

Stannah - azienda leader globale nella produzione e vendita di montascale e servoscala con più di 750 mila prodotti venduti in oltre 40 Paesi e presente in Italia dal 1995 - è pronta a soddisfare la domanda con prodotti più innovativi, attenti a design, ergonomia e gratificazione nel momento dell'acquisto. Giovanni Messina, Director of Southern Europe di Stannah, è in questi giorni a Exposanità per ascoltare le esigenze degli operatori del settore e presentare le novità in arrivo verso la fine dell'anno

Domenico Chiericcozzi

Si vive sempre più a lungo, questo è un dato di fatto. I cambiamenti demografici e sociali in atto nei Paesi più avanzati dicono, però, molto di più. Le nuove generazioni di anziani, quelle che in Italia sono cresciute negli anni '50 e '60 in un periodo di prosperità e crescita economica al tempo senza precedenti, oggi sono persone con esigenze più ampie e articolate rispetto alle generazioni precedenti. Anche dopo i 65 anni vogliono mantenere alta la qualità di vita dentro e fuori casa, in termini di sicurezza, accessibilità e mobilità. «In passato si prendevano in considerazione i nostri prodotti e servizi quando erano compromessi bisogni essenziali di libertà e autonomia di movimento, come salire e scendere le scale», premette Messina. «Oggi il mercato è cambiato, continuerà a farlo e chi si avvicina ai nostri prodotti e servizi ha esigenze più ampie ed è in cerca una soluzione globale, trainata sì dal bisogno fisico ma anche dalla voglia di mantenersi il più possibile attivi. Da questo punto di vista le nuove generazioni di anziani per noi di Stannah sono un ulteriore stimolo a una

Qualità della vita soluzioni di valore per nuove generazioni di anziani



Giovanni Messina, Director of Southern Europe di Stannah

grande opportunità che ci porterà a presentarci a questa fascia di mercato con prodotti più attenti a design ed ergonomia, innovativi, connessi e connettibili, con più valore rispetto a quando l'acquisto era legato al semplice movimento meccanico. È cambiata anche l'aspettativa verso il prodotto: è richiesto che si integri meglio nell'ambiente, che sia personalizzabile e dia più gratificazione nell'acquisto. Le novità più significative arriveranno verso fine anno, in Exposanità anticipiamo le nostre idee, per vedere se sono perseguibili dal punto di vista dei professionisti che sono a stretto contatto con il nostro cliente: fisioterapisti, terapisti occupazionali, al mondo della riabilitazione, ai rivenditori di prodotti ortopedici, agli operatori del benessere in senso ampio, alle farmacie». La multinazionale a conduzione familiare fondata nel 1867 è giunta alla sesta generazione di imprenditori offre un'ampia gamma di prodotti rivolti principalmente agli over 65, adattabili con facilità a ogni tipo di scala, per abitazioni private o condominiali. Presente in Italia dal 1995, con sede centrale ad Assago (MI), Stannah Italia copre il territorio nazionale con una rete capillare di tecnici e consulenti e propone anche soluzioni tailor made per non compromettere la libertà di movimento dell'anziano e del disabile. «Storicamente siamo spesso identificati come produttori di montascale a poltroncina. Il nostro prodotto è adatto a una casa privata indipendente per l'uso singolo di una persona. Il nostro obiettivo in questa storica fase di cambiamenti sociodemografici è riuscire a creare una gamma più ampia che favorisca l'accessibilità, oltre ad abitazioni private, a edifici pubblici e collettivi, condomini, non necessariamente residenziali. Per questo

IL PROFILO DEL MANAGER

Laureato con lode in Economia Politica all'Università Bocconi di Milano e specializzato in Marketing Strategico presso la SDA Bocconi School of Management, prima del suo ingresso in Stannah Giovanni Messina ha lavorato nel marketing di importanti multinazionali del settore dell'elettronica, dapprima come marketing manager di Pioneer e in seguito come marketing manager e poi general manager di Toshiba. Diventa general manager Italy di Stannah nel 1995, anno dell'apertura della filiale italiana dell'azienda che ha contribuito con successo a sviluppare, consolidando il mercato dei montascale e raggiungendo la leadership nel settore in termini sia di vendite sia di notorietà del brand. Dal 2002 Messina è general manager Italia e Francia e dal 23 ottobre 2023 ha anche la responsabilità delle attività commerciali di Spagna e Portogallo.

la gamma va allargandosi, con prodotti innovativi». Oltre ai professionisti della salute, ce ne sono altri che hanno un ruolo importante nei temi della qualità di vita e dell'abbattimento delle barriere architettoniche. «Architetti, progettisti e chi interviene nella ristrutturazione di ambienti e abitazioni sono interlocutori fondamentali, ci aiutano a capire meglio le esigenze specifiche del nostro target. La domanda è cambiata: in generale, il consumatore è più consapevole. Per esempio, un cinquantenne che ristruttura casa oggi considera l'abbattimento delle barriere architettoniche affinché la ca-

sa sia, tra qualche decennio, un luogo in cui vivere in serenità». Nel mercato di Stannah la crescita dipende molto dall'offerta. «I produttori e gli attori del mercato hanno il potere di accelerare o meno la crescita. «Il livello di penetrazione è ancora molto basso rispetto al potenziale di case e persone con difficoltà di mobilità che vivono in situazioni dove le scale sono un potenziale ostacolo». Le politiche pubbliche di sostegno alla domanda possono altresì avere un ruolo fondamentale. In Italia le detrazioni fiscali sull'abbattimento delle barriere architettoniche, confermate fino a fine 2025, hanno impresso al mercato una forte accelerazione. Il nuovo DL 212 del 29/12/2023 ha introdotto vincoli per l'ottenimento della cessione del credito e dello sconto in fattura. Lo sconto in fattura è ancora disponibile sulle installazioni effettuate sulle parti comuni di un condominio, mentre per le abitazioni private è necessario che l'abitazione sia quella principale e che il reddito di riferimento non superi i 15 mila euro con quoziente familiare o che nel nucleo familiare ci sia un disabile accertato ai sensi della legge 104/92. «L'intervento del legislatore ben si ripaga, perché intervenire sulla qualità delle abitazioni significa prevenire rischi domestici (cadute) e migliora in modo strutturale la qualità e l'accessibilità degli edifici e favorisce la mobilità e l'autonomia degli anziani. Con il nuovo provvedimento, a mio avviso, è stato fatto un parziale passo indietro e questo è preoccupante. Si va nella direzione di rendere meno facile per determinate categorie di persone l'acquisizione dei benefici fiscali. Così si rende l'opportunità meno interessante e secondo me è sbagliato. Bisognerebbe lavorare sulla prevenzione e sulla sicurezza in casa indi-

pendentemente dal fatto che ci abiti un disabile oppure no. Il concetto di disabilità specialmente in una logica di benessere e serenità in senso lato è molto labile». «Ci sono persone», fa notare Messina, «che non hanno una certificazione di disabilità che però hanno difficoltà ad affrontare le scale e avrebbero bisogno di un supporto per farlo più in autonomia. Un esempio virtuoso può essere quello della Francia, che sta adottando politiche pubbliche di sostegno alla domanda molto più generose di quanto non avesse fatto in precedenza con risultati molto positivi». Il campo di applicazione relativo all'abbattimento delle barriere architettoniche è disciplinato da differenti normative tra cui il DM 236/1989 «Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche». «Per quanto riguarda questa normativa», spiega Messina, «riteniamo che da alcuni punti di vista ci sia un certo disallineamento tra il dispositivo italiano e quello europeo per cui crediamo che sia necessario un riallineamento che farebbe bene al mercato. Renderebbe le condizioni più trasparenti e coerenti rispetto all'approccio europeo su questo tipo di prodotti».

Focus mercati

I mercati più attenzionati da Stannah sono quelli dove c'è una popolazione che invecchia e il trend rappresenta una problematica socioeconomica. In termini di volumi sono Inghilterra, Germania, Francia, Italia e Stati Uniti. L'Inghilterra, perché è il paese dove in sostanza i montascale sono nati per motivi di carattere culturale e della struttura abitativa con una quota di case indipendenti molto più alta di quella dei paesi europei; gli USA per le elevate dimensioni, Italia, Francia e Germania, Spagna e Portogallo per le dinamiche demografiche. In Italia, ad esempio, a fine decennio si prevede che la popolazione anziana sopra i 65 anni superi il 30%. In maniera più strategica la Cina.

Certificazioni

Stannah opera con le seguenti certificazioni: ISO 9001 per la gestione della qualità dell'attività, ISO 14001 per il Sistema di Gestione Ambientale dell'organizzazione, BS OHSAS 18001 emessa dal British Standards Institute per i Sistemi di Gestione di Salute e Sicurezza. I montascale sono marchiati CE pertanto rispettano i requisiti previsti dall'UE in materia di sicurezza, salute e tutela dell'ambiente. Ciò significa che devono includere un dispositivo che impedisca al montascale di andare troppo veloce, dispositivi di sicurezza elettrici (interuttori), ammortizzatori. Stannah fa parte Lift and Escalator Industry Association (LEIA), l'associazione che rappresenta le aziende che forniscono, installano e svolgono la manutenzione di ascensori pertanto segue standard tecnici europei e internazionali. L'associazione garantisce che ogni azienda abbia il personale, le strutture, l'esperienza, le competenze tecniche e i sistemi di gestione adeguati.

Exposanità news • aprile 2024
Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

101015

EXPOSANITÀ NEWS PER GLORIA MED

Una storia a cavallo di due secoli e l'avvicendamento di quattro generazioni fanno di Gloria Med la protagonista di un'evoluzione costante e un punto di riferimento del settore della flebologia

Gloria Med Group al servizio della salute e del benessere delle gambe

Viviana Persiani

Produttore di calze e tutori medicali di compressione e distributore di prodotti per flebologia, linfologia, chirurgia vascolare, wound care, medicina estetica e chirurgia plastica, attraverso scelte strategiche commerciali e un'offerta che punta su assortimento completo e qualità, si conferma come un punto di riferimento, anche grazie a un dialogo costante con i medici. Gloria Med Spa, fondata nel 1926 dalla famiglia Peroschi, è un'azienda italiana storica che produce articoli per la prevenzione e per la terapia elastocompressiva. Una realtà consolidata - fra due anni festeggerà il suo centenario - che fa parte di Gloria Med Group, accanto a Gloria Med Pharma Srl, azienda farmaceutica specializzata in farmaci e dispositivi per terapia sclerosante.

Specialista nella terapia sclerosante

Il core business di Gloria Med Pharma Srl da 20 anni è la distribuzione e in esclusiva in Italia del farmaco sclerosante più utilizzato a livello mondiale.

In Italia, gli specialisti flebologi hanno a disposizione diverse tecniche di trattamento per risolvere le diverse patologie venose. Oltre alla più invasiva tecnica chirurgica (lo stripping) da anni il trattamento più diffuso è la scleroterapia, che prevede l'iniezione del farmaco nel vaso malato, in forma liquida o in schiuma. Altri trattamenti endovascolari sono la radiofrequenza e il laser, questi ultimi comunque abbinati alla scleroterapia. I medici che in Italia praticano questa tecnica si rivolgono all'azienda per acquistare il farmaco nelle varie concentrazioni, a seconda delle indicazioni. Per questo motivo nell'assortimento sono stati inseriti i dispositivi necessari per effettuare il trattamento, sia che il farmaco venga utilizzato in forma liquida sia in schiuma. Questo permette al medico specialista di avere un unico interlocutore professionale e specializzato per semplificare il lavoro.

Una nuova sede per un business in crescita

L'azienda storica Gloria Med Spa è di quarta generazione della famiglia Peroschi. Attualmente, i proprietari che operano in azienda sono Alessandro Peroschi, che gestisce la parte commerciale e marketing, in passato anche all'estero per sviluppare le esportazioni, e il fratello Franco, ingegnere che cura la produzione. Uno dei figli di Alessandro, Alberto, da anni affianca Franco nel



la produzione e ora ricopre la carica di responsabile Ricerca & Sviluppo. Gloria Med è un'azienda italiana che ha sempre tenuto in grande considerazione i valori del lavoro. Quando cinque anni fa è stato deciso di realizzare la nuova sede produttiva/logistica, indispensabile per poter per assecondare adeguatamente lo sviluppo del business, la famiglia Peroschi ha privilegiato una localizzazione che tenesse conto della provenienza dei propri dipendenti. Per questo motivo anziché orientarsi verso l'area di Como, dato che l'azienda ha la sede amministrativa e commerciale a Menaggio in centro lago, considerando che la maggior parte dei lavoratori impiegati in produzione proviene dall'alto Lario, la famiglia ha deciso di fare una scelta diversa realizzandola a Traona, in bassa Valtellina. Si è quindi posta particolare attenzione alle esigenze dei dipendenti e, allo stesso tempo, mantenere un patrimonio costituito da esperienze, professionalità e relazioni umane. Tutto ciò non trascurando l'ecosostenibilità che caratterizza la nuova sede inaugurata due anni fa.

Lo specialista al centro

L'85% del prodotto Gloria Med Spa è rappresentato da calze elastocompressive, al momento in Italia l'azienda è in questa merceologia numero uno quanto a produzione e commercializzazione. Il suo DNA, infatti, è da sempre stato interagire costantemente con i medici di riferimento, gli specialisti vascolari. La società ha infatti voluto mettere il medico al centro del progetto, operazione espressa anche dal restyling del logo del brand. Se, all'inizio, il marchio si presentava con un ovale con la scritta "Gloria", al quale successivamente è stata aggiunta la data di fondazione 1926, oggi l'azienda è conosciuta come Gloria Med. Il vecchio marchio, pur es-

sendo ben noto nel mondo scientifico, risultava poco visibile dal punto di vista grafico sui programmi e nelle locandine dei congressi ai quali l'azienda partecipa. Ecco perché è iniziata una ricerca che ha portato, tre anni fa, a fare questa scelta importante per dare la giusta visibilità all'azienda. Una scelta non poco dolorosa all'inizio, considerando la storicità del precedente, ma che ha permesso di creare qualcosa di completamente nuovo, composto da una freccia che dà la sensazione di dinamismo e di proiezione verso il futuro, ma che al contempo potrebbe essere interpretata tridimensionalmente come l'immagine di un cubo, di un contenitore. Quello che, in realtà, Gloria Med rappresenta: un contenitore di prodotti, servizi, qualità, persone, idee e valori: a tal proposito, invitiamo i lettori a visionare il video sul profilo LinkedIn dell'azienda: "Qui non facciamo numeri, qui trattiamo storie", che in due minuti mostra chiaramente cosa significhi l'essenza di Gloria Med. Inoltre, il logo è stato declinato per le altre aziende del Gruppo e per tutte le linee di prodotto.

La mission, dunque, è trovare più soluzioni per la cura, il benessere e la bellezza delle gambe del paziente, in particolare per quanto attiene ai problemi di origine venosa. Un quadrilatero perfetto: Gloria Med Group, medico, paziente, punto vendita specializzato.

Un'offerta completa per il paziente e per lo specialista

Oggi Gloria Med è l'azienda con l'offerta più completa, considerando sia i prodotti per il paziente/consumatore sia i prodotti professionali per il medico specialista. Nel primo caso si parla di calze e collanti preventivi, di linee di calze a

trama circolare con materiali diversi, calze a trama piatta per linfedema, bracciali elastocompressivi, ausili per facilitare le operazioni di indossare e togliere calze e bracciali, calze antitrombosi, bende elastiche e anelastiche, apparecchi per pressoterapia sequenziale, tutori da indossare dopo interventi di chirurgia estetica, tutori per ustionati, dermocosmetici per gambe, olio e gel a base di silicone medicale per evitare lo sviluppo dei cheloidi in presenza di cicatrici. Calze, bracciali e tutori sono anche disponibili nelle versioni su misura. Oltre a questi prodotti, l'azienda ha sempre in assortimento alcuni prodotti classici: fasce postoperatorie, supporti elastici ortopedici, slip per emilia, tutti prodotti costruiti ponendo molta cura alla qualità dei materiali usati. Per il medico vascolare, come detto, l'azienda propone farmaci e di-

positivi per scleroterapia, sistemi di visualizzazione delle vene, apparecchi diagnostici, strumenti chirurgici, bende elastiche e anelastiche.

Gloria Med ha la caratteristica di essere l'unica in Italia e una delle poche in Europa ad avere un ciclo produttivo verticale integrato a partire dalla ricopertura di fileto sino al prodotto finito. Questo permette la ricerca e lo sviluppo dei filati ideali per ogni tipo di calza, tenendo presente che ha in assortimento cinque linee di calze a trama circolare con materiali diversi, a seconda delle esigenze del paziente.

Scherzosamente, in Gloria Med amano definirsi "il total look della flebologia": l'offerta è molto ampia e variegata e questo dal punto di vista del marketing è un vantaggio competitivo enorme. Per questo cerca di trasmettere questo messaggio direttamente ai medici e ai punti vendita specializzati.

Efficienza nella distribuzione

Nel caso delle calze medicali chi consiglia il prodotto è sempre lo specialista, che sia il chirurgo plastico o vascolare, il flebologo o il medico estetico. Per sua scelta, l'azienda non vende direttamente al privato ma sempre attraverso i punti vendita specializzati. Il Servizio Clienti, professionale ed efficiente, processa immediatamente gli ordini che riceve quotidianamente e successivamente spedisce ai clienti. Il magazzino ottimamente assortito permette all'azienda di essere tempestive e rispondere nell'immediato alle richieste.

Marketing

Gloria Med è diventata, non solo per fatturato, azienda di riferimento nel mondo medico per la flebologia. Oggi è presenti a circa 60-60 eventi l'anno, tra cui congressi, corsi e workshop, ritenendo fondamentale andare di pari passo con l'aggiornamento dei medici specialisti, grazie a corsi di terapia compressiva, bendaggio, riabilitazione linfologica e scleroterapia. Questo ha permesso a Gloria Med Group di essere un punto di riferimento importante, non solo a livello di prodotto e di servizio, ma anche e soprattutto a livello culturale.

Tutto questo in Italia. Nei mercati internazionali l'azienda è presente in circa 60 Paesi tramite distributori esclusivi. In questo caso il punto di forza è l'ampio assortimento di calze e tutori preventivi e medicali: in questo modo è in grado di coprire efficacemente esigenze diverse che possono variare da Paese a Paese.

Enovis Italia a Exposanità 2024

Enovis si presenta alla ventitreesima edizione di Exposanità con una proposta di soluzioni tecnologiche a 360 gradi per la salute e il benessere e con novità importanti, come l'acquisizione di LimaCorporate, eccellenza nel campo delle protesi, e lo sviluppo della nuova divisione Surgical

È con grande entusiasmo che Enovis partecipa all'edizione 2024 di Exposanità, evento di riferimento nel settore sanitario. Quest'anno, Enovis è presente in grande stile con due stand nei padiglioni dedicati all'Ortopedia e alla Riabilitazione, offrendo un'esperienza coinvolgente e informativa per tutti i partecipanti. Exposanità 2024 è l'occasione per presentare in Italia la divisione Surgical, dopo l'acquisizione dell'eccellenza italiana LimaCorporate nel campo protesico. Questa unione rappresenta un punto di svolta nella missione dell'azienda di offrire soluzioni terapeutiche avanzate e complete per migliorare la vita dei pazienti in tutto il mondo.

Impegno per l'eccellenza clinica

La filosofia di Enovis è più di una semplice missione aziendale: è un impegno totale verso il benessere completo dei pazienti, con impegno a offrire soluzioni tecnologiche a 360 gradi che coprono ogni fase del percorso di salute, dalla prevenzione al completo recupero. L'acquisizione di LimaCorporate segna un passo significativo nella ricerca dell'eccellenza clinica. Unendo le forze con questa eccellenza italiana nel campo delle protesi, Enovis si rafforza ulteriormente come leader globale nel settore medico, portando avanti la sua missione di "Creating Better Together" con determinazione e passione ancora maggiori.

Stand Ortopedia: innovazione e avanguardia

Presso lo stand Enovis nel padiglione dedicato all'Ortopedia, i visitatori hanno l'opportunità di scoprire le ultime innovazioni nel campo della salute muscolo-scheletrica. Con i brand di livello globale Aircast e DonJoy, Enovis offre una vasta gamma di prodotti ortopedici di alta qualità progettati per migliorare la mobilità e la qualità della vita dei pazienti. Gli esperti Enovis sono disponibili per fornire informazioni dettagliate sui prodotti, condurre dimostrazioni pratiche e discutere delle ultime tendenze nel trattamento delle lesioni muscolo-scheletriche. È l'occasione perfetta per esplorare le soluzioni innovative di Enovis nel campo dell'ortopedia.

Stand Riabilitazione: terapie fisiche avanzate

Nel padiglione dedicato alla Riabilitazione, Enovis è presente con i brand leader nel campo delle tera-



VIENI A TROVARCI ALLO STAND A42

Sistema Triton per decompressione vertebrale passiva



Protesi in Trabeclar Titanium, brevetto LimaCorporate

L'ACQUISIZIONE DI LIMACORPORATE SEGNA UN PASSO SIGNIFICATIVO NELLA RICERCA DELL'ECCELLENZA CLINICA DA PARTE DI ENOVIS, CHE SI AFFERMA COSÌ ULTERIORMENTE NEL SETTORE MEDICO

pie fisiche Chattanooga e Compex, con le più recenti tecnologie e apparecchiature per la riabilitazione e il recupero fisico. Dal trattamento del dolore alla stimolazione muscolare, Enovis offre soluzioni terapeutiche avanzate progettate per aiutare i professionisti sanitari a ottenere risultati ottimali per i loro pazienti. Con dimostrazioni pratiche e sessioni informative, Enovis si impegna a con-

dividere conoscenze ed esperienze nel campo delle terapie fisiche.

Enovis a Exposanità 2024

Enovis invita a scoprire di persona le sue soluzioni terapeutiche innovative e all'avanguardia. Si avrà l'opportunità di conoscere più da vicino la nuova divisione Surgical ed esplorare le ultime novità nel campo della salute e dell'innovazione.



VIENI A TROVARCI ALLO STAND A42

Chattanooga Lightforce, laser ad alta potenza



VIENI A TROVARCI ALLO STAND A58

Nuova linea Cnartrosi DonJoy



VIENI A TROVARCI ALLO STAND A58

Soluzioni DonJoy per osteoporosi

11 Exposanità news • aprile 2024

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

101015

EXPOSANITÀ NEWS PER PAVIS

In provincia di Varese c'è una storica realtà industriale che produce dal filo al prodotto finito tutori ortopedici e dispositivi di contenimento, puntando al massimo comfort per i pazienti

Pavis punta al benessere e alla qualità della vita

Bianca Biffi

Ausili ortopedici per la riabilitazione e per la prevenzione: è il core business di Pavis (Buguggiate, VA) che da oltre 50 anni salvaguarda e migliora la qualità di vita di chi necessita di supportare la mobilità, l'indipendenza e il comfort in presenza di problemi fisici o disabilità. Un'azienda innovativa nel campo degli articoli ortopedici e di contenimento addominale che ha acquisito competenze e capacità specifiche e performanti nella creazione di prodotti di elevato standard tecnico. «Pavis è nata nel 1969, dopo un'esperienza nel tessile e questo è stato fin da subito il punto di forza, che l'ha contraddistinta e la qualifica sul mercato. Partiamo dal filo e arriviamo al prodotto finito verticalizzando al massimo l'attività: iniziamo dallo studio del tessuto per arrivare al prodotto finito con un risultato elevato in termini di qualità, tecniche costruttive, comfort e soprattutto di indosso, dato che sarà indossato per molte ore al giorno senza irritare la pelle», ha spiegato Barbara Frangi, marketing manager di Pavis Spa e figlia di uno dei fondatori dell'azienda.

Lo sguardo sull'innovazione

Pavis è un'azienda dinamica e attenta al mercato per soddisfare al meglio le molteplici necessità di prevenzione e di riabilitazione in costante evoluzione.

Da sempre a conduzione familiare, con 23 dipendenti, ha le dimensioni di una piccola-media impresa che compete sui mercati italiano e internazionale. Un'azienda che anticipa i bisogni dei consumatori, usando tecniche di costruzione e materiali unici, alla ricerca del massimo comfort e benessere.

L'alta competitività è ottenuta mantenendo un ottimo rapporto di qualità/prezzo.

La competenza maturata nella creazione di tessuti di alto standard tecnico/qualitativo è in continuo sviluppo, alla ricerca di tecnologie e materiali sempre più innovativi. «I nostri dispositivi sono composti principalmente da tessuti, creati interamente da noi: partendo dalla scelta del filato, produciamo i tessuti specifici per la realizzazione dei diversi dispositivi medici».

Contiamo su una ricca varietà di tessuti, elastici e non, con caratteristiche di vario genere, spesso combinati tra loro per creare prodotti funzionali e altamente confortevoli, garantendo tenuta e sostegno do-

ve serve. «Siamo sempre alla ricerca del massimo benessere. Il primo passo è sempre stato la scelta di filati di alta qualità. Storicamente siamo partiti con il cotone naturale (con cui è stato creato l'Airflex, esclusivo tessuto elastico, poliestensivo, in puro cotone, perfettamente traspirante e di massima tollerabilità), negli anni abbiamo sviluppato altre tipologie di tessuti, utilizzando diversi filati tecnici (come il Radyarn, batteriostatico, leggero, confortevole e altamente tollerabile) per ottenere prodotti finali qualitativamente elevati: traspiranti, anti odore e non allergenici, tutte caratteristiche importanti in presidi che vanno indossati a contatto con la pelle e che devono essere più che "sopportabili". La priorità è il benessere del consumatore finale».

Per tutte le esigenze

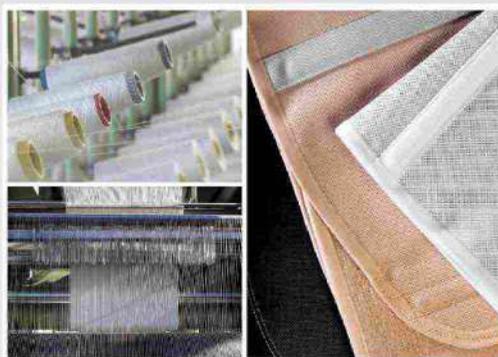
Pavis propone una vasta gamma di prodotti efficaci e innovativi per la riabilitazione post traumatica e post chirurgica. «Oggi la parte più importante della nostra produzione riguarda chirurgia generale e ortopedia, oltre ad altre linee per chirurgia estetica, geriatria e sport. Serviamo, infatti, ortopedie-sanitarie e farmacie ma anche reparti ospedalieri e cliniche. Siamo, inoltre, distributori di una linea di cuscini per il sonno e di prodotti antidecubito».

Dispositivi post operatori e per chirurgia generale

L'azienda è nata con slip e guaine emierie da usare prima e dopo interventi per ernia inguinale e si è arricchita nel tempo, inizialmente con presidi di contenimento addominale. «Oggi offriamo un'ampia gamma di modelli di slip e fasce post operatorie, eccellenti in termini di qualità e comfort.

Siamo stati pionieri nel sostituire gli slip ai vecchi cimi emierie e siamo stati i primi a proporre la doppia chiusura a velcro sulla parete addominale per agevolare la fase di indosso e regolazione della tensione elastica, con estrema semplicità. Con l'ampia gamma di modelli, differenti in altezze, colori e caratteristiche di tessuti, copriamo tutte le esigenze anche in termini di prezzi.

Molto importante per le fasce post chirurgica generale è la caratteristica sanitized, ottenuta sottoponendo il tessuto a un trattamento antimicrobico tecnologicamente avanzato che lo protegge dalla proliferazione di batteri e muffe e garantisce massima igienicità, importante soprattutto nel post operatorio perché aiuta a prevenire eventuali infezio-



Stod, correttore di postura dinamico e leggero, è stato premiato a Adi Design index 2022 con un riconoscimento di innovazione tecnologica nell'ambito del benessere

ni. Per altri modelli di questi dispositivi è stato, invece, usato un tessuto in Radyarn, un filato tecnico e batteriostatico.

I tutori ortopedici

L'evoluzione di Pavis è proseguita implementando l'offerta con sempre prodotti nuovi quali cinture lombari, corsetti e una linea di tutori per le articolazioni. In particolare, verso fine anni '90, dopo un'attenta ricerca di mercato, ha ampliato la gamma sviluppando una nuova linea di tutori ortopedici per le articolazioni, realizzati con materiali innovativi e tecnologie brevettate. Chiusure e sistemi di regolazione personalizzabili e tessuto a doppio strato con cotone sulla pelle e materiale velcroabile esterno. Completano il catalogo una linea per bambini e una per gli anziani.



In occasione di Expositività Pavis presenta P-FIX, nuova linea di polsieri per immobilizzazione di polso e pollice

no protezione e stabilità. Lo speciale tessuto offre massimo comfort, traspirazione, leggerezza e tollerabilità durante l'attività.

La nuova linea P-FIX

In occasione di Expositività Pavis presenta P-FIX, nuova linea di polsieri per immobilizzazione di polso e pollice che rinnova la linea tradizionale in cotone a contatto con la pelle.

«A differenza dei precedenti, questi tutori sono realizzati in Radyarn, più tecnico e leggero, che rimane fresco a contatto della pelle, traspirante al 100%. I sistemi di chiusura rispecchiano quelli dei modelli già esistenti, ma migliorati in termini di semplicità, di indosso e regolazione. Quattro tipi di tutori compongono la linea P-FIX».

Correttore di postura STOP

STOD - prodotto premiato Adi Design. Nella linea di prodotti di Pavis c'è Stod, correttore di postura dinamico e leggero che è stato premiato a Adi Design index 2022 con un riconoscimento di innovazione tecnologica nell'ambito del benessere (riconoscimento tra le eccellenze lombarde del "Design per la persona"). La sua funzione non è bloccare le articolazioni e i muscoli ma correggere la postura consentendo all'utente di percepire i propri movimenti. STOD è un correttore di postura progettato durante il periodo Covid per dare supporto alle persone costrette a casa in smart working: è stato studiato, completamente regolabile nei dettagli, per adattarsi perfettamente all'utente.

Grazie alla sua leggerezza e ai tiranti elastici, supporta l'utilizzatore a livello propriocettivo, cioè ricorda la postura corretta ma senza bloccare. Un sistema di aggancio a velcro degli spillacci permette di usare due diverse tipologie. La possibilità di regolare il punto di trazione posteriore, gli spillacci e la fascia addominale permette di adattarlo perfettamente alle esigenze dell'utente. Realizzato con materiali tecnici è adatto ai ragazzi come agli adulti ed è disponibile in tre misure per soddisfare tutte le esigenze di vestibilità.

Linea per il posizionamento e per il sonno

La linea Orthia, prodotta in Portogallo e distribuita da Pavis, è composta da supporti che minimizzano la pressione del corpo sulla superficie, particolarmente adatti per le persone che devono rimanere sedute o sdraiate per lunghi periodi. La distribuzione del peso avviene, infatti, in modo uniforme, dando grande sollievo ai pazienti costretti a stare in sedia a rotelle o sdraiati a letto per lunghi periodi di tempo.

«La linea comprende anche sistemi di posizionamento costituiti da tessuto imbottito con tela impermeabile sul lato esterno, molto resistente e semplice da pulire.

Ci sono poi i cuscini effetto memory che si modellano sul contorno della colonna cervicale, permettendo il rilassamento dei muscoli del collo: vengono consigliati in caso di cefalee, dolori e rigidità cervicali e alla schiena, sonno scarso, russamento».

Kern & Sohn è un'autentica pioniera del business delle misurazioni di precisione: risale al 1769 la prima bilancia messa a punto dal fondatore Jakob Sauter, che per realizzarla perfezionò un progetto ideato nel borgo montano di Onstmettingen, nella regione tedesca del Baden Württemberg, dal pastore locale Philipp Matthäus Hahn. Questo fu dell'azienda la più antica costruttrice di strumenti per la misura del peso in Germania e una delle più antiche al mondo. Dopo essere passata nelle mani dell'erede diretto Simon Sauter, alla prematura morte dei figli di quest'ultimo Gottlieb Kern ha preso le redini e dato impulso alla sua crescita, adottando la denominazione Kern & Sohn. All'inizio del terzo millennio al timone della società si è posizionata l'ottava generazione della famiglia Sauter: l'ingresso dell'attuale amministratore delegato Albert ha coinciso con una svolta.

L'espansione della gamma

Sotto la sua direzione il brand svevo ha affiancato al tradizionale business delle bilance di precisione quello dei sistemi industriali e dei dispositivi per il calcolo della forza, della durezza e dello spessore delle superfici. Nel 2008 sono stati introdotti i primi modelli dedicati al settore medicale e alla metà del decennio scorso hanno visto la luce inedite gamme di microscopi e refrattometri, in linea con il marcato orientamento del management all'innovazione. Albert Sauter è convinto che «sotto un rinnovamento e uno sviluppo ininterrotti, uniti alla gestione sostenibile, possono assicurare la continuità della nostra storia imprenditoriale di successo. Stiamo focalizzandoci sulle soluzioni collegabili in rete (networkable), che possono essere riadattate per servire le esigenze più varie; sul software e sull'automazione dei magazzini». L'approccio è, quindi, pienamente conforme ai dettami di industria 4.0 e prevede l'immediato trasferimento dei dati provenienti dalle operazioni di misura e peso ai personal computer che li interpretano e rielaborano anche per tenere traccia dei vari passaggi della catena di fornitura. «Siamo al passo con i progressi della tecnologia, cercando di proporre prodotti facilmente integrabili con i network delle imprese clienti. Gli applicativi complementari stanno acquisendo a loro volta un'importanza crescente ai fini di indirizzare la domanda di tutti i clienti».

Più spazio alla logistica

Kern & Sohn offre oggi al mercato non meno di 6.000 referenze di prodotto e un vasto portfolio di servizi. La personalizzazione è parte del suo bagaglio di competenze e a essa sono rivolti gli sforzi di una divisione attiva presso l'odierno quartier generale di Balingen: CUSOS, Customized Solution Service Department. Al contempo le unità di R&D accertano che riscontri e idee provenienti dal mercato e dalle richieste dei singoli utilizzatori siano accolti dai tecnici in sede di sviluppo. Essere 4.0 significa, però, molto altro per l'azienda. Scommettere sull'automazione, per esempio. Proprio questo si sta facendo negli spazi da 25 m di

Partendo dall'originaria specializzazione come produttore di bilance di precisione la tedesca Kern & Sohn ha esteso la sua visione e i suoi interessi ad altri ambiti delle tecnologie di laboratorio e medicali sviluppando strumenti quali microscopi e refrattometri per il settore medicale e l'industria

Roberto Caminati (foto: KERN)

La misura del successo



Sulla via della crescita: nel 2021 KERN ha costruito un nuovo e moderno edificio per uffici presso la sede centrale dell'azienda a Balingen, in Germania. Sullo sfondo il magazzino a scaffalati, costruito nel 2014



A sinistra. Precisione per il laboratorio: le bilance analitiche e i microscopi fanno parte dell'ampia gamma dei prodotti commercializzati dal più antico produttore di bilance di precisione in Germania

A destra. Le bilance per bambini fanno parte dell'ampio portafoglio di prodotti di bilance mediche per ospedali e studi medici. KERN MSA, in foto, è dotata di uno speciale raggio di sicurezza e appartiene alla linea Premium KERN di bilance mediche integrabili

altezza del suo magazzino a scaffalature dal quale sistemi di misura e microscopi partono per tutti i continenti, a ritmi di 500-800 confezioni al giorno e almeno 30-50 pallet. La struttura, costruita nel 2014, era predisposta in origine per accogliere circa 80 mila pacchi e fino a 3.500 bancali di merci e sta arrivando alla soglia massima di capienza. Per questo i programmi per l'edificazione di una seconda e più ampia facility sono già stati avviati.

L'innovazione è sostenibile

Albert Sauter ha reso nota di recente l'intenzione di aprire filiali strategiche per presidiare i principali Paesi

di sbocco d'Europa. Contestualmente Kern & Sohn persegue il traguardo della sostenibilità. Il tetto del citato polo logistico ha un impianto fotovoltaico che permette di guadagnare margini di risparmio energetico e autonomia riducendo le emissioni di CO2. I piani per l'avvenire implicano altresì un più forte accento sulla riciclabilità in ottica di economia circolare. «Oggi i nostri insediamenti industriali sono riscaldati e raffreddati ricorrendo all'energia geotermica e quindi in modo largamente neutrale dal punto di vista climatico. Anche il packaging è direttamente interessato dalla nostra visione gre-



Oggi Albert Sauter, amministratore delegato di KERN & SOHN GmbH, si concentra su prodotti collegabili in rete che possono essere adattati alle esigenze individuali e su software specializzati

en e stiamo focalizzandoci su imballaggi realizzati con materiali riciclabili. Kern & Sohn va così verso un avvenire più sostenibile». Nell'immediato, il team dell'azienda è concentrato sulla sua presenza a Exposanità di Bologna.

In fiera con l'IoT

Il concetto di Industrial Internet of Things e le tecnologie a esso correlate caratterizzano la presenza di Kern & Sohn a Exposanità (pad. 19, stand C58). L'IoT è, d'altronde, l'habitat ideale della linea Premium di bilance mediche, integrabili in modo semplice e flessibile alla rete preesistente di una struttura sanitaria. Kern Premium Line raggruppa un catalogo di strumenti che vanno dalle bilance pesaneonati al pesapersone e alle sedie pesapersone professionali. La connettività è il tratto comune a una varietà di esemplari sul mercato. I modelli di questa famiglia garantiscono trasmissione wireless dei dati di pesatura alla cartella clinica dei pazienti, indipendentemente dai software usati e su protocollo WLAN. Kern Universal Port (KUP) assicura massima flessibilità e possibilità di personalizzazione rispetto alle più diffuse interfacce industriali: RS232, USB, bluetooth ed ethernet.

Inoltre, l'implementazione di KCP (Kern Communication Protocol) fa sì che una bilancia sia monitorata e interrogata a distanza sia mediante appositi dispositivi di controllo sia tramite i computer. Per l'utilizzatore finale, i vantaggi di Premium Line risultano evidenti fin da subito e il primo fra questi è la possibilità di minimizzare gli errori grazie alla rapida trasmissione (dalla macchina agli ERP o altre piattaforme) delle informazioni digitalizzate. Ne consegue una netta accelerazione dei processi e delle operazioni (l'accesso ai dati avviene nel volgere di pochi secondi) rafforzata dal fatto che i sistemi in questione limitano ai minimi termini il bisogno di manutenzione; né necessitano di software aggiuntivi. Approvate secondo la direttiva europea sui dispositivi medici 93/42/CEE le bilance e pesapersone danno modo agli utenti di eseguire in automatico il backup dei dati rilevati attivando l'archivio - opzione di fabbrica - Alibi.

13
Exposanità news • aprile 2024

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

101015

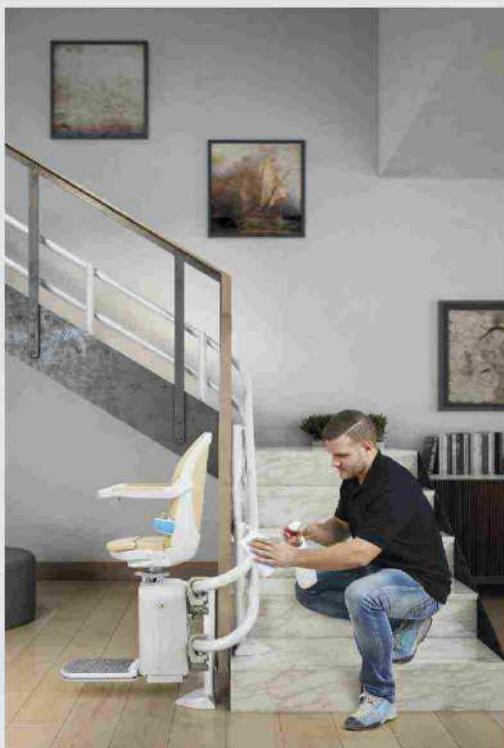
EXPOSANITÀ NEWS PER MOBILITY CARE

Azienda di comprovata esperienza nel settore della mobilità e dell'abbattimento delle barriere architettoniche, Mobility Care è presente per la prima volta a Exposanità con l'obiettivo di raccontare il suo approccio custom made e vincente alle esigenze di mobilità della persona

Soluzioni personalizzate per la mobilità della persona



MOBILITY CARE OFFRE SOLUZIONI PRATICHE E INTELLIGENTI CHE MIGLIORANO LA QUALITÀ DELLA VITA, AIUTANDO E ACCOMPAGNANDO LE PERSONE ANZIANE E DISABILI NEL QUOTIDIANO, DENTRO E FUORI CASA



Roberto Tognella

Più di 10 mila clienti soddisfatti, oltre 5 mila impianti venduti e installati, più di 45 dipendenti, 99,8% di recensioni positive, questi sono i numeri di Mobility Care srl, azienda che opera nell'ambito della mobilità della persona per la prima volta presente a Exposanità. Capillarmente presente nel Nord Italia, sempre più tra i player di riferimento nel suo settore, Mobility Care si rivolge con professionalità e trasparenza alla propria clientela facendo leva su un team competente e formato.

Ne abbiamo parlato con Matteo Pisan, responsabile Marketing di Mobility Care.

Da molti anni vi occupate di soluzioni per la mobilità, quali sono i vostri obiettivi?

Mobility Care srl è un'azienda giovane e dinamica di comprovata esperienza nel settore della mobilità e dell'abbattimento delle barriere architettoniche.

Ci definiamo "una famiglia che aiuta altre famiglie"; la nostra azienda, pur essendo cresciuta in maniera significativa negli anni, ha preservato quell'imprinting iniziale dove il rapporto umano, l'attenzione al prossimo, i valori etici sono quelle pietre fondanti sulle quali nasce la nostra attività.

La mission di Mobility Care è offrire soluzioni pratiche e intelligenti che migliorino la qualità della vita, aiutando e accompagnando le persone anziane e disabili nel compiere anche i più piccoli gesti quotidiani, dentro e fuori casa.

Questo grazie a una proposta di soluzioni a 360° che ci permette di soddisfare tutte le esigenze di mobilità dei nostri clienti in casa e fuori casa: servoscala, montascale, piattaforme elevatorie, ascensori, sollevatori, rampe, bagni attrezzati.

Il nostro business si focalizza attualmente sul Nord Italia, quindi: Veneto, Trentino, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna. Facciamo leva su una rete ben organizzata, capillarmente presente con showroom, centri tecnici e assistenza nelle principali province delle regioni in cui operiamo.

L'importanza di un team strutturato

Il cliente è il fulcro di ogni nostra attività: lo seguiamo in tutte le fasi, dal primo contatto telefonico, al primo sopralluogo e preventivo gratuiti, al progetto personalizzato e su misura, alla consegna dell'impianto e installazione, alla manutenzione e ai servizi post-vendita, e, non ultimo, l'assemblaggio delle pratiche necessarie per accedere alle agevolazioni fiscali e ai vantaggi previsti per legge.

Per garantire un servizio di qualità serve una squadra di lavoro che operi in sintonia, ciascuno secondo le proprie specifiche competenze, le quali vengono continuamente aggiornate grazie a un'Academy interna che prevede attività di formazione e laboratori di confronto tra i vari reparti con cadenza mensile.

Come avete impostato la vostra partnership con le ortopedie e gli operatori del settore?

Trasparenza, senso di responsabilità, massima professionalità sono quei punti cardine che alimentano quotidianamente il nostro rapporto con i professionisti del settore.

Vogliamo creare relazioni e collaborazioni di qualità, attraverso un dialogo aperto, sincero e costruttivo.

Ogni collaboratore è per noi un unicum e come tale ogni rapporto è necessariamente personalizzato grazie al confronto e all'analisi approfondita delle sue specifiche esigenze.

Proponiamo corner di visibilità all'interno delle ortopedie con impianti demo, vetrofanie e materiali di comunicazione cartacei e digitali, offriamo un servizio customizzato chiavi in mano occupandoci noi di tutto.

Il nostro obiettivo ultimo è costruire una collaborazione duratura e reciprocamente vantaggiosa, che amplii i servizi offerti dall'ortopedia ma anche dagli altri operatori del settore, con soluzioni innovative che non si sovrappongono alle loro attività e non entrino in concorrenza con i prodotti/ausili e soluzioni che propongono.

In questo modo, possiamo contribuire al successo comune, creando valore per tutti gli attori coinvolti.

Per la prima volta siete presenti a Exposanità. Quali risultati vi aspettate da questa partecipazione?

Abbiamo sempre guardato con interesse e un pizzico di ambizione a Exposanità.

Oggi grazie alla forte crescita di Mobility Care, l'azienda è presente da protagonista all'edizione 2024.

L'obiettivo è di presentare a un pubblico più ampio e altamente qualificato le nostre soluzioni e i nostri servizi.

Vogliamo raccontare l'approccio di Mobility Care a tematiche spesso complesse come quelle della mobilità nella persona con disabilità e nell'anziano; vogliamo incontrare i professionisti del settore e stringere con loro relazioni/collaborazioni, identificando, al contempo, nuove opportunità di business.

Uno sguardo al futuro di Mobility Care

Abbiamo di recente inaugurato una nuova sede a Bergamo e prossimamente anche a Torino.

Un segnale forte degli obiettivi di consolidamento e crescita di Mobility Care, la quale ha tra i suoi prossimi obiettivi anche l'espansione in tutta la Penisola.

Crescita che passerà anche per la costante valorizzazione delle nostre risorse umane con l'obiettivo di continuare a proporre un servizio di qualità e al contempo innovativo.

Vogliamo costruire collaborazioni solide, sincere e durature con i nostri partner aiutando i loro/nostri clienti a ritrovare il sorriso e la libertà di poter vivere appieno la propria vita dentro e fuori casa.

FNOPI

Francesca Morelli

L'evoluzione della professione infermieristica

Com'è cambiata la professione infermieristica nell'ultimo ventennio? Normative, formazione e inquadramento dell'infermiere nell'assetto sociale attuale e futuro



Dispositivi e tecnologie, nuovi modelli organizzativi interni alle strutture ospedaliere, residenziali e territoriali, percorsi di alta formazione, ampliamento di expertise e non ultimo le disposizioni di legge dell'anno 2000. Un panorama di fattori che hanno elevato la qualità della professione infermieristica e trasformato i suoi operatori – circa 460 mila fra infermieri dipendenti del pubblico, del privato e/o altri enti, e liberi professionisti – da figure prevalentemente assistenziali a professionisti che svolgono un ruolo proattivo nella risposta ai bisogni di tipo sociosanitari all'interno della comunità.

Il nuovo ruolo dell'infermiere secondo la legge

Meno di un decennio: il periodo tra il 1994 e il 2000 ha cambiato in maniera sostanziale la figura dell'infermiere, definendone operato, riconoscendone un ruolo in precedenza quasi esclusivamente assistenziale alla persona-paziente, a un prezioso contributo sociale. «La legge 251/2000», spiega Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI), «è la punta dell'iceberg di un lavoro iniziato già nel decennio precedente a partire dai diplomi universitari del 1992 e dalle lauree brevi poi, che hanno portato nel 1994 alla definizione del profilo del nuovo infermiere.

Si è trattato di un percorso importante, una sorta di primo patto con il cittadino in cui si è sancita l'autonomia della professione, inquadrando l'assistenza in una dimensione sociale più ampia, non più confinata al-

le strutture sanitarie, ma pienamente integrata con il territorio. Si è così stabilito un contratto senza mediazioni tra i veri protagonisti dell'assistenza: l'infermiere e il cittadino».

La legge 251/2000, a oggi la più attuale e ancora in vigore, ha stabilito che gli infermieri in possesso dei titoli di studio rilasciati con i precedenti ordinamenti potessero accedere alla laurea di secondo livello in Scienze Infermieristiche, con un implicito riconoscimento formale della diligenza: da questo momento anche per gli infermieri si sono aperte le porte per un possibile accesso alla nuova qualifica di dirigente del ruolo sanitario.

Su queste basi la professione è cresciuta esponenzialmente con le lauree specialistiche, i dottorati, l'aggiornamento costante dei Codici deontologici che qualificano l'infermiere come "un professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica".

«Ovvero colui che nella sua individualità», prosegue Mangiacavalli, «prende in carico la persona e la collettività attraverso l'atto infermieristico inteso come il complesso di saperi, prerogative, attività, competenze e responsabilità specifiche in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali.

Processo che ha portato anche alla trasformazione dei Collegi in Ordini, enti sussidiari dello Stato che, come tali, partecipano in maniera diretta e in prima fila allo sviluppo di un'assistenza efficiente e di qualità».

Oggi la formazione infermieristica prevede una laurea triennale in Infermieristica (abilitante) e che dà accesso al master di I livello, seguita da una laurea magistrale in Scienze



Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche

L'INTRODUZIONE DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA O DI COMUNITÀ HA CONTRIBUITO A RAFFORZARE IL SISTEMA ASSISTENZIALE SUL TERRITORIO

Infermieristiche con possibile master di II livello ed eventuale dottorato di ricerca, come è ben dettagliato sul sito di FNOPI.

Un professionista di rinnovata expertise

Le richieste legislative per la professione hanno segnato anche una evoluzione nell'operatività dell'infermiere con l'ampliamento delle competenze, e la richiesta di una formazione più puntuale, generale e specifica, in risposta agli ordinamenti.

«Le competenze dell'infermiere si sono innovate e accresciute negli ultimi venticinque anni secondo alcuni precisi cardini. Quali la legge 42 del 1992 che all'articolo 1 abolisce il vecchio mansionario del 1974 e sostituisce la nomenclatura di professione sanitaria ausiliaria con quella di professione sanitaria, in funzione della legge del 1994 che ne definisce il passaggio da una dimensione puramente ausiliaria, appunto, a intellettuale: "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria". Inoltre, precisando che "l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività", si riconosce l'importanza del lavoro di équipe, in cui l'infermiere svolge un ruolo prioritario in quanto fra i primi professionisti ad interfacciarsi col paziente/utente che accede a una struttura sanitaria di qualsiasi natura».

Nel comma viene inoltre affidata all'infermiere l'identificazione dei **bisogni di assistenza infermieristica, quest'ultima pianificata e**

oggettivata in relazione a specifici protocolli e procedure assistenziali. Infine, il recepimento della direttiva europea 2013/55/UE, il Dlgs che ha introdotto la tessera europea, titola l'infermiere come responsabile dell'assistenza generale, cui spetta anche il compito di individuare, pianificare, organizzare e prestare in autonomia le cure infermieristiche al paziente, secondo il proprio expertise e in un'ottica di miglioramento della pratica professionale.

L'apporto dello strumentario

Nuove dotazioni, dispositivi e tecnologie hanno sensibilmente modificato e migliorato la qualità dell'assistenza infermieristica, in presenza e da remoto. Tra queste la teleassistenza, ormai parte integrante della pratica quotidiana, di cui possono beneficiare soprattutto settori difficili e delicati come l'emergenza. O ancora dispositivi diagnostici palmari, portatili e facili da usare, che miglioreranno sempre più l'operatività degli infermieri, ottimizzando il lavoro e l'assistenza alla persona.

«La FNOPI ha definito in un position paper l'ambito di sviluppo delle tecnologie digitali ad uso della professione», aggiunge Mangiacavalli, «con particolare attenzione al concetto di prossimità, identificato e eletto nel domicilio della persona assistita, ovvero la casa come primo luogo di cura, ed esteso ai servizi in forma diretta e facilmente accessibili per il cittadino a favore della migliore organizzazione, erogazione e gestione della cura: aspetti che ricadono sulla qualità della vita per il paziente, il caregiver e il contesto ambientale. Obiettivi, questi ultimi, che guideranno le scelte di investimento,

organizzative e tecnologiche di sanità digitale del presente e del prossimo futuro, fondata sulla rete. Ovvero sulla partecipazione (proattiva della persona assistita e dell'intero entourage in una logica di co-progettazione, dove ogni attore, compreso i caregiver, partecipano al processo-percorso di cura».

La sanità digitale rappresenta un'occasione importante per la tutela della salute nel Paese, per rendere fruibile e velocizzare l'accesso alla cura cui le professioni infermieristiche possono dare un importante contributo ed essere, a loro volta, valorizzate tramite, per esempio, lo sviluppo di competenze relazionali digitali. Queste devono diventare parte dei percorsi formativi delle professioni di cura a favore della maggiore integrazione dell'infermiere sul territorio, secondo quanto definito dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Il decreto 77/2022, infatti, demanda il riordino dell'assistenza sul territorio all'infermiere, in particolare a quello di famiglia e comunità, presente nei vari target e a domicilio con precise responsabilità a tutti i livelli: clinici, assistenziali e sociali. Altrettanto deve avvenire nella connected care.

Identikit dell'infermiere di famiglia e di comunità

L'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità, previsto per la prima volta nel Patto per la Salute, poi dal decreto 34/2020 e definitivamente profilato nel DM 77/2022, ha ulteriormente contribuito a rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, a promuovere maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, a favorire l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. Le Linee d'indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità, pubblicate da Agenas nel 2023, non solo hanno definito i numeri dell'infermiere di comunità – uno ogni 3.000 abitanti, che corrispondono a una compagine di circa 20.000 professionisti in Italia (nonostante la carenza di almeno 65mila unità in generale) – ma ha anche dettagliato la professionalità. Qua-



la figura con presenza continuativa nell'area/ambito o comunità di riferimento, l'infermiere deve assicurare l'assistenza ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con i professionisti presenti nella comunità (medico di Medicina Generale/pediatra di libera scelta, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, infermieri di ADI ecc.), perseguendo l'integrazione interdisciplinare con altri servizi infermieristici, sanitari e sociali, compreso servizi aziendali specifici, presenti sul territorio ponendo al centro la persona. L'infermiere deve, quindi, essere facilitatore e promotore di idonei stili di vita, in un'ottica di intercezione precoce dei bisogni della persona e del territorio, così come è suo compito monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza infermieristica in maniera integrata con le altre figure professionali del territorio. Non ultimo, deve svolgere la sua attività all'interno di una rete di protezione sanitaria e sociale, finalizzata ad attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del vo-

lontariato, del privato sociale e più in generale della comunità. «Il tempo che dedica alla relazione con la persona, agli altri operatori e alla rete dei servizi formali e informali va considerato tempo di cura».

Le qualità professionali e umane dell'infermiere oggi

Il percorso di formazione, dalla laurea triennale a quella magistrale e quindi ai dottorati di ricerca in Italia e/o all'estero, i master, consentono all'infermiere di acquisire qualità professionali di altissimo livello, che devono essere arricchite e sostenute da empatia e sensibilità: qualità umane imprescindibili per offrire la migliore assistenza ai pazienti, per avere la giusta attenzione al dettaglio e concentrazione sul lavoro, ma anche per sapersi relazionare con le persone con cui si interfaccia: pazienti di cui si prende cura, familiari, colleghi e altri professionisti, enti di governo.

«Non basta il rispetto e l'applicazione del codice deontologico nella sua interezza e integrità», specifica Mangiacavalli, «ciò che dà valore all'in-

CIÒ CHE DÀ VALORE ALL'INFERMIERE COME PROFESSIONISTA E COME PERSONA È SOPRATTUTTO IL BAGAGLIO UMANO, UNICO E INDIVIDUALIZZANTE, CHE SI STRUTTURA ENTRANDO IN RELAZIONE CON LA PERSONA ASSISTITA

fermiere come professionista e persona è soprattutto il bagaglio umano, unico e individualizzante di ciascuno, che si struttura entrando in relazione con la persona assistita, in un incontro tra curante e curato, legati da un forte patto di cura. Un bagaglio che via via si rinnova e si arricchisce di nuove conoscenze, di esperienze, di evidenze, di crescita anche personale, in un costante e interminabile mutamento.

Quando l'infermiere si avvicina alla persona assistita deve essere in grado di sostenere ogni azione e ogni scelta con dati scientifici, con disciplina, discernimento cognitivo, metodi e strumenti propri, che siano scali di valutazione, processi diagnostici, clinici-assistenziali, analisi dei rischi, valutazione dei bisogni nella loro complessità o altro. Deve avere la capacità di discernere se l'attività che gli si prospetta attiene alla disciplina infermieristica o se è da attribuire ad altro professionista, ovvero deve sapere definire e orientare il proprio agito al meglio nell'ambito della pratica clinica, senza perdere di vista la relazione con l'altro, valore fondante senza il quale la professione infermieristica non esiste e non ha ragione d'essere».

L'evoluzione della professione infermieristica

Saranno due i vettori guida dell'evoluzione della professione infermieristica: il necessario sviluppo formativo e dell'autonomia e i nuovi assetti demografici che nel breve termine caratterizzeranno l'orizzonte assistenziale del Paese. L'Italia, infatti, mostra valori dell'indice di dipendenza degli anziani fra i più alti in Europa, pari al 37,5% e in aumento rispetto a dieci anni fa di +5,5%, con previsioni stimate in crescita, passando dal 37,5% del 2022 al 46,2% del 2032 (+8,7%), più evidente al Sud, secondo i dati Istat, con indici di +11% rispetto a +7% nel Nord. Ai pari si assisterà a un aumento correlato delle cronicità.

«Ciò presuppone anche un nuovo assetto della cura», sottolinea Mangiacavalli, «in termini di prevenzione e assistenza della fragilità nella popolazione anziana, ma non so-

lò, pianificando strategie per garantire un facile accesso ai servizi sanitari e sociali, per favorire lo sviluppo di contesti urbani e piccoli centri con abitazioni adeguate, per potenziare il rafforzamento dell'assistenza domiciliare.

Ciò richiede di investire soprattutto in una riforma delle professioni sanitarie, in primis quella infermieristica, capace di rispondere ai mutati bisogni di salute e del contesto organizzativo. Un ulteriore passaggio indispensabile per far fronte all'aumento del peso della cronicità e della fragilità è la revisione degli attuali assetti organizzativi e operativi in una logica di ripensamento delle competenze necessarie (skill mix) e di cambio di ruoli in sostituzione (task shifting) o in affiancamento (task evolution) tra professioni sanitarie. Se questo avviene all'interno di un percorso di cura pianificato, adeguatamente monitorato e supportato dalle tecnologie digitali, si potranno registrare sensibili miglioramenti della qualità della presa in carico».

Le politiche sanitarie devono essere ripensate in un'ottica di snellimento dei percorsi sanitari e sociali in cui il cittadino sia guidato nell'utilizzo dei servizi e accompagnato lungo i percorsi diagnostico-terapeutici da infermieri con livelli di formazione specialistica, laurea magistrale a sviluppo clinico e precisi ambiti di sviluppo della carriera, della responsabilità e della professionalità, così come da altri professionisti adeguatamente formati.

L'infermiere nel quadro di politica sanitaria

L'infermiere nel suo percorso evolutivo di (tras)formazione si è qualificato come un professionista intellettuale che sostiene la qualità dell'assistenza e la difesa della salute dei cittadini. È convincimento di FNOPI che i siano gli elementi, la volontà e la disponibilità politica e istituzionale per comprendere tali necessità e le richieste della professione infermieristica, mettendo in atto le giuste azioni e soluzioni ove necessario. Servono ora azioni concrete, anche di rottura.

«L'idea di una sanità che non si basa più sull'acuzie, ma su un'assistenza in continuità, articolata sul territorio e più vicina ai contesti di vita e di lavoro», conclude Mangiacavalli, «si scontra ancora con l'immagine, ben radicata, dell'ospedale come luogo elitario di cura. Certamente esso ne detiene il ruolo in casi di eventi acuti, con cure altrimenti demandabili sul territorio in altri contesti: una transizione ancora da costruzione, specie per il capitale umano le cui risorse, soprattutto in ambito infermieristico, scarseggiano. È cambiato il modo di fare sanità, ma non gli standard di cura: gli ultrasessantacinquenni rappresentano oggi il 25% della popolazione e a loro, come alle altre categorie di cittadini, occorrono poche e puntuali prestazioni cliniche e lunghe stazioni assistenziali che solo gli infermieri sono in grado di garantire. È dunque necessario un cambio culturale, anche nella politica, senza il quale non si riconoscerà la necessità di spostare attenzioni e risorse su ambiti diversi da quelli dove finora si sono concentrate».



NEL SUO PERCORSO EVOLUTIVO L'INFERMIERE SI È QUALIFICATO COME PROFESSIONISTA CHE SOSTIENE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E LA DIFESA DELLA SALUTE DEI CITTADINI

CONTINUITÀ OSPEDALE-TERRITORIO Tiziana Corti


Gli sviluppi dopo il DM 77

Il PNRR e il DM 77 hanno ridisegnato i modelli organizzativi assistenziali, che stanno vivendo una profonda trasformazione. Emanuele Ciotti, direttore sanitario AUSL di Ferrara e presidente ANMDO Emilia-Romagna, fa il punto della situazione sul lavoro degli ultimi due anni



Emanuele Ciotti, direttore sanitario AUSL di Ferrara e presidente ANMDO Emilia-Romagna

Obiettivi conseguiti e target ancora da raggiungere: il percorso tracciato dal DM 77 prevede un lungo lavoro di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, con nuovi ruoli per ospedale e territorio, all'insegna della continuità e della presa in carico dei pazienti cronici. Ne parliamo con Emanuele Ciotti, direttore sanitario dell'Ausl di Ferrara e presidente Anmdo Emilia-Romagna, che delinea situazione attuale e prospettive future. «Del 15 miliardi di euro riservati alla Missione 6 del PNRR 7 sono destinati a reti di prossimità, telemedicina e assistenza territoriale. Il piano prevede la realizzazione di circa 1.038 CdC, 480 COT e 307 OdC. Per la telemedicina l'obiettivo è prendere in carico più di 300 mila persone, mentre per l'assistenza domiciliare il 10% degli over 65. A circa due anni dalla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del DM 77, possiamo dire che è stato un buon punto di partenza (ma non di arrivo) per l'assistenza territoriale, perché fissa standard che non c'erano».

Un primo bilancio

Nel 2022, osserva Ciotti, erano già visibili importanti progressi a livello nazionale rispetto al 2021, stesso discorso per il 2023 (es. copertura dell'assistenza domiciliare). «In Emilia-Romagna siamo al 10% degli obiettivi e quasi al 14% per l'Ausl di Ferrara. Agenas monitora la presenza degli standard obbligatori in CdC, COT e OdC. Il processo di verifica e controllo è elemento propulsivo anche per superare le differenze regionali e raggiungere omogeneità nazionale ed equità per i cittadini».

L'infermiere di comunità

Importante elemento di forza introdotto dal DM 77 è l'infermiere di comunità, figura professionale di riferimento che assicura assistenza infermieristica ai vari livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale di servizi e professionisti e ponendo al centro la persona. L'infermiere di famiglia e/o comunità interagisce con attori e risorse presenti nella comunità formali e informali. «In questo ambito cito l'esempio dell'Ausl di Ferrara: siamo partiti in pieno perio-

do Covid con 4 cellule e 8 infermieri in aree nelle quali erano state fatte analisi sui bisogni effettivi. Oggi siamo a 25 cellule con 50 infermieri e abbiamo in programma la realizzazione di altre 8 sedi. L'obiettivo è attivare 68 infermieri di comunità, ovvero circa metà dei 140 previsti per l'Ausl. Abbiamo superato i 50 mila utenti, che hanno ricevuto un servizio dall'infermiere di comunità e oltre 300 mila prestazioni».

Distretto, cardine dell'assistenza primaria

Il DM 77 ha posto al centro dell'assistenza primaria il distretto, nel suo ruolo di committente e referente per analisi dei bisogni, produzione e verifica del livello di qualità. «Si è definito un modello di riferimento da seguire per costituire un'organizzazione dove non c'era. Si partiva da realtà molto diverse con situazioni eterogenee; con l'arrivo del DM 77 tante realtà regionali (Lombardia in primis) hanno lavorato per riallinearsi agli standard. Il decreto ha altresì sottolineato il valore di un'équipe multiprofessionale integrata in ogni distretto, indicando le figure professionali che devono farne parte: medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, farmacista, infermiere, specialisti e, per la prima volta, lo psicologo di comunità. Quest'ultimo è importante per la presa in carico. In collaborazione con medico di medicina generale e psichiatra, dei disturbi minori della salute mentale, oltre che per il cambiamento degli stili di vita di pazienti con malattia cronica».

Accessi al Pronto Soccorso e ospedalizzazioni

La riduzione degli accessi impropri al Pronto Soccorso e delle ospedalizzazioni è tra le sfide principali, dato il numero sempre maggiore di pazienti cronici over 65. «Dopo la pandemia avevamo registrato una riduzione degli accessi al PS, poi risaliti tornando a valori simili al 2019. Il DM 77 prevede un miglioramento della gestione del paziente cronico per evitare ricoveri determinati da mancata presa in carico della patologia cronica o accessi di codici bianchi minori, secondo il ministro Schillaci evitabili per oltre il 40% e gestibili in altri setting assistenzia-

li. Anche in questo caso, l'infermiere di comunità e il medico di medicina generale sono determinanti. L'OdC permette di ricoverare il paziente dal PS nel setting più appropriato alla sua situazione. Ci sono ulteriori possibilità, come quella messa in atto in Emilia-Romagna introducendo nuovi modelli organizzativi, i Centri Assistenza e Urgenza (CAU), per la gestione di codici minori, con équipe di medici e infermieri e servizi di base come radiologia ed esami di laboratorio. Queste strutture, che stanno funzionando bene, assistono pazienti che si sarebbero recati in PS, riducendo gli accessi impropri. A Ferrara abbiamo costituito quattro CAU nelle CdC con accesso libero senza prenotazione».

Sviluppo della telemedicina

Un ambito sempre più rilevante dell'assistenza territoriale è legato alla telemedicina, che include prestazioni di vario tipo, come televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio.

«L'obiettivo del PNRR è prendere in carico più di 300 mila pazienti cronici; è in atto la gara per la piattaforma nazionale per i servizi di telemedicina e la distribuzione sul territorio delle postazioni.

Solo in Emilia-Romagna sono previste 5 mila postazioni tra CdC, COT ecc. A Ferrara abbiamo stilato il Piano Provinciale per la digitalizzazione e sono in atto azioni che stanno portando i servizi più vicini ai cittadini, ottimizzando al massimo le risorse disponibili.

La televisita, per le visite di control-

lo, come prevede la normativa, riguarda tutte le specialità, con numeri importanti per diabete e cardiologia. Si procede anche con il teleconsulto (tra specialista e medico di medicina generale), in atto sulla diabetologia in estensione su oncologia, pneumologia e gastroenterologia. Numeri importanti anche per telefermatografie di ECG e retinografia. La telemedicina va implementata, dando priorità a zone disagiate, aree interne e carceri ed è ciò che si sta facendo in Emilia-Romagna».

Risorsa per la riabilitazione

Nel percorso di continuità assistenziale sono spesso richieste prestazioni legate alla riabilitazione del paziente. Quest'area è una delle più rilevanti dell'attività prevista per l'OdC (OSCO). Tali strutture erano già presenti nel DM 70 e la Conferenza Stato-Regioni aveva definito requisiti strutturali e tecnologici: il DM 77 ha aggiunto ulteriori specifiche, come numero di posti letto (20-40) ed équipe sanitaria di base. Una delle attività preminenti dell'OSCO è la riabilitazione, con standard definiti di personale. «In Emilia-Romagna avevamo già 32 OdC e ne attiveremo altri 27, che si uniranno ai circa 307 previsti a livello nazionale. A Ferrara ne abbiamo 3 e ne apriranno altri 2 per arrivare a 100 letti. Questi setting assistenziali intermedi devono avere criteri clinici precisi perché vi si possa inviare un paziente.

Il progetto nasce anche per favorire l'integrazione ospedale-territorio, specie per la parte riabilitativa (es. frattura del femore)».

La rete territoriale

Con la Rete di assistenza integrata, l'ospedale diventerà sempre più specialistico e la CdC si arricchirà di servizi, accogliendo molte casistiche prima gestite in ospedale.

«Abbiamo già esempi edificanti di ciò che va sviluppandosi. Il primo è l'oncologia territoriale, di prossimità, che estende i trattamenti alle CdC: è una rivoluzione.

Nella Casa della Salute di San Rocco trattiamo oltre 60 pazienti con 242 terapie e porteremo il modello a Comacchio. Nella CdC abbiamo spostato anche gli interventi di piccola chirurgia (es. cataratta)».

Centrale Operativa Territoriale

Il DM 77 prevede una COT ogni 100 mila abitanti. «La COT si occupa di coordinamento e presa in carico della persona, ottimizzazione degli interventi, monitoraggio costante delle transizioni tra ospedale e territorio (dimissione o ammissione) ed erogazione di vari servizi che possono rendersi necessari sul territorio. Il monitoraggio condotto dalla COT deve portare a migliorare la rotazione dei posti letto, controllare la degenza media, migliorare in genere i percorsi diagnostico-terapeutici e migliorare il raccordo tra COT e i servizi del 112 e 117 per prestazioni mediche non urgenti. Le operazioni dovrebbero essere completate entro fine anno e siamo a buon punto».

Le cure palliative

Un tema delicato sono le cure palliative, regolate da una normativa nazionale e regionale. «La rete prevede unità di cure palliative domiciliari semplici e complesse, ambulatori territoriali e in ospedale, che seguono il paziente fino all'ultimo stadio (hospice). L'approccio è olistico: l'obiettivo è migliorare la qualità di vita del malato e dei suoi familiari, controllando il dolore e altri sintomi, offrendo supporto psicologico, sociale e spirituale. Nel 2023 in Emilia-Romagna abbiamo seguito più di 16 mila persone con la Rete regionale delle cure palliative, effettuando oltre 58 mila trattamenti per il dolore».

Differenze regionali e prospettive

«Il decreto serve a omogeneizzare: le Regioni partono da situazioni diverse, hanno storie diverse e autonomie regionali, il processo del DM 77 è in corso e c'è tensione positiva verso il miglioramento dell'assistenza territoriale. Il nodo sono i finanziamenti e i modelli organizzativi. A livello nazionale si discute del nuovo piano nazionale per la salute, l'ultimo è del 2008. Vanno rivisti profondamente i modelli territoriali e ospedalieri e passare da modelli basati sulle prestazioni a modelli basati sul valore dell'assistenza e sugli esiti e questo riguarda territorio, medicina generale, professionisti ospedalieri e i dipendenti».

Riorganizzare la rete di emergenza-urgenza

Efficienza e sostenibilità sono due parole chiave in un processo di riorganizzazione sanitaria non più procrastinabile. La riorganizzazione della rete di emergenza-urgenza rientra tra le priorità. Un percorso non facile ma necessario per garantire continuità di cura in scenari di sanità pubblica sempre più complessi



Fabio De Iaco, presidente di SIMEU - Società Italiana Medicina d'Emergenza-Urgenza

La riorganizzazione della rete di emergenza-urgenza è oggi una priorità ineludibile per il SSN. Migliorare e velocizzare l'assistenza senza arretrare su sicurezza e qualità delle cure consentirà di dare nuove risposte agli attuali e futuri bisogni di salute della popolazione. Un cammino che si annuncia complesso. Ne abbiamo parlato con il dott. Fabio De Iaco, presidente di SIMEU - Società Italiana Medicina d'Emergenza-Urgenza.

Perché serve una riforma della rete di emergenza-urgenza?

In verità la riforma dovrebbe essere di ben più ampia portata, abbracciando l'intero SSN, un servizio ormai inadeguato per molte ragioni, tra le quali il deperimento delle professionalità che in esso vi operano, i profondi cambiamenti ai quali abbiamo assistito negli ultimi 15-20 anni dal punto di vista epidemiologico.

La medicina di emergenza-urgenza è una specialità relativamente giovane che si è innestata successivamente alla nascita del SSN (istituito in Italia con la legge 23 dicembre 1978, n. 833), per poi crescere in maniera disordinata e regionalizzata non rispondendo a quei criteri generali che sottendono il nostro servizio di sanità pubblica.

Possiamo entrare nel merito della divergenza da questi criteri?

In primis la rete di emergenza-urgenza dovrebbe rispondere a crite-

ri di efficienza ed efficacia; il primo è un criterio clinico, quello di efficacia risponde ad aspetti economici ma soprattutto di sostenibilità. Rendere efficiente la rete dell'emergenza-urgenza significa uniformare le sue performance sull'intero territorio nazionale considerando le significative eterogeneità oggi esistenti tra le diverse realtà distribuite lungo la Penisola anche dal punto di vista geografico, orografico, logistico ecc.

Nel fare questo la sostenibilità gioca un ruolo decisivo: rendere il sistema sostenibile significa prendere atto di quelle che sono le disponibilità attuali ma anche future. In questo momento assistiamo ha un florenza di sistemi regionali differenti, dall'impianto basato sulle singole centrali operative provinciali, il quale ha dimostrato già la sua arretratezza e scarsa sostenibilità, a quello con centrali operative con guida dell'emergenza preospedaliera a livello regionale che è invece quel modello auspicabile e ideale per sostenibilità e organicità.

In questo scenario, si innesta il problema della scarsità dei medici, il quale non si risolverà in tempi brevi e, al contempo, dell'affermarsi di una nuova figura professionale, quella dell'infermiere dell'emergenza-urgenza. Le competenze degli infermieri sono enormemente cresciute negli ultimi anni, c'è pertanto la necessità di riconoscerle ma non attraverso un mero task shifting, ovvero la ridistribuzione razionale dei compiti tra differenti professionalità sanitarie. C'è chi, a questo proposi-

to, auspica l'istituzione di una laurea magistrale. In ogni modo si dovrà regolamentare e uniformare questa figura incentivando anche altri infermieri ad acquisire tali competenze.

C'è anche un ulteriore aspetto da considerare sempre parlando di criteri generali. Quale?

L'esigenza assoluta di continuità tra territorio e ospedale. L'emergenza-urgenza non può essere scissa, dal punto di vista della gestione clinica del paziente, tra fase preospedaliera e ospedaliera. Pensiamo, per fare un esempio concreto, a quello che potrebbe significare la dicotomia tra una cardiologia di territorio e ospedaliera. La cardiologia è inscindibile ma potranno esistere differenti contesti operativi in base alle reali necessità del paziente.

Come raggiungere quindi questa integrità anche nell'emergenza-urgenza? Sostanzialmente attraverso due diversi fattori. La condivisione del governo della rete: ancora oggi in molte aree del paese preospedaliero e ospedaliero sono realtà a sé stanti. Serve una sintonia in tal senso che può essere raggiunta attraverso i dipartimenti integrati. C'è poi la questione del riconoscimento della professionalità dei medici.

In sostanza?

Lo specialista MEU deve avere la possibilità di alternare il suo lavoro tra ospedale e territorio. In alcune regioni assistiamo oggi al paradosso dell'impossibilità di quest'ultimo

di operare nel preospedaliero se non dopo aver espletato il corso regionale di soccorritore esecutore 118. Lo specialista MEU, oltre ad avere tutte le competenze necessarie per prestare servizio con il 118, vede l'ambito preospedaliero come un completamento necessario e auspicabile della propria attività. Inoltre, per quanto si possa parlare di uno stress lavorativo anche operando nel preospedaliero è d'altronde evidente che il lavoro in pronto soccorso si caratterizza per un'intensità di gran lunga superiore e sempre meno sostenibile. Alternare l'attività tra ospedale e territorio potrebbe rendere più accettabile l'attività in emergenza-urgenza.

L'impossibilità per lo specialista MEU di integrare la propria professionalità con quella flessione alla quale assistiamo delle iscrizioni alla scuola di specialità MEU. L'integrazione d'altro canto sarebbe un traguardo altrettanto importante per chi invece ha maturato una significativa esperienza in emergenza-urgenza preospedaliera. Tutto questo garantirebbe maggior qualità e uniformità sul territorio nazionale, correggendo quelle situazioni in cui l'emergenza preospedaliera è utilizzata come via d'accesso alla convenzione di medicina generale. Serve quindi un sistema nuovo, inclusivo, più ampio e regolamentato in tal senso.

Ci sono proposte da SIMEU?

Esiste una serie di progetti di legge per la riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza, ciascuno

di essi ha punti condivisibili e meno. SIMEU non intende proporre un'ulteriore, piuttosto s'impegnerà a presentare nei prossimi mesi quelle che dovranno essere le linee guida per la rete dell'emergenza-urgenza futura. I punti sui quali si fondano sono quelli di cui abbiamo parlato poc'anzi, quindi: la costituzione dei dipartimenti integrati con i rispettivi direttori di struttura complessa ecc. che rendono organico il sistema per quanto riguarda il governo della rete di emergenza-urgenza; l'introduzione di meccanismi lavorativi che consentano ai medici di agire contemporaneamente con lo stesso ruolo e con lo stesso contratto, nell'emergenza-urgenza preospedaliera e ospedaliera; un ragionato ma radicale riconoscimento delle competenze infermieristiche, con la progressiva consegna di alcune competenze e ruoli agli infermieri. Non ultimo le linee guida porranno l'accento sull'upgrade tecnologico.

In che senso?

La tecnologia è la benvenuta, qualsiasi implementazione è auspicabile. Ritengo comunque che il nodo cruciale sia la condivisione delle informazioni.

Mi riferisco, in particolare, al fascicolo sanitario elettronico che, da totem inefficiente qual è in questo momento, dovrà divenire uno strumento di lavoro facilmente accessibile, puntualmente aggiornato per offrire in maniera pronta quelle informazioni richieste da chi lavora in emergenza-urgenza in ambulanza o in Pronto Soccorso.

Il fascicolo sanitario elettronico è oggi argomento di stretta attualità anche perché rappresenta uno degli obiettivi del PNRR. Il rischio è che resti uno strumento di difficile accesso e consultazione. Serve pertanto un dialogo con i professionisti per renderlo realmente pratico e quotidiano.

È ottimista rispetto alla riforma della rete di emergenza-urgenza?

Le critiche non mancano. Assistiamo al perdurare di alcuni modelli regionali che hanno già dimostrato la loro insostenibilità.

È auspicabile, inoltre che la gestione dell'emergenza-urgenza, oggi appannaggio della Medicina Generale, diventi di competenza della Medicina Specialistica, un passaggio che non sarà indolore e privo di ostacoli.

È fondamentale che questo processo di riforma abbia poi una cabina di regia a carattere nazionale che consenta di superare quelle posizioni locali e spesso corporativistiche, quegli elementi politici che poco hanno a che fare con la realtà dei fatti.

SIMEU continuerà a proporsi ai tavoli di lavoro come quell'interlocutore tecnico in grado di offrire da un lato le massime garanzie di equidistanza politica e corporativistica, dall'altro l'esperienza di chi quotidianamente è impegnato sul campo.

Creo che i professionisti, medici e infermieri, debbano essere ascoltati come quegli interlocutori tecnici esperti e con la piena percezione della situazione in cui versa oggi l'emergenza-urgenza.

PROGETTAZIONE

Sanità e ambiente verso il Green Deal 2050

Anche i sistemi sanitari dovranno gradualmente divenire più green per aderire all'ambizioso progetto dell'Unione Europea di raggiungere la neutralità climatica entro il 2050. Oggi l'attività sanitaria impatta per circa il 5% sulle emissioni globali di gas serra

Giulia Agresti



22

Exposanita news • aprile 2024

L'attività sanitaria produce oggi un forte impatto sull'ambiente. Secondo i dati di letteratura, la sanità in Europa emette circa il 4-5% dei gas serra (GHG) complessivi nell'atmosfera. Massimizzare l'efficienza energetica degli edifici ospedalieri, ottimizzare l'utilizzo degli spazi, sostituire le fonti di energia fossile con energie rinnovabili, promuovere la digitalizzazione e la telemedicina sono azioni da introdurre per tutto il settore sanitario. Di raccomandazioni e piani d'azione dettagliati per un sistema sanitario a zero emissioni con esempi nazionali ed internazionali se ne parlerà nel corso di un evento organizzato a Exposanita dal titolo "Hospital building management (hbm) - l'impronta climatica delle strutture ospedaliere e sanitarie". Con l'ing. Daniela Pedrini, presidente SIAIS - Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità, abbiamo affrontato il tema dell'impronta climatica delle strutture ospedaliere.

Emissione di gas serra

Gli effetti negativi diretti e le conseguenze indirette del riscaldamento del pianeta sono un dato di fatto e al contempo un fenomeno tangibile. L'inquinamento atmosferico a esso correlato è oggi la quarta causa di mortalità a livello mondiale e provoca nella sola Europa circa 350 mila decessi ogni anno. La relazione tra la presenza di inquinanti atmosferici e l'aumento di patologie respiratorie e cardiovascolari è già stata confermata da diversi studi. Anche per la recente pandemia da Covid-19, secondo i rilevamenti operati dall'European Space Agency, esistono si-

gnificative correlazioni tra livelli di inquinamento e diffusione del virus. Un problema grave e ineludibile che coinvolge direttamente anche chi si occupa di salute pubblica. L'attività sanitaria inquina, lo dimostra inequivocabilmente una ormai ampia letteratura scientifica. «Malgrado la documentazione cominci a essere copiosa, essa non è ancora omogenea, né sufficientemente compenetrata nelle attività sanitarie quotidiane; disponiamo comunque di analisi dettagliate di molti aspetti», esordisce l'ing. Pedrini. «Studi scientifici dimostrano che il sistema sanità emette il 5% del totale dei gas climalteranti prodotti da attività antropica. Percentuale

non uniforme nei diversi continenti: negli Stati Uniti il dato è pressoché doppio (7-10%) rispetto all'Europa (4-5%)». La metodologia utilizzata dagli scienziati per determinare tale impatto si basa sulle quantificazioni delle emissioni secondo il "Greenhouse Gas Protocol" che considera tre diversi "Scope": l'erogazione delle cure (Scope 1); l'acquisto dell'energia per il funzionamento generale e delle apparecchiature mediche, per i movimenti casa-lavoro dello staff (Scope 2); acqua usata e rifiuti prodotti, i gas misurabili emessi da apparecchiature curative cosiddetti spray (Scope 3). Nello Scope 3 vengono incluse an-



Daniela Pedrini, presidente SIAIS - Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità

che le produzioni di GHG derivanti dalla filiera dei fornitori per la produzione e consegna dei prodotti e quelle derivanti da servizi commissionati a terzi.

Uno studio sull'impatto dell'attività ospedaliera

L'Università di Waterloo in Canada ha completato la prima valutazione in assoluto di un ospedale canadese per rivelarne l'impronta ambientale totale e gli specifici punti più critici delle emissioni di carbonio. Secondo questo studio [A. Cimprich et al. Environmental footprinting of hospitals: Organizational life cycle assessment of a Canadian hospital. Journal of Industrial Ecology, Vol 27 Issue 5, 1335-1353, October 2023], l'uso di energia e acqua, e l'acquisto di prodotti sanitari sono i principali responsabili dell'impronta climatica annua dovuta all'attività ospedaliera per un totale di 3.500-5.000 tonnellate di CO2 equivalente. «Spesso si scopre che l'impronta ambientale più rilevante risiede in aree nascoste rispetto a quelle comunemente note e di interesse ambientale (il trasporto dei pazienti e dei prodotti forniti agli ospedali, i rifiuti ospedalieri); tra queste, le catene di approvvigionamento dei prodotti sanitari che potrebbero contribuire in maniera più significativa all'impronta climatica», commenta l'ing. Pedrini. «Questo studio molto completo e dettagliato sulle emissioni ospedaliere può essere d'aiuto in sede decisionale per mettere in campo azioni e provvedimenti concreti volti a un impegno fattivo rispetto alle scadenze previste relativamente alle tematiche ambientali».





Europa, una situazione variegata

In tema d'inquinamento ospedaliero, la situazione europea è assai variegata anche se è possibile delineare alcuni aspetti positivi che accomunano i diversi Paesi.

«Anche se la sanità è nella maggior parte degli Stati europei un settore ibrido, coperto in molti casi dal cosiddetto modello Bismark (ndr definito anche "modello di assicurazione sociale obbligatoria") e solo in maniera sussidiaria dall'intervento pubblico, vengono messe in opera per tutti i settori strategici, linee di politica nazionale, come quella per la transizione energetica anche in sanità, favorendo l'abbassamento delle emissioni di GHG del sistema sanitario nel suo complesso», continua l'ing. Pedrini. «Si riscontra inoltre una maggiore facilità di adeguamento a direttive internazionali, come, per esempio, il protocollo di Montreal (2018) e le direttive e i programmi europei come l'European Green New Deal. Le iniziative che da tempo si stanno attuando hanno portato a una più estesa consapevolezza del problema del cambiamento climatico e della sua influenza sulla salute delle persone con inevitabili riflessi sul sistema sanitario, facilitando così anche la realizzazione e l'implementazione di piani di resilienza e sostenibilità per quanto riguarda la sanità pubblica. In diversi Paesi europei, infine, si riscontra, un approccio integrato, tra i livelli di governo regionali e locali, e la gestione delle funzioni sanitarie, basato sul principio dei co-benefici. Un ambiente urbano sano diviene un elemento di prevenzione che gli operatori sanitari e scientifici più avanzati individuano come fondamentale per l'impostazione di una diversa concezione della prevenzione e per strutturare una sanità rispondente ai mutamenti dei bisogni e culturali in generale. Va da sé che la spinta bottom up per influire debba incontrare la strategica predisposizione al cambiamento di policy makers e manager della sanità e il necessario supporto economico a un cambiamento il quale, a sua volta, può assicurare ritorni positivi di risparmio e miglioramento funzionale».

La situazione italiana

Il settore dei sistemi sanitari ospedalieri e territoriali nel nostro Paese si trova ancora in una fase del fai da te per quanto riguarda le misure messe in atto per ridurre l'impatto ambientale dovuto alla sua attività. «Sono gli stessi addetti ai lavori che ci indicano come i miglioramenti diretti e indiretti per l'ambiente possono essere trovati nell'alleanza tra i vari segmenti di cura della salute», afferma l'ing. Pedrini. «Il settore medico lamenta una prescrizione eccessiva e ingiustificata di esami diagnostici, in particolare quelli che impattano in maniera significativa sull'ambiente: il dato è quantificabile in circa il 30%. Lo stesso problema riguarda i farmaci con una percentuale di prescrizioni inutili di circa il 30% e addirittura dannose del 20%. A questo si aggiungono i danni provocati all'ambiente dallo smaltimento dei medicinali, le cui tracce sono segnalate nei rifiuti e nelle acque di scarico».

LE INIZIATIVE

«Vi sono iniziative da intraprendere in tempi brevi come una programmazione certa degli interventi da realizzare, l'implementazione delle tecniche di project management, le quali si sono dimostrate uno strumento operativo fondamentale anche durante il periodo di emergenza sanitaria, l'utilizzo

avanzato dell'innovazione tecnologica (BIM) nei processi di architettura e ingegneria, ma soprattutto la disponibilità di risorse tecniche di alta competenza all'interno delle organizzazioni e di supporto specialistico (tecnico/legale, amministrativo/finanziario ecc.) necessario alla pubblica amministrazione», conclude

l'ing. Pedrini. «Un accenno al tema delle risorse e della formazione è fondamentale: le sfide non potranno essere vinte se le strutture deputate alla realizzazione e alla gestione dei processi non sono adeguatamente dimensionate, competenti e formate. Per questo SIAIS ha formulato delle linee di indirizzo per il

dimensionamento delle Aree Tecniche, basandosi sui indicatori oggettivi. SIAIS sta inoltre sviluppando lo studio "Preparazione degli ospedali europei ai rischi legati ai cambiamenti climatici - Coinvolgimento del settore sanitario per raggiungere gli obiettivi del Green Deal europeo". Attraverso questo studio SIAIS

vuole, da un lato, promuovere nelle strutture ospedaliere europee la consapevolezza della stretta correlazione tra salute umana e dell'ambiente, dall'altro di informare sulle attività messe in campo per raggiungere gli obiettivi previsti dal Green Deal europeo.

LE NUOVE STRUTTURE SANITARIE E OSPEDALIERE DOVREBBERO ESSERE PIANIFICATE, PROGETTATE, COSTRUITE E MANTENUTE PER RISPONDERE AL MEGLIO AI CRITERI DI SOSTENIBILITÀ ECONOMICA E AMBIENTALE, EFFICIENZA E SICUREZZA, ACCOGLIENZA, COMFORT E UMANIZZAZIONE, IN MODO DA RAGGIUNGERE EMISSIONI AGGREGATE DEL 50% INFERIORI RISPETTO AI LIVELLI DEL 2010 ENTRO IL 2030 E ZERO EMISSIONI ENTRO IL 2050



co. Questi aspetti, messi in luce soprattutto in tempi recenti, devono essere riconosciuti come segni di crescente e positiva consapevolezza, e volontà di migliorare la situazione. È d'altronde necessario sottolineare come il PNIEC, Piano Nazionale Integrato per l'Energia e il Clima 2030, la cui proposta è stata trasmessa dal MASE a Bruxelles a fine giugno 2023, non prevede linee d'azione che possano in qualche modo rappresentare un punto di riferimento specifico per la sanità. Questo a differenza di altri Paesi europei dove sono state meglio metabolizzate le direttive europee e di fatto incanalate nazionalmente in attività importanti per la riduzione del Carbon Footprint degli ospedali».

La collaborazione con i governi locali

Per una sanità che diventi più proattiva nei confronti della tutela ambientale serve quindi che gli ospedali sviluppino ulteriormente la loro leadership in iniziative a favore dell'ambiente guardando anche alla ricaduta positiva in termini di miglioramento delle cure ospedaliere, diventando, al contempo, punti di riferimento per il territorio. Il cambiamento dovrà interessare anche la sanità del territorio attraverso il supporto dei medici di Medicina Generale nell'importante compito di effettuare prescrizioni strettamente necessarie. «In queste iniziative, oltre alla spinta che può venire da reti di scambio europee, fondamentale è la collaborazione con i governi locali», sottolinea l'ing. Pedrini. «A questo proposito vorrei ricordare la Missione dell'Unione Europea per le città cli-

Fonti di emissioni organizzate secondo i Greenhouse Gas protocol Scopes e le categorie di emissione dell'NHS. Gli asterischi indicano servizi solitamente non considerati nel Greenhouse Gas Protocol

	DELIVERY OF CARE	PERSONAL TRAVEL	SUPPLY CHAIN	COMMISSIONED
Scope 1	- On-site fossil fuel use - Anesthetic gases - NHS fleet and leased vehicles			
Scope 2	- Purchased electricity	- Staff commute	- Pharmaceuticals and chemicals - Medical equipment - Non-medical equipment - Business services - Food and catering - Other procurement	- Commissioned health services
Scope 3	- Water and waste - Metered dose inhalers - Business travel	- Patient travel - Visitor travel		
Non-Protocol*				

maticamente neutre e intelligenti, la quale rientra nel programma di ricerca e innovazione Horizon Europe per gli anni 2021-2027. Questo programma si focalizza sulla riduzione delle emissioni climateranti nelle aree urbane europee, all'interno del quadro più ampio del Green Deal Europeo. Tra le 100 città pilota selezionate per questo progetto che ambiranno alla neutralità climatica entro il 2030, nove sono italiane (Bergamo, Bologna, Firenze, Milano, Padova, Parma, Prato, Roma e Torino). Il loro compito è quello di aprirvi nell'ambizioso obiettivo di traghettare anche le altre città europee al raggiungimento della neutralità climatica entro il 2050. Un diverso rapporto di collaborazione tra governi del sistema sanitario in un determinato territorio e governance di quel territorio ha come co-beneficio la realizzazione di una città e di una sanità che insieme facciano prevenzione, dove la prevenzione non sia più, come nella sanità attuale, ba-

sata sul procedimento di diagnosi e cura, bensì prodotta dal tenere il cittadino in salute, anche e soprattutto offrendo condizioni ambientali sane: le nove città italiane possono essere il campo di sperimentazione di questa diversa visione».

Un nuovo concetto di spazio sanitario

Con il Green Deal europeo l'UE si impegna a ridurre le emissioni nette di GHG di almeno il 55% entro il 2030 e a non raggiungere emissioni nette entro il 2050; i sistemi sanitari e assistenziali non sono esentati. La ricerca e l'innovazione possono e devono supportare questa trasformazione mantenendo o migliorando la qualità dei servizi sanitari e di assistenza. SIAIS, come società scientifica, è direttamente coinvolta nel proporre strategie che promuovano l'efficiamento energetico e la decarbonizzazione delle strutture sanitarie e ospedaliere. «Le nuove strutture sanitarie e ospede-

rali dovrebbero essere pianificate, progettate, costruite e mantenute per rispondere al meglio ai criteri di sostenibilità economica e ambientale, efficienza e sicurezza, di accoglienza, comfort e umanizzazione, in modo da raggiungere emissioni aggregate inferiori del 50% rispetto ai livelli del 2010 entro il 2030 e zero emissioni entro il 2050», precisa l'ing. Pedrini. «Parliamo quindi di un nuovo concetto di spazio sanitario, fortemente integrato con la rete dei servizi sul territorio, sempre più concepito dal connubio tra innovazione tecnologica e benessere integrale del paziente, anche in ottica One Health. Per gli ospedali del futuro una sfida importante sarà quella dell'utilizzo razionale delle risorse incrementando l'efficienza energetica, prevedendo sistemi per il riciclaggio dei rifiuti, impianti per il recupero dell'acqua piovana, migliorando la struttura dell'edificio stesso impiegando materiali ecosostenibili».

23 **Exposanita news** • aprile 2024

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

101015

Ospedali di Comunità e altre nuove tipologie edilizie per il territorio

Il periodo pandemico ha evidenziato i limiti delle politiche praticate negli anni precedenti. La realizzazione di nuovi Ospedali di Comunità per degenze low-care e di altre strutture rafforzerà l'offerta dell'assistenza territoriale

Gli Ospedali di Comunità (di seguito OdC) sono strutture sanitarie intermedie tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, focalizzate sui ricoveri di breve durata per pazienti che necessitano di interventi di bassa intensità che, per motivi diversi, non possono essere erogati al domicilio. Assieme alle Case della Comunità (CdC) e alle Centrali Operative Territoriali (COT), il loro principale obiettivo è potenziare la sanità territoriale intermedia, per garantire assistenza a pazienti con condizioni complesse e supportarne le dimissioni da altre strutture di ricovero, evitando accessi al pronto soccorso e ricoveri inappropriati. Il PNRR assegna agli OdC un ruolo determinante per potenziare l'offerta dell'assistenza intermedia a livello territoriale. In origine il piano prevedeva la realizzazione di almeno nuovi 400 OdC in tutta Italia, a fronte di costi nell'ordine di 1 miliardo di euro. Attualmente l'investimento "M6C1 11.3", relativo proprio agli OdC, è fra quelli interessati dalla recente rimodulazione degli obiettivi del PNRR.

Gli OdC in sintesi

Gli OdC sono strutture socio-assistenziali che operano in stretta relazione con la rete ospedaliera e con la rete sanitaria territoriale. Si trat-

ta di ospedali per il ricovero breve (massimo 30 giorni), rivolti a pazienti interessati da un episodio di acuzie minori o dalla ricattizzazione di patologie croniche, oppure che necessitano di assistenza e/o sorveglianza sanitaria infermieristica continua, anche notturna, non erogabili a domicilio. Quella degli OdC è una realtà già esistente in molte aree del paese: nel 2020, sull'intero territorio nazionale, erano infatti già attivi 163 OdC

che, assieme ad altre tipologie di strutture assimilabili, mettevano a disposizione oltre 3.160 posti letto (dati: Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome). Si tratta generalmente di reparti di degenza situati in edifici esistenti (ospedali, RSA ecc.) o condivisi con altre realtà (CdC, strutture sanitarie poli-funzionali ecc.), che prestano cure e assistenza durante il periodo di transizione tra il post-operatorio e la dimissione al domicilio, garan-

tendo continuità assistenziale anche per alleggerire il carico su famiglie e caregiver, in vista del rientro a casa del paziente.

Gli OdC sono parte integrante di un nuovo modello di servizio sanitario territoriale, un sistema diffuso capace di rispondere alle diverse esigenze di assistenza di persone e famiglie, in grado di soddisfare un'offerta extra-ospedaliera integrata con i servizi sociali, che porti al superamento delle criticità evidenziate nella rete sanitaria soprattutto alla scala locale (varietà delle prese in carico, ripetizione degli interventi, disuguaglianze nell'accesso ai servizi).

Metaprogetto: metodo e obiettivi

Scopo principale degli OdC è garantire continuità assistenziale e flessibilità organizzativa all'interno di luoghi accoglienti, supportando i pazienti nel rientro a casa e stimolandoli a migliorare la gestione autonoma delle fasi di acuzie della malattia, per evitare successive ospedalizzazioni non necessarie.

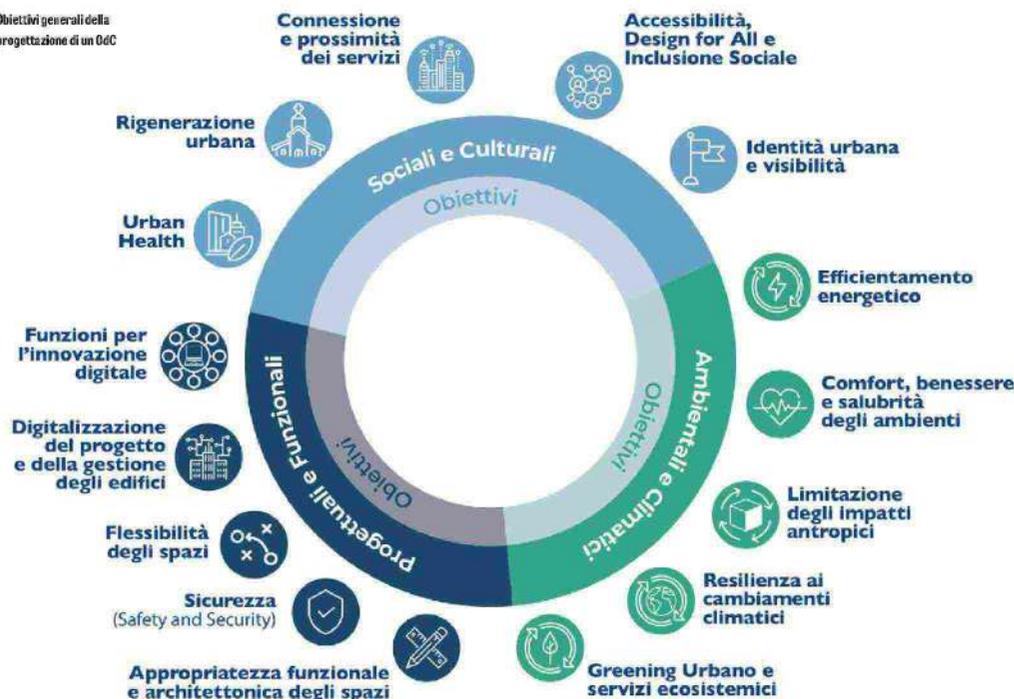
Legislazione, modelli organizzativi e standard tecnici definiti dalle norme nazionali o regionali, oltre all'analisi dell'attuale panorama nazionale e internazionale, sono alla base del metaprogetto dell'OdC proposto da AGENAS (1), che delinea una strategia comune utile alla loro progettazione in ogni contesto, secondo un approccio esigenziale prestazionale focalizzato su obiettivi:

- sociali e urbani (tutela e promozione della salute, accessibilità, inclusione, connessione e prossimità dei servizi, rigenerazione urbana, identità)
- ambientali e climatici (limitazione dell'impatto antropico, efficienza energetica, comfort e salubrità degli ambienti, resilienza ai cambiamenti climatici, integrazione con il verde e servizi ecosistemici)
- architettonici e funzionali (appropriatezza, sicurezza, flessibilità, digitalizzazione dei processi).

MACROAREE E AREE FUNZIONALI			
Macroarea	Unità Funzionali	Arete Funzionali	Indicazioni
Degenza	Servizio di degenza low-care	Degenza	Obbligatorio
		Cameriere protetto	Facoltativo
Servizi Generali, Logistici, Tecnici	Servizi di accoglienza per utenti e personale sanitario	Servizi Generali	Obbligatorio
		Accoglienza personale	Possibilità di condivisione
Servizi Generali, Logistici, Tecnici	Servizi logistici	Servizi Logistici	Obbligatorio
		Magazzini - depositi	Possibilità di condivisione
Servizi Generali, Logistici, Tecnici	Servizi tecnici	Servizi Tecnici	Obbligatorio
		Centrali e sottocentrali, reti impiantistiche, locali tecnici ecc.	Possibilità di condivisione

AGENAS, modificata a cura dell'autore

Obiettivi generali della progettazione di un OdC



AGENAS: "Documento di indirizzo per il metaprogetto dell'ospedale di comunità", succedimento a "Quaderni di Merito"

Modello organizzativo

Gli OdC sono costituiti da una singola unità di degenza, con capacità da 15 a 20 posti letto, oppure da 2 unità di degenza per un totale massimo di 40 posti letto, più i servizi per l'accoglienza di utenti e personale e i servizi logistici e tecnici, che possono anche essere condivisi con altre strutture.

Gli OdC possono essere insediati in una sede dedicata, di nuova costruzione o realizzata in un edificio esistente. In entrambi i casi è sempre opportuno valutare l'opportunità di affiancare all'OdC altre strutture, ad esempio CdC e COT, per facilitare le sinergie, contenere i costi e semplificare l'accesso da parte dell'utenza. Assieme alle caratteristiche utili alla localizzazione (bacino d'utenza, appropriatezza e posizionamento dell'area o dell'edificio, accessibilità ecc.) e al dimensionamento di una struttura sanitaria (requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi ecc.), quella del recupero del patrimonio costruito sottoutilizzato o dismesso è un'opportunità da prendere in seria considerazione per la realizzazione di un OdC.

Spesso gli edifici che hanno ospi-



tato reparti di degenza si rivelano poco adatti ad accogliere attività e servizi high-care, ma se adeguatamente modificati per accogliere funzioni low-care e non sanitarie (servizi, uffici, ospitalità ecc.), possono costituire una risorsa significativa non solo dal punto di vista economico, ma anche per quanto riguarda la riduzione delle tempistiche di realizzazione.

Spazi e funzioni

Dal punto di vista funzionale, gli OdC sono articolati in due macroaree omogenee:

- Degenza, che ospita tutti i servizi sanitari

- Servizi generali, logistici e tecnici, che accolgono le attività non sanitarie necessarie al funzionamento della struttura.

Le macroaree sono a loro volta articolate in aree funzionali e quindi in singole unità ambientali, queste ultime costituite dagli spazi fisici a disposizione delle attività, per esempio:

- camere (da 1 a 4 posti letto) con servizio igienico dedicato, soggiorno, ambulatorio/medicheria, palestra per riabilitazione, locale per lavoro infermieri, locale medici, tiseneria, altri locali di supporto ecc.), per l'area funzionale della degenza

- ingresso principale, attesa, CUP, amministrazione, spogliatoi e spazi per il relax del personale, servizi igienici per utenti e personale ecc., per i servizi di accoglienza

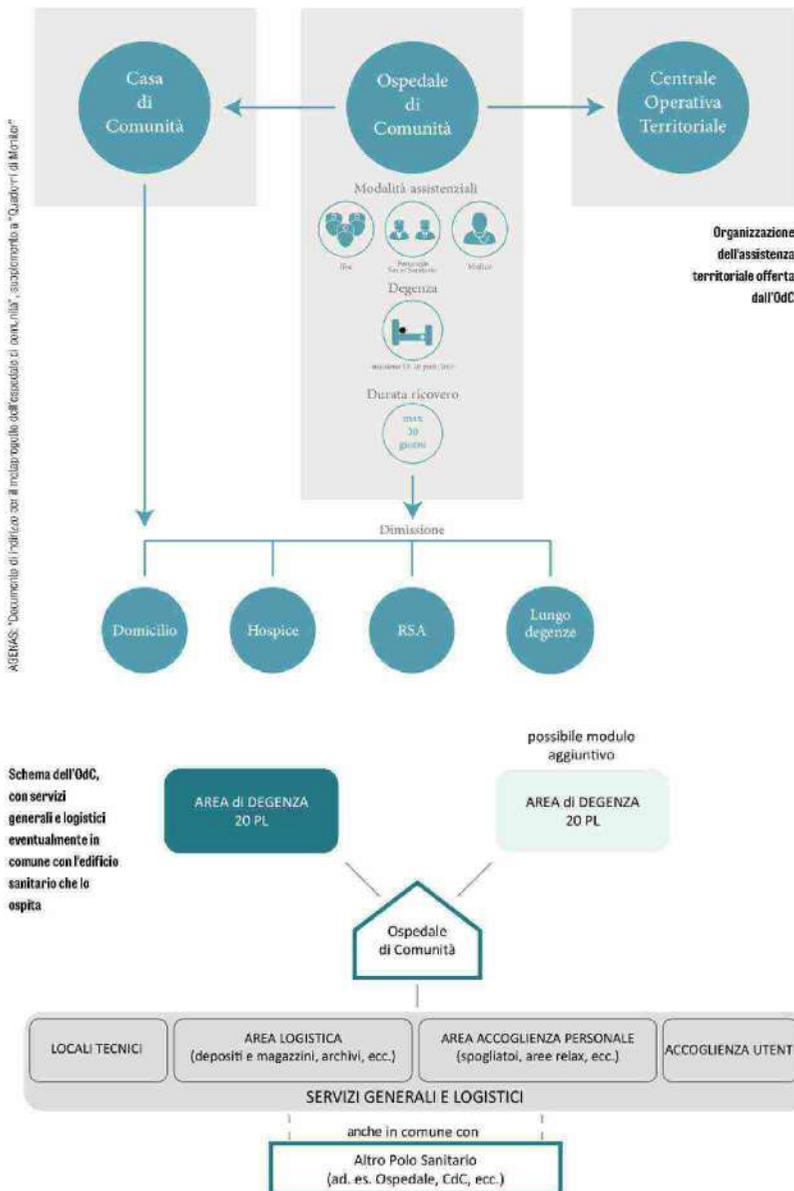
- magazzini, depositi ecc., per i servizi logistici

- locali tecnici ecc., per i servizi tecnici.

Indipendentemente dalla localizzazione dell'OdC, l'area funzionale della degenza è sempre dedicata mentre le aree funzionali dei servizi possono essere condivise con altre strutture (ospedali o altri edifici sanitari, CdC, COT ecc.). Per il dimensionamento dei singoli locali il riferimento normativo è fornito dal DPR 14/01/1997.

Il metaprogetto stima in circa 1.000 m² la superficie lorda di pavimento media necessaria alla realizzazione di un OdC con 20 posti letto interno a un edificio sanitario, di cui il 65% circa per l'area di degenza e il resto per i servizi generali e logistici. Tali percentuali comprendono gli spazi connettivi interni alle aree funzionali, stimati nel 10-15% circa della superficie.

Negli OdC possono essere previsti ulteriori ambienti protetti e opportunamente arredati, ad esempio per pazienti con demenza o disturbi comportamentali, da posizionare possibilmente in prossimità della postazione infermieristica.



Schema dell'OdC, con servizi generali e logistici eventualmente in comune con edificio sanitario che lo ospita

AGENAS: "Documento di indirizzo per il metaprogetto dell'ospedale di comunità", su supplemento a "Quaderni di Monitor" - Relazione a cura della redazione

RISORSE PROFESSIONALI

Gli OdC sono strutture caratterizzate da un forte indirizzo infermieristico, con responsabilità organizzativa affidata a un responsabile infermieristica. Il servizio di assistenza è prestato con continuità (24/24 h) anche da operatori sociosanitari e in sinergia con altri professionisti, secondo quanto previsto dal piano assistenziale individualizzato. Le responsabilità in ambito igienico, sanitario e clinico sono in capo a un dirigente medico o a un medico di medicina generale. In generale, per ogni modulo di 20 posti letto dev'essere garantita la presenza di:

- 1 coordinatore infermieristico
- da 7 a 9 infermieri (compreso il coordinatore)
- da 4 a 6 operatori sociosanitari
- 1 o 2 operatori sanitari con funzioni riabilitative
- 1 medico (4,5 ore/giorno, 6-7 giorni).

TIPOLOGIE DEI PAZIENTI

I pazienti degli OdC sono soggetti:

- fragili e/o cronici provenienti dal domicilio, a causa della riacutizzazione di una condizione clinica preesistente o dell'insorgenza di un quadro imprevisto, per i quali il ricovero in ospedale risulta inappropriato
- provenienti da una struttura ospedaliera, prevalentemente affetti da multimorbidità, clinicamente dimissibili ma con condizioni che richiedono un'assistenza infermieristica continuativa
- che necessitano di assistenza e/o di interventi di affiancamento,

educazione e addestramento (anche del caregiver) prima del ritorno al domicilio
- che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo.
Si tratta perciò di pazienti caratterizzati da un'elevata complessità assistenziale, ma che necessitano di cure a bassa intensità. È prevista la possibilità di realizzare OdC pediatriche, dedicati esclusivamente a questa tipologia di pazienti, con presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente.

ODC: RIFERIMENTI NORMATIVI

La legislazione in materia di OdC comprende:

- D.M. n. 70 del 2/4/2015 n. 70, allegato 1, art.10.1, che definisce l'OdC come "una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestita da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche".
- D.M. n. 77 del 23/5/2022, allegato A, che definisce i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi.
Nello scorso maggio, presso il Ministero della Salute, è stato istituito il Tavolo Tecnico per lo studio delle criticità emergenti dall'attuazione di entrambi i decreti sopra citati.

dotazione minima comprende:

- punto unico di accesso alle prestazioni (PUA)
- ambulatorio infermieristico
- cure primarie erogate da équipe multiprofessionali
- specialistica ambulatoriale per patologie ad alta prevalenza
- sistema di prenotazione collegato al CUP
- integrazione con servizi sociali e con le attività della comunità locale (associazioni, volontariato ecc.).
Nelle CdC hub sono inoltre previsti:
- diagnostica strumentale di base
- continuità assistenziale
- punto prelievi
- telemedicina.
Medicina dello sport, salute mentale, neuropsichiatria infantile e dipendenze patologiche, assieme a consultori, a programmi di screening e a interventi di salute pubblica, costituiscono ulteriori attività che possono trovare sede nelle CdC.
Anche per le COT si osserva una sovrapposizione fra i servizi forniti con quelli previsti dalle Case della Salute. Le COT (almeno una ogni 100.000 abitanti) saranno destinate al coordinamento dei servizi domiciliari con altri servizi sanitari, attraverso l'interazione con gli ospedali e con la rete dell'emergenza-urgenza, e all'uso della telemedicina, per l'assistenza domiciliare e il monitoraggio da remoto, a supporto dei pazienti con malattie croniche.

CdC e COT: standard organizzativi

CdC e COT sono le nuove strutture previste dal PNRR per potenziare la sanità territoriale. Per CdC e COT non sono stati ancora definiti i requisiti di accreditamento a livello nazionale, ma solo standard organizzativi. Le CdC possono essere considerate anche Medicina di Gruppo Integrata, Presidio SocioSanitario Territoriale o Presidio Territoriale di Assistenza, a seconda delle regioni) più evolute e complete. È prevista la loro articolazione a rete secondo il modello hub-spoke, con la realizzazione di CdC hub almeno ogni 40.000-50.000 abitanti. Oltre ad ospitare un team multidisciplinare (medici di medicina generale, medici specialisti, pediatri di libera scelta, infermieri, altri professionisti e, eventualmente, assistenti sociali), le CdC metteranno a disposizione numerose tipologie di servizi sanitari, per la donna, il bambino e la famiglia, e servizi socioassistenziali per persone anziane e fragili. La

Nota

1) Questo articolo è basato principalmente sul "Documento di indirizzo per il Metaprogetto dell'Ospedale di Comunità", pubblicato nel novembre 2022 da AGENAS come supplemento a "Quaderni di Monitor", a cura di:
- AGENAS Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali: D. Mantova (Direttore generale), A. Borghini, F. Riano, A. Izi, M. Scattolero, M. Cosentino, S. Furfaro, V. Mantenuto, R. Cusi
- Politecnico di Milano, Dip. Architettura, ingegneria delle costruzioni e ambiente costruito, Design & Health Lab: S. Capolongo (Responsabile scientifico), M. Burtoli, M. Gola, S. Aruzzoli, A. Brzmbilla, E. Brusamolin, S. Mangili, Y. Yu.

25 Exposita news aprile 2024

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

101015



PROGETTAZIONE

Giuseppe La Franca - architetto



Entrato in funzione nel 2010 il Khoo Teck Puat Hospital (Singapore) è l'espressione di un design "biofilo", nel quale la vegetazione è parte integrante degli spazi della cura e le soluzioni costruttive sono orientate a principi di sostenibilità

principale riferimento metodologico dei protocolli di sostenibilità del costruito, con riferimento. La LCA definisce l'impatto complessivo dei prodotti sull'ambiente naturale e sulla salute umana in tutte le fasi di vita, nei casi: "dalla culla alla culla", per i prodotti suscettibili di recupero, riciclaggio e riuso; "dalla culla alla tomba", per i prodotti che si trasformano definitivamente in rifiuti.

Efficienza energetica e fonti rinnovabili

L'elevato fabbisogno di energia tipico degli ospedali moderni è un problema ambientale riconducibile essenzialmente all'origine fossile dei combustibili, normalmente utilizzati in modo:

- diretto e in sito, per la produzione del calore (per climatizzazione e ventilazione, acqua calda sanitaria, sterilizzazione ecc.) e dell'elettricità (da cogenerazione, gruppi elettrogeni ecc., per illuminazione, forza motrice, gestione delle reti di comunicazione ecc.)
- indiretto, per la fornitura di elettricità prodotta in remoto.

Ridurre in modo significativo il consumo delle fonti fossili costituisce non solo un apprezzabile modalità per migliorare e proteggere salute pubblica, ma ha anche un significato economico non indifferente. Le fluttuazioni dei prezzi (quello del metano, ad esempio, è praticamente quadruplicato negli ultimi 12 mesi) espongono le utenze energivore, come gli ospedali, ad aumenti consistenti e imprevisti del costo di gestione. Il miglioramento dell'efficienza energetica e il massiccio ricorso alle energie rinnovabili (solare termico e fotovoltaico, eolico, biomasse solide e biogas) rappresentano le due uniche possibilità - peraltro non alternative fra loro, in quanto la prima è il presupposto per la seconda - per affrontare il problema in modo pragmatico, ovvero considerando le effettive caratteristiche delle strutture sanitarie contemporanee, e per stabilizzare almeno in parte i costi per l'energia.

Rendere un ospedale esistente energeticamente più efficiente comporta la diminuzione dei consumi senza pregiudizio per la funzionalità, la sicurezza e il comfort.

L'attività dell'energy manager, fornito di risorse adeguate, consente di strutturare il percorso di efficientamento, agendo su tutti i fronti: dalla sensibilizzazione del personale per contenere gli sprechi fino alla programmazione di interventi mirati, basati su una diagnosi energetica.

L'efficienza energetica è perciò un obiettivo che dovrebbe accompagnare la naturale evoluzione dell'ospedale in tutte le fasi, facilitando il ricorso sempre più pervasivo alle fonti rinnovabili.

Molte di queste, per effetto della loro bassa concentrazione e della naturale intermittenza, si prestano infatti a sostituire le fonti fossili, ad alta concentrazione e continue, a con-

26 Exposanita news • aprile 2024

Un ospedale sostenibile partecipa attivamente alla transizione ecologica attraverso scelte etiche orientate all'uso consapevole delle risorse, alla compatibilità ambientale, all'economia circolare e all'efficienza energetica

Il ruolo degli ospedali

La tutela dell'ambiente è uno dei presupposti indispensabili per la sopravvivenza della specie umana e degli organismi viventi. Nonostante operi per la salute delle persone, al pari di altre attività umane il settore sanitario è una fonte significativa di inquinamento, che contribuisce al degrado dell'ecosistema sotto forma di riscaldamento climatico, contaminazione fisico-chimica dell'ambiente naturale, accelerato consumo delle risorse non rinnovabili ecc. Quali luoghi dell'assistenza e della cura, della ricerca e della formazione, gli ospedali rivestono un ruolo fondamentale per l'efficacia dei sistemi sanitari. Parallelamente, quali terminali di consumo per numerosi processi industriali, sono fra le strutture civili più inquinanti non solo in fase di costruzione, ma anche e soprattutto durante l'esercizio, per effetto delle attività che accolgono e che comportano la trasformazione di prodotti e tecnologie in emissioni e rifiuti. Questi ultimi sono spesso all'origine di patologie che le stesse strutture sanitarie sono poi chiamate a fronteggiare: secondo l'OMS, infatti, circa un quarto di tutte le malattie e i decessi che si registrano ogni anno nel mondo possono essere attribuiti a fattori ambientali. In sostanza, salute e ambiente sono strettamente collegati: se vogliamo persone sane dobbiamo prenderci cura anche del nostro pianeta. Per comprendere le dimensioni del problema, per esempio rispetto al cambiamento climatico, è sufficiente un dato diffuso dal National Health Service: l'impronta di carbonio (stima delle emissioni di gas climalteranti) delle attività sanitarie in Gran Bretagna è superiore a 18.000.000 di tCO2 ogni anno, pari al 25% delle emissioni totali dell'intero settore pubblico. Per queste ragioni gli ospedali sono oggi strutture di estrema importanza per il contenimento e la riduzione dell'impatto antropico sull'ecosistema, al quale è affidata la possibilità di uno sviluppo realmente sostenibile delle società avanzate. La presa di coscienza di questa sfida da parte dei professionisti della sanità è un traguardo fondamentale, affinché la scienza e la pratica medica diventino protagoniste della propria transizione ecologica.



Il Centro Sanitario San Giovanni Mezzolambardo (Trento) è il primo in Italia certificato LEED Italia v3 - LEED 2009 con rating Platinum, la classificazione di sostenibilità del costruito più elevata prevista dal protocollo



La stretta interconnessione fra gli ambiti ambientale, sociale ed economico consente la continuità generazionale dei processi alla base dello sviluppo sostenibile

Costruzione sostenibile

In generale, le attività legate all'edilizia sono complessivamente responsabili del 40% circa delle emissioni di CO2 e i processi di costruzione e demolizione producono circa il 50% dei rifiuti solidi urbani. Poiché i fabbricati con destinazione d'uso sanitaria costituiscono oltre 1/3 del mercato mondiale dell'edilizia pubblica, il settore è in grado di influenzare l'industria delle costruzioni verso soluzioni sostenibili. I vantaggi non sono limitati al mero impatto sul consumo di risorse naturali, energia e suolo dei processi edilizi. Nelle società più sviluppate le persone trascorrono fino al 90% del tempo negli edifici, dove la concentrazione di inquinanti (aerei e, in generale, diverse volte maggiore rispetto a quella dell'aria esterna). L'impiego di materiali esenti da emissioni inquinanti e di impianti di ventilazione, ad esempio, migliora in modo significativo la qualità dell'aria interna. Numerose ricer-

che scientifiche hanno stabilito una correlazione diretta tra le caratteristiche dell'ambiente costruito e l'esito delle terapie. In sintesi, la progettazione e la costruzione di una struttura sanitaria secondo criteri di sostenibilità edilizia influenza positivamente la salute di pazienti e personale e migliora in modo significativo l'efficienza dell'attività sanitaria e la soddisfazione degli utenti e dei professionisti. Enti indipendenti hanno sviluppato protocolli specifici (LEED for Healthcare; BREEAM Healthcare; WELL Health-Safety Rating ecc.): in Italia: Protocollo ITACA) per valutare l'eco-sostenibilità degli ospedali di nuova realizzazione ed esistenti, per esempio sotto il profilo dell'impatto urbano e sui trasporti, del consumo di suolo e risorse (materiali, acqua, energia, produzione di rifiuti, ecc.), della dotazione di spazi verdi, della salubrità dell'ambiente costruito ecc. La valutazione del ciclo di vita (LCA: Life Cycle Assessment) è il

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

101015