipato quasi 300 espositori su una superficie espositiva

di oltre 12000 mq. I visitatori sono stati circa 10.000, dei quali il 14% proveniente dall'estero.

Organizzatore dell'esposizione è stato ISSA PULIRE NETWORK, consorzio che riunisce le più importanti imprese e associazioni di categoria nel settore del cleaning professionale.

specialistici a cura degli esperti delle più importanti imprese italiane della filiera del cleaning professionale.

La prossima edizione di ISSA PULIRE è prevista dal 9 al 11 maggio 2023 a Milano. ■

La Digitalizzazione del Servizio di Pulizia e Disinfezione in ambito sanitario



La digitalizzazione del Servizio di Pulizia non ha solo a che fare con l'introduzione di tecnologie digitali nei macchinari per la meccanizzazione degli interventi, ma digitalizzare le singole prestazioni, le attività e i flussi di monitoraggio e controllo

La digitalizzazione dei processi, prodotti e servizi caratterizza molte delle politiche e degli interventi di riforma del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (**PNRR**) e costituisce uno dei tre assi strategici. La digitalizzazione, nell'ambito del PNRR, non costituisce, infatti, soltanto un obiettivo, ma anche uno strumento funzionale alla realizzazione delle ulteriori cinque missioni che costituiscono il Piano.

La digitalizzazione di un Servizio, come quello delle pulizie e disinfezione è una trasformazione globale che vuol dire semplificare e risparmiare utilizzando la tecnologia con soluzioni diverse a seconda delle proprie necessità, dematerializzando i luoghi fisici per comunicare e condividere informazioni in tempo reale, in un unico ambiente connesso e

collaborativo anche da remoto. Digitalizzare i processi implica una profonda revisione del modo in cui si lavora, ripensarli, ridisegnarli, in altri termini reingegnerizzarli, sfruttando i moduli di automazione e controllo che le moderne piattaforme tecnologiche garantiscono.

Il grado d'igiene e disinfezione, per le Strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali che ospitano una popolazione particolarmente fragile fatta di soggetti anziani e persone affette da gravi patologie croniche e da disabilità, ricopre una enorme importanza nello scenario epidemiologico attuale.

La digitalizzazione del Servizio di Pulizia non ha solo a che fare con l'introduzione di tecnologie digitali nei macchinari per la meccanizzazione degli interventi, ma digitalizzare le singole prestazioni, le



Cleaning and Disinfection Intelligence Solution

Digitalizzazione = Ottimizzazione



...una volta digitalizzati, i processi possono essere non solo svincolati dalle facilities fisiche, ma anche automatizzati, delegando parti di essi a sistemi tecnologicamente evoluti, consentendo di ottimizzare i costi e aumentare le performance

attività e i flussi di monitoraggio e controllo.

Si tratta quindi di una profonda trasformazione culturale e metodologica del modo di lavorare che all'interno dell'organizzazione deve fare leva sulle soluzioni tecnologiche come fattori abilitanti per il raggiungimento dei principali obiettivi di qualsiasi programma di digital transformation: ottimizzare, semplificare, accelerare e rendere più agili tutte le attività per accorciare le distanze tra l'Ente appaltante, il gestore del servizio e i vari fornitori. Con, in aggiunta, un effetto collaterale a tutto vantaggio del conto economico: una volta digitalizzati, i processi possono essere non solo svincolati dalle facilities fisiche, ma anche automatizzati, delegando parti di essi a sistemi tecnologicamente evoluti, consentendo di ottimizzare i costi e aumentare le performance.

Ma anche quello di monitorare il rispetto degli standard minimi richiesti, la presenza certa di presidi fissi, l'analisi prodotti chimici e macchinari ed attrezzature, la definizione e l'attribuzione di rischio per singolo locale tramite la suddivisione delle aree sanitarie da cluster ad area di rischio (alto, medio, basso), la definizione di una univoca nomenclatura, relativa alle frequenze, prestazioni, e attività sulla base delle affluenze di utilizzo del locale, completando il censimento delle informazioni, legate all'anagrafica dei locali in modalità interattiva con codifica tramite etichette QRCode, indicando tutti dati e gli elementi ambientali presenti. L'obiettivo è quello di ottimizzare il servizio di pulizia e disinfezione tramite la digitalizzazione del servizio, mediante lo snellimento e formalizzazione del flusso informativo delle attività legate alla sua gestione. ■

Il Riutilizzabile in ambito sanitario: una scelta sostenibile e consapevole

I rifiuti prodotti dalla sala operatoria sono tanti e smaltimento e gestione sono impegnativi e difficili. Scegliendo un materiale riutilizzabile si riduce la quantità di rifiuti prodotta e, di conseguenza, l'impatto sull'ambiente.

Dopo quarant'anni di esperienza chirurgica, al giorno d'oggi io credo che le scelte, anche in campo medico, non possano non prendere in considerazione gli aspetti ambientali, oltre che ovviamente quelli più legati alle esigenze sanitarie.

*Dott. Giancarlo Leoni – Ex Primario Chirurgica Generale
Ospedale "Franchini" – Montecchio Emilia (RE)*

Durante la recente pandemia, il monouso ha senza dubbio mostrato tutte le proprie criticità, non solo dal punto di vista delle conseguenze ambientali, ma anche sotto l'aspetto produttivo. Nonostante siano passati ormai mesi dal primo picco, la produzione tutt'ora arranca e le forniture in genere si limitano al materiale di protezione individuale (mascherine, cuffiette, calzari), senza riuscire a sopperire alle necessità che nascono dalle sale operatorie

Il massiccio utilizzo di dispositivi usa-e-getta che ha caratterizzato gli anni passati e, più recentemente, i mesi dell'emergenza, apre una serie di interrogativi sulle modalità, i tempi e le conseguenze ambientali del loro smaltimento. La pandemia forse può essere vista come un'occasione importante per ripensare e rivalutare alcuni sistemi e convenzioni, non solo nella vita di tutti i giorni, ma anche in ambito sanitario. Il tema dello smaltimento dei rifiuti diviene giorno dopo giorno più centrale e **l'ambito sanitario ha la responsabilità di contribuire a rendere più virtuoso il ciclo dell'uso e riuso.**

Durante la recente pandemia, il monouso ha senza dubbio mostrato tutte le proprie criticità, non solo dal punto di vista delle conseguenze ambientali, ma anche sotto l'aspetto produttivo. Nonostante siano passati ormai mesi dal primo picco, la produzione tutt'ora arranca e le forniture in genere si limitano al materiale di protezione individuale (mascherine, cuffiette, calzari), senza riuscire a sopperire alle necessità che nascono dalle sale operatorie.

Nei casi in cui i grandi colossi del TNT riescono a fornire materiale per la sala operatoria, questo viene venduto a prezzi in-

credibilmente più alti rispetto al passato e con parecchie incertezze relative alla puntualità della fornitura.

IL TESSUTO TECNICO RIUTILIZZABILE: CARATTERISTICHE

Il Tessuto Tecnico Riutilizzabile (TTR) si pone come un'alternativa possibile, in campo medico ma non solo, verso l'abbandono del monouso. Impermeabile, antisettico, resistente, antistatico, confortevole, ma soprattutto: **riutilizzabile**, è questa la parola chiave. Il **tessuto tecnico** è una scelta amica dell'ambiente.

Il TTR è conforme alla normativa UNI EN 13795 ed è adattabile a diverse esigenze sanitarie e in grado di coprire tutte le tipologie di tessuto che entrano in sala operatoria, dalla vestizione del personale di sala non sterile ai camici visitatore e degente, fino al vero e proprio campo operatorio, che include sia gli operatori che i pazienti.

Tutti i materiali utilizzati per la realizzazione dei camici e dei teli chirurgici vengono sottoposti a indagini chimiche, fisiche e biologiche per verificare che mantengano intatte le loro caratteristiche durante tutto il ciclo di vita.

Il TTR può essere riprocessato fino a 70-100 volte, senza modificare le proprie ca-



ratteristiche. Questo significa utilizzare 1 solo camice contro 100 camici in TNT e di conseguenza abbassare non solo i costi legati allo smaltimento dei rifiuti medicali, ma anche diminuire le spese di magazzino e ridurre le emissioni clima alteranti.

Mentre un camice monouso viene smaltito come rifiuto ospedaliero, il tessuto tecnico viene riprocessato e lavato nelle lavanderie industriali, che integrano in modo lineare la gestione di questo materiale all'interno dei flussi della biancheria ospedaliera, con evidenti vantaggi logistici (e ambientali).

IL TESSUTO TECNICO RIUTILIZZABILE: IL CICLO DI PROCESSO

Il ripristino e la sterilizzazione di questi dispositivi avvengono attraverso uno **specifico ciclo di lavaggio e sterilizzazione**, che garantisce l'eliminazione di ogni traccia di vita, sia essa patogena o meno.

L'eliminazione di ogni traccia di microrganismi da teli, camici e lenzuola utilizzati nell'allestimento del campo operatorio è complessa e richiede un sistema efficace ed efficiente di fornitura, manutenzione, sterilizzazione e logistica.

LE FASI DEL PROCESSO

- I tessili utilizzati in sala operatoria, una volta utilizzati, vengono ritirati e portati nelle lavanderie industriali dove vengono ricondizionati attraverso un rigoroso processo di lavaggio, finissaggio e ripristino.
- Successivamente, vengono confezionati (singolarmente o in set) e identificati mediante l'utilizzo di un software di rintracciabilità e l'apposizione di codici a barre o altri sistemi tecnologici.
- Infine, vengono sottoposti al processo di sterilizzazione all'interno di apposite centrali di sterilizzazione annesse ai siti produttivi di lavanderia.
- Dalle centrali di sterilizzazione i kit vengono riconsegnati alle rispettive strutture sanitarie, grazie a una logistica specializzata e dedicata, sempre nel rispetto della massima rintracciabilità dei dispositivi.

LA DICHIARAZIONE AMBIENTALE DI PRODOTTO

Un modello produttivo virtuoso che è stato recentemente rafforzato dalla **certificazione ambientale di prodotto (EPD)** ottenuta da Servizi Italia e dedicata proprio all'attività di "Erogazione

L'eliminazione di ogni traccia di microrganismi da teli, camici e lenzuola utilizzati nell'allestimento del campo operatorio è complessa e richiede un sistema efficace ed efficiente di fornitura, manutenzione, sterilizzazione e logistica

Certificare un servizio integrato significa rafforzare le strategie di sostenibilità, che oggi devono necessariamente uscire dagli ambiti strettamente aziendali e abbracciare tutti gli stakeholder e gli attori coinvolti

dei servizi integrati di fornitura, noleggio e ricondizionamento (lavaggio e disinfezione, sterilizzazione), manutenzione, logistica (trasporto, ritiro e distribuzione presso i clienti) di kit sterili di teleria e camici in tessuto tecnico riutilizzabile T.T.R., confezionati in S.B.S. (sistema barriera sterile idoneo); in un'ottica complessiva di responsabilità nei confronti del personale sanitario e dei pazienti, che accedono alle strutture sanitarie.

Certificare un servizio integrato significa rafforzare le strategie di sostenibilità, che oggi devono necessariamente uscire dagli ambiti strettamente aziendali e abbracciare tutti gli stakeholder e gli attori coinvolti; da questa motivazione nasce la scelta di sottoporre a LCA (Life Cycle Assessment) il processo di raccolta, gestione, manutenzione, igienizzazione dei materiali per avere un primo dato di riferimento in relazione all'impronta ambientale del ciclo di lavorazione.

Lo studio si è concentrato sul modello integrato di servizi di fornitura, noleggio e ricondizionamento (lavaggio e disinfezione, sterilizzazione), manutenzione, logistica (trasporto, ritiro e distribuzione presso i clienti) di kit sterili di teleria e camici in TTR e confezionati in S.B.S. (sistema barriera sterile).

Nello specifico è stata assunta un'unità funzionale pari a 1 kg di teli e camici per sala operatoria forniti in forma pulita e sterilizzata e confezionati in doppia busta durante un anno di servizio, periodo durante il quale ciascun camice e ciascun telo sono lavati e sterilizzati per 70 volte in media. Data la tipologia di servizio e flusso produttivo, si è trattato di un lavoro di raccolta e valutazione dati complesso. In particolare, sono stati considerati dati specifici relativi alle quantità di tessili lavati, scartati e sostituiti, ai consumi energetici e idrici (entrambi significativi nell'attività considerata), all'utilizzo di prodotti chimici per il processo di lavaggio e sterilizzazione, per la decontaminazione dei mezzi di trasporto e per

la manutenzione dei macchinari.

Si tratta di una valutazione molto articolata, volta a consolidare il rapporto di fiducia con gli enti, nel trovare e mettere in pratica azioni e soluzioni nell'interesse di tutta la comunità, per contribuire alla riduzione di consumi e rifiuti, ottimizzando le risorse che abbiamo a disposizione.

VANTAGGI PRODUTTIVI E AMBIENTALI

Dal punto di vista della sterilizzazione, c'è un significativo risparmio in termini di impatto ambientale. Il TTR viene sterilizzato in autoclavi a vapore, cosa non possibile per il monouso, che viene invece sterilizzato a ossido di etilene (ETO). Il vapore, oltre a essere pratico ed economico, non presenta tossicità o pericolosità per l'ambiente; quindi, l'utilizzo del tessuto tecnico all'interno delle sale operatorie diventa una scelta ecologica non solo per le caratteristiche del materiale, ma anche per le implicazioni di processo. La sterilizzazione a ETO del materiale monouso produce un gas di difficile smaltimento, mentre la sterilizzazione a vapore del tessuto riutilizzabile rilascia a valle dell'autoclave semplice acqua di condensa.

Scegliere un tessuto tecnico affidabile e riutilizzabile consente di avere disponibilità di materiali sicuramente all'avanguardia, il cui processo produttivo è gestito interamente all'interno dei confini nazionali; con una filiera cortissima e l'utilizzo di manodopera locale, **l'80% del valore aggiunto si concentra sul territorio nazionale, con evidenti risvolti a livello locale.**

Inoltre, l'immissione di una grande quantità di tessuti riutilizzabili sul mercato potrebbe contribuire alla **creazione di un nuovo settore specifico**: non solo produttori e lavanderie specializzate nel trattamento di questo tipo di materiali, ma anche confezionisti e trasformatori del prodotto finito in materiale rigenerato.

Quando un tessuto tecnico arriva alla



fine del proprio ciclo di vita in campo medico-sanitario, può trovare una nuova destinazione d'uso in ambienti che richiedono coperture e vestizioni a linting free (ad esempio camere bianche e ambienti industriali legati alla elettronica e o farmaceutica). In ogni caso, dai teli in TTR si possono ricavare pile, coperte, focchi per imbottiture e molti altri materiali. Una nuova destinazione d'uso, una nuova vita per un materiale che, oltre ad avere le caratteristiche di qualità, sicurezza e protezione già note in ambito sanitario, si dimostra anche multifunzione e incredibilmente longevo.

Una catena virtuosa del riciclo che, secondo un documento pubblicato da Assosistema (*"Use & Reuse- L'uso dei prodotti tessili riutilizzabili - L'AMBIENTE RINGRAZIA"*) potrebbe portare alla creazione di oltre **6.000 nuovi posti di lavoro** a fronte di **300.000 kg di rifiuti in meno da smaltire**, con un risparmio di 220.000 kg di CO₂ da smaltimento.

PROSPETTIVE FUTURE

Il TTR ha la possibilità di vivere una seconda primavera e traghettarci fuori da

una pratica difficilmente sostenibile? Dopo anni passati osannando la filosofia dell'usa-e-getta, si guarda ormai in ogni campo a stili di vita più sostenibili all'insegna dell'economia circolare e non deve fare eccezione l'ambito medico, che potrebbe rappresentare un importante banco di prova.

La sostenibilità non si racconta soltanto, la sostenibilità si deve FARE, con le scelte di ogni giorno, con il rispetto della natura e agendo attivamente per la lotta al cambiamento climatico.

Fornitori e partner che quotidianamente si confrontano con la Sanità italiana devono iniziare a ragionare non solo in termini di operatività, ma anche in chiave prospettica, in termini di innovazione e confronto, per la migliore definizione di quelle che sono le esigenze e le possibili soluzioni.

È importante avere obiettivi di sostenibilità condivisi e riconosciuti, anche dal punto di vista formale, dotandosi di strumenti efficaci per l'interlocuzione tra pubblico e privato e rendendo il confronto trasparente, sostanziale e libero da pregiudizi. ■

Fornitori e partner che quotidianamente si confrontano con la Sanità italiana devono iniziare a ragionare non solo in termini di operatività, ma anche in chiave prospettica, in termini di innovazione e confronto, per la migliore definizione di quelle che sono le esigenze e le possibili soluzioni

L'amministratore di sostegno e la sottoscrizione del contratto di inserimento in RSA

L'amministratore di sostegno non è obbligato in solido al pagamento della retta



L'avvocato Alessia Deleo.



L'amministratore di sostegno ha il ruolo di assistere giuridicamente una persona che non possa provvedere, momentaneamente o in via definitiva, ai propri interessi

La legge n. 6 del 2004, con la finalità di "tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente" ha introdotto la figura dell'amministratore di sostegno.

L'amministratore di sostegno ha il ruolo di assistere giuridicamente una persona che non possa provvedere, momentaneamente o in via definitiva, ai propri interessi.

I compiti ed i doveri dell'amministratore di sostegno sono espressamente indicati nel decreto di nomina, che può prevedere l'affiancamento o la sostituzione del

soggetto debole da parte dell'amministratore di sostegno.

Capita spesso che il soggetto debole debba essere inserito in una casa di cura, RSA, casa-albergo e che pertanto si renda necessaria la sottoscrizione del contratto di ingresso che, ovviamente, prevede anche il pagamento della retta mensile.

È necessario e doveroso evidenziare che l'amministratore di sostegno sottoscrive tale contratto di inserimento **unicamente** "in nome e per conto dell'ospite".

Spesso, infatti, l'amministratore di sostegno si trova a dover firmare il contratto di inserimento quale modello prestampato ed inviato dalla Struttura, in cui, dopo aver inserito i dati dell'ospite ed i suoi

dati, viene indicata la clausola secondo cui i sottoscrittori si rendono obbligati in solido al pagamento della retta.

Nulla di più sbagliato!!

L'amministratore di sostegno ha l'obbligo di provvedere al pagamento della retta con il patrimonio della persona beneficiaria e non di certo con il proprio patrimonio personale. Qualora le entrate del soggetto sottoposto alla misura di amministrazione di sostegno non dovessero risultare sufficienti a saldare interamente la retta mensile, l'amministratore di sostegno si attiverà per richiedere al Comune di residenza del soggetto debole o ai familiari dell'amministrato la compartecipazione al pagamento della stessa.

Cosa accadrebbe, infatti, se l'amministratore di sostegno risultasse obbligato in solido e la persona beneficiaria di am-

ministrazione di sostegno non fosse in grado di far fronte al pagamento dell'intera retta? Semplice: la Struttura andrebbe ad aggredire il patrimonio personale dell'amministratore di sostegno, ritenendolo, appunto, obbligato in solido.

Ecco che quindi sarebbe opportuno **per l'amministratore di sostegno** leggere attentamente il contratto di inserimento prima di sottoscriverlo e, se del caso, chiedere alla Struttura di poter apportare le dovute modifiche al contratto stesso e **per la Struttura** predisporre un contratto di inserimento diverso per la situazione specifica in cui il soggetto debole da inserire fosse già sottoposto a misura di amministrazione di sostegno, facendo figurare l'amministratore di sostegno unicamente come firmatario del contratto "in nome e per conto di..." e non di certo come obbligato in solido. ■

Ecco che quindi sarebbe opportuno per l'amministratore di sostegno leggere attentamente il contratto di inserimento prima di sottoscriverlo e, se del caso, chiedere alla Struttura di poter apportare le dovute modifiche al contratto stesso



Elior porta tutto il sapore de **iColti in Tavola** anche sulle tavole degli anziani

Con i pasti pronti in ATP, l'azienda leader della ristorazione è pronta a offrire agli anziani una opzione facile e veloce, per pranzi e cene genuini e variegati



Le nuove tecnologie in cucina aprono a nuove prospettive anche per la cura degli anziani a domicilio: grazie al delivery di pasti pronti a casa, infatti, si rende possibile assicurare anche a chi vive gli anni della pensione la possibilità di un pasto gustoso e sano, senza alcuna fatica.

L'azienda leader della ristorazione Elior, già attiva nello studio e nell'offerta di pasti salutari ed equilibrati per gli anziani nelle RSA, oltre che sui nuovi modelli di ristorazione flessibile, con i piatti confezionati in ATP iColti in Tavola può andare incontro alle esigenze di coloro che vivono nella propria casa ma non hanno la possibilità o la volontà di cucinare autonomamente. I piatti monoporzione offrono infatti una soluzione pratica e varia per pranzi e cene, da consumare da soli ma anche in compagnia dei propri familiari in visita, senza la necessità di adoperarsi in cucina.

Infatti, se con l'età la voglia di cucinare e prepararsi pasti completi e bilanciati può

scemare, non necessariamente viene a mancare la volontà di gustare piatti buoni, di qualità e variegati: così, con iColti in Tavola, gli anziani che vivono in casa possono scegliere ogni giorno una ricetta diversa, da consumare comodamente e nell'orario che si preferisce. Sono ideali quindi anche per gli anziani e portano con sé tutto il gusto dei piatti tradizionali italiani.

iColti sono caratterizzati da un ampio catalogo di ricette, cucinate con ingredienti genuini, attente anche ai bisogni di chi deve seguire diete specifiche ipocaloriche o di chi soffre di intolleranze e allergie, e conservate in ATP, una tecnologia di conservazione innovativa che consente l'estensione della shelf-life fino a 10 giorni senza l'uso di conservanti.

iColti in Tavola si sviluppano in sei linee diverse, con menu elaborati da nutrizionisti specializzati ed esperti del settore applicando i principi della Dieta Mediterranea. Tra queste, i prodotti della linea Tradizione si adattano specificatamente





alle peculiarità dell'anziano, che in questo modo è in grado di assaporare le ricette di una volta, preparate dagli chef di Elior. Tagliatelle al ragù, lasagne, risotti, ravioli, arrostiti, spezzatini: sono alcuni dei sapori italiani più classici che danno la possibilità al soggetto anziano di gustare pranzi e cene proprio come quando era ragazzo.

Oltre a questa, Elior ha studiato altre cinque linee per rispondere a esigenze nutrizionali più specifiche. La linea Benessere propone ricette sane a base di legumi, verdure e cereali in base alla stagionalità; Leggerezza prevede piatti leggeri ma saporiti, basati sulla combinazione di ingredienti a basso apporto calorico e di facile digeribilità. Con Energia si ha invece un pasto completo di tutti i nutrienti essenziali alla salute e alla forma fisica; mentre la linea iColti Senza

Glutine prevede la realizzazione di una vasta serie di ricette per celiaci preparate secondo le linee guida dell'Associazione Italiana Celiachia AIC. ■



IL MENU DELLA TRADIZIONE

Gusti, sapori e profumi della cucina di una volta: il menu della Tradizione si compone degli ingredienti e delle ricette classiche della cucina italiana, cucinati dagli chef di Elior come nonna comanda per raggiungere direttamente le tavole degli anziani, che possono così consumare pasti completi, salutarì e variegati proprio come quando erano ragazzi. Tutte le pietanze sono preparate secondo la tradizione, ma più leggere, con un occhio di riguardo al profilo nutrizionale. iColti offrono una vasta scelta tra stuzzicanti primi, secondi e contorni, come pasta di semola, all'uovo o ripiena, secondi di carne e contorni tradizionali e genuini, come patate al forno o verdure in padella. Piatti unici e completi, ottimi alleati per un sano invecchiamento.

Per maggiori informazioni il portale Nutriage è disponibile all'indirizzo: [elior-nutriage.it](https://www.nutriage.it)



Ottimi risultati per la Scuola in Chirurgia Robotica

Duecento interventi ad alta complessità, sette nuovi esperti formati in chirurgia mininvasiva robotica e studenti raddoppiati per l'inizio del nuovo anno accademico. È lusinghiero il bilancio del primo anno di formazione e attività clinica della Scuola in Chirurgia Robotica dell'Università degli Studi di Milano

e dell'Ospedale San Paolo. E le prospettive sono ancora più rosee: per il 2021 si prevede infatti che gli interventi saliranno a circa trecento, mentre la robotica sarà applicata non più solo ai campi dell'urologia, della chirurgia generale, dell'oncologia, dell'endocrinologia e della ginecologia, ma anche della chirurgia toracica e pediatrica. "A un anno dall'inizio del progetto della Scuola di Formazione di Chirurgia Robotica abbiamo raggiunto un'importante crescita tecnologica, con strumentazioni sempre più moderne e all'avanguardia e abbiamo potenziato l'attività clinica e assistenziale con l'arrivo di validi professionisti. Tutto ciò ci ha consentito di ampliare ulteriormente l'offerta sanitaria pubblica ai cittadini", ha dichiarato Matteo Stocco, direttore generale dell'Asst Santi Paolo e Carlo di Milano.

Laser verdi contro l'ipertrofia prostatica

I laser verdi di ultima generazione rappresentano un'arma preziosa nei confronti dell'ipertrofia prostatica. Permettono infatti di operare seguendo nuove tecniche endoscopiche, grazie a cui diminuiscono sia la degenza post operatoria sia i tempi di recupero per il ritorno alle normali attività. In Italia, l'ipertrofia prostatica interessa oltre sei milioni di persone e ha un'incidenza superiore all'80% fra gli over 80.

Dolore cronico e depressione, un legame "pericoloso"

Al recente Congresso Nazionale di FederDolore Sicd (Società Italiana Clinici del Dolore) è stata portata in evidenza la stretta relazione che lega il dolore cronico alla depressione. Da un lato, chi soffre di dolore cronico ha un rischio tre volte superiore alla media di ammalarsi di depressione. Dall'altro lato, chi è depresso ha una probabilità tre volte superiore alla media di sviluppare dolore cronico. Altro tema interessante emerso nel corso del convegno è che quando una persona ha entrambe le patologie, spesso la depressione non viene trattata adeguatamente.

Test positivi per l'insulina "settimanale"

Sul numero di luglio della rivista scientifica "Diabetes Care" sono stati pubblicati due studi che dimostrano l'efficacia di Icodec, la nuova insulina che può essere somministrata con un'iniezione sottocute una volta alla settimana invece che una volta al giorno. Bel tollerato, il nuovo farmaco non provoca un aumentato rischio di ipoglicemia. Anzi, migliora addirittura il controllo glicemico in confronto all'insulina giornaliera.



DIARIO E
INTELLIGENZA
ARTIFICIALE
PIÙ ATTENZIONE
ALLE CONSEGNE
RILEVANTI E
COMUNICAZIONI
SEMPRE PIÙ EFFICACI

The.0[®]



La comunicazione è da sempre un aspetto critico della gestione del sistema sanitario e sociosanitario, tanto da essere individuato dalla Joint Commission International come una delle maggiori cause di eventi sentinella e near misses. **The.0**, la cartella clinica elettronica innovativa, conosce l'importanza della comunicazione tra i vari professionisti che si prendono cura dell'ospite in RSA e rende disponibili le informazioni in modo rapido e completo, guidando gli operatori nella presa in carico dei bisogni e segnalando tempestivamente le criticità rilevate.

RICONOSCE
CONSEGNE
RILEVANTI

■
SERGIO NOVELLI
CUSTOMER CARE
NETPOLARIS SRL





Il Diario è lo strumento utilizzato per raccogliere e propagare le informazioni: l'operatore ha la facoltà di mettere in evidenza una consegna contenente informazioni importanti per la salute dell'ospite, in modo che sia segnalata immediatamente a tutta l'equipe, favorendo una rapida presa in carico dell'eventuale problematica.

The.0 dispone di un motore di Intelligenza Artificiale che interpreta

il linguaggio naturale delle consegne e identifica quali contengono informazioni importanti suggerendo all'operatore di metterle in evidenza. La sperimentazione iniziata da qualche mese ha dimostrato che vengono individuate le **informazioni importanti** nel **96%** dei casi, fornendo dunque, un supporto attivo al lavoro di tutta l'equipe.

Questo è solo uno dei primi risultati. **The.0 è in continua evoluzione.**

96% INFORMAZIONI
IMPORTANTI
RILEVATE



Aggiungi nuova consegna

STATO DI SALUTE DELL'OSPITE

In base all'interpretazione di quanto inserito, si rileva **uno stato di peggioramento**.
Sei sicuro di non voler cambiare valutazione?



- Ospite in miglioramento Ospite stabile Ospite in peggioramento

Mostra dettagli <<

condizioni cliniche in peggioramento, ospite non reattiva agli stimoli, PA 90/65, FC 78, SAT 94% - a 2 l/m

SALVA ✓

The.0®

N E X T S T E P ?



the0.it

io ci conto.



OPTIMIST

**Migliore qualità della vita degli ospiti
in casa di riposo e di chi se ne occupa:
io ci conto.**

Benessere, sicurezza, serenità: per gli ospiti delle case di riposo e degli operatori delle strutture residenziali, attraverso un'offerta di prodotti specifici per ogni esigenza, sicuri ed affidabili, con il valore di un servizio di alta qualità, efficiente ed attento.

Soluzioni Serenity per la gestione dell'incontinenza in casa di riposo:
io ci conto.

Riservato alle categorie professionali specializzate - Luglio 2018

SERENITY[®]

scopri di più su
www.serenity-care.com

 iociconto

Per informazioni o assistenza
all'acquisto online puoi chiamare
i nostri operatori al Numero Verde.

 **800-767-607**