

### Riforma del Ssr: il contributo di Federsanità Anci Fvg

Con il presente documento Federsanità ANCI del Friuli Venezia Giulia propone alcuni principi cardine a cui ritiene debba riferirsi qualsiasi ipotesi di riforma del SSR. L'analisi di contesto intende pertanto entrare nel merito dei contenuti, più che negli aspetti strutturali che riguardano il numero di aziende previsto dalle diverse proposte.

Il Servizio Sanitario Regionale del Friuli Venezia Giulia ha conseguito nel tempo un livello di eccellenza sia sotto il profilo sanitario e sociosanitario sia sotto il profilo economico, in termini di risultati di bilancio e di uso delle risorse.

Qualsiasi azione di riforma va condotta con l'obiettivo di mantenere e possibilmente migliorare tale livello di eccellenza, considerando che è sempre possibile trovare margini di recupero di efficienza e che la sostenibilità del sistema a lungo termine non è solo una questione economico-finanziaria ma soprattutto di coesione sociale, di evoluzione dei modelli organizzativi nella continuità dei principi ispiratori che nel tempo hanno consentito di conseguire l'eccellenza, di consapevolezza e responsabilità su temi che riguardano la salute e non solo i servizi.

L'innovazione va, prioritariamente, realizzata sul versante delle tecnologie, delle strutture e delle infrastrutture, con particolare riferimento all'ICT, poiché è insufficiente incidere sull'architettura istituzionale se non si colma – anche dotando il sistema di strumenti adeguati – l'attuale gap di conoscenza e di governance sui fenomeni di salute che devono indirizzare l'organizzazione e l'azione dei servizi.

Un "investimento sulla salute" è *conditio sine qua non* per la sostenibilità – anche economi-



Ceraolo, Tonutti, Del Fabbro, Napoli, Samani, Bordon e Del Punta

ca – del sistema a lungo termine. I temi della prevenzione, della promozione della salute, dell'integrazione sociosanitaria, della presa in carico della cronicità – al fine di limitare/ritardare l'evoluzione verso la disabilità – sono, quindi, strategici per concorrere a tale investimento e richiedono uno sforzo in termini di politiche, modelli, strumenti.

Anche in coerenza con il decreto legge recante *"disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute"* e – in particolare modo – con il suo art. 1 (*"Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie"*), va perseguito l'intento di sviluppare l'assistenza territoriale anche riconvertendo risorse dal settore ospedaliero, pur garantendo al contempo la qualificazione delle eccellenze ospedaliere, in funzione dello scenario epidemiologico, demografico e sociale, coerentemente con gli indirizzi dell'OMS e con quelli derivanti dalle evidenze prodotte dalla comunità scientifica.

La crescente difficoltà a garantire la sostenibilità economica del sistema va affrontata met-

tendo mano alla ridondanza dell'offerta ospedaliera a sfavore dell'assistenza sul territorio. Un territorio, quello della nostra regione, in cui l'esistenza di modelli diversi è coerente con le differenze – più che con le difformità – fra le diverse aree territoriali della regione. Se i livelli di assistenza – intesi in quanto LEA – vanno ugualmente garantiti ovunque, l'offerta di servizi deve essere coerente con l'appropriatezza della domanda in base all'effettivo bisogno di salute presente sullo specifico territorio. In particolare, l'organizzazione dei servizi sanitari territoriali deve essere funzionale allo specifico contesto di riferimento e richiede, pertanto, modelli e schemi di riferimento diversi, con particolare riguardo alle differenze sociali, culturali, epidemiologiche, demografiche che caratterizzano l'ambito montano, quello rurale, quello dei centri urbani di medie dimensioni e quello simil metropolitano del maggiore centro urbano e della sua periferia.

L'integrazione tra ospedale e territorio non può prescindere da una chiarezza di mandato: funzioni ospedaliere incentrate sul ricovero per acuzie non

segue a pag. 24

segue da pag. 23

altrimenti gestibili, funzioni territoriali incentrate sul governo della salute attraverso prevenzione, promozione della salute, gestione della cronicità e integrazione sociosanitaria.

Un preciso riferimento va fatto ai criteri di finanziamento da destinare ai diversi segmenti del sistema. Una legge di riordino che affermi la necessità di valorizzare le cure primarie dando un corretto dimensionamento alla rete ospedaliera dovrebbe precisamente definire quell'allocazione ideale che oggi vuole una destinazione del 51% delle risorse al territorio, 5% alla prevenzione, 44% all'ospedale.

Così come opportunamente potrebbe definire, al fine di uscire definitivamente dall'equivoco dei criteri di ripartizione territoriale delle risorse e dal modello della spesa storica, indicatori di ponderazione della popolazione (demografici, sociosanitari, epidemiologici) per le diverse aree geografiche che compongono la nostra regione.

La coincidenza tra distretto ed ambito va mantenuta al fine di rafforzare il ruolo del distretto quale riferimento principe del raccordo fra sanità ed Enti Locali, ma anche con le associazioni di tutela dei diritti e le organizzazioni di volontariato che caratterizzano positivamente le realtà locali regionali.

Ciò consente di assicurare la partecipazione degli enti locali ai processi programmatici in materia sanitaria, sociale e sociosanitaria e alla verifica dei relativi obiettivi, atteso il fatto che l'Assemblea dei sindaci del distretto-ambito deve rappresentare la sede di vero confronto di merito sui bisogni delle popolazioni, sull'assetto e sul funzionamento dei servizi sanitari

e sulle modalità con cui realizzare l'integrazione operativa tra gli stessi e i servizi sociali dei Comuni. La corrispondenza tra distretto e ambito è presupposto imprescindibile per l'integrazione sociosanitaria e per le strategie di salute pubblica che intendono potenziare da un lato la prevenzione e la promozione della salute, dall'altro la presa in carico della cronicità e della disabilità.

La dimensione "ideale" di un distretto va, quindi, più opportunamente definita sulla base del rapporto con gli ambiti, piuttosto che su un dato minimo obbligatorio di popolazione di riferimento. Vanno in particolare modo garantite e tutelate le realtà periferiche (montane e di confine) e quella rappresentata dall'unico ambito (1.2, coincidente con il Comune di Trieste, la cui popolazione supera i 200.000 abitanti) in cui la coincidenza distretto-ambito comporterebbe evidenti difficoltà organizzative, in funzione della numerosità della popolazione di riferimento.

Al fine di valorizzare il sistema di cure primarie

quale riferimento per la presa in carico delle patologie croniche, la gestione dell'assistenza specialistica ambulatoriale va opportunamente affidata alle aziende sanitarie territoriali, attraverso i distretti. Il governo della domanda e quello dell'offerta vanno in tal senso unificati per garantire un approccio in termini di appropriatezza e - conseguentemente - di sostenibilità.

La presa in carico delle patologie croniche richiede percorsi di cura (diagnostici, terapeutici, riabilitativi e assistenziali) nell'ambito di una continuità territorio-ospedale-territorio, in cui la storia clinico-assistenziale della persona presa in carico si svolge quasi per intero al di fuori della dimensione "ricovero", che va sempre più riservata alle sole situazioni acute non altrimenti risolvibili/gestibili.

Al fine di integrare l'area dei servizi ospedalieri con quella dei servizi territoriali, il miglioramento della qualità e della sicurezza del servizio reso al cittadino può essere perseguito anche attraverso l'attiva-

zione di reti cliniche e professionali che garantiscano percorsi diagnostico terapeutici coerenti e condivisi. Atteso il fatto che tali percorsi - caratterizzanti la gestione a lungo termine della cronicità ben più che la risposta all'acuzie - presuppongono una costante interazione tra medico di medicina generale, servizi distrettuali, servizi sociali dei comuni e attività specialistiche ambulatoriali intra ed extraospedaliere, la coerenza di tali percorsi di cura va favorita attraverso l'affidamento alle aziende territoriali del governo complessivo dell'attività specialistica ambulatoriale, erogata sia presso le sedi distrettuali, sia all'interno delle strutture ospedaliere, integrando gli specialisti ospedalieri con gli specialisti convenzionati e favorendo l'espletamento nelle sedi territoriali distrettuali di tutte le attività a maggiore diffusione e che non richiedono l'utilizzo di tecnologie complesse. Ciò contribuirebbe, a maggior ragione, a portar chiarezza al mandato istituzionale dell'ospedale (specie per quanto riguarda le aziende

## APPROVATA LA LEGGE DI RIORDINO DEL SSR

Il riordino istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale è stato approvato il 4 dicembre dal Consiglio regionale, con 28 voti favorevoli, inclusi i due del presidente Tondo e del suo vice, Ciriani, assessore di riferimento e 21 hanno votato no, nessuno si è astenuto.

Favorevoli i consiglieri di Pdl (incluso l'indipendente Baritussio), LN e UDC, oltre a Pensionati, Asquini e Ballaman (Misto); contrari i componenti di PD, Idv, Sinistra Arcobaleno, Cittadini e UAR. Così le ragioni del voto:

Giorgio Venier Romano, presidente della III Commissione ha dichiarato: "questa non è la riforma del Sistema sanitario regionale, ma il suo inizio. Si cerca di

ridurre i costi per liberare risorse e avere così la possibilità di fare investimenti. In seguito si dovranno fare altri interventi, come eliminare i doppioni e puntare alla prevenzione".

Sergio Lupieri: voto contrario del PD, con la bocciatura totale della gestione Tondo della sanità fatta di cinque anni di nessuna manutenzione e nessun Piano di edilizia ospedaliera, nessuna riqualificazione delle case di riposo, dei punti nascita, dell'emergenza, della domiciliarità.

Mettere la sanità nelle mani dei direttori generali è assolutamente inadeguato. Manca un'analisi completa dell'esigenza salute e il vantaggio che porterà questo provvedimento.

ospedaliera o ospedaliero-universitarie) quale segmento del sistema deputato al solo ricovero per acuti.

Al "territorio" non può, pertanto, competere esclusivamente la funzione di tutela, programmazione, verifica e controllo, ma anche quella di governo ed erogazione dei servizi di assistenza primaria, che, come peraltro previsto dal già citato recente decreto legge, comprendono non solo la medicina generale/pediatria di libera scelta e l'assistenza infermieristica e riabilitativa distrettuali, ma anche la specialistica ambulatoriale ed i servizi di continuità assistenziale.

Analogamente, la gestione dell'emergenza-urgenza andrebbe più opportunamente affidata alle aziende sanitarie territoriali.

Al riguardo sarebbe più opportuno affidare al territorio il governo della rete dell'emergenza-urgenza, integrata con la continuità assistenziale ma, soprattutto, con i servizi distrettuali, questo per garanzia di maggiore appropriatezza di accesso al pronto soccorso e della possibile conseguente ospedalizzazione. Inoltre, affidare l'emergenza-urgenza all'ospedale renderebbe molto più difficile la chiusura della risposta all'acuzie all'interno del territorio stesso attraverso l'attivazione di percorsi alternativi al pronto soccorso e al ricovero e renderebbe alquanto improbabile un qualsiasi contenimento degli accessi evitabili al pronto soccorso, specie per i c.d. "codici bianchi".

*Esaminato in Comitato Direttivo Federsanità Anci Fvg*

*Udine, 15 ottobre 2012*

## PER LA CONFERENZA PERMANENTE LA RIFORMA DELLA SANITÀ È OPPORTUNA

(A.R.C.) – La Conferenza permanente per la Programmazione sanitaria, sociale e socio sanitaria regionale, che il 16 ottobre, a Udine, sotto la presidenza del sindaco di Sacile Roberto Ceraolo, ha esaminato il ddl regionale sul "Riordino istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale", riconosce che il sistema "necessita di un'opportuna riforma che punti al mantenimento e alla sostenibilità dell'elevata qualità delle prestazioni sanitarie e socio assistenziali di iniziativa pubblica" erogate in Friuli Venezia Giulia. Lo si legge nella deliberazione che la Conferenza ha espresso all'unanimità, in cui si sottolinea la convinzione che "una riforma del sistema sanitario sia includibile nella prospettiva della sostenibilità economica della sanità pubblica e per mantenere l'eccellenza delle risposte fornite dal sistema regionale nell'ambito delle trasformazioni in atto sotto i profili demografico ed epidemiologico della po-

polazione regionale".

La Conferenza permanente concorda poi sul fatto che "l'attualità impone l'adozione di modelli rivolti alla massima integrazione dei servizi sanitari e socio assistenziali, nell'ottica di una 'presa in carico' del paziente che garantisca appropriatezza e continuità della cura".

Nel documento approvato, si evidenzia anche come "l'articolato del disegno di legge perimetri una 'cornice di riferimento, peraltro non omogenea per il territorio regionale nel suo complesso (con caratteristiche sociali, demografiche, epidemiologiche e geomorfologiche molto diverse), che non esaurisce le problematiche presenti, anzi le rinvia a successivi provvedimenti attuativi".

Da qui la richiesta del sistema delle autonomie locali di "un ampio ed articolato confronto preventivo". La Conferenza permanente esplicita anche la propria preoccupazione per il dimensionamento prospet-

tato per il distretto, "ritenendo che il principio della coincidenza con l'ambito risponda alla necessità di formulare compiutamente il raccordo tra servizi sanitari e socio assistenziali", proprio nella logica della continuità assistenziale e dell'appropriatezza delle cure.

Inoltre viene evidenziata "l'opportunità di mantenere le deroghe relative al numero minimo di abitanti per i distretti presenti in realtà montane come attualmente previsto dalla legge regionale 12 del 1994". Infine, la Conferenza all'unanimità rivendica il rispetto del ruolo dei Comuni nei compiti di indirizzo e di controllo in materia che sono loro attribuiti dalla legge, ritenendo che tale garanzia possa essere compromessa da un ampliamento abnorme del numero di abitanti per distretto e, quindi, degli ambiti e, conseguentemente, del numero delle municipalità convergenti all'interno di un'unica Assemblea dei Sindaci".

### CERAOLO SUL PARERE DELLA CONFERENZA PERMANENTE

(A.R.C.) "Un'ulteriore dimostrazione di maturità da parte del sistema delle autonomie locali che sulle questioni che contano per i cittadini della regione sa trovare intese che vanno oltre gli steccati delle appartenenze e dei colori politici".

Così si è espresso il presidente della Conferenza permanente per la Programmazione sanitaria, sociale e socio sanitaria regionale Roberto Ceraolo, sindaco di Sacile, sull'esame del disegno di legge regionale di riforma della sanità presentato dalla Giunta.

"I sindaci – ha proseguito Ceraolo – si confermano interpreti dei bisogni delle loro comunità e interlocutori responsabili del legislatore regionale nella formulazione dei provvedimenti che le riguardano.

L'ampiezza dei contributi presentati nell'articolato dibattito svolto e la proficua sintesi alla quale si è giunti – ha concluso – costituisce un'ulteriore e concreta affermazione del ruolo della Conferenza quale organo di riferimento nella programmazione sanitaria e socio sanitaria e di raccordo fra la Regione e gli Enti locali".



**PROGETTUALITÀ: CONTENIMENTO LISTE D'ATTESA, AREE VASTE, PREVENZIONE, INNOVAZIONE E RIQUALIFICAZIONE INTERVENTI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI. PARERE FAVOREVOLE DELLA CONFERENZA**

## LINEE GUIDA 2013, NESSUN TAGLIO AI SERVIZI

Sono state approvate il 21 novembre dalla Giunta regionale, su proposta del vicepresidente Luca Ciriani, le nuove linee guida del SSR-Sistema Sanitario Regionale per il 2013. "Il documento - ha spiegato Ciriani - centra il difficile obiettivo di mantenere inalterata la qualità dei servizi sanitari offerti ai nostri cittadini pur adeguandosi alla drastica diminuzione di risorse dovuta ai provvedimenti del Governo". "Queste linee guida sono frutto di un lavoro meticoloso e attento alle esigenze dei pazienti, per questo i tagli che abbiamo dovuto compiere vanno ad incidere su voci che non intaccano i servizi. Sono stati contenuti alcuni costi e vengono dilazionati degli investimenti, tutte operazioni con le quali garantiamo anche per il 2013 tutti i servizi che erano garantiti per il 2012. Abbiamo prestato particolare attenzione all'assistenza delle fasce più deboli; pertanto le famiglie, gli anziani e i disabili possono contare su un'offer-

ta socio sanitaria che nel prossimo anno rimarrà sugli stessi livelli di eccellenza che ha ora".

Le "Linee di gestione" sono state presentate dal direttore centrale Gianni Cortiula, insieme ai direttori della programmazione, Loris Zanier e dell'integrazione sociosanitaria, Giuseppe Bazzo, alla Conferenza permanente per opportuna valutazione nella riunione di venerdì 7 dicembre. La Conferenza ha dato parere favorevole al documento, approvato in via preliminare dalla Giunta regionale, con 6 voti a favore e 6 astenuti.

### PROGETTUALITÀ 2013

Tra le progettualità 2013, tenuto conto dello "scenario e delle risorse a disposizione del SSR" - è evidenziato nel documento - la programmazione annuale degli Enti del SSR per il 2013 si uniforma alle seguenti indicazioni.

### Programmazione quali-quantitativa delle prestazioni

Nel 2013 va mantenuta l'at-

tività complessivamente intesa delle Aree Vaste e delle Aziende per le diverse classi di attività proprie della mission istituzionale ad esse assegnate.

La programmazione di tale attività, in base alle evidenze derivanti dall'analisi del rapporto domanda offerta, deve tendere ad una riconversione delle stesse, diminuendo il numero delle prestazioni meno richieste od inappropriate ed aumentando il numero di prestazioni appropriate che presentano sofferenza dal punto di vista della domanda.

Ciò deve essere attuato, in particolare, nell'ambito del piano di produzione dell'Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa. In base alle indicazioni pianificatorie vigenti, vanno mantenute prioritariamente le prestazioni delle attività di prevenzione e territoriali. La Direzione Centrale Salute ISS e PS, nelle apposite indicazioni metodologiche a supporto della redazione dei PAL/PAO, individuerà le

prestazioni e le performance più significative e gli obiettivi da assegnare alle Aziende.

### Programmazione degli interventi sanitari e socio-sanitari

Costituiscono progettualità del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2013, e devono trovare idonea specificazione nei programmi degli Enti del SSR le seguenti tematiche:

- Contenimento dei tempi di attesa
- Prevenzione
- Assistenza farmaceutica
- Governo clinico e sicurezza delle cure
- Piano sangue regionale
- Attuazione della pianificazione locale nelle aree di integrazione socio-sanitaria
- Funzioni regionali affidate a singole Aziende Sanitarie.

Su ciascuna di esse vengono di seguito fornite precisazioni sugli obiettivi strategici e le finalità della progettualità, nonché l'obiettivo annuale per l'anno 2013.

Devono essere inoltre proseguite, trovando apposito spazio nelle programmazioni aziendali, le attività, già presenti negli anni precedenti, relative alle tematiche:

- Accreditamento
- Assistenza protesica
- Continuità assistenziale nel paziente con malattie cronico degenerative
- Cure palliative
- Salute mentale
- Riabilitazione
- Trapianti
- Governo e riqualificazione del sistema residenziale e semiresidenziale per anziani non autosufficienti.

A proposito dei temi riguardanti la salute mentale, le dipendenze e la disabilità, si terranno in debito conto le opportune e necessarie azioni volte a promuovere l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate.

## CIRIANI, È UNA RIFORMA DI RISPARMI ED EFFICIENZA

(A.R.C.) Trieste, 5 dic. - "Abbiamo risposto concretamente alla necessità, riconosciuta da tutti, di innovare un sistema di eccellenza per garantirne la sostenibilità e l'efficienza sul lungo periodo": così il vicepresidente della Regione Luca Ciriani commenta l'approvazione della riforma del SSR-Sistema Sanitario Regionale in Consiglio regionale (4 dicembre).

"Il passaggio più rilevante di questa riforma - sostiene Ciriani - è sicuramente il dimezzamento delle Aziende per i Servizi Sanitari che passano da sei a tre. Un taglio che, come certifica uno studio dell'Università Bocconi, permetterà di risparmiare subito, nel primo anno di attuazione, già 4 o 5 milioni di euro, che aumenteranno a 10 nell'anno successivo per poi crescere ancor di più nel periodo seguente.

Questi risparmi sono dovuti a due fattori principali - spiega il titolare della delega alla Salute - : nell'immediato saranno dovuti alla riduzione delle figure dirigenziali e degli staff amministrativi, cioè alla macchina amministrativa e burocratica che verrà snellita e ridotta.

Successivamente, quando la riorganizzazione sarà entrata a regime, le Aziende potranno perseguire economie di scala, basandosi su bacini di utenza più grandi e, quindi, maggiormente corrispondenti a criteri di efficienza, che porteranno quindi ad un significativo contenimento della spesa". "La richiesta di salute dei cittadini - prosegue il vicepresidente - è profondamente mutata rispetto alla prima riforma sanitaria regionale, che risale ormai quasi a vent'anni fa. Con il provvedimento varato abbiamo centrato l'obiettivo che ci eravamo posti, quello di garantire al Friuli Venezia Giulia un sistema sanitario che risponda alle esigenze delle persone garantendo servizi di eccellenza che siano anche economicamente sostenibili e che non provochino, come accaduto in altre regioni, drammatici buchi di bilancio".

## 2013 agenda per le innovazioni

In attuazione dell'Agenda Digitale, europea ed italiana (con il decreto legge sulla crescita), entro il 2013 il 60% delle prescrizioni sanitarie cartacee dovranno essere sostituite dalle equivalenti digitali, in modo uniforme, su tutto il territorio nazionale, l'80% entro il 2014 e il 90% entro il 2015. Inoltre, nei prossimi mesi, anche a seguito del recente "Decreto Balduzzi", anche in regione saranno realizzati: il "Fascicolo sanitario elettronico", che accoglie tutti i documenti socio-sanitari per la consultazione online al cittadino e a tutti gli operatori sanitari autorizzati, le cartelle cliniche dovranno essere conservate su supporto digitale, dovrebbero venir attivati l'anagrafe regionale, CUP, registri dematerializzazione, nonché il funzionamento del Sistema di accesso - CUP.

Per fare il punto sui progetti e le realizzazioni che vedono in prima linea il sistema Regione FVG, insieme ad Aziende sanitarie, Ospedali, IRCCS, ASP e Comuni, Federsanità ANCI FVG ha organizzato, a metà ottobre, il seminario "ICT e sanità elettronica: le prospettive in Friuli Venezia Giulia. Presentazione progetto OSSERVATORIO ICT IN FVG". L'iniziativa è stata realizzata con il sostegno della Fondazione CRUP e Noemalife, in collaborazione con la Regione Friuli Venezia Giulia (direzioni centrali Salute e Funzione pubblica). In apertura dei lavori, davanti ad un pubblico qualificato di amministratori locali, esperti ed addetti ai lavori, il presidente di Federsanità ANCI FVG, Giuseppe Napoli, ha richiamato la finalità principale di queste innovazioni: semplificare l'accesso e il percorso del cittadino



Bordon, Pezzetta, Napoli, Ceraolo e D'Agostini

nel sistema sanitario e socio-sanitario in tutte le fasi della sua vita e facilitare/dematerializzare lo scambio di dati, informazioni e immagini tra professionisti, sempre nell'interesse prioritario del cittadino - utente. "Per rispettare le scadenze fissate dall'Agenda - ha dichiarato il coordinatore del gruppo di lavoro ICT e Sanità elettronica, Paolo Bordon - è necessario, innanzitutto, conoscere l'attuale situazione e far dialogare "in rete" i diversi soggetti chiamati a governare queste innovazioni fondamentali. E sono proprio questi gli obiettivi dell'"Osservatorio ICT e Sanità elettronica in FVG, indagine di autovalutazione dei sistemi informativi nelle strutture del SSR FVG", che, dal 2011, monitora lo stato dell'arte e costituito un'apposita banca dati online aggiornabile e ampliabile, sulla base delle esigenze applicative. Il progetto, promosso da Federsanità ANCI FVG con il sostegno della Fondazione CRUP e Noemalife, è stato avviato nel giugno 2011, tramite la prima sperimentazione nella Bassa friulana e, attualmente, coinvolge tutte le Aziende Sanitarie e ospedaliere del FVG, nonché l'IRCCS CRO di Aviano.

Da parte sua il presidente della Fondazione Crup, Lio-

nello D'Agostini, dopo aver richiamato le consolidate sinergie con Federsanità ANCI FVG (realizzazione "Atlante dei servizi sanitari e socio-sanitari in FVG" in italiano-inglese, tedesco e sloveno (alla pag. 37), ha sottolineato: "La partecipazione a questo progetto testimonia l'attenzione ed il vivo apprezzamento della Fondazione Crup nei confronti dei soggetti che operano per migliorare ed innovare la qualità del sistema sanitario e socio-sanitario. La Fondazione - ha concluso - vuole essere anche vicina ai cittadini per agevolare il loro orientamento nella fruizione dei servizi sanitari e socio-sanitari".

Da parte loro i presidenti di ANCI FVG, Mario Pezzetta e Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale, Roberto Ceraolo, hanno manifestato grande attenzione per i temi dell'innovazione e disponibilità a favorire l'integrazione sociosanitaria, anche tramite lo scambio di informazioni tra le direzioni salute e autonomie locali. Il presidente Pezzetta ha, poi, ricordato l'esigenza di procedere in modo coordinato tra le diverse riforme (Riordino dei sistemi delle Autonomie Locali, del SSR etc.) anche al fine di individuare omo-

genee dimensioni intercomunali, coerenti anche con le prospettive delle "Città e comunità intelligenti" per le quali in attuazione della strategia ANCI, sia nazionale che regionale, molti Comuni del FVG si stanno impegnando.

Infine, i rappresentanti dei Comuni, hanno auspicato che il sistema Friuli Venezia Giulia continui a svolgere un ruolo pionieristico a livello nazionale ed europeo, a partire dallo sviluppo delle tecnologie digitali, e-government e della dematerializzazione dei certificati per i cittadini.

Sui risultati dell'Osservatorio ICT e e-Health in FVG, curato da Federsanità ANCI FVG, sono intervenuti il coordinatore del gruppo di lavoro, Paolo Bordon e il curatore scientifico, Gilberto Bragonzi che hanno illustrato il report dell'Osservatorio sulla situazione esistente nello sviluppo del sistema informatico nelle strutture sanitarie, peraltro, abbastanza in linea con le realtà più avanzate delle regioni del Nord Italia. Lo strumento realizzato è ora operativo e verrà ulteriormente ampliato e perfezionato, d'intesa con la Regione, sulla base dei temi previsti dall'Agenda Digitale. Sarà,



Relatori e pubblico al convegno presso Auditorium Fondazione CRUP

inoltre, possibile prevedere, sia l'aggiornamento delle informazioni già raccolte (con la costruzione di serie storiche), sia l'ampliamento a temi di attualità tra cui gli impegni previsti dall'Agenda Digitale, con il vantaggio di orientare in modo mirato ed efficace gli investimenti in questo settore.

Nell'apprezzare l'utilità dello strumento che – ha detto – consente di acquisire un utile patrimonio di dati e informazioni, Loris Zanier, direttore area programma-

zione della direzione centrale salute, ha evidenziato che accanto alle innovazioni tecnologiche c'è bisogno anche di un adeguato sistema di governo e di normative aggiornate e utili per garantire la sicurezza dei dati e delle informazioni che le istituzioni possono scambiarsi con l'autorizzazione dei cittadini (legge sulla privacy). Tra le priorità segnalate da Zanier vi sono: riorganizzazione del sistema degli accessi (anagrafe unica, cup cartella sociale), sviluppo

di un sistema informativo territoriale, evoluzione delle procedure per la gestione della privacy e ridefinizione delle regole dell'offerta almeno in alcuni settori.

In precedenza Guglielmo Galasso, della direzione Autonomie locali (componente Cabina di regia ICT) aveva illustrato i principali progetti realizzati dalla Regione e quelli di prossima attuazione. "In generale – ha dichiarato – l'impegno è per far progredire in modo omogeneo le tecnologie nelle diverse strutture ospedaliere e sanitarie, e far dialogare Comuni e ASS, tramite procedure integrate (es. nuova cartella sociale informatizzata).

Vi è poi il recente sistema informativo delle residenze assistite che ha messo "in rete", ben 191 case di riposo, centri diurni, etc.

Infine, per quanto riguarda la prescrizione elettronica dei farmaci e altre prestazioni, Galasso ha annunciato che, grazie all'accordo con i

MMG in FVG saranno possibili sia la dematerializzazione dell'intero ciclo della prescrizione, che altri servizi innovativi sul territorio.

Nel corso della tavola rotonda conclusiva, moderata dal vice presidente Fabio Samani, è intervenuto anche il presidente di INSIEL, Sergio Brischi, che ha preso atto dei risultati dell'Osservatorio e della banca dati ora disponibile che potrà essere utile anche per programmare meglio i servizi, concentrandosi sulle aree prioritarie e con maggiore complessità. Brischi, si è inoltre soffermato sul tema della "governance condivisa" e si è detto disponibile a recepire proposte concrete, purché supportate da dati ed evidenze scientifiche.

Da parte di tutti gli intervenuti sono emerse indicazioni e proposte utili per migliorare ulteriormente l'innovazione dei sistemi sanitario, sociosanitario e Autonomie locali in FVG. ■

LE PROSSIME TAPPE, INTERVENTO DI LORIS ZANIER, DIRETTORE CENTRALE AREA PROGRAMMAZIONE DIREZIONE CENTRALE SALUTE

## SEMPLIFICAZIONE E RETI TRA COMUNI E SSR

Il decennio in corso ha visto crescere e svilupparsi dell'insieme delle tematiche relative all'informatizzazione del territorio e, più in generale, della costituzione delle reti di connessione tra strutture e cittadini rese possibili dal notevole avanzamento della tecnologia informatica.

Nella nostra regione l'evoluzione del sistema informativo della sanità, già sviluppato negli anni '90, nel corso dei prossimi anni dovrà seguire questa linea di sviluppo che è caratteristica di tutte le aree socialmente ed economicamente evolute nel contesto europeo.

Allo stato attuale il sistema informativo della sanità della nostra regione è caratterizzato da un consistente numero di applicativi che consentono la gestione dei

processi di cura ed accudimento nei vari setting istituzionali.

Ovviamente per storia e costituzione fisica della rete la maggior densità di questi è concentrata nelle strutture ospedaliere, ma vi è una diffusione significativa anche a livello dell'attività territoriale.

Per dar un'idea del livello di sviluppo anche fisico della rete informatica della sanità negli ultimi 10 anni può essere un interessante riferimento la dotazione di postazioni di lavoro collegate al sistema informativo sanitario regionale: si parte dal 1331 postazioni del 1995 per raggiungere le 9500 del 2008 con un trend anche per gli anni successivi in costante aumento.

La sola centrale unica di pre-

notazione nel 2010 censiva 21.170.750 prestazioni sanitarie richieste con 6.700.000 impegnative inserite a sistema e 3.100.000 appuntamenti schedulati e 483.000 appuntamenti annullati, o rinviati.

Il tema centrale dell'immediato futuro sarà quello di sviluppare due principali tematiche, entrambe afferenti al concetto di rete.

La prima che vede la costituzione di un flusso informativo e della relativa infrastruttura che consenta al cittadino di usufruire e gestire i propri dati e di interloquire con il sistema.

La seconda, se vogliamo meno visibile al pubblico, che tende a sviluppare, nel rispetto delle regole della privacy, un flusso coordinato di informazioni fra i nodi

del sistema per migliorare le singole operatività delle varie strutture e per rendere più semplice la relazione del cittadino con il sistema socio-sanitario. Si vuole cioè da una parte favorire un processo di arricchimento delle informazioni a costi contenuti in una logica di governo del sistema e, dall'altra, consentire quando possibile un rapporto più semplice e veloce dell'utenza con i nodi del sistema sociosanitario stesso. In questa strategia complessiva andrà anche considerata la relazione tra SSR e le istituzioni locali territoriali, in primis le municipalità.

Il percorso, certamente, non è facile, ma rappresenta una tappa obbligata per un sistema sociosanitario realmente integrato in tutti gli elementi.

REGIONE, COMUNI E VOLONTARIATO INSIEME A SOSTEGNO DELLE FRAGILITÀ SOCIO ECONOMICHE

## Un patto per alimentazione e povertà emergenti

In Friuli Venezia Giulia le persone assistite dai servizi sociali dei 218 Comuni sono oltre 50.000 e dai centri di ascolto delle CARITAS circa 3.000. In generale si tratta di contributi e servizi per particolari situazioni di fragilità sociale ed economica (disoccupazione, bassi redditi e situazione ISEE) e condizioni di salute (es. non autosufficienza).

Questi dati sono cresciuti dal 2009 ad oggi e sono in continua evoluzione. Al riguardo Regione, Comuni e Caritas dispongono di un osservatorio permanente sulla situazione delle povertà.

I Comuni, in particolare, possono svolgere un ruolo fondamentale, per monitorare il fenomeno e cercare di contrastarlo, contenendo i rischi dell'attuale crisi sia, in termini di interventi sociali, che promuovendo l'equità e la salute, a partire dalle persone e famiglie "più fragili". È quanto dichiarato da Paolo Molinari, ricercatore di IRES FVG, in occasione del convegno *"Approvvigionamenti alimentari e povertà emergenti in FVG"*, promosso dalla Regione, in collaborazione con Larea - Laboratorio Regionale di Educazione Ambientale e Federsanità ANCI FVG, nell'ambito della Settimana UNESCO 2012.

Dopo l'introduzione di Sergio Sichenze, direttore di LaREA di ARPA FVG, che ha richiamato i temi della Settimana UNESCO, quest'anno dedicata alla "Madre Terra" e alla promozione dello sviluppo sostenibile e della solidarietà, il direttore dell'area prevenzione e promozione salute della direzione centrale Salute, Nora Coppola,



Tunini, Del Fabbro, Sichenze e Coppola (foto Anteprema)



Relatori e pubblico (foto Anteprema)

ha sintetizzato alcuni progetti multisettoriali realizzati, dal 2008, in sinergia con Federsanità ANCI FVG e ANCI FVG, Comuni e Aziende sanitarie, sui quali è intervenuta anche il segretario di Federsanità, Tiziana Del Fabbro. Tra questi le "Linee guida per la qualità e sostenibilità della ristorazione scolastica", di prossima diffusione. "Progetti che - ha evidenziato Coppola - tengono conto anche delle mutate situazioni economiche di molte famiglie, nonché del forte impegno dei Comuni per sostenere la qualità dei servizi socio-sanitari sul territorio e la coesione sociale, ancor più in tempi di crisi".

I rappresentanti dei Comu-

ni di Trieste, Gorizia, Martignacco e Caneva hanno, quindi, illustrato esempi concreti di interventi realizzati: dall'impegno per eliminare gli sprechi negli approvvigionamenti alimentari (progetti Last Minute Market, Caritas, Cooperative e Supermercati), agli sconti per le famiglie con i redditi più bassi sulla spesa alimentare, l'abbigliamento, oppure il recupero dei farmaci, il "tavolo-emporio delle povertà", con la "tessera a punti" per fare la spesa, o l'abbigliamento, i "mercatini solidali", nonché l'abbattimento dell'IMU per i redditi più bassi, i "buoni mensa", fino agli sportelli lavoro, ai lavori socialmente utili e ai progetti di microsviluppo

sostenibile locale (es. fattorie e frasche sociali).

In sintesi, da parte di tutti è prioritaria l'esigenza di coordinare e "mettere in rete" le diverse e positive iniziative di numerosi soggetti pubblici e privati (Caritas, mondo delle imprese e della cooperazione, parrocchie, banco alimentare, volontari, etc.), sia per intervenire nel quotidiano, che per creare nuove opportunità di lavoro e reinserimento.

Perché, come ha illustrato Paolo Molinari, (IRES FVG), per arginare il fenomeno delle povertà emergenti non sono sufficienti gli interventi economici, ma va riaffermato un "patto comunitario" tra realtà pubbliche e private come condizione fondamentale per contrastare la povertà e facilitare percorsi di "inclusione sociale" entro una logica di "responsabilità sociale allargata" a tutti i cittadini per dare vita a "comunità solidali" che affianchino le persone per ridare fiducia e nuove opportunità a chi più ne ha bisogno.

Un messaggio che pare essere stato recepito anche dalla rappresentanza di studenti presenti in sala (terze classi scuola Media Tiepolo, Udine), insieme ad esponenti delle organizzazioni sindacali dei pensionati, del mondo della cooperazione, amministratori locali e operatori dei sistemi sanitario e socio-sanitario.

Interessanti contributi sono venuti anche da tutti gli altri relatori: Chiara Bertolini, Caritas Diocesana di Gorizia, Silvia Della Branca, direttore Case circondariali di Tolmezzo e Trieste e Matteo Guidi, progetto Last Minute Market.

ISTRUZIONE, CONDIZIONI SOCIOECONOMICHE E ATTIVITA' FISICA  
AL CENTRO DELLA XV CONFERENZA NAZIONALE RETE OSPEDALI E SERVIZI

## Investire in salute ed equità conviene

Si è svolta a Trieste la XV Conferenza Nazionale della rete degli Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute. La conferenza, dal titolo "Investire in salute: sistemi e reti per ottimizzare i risultati", ha registrato 400 partecipanti provenienti dalle reti HPH di tutta Italia.

Il programma della conferenza ha messo in evidenza le buone pratiche delle regioni aderenti alla rete HPH per uscire dalla logica dei "muri" di competenza e dalla frammentazione specialistica e andare verso l'integrazione delle azioni che riguardano la salute dei cittadini. Dopo il benvenuto del comitato promotore costituito dal direttore generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine, Carlo Favaretti, anche coordinatore nazionale



della rete HPH, dal direttore generale di ASS 2 Isontina, Marco Bertoli, coordinatore regionale della rete HPH del FVG e del direttore generale ASS 1 Triestina, Fabio Samani, sono intervenute, per la Regione l'assessore regionale, Federica Seganti, in rap-

presentanza del presidente Tondo e per Federsanità ANCI FVG e il Comune di Trieste, l'assessore alle politiche sociali, Laura Famulari. Particolarmente interessante il contributo di Giuseppe Costa, epidemiologo dell'Università di Torino, che ha svolto una lettura sull'**equity audit** in sanità, evidenziando che, più che a motivi geografici, le disuguaglianze di salute sono da imputare, in primo luogo, al livello di istruzione, più importante del fattore economico, in quanto fra le varie disuguaglianze sociali è quello che maggiormente influenza la capacità della persona a fare scelte responsabili di salute.

Alla conferenza è intervenuta, tra gli altri, Teresa Di Fiandra, rappresentante del Ministero della Salute, insieme a numerosi esponen-

ti della Rete regionale che hanno approfondito i temi dell'empowerment, inteso come strategia che rende capaci gli individui di scelte vantaggiose per sé e per la comunità e non di divieti che, limitando la libertà, deresponsabilizzano la persona e creano dipendenza dall'istituzione.

Il tema dell'empowerment è stato il filo conduttore di molte relazioni, a partire da quella sull'alimentazione e l'attività fisica dei ragazzi (rete della Val d'Aosta, Per ruquet e Macri) e quella del ruolo di una visione globale e coerente nei progetti di contrasto al fumo, trattata da Tasso, coordinatore della rete veneta.

Al riguardo è emersa evidente la schizofrenia dei comportamenti dei Governi e della Comunità Europea che, da un lato condannano il tabacco, come causa importante di perdita di salute e, dall'altro, ne incentivano la coltivazione, come importante fonte di reddito. L'esperienza portata dal coordinatore della rete lombarda, Fontana, ha messo in luce i modelli organizzativi regionali di integrazione fra ospedale e territorio, in collaborazione con l'ambiente scolastico, per descrivere i percorsi che facilitano la continuità dell'apprendimento dei bambini e giovani in età scolare portatori di malattia cronica.

### ATTIVITÀ FISICA

L'attività fisica è ormai considerata al pari di un farmaco in quanto, oltre a prevenire la maggior parte delle malattie metaboliche, funziona da anti-infiammatorio naturale: la coordinatrice della rete HPH dell'Emilia Romagna, Finarelli, ha descritto il programma avviato negli ambienti sanitari sulla promozione dell'utilizzo delle scale da parte di professionisti e cittadini, a te-

## SICUREZZA E SALUTE NEI PORTI

Il workshop su Sicurezza e salute nei porti, organizzato nell'ambito della Conferenza nazionale della Rete HPH, ha registrato il contributo di conoscenza da parte di alcune delle principali realtà portuali italiane: Trieste, Genova, Livorno e Ravenna e ha visto un'ampia partecipazione da parte degli operatori sanitari e degli esponenti delle realtà portuali.

I relatori hanno approfondito tematiche specifiche legate a buone pratiche e criticità sotto il profilo della sicurezza nei porti. In generale, è emerso che si rivela di grande efficacia la collaborazione istituzionale tra le varie Autorità competenti in materia presenti sul territorio portuale, ma che risulta, altresì, essenziale favorire la diffusione di reti di conoscenza e confronto tra le figure centrali della prevenzione portuale quali i responsabili dei Servizi di prevenzione e protezione e i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza delle imprese portuali. Particolare

rilevanza e centralità può acquisire il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza di sito produttivo (RLSS), il cui ruolo – specifico per i porti – è stato solo abbozzato dal D. Lgs. n. 81/08.

Le realtà portuali ove questa figura opera, accanto alla rete dei servizi istituzionali di vigilanza, si sono dimostrate particolarmente sensibili a una gestione più partecipata ed efficace della prevenzione.

È stato, inoltre, unanimemente sottolineato come non sia più rinviabile l'aggiornamento del D. Lgs. n. 272/99, la norma tecnica attualmente vigente dedicata alla sicurezza portuale. Il nuovo testo di legge, che evidenzia tra l'altro la responsabilità del comando nave nel coordinamento delle operazioni a bordo, attende da tempo in Parlamento la sua emanazione definitiva, unitamente a testi relativi alle norme di sicurezza per i lavoratori imbarcati a bordo delle navi e per le attività a bordo dei pescherecci.

stimonianza di come piccoli gesti quotidiani possano fare la differenza. Tale azione si inserisce nelle strategie di contesto, che si occupano di rendere più facili le scelte salutari incidendo sull'ambiente di vita, oltre che sulle informazioni.

Un altro progetto efficace rivolto alla fascia d'età dei senior si identifica con l'acronimo AFA-attività fisica adattata, di cui ha relazionato Tamara Boschi, dell'ASS n. 4 Medio Friuli.

La portavoce della rete piemontese, Viola, ha esposto le linee di lavoro rivolte al contrasto delle disuguaglianze nel caso dei cittadini extracomunitari, inserite nell'ambito del programma Migrant Friendly Hospitals.

Mettere al centro la persona è la linea di pensiero che è emersa da gran parte dei contributi, a partire dall'informazione ai cittadini attivata dalla Rete trentina, illustrata da Chighizola e dalle strategie integrate tra i percorsi promossi dall'OMS tramite la rete HPH e le linee ministeriali di "Guadagnare salute", presentate da Cristina Aguzzoli, coordinatore della rete HPH FVG. La Promozione della salute risulta coerente con la riduzione della spesa sanitaria anche nell'assistenza agli anziani con patologie croniche.

Attraverso buone pratiche di welfare comunitario, una rete di infermieri di comunità può evitare centinaia di ricoveri ospedalieri che possono essere soddisfatti in Day Hospital con costi inferiori, a patto di accompagnare ed assistere l'anziano, come ha riportato Mara Pellizzari, dell'ASS n.5 Bassa Friulana.

A fine mattinata i direttori generali delle aziende ospedaliere e sanitarie hanno firmato il terzo mandato di adesione alla rete HPH, rete internazionale dell'OMS, per suggellare l'impegno di continuità sui temi degli stili di vita e degli standard internazionali presenti nel Manuale di autovalutazione, strumento di riferimento internazionale. Da



Direttori generali e rappresentanti Rete HPH & HS FVG

segnalare che alla rete HPH FVG, in occasione della conferenza, si è aggiunto un nuovo membro, l'ASS n° 4 Medio Friuli.

In apertura dei lavori della sessione pomeridiana è intervenuto il coordinatore nazionale degli assessori regionali allo sport, Elio De Anna, che ha richiamato l'attenzione sui notevoli vantaggi dell'attività fisica per la salute in tutte le fasi della vita, al riguardo ha ricordato l'impegno della Regione per l'avvio del progetto Movimento 3 S - Sport-Scuola-Salute, esempio di alleanza programmatica fra 3 assessorati (*ndr. coinvolge anche Federsanità ANCI FVG e Comuni*) per sostenere la causa della salute quale investimento lungimirante, a partire dalle giovani generazioni.

Di seguito Raffaele Zoratti, vice presidente del tavolo Internazionale della rete HPH, ha illustrato le strategie internazionali della Rete, sono state quindi illustrate dieci buone pratiche selezionate dal comitato scientifico in base ai centocinquanta lavori pervenuti.

Novità di questa conferenza è stata, oltre alla durata ridotta (solo una giornata), in linea con la spending review, la forte spinta verso un miglioramento della qualità del lavoro di selezione dei contributi a cura del comitato scientifico, che ha elaborato apposite schede di valutazione progressiva (ammissibilità, contenuto e capacità comunicativa) che saranno patrimonio di tutte le reti che vorranno

utilizzarle, al fine di rendere oggettivabili temi così complessi come l'equità, la sostenibilità nel tempo e l'intersectorialità dei programmi di empowerment. In parallelo si è svolto il workshop dedicato alla sicurezza nei porti, che ha affrontato le migliori pratiche di livello nazionale sui

percorsi di integrazione fra normativa e programmi di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro con una panoramica sui più grandi porti italiani.

Al termine, il comitato promotore ha sintetizzato che per **investire in salute** è necessario avere una visione strategica in grado di attivare sistemi innovativi, per ridurre dispersione di risorse, evitare doppioni e riorientare i servizi, riducendo le azioni obsolete, o inefficaci. Tutto ciò deve concretizzarsi in linee di lavoro comuni per attivare monitoraggi e confronti sui risultati.

Il comitato scientifico ha, infine, premiato i poster ritenuti meritevoli, sia per la componente tecnico scientifica, che per la parte empatica comunicativa. ■

**PRESENTATA A TRIESTE NEXT LA CAMPAGNA DI ADESIONE AL PROGETTO "UN ANNO CONTRO LO SPRECO"**

**CARTA ANTISPRECO**

È nata a Trieste (Trieste Next) il 29 settembre, la "Carta Spreco Zero" per iniziativa della campagna "Un anno contro lo spreco", promossa da Andrea Segrè, con la collaborazione di alcuni parlamentari europei, e fortemente voluta dal Comune di Trieste. La Carta impegna le pubbliche amministrazioni a istituire norme e attivare progetti capaci di applicare sin d'ora le linee direttrici della risoluzione del Parlamento europeo (gennaio 2012) per la lotta allo spreco alimentare.

Sottoscritta già da oltre 200 Sindaci di tutta Italia - incluse le città di Trieste, Gorizia, Pordenone, Udine, Napoli, Torino e i 64 "Comuni virtuosi", nonché Federsanità ANCI FVG - la Carta Spreco Zero è stata ampliata di recente (7 dicembre) anche ai sindaci di una cinquantina di Comuni dell'Emilia Romagna, fra i quali Bologna, Ferrara, Ravenna, Rimini e Forlì.

Per aderire la scheda di adesione è disponibile sul sito internet [www.unannocontrolospreco.org.it](http://www.unannocontrolospreco.org.it)



# Check list “mobilità sostenibile e sicura in ambito urbano”

*Dopo la diffusione a tutti i Comuni (2010) della generalità della Giunta regionale “Mobilità sostenibile e sicura in ambito urbano” (n. 2939/2009), anche tramite oltre una decina di seminari sul territorio (2010-2011-2012), ancora in corso, il gruppo di lavoro tecnico-politico insieme alla direzione centrale salute, nel 2012 ha definito una check list che costituisce uno strumento utile per semplificare l'applicazione della citata generalità migliorando la qualità della pianificazione dei Comuni tramite criteri e indicatori che consentono di valutare gli obiettivi di salute nella VAS degli strumenti urbanistici. Tale strumento è stato elaborato a partire da una proposta dei dipartimenti di Prevenzione delle ASS e discusso con i referenti tecnici dei Comuni capoluogo insieme a Monfalcone e Sacile. Il documento finale (settembre 2012), è stato successivamente condiviso anche dagli organismi direttivi di Federsanità e ANCI FVG, che hanno coinvolto anche la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociosanitaria e sociale.*

*Per favorire la massima diffusione a tutti gli interessati si pubblica, di seguito, il documento integrale*

## MOBILITÀ SOSTENIBILE E SICURA IN AMBITO URBANO

(Generalità n. 2939/2009) – Attuazione

### Criteria e indicatori raccomandati per valutare gli obiettivi di salute nella VAS degli strumenti urbanistici

Nella Regione Friuli Venezia Giulia a partire dal 2008 e con l'obiettivo di promuovere salute e benessere dei cittadini anche con gli strumenti di pianificazione territoriale e della valutazione ambientale strategica, si è creata una rete di alleanze che ha coinvolto amministratori e professionisti del mondo sanitario e delle amministrazioni locali, e che ha visto un ruolo attivo di Federsanità ANCI FVG.

Si è deciso di intrecciare la disciplina medica e quella urbanistica essenzialmente perché attraverso la pianificazione territoriale è concretamente possibile la prevenzione dell'obesità e degli incidenti stradali, e più in generale la promozione della salute.

### Il ruolo dei Comuni

Nell'ambito urbano, così come in tutti gli altri ambiti in cui vive l'uomo, tutti i fattori relativi all'ambiente sociale e alla comunità, agli ambienti di vita e di lavoro, alle condizioni generali socio-economiche, culturali ed ambientali, agli stili di vita individuali ed alle condizioni di accesso ai servizi sono fortemente correlati tra di loro e fondamentali per determinare la salute dei cittadini. Ogni decisione urbanistica, agendo su uno, o più dei fattori citati, contribuisce ad indurre, direttamente, o indirettamente, uno stato di benessere, o di malessere della popolazione.

Tale strategia multidisciplinare e intersettoriale del progetto, fondata anche sullo scambio di dati, informazioni ed esperienze tra soggetti e settori diversi (es. banche dati MITRIS, ARPA FVG, direzione centrale Salute, etc.), bene si coniuga, peraltro, con quella delle “Città e Comunità intelligenti” che ANCI nazionale e regionale sostengono con particolare impegno su più fronti (ambiente, mobilità, semplificazione P.A. etc.), in quanto capace di coniugare innovazione, partecipazione, sostenibilità e competizione.

Lo sviluppo di forme e usi delle città orientati all'esecuzione dell'esercizio fisico può portare intere comunità verso abitudini corrette di movimento, mai raggiunte attraverso la sola educazione sanitaria. Per modificare le abitudini di sedentarietà in una popolazione che non vuole, o non può, svolgere esercizio fisico è importante che, accanto alla promozione dell'attività fisica con un'ottica sanitaria, ci sia un ambiente che permetta lo svolgimento di tale attività nel modo più naturale possibile, durante le attività quotidiane. Quindi,

un'attenta pianificazione degli ambienti urbani, che offra luoghi adatti all'esercizio fisico e che modifichi positivamente l'ambiente di vita, gioca un ruolo fondamentale nell'incremento dello svolgimento dell'attività fisica.

Sul versante della **sicurezza**, studiando i fattori che determinano gli incidenti stradali si comprende che più della metà di essi è dovuta ad una combinazione di fattori umani e ambientali. Una strategia per porre rimedio a questa problematica non può tralasciare il fatto che circa il 70% degli incidenti avvengono in ambito urbano e che in città gli spostamenti sono di breve percorrenza. Occorre, quindi, ridurre la velocità, non solo con i cartelli stradali, ma anche e soprattutto con un'attenta progettazione delle strade e delle vie, che inducano gli automobilisti a comportarsi naturalmente in modo virtuoso; inoltre, una buona progettazione deve prevedere un'adeguata e continua rete di marciapiedi e di percorsi ciclabili, per tutti gli utenti deboli.

**In sintesi, una migliore forma e pianificazione delle città e dell'ubicazione dei servizi può consentire una mobilità più semplice e sicura.** Infine, **l'accessibilità ad aree ricreative e servizi** deve essere possibile per tutti i cittadini, anche quando si trovino in condizioni di maggior fragilità (per età, o per disabilità), contrastando così i fenomeni di esclusione sociale.

### Il ruolo dei Dipartimenti di Prevenzione

Nella prassi attuale il parere igienico-sanitario dei piani urbanistici comprende valutazioni sulla compatibilità delle localizzazioni delle varie funzioni urbanistiche e sulla congruità rispetto alle norme sanitarie vigenti. L'intervento degli operatori sanitari si colloca a valle del procedimento, dopo che l'Amministrazione comunale ha già formulato le sue decisioni pianificatorie. La partecipazione degli Operatori sanitari assieme agli Amministratori ed ai Pianificatori fin dalla fase preliminare del processo decisionale che conduce alla redazione dei Piani, può dare un contributo decisivo nella realizzazione di concrete azioni di promozione della salute, contribuendo, così, ad incidere su quel 70% di determinanti della salute costituito dall'insieme di comportamenti e condizioni ambientali.

Un primo risultato concreto del percorso avviato negli ultimi anni è stata la formulazione, attraverso un approccio interistituzionale e interdisciplinare, di un **documento di indirizzo (che recepisce anche indicazioni dell'Unione Europea utili per la Valutazione Ambientale Strategica) sulla “mobilità sostenibile e sicura in ambito urbano”**: tale documento, formalizzato con Generalità della Giunta regionale n. 2939 del 22 dicembre 2009, contiene indicatori relativi a 5 dimensioni: Qualità ed efficienza del sistema mobilità, Qualità dell'aria e prevenzione del rumore, Sicurezza del sistema mobilità urbana, Vivibilità

sociale nell'ambito urbano e qualità del patrimonio urbano del verde, Tutela delle persone.

È stato individuato un sistema di indicatori chiave da applicare alla mobilità urbana focalizzato sugli aspetti principali della sostenibilità, utilizzabile da parte di un'amministrazione comunale, anche per valutare gli effetti delle azioni intraprese. Gli indicatori fanno riferimento a normative che contengono valori/standard quantitativi, o in alternativa sono utili per valutare un trend in miglioramento.

Nel 2010, 2011 e 2012 – in collaborazione tra Direzione Centrale Salute, Federsanità ANCI FVG e Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie – sono stati realizzati incontri tematici con amministratori e tecnici comunali. Anche grazie al confronto sviluppatosi in occasione di tali incontri è emersa l'esigenza di fornire ai Comuni un ulteriore strumento, agile e pratico, che orienti nell'applicazione della citata Generalità: tale strumento è stato elaborato a partire da una proposta dei Dipartimenti di Prevenzione e discusso con rappresentanti dei Comuni individuati nei Comuni di maggiori dimensioni: Trieste, Udine, Pordenone, Gorizia, Monfalcone e Sacile e viene qui presentato.

La presente check list, il documento di indirizzo allegato alla Generalità 2939 e tutti gli altri materiali man mano prodotti sul tema, sono disponibili sul sito di Federsanità ANCI FVG [www.anci.fvg.it/federsanita](http://www.anci.fvg.it/federsanita), in un'area dedicata a **Piani urbani e salute** accessibile dalla home page.

### Check list applicativa degli indicatori contenuti nelle 5 aree tematiche della Generalità 2939/2009

#### QUALITÀ ED EFFICIENZA DEL SISTEMA DI MOBILITÀ

Esiste un piano della mobilità (ciclabile, stradale del trasporto pubblico) o del traffico:

- Comunale:
- della Provincia:
- Esiste un piano di eliminazione delle barriere architettoniche:
- È stato eseguito uno studio sulla mobilità (flussi, tipologia, criticità, ecc) all'interno del territorio comunale ed in particolare sullo spostamento dei residenti: (% spostamenti sistematici a piedi, in bici, auto, mezzo pubblico, etc. definizione ISTAT) e sull'utilizzo del TPL (n° passeggeri/anno)
- Se esistono Zone 30 definire la superficie complessiva e in rapporto alla popolazione residente (m<sup>2</sup> totali e m<sup>2</sup>/abitante)
- Se esistono Zone TL definire la superficie complessiva e in rapporto alla popolazione residente (m<sup>2</sup> totali e m<sup>2</sup>/abitante)
- Se esistono altri interventi/esperienze innovativi di limitazione del traffico veicolare (ad es. porte urbane, vie abitabili)
- Se presenti individuare la % di Km di corsie preferenziali per i mezzi pubblici (sul totale di km di viabilità urbana)
- È attivo nel territorio comunale un servizio di: pedibus / bicibus / .....
- Sono presenti mezzi pubblici con conduzione energetica alternativa:
- Individuare, nel raggio di influenza dei vari servizi di prossimità, percorsi protetti ciclabili e pedonali che i cittadini utilizzano quotidianamente in sicurezza per raggiungere i servizi (es. scuole, ambulatori, farmacie, etc.);
- Le nuove aree residenziali sono servite di mezzo pubblico di trasporto:
- Se no quando distano dalla più vicina fermata degli autobus urbani in mt \_\_\_\_\_ / bus extraurbani in mt \_\_\_\_\_
- Le nuove aree commerciali sono servite di mezzo pubblico di trasporto:
- Se NO quando distano dalla più vicina fermata degli autobus urbani in mt \_\_\_\_\_ / bus extraurbani in mt \_\_\_\_\_

– Le nuove aree produttive sono servite di mezzo pubblico di trasporto:

– Se NO quanto distano dalla più vicina fermata degli autobus urbani in mt \_\_\_\_\_ / – bus extraurbani in mt \_\_\_\_\_

#### Per i soli piani attuativi

- Le opere di urbanizzazione delle nuove aree residenziali in previsione sono state pensate per tutelare i soggetti più deboli: pedoni / ciclisti
- Le opere di urbanizzazione delle nuove aree commerciali in previsione sono state pensate per tutelare i soggetti più deboli: pedoni / ciclisti
- Le opere di urbanizzazione delle nuove aree residenziali prevedono il collegamento in sicurezza a percorsi comunali dove viene tutelato il soggetto più debole nella mobilità quale il pedone ed il ciclista:
- Le opere di urbanizzazione delle nuove aree commerciali prevedono il collegamento in sicurezza a percorsi comunali dove viene tutelato il soggetto più debole nella mobilità quale il pedone ed il ciclista:
- Le opere di urbanizzazione delle nuove aree produttive prevedono il collegamento in sicurezza a percorsi comunali dove viene tutelato il soggetto più debole nella mobilità quale il pedone ed il ciclista:

#### QUALITÀ DELL'ARIA E PREVENZIONE DEL RUMORE (dati ARPA)

- Esistono delle misure di qualità dell'aria ambientale eseguite negli ultimi cinque anni:
  - Esistono delle misure di qualità dell'aria eseguite negli ultimi due anni in prossimità di luoghi sensibili quali ospedali, scuole, parchi pubblici, ecc.:
  - I dati ambientali di qualità dell'aria quali criticità hanno evidenziato:
  - Quanti superamenti dei valori limite per determinato inquinante sono stati rilevati nell'ultimo quinquennio in totale e annualmente:
  - Esiste un piano di qualità dell'aria preparato e attuato dall'amministrazione Comunale:
- Se SI quali azioni sono già state attuate per migliorare la qualità dell'aria:
- Qualora disponibile**
- Numero di persone che abitano in prossimità (150 o 300 mt) di strade in cui è consentita una velocità massima di 120 km/h: / 90 km/h: /70 km/h:  
(abbassare la velocità di circa 20/km/h riduce l'inquinamento PM<sub>10</sub>, NO<sub>2</sub> dal 6 al 25% fonte ARPAT toscana su alcune esperienze europee)
- Numero di persone che abitano in prossimità (150 o 300 mt) da strade a:  
bassa intensità di traffico (< 10.000 veicoli giornalieri)  
media intensità di traffico (da 10.001 a 100.000 veicoli giornalieri)  
alta intensità di traffico (>100.001 veicoli giornalieri)

#### Inquinamento acustico

- È stata eseguita la zonizzazione acustica del territorio comunale:
- È stato previsto ed attuato un piano di risanamento acustico del territorio Comunale:
- Ci sono zone sensibili (ospedali, scuole, parchi, ecc.) sottoposte ad un inquinamento acustico superiore a quello previsto dalla zonizzazione acustica:
- Le modifiche allo strumento urbanistico classificano il ter-

ritorio comunale anche in base alla zonizzazione acustica eseguita:

– Ci sono cittadini esposti a rumore ambientale oltre i limiti dovuto a:

traffico stradale: SI NO

traffico autostradale: SI NO

traffico ferroviario: SI NO

– Nella modifica dello strumento urbanistico si tengono conto delle fasce di rispetto per l'inquinamento acustico delle:

autostrade: SI NO

strade statali SI NO

strade provinciali SI NO

strade comunali SI NO

ferrovie: SI NO

**VIVIBILITÀ SOCIALE NELL'AMBIENTE URBANO E QUALITÀ DEL PATRIMONIO URBANO VERDE**

– Numero di abitanti diviso in alcune fasce di età (es. 0-3; 4-6; 6-10- 11-13; 14-19; 20-25; 26-60; > 60) vedi censimento sito DemoSTAT

– Disponibilità di spazi pubblici per interazione: mq di spazi pubblici per l'interazione tra le persone (piazze, vie, marciapiedi, parchi, aree ricreative a libero uso pubblico)

– Superficie di territorio in uso al Comune o vincolata per tale scopo (scuole, parchi, impianti sportivi, aree ad uso pubblico, ecc., escluse le strade) sul totale della superficie comunale

– Superficie totale di aree verdi (parchi) pubbliche e private ad uso pubblico sul totale del territorio comunale e sul totale delle aree urbanizzate e urbanizzabili (in %) esistenti e di progetto

– Patrimonio urbano del verde: mq di verde comunale o privato ad uso pubblico fruibile per cittadino

– Patrimonio urbano di verde: mq di verde di vicinato (raggio di 300 mt) fruibile per cittadino

– Superficie di aree verdi (parchi) pubbliche e private ad uso pubblico:

– tot. mq con superficie inferiore ai 500 mq sul totale delle superficie ad aree verdi ed in %;

– tot. mq con superficie compresa tra 501 e 1.000 mq sul totale delle superficie ad aree verdi ed in %;

– tot. mq con superficie compresa tra 1.001 e 5.000 mq sul totale delle superficie ad aree verdi ed in %;

– tot. mq con superficie compresa tra 5001 e 10.000 mq sul totale delle superficie ad aree verdi ed in %;

– tot. mq con superficie superiore a 10.001 mq sul totale delle superficie ad aree verdi ed in %;

**SICUREZZA DEL SISTEMA DI MOBILITÀ URBANA**

– Numero di incidenti nel territorio Comunale negli ultimi cinque anni suddivisi per anno:

(fonte: banca dati regionale MITRIS)

– Numero totale e percentuale sul totale di incidenti negli ultimi cinque anni, suddivisi per anno, che hanno coinvolto: automezzi / biciclette / pedoni

– Numero di strade urbane di attraversamento nelle nuove aree residenziali

– Punti critici per incidentalità della viabilità Comunale: autostrade / strade statali / strade provinciali/ / strade comunali / piste ciclabili / percorsi pedonali

– Interventi programmati e/o eseguiti per risolvere le criticità individuate dal sistema MITRIS

**Elaborati progettuali disponibili**

– Tavole dei piani regolatori:

– Tavola dei piani della mobilità sovracomunale

– Tavola della mobilità con evidenziati gli attraversamenti di strade extracomunale nel territorio comunale

– Tavola della mobilità comunale che si rapporta a quella comunale

– Tavola delle piste ciclabili e dei percorsi pedonali che evidenzia la non interruzione tramite collegamenti tra piste, percorsi o zone a traffico e velocità limitata

– Tavola della mobilità ciclo pedonale con individuati i raccordi con gli spazi ad uso della collettività: scuole, ospedali, case di riposo, uffici pubblici, negozi di vicinato, centri commerciali, aree verdi pubbliche e private, attrezzature sportive, ecc.

– Tavola dell'incidentalità nel territorio Comunale.

**SULLA QUALITÀ DEGLI APPALTI DEI COMUNI CONTRIBUTO DEL GRUPPO DI LAVORO ATTIVATO DALL'ASSOCIAZIONE**

**Nuove linee guida per le mense scolastiche**

La giunta regionale ha approvato il 13 dicembre le Linee guida sulla ristorazione scolastica. “Si tratta – ha spiegato il vicepresidente Ciriani – di un documento tecnico di indirizzo che ha importanti ricadute sulla gestione delle mense nelle scuole del Friuli Venezia Giulia. Il precedente regolamento risale al 2000, e le innovazioni in tema di refezione scolastica necessitavano di un documento di guida che fosse al passo con i tempi”. Innovazioni relative agli studi sull'alimentazione, all'attenzione sulle allergie alimentari, ma anche sulla disciplina degli appalti hanno spinto l'Assessorato alla Salute a presentare un nuovo testo: “Queste linee guida – ha spiegato ancora Ciriani – sono frutto di un importante lavoro condiviso, tra l'assessorato alla Salute, l'Irccs Burlo Garofolo di Trieste per quanto riguarda allergie e celiachia, Direzione regionale Agricoltura per l'utilizzo dei prodotti a “Chilometro Zero”, Federsanità ANCI FVG e l'Università di Udine sul tema delle grammature, assieme al contributo del prof. Segrè, l'agroecologo dell'Università di Bologna che conduce a livello nazionale una forte lotta allo spreco”.

Il documento è stato reso possibile anche grazie il contributo di uno specifico gruppo di lavoro politico-tecnico attivato nel 2011 da Federsanità ANCI FVG che ha collaborato in partico-

lare sui criteri di qualità da inserire negli appalti dei Comuni. Inoltre, il momento del pasto deve essere considerato, a tutti gli effetti, educativo e socializzante, ancor più nei momenti attuali in cui la riduzione delle entrate per le famiglie si ripercuote, talvolta, anche sui menu' in casa.

Un nuovo e generale approccio, che inserisce nelle linee guida regionali importanti spunti in tema di dieta per i bambini, e si integra con ulteriori progetti regionali, come la merenda sana e il pane a basso tasso di sale. “Le linee guida – ha concluso Ciriani – sono il documento che sta alla base della gestione delle mense: l'obiettivo è quello di educare i bambini a un approccio sano al cibo, mettendo loro a disposizione una alimentazione sana, genuina e varia. Qualità del servizio e tutela dei piccoli con allergie e disfunzioni alimentari devono essere elementi acquisiti di diritto nelle mense di tutta la Regione”.

Le linee guida trattano anche il tema economico, legato al problema che affrontano le famiglie a basso reddito a sostenere i costi delle mense scolastiche: “Su questo argomento - ha concluso Ciriani - è previsto l'intervento di sostegno delle amministrazioni pubbliche, affinché la mensa sia per tutti i bambini un momento di condivisione e di educazione”.

## Più sinergie tra comuni, aziende sanitarie e cittadini per promuovere la salute

Pianificare per promuovere la salute significa, a livello individuale, ad esempio, promuovere azioni semplici, ma non sempre ben accolte dai cittadini come non parcheggiare davanti alla scuola, usare di più la bici, o i mezzi pubblici, questo per la salute nostra e dei nostri figli.

Si tratta di scelte che, peraltro, nei Comuni del Friuli Venezia Giulia sono favorite anche dalle limitate distanze all'interno dei centri, nonché da positive sinergie tra le diverse istituzioni: Comuni, Aziende sanitarie e direzioni regionali (salute e mobilità).

Proprio per rilanciare questa alleanza preventiva tra istituzioni per prevenire i rischi di malattie, Federsanità ANCI FVG e ASS 4 Medio Friuli hanno organizzato il seminario "Pianificazione urbanistica e ambientale come stru-



Brianti, Iob, Palladin, Chiarvesio e Turridano

mento di promozione della salute", in collaborazione con la direzione centrale salute e il Comune di San Daniele del Friuli.

L'obiettivo era quello di far conoscere ad amministratori locali e tecnici dei Comuni la generalità della regione su "mobilità sostenibile e sicura in ambiente urbano" (2939/2009) e promuoverla sul territorio. Inoltre, dal mese di settembre c'è anche uno stru-

mento in più la check list (a pag. 32-34) appositamente predisposta per tutti i Comuni del FVG anche per semplificare il percorso della VAS- Valutazione Ambientale Strategica.

All'incontro sono intervenuti il sindaco di San Daniele del Friuli, Emilio Iob (*ndr. il Comune è attualmente commissariato*), il direttore del Dipartimento di prevenzione dell'ASS 4, Giorgio Brianti, insieme a

Luciano Ciccone e Stefano Padovani, Clara Pinna, della direzione centrale salute e Iliana Gobbino della direzione centrale mobilità, per la provincia di Udine l'assessore alle politiche sociali, Adriano PiuZZi, per Federsanità ANCI FVG, il direttore Tiziana Del Fabbro.

Particolarmente interessante il progetto MITRIS per la prevenzione degli incidenti stradali (Iliana Gobbino) e e gli indicatori del documento tecnico attuativo della Generalità 2939/2009.

Il convegno si è concluso con la tavola rotonda con i sindaci di San Daniele, Emilio Iob, Majano, Raffaella Paladin e Dignano, Gianbattista Turridano, e l'assessore all'Ambiente di Fagagna Chiarvesio, amministratori locali e tecnici dei Comuni del comprensorio distrettuale di San Daniele.

### PROTOCOLLI 3S E PANE SENZA SALE: FASE ATTUATIVA

Nell'ambito della strategia multisettoriale "Guadagnare Salute" Federsanità ANCI FVG, insieme ad ANCI FVG, ha sottoscritto, per iniziativa della Regione (diverse direzioni coinvolte), insieme ad altri partner (mondo della scuola, sport, agricoltura e artigianato, etc.) due importanti protocolli che ampliano ulteriormente la rete per la salute.

In particolare, si tratta del protocollo "3S Promozione della Salute tramite lo Sport nelle Scuole" (21 settembre) e del protocollo per la riduzione del sale nel pane (25 settembre).

Come per tutti gli altri accordi e progetti siglati da Federsanità ANCI FVG, ora si passa alla fase attuativa e, quindi, dopo la diffusione (già avvenuta), positivi risultati deriveranno dal massimo coinvolgimento di tutti i 218 Comuni della regione, per l'attuazione sul territorio di queste utili sinergie che, portano vantaggi per tutti e "guadagni di salute".

Documenti e info sul nostro sito internet:  
[www.anci.fvg.it/federsanita](http://www.anci.fvg.it/federsanita)



CONFERENZA NAZIONALE A TRIESTE, FVG LEADER NELLA LOTTA AI PROBLEMI ALCOLCORRELATI

## Impegno della Regione per evitare l'abuso di alcol tra i giovani

"Credo che ormai non ci siano margini di dubbio: è in gioco la salute dei nostri ragazzi. Pertanto, è necessario uno sforzo supplementare delle istituzioni, che insieme agli enti del servizio sanitario, alle scuole e alle famiglie, devono sempre più adoperarsi per ridurre il fenomeno del bere tra i giovani". Lo ha dichiarato l'assessore alla Salute Luca Ciriani commentando gli esiti del convegno *"Le Regioni e le Province Autonome si interrogano sui problemi alcolcorrelati"*, al quale dal 25 al 27 ottobre, a Trieste, hanno preso parte oltre 450 esperti provenienti da tutta Italia. Il convegno, organizzato dalla Regione, ASS n. 4 Medio Friuli e Conferenza delle Regioni e Province Autonome, con il patrocinio di Federsanità ANCI nazionale e regionale, ANCI, Comune e Provincia di Trieste, è stato coordinato da Francesco Piani, referente del gruppo tecnico interregionale Alcol della Commissione Salute, che ha, tra l'altro, illustrato come tale metodo di lavoro rappresenti un vero e proprio "Modello Italia" caratterizzato, in primis, da una forte coesione di intenti e di operato tra tutte le forze in campo, dalla capacità di unire pubblico e privato in maniera omogenea ed efficace e da una serie di eccellenze qualitative in aspetti fondamentali quali monitoraggio, cura, accoglienza, ricerca e riabilitazione.

"Dal confronto - ha spiegato l'assessore Ciriani - è emersa una grande e rinnovata preoccupazione per il bere giovanile. È sempre

più frequente il fenomeno del 'binge drinking', vere e proprie abbuffate con l'assunzione di grandi quantità di bevande alcoliche, anche diverse, al solo scopo di sballare". "Una moda che, purtroppo, conferma l'alcol come prima causa di morte, diretta per patologie correlate, o indiretta (incidenti) nei giovani e anche nei giovanissimi, tra i 15 e i 29 anni di età". Di conseguenza, questo l'annuncio dell'assessore, "accresceremo le iniziative di educazione e sensibilizzazione per aiutare i ragazzi ad essere sempre più consapevoli dei rischi cui vanno incontro e sempre più coinvolgerli nella gestione della loro salute e del loro benessere. Vogliamo responsabilizzarli, far capire che sono loro stessi i primi artefici della propria fortuna". "Con questo obiettivo proveremo anche a migliorare il coordinamento degli interventi, a tutti i livelli, ad iniziare da quelli attuati dai Dipartimenti delle dipendenze e dai Servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza delle Aziende sanitarie. Il tutto, naturalmente, in sinergia con l'educazione impartita dai genitori, dagli insegnanti, nei centri di aggregazione", ha assicurato Ciriani. E se il tema del bere tra i giovani è di certo un problema di vasta portata, resta il fatto che l'alcolismo è, comunque, un fenomeno preoccupante, a tutte le età. Oltre 20.000 persone, infatti (la maggioranza sono uomini) muore in Italia ogni anno per cause interamente, o parzialmente connesse al consumo



di bevande alcoliche. "Il convegno ha posto l'attenzione su altri due fattori che vanno tenuti ben presenti nella definizione delle politiche sanitarie", ha spiegato l'assessore, riferendosi "all'alcolismo emergente degli anziani e anche all'aumento di sofferenza fetale, legata ad un consumo anche minimo delle madri in fase di gravidanza, che spesso comporta più o meno gravi carenze cognitive ed handicap". Promosso dalla Commissione Salute delle Regioni e Province Autonome Italiane, il convegno si è svolto a Trieste in quanto il coordinamento della sottocommissione alcol è stato affidato, fin dalla sua costituzione, al Friuli Venezia Giulia. Nel rivolgere un plauso agli organizzatori l'assessore Ciriani ha anche confermato la disponibilità dell'Amministrazione del Friuli Venezia Giulia a proseguire nel ruolo di coordinamento della azioni regionali e nazionali per fronteggiare i problemi alcolcorrelati. In apertura dei lavori il

presidente di Federsanità ANCI FVG, Giuseppe Napoli (anche in rappresentanza del presidente nazionale Del Favero e del coordinatore della Commissione welfare ANCI, Bazzoni), recependo le proposte degli esperti, ha manifestato grande attenzione dei Comuni per questi temi (pag. 39) e, in particolare, per favorire corretti stili di vita presso i giovani, anche tramite nuove modalità di comunicazione che risultino di interesse per i ragazzi (es. testimonial giovani, etc.) e le loro famiglie.

Temi, peraltro, richiamati anche dal coordinatore Piani: "Prima di tutto viene la necessità di fare rete - ha evidenziato - perché solo in questo modo, attraverso i medici di famiglia, i parroci e tutti i possibili elementi di congiunzione sociale, si possono intercettare anche i border-line, ovvero coloro i quali ancora non riconoscono il problema, ma si trovano già a doverne affrontare le conseguenze sul lavoro, in famiglia e, in generale, nella vita di tutti i giorni". Tra i programmi di contrasto all'alcol che vedono attivamente impegnato il Friuli Venezia Giulia, in sinergia con altre Regioni, è stato citato All4You, avviato nello scorso gennaio (si concluderà a settembre 2013) assieme al Veneto ed al Land austriaco della Carinzia, un progetto transnazionale che ha come obiettivo la promozione tra i giovani di uno stile di vita sano e di comportamenti che contrastino il consumo di alcol quale strumento di benessere.

PRESENTATO A GORIZIA E TRIESTE, GRANDE INTERESSE DI ISTITUZIONI E ASSOCIAZIONI

## Atlante della salute anche in sloveno

Dopo la traduzione in tedesco e inglese, l'Atlante dei servizi sanitari e socio-sanitari in Friuli Venezia Giulia è ora disponibile anche in lingua slovena. La pubblicazione (Atlas zdravstvenih in socialno-zdravstvenih storitev v Furlaniji Julijski Krajini), che descrive in 100 pagine, con cartine, tabelle, link e indirizzi utili, l'offerta regionale, è stata presentata l'11 dicembre a Trieste.

La versione slovena dell'Atlante, del quale è curatore scientifico Giorgio Simon, è stata resa possibile grazie alla collaborazione tra Regione, Federsanità ANCI FVG e Aziende per i Servizi Sanitari n. 1 "Triestina" e n. 2 "Isontina" ed è finanziata con le risorse della legge 482/1999 per la tutela delle minoranze linguistiche e storiche. All'incontro è stata sottolineata l'importanza dell'utilizzo della madrelingua nel rapporto paziente-

personale socio-sanitario-medico. Oltre agli appartenenti alla minoranza slovena, l'Atlante permetterà, quindi, la conoscenza del SSR-Servizio Sanitario Regionale anche nella vicina Slovenia. Il Gruppo Europeo di Cooperazione Territoriale (GECT) Euregio Senza Confini prevede infatti nel Goriziano la collaborazione transfrontaliera tra gli ospedali. La traduzione rientra nella logica del perseguimento della comunicazione semplice, diretta ed efficace con i cittadini. Prossimamente sarà presentata anche la versione friulana dell'Atlante.

La pubblicazione è stata stampata in 4.000 copie e verrà distribuita negli Ambiti e Distretti sanitari, nelle farmacie, ai medici attivi nelle aree di competenza delle Aziende 1 e 2 e nei comuni dove è storicamente presente la minoranza slovena. Per rendere il do-



Cortiula e Samani (foto Montenero)



Il tavolo dei relatori (foto Montenero)

cumento maggiormente fruibile e facilitare il suo continuo aggiornamento, è stato messo anche in rete: [www.anci.fvg.it/federsanita](http://www.anci.fvg.it/federsanita). Alla presentazione sono

interventati il direttore centrale Salute Gianni Cortiula, il presidente di Federsanità ANCI FVG Giuseppe Napoli e i direttori di ASS 1 e 2, Fabio Samani e Marco Bertoli. Si sono inoltre soffermati sull'utilità dell'opera il presidente della Confederazione delle Organizzazioni Slovene Drago Stoka, l'assessore comunale di Muggia Giorgio Kosic, il sindaco di San Dorligo-Dolina Fulvia Premolin e l'assessore di Sgonico Nadja Debeljak.

### TONDO: TERRITORIO ED ECCELLENZE LE CHIAVI DELLA RIFORMA

Investimenti concentrati sui servizi territoriali e sulle eccellenze. Sono questi gli indirizzi della riforma della Sanità avviata dalla Regione Friuli Venezia Giulia per continuare a garantire la qualità e il livello delle prestazioni ai cittadini in una condizione di risorse pubbliche in progressivo calo.

I temi della riforma sono stati simbolicamente accomunati dalla duplice inaugurazione a cui ha preso parte sabato 15 ottobre il presidente della Regione Renzo Tondo: un nuovo poliambulatorio nella zona della montagna, a Pontebba (UD), e la nuova centrale di sterilizzazione dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine, prima tappa di una serie di tagli dei nastri che porterà, in gennaio, all'apertura del nuovo ospedale costato 271 milioni di euro, che sarà dedicato

alla chirurgia e alle cure ad alta intensità. A una quindicina d'anni dalla decisione della Regione di uscire dal Servizio Sanitario Nazionale, per gestire in proprio la Sanità del Friuli Venezia Giulia, il bilancio è più che positivo, secondo Tondo: "Abbiamo compiuto un percorso virtuoso e adesso disponiamo sicuramente di una Sanità d'eccellenza, una delle migliori che ci siano in Italia". Tuttavia la Regione si trova in questa fase di fronte a uno Stato che arretra, che ha per esempio tagliato i trasferimenti per l'autosufficienza, mentre le entrate del bilancio regionale sono in diminuzione a causa della crisi (un miliardo di euro in meno dal 2008 a oggi). "Per questo - ha detto Tondo - è necessario ridiscutere il sistema sanitario. Ce la possiamo fare a mantenere l'eccellenza, ma non un euro deve essere sprecato".

In precedenza l'Atlante è stato presentato, a metà ottobre, a Gorizia, presso la sede dell'ASS n. 2 Isontina, alla vigilia della Conferenza regionale sulla tutela della minoranza linguistica slovena, durante la quale la pubblicazione, in collaborazione con la segreteria della presidenza del Consiglio regionale, è stata consegnata agli oltre 300 intervenuti, rappresentanti di istituzioni italiane e slovene e associazioni.

A CODROIPO CONFERENZA AIDO SULLA DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ A DONARE

## Una scelta in Comune

“In Italia nel 2011 su 8.700 pazienti in lista di attesa per un trapianto sono stati effettuati 3.000 trapianti, per gran parte delle persona in attesa. Si tratta di interventi salva-vita.

Nella nostra regione, l'anno scorso, sono stati effettuati ben 113 trapianti anche grazie a 45 persone che hanno donato i loro organi e a un efficace sistema che coordina le diverse strutture di terapia intensive, anestesisti e tutto il personale della rete trapiantologica regionale, tra le migliori in Italia. Questi alcuni dei dati che pongono la nostra regione tra le prime in Italia e in Europa, sono stati forniti dal direttore del Centro regionale trapianti, Roberto Peressutti, in occasione del convegno **"Donatore d'organi e carta d'identità. Una scelta in Comune"**. L'iniziativa si è tenuta sabato 20 ottobre all'ISIS di Codroipo.

Promotori dell'iniziativa sono stati l'Associazione italiana per la donazione di organi, tessuti e cellule (Aido) del Friuli Venezia Giulia, in collaborazione con Comitato Friuli Tomorrow 2018, Euretica e Unione nazionale consumatori di Udine, con il patrocinio di Federsanità ANCI FVG, città di Codroipo e Provincia di Udine. Dopo i saluti del sindaco di Codroipo, Fabio Marchetti, della dirigente dell'ISIS Lussio, Ada Lantiero e della presidente di AIDO FVG, Fiorella Bernabei, moderatore Daniele Damele, componente collegio nazionale revisori dei conti AIDO, ha introdotto l'incontro il presidente di Federsanità ANCI FVG, Giuseppe Napoli. Nel suo intervento accanto all'impegno per promuovere la cultura della donazione e la solidarietà anche presso i giovani, Napoli ha sintetizzato il progetto *Un dono per la vita. Sportello Comuni donazioni organi* che l'associazione porta avanti dal 2008, insieme alla direzione centrale salute,



Kevin, Di Girolamo, Damele, Sturani e Peressutti

al Centro regionale trapianti e alle associazioni, in attuazione del decreto ministeriale. Con tale finalità una cinquantina di Comuni, sino ad oggi, hanno approvato un apposita delibera e ora sono in corso le convenzioni con le aziende sanitarie per la trasmissione dei dati. Il progetto prevede, tra l'altro, la formazione degli addetti agli uffici anagrafe dei Comuni ed ha anticipato, nei contenuti, la sperimentazione

attivata dal marzo di quest'anno dai Ministeri della Salute e degli Interni, la Regione Umbria e ai Comuni di Perugia e Terni, a seguito del "Decreto mille proroghe" (2011), che consente di dichiarare la propria volontà a donare non solo presso gli uffici dedicati delle Aziende sanitarie, ma anche, direttamente, presso gli Uffici anagrafe dei Comuni, ad esempio in occasione della richiesta, o rinnovo, del-

la carta di identità.

L'esperienza è stata illustrata dallo stesso sindaco di Terni, Leopoldo Di Girolamo.

Particolarmente interessanti sono stati, poi, i contributi di Daniela Mucignat (Consigliere nazionale Aido) e Umberto Tirelli (direttore dipartimento oncologia medica Cro Aviano). Quest'ultimo ha ricordato l'importanza dei trapianti anche per la cura dei tumori, in particolare del fegato, le nuove terapie rese possibili dalla ricerca (cellule staminali, etc.), nonché i trapianti tra viventi (reni, etc.), con un invito ai giovani a prevenire le malattie tramite corretti stili di vita, attività fisica, alimentazione equilibrata, no al fumo e no agli abusi di alcol e droghe.

A Tirelli e Peressutti, in particolare, si sono rivolti Carlo e Kevin, due rappresentanti del consiglio d'istituto, che si sono dimostrati molto sensibili e interessati ai temi proposti (dall'anonimato di ricevente e donatore, ai rapporti umani tra medico e paziente terminale, all'età massima per donare, etc.) e al termine dell'incontro si sono impegnati, come gli altri studenti, ad affrontare questi temi, divenuti ora "meno complessi", con le rispettive famiglie.

L'incontro è stato concluso da Fabio Sturani, segretario generale Federsanità ANCI, che si è complimentato per i dati relativi alle donazioni in FVG e i progetti realizzati anche grazie alle forti sinergie attivate tra Federsanità ANCI FVG, Comuni, SSR, CRT e associazionismo (tra i migliori in Italia). Risultati e iniziative che – ha dichiarato – meritano rientrare tra i progetti pilota del Ministero della Salute e, insieme a quelli dell'Umbria e delle Marche, essere considerati "buone pratiche" da estendere a tutte le Regioni con l'obiettivo di conseguire ulteriori risultati nell'interesse delle comunità.

### UN CONSORZIO PER PREVENIRE USO DI DROGA E ABUSO DI ALCOL

La Commissione Affari sociali e Welfare dell'ANCI, presieduta da Giacomo Bazzoni, il 12 dicembre, ha approvato all'unanimità l'ipotesi di accordo di collaborazione tra Anci e Dipartimento Politiche antidroga per l'adesione dei comuni italiani al *Consorzio etico per la prevenzione dell'uso di droghe e dell'abuso alcolico da parte delle future generazioni*, presentato dal Capo del Dipartimento, Giovanni Serpelloni. "Un passaggio importante – ha dichiarato Bazzoni – che dal prossimo anno, dopo la firma ufficiale del protocollo d'intesa, ci vedrà impegnati per la diffusione capillare di un network tra le amministrazioni locali per trasformare il principio della lotta all'abuso delle droghe in azioni concrete a favore della comunità". Al riguardo il presidente di Federsanità ANCI FVG, Giuseppe Napoli, anche in rappresentanza di ANCI FVG, si è impegnato a promuovere la diffusione di tale protocollo, insieme a Regione e Comuni anche in FVG. Infine, Bazzoni ha sottolineato la necessità "di un maggior coinvolgimento dei Comuni sul "Patto per la Salute" e sul riordino dell'assistenza sanitaria territoriale.

## Presentato all'assemblea nazionale Anci (Bologna) il protocollo tra Avis, Anci e Federsanità Anci

Si è tenuta il 19 ottobre, a Bologna, all'interno dell'Assemblea Generale ANCI, la presentazione del protocollo d'intesa tra AVIS, Federsanità ANCI e Associazione Nazionale dei Comuni Italiani. L'appuntamento è stato coordinato da Giuseppe Napoli, Presidente di ANCI Federsanità Friuli Venezia Giulia e ha visto gli interventi del Presidente di AVIS Nazionale, Vincenzo Saturni, e del vicepresidente, Giorgio Dulio, insieme a Alessandro Cosimi, sindaco di Livorno e coordinatore delle Anci regionale, Lamberto Baccini, dirigente Area welfare ANCI e Fabio Sturani, segretario generale Federsanità ANCI.

Ai presenti ha portato un saluto anche Simona Arletti, responsabile della rete Città Sane, con cui il Centro Nazionale Sangue, d'intesa con le principali associazioni del dono italiane, ha recentemente realizzato la mostra

itinerante dal titolo "Globulandia", che proprio negli stessi giorni ha fatto tappa a Modena.

Luciano Franchi e Giovanni Magara, Presidenti delle Avis Regionali di Toscana e Umbria, hanno inoltre esposto le buone prassi della partnership già esistenti da anni nelle loro regioni. Per il Friuli Venezia Giulia erano presenti i rappresentanti della delegazione ANCI FVG con il presidente, Mario Pezzetta, i sindaci di Sauris, Stefano Lucchini, San Giorgio di Nogaro, Pietro Del Frate, con il vicesindaco, Daniele Salvador, il consigliere del Comune di Udine, Daniele Cortolezzis (componente direttivo Federsanità ANCI FVG) e il segretario di Federsanità ANCI FVG, Tiziana Del Fabbro.

Alla collaborazione AVIS - ANCI - Federsanità ANCI è stato dedicato ampio spazio sul numero di AVIS SOS ([www.avis.it](http://www.avis.it)).



Saturni, Napoli, Cosimi e Arletti



Parte della delegazione friulana presente all'Assemblea nazionale ANCI FVG

## A SACILE: RUOLO DEI COMUNI PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE



Arletti, Kosic, Coppola, Toffolo, Santoro, Altran e Scarabellotto

Il 14 dicembre si è tenuto a Sacile il convegno "Il ruolo dei Comuni per la promozione della salute" promosso da Federsanità ANCI FVG, insieme a Regione, Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria regionale e Città di Sacile, con il patrocinio delle Reti nazionale e regionale Città Sane OMS.

In apertura dei lavori sono intervenuti

Roberto Ceraolo, presidente della Conferenza permanente e Sindaco di Sacile e il direttore centrale alla Salute, Gianni Cortiula che hanno evidenziato l'importanza del percorso di collaborazione avviato insieme a Federsanità ANCI FVG. Da parte sua il presidente di Federsanità ANCI FVG, Giuseppe Napoli, ha ricordato che la promozione della Salute, insieme all'integrazione socio-

sanitaria, costituisce obiettivo prioritario per l'Associazione ed ha auspicato anche il rafforzamento del ruolo della Conferenza permanente.

Dopo le relazioni dei rappresentanti della direzione centrale salute, Nora Coppola, Clara Pinna, Maria Guglielmi e Giulio Barocco e mobilità, Iliana Gobino, è intervenuto Giorgio Siro Carniello, che ha sintetizzato la positiva esperienza di integrazione realizzata tramite il "modello Sacile". Particolarmente interessante la tavola rotonda (foto) nel corso della quale sono state illustrate le buone pratiche dei Comuni. Sono intervenuti, Simona Arletti, presidente nazionale Rete italiana Città Sane OMS, Silvia Altran, sindaco di Monfalcone, gli assessori alla pianificazione dei Comuni di Pordenone, Martina Toffolo e Udine, Maria Grazia Santoro, all'urbanistica del Comune di Sacile, Francesco Scarabellotto e l'assessore alle politiche sociali del Comune di Muggia, Giorgio Kosic.