

A cura di:  
TIZIANA DEL FABBRO

DEL FAVERO: "FVG E VENETO REGIONI PILOTA. LA VIRATA SUL TERRITORIO SI FONDA SUI COMUNI"

## Da Padova proposte operative per la continuità dell'assistenza ospedale-territorio

Riorganizzazione della rete ospedaliera e rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria per la qualità dei servizi sul territorio, insieme al patto della salute e al passaggio dai costi storici ai costi standard (Federalismo). Sono stati i temi al centro della riunione del gruppo interregionale di Federsanità ANCI federazioni del Friuli Venezia Giulia e del Veneto, "Ospedale-territorio" che si è riunito il 12 novembre, presso la direzione generale dell'USL 16 di Padova.

L'iniziativa, che si è tenuta a margine della XXVII Assemblea nazionale dell'ANCI, è stata presieduta dal presidente nazionale dell'associazione, Angelo Lino Del Favero. Per il Friuli Venezia Giulia sono intervenuti il presidente, Giuseppe Napoli, i coordinatori della Commissione nazionale e del GL interregionale "Ospedale-territorio", rispettivamente Fabio Samani (DG ASS 1 Triestina) e Giuseppe Tonutti (DG ASS 6 Friuli Occidentale), Alessandro Terenzi direttore amministrativo IRCCS "E. Medea La nostra famiglia" di San Vito al Tagliamento, Giorgio Simon, ASS 6 Friuli Occidentale, Daniele Cortolezzis, esperto di Federsanità ANCI e il segretario dell'associazione, Tiziana Del Fabbro. Per la federazione del Veneto erano presenti, in rappresentanza del presidente, on. Gianluca Forcolin, sindaco di Musile di Piave (Ve), il vicesindaco, Ivan Saccilotto, il vicepresidente di Federsanità Anci Veneto, Fortunato Rao, dg ULSS 16 di Padova, Sabrina Rampin, sindaco di Polverara e il vicesindaco, Olindo Bertipaglia, Alessandro Bolis, vice sindaco di Carmignano di Brenta, i direttori generali dell'ULSS 20 di Verona, Giuseppina Bonavina e dell'ULSS 19 di Adria (VE), Giuseppe Del Ben, e il segretario di Federsanità ANCI Veneto, Dario Menara.

Nell'occasione è stato riavvato il positivo confronto, iniziato nel settembre 2007, che nel febbraio 2009 aveva prodotto il documento congiunto per i due



Rao, Napoli, Cortolezzis, Simon, Samani, Del Fabbro, Tonutti e Terenzi.

assessori regionali alla salute ("Documento di studio e valutazione delle esperienze assistenziali attuate in Friuli V.G. e Veneto" - Federalismo sanitario e continuità dell'assistenza). Per il Friuli V.G. il presidente, Giuseppe Napoli, ha sintetizzato il recente contributo per le "Linee guida per la predisposizione del piano locale in favore delle persone con disabilità", inviato a metà ottobre al Presidente Tondo, all'assessore Kosic e a tutti i principali referenti del settore, nonché alle associazioni e organismi delle Autonomie locali. "In un momento di grandi difficoltà per le risorse degli Enti locali - ha evidenziato Napoli - è quanto mai opportuno che amministratori locali, dirigenti e tecnici, insieme, si interrogano su come ottimizzare l'utilizzo delle risorse pubbliche e garantire servizi di qualità in modo omogeneo per tutti i cittadini. Per la nostra federazione questo è un impegno prioritario".

Da parte loro i direttori generali Fabio Samani e Giuseppe Tonutti hanno manifestato il crescente impegno della Regione e delle aziende sanitarie per rafforzare i servizi socio-sanitari sul territorio e garantire adeguati strumenti per la qualità del percorso complessivo di salute delle persone che - hanno evidenziato - va costruito insieme ai Comuni, tramite politiche intersettoriali e scelte responsabili (promozione della salute, prevenzione, accessibilità, qualità dell'ambiente, etc.), anche tenendo conto del parere dei "tecnici". Al riguardo

Samani ha ricordato che il ricovero ospedaliero costituisce "solo" un episodio nella vita delle persone, limitato alla fase acuta della malattia. Per tali motivi, oltre alla qualità delle cure ospedaliere va garantita anche la qualità della continuità dell'assistenza e, quindi, servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali.

Nel suo intervento Tonutti, ha sintetizzato le peculiarità dell'organizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari in Fvg insieme ai diversi modelli di azienda sanitaria, soffermandosi sull'innovazione in atto nel Friuli occidentale, che, a partire da gennaio 2011, vedrà tutti gli ospedali della provincia rientrare nel progetto "Ospedali riuniti", coordinato dall'ospedale di Pordenone (non più dall'ASS 6 Friuli Occidentale). Una nuova sfida simile a quella già affrontata positivamente dall'ASS 1 triestina che non comprende alcun ospedale.

"Pertanto - ha illustrato Samani - l'attenzione si è concentrata sui servizi e i progetti per il territorio (es. Distretti, progetti microwin, etc.)".

E proprio il confronto tra i modelli realizzati e i risultati delle scelte politiche e manageriali sono stati al centro dei puntuali interventi. Nel sintetizzare i punti prioritari di comune interesse il vicepresidente di Federsanità ANCI Veneto, Rao, ha evidenziato: le modalità di organizzazione dei servizi per le persone anziane e non autosufficienti, il necessario rafforzamento dell'informatizzazione



Bonavina, Del Ben, Bertipaglia, Menara, Saccilotto e Del Favero.

dei servizi territoriali (certificati elettronici, patient file, etc.) valutazione del rischio clinico e le responsabilità.

A conclusione della riunione il presidente Del Favero ha ricordato che "il patto della salute" destina il 5% delle risorse alla prevenzione, 51% ai servizi territoriali e

40% agli ospedali, ma non tutte le Regioni lo hanno attuato. Il patto prevede, inoltre, alcune novità importanti, prefigurando una riduzione dei posti letto per acuti e uno sviluppo per i posti letto riabilitativi".

"L'attenzione di tutti deve, pertanto, spostarsi sul terri-

torio – ha dichiarato Del Favero – e la virata sul territorio non può prescindere da un coinvolgimento degli enti locali in questo processo". La fase che potrebbe dare una sferzata decisiva è l'attuazione del federalismo fiscale: questo

prevede un rimodellamento dell'impostazione. Si è deciso per un modello top-down che terrà conto di tre fattori, esigenze della popolazione, rapporto qualità sistema e qualità offerta e, infine, fattore ambientale che considererà anche il fattore orografico".

Tra i dati più significativi

delle grandi differenze tra Regioni, Del Favero ha citato quelli relativi alla presenza di strutture extraospedaliere (RSA, centri di riabilitazione etc.): 60 mila in Lombardia, 28 mila in Veneto (in Friuli Venezia Giulia sono 10 mila i posti in RSA, 191 le Case di riposo, cui si aggiungono le strutture semiresidenziali e diurne), mentre la media nelle regioni del Sud va da 3 a 5 mila posti, rapportato con il numero di abitanti.

"Proprio per tali motivi - ha concluso Del Favero - il confronto tra Federsanità ANCI FVG e Veneto e le proposte che emergeranno risulterà molto utile anche per le altre Regioni". Di questi temi si parlerà anche in occasione dell'Assemblea nazionale di Federsanità ANCI, il 10 dicembre, a Roma.

DELEGAZIONE DI FEDERSANITÀ ANCI FVG ALL'ASSEMBLEA NAZIONALE DELL'ANCI, A PADOVA

## PATTO DELLA SALUTE E "FEDERALISMO SANITARIO": APPLICAZIONE E RICADUTE SUI COMUNI

"Le intese sul riordino delle politiche sanitarie sono frutto delle intese Stato-Regioni attivate dal 2001 e del Patto della Salute, con il passaggio dai costi storici ai costi standard, sono queste le novità che produrranno tale cambiamento". Lo ha dichiarato Angelo Lino Del Favero, presidente di Federsanità Anci nella sua relazione introduttiva nella giornata conclusiva della XXVII Assemblea annuale Anci, a Padova.

"I diversi accordi si pongono due obiettivi, riequilibrio economico e intesa sui macrolivelli di assistenza, ossia come muoversi sui territori, anche alla luce delle peculiarità locali".

Del Favero ha, inoltre, spiegato che: "il patto della salute prevede un fondo di anno in anno incrementale che preve-

de alcune novità importanti e prefigura una riduzione dei posti letto per acuti e uno sviluppo per i posti letto riabilitativi".

"È necessaria, pertanto, una riconversione del sistema che tenga conto anche delle differenze tra Regioni, attualmente, infatti, alcune spendono di più, ma presentano livelli di qualità più bassi rispetto a chi, invece, spende di meno e garantisce servizi e strutture di qualità".

Il presidente di Federsanità ANCI ha, poi, concluso: "La virata sul territorio non può prescindere dal coinvolgimento dei Comuni in questo processo, che è comunque già iniziato da un decennio con meccanismi di autoregolamento e strumenti, come i piani di rientro sanitari e sanzionatori, che hanno por-

tato al commissariamento di alcune Regioni".

La fase che potrebbe dare

una sferzata decisiva al processo è l'attuazione del federalismo fiscale.



Del Fabbro, Cortolezzis, Barzan, Del Favero, Naldoni, Di Girolamo, Chilli, Napoli e Varacalli.

# Le linee per la gestione del servizio sanitario regionale nel 2011

Nella seduta del 25 novembre, su proposta dell'assessore alla salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, Vladimir Kosic, la Giunta regionale ha approvato in via definitiva le "Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale nel 2011".

Rispetto al testo proposto in via preliminare, sono state apportate alcune modifiche in relazione alle esigenze via via emerse.

Le novità consentiranno agli Enti del servizio sanitario una più agevole attuazione delle prescrizioni previste tenuto conto delle esigenze del territorio, dei rapporti intercorrenti con i soggetti privati che operano per conto del Servizio sanitario regionale, dei rapporti in essere con lo Stato in relazione all'attuazione del progetto nazionale di ricetta elettronica ed in riferimento all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci.

Altre modifiche riguardano l'attività del Centro regionale Trapianti e le indicazioni a livello nazionale in merito alle politiche di prevenzione e cura delle dipendenze.

## LE PRINCIPALI NOVITÀ

Il documento indica, in 68 pagine, tutti i diversi importanti interventi volti a dare concretezza alle previsioni del Piano sanitario e socio-sanitario 2010-2012 che, approvato lo scorso mese di marzo, ha delineato un nuovo modello di "governace" del sistema, basato principalmente sulla centralità della persona, con servizi che si adeguano ai bisogni, e sulla ricerca di maggiore qualità e sicurezza e di una più proficua collaborazione ed integrazione tra professionisti e strutture.

A tal fine la parola d'ordine è riorganizzazione di servizi e apparati, specie se non a diretto impatto con i cittadini/utenti. "Vi saranno meno apparati burocratici, ma più medici ed infermieri nei reparti, opportunamente distribuiti sulla base dei volumi di lavoro e delle esigenze reali", illustra l'assessore Kosic. Non si parla di "tagli" alle prestazioni erogate, ma miglioramento di efficienza e razionalizzazione della spesa, con recupero di risorse, nel momento in cui esse sono più scarse, da reinvestire nei servizi. Non mancheranno un'accelerazione sul fronte delle iniziative di prevenzione, di integrazione socio-sanitaria e continuità assistenziale e un'attenzione particolare al contenimento dei tempi d'attesa.

Parallelamente le "Linee di gestione" indicano anche un nuovo metodo di finanziamento del sistema, che, superando le assegnazioni su base storica, evolva verso criteri di maggiore equità territoriale.

"Con il 2011 si cominciano a raccogliere i frutti della nuova strategia programmatica e pianificatoria in sanità" - ha commentato l'assessore - iniziata con gli indirizzi programmatici nel 2008, proseguita con il "Libro Verde" nel febbraio 2009 e coerentemente indicata nel Piano socio-sanitario 2010-2012".

## L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

Le "Linee di gestione 2011" prevedono nuove soluzioni organizzative che implicano, in particolare, l'eliminazione di doppioni.

Sarà, quindi, prevista la concentrazione per ciascuna "Area Vasta" delle funzioni di anatomia patologica, laboratorio di analisi, trasfusionale e farmacia. "Sono servizi

che non hanno nessun diretto impatto con il pubblico - precisa Kosic - in quanto al cittadino non può interessare dove è collocato il laboratorio in cui viene materialmente eseguita la refertazione, ma solo dove si sottopone, ad esempio, ad un prelievo del sangue: e su questo aspetto non sarà modificato nulla".

Per quanto riguarda, invece, le funzioni con degenza e le attività ambulatoriali, quindi a diretto impatto con l'utenza (Diabetologia, Nefrologia e Dialisi, Oculistica, Gastroenterologia, Dermatologia, Otorinolaringoiatria, Pneumologia, Urologia, Neurologia) "non cambierà proprio nulla, i reparti rimarranno quelli che sono e dove sono".

## AREE MATERNO-INFANTILI E PUNTI NASCITA

In Friuli Venezia Giulia nascono ogni anno circa 10.500 bambini, in 11 diversi punti nascita. Le indicazioni ministeriali fissano, per ragioni di sicurezza, qualità e numerosità, la soglia minima per il mantenimento dei soli punti nascita che presentino almeno 500 parti all'anno, soglia non raggiunta dall'ospedale di Gorizia. A tal scopo l'azienda n. 2 "Isontina" è tenuta a presentare, in sede di Pal 2011 la propria proposta sul nuovo assetto di offerta, contenente, altresì, le azioni previste e la loro temporizzazione nel periodo di vigenza del Piano (2011-2012). Sino all'assetto definitivo vanno pertanto ricercate le soluzioni organizzative finalizzate alla ricerca delle necessarie condizioni di sicurezza, sia a Gorizia che a Monfalcone. Per quanto riguarda i Punti nascita di Palmanova e Latisana, invece (circa 1.400 parti all'anno) ogni decisione si connette, oltre che alle citate linee di indirizzo Ministeriali, all'emanando Piano regionale materno-infantile. Resta fermo quanto stabilito dalla Giunta regionale con l'approvazione del PSSR 2010-2012 relativamente all'assunzione di specifiche professionalità che dovranno avvenire esclusivamente a tempo determinato sino alla decisione finale che verrà assunta dalla Giunta regionale.

## IL RIORDINO DEGLI OSPEDALI EX ART. 21

Le novità riguardano gli ospedali di Gemona, Cividale, Sacile e Maniago. Per Gemona sono previsti l'implementazione del week surgery, nell'ambito di una riorganizzazione dell'attività chirurgica nell'Alto Friuli, e di posti letto per postacuti. A Cividale proseguirà il riorientamento verso attività ambulatoriali e territoriali. Previsto, poi, il rafforzamento di Sacile quale polo della riabilitazione. Potenziamento anche a Maniago dell'attività territoriale, dell'RSA e dell'offerta come ospedale di comunità.

## I MEDICI DI FAMIGLIA

"Intendiamo rafforzare il ruolo dei medici di famiglia, aiutandoli finanziariamente ad assumere collaboratori di studio per sollevarli da compiti burocratici diretti", ha spiegato l'assessore, precisando che proprio attraverso i collaboratori il medico, oltre a fare le prescrizioni, potrà anche prenotare visite specialistiche ed esami, indirizzando i propri pazienti agli specialisti di fiducia.

## LA RIDUZIONE DEI TEMPI D'ATTESA

L'impegno è di rispondere sempre nei tempi dovuti, abbattendo le attese, pertanto, rispetto ad alcune prestazio-



## IL PARERE DELLA CONFERENZA PERMANENTE

# CHIESTI MAGGIORI COLLEGAMENTI TRA RAPPRESENTANTI DEI COMUNI E SCELTE DI "AREA VASTA"

ni che presentano caratteristiche di assoluta necessità ed urgenza, la cui erogazione presenta criticità, verrà avviata una sperimentazione per consentire al cittadino di rivolgersi a strutture private e vedersi riconosciuto il rimborso della prestazione stessa.

### I MECCANISMI DI FINANZIAMENTO

"Sarà superato il meccanismo di finanziamento riferito alla spesa storica, che non può garantire l'equità territoriale". Al riguardo Kotic ha ricordato che "nel 2011 le risorse complessive a favore delle Aziende saranno invariate rispetto all'anno in corso, precisando che dal prossimo anno i finanziamenti saranno assegnati per Area Vasta, con un riequilibrio verso quelle Udinese e Pordenonese che si completerà nell'arco di un decennio. Già nel 2011 ad esse saranno assegnati 4,6 milioni in più. I vantaggi del nuovo modello consistono nel "favorire i processi di integrazione gestionale ed organizzativa tra Aziende e il mantenimento di tutti i servizi a favore dei cittadini".

### GLI IRCCS

Il finanziamento assegnato al Burlo Garofolo di Trieste e al CRO di Aviano dovrà essere in ogni caso tale da garantire la conservazione nel tempo delle peculiarità e dei requisiti previsti per il mantenimento del loro riconoscimento quali Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, ferma restando, inoltre, la loro piena autonomia per le funzioni speciali, legate al modello 'hub and spoke'.

### ALTRI IMPEGNI

Sempre nel corso del 2011, come indicato dal Piano socio-sanitario, **la Regione sarà chiamata ad avviare la revisione di importanti atti pianificatori**, quali il **Piano oncologico** (un percorso peraltro già iniziato), il **Piano dell'emergenza** (che prevede una centrale unica del 118 a Palmanova, presso la Protezione civile, dall'1 gennaio 2012), e **quelli materno-infantile, della riabilitazione e della prevenzione**.

### UN'OPERAZIONE VIRTUOSA

Un'operazione virtuosa, che permetterà di accrescere qualità e sicurezza, di garantire maggiore sostenibilità al sistema sanitario regionale e che, riorganizzando i servizi e facendo emergere le criticità, riuscirà a dare più risposte ai bisogni e a prendersi cura in modo migliore di categorie che oggi sono "scoperte", migliaia di anziani non trattati in modo del tutto adeguato, persone con patologie croniche, o pluripatologie.



Assessore Kotic e componenti Conferenza permanente nel Municipio di Codroipo

Le linee sono state approvate dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria regionale nella seduta del 22 novembre con sette voti a favore, sei astensioni (Trieste, Gorizia, Muggia, Cervignano, Codroipo e San Daniele) e un voto contrario (Monfalcone).

L'astensione di Trieste è stata motivata dall'assessore Carlo Grilli come valutazione sul metodo più che sul merito: «Siamo di fronte a un cambiamento epocale – ha motivato l'assessore alle politiche sociali di Trieste –. Se la Regione vuole arrivare a una nuova modalità d'intervento lo deve fare con il coinvolgimento degli enti locali sin dalla stesura del documento».

Analoghe richieste erano pervenute dal presidente della Conferenza, Vittorino Boem e dagli altri amministratori. Tema centrale è il ruolo dei rappresentanti dei Comuni nel rappresentati dei Comuni nell'ambito dell' Area vasta.

Al riguardo, diversamente dalle Conferenze e Assemblee dei Sindaci nelle ASS, per le Aree vaste non sono attualmente previsti strumenti formali di collegamento tra le scelte di carattere tecnico scientifico e i referenti delle comunità locali. Pertanto, l'assessore Kotic ha dato indicazioni ai direttori generali di coinvolgere informalmente i sindaci nelle decisioni dell'area vasta e per il 2011 sta pensando ad un adeguamento delle normative.

Da parte dei rappresentanti dell'area isontina, gli assessori Romano e Morsolin, è stato manifestato il timore per gli Ambiti che ricadono all'interno delle aziende più piccole che le grandi aziende prendano il sopravvento penalizzando i territori con minor peso in sede di redazione dei piani e, quindi, di allocazione delle risorse. Gorizia, invece, teme che la fuga dei pazienti verso l'area vasta Udinese incida pesantemente sulle casse dell'area giuliano-isontina.

Kotic ha spiegato che non sarebbe equo non tener conto di questi dati e il vicedirettore Temporale ha evidenziato che la compensazione avverrà solo per differenza (ovvero in base al saldo tra fughe e attrazioni tra aree).

Kotic che ha risposto a tutte le richieste dei Comuni, ha spiegato che i piani di area vasta saranno esaminati dalla direzione centrale nel mese di dicembre. Tra il 20 e 22 dicembre si terranno le giornate dedicate alla negoziazione, una per area. Il 6 dicembre l'assessore ha illustrato alla conferenza permanente i capitoli della finanziaria relativi alla sanità e al socio-sanitario. **Di questi temi si parlerà in occasione del direttivo di Federsanità il 23 dicembre.**

# Mobilità in sicurezza: Riccardi, 2010-11 bandi per 4,2 mln di euro

"Tra la fine del 2010 e gennaio del prossimo anno la Regione finanzia con 4 milioni e 200 mila euro bandi per iniziative di sicurezza stradale a beneficio degli enti locali per proseguire la fruttuosa e importante campagna di prevenzione dell'incidentalità e la diffusione della mobilità sostenibile". Lo ha annunciato l'assessore regionale alle infrastrutture, mobilità, pianificazione territoriale e lavori pubblici, Riccardo Riccardi, nel corso del convegno "Sicurezza e salute vanno a scuola a piedi: riflessioni per una mobilità sostenibile in Friuli Venezia Giulia", nell'Auditorium della Regione a Udine.

"Oggi grazie al lavoro intrapreso siamo già in grado di registrare rispetto agli obiettivi intermedi significativi segnali di miglioramento - ha evidenziato Riccardi - il calo degli incidenti è del 5 per cento nel 2008 rispetto al 2007, mentre la riduzione dei casi di mortalità dovuti a incidenti stradali è dell'11 per cento. Anche rispetto al dato nazionale in Friuli Venezia Giulia - ha aggiunto - dal 2008 si registra una più marcata controtendenza all'incidentalità". Per il 75 per cento dei casi gli incidenti sono ancora localizzati nei centri urbani: di qui l'importanza di progetti come "Pedibus" o quello di messa in sicurezza delle aree scolastiche in ambito urbano e dei percorsi casa-scuola nei comuni di Udine, Cormons e Sacile" illustrati nel corso del convegno.

Entro la fine dell'anno, dunque, saranno banditi subito i 2 milioni di euro previsti dal piano regionale della sicurezza stradale, mentre entro gennaio 2011 saranno pronti i restanti 2 milioni e 200 mila euro previsti dal Piano nazionale. Si tratta di una scelta fondata sull'importanza della tematica e confortata anche dai positivi riscontri delle esperienze di educazione, sensibilizzazione e degli interventi strutturali finora messi in campo con la massima collaborazione di tut-

ti gli enti locali.

A tale proposito di particolare impatto sono state le testimonianze rese nel corso del convegno dai Comuni di Monfalcone (relazione del vicesindaco, Silvia Altran) e Casarsa della Delizia (intervento dell'assessore alle politiche sociali, Franco Canzian) che hanno dato conto - assieme alla rete regionale "Città sane" - OMS (relazione di Gianna Zamaro) e al terzo circolo didattico di Udine (relazione di Margherita Garro) - della competenza e dell'appassionato impegno progettuale che animano molte realtà scolastiche e comunali.

Complessivamente sono stati 20 i Comuni che, tramite l'opera di sensibilizzazione di Federsanità ANCI FVG, hanno aderito all'iniziativa. Dal 2008 ad oggi tutti gli interventi promossi con fondi statali e regionali per il tema della sicurezza

stradale ammontano ad un totale di 5 milioni e 500 mila euro, l'assessore Riccardi ha poi posto l'accento sull'importanza dell'inserimento nell'impiego didattico dell'attività di prevenzione, concertata con l'ufficio scolastico regionale, per dare un approccio sistemico alla materia e coinvolgere tutti i gradi dell'istruzione pubblica. Da parte sua il presidente di Federsanità ANCI FVG, Giuseppe Napoli, ha richiamato i progetti multisettoriali avviati insieme alla direzione centrale salute, Area prevenzione e promozione salute, in particolare su pianificazione urbanistica e territoriale come strumento di promozione della salute e ristorazione scolastica collettiva e per la prevenzione degli incidenti, stradali, domestici e sul lavoro

Molto articolati sono stati gli interventi del convegno, or-

ganizzato dalla direzione regionale Mobilità, per la quale è intervenuta Iliana Gobbino, in collaborazione con la direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, relatrice Clara Pinna. Oltre all'illustrazione a cura di Gianna Zamaro per la Rete regionale "Città Sane" - O.M.S. del "Progetto pilota della messa in sicurezza delle aree scolastiche in ambito urbano e dei percorsi casa-scuola nei comuni di Udine, Sacile e Cormons", promosso e finanziato dalla Regione FVG, sono intervenuti Gabriele Cragnolini per Italia Nostra, e il Comitato Genitori S. Vito al Tagliamento.

Gli argomenti sono stati poi approfonditi nella tavola rotonda alla quale ha partecipato anche Furio Honsell, presidente della Rete regionale "Città Sane" - O.M.S e sindaco di Udine.

## CONFERENZA REGIONALE SUI PROBLEMI ALCOLCORRELATI

Si è tenuta presso l'Auditorium della Regione, a Udine (il 14 dicembre) la "Conferenza regionale sui problemi alcolcorrelati. In occasione dell'iniziativa, promossa dalla direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali della Regione, in collaborazione con Federsanità ANCI FVG e ASS n. 4 Medio Friuli, è stato presentato il Rapporto sui problemi alcolcorrelati 2005 - 2008, realizzato dagli stessi promotori.

**"La vastità dei problemi alcolcorrelati è sotto gli occhi di tutti, veicolata quotidianamente dalla stampa e dai media, ed è tale da non risparmiare alcuna età della vita ed alcun ambito dell'esistenza. Basti pensare alla guida in stato di ebbrezza, ai rapporti nefasti tra uso di alcol ed ambiente di lavoro, al bere giovanile sempre più precoce e sempre più lontano dalle tradizioni alimentari della nostra regione e dell'Italia".** Si legge nella presentazione dell'assessore Vladimir Kosic. Oggi si beve anche per sballare, usando l'alcol come le altre droghe alle quali spesso si associa, in un mix devastante e spesso mortale non solo per gli effetti farmacologici che produce, ma anche per gli incidenti della strada collegati a questi comportamenti. La mortalità è ancora troppo elevata in regione per le patologie alcolcorrelate, attestandosi con variazioni poco significative negli ultimi anni, appena sotto i mille morti all'anno. La diffusione dei problemi alcolcorrelati impone, quindi, una riflessione a partire da tutte le componenti della società civile, dalla scuola, agli enti locali, alle associazioni, al mondo del lavoro, alle forze dell'ordine, a quello naturalmente della salute e della sanità. Un accenno va fatto anche alla famiglia, luogo privilegiato degli affetti e delle "cure", chiamata ad educare i figli a stili di vita positivi ed alla legalità dei propri comportamenti, oltre che ai valori, e ad una cittadinanza responsabile. Si sente il bisogno che tutte queste componenti, dalle più piccole e radicate sui territori a quelle politiche ed istituzionali, si assumano sempre di più i compiti e le responsabilità che ad esse competono. Si tratta infatti non solo e non tanto di sviluppare azioni di tipo sociale o sanitario, ma di modificare radicalmente una cultura, troppo poco attenta e spesso colpevolmente permissiva nei confronti dell'alcol.

Sul tema e molteplici aspetti correlati sono intervenuti i principali esperti nazionali e regionali insieme ai rappresentanti delle associazioni.

# Menù locale a scuola e sviluppo sostenibile

Nel variegato programma di eventi, conferenze, convegni e manifestazioni, promosse dalle diverse direzioni regionali (salute, trasporti e ambiente), in collaborazione con ARPA, Larea, Federsanità ANCI FVG e altri soggetti (Università, MIB, Comuni, etc.), in occasione dell'edizione 2010 della Settimana UNESCO di Educazione allo Sviluppo Sostenibile, giovedì 11 novembre è stato presentato "il menù locale a scuola". L'iniziativa si è tenuta presso i numerosi istituti scolastici regionali dotati di servizio di ristorazione gestiti dai Comuni di: Azzano Decimo, Basiliano, Camporotondo, Codroipo, Duino Aurisina, Gorizia, Gradisca, Lestizza, Majano, Poceña, Pordenone, Remanzacco, Sacile, Tavagnacco, Tolmezzo, Tricesimo, Trieste e Udine.

Questa proposta, curata dalla dott.ssa Chiara Tunini e dal dott. Giulio Barocco, dell'area prevenzione e promozione salute della direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali, ha costituito una tappa di un più ampio programma di collaborazione tra la direzione centrale salute, Federsanità ANCI FVG ed altre istituzioni con l'obiettivo di migliorare il sistema di approvvigionamento delle mense scolastiche regionali. Il "ristorante scuola" è un luogo unico dove educare e promuovere salute, costruire il futuro e investire nel benessere di domani.

L'educazione alimentare, come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è un'insieme di azioni che sono correlate intimamente tra loro per il mantenimento della salute della comunità, del suo territorio e del cibo da esso ottenuto.

L'applicazione di corrette abitudini alimentari secondo questi principi, nel contesto delle collettività scolastiche, è importante per iniziare un percorso di salute complessiva che ci coinvolge tutti e in ogni età. Le produzioni agro alimentari locali, quando pianificate in un sistema di approvvigionamen-



to "dalla fattoria alla scuola"; coniugano un valore aggiunto insostituibile, creato dalla sinergia di una vasta gamma di fattori vitali presenti su orizzonti e prospettive anche molto diverse tra loro.

Il panorama di questi paesaggi di benessere è rappresentato da una maggiore garanzia di sicurezza alimentare, dalla freschezza garantita che si associa

a un bagaglio organolettico e nutrizionale integro, dalla riduzione delle emissioni inquinanti. A queste considerazioni di base è giusto aggiungere altri elementi come la comunicazione di saperi, di identità e di tradizioni, la ricostruzione del percorso locale del cibo ed il rafforzamento della comunità in un benessere complessivo, l'equità nell'uso delle risorse e l'accesso al cibo di elevati valori. La consapevolezza di questi fondamenti, racchiusi nell'alta qualità del cibo scelto per le scuole, contribuisce a sviluppare la cultura e la coscienza alimentare di tutti noi e ci permette successivamente, attraverso le considerazioni irrinunciabili sulla sviluppo sostenibile, di ripartire e di individuare nuovi percorsi. Percorsi che promuovono un sistema alimentare e un ambiente sani, giusti, equi, vicini a chi di quel cibo si nutre. Il "menù locale" proposto nelle scuole regionali, preparato con

prodotti provenienti dai nostri territori, rappresenta un'occasione per iniziare un nuovo approccio che tenga conto del benessere delle persone, della salute dell'ambiente, della bellezza del paesaggio, dell'economia dei luoghi, di un rapporto diretto e di fiducia tra produttori locali e bambini.

La promozione di un sistema alimentare scolastico sostenibile è l'esempio da dove partire per dare coerenza a qualsiasi iniziativa di educazione alimentare e mantenere la salute nell'ambiente dove viviamo.

**Con tali finalità Federsanità ANCI FVG, insieme alle direzioni centrali salute e risorse agricole, sta portando avanti un progetto che ha coinvolto i responsabili della ristorazione scolastica di una decina di Comuni del Friuli Venezia Giulia che stanno definendo un bando-tipo da proporre a tutti i 218 Comuni della regione.**

## INFERMIERE DI COMUNITÀ: PREMIO AL PROGETTO DELL'ASS DELLA BASSA FRIULANA

L'Azienda sanitaria n. 5 della Bassa Friulana con il progetto "Infermiere di comunità" ha vinto un riconoscimento nazionale per il miglior progetto d'integrazione dei servizi distrettuali. L'11 novembre a Roma si è tenuta la cerimonia ufficiale che ha premiato 10 progetti d'eccellenza di tutti i distretti italiani, su 60 domande accettate dalla commissione esaminatrice, composta dal Ministero della sanità e dall'università Bocconi di Milano. Questa figura ha assunto una crescente importanza per la comunità, in rapporto con le nuove esigenze della popolazione (invecchiamento, non autosufficienza, patologie cronico degenerative, etc.) – illustra il direttore generale, Paolo Bordon.

Il premio riguarda tutto il Friuli Venezia Giulia perché rappresenta un modello che potrebbe essere esportato e copiato dagli altri distretti italiani.

L'infermiere di comunità è una figura professionale che si occupa di visite a domicilio e in ambulatorio, in quasi 30 comuni della Bassa friulana. Il progetto, partito nel 2000, è particolarmente innovativo perché contribuisce a ridurre il numero di ricoveri ospedalieri e

consente a una persona del luogo di diventare il punto di riferimento per la comunità. L'azienda sanitaria Bassa friulana ha il più elevato tasso di copertura dell'assistenza della regione, con il 15% della popolazione ultrasessantacinquenne.

Ogni infermiere ha un bacino di utenti compreso tra 3 e 4 mila e 500 abitanti e agisce sul fronte domiciliare, ambulatoriale e sociale, affiancandosi in quest'ultimo caso ai servizi sociali.

«Da quando è nato il servizio – dichiara il direttore generale, Paolo Bordon – si è registrato un incremento del numero di accessi all'infermiere di comunità pari al 194%, accompagnato da una notevole riduzione dei ricoveri ospedalieri, tra i più bassi della regione, con 139 ricoveri per ogni mille abitanti».

Il progetto, partito da Muzzana, riguarda ora 28 piccoli Comuni che a breve diventeranno 30. «Si tratta di un'iniziativa che concretizza l'integrazione socio-sanitaria e garantisce la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio, temi ed esperienze di prioritario interesse a livello nazionale anche per Federsanità ANCI (pagg. 28 e 29).»



# Salute e agricoltura: sinergie per la qualità della ristorazione scolastica

Si è tenuta il 23 novembre, presso la sede della direzione centrale risorse rurali, agroalimentari e forestali, a Udine, una riunione operativa per procedere con l'attuazione dei protocolli sulla qualità della ristorazione scolastica definiti tra direzioni centrali salute e risorse rurali, nonché tra la direzione salute, Federsanità e ANCI FVG.

Insieme ai direttori centrali, Luca Bulfone (risorse rurali, agroalimentari e forestali) e Roberto Ferri (area prevenzione e promozione salute), accompagnato da Manlio Palei, dirigente servizio sicurezza alimentare, igiene della nutrizione e sanità pubblica veterinaria e Giulio Barocco, esperto di ristorazione per area prevenzione, hanno partecipato all'incontro: per Federsanità ANCI FVG, il presidente Giuseppe Napoli e il segretario, Tiziana Del Fabbro, per l'ufficio scolastico regionale, Gianmario Digianantonio, per Ente regionale sviluppo agricolo, Sonia Venerus, per Legacoopfv, Gaetano Zanutti e rappresentanti di produttori e distributori.

Al centro dei lavori il comune impegno per individuare i migliori strumenti per favorire l'utilizzo dei prodotti locali presso le mense scolastiche, a partire da una adeguata conoscenza del mondo della produzione e della distribuzione, da raccordare con le richieste dei Comuni per una sempre maggiore qualità della ristorazione scolastica, formalizzate nei capitolati di appalto. A tal fine le due direzioni regionali, insieme a Federsanità ANCI FVG intendono svolgere il ruolo di collegamento tra le diverse esigenze tese ad assicurare sempre maggiori garanzie di qualità e salute e, indirettamente, anche a promuovere lo sviluppo locale.

Tra i temi affrontati la predisposizione di linee guida per i Comuni, con il supporto degli esperti. Al riguardo il presidente Napoli ha ricordato che alcune significative esperienze sono già in atto a dimostrazio-



ne della crescente sensibilità dei Comuni. Per tali motivi nel rispetto dell'autonomia dei Comuni saranno possibili anche accordi sovracomunali. Quindi, Napoli ha sintetizzato il lavoro svolto da giugno dalla rete dei responsabili della ristorazione scolastica di otto Comuni di maggiori dimensioni (i quattro capoluoghi insieme a Monfal-

cone, Sacile, Codroipo e Tolmezzo), che ha ringraziato per il loro impegno a scambiarsi informazioni ed esperienze e che entro breve, condivideranno un capitolato-tipo che, dopo adeguate verifiche, sarà diffuso a tutti i 218 Comuni. Da parte sua il direttore Ferri ha ricordato come gli studenti e i giovani in generale possano

diventare "testimonial" della corretta educazione alimentare (e quindi prevenire il rischio crescente di obesità) presso le loro famiglie. Sono questi obiettivi per i quali tutte le aziende sanitarie sono già al lavoro, insieme a Comuni e alle scuole, a partire dalla definizione dei menù giornalieri. Risultati che, come ha ricordato il dirigente scolastico, Di Gianantonio, saranno più facili e duraturi con il coinvolgimento preventivo delle famiglie e delle loro associazioni, nonché tramite adeguate iniziative di informazione e formazione.

Su questi temi il direttore Bulfone ha manifestato ampia disponibilità della direzione risorse agricole a procedere, sul territorio, con iniziative sempre più concrete e sinergiche di notevole vantaggio per tutti i cittadini, studenti, famiglie e produttori.

## PRESENTATO, A MONFALCONE, IL PROGETTO DI AUTORECUPERO ASSISTITO

### La casa fatta in casa

È stato presentato il 6 novembre, presso la biblioteca comunale di Monfalcone, il progetto di autorecupero assistito di un immobile. Il convegno "La casa fatta in casa", promosso dal Comune in collaborazione con le cooperative Kallipolis e Lybra, con il patrocinio di Federsanità e ANCI FVG dell'ATER, della provincia di Gorizia e della Fondazione CARIGO, ha costituito l'occasione per lanciare il bando di selezione per i nuclei familiari che vorranno partecipare all'iniziativa. Il progetto di autorecupero assistito, primo del genere in regione, può fornire una risposta complementare, e quindi importante, a quelle garantite dall'Ater e dai contributi "taglia-affitti", come ha sottolineato l'assessore alle Politiche sociali Cristiana Morsolin, che, con il sostegno del sindaco Gianfranco Piz-

zolitto, da due anni è impegnata nel progetto. «In questo modo, oltre a creare un altro canale per l'accesso alla casa, si riesce a recuperare parte del patrimonio edilizio pubblico senza consumare altre aree, costruendo, invece, un piccolo nucleo solidale che lavora per un obiettivo comune».

Partner tecnico del Comune è l'associazione Kallipolis, di Trieste, per la quale l'architetto Dario Piattelli ha illustrato che gli autorecuperatori conoscono quale sarà il loro alloggio solo quando è stato realizzato l'80% dell'intervento. La tensione abitativa esistente a Monfalcone e nei centri limitrofi è particolarmente elevata, come dimostrano dati dello "Sportello Casa" del Comune, con una media di 110 utenti all'anno (come a Trieste). Fino al 31 ottobre gli utenti

sono stati 71 e 41 i microprestiti erogati per consentire di pagare le tre mensilità anticipate di affitto richieste alla stipula del contratto di locazione. Particolare interesse è stato espresso anche dal rappresentante dell'ATER di Gorizia che appoggia l'iniziativa del Comune di Monfalcone, come ha evidenziato il vicepresidente Sergio Pacor, con la finalità di rimettere in circolo alloggi oggi vuoti, situazione che crea insicurezza e degrado. Al convegno sono, inoltre, intervenuti anche la vicesindaco Silvia Altran, l'assessore provinciale all'Ambiente Mara Cernic e per la Fondazione Carigo Franco Bratina, che ha confermato il supporto al progetto.

Ulteriori informazioni sul sito internet [www.autorecupero.atervista.org](http://www.autorecupero.atervista.org)

# Sicurezza sul lavoro e qualità degli appalti pubblici



Federsanità ANCI FVG, a seguito dell'esperienza triennale di coordinamento del Forum permanente "Lavoro: qualità e sicurezza" (insieme ad ANCI FVG, UPFVG, CGIL, CISL e UIL FVG), partecipa in qualità di partner al **piano di attività per la promozione della cultura e delle azioni di prevenzione della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro**, rivolto a specifici target di soggetti, tra cui il personale che opera nel settore degli appalti nelle amministrazioni pubbliche. Il piano è promosso dalla Regione in attuazione del programma straordinario di formazione alla sicurezza (accordo tra il Governo, le Re-

gioni e le Province Autonome di Trento di Bolzano, stipulato ai sensi dell'art. 11, comma 7 D.Lgs n. 81/2008), tramite iniziativa congiunta degli assessorati alla salute, lavoro e formazione.

*"L'obiettivo - si legge nella presentazione dei tre assessori - si propone di sensibilizzare il personale di Comuni, Province e Regione al tema della sicurezza sui luoghi di lavoro e, in particolare proporre nuovi strumenti e buone pratiche che consentano di produrre capitolati di appalto in grado di concorrere alla riduzione degli infortuni e del lavoro irregolare, fenomeni che, in questo ambito, ancor oggi si manife-*

*stano sul territorio regionale".* L'iniziativa è realizzata dal raggruppamento di organismi formativi (associazione temporanea d'impresa) accreditati che vede come capofila l'IRES di Udine e come componenti l'ARSAP di Pordenone, il Comitato regionale dell'ENFAP del Friuli Venezia Giulia e il ForSer FVG- Formazione e servizi per la pubblica amministrazione.

Il corso si articolerà in seminari della durata di 4 ore e corsi per complessive 28 ore, le azioni previste riguarderanno: "Criticità nella gestione della sicurezza di appalti e subappalti", "Responsabilità nella gestione degli appalti pubblici secondo

il D.Lgs 81/2008", "Garantire la sicurezza nelle gare di appalto dei settori dei servizi, e delle opere pubbliche".

In considerazione dell'importanza dell'iniziativa tutti i Comuni e le Province sono invitati a indicare i loro referenti che operano nel settore degli appalti nell'ottica di contribuire alla diffusione della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro attraverso la conoscenza di nuovi strumenti e buone pratiche.

**Per approfondimenti e iscrizioni alle attività rivolgersi a: dott.ssa Marina De Tina - IRES FVG**  
e-mail: [detina.m@iresfvg.org](mailto:detina.m@iresfvg.org)  
Tel. 0432 415407; 0432 513363

GRANDE INTERESSE, A PORDENONE, PER IL CONVEGNO PROMOSSO DA INAIL, ASS 6, FEDERSANITA', PROVINCIA E INDUSTRIALI E ARTIGIANI

## GLI INFORTUNI DA CADUTE DALL'ALTO: IL "FASCICOLO DELL'OPERA"

A cura dott. CARLO VENTURINI,  
Area Ambienti di Lavoro  
Azienda per i Servizi Sanitari  
n. 6 "Friuli Occidentale"

Gli infortuni legati alla caduta dall'alto rappresentano una delle principali cause di infortunio grave o mortale, nella maggioranza dei casi l'infortunio avviene, non a seguito di una fatalità ma, per la mancata osservanza di una, o più, misure di sicurezza. I dati europei e nazionali confermano tali evidenze.

Sulla base dei dati raccolti dal Sistema di sorveglianza degli infortuni mortali, nato dalla collaborazione dell'INAIL, dell'ISPESL e delle Regioni attraverso l'apporto dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di lavoro delle Aziende sanitarie, nel quadriennio 2005-2008, i lavori di costruzione di edifici, di ingegneria civile, manutenzione e di posa in opera delle coperture rappresentano quasi il 50% degli infortuni mortali del quadriennio 2005-2008. Questa tipologia d'infortuni contribuisce in modo rilevan-

te anche all'accadimento di infortuni con lesioni gravi e permanenti.

Le attività di manutenzione, in vari comparti, contribuiscono in modo rilevante a tale tipologia d'infortuni. I casi mortali per cadute dall'alto, o in profondità, dell'infortunato rappresentano il 33,6% della totalità degli infortuni mortali. Nel settore delle costruzioni ogni quattro infortuni mortali uno è dovuto alla caduta di persone dall'alto (24,4% con un'incidenza superiore a quella degli altri settori).

In Friuli Venezia Giulia, grazie alla collaborazione tra le sei aziende sanitarie, è stata sviluppata un'analisi su 45 infortuni mortali accaduti nel quadriennio 2005-2008 da cui sono stati esclusi gli infortuni "in itinere" e gli infortuni accaduti alla guida di automezzi, o sulla strada, per motivi riconducibili ad incidente stradale. I dati hanno permesso di evidenziare che gli infortuni mortali avvenuti nel quadriennio 2005-2008 in FVG sono accaduti per il 49% per cadute dall'alto durante

le attività di costruzione e manutenzione degli edifici. Quali sono gli interventi possibili per limitare al massimo tali eventi?

Sono stati questi i temi al centro del convegno promosso per martedì 14 dicembre, presso la sede della Provincia di Pordenone, da INAIL FVG, ASS n. 6 Friuli Occidentale Co.Co.Pro., con il patrocinio della Provincia di Pordenone, Federsanità ANCI FVG, ESMEPS, Ente scuola edile di Pordenone, partner: Unione Industriali, Unione Artigiani Pordenone CONFARTIGIANATO, CNA, ANCE, CGIL CISL UIL, Coordinamento Permanente dell'Ordine e dei Collegi delle Professioni Tecniche della Provincia di PN, Comune di Pordenone, Azienda Territoriale per l'Edilizia residenziale della Provincia di Pordenone.

L'obiettivo era quello di sensibilizzare i professionisti, committenti, stazioni appaltanti e gli altri operatori del comparto edile sul significato e le importanti conseguenze che una corretta compilazione del fascicolo dell'opera

ex art. 91 del D.Lgs 81/08 e la realizzazione di quanto in esso previsto, ha per la prevenzione degli infortuni sul lavoro nelle successive attività di manutenzione. Hanno partecipato al convegno i professionisti che svolgono il ruolo di coordinatore per la progettazione, committenti e stazioni appaltanti, i datori di lavoro del comparto edile, i datori di lavoro delle attività di manutenzione di edifici ad uso residenziale e produttivo, commerciale o di servizio.

Gli interventi hanno affrontato, operativamente, i seguenti temi: il "fascicolo dell'opera", anche tramite recenti esperienze realizzate nella provincia di Pordenone, "Progettare la sicurezza: ruolo e responsabilità del progettista", "L'esperienza del progettista nella progettazione e nella manutenzione di edilizia pubblica", "Analisi e possibili soluzioni migliorative in fase di progettazione nella prevenzione delle cadute dall'alto". Ha concluso i lavori il presidente di Federsanità ANCI FVG, Giuseppe Napoli.



## Novità per gli amministratori di sostegno

Oltre un centinaio di persone, tra amministratori locali, magistrati, avvocati, operatori socio-sanitari e rappresentanti di famiglie e associazioni, hanno partecipato a Gradisca d'Isonzo (GO) alla tavola rotonda "L'amministratore di sostegno. Opportunità, vincoli ed esperienze", organizzata da Consorzio Isontino Servizi Integrati - C.I.S.I., in collaborazione con Federsanità A.N.C.I. del Friuli Venezia Giulia e con il patrocinio della Provincia di Gorizia. Al centro dei lavori la Legge 6/2004 "Interventi per la promozione e la diffusione dell'Amministratore di Sostegno a tutela dei soggetti deboli" che ha introdotto importanti novità nell'ambito della tutela giuridica delle persone disabili, configurandosi come strumento flessibile, dinamico, capace d'integrare in modo coerente il progetto di vita a favore delle persone.

Tema di particolare attualità nella nostra Regione, come dimostrato anche dall'approvazione unanime della L.R. n. 19 del 16 novembre 2010, illustrata dallo stesso promotore, il consigliere regionale, Piero Camber.

Nei suoi saluti il presidente del CISI, Renato Mucchiut, ha ricordato che la legge n. 6/04, che ha introdotto l'amministrazione di sostegno, è da considerarsi una riforma rilevante per la tutela delle persone deboli per le quali è necessario che si creino nuove reti di collaborazione al fine di cogliere l'opportunità che la legge offre. Sono quindi intervenuti l'assessore alle politiche sociali del Comune di Gradisca d'Isonzo, Giuseppe Latella, il presidente della Consulta delle Associazioni dei disabili, Mario Brancati.

Quindi è toccato al direttore generale del CISI, Annamaria Orlando illustrare i perché di un provvedimento tanto atteso dalle famiglie e dai diversi soggetti coinvolti. Infatti la figura dell'amministratore di sostegno permette di attivare



Mucchiut, Napoli e Camber.



Un relatore, Carlo Beraldo e parte del pubblico.

la tutela con la minore limitazione possibile delle capacità di agire della persona e, pertanto, di coordinarsi al meglio con gli obiettivi di cura e di recupero delineati dai servizi con la partecipazione attiva e consapevole della persona.

Nel corso dell'intenso pomeriggio di lavori sono intervenuti giudici tutelari, avvocati, amministratori locali e responsabili dei servizi che hanno illustrato le diverse esperienze in atto evidenziando, tra l'altro, le richieste, in vista dell'imminente provvedimento attuativo della legge regionale. Sono sempre più numerose, infatti, le persone, per lo più anziani in difficoltà, che si avvalgono dell'amministratore di sostegno, per sopperire alle numerose incombenze che il vivere quotidiano richiede (es. pagare il canone della televisione, sottoscrivere il modulo per la privacy, fare qualunque atto

burocratico, di recente anche l'adesione al contributo per abbattimento retta delle case di riposo, etc.). La legge prevede che l'amministratore di sostegno si sostituisca alla persona con difficoltà, sotto il controllo del giudice tutelare, il quale annualmente verifica come viene esercitato l'incarico". Al Cisi di Gradisca i qualificati relatori hanno evidenziato che le modifiche sociali intervenute (es. famiglie mononucleari) hanno richiesto intervento di soggetti, quali alcune associazioni di volontariato i cui soci si rendono disponibili ad assumere l'incarico di amministratore.

Nel corso della tavola rotonda sono state portate le esperienze dei giudici tutelari di Gorizia, Cividale, Pordenone. In particolare, i giudici tutelari del Tribunale di Gorizia, Luca Marani e Barbara Gallo, hanno evidenziato gli aspetti processuali e i relati-

vi aspetti procedurali e quelli inerenti alla gestione dell'amministrazione di sostegno. Raffaella Gigantesco, del Tribunale di Udine, sezione distaccata di Cividale del Friuli ed Enrico Manzon, giudice tutelare del Tribunale di Pordenone, che, con diversi accenti, hanno, quindi, richiamato le esperienze in atto di sinergie tra istituzioni, servizi e associazioni a partire dall'attivazione degli sportelli (es. San Vito al Tagliamento, Spilimbergo e Cividale) previsti dalla "Legge Camber" e dell'informazione e formazione dei soggetti interessati (albi).

Per i Comuni, in rappresentanza di Federsanità ANCI FVG, sono intervenuti il sindaco di Sacile, Roberto Ceraolo e l'assessore alle politiche sociali del Comune di Monfalcone, Cristiana Morsoolin, che hanno concordato sul ruolo di coordinamento che spetta ai Comuni, quale istituzione più vicina ai cittadini, in forma associata, tramite gli Ambiti socio-sanitari. Si rivela quindi necessaria la semplificazione delle procedure e l'attuazione flessibile dei provvedimenti che tenga conto delle peculiarità sociali e demografiche, nonché delle dimensioni degli Enti locali e miri ad incentivare la figura dell'amministratore di sostegno, ad esempio tramite assicurazioni per la responsabilità e permessi lavorativi quando sia necessario. Presenti in sala, tra gli altri, l'assessore di Gorizia, Silvana Romano, il sindaco di Precenico, Massimo Occhilupo.

Le proposte avanzate verranno considerate nella stesura del regolamento come ha illustrato Gianpaolo Gaspari, direttore del servizio sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali.

"Come legislatori - ha dichiarato il consigliere Piero Camber - abbiamo ritenuto >

# Come riconoscere tempestivamente la demenza di Alzheimer e le altre demenze

A cura di FERDINANDO SCHIAVO, neurologo

*Le demenze sono condizioni altamente invalidanti e rappresentano una reale emergenza per i sistemi sanitari e una sfida all'organizzazione sanitaria moderna che per il momento non prevede valide proposte alternative per i malati cronici, in particolare per i dementi (in Italia, secondo quanto emerge dall'indagine Censis (2008), il costo medio annuo per paziente è stato calcolato in circa 60mila euro l'anno tra costi diretti (25%) e costi indiretti (75,6%): questi ultimi a carico di 8 famiglie su 10). Si tratta di una malattia in rapida diffusione, contro la quale si può fare molto, se presa per tempo, anche se non si può guarire. Fondamentale è riconoscerla, perché se si riesce a scoprirla per tempo, con cure opportune, è possibile rallentarne gli effetti. Per approfondire questo tema proponiamo di seguito l'articolo del dott. Ferdinando Schiavo, neurologo, consigliere dell'Associazione Alzheimer Udine.*

## Il ruolo dell'informazione

Le demenze, e la malattia di Alzheimer, in particolare, rappresentano un'emergenza ed una priorità per la salute pubblica per numerose ragioni: perché sono frequenti e perché tendono ad aumentare progressivamente con l'invecchiamento della popolazione: circa 150.000 nuovi casi l'anno in Italia, ma è probabile che questo dato sia sottostimato e che l'incidenza possa avvicinarsi alla cifra doppia. Tali cifre sono, a mio parere, in difetto per vari e riconosciuti motivi. A livello planetario, poi, si può stimare che vi siano

oggi più di 24 milioni di persone con demenza destinate ad aumentare a 42 milioni nel 2020 e a 81 milioni nel 2040. In Friuli Venezia Giulia vi sono circa 12.000 persone affette da demenza, 1.700 nella sola Udine.

Tali patologie provocano conseguenze gravi sul piano personale: l'angoscia dolorosa del proprio degrado, la privazione della propria libertà e la forzata istituzionalizzazione e incidono visibilmente sui rischi verso terzi: gli incidenti stradali causati dai dementi misconosciuti, gli incidenti domestici (fughe di gas, etc.), le conseguenze gravi sulla salute del caregiver

(la persona che si prende cura del soggetto malato, quasi sempre un familiare e spesso una donna). Analizzando il carico di stress sul caregiver varie ricerche sono riuscite a quantificare il maggior rischio di morte (!!) che subisce chi assiste una persona con demenza "stressante" con seri problemi comportamentali. Un caregiver stressato, inoltre, va facilmente incontro a insuccessi nella cura della persona accudita, evenienza che inaugura un circolo vizioso di disagio reciproco, divenendo paradossalmente un pessimo assistente del familiare malato e, quindi, fonte di reazioni negative a catena. Il caregiver è molto spesso vittima di depressione, consuma più psicofarmaci, ha una pressione arteriosa più elevata ed un sistema immunitario meno competente. Sono elementi di cui tener conto prima di banalizzare le problematiche della famiglia in cui vive la persona con demenza. Contro il pessimismo rinunciatario e il nichilismo terapeutico, esiste la possibilità di curarle con varie azioni terapeutiche farmacologiche e non, e di mettere in atto procedure di natura preventiva. Si tratta, inoltre, di malattie sottostimate, sottovalutate e in qualche caso ignorate, con discreta frequenza soggette a malasanità: secondo i persistenti luoghi comuni culturali la demenza è ritenuta una "normale" evoluzione della vecchiaia, è spesso mal tollerata dalla famiglia e non sempre gestita in maniera corretta

sotto il profilo diagnostico e terapeutico. Va poi richiamato che spesso espongono ad una ineguaglianza di accesso alla diagnosi e alle cure e comportano un alto costo finanziario, oltre che umano

## Definizione di demenza

Le Demenze sono definite come condizioni cliniche caratterizzate da perdita progressiva delle funzioni cognitive di entità tale da interferire con le usuali attività sociali e lavorative del paziente. La perdita delle capacità riguarda funzioni precedentemente acquisite nel corso della vita. Accanto alle disfunzioni cognitive sono presenti pesanti mutamenti che riguardano la sfera della personalità e del comportamento, dell'umore, della percezione della realtà, e spesso sono coinvolte le funzioni vegetative e motorie.

Tra le funzioni cognitive quelle della memoria (e le alterazioni conseguenti) sono apparentemente note a tutti. Accanto alla memoria esistono diverse ed altrettanto essenziali abilità necessarie al complesso funzionamento della nostra mente: l'attenzione, su cui si fonda necessariamente il processo di memorizzazione e parte delle altre capacità cognitive (se siamo distratti, o storditi dal sonno o da psicofarmaci, o semplicemente avvertiamo che un avvenimento, una persona, un luogo, "non ci interessano", difficilmente

indispensabile valorizzare le esperienze di eccellenza in atto, indicando un metodo che ci pare particolarmente efficace. La proposta di legge approvata in Commissione tiene conto dei suggerimenti che ci sono venuti dall'esperienza pordenonese, confidando che venga presto assimilata anche negli altri ambiti assistenziali della nostra Regione".

"Saranno infatti i servizi sociali che verranno posti nelle condizioni di attivare lo sportello cui si dovranno rivolgere i cittadini per ottenere le informazioni necessarie. Ma il protagonista essenziale sarà il volontariato, al quale verrà demandata l'effettiva operatività: senza il volontariato, infatti, è impossibile pensare di poter attivare una rete di

amministratori di sostegno preparati e motivati".

Sulla stessa linea anche il presidente di Federsanità ANCI FVG, Giuseppe Napoli, che ha evidenziato il ruolo di apripista della nostra regione sui temi della salute e del welfare che si sono concretizzati in positive sinergie tra istituzioni centrali (Tribunale), amministrazioni comunali e volontariato, a tutto vantaggio delle persone e delle famiglie. A tal fine le esperienze di sinergie sovracomunali realizzate nei diversi territori, insieme ad un adeguato recepimento delle proposte relativamente al regolamento attuativo, porteranno sicuramente ulteriori risultati per assicurare maggiori garanzie ai diritti delle persone.

li manterremo nel bagaglio della memoria); il linguaggio (intendendo la capacità di esprimersi, ma anche di comprendere, di leggere e scrivere); l'orientamento nel tempo e nello spazio (in che anno, stagione ecc. siamo, dove ci troviamo); le abilità visuo-spaziali (l'occhio "vede" ma è il cervello che esamina!); la prassia (ad es. la capacità di "organizzarsi" per vestirsi seguendo un certo ordine nella successione degli atti motori); la gnosis (come l'abilità a riconoscere il water, la propria abitazione o, addirittura, i volti dei propri familiari, con conseguenze immaginabili sotto il profilo comportamentale quando ciò non avviene); la capacità di pensiero astratto, nonché di critica e di giudizio, di ragionamento (che non hanno bisogno di commenti), e poi le funzioni esecutive di pianificazione, elaborazione ed eventuale modificazione di strategie, doti "sotterranee" che, se alterate da patologie varie delle aree frontali cerebrali, comportano errori nella programmazione di un'azione e spesso la perdita della flessibilità con conseguente perseverazione in comportamenti errati.

Le stesse funzioni della memoria sono complesse: la memoria di lavoro, la memoria episodica, la memoria semantica, la memoria procedurale (è la memoria più duratura, può conservarsi immutata per tutta la vita: dopo aver imparato ad andare in bicicletta non si dimentica più), la memoria prospettica (ricordare un impegno programmato).

Tutte queste attività del nostro cervello sono, quindi, molto complicate e non del tutto note e comprensibili a chi non si occupa di questi argomenti. Ciò comporta, sovente, il tardivo riconoscimento di una demenza nelle sue manifestazioni iniziali, se ad apparire per primi sono alcuni sintomi e segni clinici meno frequenti, usuali e comprensibili.

A più di cento anni dalla pub-

blicazione dei lavori di Alzheimer, l'impegno nel campo delle demenze è piuttosto recente, stimolato, fra l'altro, dalla scoperta della relativa efficacia dei nuovi farmaci. Sono passati altri anni ancora prima che si risvegliasse invece l'interesse scientifico e sociale sulle problematiche comportamentali e sulla loro ricaduta sulla salute della persona malata, sulla famiglia e la società: chi conosce la realtà delle demenze e l'amara esperienza quotidiana

di chi vive una vita in comune con una persona affetta da demenza e la assiste, sa che sono malattie con modificazioni comportamentali da capire e, necessariamente, imparare a gestire.

I problemi comportamentali consistono, con i limiti della sintesi, in: apatia (perdita di interesse, motivazione, iniziativa; conseguente isolamento sociale), a volte non abbinata a sintomi depressivi e pertanto erroneamente interpretata come depressione;

depressione (tristezza, senso di colpa, di inutilità, perdita dell'autostima, ansia, angoscia al risveglio); agitazione psicomotoria (irrequietezza, atti ripetitivi come vestirsi e svestirsi, aprire e chiudere armadi, marcia incessante e senza una finalità, alterazioni del ritmo veglia-sonno); aggressività (verbale, fisica); psicosi (allucinazioni visive o acustiche, deliri, in particolare di furto, di gelosia); altre anomalie comportamentali: comportamento socialmente

## QUALE PREVENZIONE?

***La salute dipende dalla genetica, dall'ambiente, dalla buona medicina, ma molto anche da noi stessi, dal nostro stile di vita.***

*I Fattori protettivi per le demenze, a parte quelli genetici, sono:*

- alimentazione curata con mantenimento corretto del peso corporeo: mangiare poco ed in modo equilibrato, non eccedendo in grassi di derivazione animale, alimentandosi spesso con pesce e, giornalmente, con vegetali.

Molti alimenti hanno proprietà antiossidanti: tra questi la frutta e verdura "colorata" ed i loro derivati, come zuppe, succhi, spremute, lo stesso vino rosso (massimo un bicchiere a pranzo e uno a cena), e comunque i cibi contenenti polifenoli, vit. C ed E, i grassi insaturi contenuti nel pesce. Nella speranza che non contengano pesticidi, diserbanti, mercurio o amianto...

- attività fisica adeguata: da studi effettuati in anni recenti ("non sospetti", in quanto non sponsorizzati da interessi delle industrie farmaceutiche...) è emerso, ed è stato poi confermato a più riprese, che un'attività motoria adeguata rallenta i processi di invecchiamento cerebrale e fisico, allontanando nel tempo in modo significativo l'insorgenza di demenze, cardiopatie, depressione, ed altro ancora. Che tipo di movimento? Sono sufficienti camminate di tre quarti d'ora tre volte la settimana, a ritmo allegro (almeno per chi è allenato), ma vanno bene anche nuoto, bicicletta, mantenendo poi altre sane abitudini, come usare le scale al posto dell'ascensore!

Il movimento, e gli aspetti positivi che lo accompagnano, come l'impegno, la soddisfazione e l'allegria, producono un

abbassamento della glicemia e del colesterolo (riduzione di due importanti fattori di rischio vascolare generale ed anche degenerativo cerebrale), del peso corporeo (con miglioramento del sonno, riduzione del russamento o delle apnee nel sonno, dei problemi articolari a piedi e ginocchia, ecc. Insomma: della qualità di vita!), ed inoltre un aumento della serotonina (mediatore chimico cerebrale dell'umore e del benessere) e di un fattore di crescita neuronale, il BDNF, attivo nello stimolare i contatti sinaptici e la neurogenesi, nel promuovere dunque la crescita dei prolungamenti e connessioni cellulari nervose e potenziare la capacità di sopravvivenza dei neuroni.

- stimoli culturali: anche attraverso un allenamento della mente disponibile allo stimolo della curiosità e agli interessi si attivano più collegamenti neuronali; è come se si percorressero con facilità sentieri sempre più battuti e quindi più agibili, col risultato di rallentare in definitiva la corsa della patologia alzheimeriana.

*Nelle malattie neurodegenerative, in generale, esistono infatti dei meccanismi di compenso che impediscono l'espressione clinica della malattia stessa e il suo emergere dalla fase latente sub-clinica, ovvero da quella fase che può durare anni in cui "anatomicamente" essa si sta realizzando, ma ancora non si sta esprimendo con sintomi. È anche in questa fase "inapparente" che mettiamo in gioco il benessere o la fragilità del nostro futuro!*

*Vecchi sbagliati si diventa da bambini!*



inaccettabile, sessualmente inappropriato, euforia senza motivi, attività motoria impropria come vagabondaggio, "sindrome del tramonto", affaccendamento notturno, fughe, ecc.

Un paziente demente può "attraversarli" anche tutti nei vari stadi della malattia, e presentare ad esempio una fase di apatia prima della diagnosi, seguita da deliri o allucinazioni e infine da aggressività e fenomeni di agitazione psicomotoria, per poi "spegnersi" tragicamente in una penosa passività.

Alcuni comportamenti sono molto spesso fraintesi dal caregiver e vanno spiegati, compatibilmente col livello culturale del caregiver stesso.

### **Percorso diagnostico: utilità della diagnosi tempestiva**

Molte malattie del cervello, e a volte anche malattie di altri organi del corpo, possono provocare alterazioni del suo funzionamento sotto forma di demenza. Si deve costantemente tener conto di questo concetto basilare quando ci si imbatte in un caso "nuovo" e si intraprende il necessario lavoro di ricerca della causa, anche nel tentativo di individuare una forma reversibile determinata da malattie cerebrali, come lesioni espansive, idrocefalo, ematomi traumatici, o malattie extra-neurologiche con ricaduta sulla funzionalità cerebrale, come ipofunzione tiroidea o paratiroidea, iposodiemia, farmaci, ecc.

Nella pratica quotidiana, nel campo dei disturbi cognitivi/comportamentali in fase iniziale, si effettua un percorso diagnostico accurato per classificare ogni singolo caso attraverso una anamnesi col paziente e con i familiari o conoscenti, considerato che il paziente stesso non sempre è in grado di riferirci i propri disturbi per ridotta coscienza di malattia e per lo scarso aiuto che riceve dalla sua memoria.

Un aspetto rilevante è rappresentato dalla presenza di



coscienza di malattia o meno (se non c'è coscienza si usa un termine: anosognosia). La coscienza di malattia, pur nella sua non pienezza, si associa spesso a depressione (e ciò appare anche giustificabile..), l'anosognosia molto meno. Inoltre, la scarsa o assente coscienza di malattia può esporre paziente e familiari (e altri...) a rischi legati a conseguenze serie: se la personalità del soggetto con demenza e senza una buona coscienza del proprio stato di malattia "era" forte, energica, indipendente, sarà sicuramente problematico fargli accettare dai familiari, ad esempio, l'aiuto di una badante, la sospensione della guida, una visita specialistica, un esame, una terapia, e comunque un adeguato controllo della complessa situazione! In questi casi malattia, personalità e coscienza di malattia concorrono ad ostacolare la diagnosi e poi a incidere sul supporto assistenziale e terapeutico.

La mancanza di consapevolezza da parte del paziente e la sottovalutazione, da parte dei familiari, o del medico, possono rappresentare, a vari livelli, seri ostacoli ad una diagnosi precoce che si possono schematizzare così:

- La gente... ritiene il deficit di memoria come sinonimo di "Invecchiamento"
- Il soggetto malato... nega la malattia per mancanza di consapevolezza
- I familiari... negano la malattia per remora "sociale"
- I medici... danno poca importanza alla valutazione dello stato mentale con test brevi.

Esistono, invece, dei vantaggi

in una diagnosi tempestiva. Consistono nella possibilità di:

- Individuare le demenze di tipo reversibile
- Informare i familiari (in qualche caso anche la persona malata)
- Riconoscere i segnali di una patologia allo scopo di introdurre quanto prima un trattamento, farmacologico o meno, sia

per gli aspetti cognitivi che per quelli comportamentali.

- Limitare le conseguenze riconducibili ad altre patologie spesso correlate ai processi dementigeni
- Attivare le Tutele nell'ambito assistenziale, amministrativo (assegno di accompagnamento, legge 104, ecc.) e medico-legale (ricorso alla figura dell'amministratore di sostegno, sospensione della guida di veicoli, ecc.)
- Per quanto possibile, effettuare una terapia riabilitativa cognitiva e modificare lo stile di vita (attività motoria ricreativa, ecc.)
- Infine, farci trovare "pronti" e abili nella diagnosi, a coltivare la speranza che dalla scienza arrivi presto un rimedio efficace.

## **ASSOCIAZIONI ALZHEIMER IN REGIONE**

La Federazione e le Associazioni locali forniscono l'assistenza agli ammalati e ai loro familiari, veicolano informazioni sulle procedure e l'assistenza sanitaria; svolgono iniziative volte a sensibilizzare l'opinione pubblica e il mondo politico, a favore di familiari e ammalati Alzheimer; seguono, inoltre, la promozione della ricerca scientifica. Alcune delle associazioni locali propongono, inoltre, corsi di addestramento per volontari, familiari di malati Alzheimer e personale sanitario di case di riposo.

### **INDIRIZZI**

#### **Associazione de Banfield**

Via Filzi, 21/1 (Scala B - 5° piano) - TRIESTE  
Tel./Fax 040 774938 - E-mail: info@debanfield.it  
Sito internet: www.debanfield.it

#### **Associazione Alzheimer Udine onlus**

Via Diaz, 60 - 33100 UDINE  
Tel./Fax 0432 25555 - E-mail: alzheimer.udine@libero.it  
Sito internet: www.alzheimerudine.it

#### **Associazione Alzheimer Isontino**

Via Volta, 26 - 34074 MONFALCONE (GO)  
Tel./Fax 0481 790500  
E-mail: allzheimerisontino@libero.it  
Sito internet: www.alzheimer.it

#### **Associazione familiari Alzheimer Pordenone Onlus**

Largo Cervignano, 19/b - 33170 PORDENONE  
Tel. 0434 1816161  
Sito internet: www.alzheimer-pordenone.org