

A cura di:
TIZIANA DEL FABBRO

EDITORIALE

1996-2006 dieci anni di impegno a favore del rafforzamento della collaborazione tra comuni e aziende sanitarie

Sono trascorsi oramai dieci anni dalla costituzione di Federsanità ANCI FVG, avvenuta a Udine, presso la sede dell'ANCI FVG, l'11 dicembre 1996, con il convinto sostegno dell'allora Presidente dell'ANCI regionale, Luciano Del Frè, animati da grande buona volontà e consapevoli che avremmo dovuto

superare non poche difficoltà per avviare forme concrete di collaborazione tra i Comuni e le Aziende Sanitarie del Friuli Venezia Giulia. Nella nostra Regione si era, da poco, legiferato in materia sanitaria scegliendo un non facile percorso di riorganizzazione del sistema sanitario e della rete ospedaliera con due norme significative: la LR 12/2004 e la LR 13/2005. Da quella volta abbiamo fatto molta strada e abbiamo contribuito, in maniera convinta, a stimolare il dialogo e il confronto tra i Sindaci ed i Direttori Generali, superando diffidenze e inconsue resistenze tra due mondi che, dopo l'applicazione del D.Leg.vo 502/1992 hanno stentato e non poco a collaborare.

I Comuni, quasi a voler rimuovere la "questione sanità" dalla loro agenda, hanno – per lungo tempo – lamentato l'esclusione per legge da qualsiasi "spazio" nel comparto sanitario; le Aziende Sanitarie, erano principalmente preoccupate di un ritorno alle logiche dei precedenti comitati di gestione delle USL, spazzate via da una stagione poco trasparente e chiara in tante parti d'Italia.

Da noi non era stato così, ma si è dovuto voltare pagina, calibrando con legge, spazi minimi e insignificanti per i



Fabrizio Oleari



Giuseppe Napoli

Comuni sui temi sanitari.

Oggi – dopo dieci anni – è cambiato il clima e sembra essere trascorso tanto più tempo!

A livello nazionale con il Decreto Legislativo 229/1999 per la sanità e con la Legge 328/2000 sul Welfare (legge Turco) per le politiche dell'integrazione sociosanitaria si è dato un grande slancio per il recupero e il riposizionamento del sistema delle Autonomie nella programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

In Friuli Venezia Giulia con la LR 8/2001 il Consiglio Regionale, accogliendo una forte richiesta di Federsanità ANCI FVG, ha recepito l'indicazione contenuta nel decreto 229/1999 avviando la costituzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria.

Tale percorso è stato completato con la LR 23/2004 con la quale sono stati meglio definiti compiti e ruoli della Conferenza, organismo strategico per il settore sociosanitario e con cui Federsanità Anci ha avviato una fruttuosa e continua collaborazione, attraverso pronunciamenti e assunzioni di posizioni condivise nei confronti della Regione, delle Organizzazioni sindacali, della Consulta regionale delle associazioni dei Disabili, del volontariato e del terzo settore.

In futuro detta attività proseguirà e si rafforzerà, monitorando costantemente lo stato di collaborazione tra Comuni e Aziende, anche alla luce della recente normativa LR 6/2006 sul sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza e quella

in itinere sulla "famiglia".

L'esperienza recente dei PAT e PDZ e la loro complementarietà hanno evidenziato, concretamente, l'importanza dell'integrazione sociosanitaria nell'ottica di un nuovo più incisivo ruolo dei cittadini.

Progetti e programmi contenuti nei Piani potranno essere realizzati se Comuni e Aziende, insieme agli altri soggetti istituzionali coinvolti, sapranno favorire l'integrazione sul versante dei servizi e dell'assistenza avendo come obiettivo strategico il bene primario dei cittadini: la salute nel contesto di un nuovo welfare, centrato in funzione del diritto di cittadinanza.

In questi dieci anni per parte nostra ciò è stato possibile attraverso l'impegno di tutta la squadra: Presidente, vice Presidenti Oleari e Baratti, Direttori Generali, Sindaci, Assessori, Consiglieri, Revisori dei Conti, Segretario, Responsabile della Comunicazione e Personale dell'ANCI che hanno lavorato insieme e che – siamo certi – non mancheranno di farlo in Federsanità ANCI FVG anche per il futuro.

GIUSEPPE NAPOLI
Presidente
Federsanità ANCI FVG

FABRIZIO OLEARI
Vicepresidente
Federsanità ANCI FVG

Non solo case, ma servizi e interventi appropriati

Si è tenuto il 12 giugno, a Villa Manin di Passariano, il convegno "Dalla casa all'abitare sociale", promosso da ANCI, FEDER-SANITA' ANCI FVG e Coordinamento delle Agenzie sociali per l'Abitazione del Friuli V.G., con il patrocinio della Regione, nel corso del quale sono state illustrate problematiche e proposte sulla casa e i servizi "di accompagnamento" per le fasce più deboli della popolazione.

"Si è trattato di una tappa importante per concordare una strategia comune per l'abitare sociale" in Friuli Venezia Giulia, un punto di partenza di un percorso utile per migliorare l'appropriatezza degli interventi e dei servizi forniti dalle istituzioni locali e non solo, in un'ottica multisettoriale e coordinata". Ha dichiarato Giuseppe Napoli, vicepresidente dell'ANCI e Presidente di FEDER-SANITA' ANCI FVG, a conclusione del convegno. "Dopo l'attivazione dello specifico gruppo di lavoro misto tra amministratori locali e tecnici, nell'ambito dell'ANCI, insieme alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria e al Coordinamento delle Agenzie Sociali per l'Abitazione del Friuli V.G., sono stati coinvolti tutti i soggetti interessati a questi temi, istituzioni pubbliche, operatori privati e terzo settore.

L'obiettivo è quello di impegnarsi per una strategia comune con l'obiettivo non solo di realizzare nuove abitazioni, ma, soprattutto, di garantire una casa adeguata ai diversi tipi di bisogni, come hanno puntualmente illustrato Gabriele Rabaiotti, esperto del Politecnico di Milano, Maurizio Traubio, Direttore Fondazione La Casa di Padova e responsabile scientifico per l'Abitare sociale, Lelio Grassucci, Presidente del Gruppo di Studio del CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro) e Stefano Franzin, portavoce C.A.S.A. F.V.G.

"Il Friuli V.G. in materia di edilizia abitativa è all'avanguardia a livello nazionale - ha concluso Napoli - e con le proposte emerse nell'ambito del convegno e un'a-



Da destra: Grassucci, Napoli, Boem, Rabaiotti e Franzin



Il folto pubblico

degua integrazione intersettoriale e coinvolgimento dei Comuni fin dalla fase programmatica, si potrà compiere un ulteriore salto di qualità, nell'interesse di tutti i cittadini".

In apertura dei lavori è intervenuto Vittorino Boem, sindaco di Codroipo e Presidente della Con-

ferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria, che si è soffermato proprio sulla necessità di "Integrazione" tra i settori dell'Edilizia, delle Politiche sociali e dell'Immigrazione per dare vita a "politiche di accompagnamento sociale differenziate per territorio

e sulla base delle reali esigenze", fondate sui principi della convivenza e della solidarietà, in cui i Comuni possano svolgere il ruolo di coordinatori in quanto primi riferimenti dei bisogni dei cittadini. Particolarmente apprezzati anche gli interventi programmati di Mario Banelli, Presidente dell'A.R.E.A., di Carlo Grillo, Assessore dell'Area Promozione e Protezione sociale del Comune di Trieste, Luciano Gentile, Assessore alle Politiche sociali del Comune di Gorizia, Giovanni Zanolin, Assessore alle Politiche sociali del Comune di Pordenone, Franco Sgubogna, Direttore centrale dell'Assessorato all'Ambiente e Lavori Pubblici, Michele Negro della segreteria dell'Assessorato regionale all'Immigrazione, Vladimiro Kosic, Presidente della Consulta regionale dell'Associazione dei Disabili del FVG e Don Livio Corazza, Direttore Caritas Diocesana di Concordia Pordenone.

Presenti, inoltre, numerosi rappresentanti del Terzo Settore, delle ATER, delle Aziende Sanitarie, delle organizzazioni sindacali e dell'imprenditoria privata di tutta la Regione.

"UNA TASK FORCE PER L'ABITARE SOCIALE", LE RISPOSTE DELL'ASSESSORE BELTRAME

A conclusione dell'incontro l'assessore regionale alla Salute e Protezione sociale, Ezio Beltrame, ha dichiarato "la Regione potrebbe parzialmente accogliere, affiancando agli strumenti già messi in campo nella sfera sociale e abitativa, il nuovo strumento del Fondo sperimentale per l'edilizia abitativa sociale proposto dal Cnel (Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro) e sostenuto dai Ministeri dell'Economia e delle Infrastrutture per andare incontro al fabbisogno crescente di case per fasce di reddito deboli. Ben venga un fondo sociale - ha evidenziato Beltrame - ma in un'ottica di complementarità, che affianchi gli strumenti di legge già esistenti per creare una task force per l'abitare sociale". Quella di Beltrame è, quindi, un'apertura che "dovrà andare, però, nella stessa direzione degli strumenti già esistenti, senza creare altre strade parallele". In sostanza, si tratta di un progetto sperimentale (della durata approssimativa di tre anni) che permetterebbe l'intervento economico statale, accanto a quello regionale, per costruire, o ristrutturare, case rivolte a fasce sociali deboli, quindi abitazioni a basso affitto. Grazie a questo fondo, del quale il Friuli Venezia Giulia potrebbe essere la regione capofila, si potrà cofinanziare, con fondi statali, il 50% dei costi di progetti di abitazioni sociali e il 70% qualora si prevedano soluzioni co-

struttive innovative. Le strategie regionali del Welfare ha commentato l'assessore Beltrame - non possono prescindere da forme di integrazione avanzate tra settori nevralgici quali trasporti, edilizia, istruzione, lavoro, sanità e sociale". Stop, quindi, all'assistenzialismo in favore di una riorganizzazione generale dei servizi sociali. In quest'ottica - ha proseguito l'assessore - l'Agenzia per l'Abitare sociale, non necessariamente organizzata su base regionale, ma inserita nel contesto degli strumenti già esistenti, è un'opportunità in più a disposizione di quella che deve essere una task force per l'abitare sociale.

L'Agenzia per l'Abitare Sociale, ha spiegato Lelio Grassucci, Presidente del Gruppo di Studio del CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro), fruibile di un fondo statale sperimentale, assegnato in forma triennale per finanziare i progetti-casa fino ad un massimo del 50 per cento, innalzabile al 70 per cento in caso di servizi aggiuntivi particolarmente avanzati.

L'esigenza del fondo, dalla quale sono partiti i gruppi di lavoro dell'Ance e di Federsanita', è, infatti proprio quella di integrare e coordinare i Comuni, insieme alle Ater e agli altri soggetti, per dare una risposta immediata ai bisogni abitativi e sociali delle fasce più deboli della popolazione.

Dalla casa all'abitare sociale

Relazione introduttiva
Dott. Gabriele Rabaiotti*

Quali sono le novità con le quali ci stiamo confrontando rispetto al problema casa?

Possiamo restituire a partire da tre diverse dimensioni.

1. Il cambiamento del senso attribuito al "bene casa"
2. Un eccesso di case rispetto alle famiglie residenti che mostra un problema di distribuzione e la presenza di una offerta sempre più "fuori misura"
3. Un rapporto non ancora risolto con l'affitto.

Provando a riprendere ciascun punto sinteticamente.

1. Negli ultimi cinquant'anni abbiamo assistito ad una trasformazione del significato e del ruolo attribuito alla casa. Essa, specialmente nella fase della ricostruzione post-bellica ha rappresentato un bene di consumo di tipo primario (si aveva una casa per abitarla). Il possesso del bene, in una fase di grande incertezza costituiva un fattore importante nel processo di stabilizzazione della famiglia. Questa dimensione ha spinto anche le politiche pubbliche a sostenere l'acquisto della casa improprietà (fino agli anni Settanta, nelle grandi città, l'affitto superava percentualmente la proprietà) e a recuperare il saldo negativo che fino metà degli anni Settanta registrava un numero di famiglie residenti superiore a numero di unità abitative costruite. Con il grande sforzo costruttivo degli anni Sessanta e Settanta si è riusciti a pareggiare il rapporto tra i due termini e a superarlo.

Il processo di sviluppo e di crescita del paese ha liberato risparmi e nuove ricchezze che hanno trovato nel mattone un importante recapito; per i grandi e per i piccoli risparmiatori la casa è diventata un bene di investimento.

Osservando oggi la domanda



Gabriele Rabaiotti

ci troviamo di fronte a nuovi fenomeni. Non solo nuove popolazioni in cerca di un alloggio che faticano ad accedere al mercato abitativo (sia in proprietà che in affitto) e che vivono in condizioni di disagio e di svantaggio rispetto ad altri ma anche soggetti che ritrovano in condizioni di vera e propria esclusione. Senza una vera e propria revisione dei principi di regolazione del mercato (privato ma anche pubblico) gli esclusi, in quanto "prodotto" dei meccanismi di (mal) funzionamento in atto, sono destinati arrestare tali.

La casa, per questa nuova popolazione in stato di bisogno, assume il significato di un "bene di servizio". Consumo primario, investimento, servizio sono tre livelli che convivono. Il terzo però, non può prendere forma e struttura se non attraverso un intervento pubblico capace di assegnare il valore di utilità sociale a qualcosa che, storicamente, ha sempre avuto altri significati.

A quali condizioni la casa può essere assunta come un servizio di interesse pubblico e di utilità sociale?

Queste popolazioni in stato di difficoltà, più o meno grave, devono essere aiutate a sviluppare un percorso di avvicinamento progressivo all'alloggio. Per questo motivo è bene che la casa sia a) in affitto, b) a basso costo e c) rappresenti una soluzione di aiuto transitorio grazie al quale sia poi possibile accedere a soluzioni

più ordinarie.

2. Con riferimento alla seconda questione qualche numero può aiutare il ragionamento. Nel 2001 l'Italia, con 127 caso ogni 100 famiglie, era il primo paese in Europa per numero di abitazioni presenti sul territorio nazionale. Nel 2004 la crescita delle nuove costruzioni è stata superiore del 19% rispetto alla crescita del numero dei nuclei famigliari. Gli alloggi non manca, anzi; la questione sembra essere legata alla distribuzione e alla capacità di accesso al bene. Se nel 2004 il 28% delle famiglie dichiarava di non essere riuscito ad accantonare risparmio, nel 2005 la percentuale raggiunge il 37%; più di un terzo della popolazione spende tutto ciò di cui dispone. La contrazione del risparmio è direttamente proporzionale anche all'aumento dell'indebitamento, salito di 11 punti percentuali nell'ultimo anno (32% nel 2005 contro 21% nel 2004).

Abbiamo un problema di calibratura delle nuove produzioni del mercato orientato in modo esclusivo alla realizzazione di appartamenti sempre più esclusivi, grandi, costosi, di inserimento del patrimonio privato ad uso abitativo non utilizzato nel mercato della locazione e infine un problema di recupero di patrimonio residenziale pubblico che consenta di contenere in termini significativi i costi di affitto. Per il primo e per il secondo dei due aspetti dovremmo iniziare a ragionare con decisione sul sistema fiscale come meccanismo di incentivo/disincentivo:

- il settore delle costruzioni non riceve segnali dal pubblico rispetto ad orientamenti che potrebbero essere perseguiti dallo Stato (tipologie e tali degli alloggi, costi di costruzione, ...);
- quanto proposto dalla legge 431/98 in termini di agevolazioni (canone concordato) non pare sufficiente.

Per quanto riguarda l'edilizia

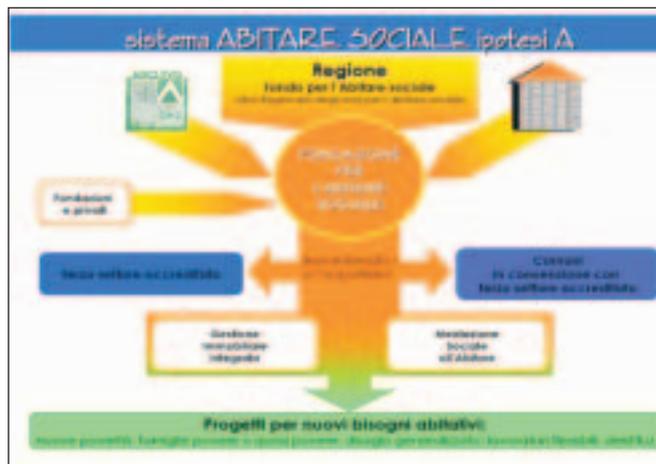
pubblica i problemi paiono essere almeno due: a) la mobilità delle famiglie che abitano nelle case popolari prossima allo zero e b) la scarsità delle risorse disponibili per eventuali nuovi interventi. Entrambe le questioni chiedono di essere affrontate e forse la prima, connessa alle forme di gestione del patrimonio esistente, potrebbe produrre qualche risultato interessante a costi inferiori e con impatti territoriali ridotti rispetto a quanto si verrebbe a produrre lavorando solo sul secondo livello.

3. Il terzo ed ultimo aspetto è relativo al rapporto critico che il nostro paese ha nei confronti dell'affitto. La casa in proprietà, in particolare per coloro che avviano un proprio percorso di vita (giovani e nuovi nuclei famigliari) assorbe quasi tutte le risorse disponibili ipotizzando il futuro e riduce drasticamente la possibilità di attivare altre forme di investimento, più attive, come ad esempio quelle connesse alla propria attività professionale e lavorativa. In questo la cultura mediterranea non ci aiuta. A differenza di quanto accade nei paesi dell'Europa nord-occidentale il nostro paese, rispetto all'atteggiamento che presenta nei confronti del bene casa, assomiglia molto a Spagna, Portogallo, Grecia. Faticiamo a pensare che come una automobile, una lavatrice, un telefonino anche una casa può essere un bene che non necessariamente deve essere acquistato (subito) in proprietà. Faticiamo a pensarlo come utilizzatori ma fatica a pensarlo anche il mercato che sempre di più si orienta a vendere il servizio piuttosto che il prodotto. Il mercato non sembra essere sufficientemente convinto del fatto che rivolgersi all'affitto possa risultare una scommessa vincente e certamente i segnali che arrivano dalla domanda di abitazione

Friuli Venezia Giulia laboratorio pilota

di Stefano Franzin,
Portavoce C.A.S.A FVG

Il Friuli Venezia Giulia ha dovuto spesso misurarsi con i nuovi problemi in campo socio-politico con lo stile del laboratorio. Sembra, infatti, un territorio che presenta i requisiti ideali per sperimentare nuove soluzioni e proporre in anticipo nuovi sistemi operativi. È stato così rispetto alla Legge 328/00, lo è di nuovo per la casa, con particolare riguardo lo stato di bisogno delle fasce di popolazione socialmente più vulnerabili. Da alcuni anni si sono sperimentate, prima a favore dell'immigrazione, successivamente in modo più esteso al resto della popolazione, una serie di iniziative per agevolare l'inserimento abitativo di persone e famiglie in stato di disagio, o a rischio di esclusione sociale; riassumibili nello strumento dell'Agenda Sociale per l'Abitazione. Gli strumenti messi in campo sono stati essenzialmente la mediazione sociale; il microprestito; la gestione immobiliare integrata (ovvero sociale, manutentiva e amministrativa insieme); la promozione e la realizzazione di interventi per progetti speciali (manutenzione straordinaria per la sublocazione; abitazioni per la semi autonomia ecc.). La gestione di queste agenzie in capo a organizzazioni del no profit (ora riunite in un coordinamento regionale, C.A.S.A. FVG) si è volutamente intrecciata, nella nostra regione, con le politiche sociali dei Comuni, costituendo gradualmente un micro-sistema di interventi sociali sull'abitare a livello municipale. Da questo percorso, nonché dalle sollecitazioni che quotidianamente i ser-



vizi e gli amministratori dei Comuni rilevano rispetto alla crescente complessità della domanda, è nata l'esigenza di creare un gruppo di lavoro ad hoc sull'abitare sociale presso l'ANCI regionale.

In questa sede si è pensato, innanzitutto, di fare sintesi rispetto al tema appunto dell'abitare sociale; ritenendolo un approccio organico rispetto al problema casa; in grado di produrre progetti che prendano in considerazione le tematiche dell'accoglienza, della socializzazione, dell'integrazione socio-economica, nell'ottica di promozione e sviluppo di un welfare connesso all'accesso e alla fruizione dignitosa dell'abitare.

In secondo luogo è emersa chiara la necessità, sostenuta anche dal CNEL, di un soggetto regionale di promozione e coordinamento che – sulla scala regionale – rafforzi ed estenda strumenti di supporto al settore dell'abitare sociale che sia in condizione di: fornire ai Comuni strumenti di lettura e intervento innovativi; orientare i Comuni e gli altri soggetti impegnati a gestire tutta la complessa e articolata filiera dei bisogni, a partire dal "pronto inter-

vento" fino all'alloggio ordinario e stabile, creando le migliori sinergie tra pubblico e privato; sviluppare azioni volte alla riproduzione di buone pratiche già attuate in vari ambiti socioassistenziali della Regione; progettare modelli innovativi in risposta ai bisogni di abitazione, anche sulla scorta delle esperienze realizzate in altre regioni.

Quale soggetto sarebbe utile prevedere? A questa domanda si è tentato di rispondere in occasione del convegno organizzato da ANCI e Federsanità dal titolo "Dalla Casa all'Abitare Sociale"; presentando una proposta concreta.

L'abitare sociale si configura sempre più come uno specifico settore d'intervento integrato di politica sociale; per questo necessita di un fondo ad hoc che, peraltro, vista la dimensione tendenzialmente circoscritta del fenomeno non necessiterebbe di ingenti risorse, ma semplicemente di un piccolo intervento di razionalizzazione di quelle già previste in capo ai settori dell'immigrazione, dell'edilizia pubblica e delle politiche sociali appunto. A questo fondo sarebbe funzionale far seguire l'istituzione di un agile organismo par-

tecipato di gestione, una Fondazione onlus ad esempio, che permetta di massimizzare gli effetti delle risorse impiegate, sia rispetto alla capacità dei Comuni, in collaborazione con enti no profit, di produrre progetti tarati sulle specificità della domanda locale, sia rispetto al controllo sulla finalizzazione degli interventi da parte della Regione, soprattutto in ordine all'efficacia e all'omogeneità territoriale, senza trascurare la maggiore flessibilità che lo strumento fondazione è in grado di dare e la possibilità di espletare un'ulteriore funzione di fund raising rispetto ad altre risorse private.

Tale organismo, che si ribadisce non replicativo di funzioni e costi; svolgerebbe, quindi, tre semplici compiti: la stesura di un programma triennale approvato dalla Regione stessa; la gestione di uno sportello progetti e l'assistenza tecnica all'attuazione. Secondo questa proposta, si salderebbe, finalmente, in un sistema coordinato il livello d'iniziativa municipale ora ben progettato nei Piani di zona, ad un intervento di politica integrata derivante appunto dal livello regionale.

È questo, di fatto, il sistema dell'abitare sociale secondo un modello che la Regione Friuli Venezia Giulia potrebbe vantare a buon diritto, secondo il CNEL, come un prassi innovativa a livello nazionale.

Una proposta di questo tipo è, infine, compatibile anche con un periodo di sperimentazione per valutarne con perizia gli effetti positivi, senza per altro creare particolari modifiche all'architettura istituzionale regionale.

La sfida delle città alla ricerca del nuovo welfare

Aumenta il numero dei Comuni aderenti e si rafforzano le sinergie con l'Ance e le altre Reti. Anche di Sacile tra i nuovi soci.



Si è tenuto a Bologna, dal 24 al 26 maggio (in occasione di Exposanità), il V Meeting nazionale della Rete italiana Città Sane - OMS sul tema "Invecchiamento, salute, tecnologie. La sfida delle città alla ricerca del nuovo welfare". Per la nostra regione hanno preso parte il sindaco di Udine, Sergio Cecotti, vicepresidente della Rete nazionale e il presidente di FEDERSANITA' ANCI FVG, Giuseppe Napoli, componente del Direttivo nazionale, per il Comitato tecnico, Gianna Zamaro, responsabile Città Sane Comune di Udine, Advisor OMS e Tiziana Del Fabbro, responsabile Comunicazione Federsanità ANCI FVG.

Nel Municipio di Bologna si sono tenute le riunioni del Comitato Direttivo e tecnico e l'Assemblea nazionale che hanno, tra l'altro, approvato il programma 2006, nonché ratificato l'ingresso dei nuovi Comuni, Sacile (PN), S. Marinella (Roma) e Giovinazzo (Bari), in via di adesione anche il Comune di Genova.

Il Meeting si è tenuto presso EXPOSANITA', rassegna fieristica specializzata ed ha visto una nutrita partecipazione di amministratori locali, tecnici ed esperti dei temi di grande attualità al centro delle due giornate di convegni.

Dopo i saluti del sindaco di Bologna, Sergio Cofferati, sono intervenuti Agis Tsouros, Direttore Centro Programma Salute Urbana - Città Sane e Governance urbana - OMS Copenaghen, Giuseppe Paruolo, Presidente Associazione Rete italiana Città Sane -

OMS, assessore alla Salute e Comunicazione del Comune di Bologna, presenti tutti i componenti del Direttivo e numerosi rappresentanti dei 130 Comuni associati. Di particolare interesse gli impegni assunti dalla Rete per

rilanciare le sinergie con l'ANCI, nonché il coordinamento con i progetti europei e i programmi del Ministero per la Salute.

Sono stati, inoltre, forniti, i dati e le proiezioni sugli scenari futuri, con i contributi

dei principali esperti su "Invecchiare oggi: cosa pensano gli anziani", tratti dalla recente ricerca del Censis, illustrati da Concetta Maria Vaccaro della Fondazione Censis. Particolare interesse hanno poi suscitato gli interventi del professor Stefano Zamagni, ordinario di Economia Politica all'Università degli Studi di Bologna, su "Welfare di oggi, welfare di domani", di Angelo Cappello, Professore ordinario di Bioingegneria dell'Università degli Studi di Bologna, su "Invecchiamento e tecnologia" e di Walter Bergamaschi, Direttore della Direzione generale del Sistema informativo del Ministero della Salute, su "Informatizzazione e integrazione socio-sanitaria".



Sacile: veduta da Campo Marzio

LA BANCA DATI "BUONE PRATICHE" PER PROMUOVERE LA SALUTE

Sempre nella logica del confronto e scambio di esperienze, che caratterizza l'approccio operativo della Rete italiana Città Sane, sono stati portati significativi esempi di progetti, azioni e iniziative concrete di numerosi Comuni della Rete. Testimonianze che, insieme a quelle di tutti i Comuni aderenti, stanno per essere tradotte in un utile strumento operativo e interattivo online, a supporto dei Comuni di tutte le dimensioni. Presentato in anteprima dal presidente della Rete, Giuseppe Paruolo, il Progetto FO.R.M.A.S., Database delle Buone Pratiche dell'Associazione Rete italiana Città Sane - OMS è realizzato dal Comune di Bologna con il contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Bologna. Si tratta di un utile strumento online per la ricerca e lo scambio di informazioni operative su progetti e realizzazioni (Per ulteriori informazioni : retecittasaneoms@comune.bologna.it e sito www.retecittasane.it)

Nella seconda giornata del Meeting è stato illustrato il Progetto europeo Telemedicina e si sono tenute due interessanti sessioni su "Le Reti al servizio del cittadino" e "Uno sguardo al territorio : le esperienze di teleassistenza e telesoccorso, scenari e prospettive".

Nel pomeriggio gli organi direttivi e tecnici dell'Associazione hanno potuto partecipare al Laboratorio per la Valutazione di Impatto sulla Salute (VIS), condotto da un esperto dell'OMS.

Le relazioni e gli atti del convegno sono pubblicati sul sito www.retecittasane.it

Healthy ageing: un nuovo approccio al tema dell'invecchiamento

Il tema dell'invecchiamento è all'ordine del giorno nel Nord-est dove vive una percentuale di anziani superiore alla media italiana ed europea.

L'aspettativa di vita è sempre maggiore e la popolazione over 65 è in costante crescita in tutta Europa, oltre agli aspetti positivi questo si trasforma anche in un problema di sostenibilità per la spesa pubblica. Per far fronte all'invecchiamento della popolazione fondamentali risultano, pertanto, le strategie e le politiche di progettualità. L'obiettivo comune è il forte impegno politico sul tema anziani e questo si sviluppa attraverso la consa-



Udine, piazza Libertà e castello

pevolezza del concetto di invecchiamento in salute, la mappatura della città, l'empowerment dei cittadi-

ni e l'accessibilità ai servizi.

A livello europeo abbiamo realizzato una mappatura della città sulla base degli indicatori demografici e le città italiane sono risultate essere quelle più vecchie. Sulla base di tali analisi abbiamo, pertanto, individuato le priorità per le città: la promozione delle strategie per "invecchiare in salute"; politiche solidali nell'ambiente di lavoro volte alla valorizzazione degli anziani mantenendoli attivi.

A Udine, grazie alla collaborazione tra Comune e ASS N. 4 Medio Friuli, sono state definite alcune specifiche aree di intervento: i servizi per le persone anziane (Carta dei servizi e sito web www.infoanziani.it), i progetti contro la solitudine e l'isolamento degli anziani e "Città a prova di anziani e bambini".

C'è, poi, il programma APA (Adapted Physical Activity) per anziani e disabili, per la prevenzione e promozione di sani stili di vita; AGE-FRIENDLY POLICIES" (pensionati/volontari). Altre iniziative sono comprese nei PAT (Piani Attuativi Locali) e PDZ (Piani di Zona).

Sono stati, inoltre, attivati i seguenti progetti "Nonni e nipoti", "A scuola ci andiamo a piedi, in bici, in bus, in compagnia del Topo Topazio", "Signore e Signori in colonna" un programma di attività fisica.

Nel capoluogo friulano, infine, gli anziani sono attivamente coinvolti nella valutazione dei progetti".

In sintesi, sono stati attivati numerosi tavoli di lavoro che pongono al centro dell'attenzione il tema dell'anziano.

CONFERMATO IL PRESIDENTE CECOTTI. DALLA REGIONE UN FINANZIAMENTO DI 30.000 EURO. PRIORITARIO IL TEMA DELL'ATTIVITA' FISICA E VITA SANA.

RETE CITTÀ SANE FVG: NUOVI PROGETTI

Si è tenuto, il 5 luglio scorso, presso il Municipio di Udine, l'incontro dei Comuni aderenti alla Rete regionale Città Sane F.V.G. Nel corso della riunione sono stati confermati, all'unanimità, la presidenza e segreteria organizzativa della rete. Nel suo intervento il presidente, Sergio Cecotti, ha inoltre dato notizia della recente attribuzione del finanziamento di 30.000 euro concesso dalla Regione alla Rete regionale per l'anno 2006/2007.

Da parte sua il presidente di FEDERSANITA' ANCI FVG, Giuseppe Napoli, nell'apprezzare l'operato e il sostegno che il Comune di Udine ha fornito alla Rete regionale Città Sane, nata e ampliata anche grazie all'impegno iniziale di FEDERSANITA' ANCI FVG, ha confermato la fiducia al Presidente Cecotti e allo staff.

E' toccato, quindi, alla dr.ssa Gianna Zamaro, Coordinatrice dell'Ufficio Città sane del Comune di Udine, fornire un aggiornamento sui positivi risultati conseguiti con i progetti di mobilità scolastica e sicurezza stradale attivati per l'anno 2005/2006 e, quindi, pro-

porre di condividere con i Comuni gli obiettivi per il futuro e individuare le progettualità più adatte, anche sulla base delle linee guida fornite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'attuale Fase IV del Progetto "Città Sane".

Entro il mese di luglio verranno, quindi, comunicate e condivise le aree identificate come prioritarie e verrà scelta, anche tra le proposte avanzate dai comuni stessi, una progettualità attinente all'area che si riterrà più opportuna. In particolare, la dr.ssa Zamaro sottolinea l'importanza di affrontare e approfondire la tematica del "Physical Activity & Active Living" (Attività Fisica e Vita Sana), che prevede la promozione di sani stili di vita e la prevenzione dell'obesità, in conformità anche con il Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006-2008.

All'incontro sono intervenuti i rappresentanti dei Comuni di Buttrio, Codroipo, Cormons, Gorizia, Lestizza, Mortegliano, Palmanova, Pozzuolo del Friuli, Pradamano, Precenico, Remanzacco, Sacile e Sedegliano.

Stato di salute: dal rapporto 2005 verso politiche e piani

L'Assessore regionale per la Salute e Protezione sociale, Ezio Beltrame, ha presentato lo scorso 15 maggio, presso la sede della Regione, a Udine, il "Rapporto 2005 sulla salute della popolazione del Friuli Venezia Giulia" predisposto dall'Agenzia regionale della Sanità del FVG.

In sintesi si può affermare che lo stato di salute della popolazione del Friuli Venezia Giulia è mediamente buono e che il buon funzionamento del servizio sanitario regionale contribuisce a questo risultato positivo, ma sussistono anche alcune 'criticità': l'alto numero di neoplasie, l'aumento della non-autosuffi-

cienza, quella delle cronicità. Un rapporto - è stato detto - che non è una semplice raccolta di numeri e statistiche, ma uno strumento d'informazione arricchito da elementi di valutazione e confronto per stimolare la riflessione del lettore, base quindi - per chi ne abbia la responsabilità - per costruire le future politiche sanitarie: il Piano Sanitario Regionale, ad esempio, tiene conto anche di questi dati, che sono un riferimento non solo sanitario, ma anche sociale e politico.

Un dato che emerge dal rapporto è il peso che la situazione socio-economica dell'individuo (ma anche di un territo-

rio rispetto a un altro) ha sullo stato di salute. Se il sistema sanitario deve assicurare equità per tutti i cittadini, dipende tuttavia molto spesso dai fattori individuali di istruzione, cultura, capacità economica e condizioni geografiche di residenza una maggiore o minore attenzione alla propria salute, ai fattori ambientali, allo stile di vita, quindi alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura.

Altro fattore interessante riguarda proprio le criticità evidenziate: laddove l'azione di prevenzione è stata più intensa - in particolare per quanto attiene alle malattie cardiovascolari - minore è risultata

l'incidenza delle patologie correlate. Quindi il Piano sanitario regionale deve tener conto di questo aspetto e per questo sono state avviate, sono in corso o saranno programmate azioni di 'screening' della popolazione per quanto attiene ai tumori.

Dopo quello sulla cervice uterina, è in corso quello sulla mammografia ed è allo studio quello sulle neoplasie del colon-retto.

Di certo la non autosufficienza in una regione a elevato numero di cittadini ultra-sessantacinquenni si fa sentire: da qui l'esigenza di una sem-

segue a pag. 26

IL PROGRAMMA DELLA REGIONE TRAMITE L'AGENZIA REGIONALE DELLA SANITA' NUMERO VERDE 800 007 800

DIFENDIAMOCI DAL CALDO

L'estate 2006 è partita già nel mese di giugno con temperature molto elevate che hanno anticipato le "ondate di calore" attese per i mesi di luglio e agosto, ma il programma di contrasto era già stato attivato dalla Regione tramite l'Agenzia regionale della Sanità, in particolare per le persone anziane che soffrono di malattie croniche.

Il programma per aiutare la popolazione a difendersi dai pericoli per la salute causati dal caldo eccessivo è il seguente:

- è stato attivato il numero verde 800 007 800, attivo dalle ore 10 alle 20, al quale tutti possono accedere per avere informazioni e consigli;

- è stato avviato il monitoraggio telefonico delle persone che, a parere dei Servizi Sanitari Distrettuali, o dei Servizi Sociali dei Comuni, o del medico di famiglia potrebbero essere a rischio nel caso le temperature siano molto elevate. Sia la gestione del numero verde che il monitoraggio telefonico sono servizi svolti dalla società Televita. I Distretti sanitari raccolgono i nominativi delle persone da contattare e li inviano a Televita, i cui operatori effettuano un primo contatto telefonico per raccogliere il consenso alle telefonate successive che verranno effettuate durante i periodi di canicola. I contatti successivi sono finalizzati a verificare la situazione, far emergere eventuali criticità e suggerire possibili soluzioni.

Al numero verde è, inoltre, possibile segnalare casi di pa-



Lignano Sabbiadoro

renti, o amici che potrebbero giovare di tale servizio.

La novità del programma rispetto agli anni precedenti consiste proprio nel contatto telefonico, mentre negli anni scorsi il messaggio era registrato e veniva inviato in modo automatico quest'anno dall'altra parte del filo c'è un operatore competente che pone domande, interpreta risposte e offre consigli e soluzioni.

Infine, il programma ha previsto la stampa e diffusione, nelle farmacie, ambulatori medici etc. di depliant e locandine per ricordare e rinforzare una serie di comportamenti corretti da tenere durante le giornate torride, comportamenti di buon senso, forse scontati, ma che vale la pena comunque di ripetere lo stesso anche ora:

- non uscire durante le ore più calde, meglio farlo al mattino presto
- passa più tempo possibile in ambienti con aria condizionata
- bevi anche se non hai molta sete, non esagerare con tè e caffè, meglio l'acqua
- rinfrescati spesso
- evita di mangiare troppo e preferisci cibi freddi, frutta e verdura in abbondanza.

Ancora un messaggio da parte del programma, un invito alla solidarietà

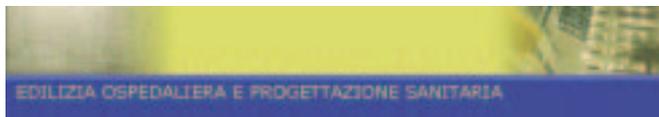
- se conosci una persona anziana ammalata, specie se vive da sola, chiamala per sapere come sta.

"Innovazione e ospedali": confronto multidisciplinare

Dopo le quattro edizioni, a Grado, il convegno Nazionale di Organizzazione, Igiene e Tecnica Ospedaliera "I NUOVI OSPEDALI: esperienze a confronto" dal 2007 avrà carattere itinerante e il prossimo anno si terrà a Bologna, il 29 e 30 marzo 2007.

Il Comitato scientifico ha definito il tema della quinta edizione che sarà "Innovazione e Ospedali". È stata, inoltre, confermata la volontà di ampliare ulteriormente la formula consolidata, caratterizzata dalla multidisciplinarietà e multiprofessionalità, nonché dallo scambio di esperienze e realizzazioni concrete in ambito nazionale. L'edizione 2007 sarà dedicata interamente a "Innovazione e Ospedali", un tema strategico, particolarmente complesso e articolato, sul quale verranno forniti utili approfondimenti su scenari attuali e prospettive di sviluppo.

Saranno, inoltre, presentati significativi progetti ed esperienze, a livello nazionale e



internazionale. Si tratta di argomenti in rapida e continua evoluzione, nelle loro molteplici articolazioni e interrelazioni - è stato evidenziato - fondamentali per l'attualità e il futuro delle moderne strutture sanitarie e dell'intero sistema sanitario, inteso sempre più anche nei suoi rapporti con il territorio.

Proprio per questo si rivela particolarmente utile il confronto multidisciplinare e multiprofessionale, nonché lo scambio di riflessioni ed esperienze.

In particolare, nel corso della prima giornata, nelle diverse sessioni tematiche (innovazioni sociali, organizzative, gestionali, tecnologiche, ambientali, informatiche, per gli investimenti, la ricerca, l'etica, la sicurezza) esperti di diversi settori, direttori generali e sanitari, architetti e ingegneri di edilizia sanitaria,

informatici e referenti infermieristici analizzeranno e si confronteranno sui principi ispiratori e i modelli organizzativi. Altre sessioni saranno dedicate alla presentazione dei progetti e delle esperienze più innovative a livello nazionale e internazionale.

Fanno parte del Comitato scientifico qualificati direttori delle principali Aziende sanitarie e ospedaliere, insieme a esperti di edilizia ospedaliera e organizzazione sanitaria, tra cui Maurizio Mauri (Milano), Adriano Marcolongo (Rovigo), Giuseppe Tonutti (Udine), Giancarlo Finzi, presidente A.N.M.D.O., Giuseppe Manara, presidente CNETO e Daniela Pedrini, presidente della S.I.A.I.S. Come già nella prima edizione (2003) presidente del convegno sarà Gilberto Bragonzi, direttore sanitario AUSL di Bologna.

Il primo annuncio del conve-

gno sarà pubblicato entro fine agosto sui siti www.ediliziaospedaliera.net e www.csrongressi.com. Per ulteriori informazioni e-mail: redazione@ediliziaospedaliera.net



IL MINISTRO TURCO
IL 22 SETTEMBRE A UDINE

FEDERSANITÀ ANCI FVG
1996-2006

**ANZIANI:
COME RENDERE
SOSTENIBILE IL
FONDO PER LA NON
AUTOSUFFICIENZA?**

**IL RUOLO DI REGIONI,
COMUNI E AZIENDE
SANITARIE. ESPERIENZE
A CONFRONTO**

Per celebrare il decennale della sua costituzione Federsanità ANCI FVG, insieme all'Assessorato per la Salute e Protezione sociale della Regione, ha organizzato il convegno "Anziani, come rendere sostenibile il Fondo per la non autosufficienza? Il ruolo di Regioni, Comuni e Aziende sanitarie. Esperienze a confronto", che si terrà il prossimo 22 settembre, a Udine, al Centro Paolino d'Aquileia (Via Treppe, 3) con inizio alle ore 8.30. Interverrà il ministro per la Salute, on Livia Turco.

Il programma prevede la relazione introduttiva di Elio Borghonovi (Cergas Bocconi), il confronto tra le esperienze dei Comuni e delle Aziende sanitarie di Bologna, Milano e del Friuli V.G. e la tavola rotonda con gli assessori regionali alla Salute e Welfare di Emilia-Romagna, Veneto, Puglia e Friuli V.G.

FABRIZIO BRESADOLA COMMISSARIO STRAORDINARIO DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE

IL NUOVO POLO SANITARIO UDINESE

La Giunta regionale ha nominato il 24 luglio Fabrizio Bresadola Commissario straordinario dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine. L'incarico decorrerà dal primo agosto sino al 31 dicembre 2006.

Attualmente Bresadola è presidente del Policlinico universitario a gestione diretta di Udine.

Al commissario competono tutti i poteri di gestione e la rappresentanza dell'Azienda.

Considerato che la costituzione del nuovo Ente è derivata dalla fusione dell'Azienda Ospedaliera 'Santa Maria della Misericordia' e del Policlinico universitario a gestione diretta di Udine, il commissario - ha spiegato l'assessore alla Salute e Protezione sociale Ezio Beltrame - deve definire ed attuare ogni azione volta ad assicurare che i compiti istituzionali della neocostituita Azienda vengano resi in modo efficiente, funzionale e coe-

rente con la programmazione sanitaria regionale e nel rispetto dei livelli di assistenza. La Giunta regionale ha deciso di avviare le procedure per la nomina del futuro Direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria, per la quale è prevista l'intesa, sul mandato da conferirgli, con la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria. La data dell'entrata in funzione del Direttore generale è prevista per il primo gennaio 2007.

L'assessore Beltrame ha reso noto che è stato nominato anche l'Organo di indirizzo dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine, i cui componenti sono: Aldo Gabriele Renzulli, Franco Fabbro, Massimo Politti, Franco Biffoni e Sergio Danielis.

La Giunta regionale, infine, ha nominato Lionello Barbina vice direttore centrale della Salute e Protezione sociale.

Dall'Ass triestina il primo bando per il servizio civile

Oltre 300 richieste per 120 posti. Il primo bando di Servizio civile indetto quest'anno dall'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 triestina per giovani tra i 18 e i 28 anni ha spuntato un risultato superiore a ogni aspettativa.

Nel giro di due settimane (l'iniziativa è stata presentata agli inizi di giugno, il termine di presentazione scadeva il 23 giugno) l'offerta ha infatti triplicato la domanda. Ora il gruppo di lavoro dell'ASS dovrà valutare le singole posizioni, esaminare gli aspiranti e quindi inviare la graduatoria all'Ufficio nazionale di servizio civile a Roma. I candidati potrebbero prendere servizio già dall'autunno.

"I volontari - spiega Franco Rotelli, direttore generale dell'ASS 1 - saranno inseriti in alcuni tra i settori più delicati dell'ASS, dalle tossicodipendenze alla salute men-



Trieste: Ponterosso con la Chiesa di Sant'Antonio.

tale alle microaree, tutti ambiti in cui anche personale non professionalizzato può dare un contributo prezioso alla comunità".

"In nessun caso - sottolinea - i ragazzi saranno utilizzati per sostituire il personale in servizio: il loro impegno sarà invece rivolto a integrare le attività in atto".

Le opportunità d'intervento saranno molteplici. Il bando dell'ASS si articola infatti in

sei progetti che riguardano il sostegno alle persone anziane (16 volontari nei quattro distretti sanitari); la salute mentale (20 volontari nei quattro Centri di salute mentale e nel servizio Riabilitazione e residenze); la riabilitazione e il reinserimento di persone tossicodipendenti (20 volontari al SerT e in Alcologia); il supporto a bambini e adolescenti (16 volontari nei distretti sanita-

ri 1, 2 e 4); il progetto microaree per l'innovazione del welfare (40 volontari in dieci microaree); l'inclusione sociale di disabili (otto volontari nei distretti 3 e 4).

Ogni gruppo di quattro volontari sarà seguito da un operatore. Il servizio civile, della durata di un anno, prevede un compenso di 433 euro. Ciascun volontario percepirà un compenso mensile di 433 euro.

Seguito di pag. 20

Dalla casa all'abitare sociale

non aiutano il mercato a crederci. Con le politiche pubbliche che, nonostante dichiarino esplicitamente l'intenzione di sostenere l'affitto, continuano a distribuire risorse per l'acquisto della prima casa, sarà assai difficile invertire il processo. Abbiamo molta proprietà e troppo poco affitto; quel poco presenta dei costi inaccessibili.

In questo modo ci troviamo patrimonio immobiliare vuoto e non utilizzato, un mercato immobiliare in cui è saltata la corrispondenza tra prezzo di mercato e valore del bene, una situazione di forte polarizzazione sociale nel comparto della locazione tra offerta privata e offerta pubblica.

A noi spetta costruire rappresentazioni efficaci del problema che mettano intenzione quelle che possiamo definire come "le politiche sociali sulla casa" (le misu-

re sociali per accompagnare la domanda abitativa e costruire un percorso di progressiva autonomia) con "le politiche sulla casa sociale" (le azioni volte alla realizzazione di alloggi in locazione a basso costo che permeano di avviare strategie abitative attente alla costruzione di vie d'uscita). La casa nella sua declinazione sociale (in affitto, a costi bassi e accessibili) per un territorio che si vuole ospitale e capace di accogliere nuove popolazioni e nuove opportunità di sviluppo, costituisce parte del capitale fisso sociale, un patrimonio e una eredità per l'intera comunità, che sostiene le capacità di dare risposta alle parti più fragili della società locale.

*ricercatore presso il Dipartimento di Architettura e Pianificazione del Politecnico di Milano e presso l'Istituto per la Ricerca Sociale

Seguito di pag. 24

Stato di salute: dal rapporto 2005 verso politiche e piani

pre maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali; e da qui la creazione del Fondo per la non autosufficienza e i provvedimenti previsti dalla legge regionale sul welfare.

Altro punto critico, la cronicità: anch'essa va affrontata con la riorganizzazione dei servizi territoriali e della rete ospedaliera per assicurare continuità della cura. Un altro aspetto che emerge dal rapporto (in relazione alla situazione socio-economica) è il sempre maggior numero di minori preso in carico dal servizio sanitario, sintomo di un sempre più diffuso disagio, legato anche all'aumento dell'immigrazione. Ma in questo campo già nel 2004 è stato varato il progetto obiettivo materno-infantile.

Per quanto riguarda le condizioni di rischio, serve una maggiore prevenzione (ma molto è legato ai comportamenti individuali) per quanto riguarda gli incidenti stradali, quelli sul lavoro, l'abuso di alcool e di altre sostanze.

Il rapporto cerca di rispondere a tre grandi domande: qual è la salute dei cittadini, quali sono i fattori che la influenzano, quali i gruppi di popolazione critici.

Il primo capitolo, quindi, è un quadro complessivo sulla mortalità e morbilità e dei dati che le influenzano; il secondo approfondisce alcune questioni specifiche; l'ultimo costituisce una riflessione sulle priorità e sulle possibili aree d'intervento.