

Qualità degli appalti e sicurezza sul lavoro Comuni a confronto

a cura di TIZIANA DEL FABBRO

Il Forum permanente "Lavoro: qualità e sicurezza", composto da rappresentanti di Anci, Federsanità, UpiFvg, Cgil, Cisl e Uil del Friuli Venezia Giulia prosegue la sua attività di approfondimento e proposta per la promozione della cultura della sicurezza (informazione, formazione, coordinamento e controlli), tramite le competenze dei diversi settori della PA, quali salute, formazione, lavoro e lavori pubblici. L'obiettivo è quello di garantire migliori condizioni di sicurezza e prevenire, quindi, gli incidenti sul lavoro, attività che si ritiene un investimento fondamentale per le comunità, le istituzioni e il mondo economico e produttivo. Questi sono, infatti, gli obiettivi previsti dal Protocollo d'intesa "Lavoro: qualità e sicurezza".

Al centro dei lavori delle ultime riunioni che si sono tenute nel municipio e nell'ospedale S. Polo di Monfalcone (foto) sono stati la qualità degli appalti e i criteri di aggiudicazione in rapporto alla sicurezza sul lavoro.

In attesa della definizione del nuovo codice regionale dei lavori pubblici, tema per il quale il forum partecipa al GL di lavoro attivato da Anci, è emersa, infatti, l'esigenza di conoscere e confrontare le diverse esperienze realizzate dai Comuni del Fvg sui criteri di aggiudicazione degli appalti pubblici, a partire dalle opere. A tal fine il gruppo di lavoro ha effettuato un sondaggio rivolto a una quindicina di Comuni di maggiori dimensioni, compresi i Comuni capoluogo e le Province.

I risultati del sondaggio e le indicazioni emerse verranno presentate il 5 maggio, a Monfalcone, in occasione di un seminario tecnico di approfondimento (aggiornamenti sul sito www.anci.fvg.it/federsanita). Quale contributo alla discus-

sione e alla realizzazione di azioni concrete, a partire dallo scambio di esperienze e informazioni tra i diversi enti, pubblichiamo di seguito l'intervento dell'ing. Bou Konate, già assessore ai lavori pubblici del Comune di Monfalcone, esperto di questi temi, indicato da Anci Fvg nel gruppo di lavoro del Forum permanente.

Cosa si intende per appalto pubblico

Per appalto pubblico si intende quel complesso di operazioni ed adempimenti, regolamentati dall'ordinamento giuridico, che consentono alla Amministrazione di realizzare un'opera, o di acquisire un servizio, o una fornitura di beni. Nel campo delle commesse pubbliche i criteri di aggiudicazione sono due: il "prezzo più basso" che può essere determinato anche attraverso la c.d. "media" e l'offerta economicamente più vantaggiosa.

Il primo comporta che la pubblica amministrazione deve stabilire nei bandi di gara le caratteristiche della commessa da affidare e che i concorrenti devono semplicemente offrire solo un "prezzo".

Il secondo, invece, comporta che la pubblica amministrazione deve stabilire nei bandi di gara le caratteristiche della commessa da affidare ma esse sono da considerarsi dei minimi e, pertanto, i concorrenti offrono, oltre un "prezzo", possibili "miglioramenti" a queste caratteristiche. Nel primo caso si può affermare che l'offerta è monodimensionale (esistenza di una sola variabile), mentre nel secondo caso il criterio utilizzato viene definito pluridimensionale. Il bando può anche prevedere al posto del "prezzo" il "ribasso percentuale" sul prezzo posto a base di gara. Va da sé che l'offerta più conveniente per la pubblica amministrazione è il "minor prezzo", o il "maggior ribasso". Occorre, pertanto, te-

ner conto di queste due ipotesi nella specificazione delle formule.

Più in generale, alla luce delle esperienze maturate, si può affermare che i criteri di aggiudicazione ("prezzo più basso" o "offerta economicamente più vantaggiosa") presentano due profili, uno di carattere giuridico ed uno di carattere tecnico. Per quanto riguarda gli aspetti giuridici, per entrambi i criteri non vi sono più molti dubbi sia in dottrina che in giurisprudenza. Sia l'Autorità per la vigilanza sui lavori pubblici, attraverso le sue determinazioni, sia i TAR ed il Consiglio di Stato, attraverso più sentenze, hanno fornito alle stazioni appaltanti sufficienti indicazioni procedurali.

Vi sono, invece, alcune difficoltà sul piano degli aspetti tecnici. In particolare, queste difficoltà riguardano non tanto il "prezzo più basso" quanto "l'offerta economicamente più vantaggiosa". Va precisato, però, che queste complessità applicative non riguardano le opere pubbliche, in quanto il regolamento generale della legge quadro in materia di lavori pubblici contiene precise indicazioni attuative, ma gli appalti di forniture e servizi.

In particolare, l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture si è espressa con la recente determinazione n. 5/2008 dell'8 ottobre 2008 in merito alle "condizioni legittimanti la scelta del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa rispetto al criterio del prezzo più basso e alle modalità applicative del criterio medesimo".

Qualità e criteri di valutazione

L'art. 81 del Codice dei Contratti sancisce, in effetti, che



nei contratti pubblici, la miglior offerta è selezionata con il criterio del prezzo più basso, o con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa: "Le stazioni appaltanti scelgono, tra i criteri suddetti, quello più adeguato in relazione alle caratteristiche dell'oggetto del contratto, e indicano nel bando di gara quale dei due criteri di cui sopra sarà applicato per selezionare la migliore offerta", stabilendo di conseguenza (art. 83), i criteri di valutazione dell'offerta, pertinenti alla natura, all'oggetto e alle caratteristiche del contratto, quali il prezzo, la qualità, il pregio tecnico, le caratteristiche estetiche e funzionali, le caratteristiche ambientali e il contenimento di consumi energetici e delle risorse ambientali, il costo di utilizzazione e manutenzione, la redditività, l'assistenza tecnica, etc. Nel dettaglio del metodo di valutazione delle singole voci si può riferire al regolamento di attuazione del DPR 554/99.

Il legislatore ha voluto in questo modo superare il regime restrittivo volto a privilegiare il criterio del prezzo più basso così come aveva voluto il legislatore degli anni '90 con la legge Merloni.

In ogni modo, per cogliere appieno l'analisi che si vuole condurre sugli aspetti tecnici dell'"offerta economicamente più vantaggiosa" va ricordato che essa comporta la presentazione da parte dei concorrenti di un'offerta con-



Da sinistra: Ferri, Della Ricca, Dal Maso, Konate, Pigozzo e Pino

tenente più proposte alcune di natura quantitativa (per esempio il prezzo, il tempo di esecuzione della commessa, il tempo di durata di una concessione) altre di natura qualitativa (per esempio la qualità progettuale, la migliore funzionalità, le professionalità previste, l'organizzazione del

lavoro, l'attenzione per la sicurezza sul luogo di lavoro e per l'ambiente, ecc.) e che l'aggiudicazione avviene sulla base di una valutazione effettuata da una commissione giudicatrice.

In particolare, l'elemento sicurezza può risultare fondamentale poiché viene presa in

considerazione sia nell'organizzazione del lavoro e nella preparazione professionale del gruppo di lavoro, sia al livello intrinseco delle aziende (ad. es. numero di infortuni negli ultimi anni).

In effetti, a partire dalla L. 123/2007 e successivamente con il Dlgs. 81/2008, il legislatore ha introdotto rilevanti disposizioni in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro: dalla verifica dei requisiti di idoneità tecnico-professionale delle imprese, all'obbligo di quantificare ed indicare nei bandi di gara i costi contrattuali della sicurezza da non assoggettare a ribasso, dall'obbligo di valutare la congruità dei costi del lavoro e della sicurezza nella verifica delle offerte anomale, fino ad

allegare al contratto d'appalto il Documento Unico di Valutazione dei Rischi e delle Interferenze.

I numerosi e complessi adempimenti per le stazioni appaltanti e per le imprese sono corredate da un rilevante apparato sanzionatorio con la previsione di sanzioni civili, amministrative e soprattutto penali.

In conclusione, alla luce delle considerazioni sinora fatte, si può ritenere che l'offerta economicamente più vantaggiosa" costituisca un valido aiuto per le amministrazioni pubbliche nell'espletamento di tutti i loro compiti di committente, in particolare nel campo della sicurezza sul lavoro, ove esse sono tenute a servire d'esempio per i loro cittadini.

INCONTRO A PORDENONE DELL'AGENZIA DEI SEGRETARI COMUNALI

Segretari comunali, Bolzonello: "Più formazione e autonomia dell'Agas"

"Formazione di alto livello, l'autonomia dell'Agas, l'Agenzia dei segretari comunali, un grado di professionalità molto elevato e la funzione di garanzia del segretario". È questa la ricetta del sindaco di Pordenone Sergio Bolzonello per rilanciare il ruolo e la funzione dei segretari comunali e con essi l'efficienza e l'efficacia dell'azione degli Enti locali. Il sindaco di Pordenone lo ha sostenuto nel corso del Consiglio di amministrazione dell'Agenzia dei segretari comunali e provinciali del Friuli Venezia Giulia, rappresentato dal presidente Giuseppe Napoli, che si è svolto il 9 marzo nella "Sala Rossa" del municipio di Pordenone alla presenza del vice presidente dell'Agenzia Nicolò D'Avola e dei componenti Ruggero Del Mestre, Maria Rosa Girardello, Ilaria Celledoni, Maria Tocchetto, dalla responsabile amministrativa Maria Dolores Gubian ed alcuni sindaci e segretari comunali del Pordenone.

Secondo Bolzonello, inoltre, sarebbe "opportuno un rilancio dell'Agenzia dei Segretari non all'interno dell'organizzazione burocratica regionale, ma accen-

tuando priorità alla formazione di alta qualità.

Non è auspicabile la nomina automatica del segretario - direttore generale, giacché non tutti hanno le competenze specifiche per fare i direttori".

I lavori sono stati introdotti dal presidente del Consiglio d'amministrazione dell'Agas Fvg Giuseppe Napoli il quale, nel presentare l'attività svolta e le prospettive future, ha ricordato la cronica carenza di segretari comunali specie nei Comuni piccoli e piccolissimi, con il probabile accrescersi delle criticità nei prossimi mesi allorquando, con il rinnovo dei 142 Consigli comunali il prossimo 6 e 7 giugno, difficilmente si riuscirà a soddisfare le richieste di assegnazione di segretari comunali avanzate dai nuovi sindaci. Per questo Napoli ha auspicato che

la Regione possa formulare una proposta concreta a Anci, Upi, Consiglio delle Autonomie ed Agas Fvg, alle rappresentanze sindacali dei segretari comunali,



Sergio Bolzonello

in tempi brevi, in modo da poter avviare un percorso legislativo condiviso.

All'incontro erano presenti anche i sindaci di Cordenons Carlo Mucignat, di Sacile Roberto Cappuzzo e, per i segretari comunali, Paolo Gini del Comune di Pordenone, Daniela Galante dei Comuni di Roveredo in Piano-Montebelluna, Paola Rover di Sacile, Raffaella Beltrame

dei Comuni di Aviano-Travesio.

Sono fra gli altri intervenuti i sindaci di Cordenons Mucignat e di Sacile Cappuzzo e i segretari comunali Gini, Galante, Girardello, Beltrame e D'Avola che hanno trattato le prospettive di "regionalizzazione", il ruolo dei vice segretari, i temi della formazione e delle prospettive di rafforzamento della formazione, nonché dell'attività propositiva del "tavolo tecnico" istituito presso l'assessorato per le Autonomie Locali, in vista della possibile riforma regionale del settore.

A cura di:
TIZIANA DEL FABBRO

VERSO UNA PIANIFICAZIONE INTERREGIONALE. FEDERSANITÀ ANCI FRIULI VENEZIA GIULIA E VENETO INSIEME AGLI ASSESSORI KOSIC E SANDRI PER SISTEMI SANIARI DI ECCELLENZA E CONTINUITÀ DELLE CURE

Federalismo sanitario modello nord est

“Per garantire la salute e il “benessere” di tutti i cittadini occorre un salto di qualità dei diversi ‘attori’ del sistema: dallo Stato, alle Regioni, agli Enti locali, alle Aziende, ai professionisti, fino alle associazioni di volontariato”. È quanto dichiarato dall’assessore alla Salute e Protezione sociale del Friuli VG, **Vladimiro Kosic**, in occasione del convegno-confronto su “Federalismo sanitario e continuità dell’assistenza. Le proposte di Federsanità ANCI federazioni Friuli Venezia Giulia e Veneto”, promosso da queste due associazioni, a Udine, presso la Fondazione CRUP. “Occorre – ha illustrato Kosic – un’ampia condivisione progettuale, che, uscendo da una logica localistica, possa abbracciare una programmazione non più solo regionale, ma anche interregionale, e non solo annuale, ma pluriennale”. Ricordando che la Regione Friuli V.G. sta predisponendo il prossimo Piano socio-sanitario, cui tutti sono chiamati a contribuire partendo dal “Libro verde” (a pag. 33), l’assessore Kosic ha evidenziato che per far fronte alla crescente domanda di salute il sistema deve sapersi innovare, anche tenendo conto della sostenibilità complessiva, investendo nella formazione del personale e nelle nuove tecnologie. L’obiettivo è quello di favorire l’integrazione tra professionisti per sviluppare un’efficiente rete di servizi per la fase acuta della malattia e per l’intero percorso quotidiano del paziente, delle cronicità e della non autosufficienza. A tal



Da sinistra: Sandri, Kosic e Napoli (foto Montenero)

fine la positiva collaborazione tra regioni Veneto e Friuli Venezia Giulia si già sta attuando in diversi settori. Da parte sua l’assessore alla Sanità del Veneto, **Sandro Sandri**, ha dichiarato: “Il federalismo in sanità non può prescindere dall’introduzione del concetto di costi standard”, cosa che ha auspicato accada già nel prossimo Patto per la Salute tra Governo e Regioni. “Collaborazione “dal basso”, valorizzare e coordinare le strutture di eccellenza e garantire una rete efficiente di servizi socio-sanitari di qualità sull’intero territorio delle due regioni”, è questa la proposta dei presidenti delle federazioni Federsanità ANCI FVG, **Giuseppe Napoli** e Veneto, **Roberto Vendrasco**, che insieme ai vice, i direttori generali, **Paolo Saltari** (ospedale S.M.A di Pordenone) e **Angelo Lino Del Favero** (USL 7 Pieve di Soligo, TV), hanno presentato il Documento di studio e valutazione delle esperienze assistenziali attuate in Veneto e Friuli Venezia Giulia”. Si tratta di un

puntuale confronto sulle iniziative realizzate e sui rispettivi percorsi di continuità delle cure per una patologia significativa come l’ictus, terza causa di morte e disabilità. Hanno portato il loro contributo di esperienze e proposte **Fabio Bonetta**, direttore generale ASP ITIS, di Trieste, **Daniele Donato**, direttore sanitario Azienda ULSS n. 16 Padova, **Lionello Barbina**, direttore ARS FVG, **Antonio Compostella**, direttore Agenzia regionale socio-sanitaria del Veneto, **Giorgio Ros**, direttore generale ASS 4 Medio Friuli e **Silvana Romano**, assessore al welfare, politiche sociali e famiglia e politiche sanitarie Comune di Gorizia. “L’obiettivo dell’integrazione tra i diversi “protagonisti” della sanità e del sociale – ha concluso Napoli – è quello di produrre un’offerta di servizi omogenea sull’intero territorio regionale, dai monti al mare, basata sia su strutture di eccellenza che su ospedali di rete e servizi socio-sanitari territoriali (RSA, ADI, ASP, assistenza domiciliare, etc.)”.



Da sinistra: Barbina, Compostella, Ros e Del Favero

Salute e welfare FVG e Veneto

Il Gruppo di lavoro interregionale Federsanità ANCI federazioni Friuli Venezia Giulia e Veneto "Salute e welfare a Nord Est" è composto oltre che dai coordinatori Paolo Saltari, direttore generale Azienda ospedaliera S.M.A. di Pordenone, vicepresidente Federsanità ANCI FVG e Angelo Lino Del Favero, direttore generale ULSS n. 7 Pieve di Soligo, coordinatore Forum permanente direttori generali di Federsanità ANCI, da: Giorgio Simon, responsabile Area governo clinico Agenzia Regionale Sanità del Friuli V.G., coordinatore GL "Cure primarie" di Federsanità ANCI Friuli V.G., Andrea Luigi Collareta, direttore sanitario ASS

n. 2 Isontina, Fabrizio Fontana, direttore sanitario Azienda ospedaliera universitaria S.M.M. - Udine, Fabio Bonetta, direttore generale ASP - Azienda Servizi alla Persona ITIS - Trieste, Daniele Donato, direttore sanitario Azienda ULSS n. 16, di Padova, Pier Paolo Faronato, direttore sanitario Azienda ULSS n. 9, di Treviso, Chiara Santin, direttore Casa di Riposo SER.S.A. - Servizi Sociali Assistenziali, di Belluno, Giorgio Pavan, dirigente ISRAA, Istituto per servizi di ricovero e assistenza agli anziani, di Treviso e Tiziana Del Fabbro, direttore e responsabile comunicazione di Federsanità ANCI Friuli Venezia Giulia.

Dal 21 settembre 2007, data di costituzione, il GL ha realizzato tre convegni: a Rovigo, il 14 aprile 2008, in occasione della rassegna "Dire & Fare nel Nord Est", a Precenico (UD), il 27 giugno 2008 e Trieste, il 23 ottobre 2008, per la XXV Assemblea nazionale dell'ANCI. Sono seguiti anche alcuni seminari tecnico scientifici presso gli ospedali di Pordenone, Treviso, Padova e l'USL di Pieve di Soligo (TV).

Gli atti e i documenti sono disponibili nella sezione dedicata "Salute e welfare a Nord Est" sulla home page del sito www.anci.fvg.it/federsanita

SINTESI DELLE PROPOSTE E VALUTAZIONI DEL DOCUMENTO PRESENTATO, A CURA DEL VICE PRESIDENTE PAOLO SALTARI

Percorso dell'ictus e presa in carico paziente cronico

Obiettivo del documento presentato a Udine, il 23 febbraio scorso, è quello di delineare un modello di riferimento per la presa in carico del paziente cronico, con particolare attenzione all'integrazione dei diversi servizi e la continuità delle cure. A tal proposito si è scelto di utilizzare come patologia di riferimento l'ictus cerebri. L'ictus cerebrale è, per vari motivi, una patologia ideale per costruire il modello della continuità assistenziale

ESPERIENZA DELL'OSPEDALE S.M.A. DI PORDENONE

L'azienda ospedaliera S.M.A. di Pordenone ha definito specifici percorsi assistenziali-riabilitativi post-ictus, basati sulla gravità clinica ed il conseguente livello di disabilità. La definizione di uno specifico progetto riabilitativo, infatti, deve basarsi su criteri quanto più possibile oggettivi che definiscono le priorità idonee a selezio-



Parte del folto pubblico

nare le persone che possono trarre il maggior beneficio dagli specifici programmi riabilitativi. Criteri omogenei permettono di condividere le modalità valutative che caratterizzano la fase di dimissione dal reparto per acuti e di inserire correttamente il paziente nel per-

corso verso:

- il domicilio se il recupero è stato buono, ed il paziente è autosufficiente;
- il domicilio con la pianificazione di un programma riabilitativo ambulatoriale;
- la casa di riposo e la pianificazione di inter-

venti assistenziali e riabilitativi integrati;

- la sezione di riabilitazione intensiva ospedaliera con una gestione specialistica del programma riabilitativo;
- la SRI con funzione dedicata per le problematiche complesse ad alto contenuto assistenziale

e riabilitativo.

Un protocollo specifico e particolare di dimissione protetta da definire è quello del passaggio dall'ospedale per acuti alle strutture residenziali presenti nel territorio. Infatti, non sempre le condizioni del paziente con ictus alla dimissione e la situazione della sua rete sociale, sono tali da permettere una gestione del caso a domicilio.

Oltre a ciò risulta fondamentale garantire la continuità nella fiducia che la famiglia ripone nelle istituzioni, garantendo le corrette comunicazioni tra i professionisti prima e dopo il passaggio del paziente da una struttura all'altra. In questo modo la famiglia dovrebbe percepire i diversi servizi territoriali come un tutt'uno al cui centro viene messa la persona malata.

ASP - AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA ITIS DI TRIESTE

Un esempio operativo di come si possa realizzare la continuità dell'assistenza in quest'ambito è rappresentato dall'esperienza dell'A.S.P. - Azienda pubblica di servizi alla persona ITIS, di Trieste. Al momento della presa in carico del paziente con ictus viene effettuata una valutazione multidimensionale, con particolare attenzione a tutte le possibili capacità residue della persona. Questo avviene sia tramite l'acquisizione della documentazione pregressa, che con l'osservazione del nuovo ospite e

la valutazione del fisioterapista. Sulla base delle informazioni raccolte si rilevano i problemi e viene formulato il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI).

1. In particolare, vengono programmati gli interventi volti a prevenire le complicazioni.

Tutte le attività hanno il fine di recuperare l'autonomia della persona nel compiere manovre di prima necessità come il mangiare, bere e le altre attività di base (lesione recente), il mantenere costantemente l'autonomia residua evitando un ulteriore peggioramento dei deficit e della disabilità (lesioni pregresse) e il prevenire tutte le complicità della sindrome da immobilizzazione.

Tutti i miglioramenti, o peggioramenti, vengono monitorati nel tempo grazie alla compilazione periodica di scale validate da parte del personale dell'equipe.

TEMPESTIVITÀ E CONTINUITÀ DELL'INFORMAZIONE

Nel documento presentato a Udine è emerso con grande chiarezza come uno dei punti chiave in ogni progettualità finalizzata a garantire la tempestività e la continuità dell'assistenza, sia la continuità delle informazioni tra un servizio e l'altro. Si tratta non solo di una esigenza di tipo culturale (operatori di servizi diversi

devono usare gli stessi strumenti e comunque "parlare la stessa lingua"), ma anche legata a scelte organizzative. In generale è emerso nel territorio un approccio che, nella valutazione della persona anziana, coniuga la ricerca dell'appropriatezza clinica, a quella organizzativa è la valutazione multidimensionale, metodica utilizzata sistematicamente a livello territoriale nella Regione Veneto con strumenti omogenei (scheda SVAMA). Negli ultimi anni, diversi autori hanno dimostrato, per le persone anziane valutate con questo approccio, una riduzione significativa in termini di mortalità, ospedalizzazione, istituzionalizzazione, decadimento funzionale e psicologico.

La Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano (S.VA.M.A.) è uno strumento di valutazione multidimensionale che analizza sia le diverse dimensioni dell'autonomia dell'anziano, in particolare fragile, o non autosufficiente, sia il supporto fornito dalla rete dei servizi (caregiver, situazione economica, condizione abitativa), rappresentando lo strumento di riferimento per costruire un progetto assistenziale personalizzato adeguato ai bisogni dei singoli assistiti. Dal punto di vista organizzativo esistono diversi strumenti in grado di aumentare l'efficacia della continuità delle informazioni: schede infermieristiche di dimissione protetta, cartelle integrate, sia a li-

vello cartaceo che a livello informatico, sistema informativo distrettuale, scambio di informazioni mediante strumenti di telemedicina. Nelle ULSS e ASS delle Regioni Veneto e Friuli Venezia Giulia sono numerosi gli esempi che possono essere portati in questo senso. Solo per citare qualche esperienza, aziende come l'ULSS n. 9 di Treviso, o come l'ULSS 16 di Padova hanno costruito ambienti informatici in grado di raccogliere ed organizzare le informazioni cliniche che riguardano il singolo paziente, nonché di renderle disponibili in tempo reale (solo alle figure che siano state autorizzate preventivamente con una password nominale, secondo la normativa vigente della privacy).

Questi sistemi oltre a garantire la tempestività e la correttezza delle informazioni a disposizione di medici e figure sanitarie non mediche operanti a contatto con l'anziano fragile, permettono anche di fotografare l'assistenza dal punto di vista "macro", dando così alle direzioni aziendali un ritorno in termini di indicatori di qualità dell'assistenza, fondamentali per definire e mettere in atto le scelte strategiche.

MISURARE I RISULTATI CON DATI OGGETTIVI: L'IMPORTANZA DEGLI INDICATORI

Parallelamente allo sviluppo dei servizi territoriali, dei percorsi di continuità delle cure, dei sistemi

informativi centrati sulla persona, ha preso sempre più piede, all'interno delle strutture sanitarie, l'esigenza di garantire al cittadino la qualità delle cure ed il suo miglioramento continuo, tanto che, a partire dalla pubblicazione del Decr. Lgs. 502/92 di riordino del sistema sanitario, termini come "controllo qualità", "standard", "indicatori", sono risultati sempre più familiari.

Per indicatore si intende un parametro misurabile che descrive, o fornisce informazioni in modo sintetico sullo stato di un fenomeno.

L'indicatore deve essere uno strumento sintetico, ma nello stesso tempo efficace, in modo da fornire una descrizione del fenomeno più accurata possibile.

L'indicatore deve essere in grado di utilizzare un numero limitato di parametri e misure rispetto a quanto generalmente viene utilizzato per la descrizione analitica di un fenomeno ed allo stesso tempo di semplificare la comprensione del fenomeno in modo che il valore informativo scaturito dall'applicazione dell'indicatore possa essere facilmente utilizzato anche dai "non addetti ai lavori".

Nella costruzione di un percorso di continuità delle cure di una qualsiasi patologia cronica, deve essere previsto un set di indicatori (non eccessivamente numerosi) in grado di descrivere il processo e gli esiti (Tabella 1).

Tabella 1: esempio di indicatori di qualità per la gestione dell'ictus

Fase	Criterio di qualità	Indicatore
Fase Preospedaliera	È indicato che il personale della Centrale Operativa (118) sia addestrato ad identificare al triage telefonico un sospetto ictus.	Numero di persone giunte al PS con sospetto ictus, precedentemente classificate come codice rosso nella fase di triage telefonico.
Fase Ospedaliera	Tempestività nella diagnosi differenziale, per poter garantire l'accessibilità ad eventuale trombolisi.	% di pazienti con sospetto ictus, candidabili a trombolisi che ricevono valutazione neurologica e TAC senza m.d.c. entro 25 minuti dall'arrivo.
Fase Territoriale	Già nella fase ospedaliera va programmato il percorso assistenziale del paziente con ictus, al fine di ridurre il rischio di disabilità.	% di persone dimesse con diagnosi di "ictus acuto" segnalate al MMG
		% di persone dimesse con diagnosi di "ictus acuto" che hanno ricevuto una Valutazione Multidimensionale.
Prevenzione secondaria	Nei TIA e nell'ictus ischemico non cardioembolico è indicato il trattamento antiaggregante per la prevenzione delle recidive.	% di soggetti dimessi con diagnosi di ictus ischemico, in trattamento con farmaci antiaggreganti.

CONCLUSIONI, CRITICITÀ E PROSPETTIVE

Il modello proposto per l'ictus prevede, in sintesi che vengano definiti dei protocolli operativi per la gestione di tale patologia:

1. In acuto, nella fase pre-ospedalizzazione
2. In acuto, durante l'ospedalizzazione
3. Nel post-acuzie, con particolare attenzione al passaggio da ospedale a territorio

Tale modello è esportabile a numerose altre patologie croniche, in particolare quelle caratterizzate da un elevato numero di ricoveri ricorrenti, spesso dovuti a una gestione non ottimale a domicilio (oltre all'ictus, lo scompenso cardiaco, la BPCO, ecc.). Se tuttavia, come è stato

già sottolineato in precedenza, la quasi totalità dei pazienti con ictus, sperimenta una fase acuta ospedaliera, in altre patologie questo non è sempre rispettato.

Occorrerà, pertanto, prevedere nel modello anche sistemi alternativi di presa in carico di tali soggetti nel percorso di continuità assistenziale, a partenza non dall'ospedale ma dalle cure primarie. Un sistema di questo tipo, ad esempio, è quello della compilazione di registri per patologia, da parte dei MMG, che permettano, tra l'altro, di segnalare i casi meno stabili anche ai medici di continuità assistenziale, per garantire loro una risposta omogenea ventiquattro ore su ventiquattro.

Questo risulterà di fondamentale importanza soprattutto per problematiche gestite quasi interamente dai servizi territoriali, in cui l'accesso improprio all'ospedale per acuti oltre ad essere inutile, può diventare addirittura controproducente (es. persone in cure palliative domiciliari, persona affetta da demenza in stadio avanzato). Preme comunque sottolineare che anche se per queste ultime patologie il modello potrà essere non sovrapponibile, ma simmetrico a quello presentato, i principi di base e gli strumenti restano tuttavia gli stessi.

Lo studio verrà esteso anche ad altre realtà delle due regioni.

17 APRILE A SAN VITO AL TAGLIAMENTO CONVEGNO PUBBLICO. AMMINISTRATORI LOCALI, MMG FARMACISTI E RESPONSABILI DI DISTRETTI ILLUSTERANNO I RISULTATI DEI SONDAGGI E LE PROPOSTE PER IL LIBRO VERDE

Cure primarie: salute in rete sul territorio

“Cure primarie: salute in rete sul territorio” è questo il titolo del convegno promosso da Federsanità ANCI FVG, Regione, Ceformed FVG e Federfarma FVG, in collaborazione con il Comune di San Vito al Tagliamento (PN) per venerdì 17 aprile (inizio ore 14.30), nel teatro di San Vito al Tagliamento. L’iniziativa curata dal coordinatore del GL “Cure primarie” di Federsanità ANCI FVG, Giorgio Simon, responsabile area governo clinico dell’ARS FVG, prende spunto dai recenti cambiamenti dei servizi sociosanitari sul territorio, nonché dalla riorganizzazione della medicina generale che sta rideterminando la distribuzione dei servizi a livello territoriale e la loro stessa modalità di erogazione. Dopo la raccolta sul campo di problemi e opportunità ri-

levate dai principali attori delle cure primarie, i lavori si concentreranno sulla discussione della rilevazione svolta attraverso i questionari rivolti ad amministratori di Comuni, farmacisti, medici di medicina generale e responsabili di Distretto. Il dibattito si inserisce, inoltre, nel percorso di discussione intorno alle proposte contenute nel “Libro verde sul futuro del sistema sociosanitario regionale. La vita sana nella società responsabile”, promosso dall’assessore alla Salute e Protezione sociale del Friuli Venezia Giulia, Vladimiro Kosic, al quale Federsanità ANCI FVG tramite i lavori del convegno intende portare un proprio contributo in vista della definizione del Piano sociosanitario regionale 2010-2012.

IL PROGRAMMA DEL CONVEGNO

Più salute vicino a casa

Il programma prevede, dopo i saluti del sindaco di San Vito al Tagliamento (PN), Gino Gregoris, del vice presidente di Federsanità ANCI FVG, Paolo Saltari, del presidente di Federfarma FVG, Alessandro Fumaneri e del direttore scientifico di Ceformed FVG, Luigi Canciani, la presentazione “Sondaggi Federsanità ANCI FVG su Cure primarie” (Comuni, MMG e Farmacie), a cura di Giorgio Simon responsabile Area governo clinico ARS FVG, coordinatore GL Cure primarie Federsanità ANCI FVG.

Quindi, interverrà Mariadonata Bellentani, resp. organizzazione dei servizi sanitari AGE.NA.S Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali su Modelli innovativi delle cure primarie e integrazione sociosanitaria.

Seguirà la tavola rotonda: “La salute sul territorio, prima e dopo l’ospedale: ascolto, qualità, tempestività e prossimità” alla quale parteciperanno Giuseppe Napoli, presidente Federsanità ANCI Friuli Venezia Giulia, Nicola Delli Quadri, direttore generale ASS 6 Friuli Occidentale, un rappresentante delle Unità di valutazione della medicina generale, Pierpaolo Marzini, segretario FEDERFARMA FVG, Fabio Samani, ARS Friuli V.G., gruppo di lavoro “Libro verde sul futuro del sistema sociosanitario del Friuli V.G.”, Luciano Pletti, presidente ASSODIS FVG, Vittorino Boem, presidente Conferenza permanente sanitaria, sociale e socio-sanitaria FVG, e Franco Bagnarol, presidente MOVI FVG. Concluderà i lavori l’assessore regionale alla Salute e Protezione sociale, Vladimiro Kosic.

PRESENTAZIONE DI LUIGI CANSANI, DIRETTORE SCIENTIFICO DEL CENTRO REGIONALE DI FORMAZIONE PER L'AREA DELLE CURE PRIMARIE (CEFOMED) DEL FRIULI VENEZIA GIULIA



MMG: verso una riforma globale del SSR

Il quadro che si sta delineando nella Medicina Generale presenta un’evoluzione dal singolo Medico di Medicina Generale alle Cure Primarie.

Vi è grande interesse da parte di medici, Istituzioni e Regioni nel promuovere questo percorso.

Affinchè questo sviluppo si verifichi paradossalmente abbiamo sì bisogno di investimenti, ma soprattutto di una mentalità da investimento che ci consenta di giungere ad una riforma globale dell’intero sistema sanitario, componente ospedaliera inclusa.

Elementi generali di evoluzione del sistema si basano su alcune certezze: i servizi territoriali finora dispersi all’interno dei distretti, dei singoli ambulatori e delle varie forme associative devono essere in

qualche modo ricongiunti in un sistema globale di servizi.

Possiamo presumere che questo processo possa determinare una maggiore aggregazione anche logistica legata alla presenza di ambulatori unici, è certo che si va comunque nella direzione di grandi aggregazioni funzionali.

Continuità nelle cure e informazioni in rete, parallelamente a formazione continua dei professionisti ed empowerment dei cittadini sono gli elementi fondanti dell’innovazione e del progresso del Sistema Sanitario.

Nell’attuale contesto regionale, di questa evoluzione il “Libro Verde” rappresenta l’ideale punto di partenza.

Dalle farmacie positive risposte ai progetti di integrazione sociosanitaria



A cura di Alessandro Fumane-ri e Pierpaolo Marzini, rispettivamente presidente e segretario Federfarma-Unione regionale titolari di farmacie del Friuli Venezia Giulia

In merito al questionario proposto nell'ambito del GL "Cure primarie" di Federsanita ANCI FVG sono state ricevute risposte da circa il 57% delle farmacie della regione: i loro orientamenti dimostrano una certa omogeneità anche territoriale (tra province diverse). Di seguito una sintesi dei pareri espressi.

Valutazione delle farmacie sull'organizzazione delle strutture territoriali delle cure primarie e sui centri polifunzionali.

Tra le farmacie che hanno risposto, il 25% circa ha potuto osservare nel concreto esperienze di organizzazione in rete delle cure primarie. Si tratta principalmente di farmacie presenti nelle province di Udine e Pordenone, che hanno osservato un modello organizzativo che garantisce la presenza capillare dei professionisti delle cure primarie che assicurano la continuità della presa in carico degli assistiti residenti sul territorio di riferimento con un'organizzazione di servizio "in rete". L'organizzazione dell'assistenza primaria in rete costituisce certamente un'opportunità per implementare il livello di integrazione tra professionisti socio-sanitari del territorio – medici, pediatri, farmacisti, infermieri di comunità, servizi sociali degli Enti locali anche mediante l'utilizzo delle nuove tecno-

logie e della carta regionale dei servizi.

Tale modalità organizzativa è valutata positivamente quando viene mantenuta e potenziata, nell'ambito di una condivisione del territorio tra gli operatori del team locale delle cure primarie, la centralità del rapporto medico/paziente. Infatti, i farmacisti ritengono fondamentale il mantenimento del rapporto personale e confidenziale che si instaura tra medico titolare e assistito, che certamente può essere perfezionato con il supporto di un'efficiente organizzazione del servizio di continuità assistenziale in rete con i colleghi componenti la rete territoriale dell'assistenza medica di base.

Il potenziamento dell'attività in rete comporta anche il vantaggio di assicurare il mantenimento della presenza diffusa e capillare degli ambulatori medici sul territorio, soprattutto nei comuni meno densamente popolati, quali presidi indispensabili per garantire la sicurezza sanitaria dei cittadini.

Verifica della propensione delle farmacie a sviluppare e partecipare a progetti di integrazione con gli attori coinvolti nei servizi socio-sanitari del territorio.

Per quanto concerne l'integrazione dei servizi delle farmacie con le strutture della medicina generale e del SSN la maggioranza delle farmacie (70% circa) vede molto favorevolmente la collaborazione tra professionisti impegnati nel servizio di Assistenza domiciliare integrata (ADI) e nel servizio di gestione territoriale, con prevenzione pri-

maria e secondaria, delle patologie croniche e sociali. Si riscontra un atteggiamento più prudente (60% ca.) riguardo alla gestione "autonoma" del farmacista per un rapporto/presa in carico dei pazienti complessi. In questo ambito si suggerisce di implementare sperimentazioni di gruppi di lavoro integrati tra diverse professionalità, con precisazione dei rispettivi ruoli e responsabilità.

La disponibilità delle farmacie ad attrezzarsi per lo svolgimento di servizi in rete con il SSN, risulta favorevole (65% ca.) per quanto riguarda servizi di tipo "amministrativo", quali la prenotazione visite ed esami, riscossione ticket, il recapito e stampa di referti, la registrazione dei parametri di controllo delle patologie, con utilizzo della Carta regionale dei servizi.

La disponibilità a partecipare a servizi che richiedono attrezzature più costose e complesse e che comportano competenze tecniche professionali più sofisticate (telemedicina, defibrillatore) è più limitata (60% ca.). Anche per queste attività si ritiene opportuno lo svolgimento di sperimentazioni gestionali in aree e gruppi "pilota", finalizzate a elaborare moduli operativi applicabili successivamente su scala più vasta.

La totalità (90%) delle farmacie condivide la necessità di migliorare il circuito comunicativo con i servizi di Guardia Medica – Continuità assistenziale. La maggior parte delle farmacie sono anche favorevoli (70% ca.) ad iniziative di servizi ad hoc, quali la consegna domiciliare dei farmaci, nei giorni festivi e nell'orario

notturno e in favore dei pazienti in situazione di vulnerabilità sociale.

Relativamente all'integrazione delle farmacie con gli attori dei servizi socio sanitari ed assistenziali, tra le farmacie rispondenti prevale la propensione a partecipare ad iniziative socio sanitarie che valorizzano le competenze professionali e sanitarie dei farmacisti.

In particolare si registra un'adesione massiccia alla partecipazione nelle campagne di screening di prevenzione e diagnosi precoce oncologica e delle patologie sociali (76%), all'impegno nelle attività di informazione ed educazione a stili di vita salutari (74%), nonché nelle iniziative di informazione e consulenza sull'uso corretto dei farmaci e dei prodotti sanitari/salutari, alla lettura dei fogli illustrativi, alla conservazione domestica dei farmaci, etc. (80% circa).

La disponibilità ad impegnarsi nel contesto più propriamente socio-assistenziale appare più limitata (60% ca.). In quest'ambito si ritiene opportuno sviluppare progetti pilota e sperimentazioni su adesione volontaria, per attuare iniziative condivise tra gli organismi dei servizi sociali delle Amministrazioni comunali con medici di medicina generale e farmacisti del territorio comunale.

I risultati complessivi del sondaggio insieme agli altri due relativi agli amministratori locali e ai MMG verranno resi noti in occasione del convegno del 17 aprile a San Vito al Tagliamento.

Documenti e atti saranno pubblicati come sempre sul sito www.anci.fvg.it/federsanita

PIANIFICARE LA SALUTE, PIÙ SINERGIE TRA DIREZIONI AMBIENTE, TRASPORTI, SALUTE, AUTONOMIE LOCALI E SSR. ENTRO IL 2009 LINEE GUIDA, STANDARD E CRITERI DI RIFERIMENTO. ATTIVATO UNO SPECIFICO GRUPPO DI LAVORO

Task force prevenzione obesità e incidenti stradali

La promozione della salute passa anche attraverso un'adeguata pianificazione urbanistica e del territorio che rende possibile attuare e diffondere corretti stili di vita, a partire dalla prevenzione dell'obesità e degli incidenti stradali. È quanto prevede la generalità n. 129 del 21 gennaio della Giunta regionale che, tramite un approccio multidisciplinare, intende fornire, entro la fine del 2009, linee guida e criteri di riferimento per promuovere la salute ed una mobilità sostenibile e sicura, attraverso gli strumenti pianificatori delle Autonomie locali, il contributo di esperti e professionisti (MMG, ingegneri, architetti, etc.), nonché la consulenza preventiva delle aziende sanitarie (dipartimenti prevenzione). Criteri che siano di riferimento anche per la formulazione dei pareri igienico-sanitari da parte dei dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie così come previsto dalle Linee per la gestione 2009 del sistema sanitario regionale.

Su questi temi si è incentrato l'interessante **workshop per la costituzione di uno specifico gruppo di lavoro su pianificazione urbanistica e territoriale per la salute** (6 marzo) che riprende il tema sviluppato dal percorso formativo realizzato nel 2008, "Determinanti di salute in ambito urbano". L'obiettivo è quello di sensibilizzare gli amministratori e i progettisti coinvolti nella pianificazione della città e del territorio sull'opportunità che tutte le politiche urbane contribuiscono a garantire un ambiente favorevole alla salute, in linea con il piano regionale della prevenzione. "L'innovativo percorso prevede, dopo il workshop, l'attivazione di un tavolo di lavoro tecnico-scientifico che definirà di comune accordo i contenuti del documento da presentare alla

Giunta entro la fine del 2009", ha illustrato **Clara Pinna**, referente regionale prevenzione e promozione della salute della Direzione centrale salute e protezione sociale. Sull'importanza delle condizioni abitative, lavorative e ambientali per favorire la salute è intervenuta **Marcella Di Fant** della stessa direzione. Qualificati contributi e proposte sulle sinergie da attivare tra le diverse direzioni centrali sono, quindi, venute da **Luciano Agapito**, direttore centrale pianificazione territoriale, Autonomie locali e sicurezza, **Iliana Gobbino**, direzione centrale mobilità, energia e infrastrutture di trasporto, **Tiziano Tirelli**, direttore servizio VIA della direzione ambiente, lavori pubblici e protezione civile. Ulteriori indicazioni su diversi fronti sono state fornite dal rappresentante della federazione regionale architetti FVG, **Luciano Lazzari**, e dai direttori scientifici di ARPA FVG, **Giorgio Mattassi** e CEFORMED FVG, **Luigi Canciani**. Per gli amministratori locali sono intervenuti **Maria Grazia Santoro**, assessore alla pianificazione territoriale, Agenda 21, gestione del territorio del Comune di Udine (capofila Rete Città sane FVG) e **Nerio Belfanti**, vicepresidente vicario ANCI FVG, referente urbanistica e pianificazione territoriale. Quest'ultimo ha valutato positivamente la proposta di intensificare da parte dei Comuni l'utilizzo dei pareri preventivi e delle banche dati delle ASS e, nel contempo, di favorire la semplificazione anche tramite strumenti scientifici snelli di supporto per gli Enti locali. Da parte di tutti i qualificati relatori è venuta piena disponibilità per condividere gli obiettivi proposti e proseguire il percorso a livello operativo nella prossima riunione già fissata per il 20 aprile.

A conclusione dei lavori il presi-

dente di Federsanità ANCI FVG, **Giuseppe Napoli**, ha accolto la richiesta della Regione affinché la federazione si faccia carico di sostenere il progetto tramite il coordinamento del gruppo di lavoro e la relativa attività di comunicazione. Quindi, dopo aver apprezzato il coinvolgimento attivo dei vertici delle direzioni centrali e degli altri qualificati enti e ordini professionali, Napoli ha condiviso l'opinione che l'attuale congiuntura, particolarmente difficile, potrebbe costituire un'occasione utile per meglio focalizzare le migliori scelte per il territorio e le comunità locali. Alla base di tale percorso comune vi è anche la volontà di innovare nel segno della sostenibilità complessiva dei sistemi, dalla Green economy alla semplificazione della burocrazia. "A tal fine si rivelano fondamentali - ha detto - le sinergie preventive tra istituzioni e tra reti di Comuni, quali Città sane - OMS (VIS - valuta-

zione impatto di salute), nonché la pianificazione sovracomunale per la salute e l'ambiente".

Infine, il presidente di Federsanità ANCI FVG ha auspicato che il neo costituito tavolo multisettoriale possa realizzare interventi graduali, definire strumenti utili, standard e linee guida per valutare i risultati conseguiti e costituire utile supporto per l'attività di Comuni e Province.

In prospettiva il GL potrebbe individuare anche puntuali suggerimenti per il legislatore finalizzati a incentivare in modo adeguato i comportamenti e le scelte virtuose. Grande attenzione è stata dedicata anche ai temi della formazione, sia per i professionisti che per il personale tecnico e gli stessi amministratori locali.

Gli atti del workshop e tutti gli aggiornamenti sono disponibili nella nuova sezione del sito www.anci.fvg.it/federsanita

ROBERTO FERRI NUOVO DIRETTORE ASS 2 ISONTINA. PRIMI INCONTRI CON I SINDACI DI GORIZIA E MONFALCONE

Isontino, bassa friulana e CSC nuovi vertici

Si è tenuto il 3 marzo presso il Municipio di Monfalcone il primo incontro tra il sindaco, **Gianfranco Pizzolitto** e il neodirettore generale dell'Azienda sanitaria N. 2 Isontina, **Roberto Ferri**, all'indomani del suo insediamento e dell'incontro con il primo cittadino di Gorizia, **Ettore Romoli**.

Oltre alla valorizzazione delle specialità dei due ospedali, nel segno del coordinamento, Ferri ha confermato la volontà di rafforzare l'integrazione tra sanità e territorio e assicurare servizi di qualità negli interventi socio-sanitari, per cui è indispensabile - ha evidenziato - la collaborazione dei Comuni per ottimizzare gli interventi e concordare programmi e prospettive partendo dall'ascolto delle esigenze dei cittadini. Da parte sua il presidente dell'ANCI FVG, Pizzolitto, ha auspicato la massima collaborazione nel rispetto di ruoli e competenze e ha dichiarato: "Il sindaco dà consigli e indirizzi, ma strumenti e metodo spettano al direttore generale con il quale ha auspicato un dialogo aperto e costruttivo".

Il 2 marzo si sono insediati anche i nuovi direttori generali dell'ASS n. 5 Bassa friulana, **Paolo Bordon** e del Centro Servizi Condivisi, **Manuela Baccarin**.

Piano socio sanitario FVG 2010-2012: ANCI e Federsanità, Libro verde metodo giusto

Anci e Federsanità condividono il metodo partecipativo proposto dalla Giunta regionale attraverso il "Libro Verde" e - nella convinzione che il diritto ad una vita sana debba essere il risultato di responsabilità condivise - il 17 aprile, nel corso di un seminario a San Vito al Tagliamento, presenteranno ufficialmente il proprio punto di vista, con osservazioni e proposte utili alla stesura



Da sinistra: Kotic, Barbina, Frattura, Pizzolitto, Napoli e Boem

del prossimo Piano socio sanitario regionale 2010-2012.

Lo hanno assicurato a Udine i presidenti dei due organismi, Gianfranco Pizzolitto per l'Anci e Giuseppe Napoli per Federsanità che, assieme ai rispettivi direttivi, hanno incontrato l'assessore alla Salute e Protezione sociale, Vladimiro Kotic e il direttore dell'Agenzia regionale della Sanità, Lionello Barbina. Se dunque Federsanità e Anci si riservano un approfondimento sui contenuti del documento predisposto dal Governo regionale che, ha detto Pizzolitto, "stimola sinergie, accentua il senso di appartenenza", non sono comunque mancati alcuni suggerimenti "per migliorare un sistema sanitario e del welfare già di ottima qualità".

Per Pizzolitto, in particolare, alle 13 linee strategiche ne andrebbe aggiunta un'altra, dedicata alla sicurezza sul lavoro. E le sette parole chiave (equità, qualità, sostenibilità, trasparenza, sicurezza, responsabilità, semplificazione) dovrebbe-

ro essere nove, con in più "integrazione e prevenzione". E, se è vero che i problemi principali sono legati all'aumento della vita media e alle patologie croniche, "servono anche progetti per identificare i nuovi bisogni, talvolta legati ai cambiamenti demografici".

Dal canto suo il presidente Napoli, sottolineando come "il Libro Verde dimostri la volontà di programmare assieme", ha posto l'accento anche su temi quali continuità assistenziale e cure primarie, su cui Federsanità ha attivato due gruppi di lavoro.

Concludendo il confronto, l'assessore Kotic ha ricordato come l'idea del Libro Verde sia nata incontrando la gente, ascoltandone problemi e bisogni.

Per Kotic ora si tratta di guardare tutti "allo stesso punto di approdo, dandoci gli stessi obiettivi e condividendo e analizzando gli stessi dati".

Dunque quello auspicato da Kotic è un rapporto di fiducia tra "saperi e politica",

per "un patto istituzionale che sappia indicare i cambiamenti di cui abbiamo bisogno". Il che significa, ad esempio, che "sulla riorganizzazione della rete ospedaliera nulla è stato deciso: lo si farà assieme".

Non è mancata, da parte dell'assessore regionale, in risposta ad una preoccupazione espressa dal presidente della Conferenza permanente Vittorino Boem, l'assicurazione che "non vi è nessuna sanitarizzazione del sociale ma semmai una maggiore responsabilizzazione della sanità sulle tematiche assistenziali", mentre il Distretto sarà "il luogo in cui la presa in carico sarà garantita dalla presenza delle figure professionali più adeguate".

E sulla proposta di un'ulteriore linea strategica, Kotic ha evidenziato come il tema della sicurezza sul lavoro sia da sempre una priorità dell'Esecutivo regionale, che in proposito ha istituito uno specifico Comitato (n.d.r. insediato il 6 aprile) e siglato un protocollo con le Procure della Repubblica.

IL 18 MAGGIO, A UDINE, NELL'AUDITORIUM DELLA REGIONE, PRESENTAZIONE DEL PROGETTO IN CORSO DI SPERIMENTAZIONE

Campagna "un dono per la vita" comuni testimonial



La Regione Friuli Venezia Giulia sosterrà il progetto "Un dono per la vita", promosso dal Ministero della Salute, con il patrocinio dell'ANCI, in collaborazione con il Centro regionale Trapianti, Federsanità ANCI federazione dei Friuli Venezia Giulia e le Associazioni di volontariato, utilizzando gli ordinari momenti di "incontro" tra le Amministra-

zioni locali ed i cittadini.

Il progetto consiste nella consegna al cittadino, unitamente al rilascio della nuova carta d'identità presso gli uffici anagrafe, di un opuscolo informativo e del tesserino per la dichiarazione di volontà in merito alla donazione degli organi dopo la morte. L'iniziativa, resa possibile dal Decreto Ministeriale 11 marzo 2008, che ha incluso gli uffici comunali ed i Centri regionali per i

trapianti tra i punti abilitati alla raccolta delle espressioni di volontà, si caratterizza per il coinvolgimento delle amministrazioni comunali con il coordinamento di Federsanità ANCI FVG, delle aziende sanitarie e della rete trapiantologica e risponde all'esigenza di sensibilizzare la popolazione sul tema della donazione.

Il progetto "Un dono per la vita" verrà presentato ufficial-

mente agli amministratori locali e al personale interessato dei 218 Comuni del Friuli Venezia Giulia, lunedì 18 maggio, alle ore 10, nell'Auditorium della Regione Friuli Venezia Giulia, a Udine. Nell'occasione, alla presenza dell'Assessore Vladimiro Kotic e dei responsabili del progetto verranno illustrate le azioni da avviare per la formazione dei competenti dipendenti comunali.