

GENNAIO 2013



Verso una nuova organizzazione sanitaria in Toscana



Verso una nuova organizzazione sanitaria in Toscana

In questo numero abbiamo chiesto ai relatori del convegno omonimo organizzato da Anci Toscana e Regione Toscana lo scorso 11 gennaio, di riassumere i loro interventi. Inoltre trovate un utile approfondimento curato da Federsanità Anci Toscana per capire meglio il percorso che in materia di salute le Istituzioni locali hanno avviato negli ultimi anni, e dove ci si auspica che questo porti, alla luce delle novità normative e sociali emerse di recente



AUT@AUT

PERIODICO DELLE AUTONOMIE DELLA TOSCANA

Anno XXI numero n. 01 gennaio 2013
Reg. Trib. di Prato nr. 180 del 8/7/1991.

Editore: Aut&Aut Associazione

Proprietà: Anci Toscana

Direttore responsabile: Marcello Bucci

Direttore editoriale: Alessandro Pesci

Collegio di garanzia: Alessandro Cosimi, Sabrina Sergio Gori, Angelo Andrea Zubiani

Redazione: Anci Toscana - email: ufficio.stampa@ancitoscana.it

Caporedattore: Olivia Bongianni

In redazione: Guendalina Barchielli, Sandro Bartoletti, Monica Mani, Hilde March

Collaboratori: Enzo Chioini, Sara Denevi

Grafica e impaginazione: Osman Bucci

Anci Toscana

Viale Giovine Italia, 17 - 50122 Firenze Tel 055 2477490 - Fax 055 2260538

posta@ancitoscana.it - www.ancitoscana.it

Per quanto riguarda i diritti di riproduzione, l'editore si dichiara pienamente disponibile a regolare eventuali spettanze per quelle immagini di cui non sia stato possibile reperire la fonte.

INTRODUZIONE	3
Nuovi strumenti per migliorare la Sanità in Toscana A cura di Federsanità - Anci Toscana	
Difendere il nostro "patrimonio sanitario" Giorgio Del Ghingaro	4
Tempo di cambiamenti Luigi Marroni	6
Il quadro giuridico di riferimento Katia Belvedere	7
La via dell'integrazione Carlo Paolini	9
Premiare l'efficienza M.Paola Ciccone	11
Le SdS non sono un'esperienza da cancellare Luciano Bartolini	12
Uno strumento di razionalizzazione Luca Ceccarelli	14
APPROFONDIMENTO a cura di Federsanità - Anci Toscana	
Il documento dei comuni toscani	15
Le Società della Salute: quale destino?	18
ALTRI MERIDIANI "Buone idee in giro per il web"	20

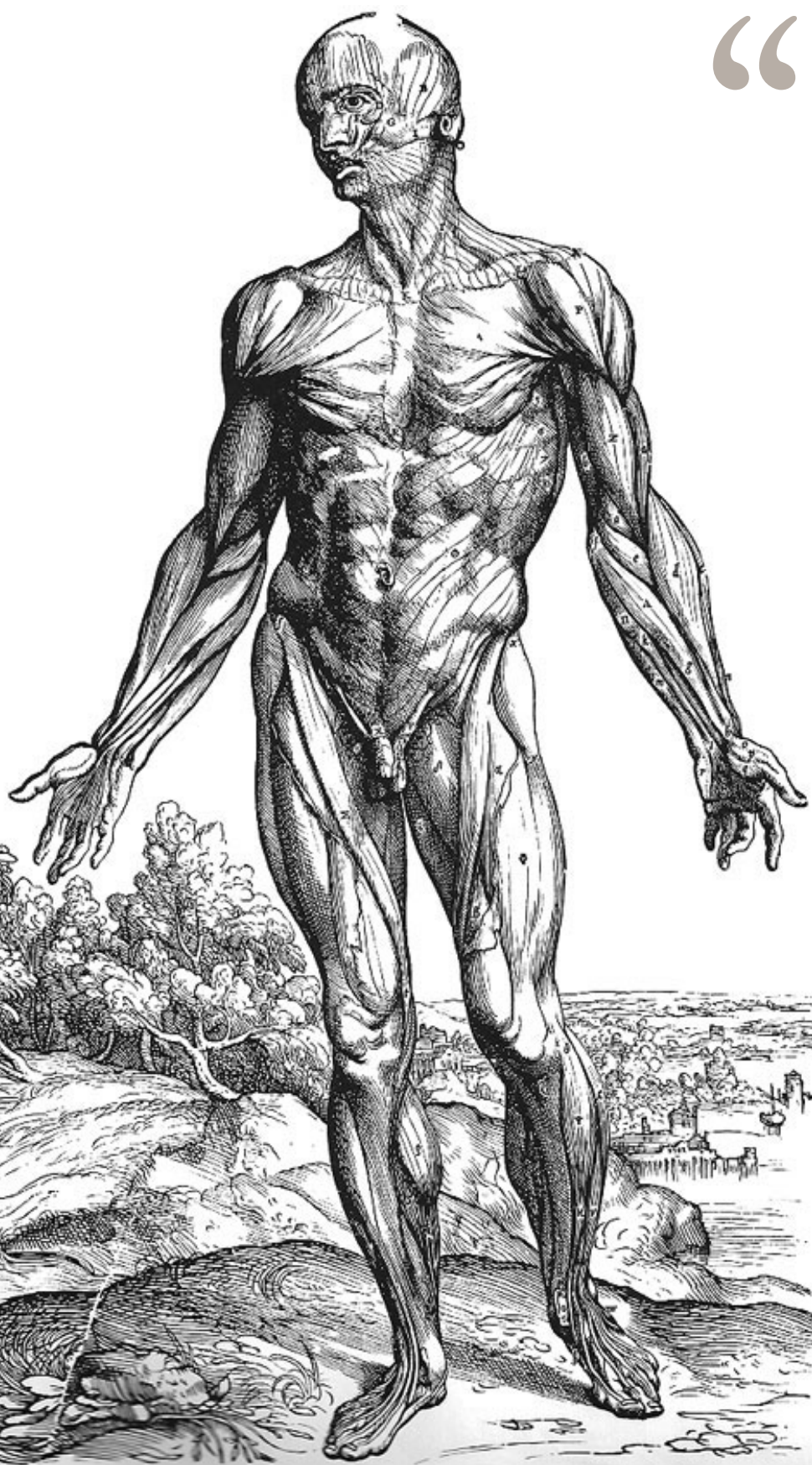
PERCORSI DI CITTADINANZA

Sahara Occidentale e RASD	21
Il dramma dei bambini saharawi raccontato dal film di Fiorella Bondoni	22
La fondazione Kennedy	22
Il Coordinamento toscano: insieme per fare la differenza	23
Sostenere la causa saharawi attraverso l'impegno sui diritti umani nel Sahara Occidentale	24
Pontedera coopera: uno sguardo sul nuovo progetto per i saharawi	24

Per le immagini di questo numero:
<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/historicalanatomies/browse.html>

Nuovi strumenti per migliorare la Sanità in Toscana

A cura di Federsanità Anci Toscana



“Dobbiamo riformare il sistema, senza disperdere quanto fatto fino ad oggi sul terreno dell'integrazione socio sanitaria, che ha raggiunto in più di una realtà livelli avanzati al punto tale che la separazione *tout-court* rischia di procurare un danno maggiore dei benefici attesi dai processi di riforma”

I sistemi sanitari sono soggetti a continui cambiamenti e a periodici processi di riforma strutturale. Normalmente questi percorsi durano anni e decenni, nella situazione attuale di profonda crisi economica e finanziaria si è costretti ad una forte accelerazione. La delibera G.R.T. 1235 del 28 dicembre 2012 approva un Piano Operativo Regionale che va in questa direzione. Le linee generali sono condivisibili, sono coerenti con i nuovi bisogni di salute espressi dalle nostre comunità. Per spiegare pienamente il suo potenziale, tuttavia, il Piano Operativo necessita di modifiche alle leggi regionali in materia

e di procedere verso una approvazione del PSSIR che giace da qualche tempo in Consiglio Regionale. I comuni toscani vogliono stare dentro questo processo di riforma in atteggiamento positivo e innovatore, ma per farlo devono essere coinvolti maggiormente nei processi decisionali e di elaborazione delle soluzioni. La regione Toscana vanta grandi successi in sanità che sono stati ottenuti dalla forte coesione delle istituzioni e delle nostre comunità; solo dal concorso di tutti gli attori sulla scena possono scaturire idee e energie per attraversare il momento di difficoltà, evitando così di ricorrere solo a tagli indiscriminati e imposti dall'alto.

Un ragionamento simile vale anche per il sistema di protezione sociale. Le novità del federalismo municipale, la definizione delle funzioni fondamentali, l'associazionismo municipale obbligatorio, il taglio ai fondi, mettono a rischio la tenuta dei sistemi di servizio così come li conosciamo. Occorre dotare i comuni degli strumenti normativi necessari per inaugurare il sociale di iniziativa, con programmazione coerente e misurabile nei risultati. A questo scopo la scala comunale è spesso insufficiente a garantire servizi che siano efficienti e sostenibili oltre che efficaci.

Abbiamo creduto che la risposta fosse nelle Società della Salute. Alcuni fattori esogeni hanno messo in discussione questa impostazione oltre i risultati ottenuti e ottenibili dalle SdS. Il primo riguarda la legislazione nazionale che mette in discussione la possibilità dei

comuni di agire tramite un consorzio di funzioni, la seconda risiede nella necessità di accelerare i processi di riforma del sistema per adeguarli e renderli pertinenti all'oggi, come suggerisce la delibera regionale 1235/2012. Il superamento delle SdS però non può rimanere un auspicio, dobbiamo renderlo praticabile all'interno della nuova organizzazione socio sanitaria toscana. Occorre offrire ai comuni gli strumenti indispensabili per ottenere quella dimensione di scala necessaria a far compiere al sociale il salto in avanti necessario così come le stiamo pensando per la sanità. Tuttavia non possiamo disperdere quanto fatto fino ad oggi sul terreno dell'integrazione socio sanitaria, che ha raggiunto in più di una realtà livelli avanzati al punto tale che la separazione *tout-court* rischia di procurare un danno maggiore dei benefici attesi dai processi di riforma. Non è un caso che fra le soluzioni possibili stia prendendo forma l'ipotesi del mantenimento della forma consortile per gestire il socio assistenziale comunale. Occorre un pensiero istituzionale che sia forte e coraggioso. Compito dei comuni toscani sarà quello di giocare la partita a viso aperto nei confronti delle altre istituzioni coinvolte a partire dalla Regione Toscana ma soprattutto nei confronti dei nostri cittadini, ai quali dovremo spiegare che per guadagnare salute oggi sono necessari nuovi strumenti e una organizzazione socio sanitaria diversa da quella a cui siamo stati abituati da sempre.



Difendere il nostro “patrimonio sanitario”

GIORGIO DEL GHINGARO sindaco di Capannori, presidente di Federsanità Anci Toscana

Il momento è delicatissimo, siamo tutti amministratori e lo sappiamo bene. Non si tratta più di trovare economie e razionalizzazioni della spesa, o di fare sacrifici sui settori meno essenziali per preservare servizi, attività e capacità amministrativa negli ambiti fondamentali per i nostri cittadini. Ora siamo ad incidere sulla natura stessa delle amministrazioni pubbliche e, di conseguenza, non affrontiamo più solo tagli, economie e sacrifici, ma siamo di fronte delle vere e proprie ‘riforme di sistema’. La *crisi* ha rotto gli equilibri e ora ci costringe a recuperare in brevissimo tempo i processi innovativi mancati. Ovviamente la rapidità e la durezza delle emergenze che si sono succedute dal 2008 fino ad oggi coinvolgono tutti e tutto, senza distinzioni. Anche i comuni, le regioni e le aziende sanitarie sane sono pienamente e inderogabilmente coinvolte nelle ‘riforme di sistema’ che dobbiamo realizzare.

Il sistema sanitario per la nostra regione è un vero e proprio patrimonio custodito gelosamente, fatto di strutture, strumenti, mezzi, professionalità, competenze, passioni. Un patrimonio che risponde orgogliosamente al nostro dettato costituzionale e che non vuole arretrare. Ha ormai radici tanto forti che l’accumularsi nel tempo di diritti assi-

curati dalle leggi non rappresenta più soltanto un dato legislativo, contingente e mutevole nel tempo, ma è ormai acquisito come un dato naturale. Contemporaneamente il sistema sanitario è anche una delle maggiori ‘fabbriche’ della regione; in alcuni luoghi è davvero la maggiore azienda cittadina in termini di addetti, valore della produzione, ricadute nell’indotto locale. Si tratta dunque di un patrimonio regionale preziosissimo anche per le comunità locali sotto molteplici punti di vista che, tra tutti, abbiamo il dovere di difendere e sviluppare.

Tuttavia sappiamo benissimo che per conservare, migliorare ed espandere il nostro sistema sanitario, occorre confrontarsi costantemente con tre dimensioni tra loro divergenti: Salute - Risorse - Diritti.

- Garantire i Livelli di Assistenza
- Garantire il buon uso delle risorse economico-finanziarie
- Garantire i diritti e il coinvolgimento dei cittadini/utenti

Trovare un nuovo e necessario equilibrio tra queste tre dimensioni è il vero fine dell’azione di governo. Basandoci sulle capacità di innovazione e di riorganizzazione, è questo oggi il nostro compito, il compito degli amministratori, dei professionisti,

delle comunità, delle forze politiche e sociali. La trasparenza in materia è molto importante. Se sono necessarie riorganizzazioni nei servizi offerti in materia sanitaria e sociosanitaria, le scelte da fare richiedono partecipazione e chiarezza, secondo priorità razionali e non discriminatorie. Partecipazione al processo decisionale, pubblicità delle scelte effettuate, non discriminazione nei loro effetti, sono i criteri cardine da seguire.

Quella locale è la dimensione in cui, alla fine, occorrerà riorganizzare tutte le integrazioni tra i vari sistemi. Vale a dire che i vari livelli delle reti ospedaliere, i vari dipartimenti interaziendali che comporranno la sanità territoriale, i nuovi assetti delle cure primarie, i percorsi assistenziali sociosanitari integrati, saranno portati verso un baricentro da ‘Area Vasta’, tuttavia la loro azione operativa, concreta e quotidiana, arriverà comunque a trovare un assetto e una pratica legata ai singoli territori. E dovrà, comunque, rendere conto ai singoli territori del grado di integrazione raggiunto da tutti questi sistemi, della loro reale appropriatezza, del grado di copertura che offrono, della loro omogeneità e uniformità. In una parola sola, della loro ‘qualità’.

Segue a pag. 5 ►►



Segue da pag. 4 ►►

Le Società della Salute

Le Società della Salute non sono una ridondante sovrastruttura, ma la contrario una grande infrastruttura pubblica che unisce strutture organizzative prima separate perché appartenenti ai comuni singoli e alle aziende sanitarie, il cui scopo è quello di mettere insieme ed unire operativamente le risorse, le capacità professionali e le competenze amministrative che popolano i territori toscani.

Delle SdS si può dire facilmente anche quello che non sono, e che non sono mai state: un rifugio per politici senza cariche, o per personale senza ruoli e compiti, oppure un luogo in cui si è gonfiata la spesa pubblica senza costrutto. Certamente le SdS sono strumenti scomodi, ingombranti e sofisticati, proprio perché non si basano sulla moltiplicazione dei centri decisionali ma sul loro incrocio e sulla loro riduzione consensuale.

Un disimpegno improvviso e irragionevole dai percorsi di integrazione, in realtà non farebbe altro che portare in evidenza i ritardi accumulati dalle pubbliche amministrazioni e dalle aziende sanitarie. Il semplice scioglimento dei Consorzi SdS, se effettuato senza prospettive e strumenti alternativi, sottoporrebbe il sistema toscano ad un forte rischio di frammentazione per quanto riguarda le ge-

stioni associate socioassistenziali, e di separazione tra le linee organizzative aziendali e comunali in ambito sociosanitario.

La trasformazione delle SdS implica necessariamente il coordinamento di un'insieme di misure specifiche volte a recuperare, in maniera distinta, le tre funzioni di sistema che finora erano insite nel consorzio:

- Associazionismo comunale
- Cooperazione tra comuni e aziende sanitarie
- Governance istituzionale.

A cui vanno aggiunti la definizione del percorso amministrativo per il superamento della forma consortile nel corso del 2013, e il sostegno fornito da un programma di accompagnamento realizzato congiuntamente da regione e comuni.

Il tema della governance è assolutamente centrale. Registriamo con grande piacere questa rinnovata volontà di strutturare un serio sistema di decisioni condivise, trasparenti e verificabili. Bene, questo è il primo campo di lavoro comune. Troviamo le nuove regole, le competenze, i vincoli e le modalità di funzionamento di questi organismi e iniziamo a lavorare.

Nodo centrale, quindi, è la governance. È necessario realizzare un percorso collaborativo, indispensabile per evitare lo smantellamento del sociosanitario e per garantire la tenuta territoriale dei servizi sanitari. A livello di governance, integrazione è oggi più che mai la parola d'ordine. In quale luogo si ritiene opportuno affrontare questa priorità per la sanità toscana? Quale vogliamo che sia la sede della discussione con la Regione? Quale ruolo vogliamo ricoprire in questo processo che interessa direttamente i territori che rappresentiamo?

Dobbiamo trovare le forze per far emergere una visione più larga, capace di coniugare questo grande processo di riorganizzazione che interessa la salute con le riforme istituzionali di fondo che deve affrontare la comunità toscana. Questa visione va sostenuta, alimentata e rafforzata.



“Nodo centrale è la governance. È necessario realizzare un percorso collaborativo, indispensabile per evitare lo smantellamento del sociosanitario e per garantire la tenuta territoriale dei servizi sanitari”



Tempo di cambiamenti

LUIGI MARRONI, assessore al diritto alla salute della Regione Toscana

“ La sfida è generare più valore per la popolazione con le risorse di cui disporremo. Perché il problema non è spendere meno, ma cambiare il sistema ”

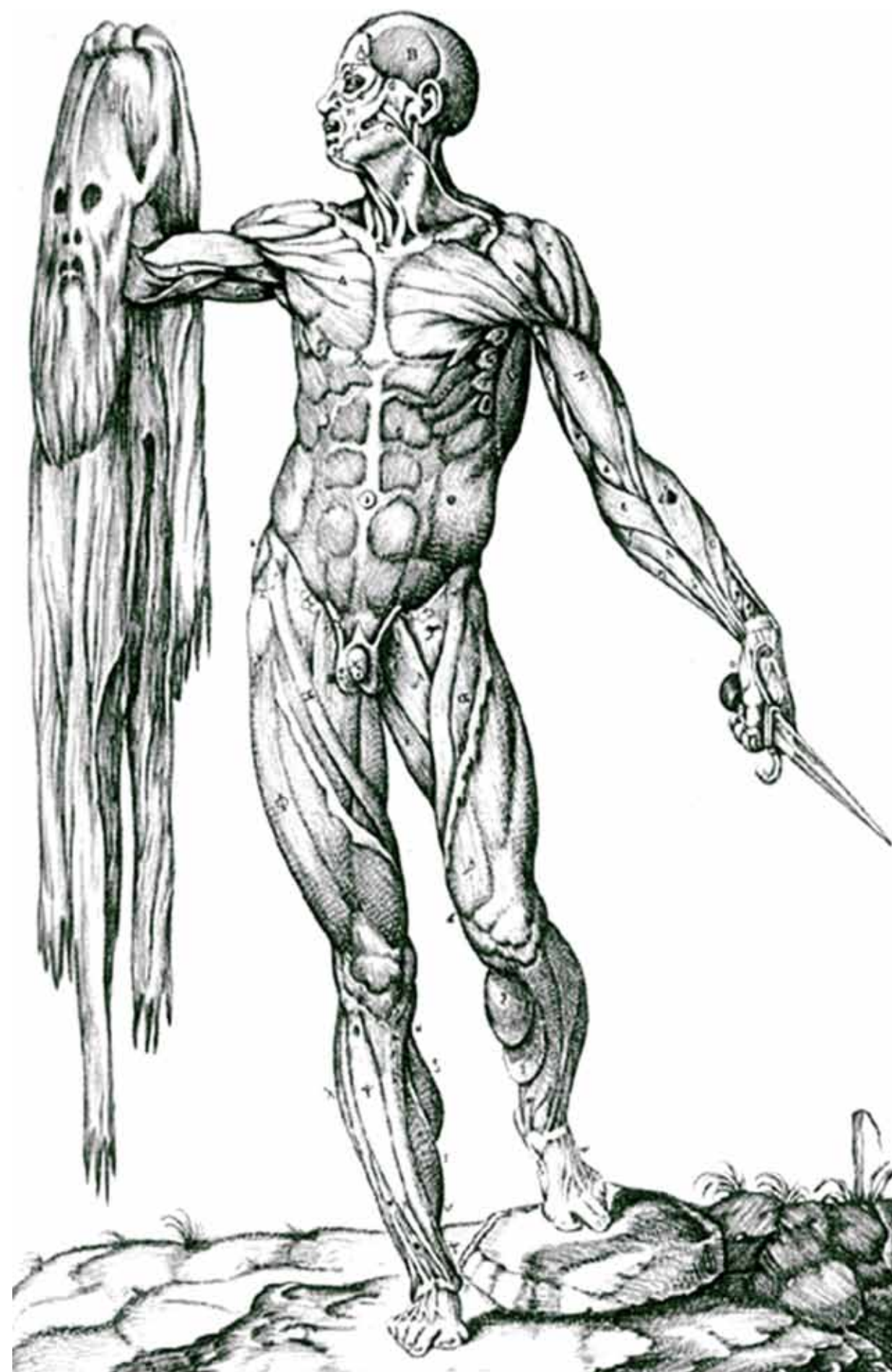
Con la fine del 2012, come giunta regionale abbiamo varato la delibera che approva le “Linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree Vaste per il riordino del sistema sanitario regionale”: un lavoro corposo che, negli ultimi mesi dell’anno, ha impegnato l’assessorato al diritto alla salute nel ridisegnare l’organizzazione del sistema sanitario toscano, dai servizi sul territorio agli ospedali, dall’emergenza urgenza, ai laboratori di analisi, ai servizi della prevenzione. Una riorganizzazione intrapresa non solo e non tanto per fare fronte alla riduzione delle risorse, ma soprattutto per rendere il servizio sanitario più efficiente, appropriato, di qualità, eliminare sprechi e duplicazioni, rispondere in maniera sempre più adeguata ai bisogni di salute dei cittadini. La sanità toscana si trova a fronteggiare una riduzione consistente di risorse, quando il bisogno socio-sanitario della popolazione tende ad aumentare. La sfida è generare più valore per la popolazione con le risorse di cui disporremo. Perché il problema non è spendere meno, ma cambiare il sistema. Fino ad oggi ci si è limitati a contenere la spesa sanitaria, inseguendo obietti-

vi di buona gestione, di razionalizzazione, di compatibilità e di standardizzazione, su cui la Toscana ha operato con coerenza e rigore. Il diritto alla tutela della salute oggi è minacciato non solo dai pesanti problemi finanziari, ma anche dal fatto che i modelli sanitari, che finora hanno garantito questa tutela, si stanno dimostrando inadeguati rispetto ai progressi della medicina e alle trasformazioni sociali. La Toscana possiede un sistema sanitario che viene, a ragione, reputato avanzato, ma anche nel nostro sistema i modelli di tutela della salute ed erogazione dei servizi, anche se ripetutamente razionalizzati, riorganizzati, territorializzati, non saranno più adeguati se non saremo capaci di mutarli. Se non si è in grado di rispondere bene e con tempestività ai profondi cambiamenti esterni, si rischia di avere un problema di regressività. Insomma, come ho ripetuto in più occasioni, senza un pensiero di cambiamento, il diritto alla salute non ha futuro. Per questo abbiamo concepito un piano di riorganizzazione che tocca molti aspetti della sanità toscana. Due le parole chiave di questa riorganizzazione: qualità, cioè la risposta appro-

priata e pertinente, erogata con professionalità nei luoghi e con le modalità che possano garantirla al meglio; equità, perché tutti i cittadini abbiano la possibilità di ricevere “buone cure”, indipendentemente da dove, con chi e con quali risorse economiche vivono. Tutta la riforma è costruita attorno al paziente, che però non dovrà accorgersi del cambiamento: al cittadino interessa avere un buon servizio, veloce, efficiente, non gli interessa come siamo organizzati.

Le nuove linee di indirizzo varate a fine anno sono state concertate e discusse con tutte le organizzazioni sindacali interessate attraverso un approfondito percorso di confronto. Entro marzo, le aziende sanitarie e le Aree Vaste stipuleranno protocolli attuativi vincolanti con gli enti locali, le organizzazioni professionali e sindacali e le Università.

Per supportare le azioni di riordino previste dalla delibera, la Regione investe 42 milioni di euro: una cifra consistente, un investimento che ci consente di realizzare questo piano di riorganizzazione, per risparmiare, certo, ma soprattutto per dare servizi migliori ai cittadini toscani.



Il quadro giuridico di riferimento

KATIA BELVEDERE dirigente Settore "Affari giuridici e legali", Direzione Generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" – Regione Toscana



La crisi economica internazionale degli ultimi anni ha determinato la necessità per i sistemi istituzionali di procedere ad una razionalizzazione delle risorse impiegate e, contestualmente, ad una revisione degli assetti organizzativi improntata a criteri di ottimizzazione ed efficienza.

L'eccezionalità del momento storico ha determinato un quadro giuridico particolarmente interessante anche per la tipologia di strumenti normativi utilizzati: i decreti legge. Come è noto il decreto legge è un atto a valenza normativa emanato dal Governo, ma che non rappresenta la ordinaria modalità di manifestazione del potere legislativo (vale a dire la legge ordinaria approvata dalle Camere), bensì uno strumento cui si ricorre laddove sussistono motivi di urgenza tale da necessitare un immediata regolamentazione normativa, alla quale deve conseguire entro 60 gg. specifica conversione tramite una legge approvata dal Parlamento.

Al solo fine di far comprendere la copiosità della produzione di decreti legge adottati negli ultimi due anni, ne ricordiamo alcuni: Decreto legge 31 maggio 2010, n.78; Decreto legge 29 dicembre 2010, n.225 (c.d.

milleproroghe 2011); Decreto legge 13 agosto 2011, n.138 (c.d. "manovra d'agosto"); Decreto legge 6 dicembre 2011, n.201 (c.d. Salva Italia); Decreto legge 6 luglio 2001, n.98; Decreto legge 29 dicembre 2011, n. 216(c.d. milleproroghe 2012); Decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 (c.d. svuota carceri); Decreto legge 22 gennaio 2012, n. 1 (c.d. Cresci Italia- Liberalizzazioni); Decreto legge 9 febbraio 2012, n. 5 (semplificazione e sviluppo); Decreto legge 2 marzo 2012, n. 16; Decreto legge 24 marzo 2012, n.29; Decreto legge 6 luglio 2012,n.95 (spending review); Decreto legge 7 maggio 2012 , n.52; DL 57/2012; Decreto legge 12 maggio 2012, n. 83 (decreto sviluppo); Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (Decreto Balduzzi); Decreto legge 10 ottobre 2012, n. 174; Decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179(crescita-bis). Da ricordare, anche se non assunto con la forma del decreto legge, il Decreto legislativo n. 118/2011, in materia di armonizzazione sistemi contabili regioni, degli enti locali e loro organismi.

Alla luce di tali previsioni, pur non immediatamente vincolanti per le Regioni e il SSR, la Regione Toscana ha avviato alcuni processi di razionalizzazione tradottisi, fra l'altro, nelle previsioni normative della legge regionale finanziaria per il 2011(l.r. 65/2010) e nella legge regionale finanziaria per il 2012 (l.r. 66/2011).

È con il DL 98/2012, ma, soprattutto, con il DL 95/2012 (c.d. spending review) e con il DL 158/2012 (c.d. Decreto Balduzzi), che sono state introdotte le disposizioni normative più rilevanti, ai fini del riordino del SSN, attraverso il principio cardine della contrazione delle risorse ad invarianza dei servizi. La Regione Toscana ha ritenuto, comunque, essenziale proseguire nel già avviato percorso di riordino del SSR, procedendo a una complessiva azione di riassetto del sistema. Tale processo si è realizzato, e si sta realizzando, attraverso diversi interventi normativi regolamentari e amministrativi: la legge finanziaria regionale per l'anno 2013 (l.r.77/2012), la l.r. 81/2012 (testo collegato alla legge finanziaria), il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria, diversi atti amministrativi (delibere GR n.754/2012 e n.1235/2012), gli Accordi integrativi regionali per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e i Medici Specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità (di cui alle Delibere GR n.1231/2012 e n.1228/2012), ma anche il processo di revisione del Piano Integrato Socio Sanitario Regionale.

I principi fondamentali che hanno caratterizzato gli interventi sopramenzionati sono: appropriatezza, ra-

Segue a pag. 8 ►►

Segue da pag. 7 ►►

zionalizzazione e garanzia dei livelli di qualità dei servizi. Nello specifico, ricordiamo le principali disposizioni introdotte dalla l.r.81/2012: l'art.1, inerente le misure di contenimento della spesa per il personale delle Aziende sanitarie; l'art.2, riguardante le misure di contenimento della spesa relative ai contratti e agli accordi per l'acquisto di prestazioni sanitarie dai soggetti privati accreditati; l'art.3 riguardante i budget per la farmaceutica e i dispositivi medici; l'art.4, recante misure di razionalizzazione della rete ospedaliera; l'art.5 inerente le misure di razionalizzazione del sistema di emergenza-urgenza territoriale; l'art.6, relativo al riordino modalità riscossione ticket e all'attività di controllo e recupero in caso di omesso pagamento; l'art.7, inerente le prestazioni sanitarie specialistiche e diagnostico strumentali e la disdetta delle prenotazioni; l'art.10, contenente la revisione organizzativa del Dipartimento della prevenzione; gli artt. 12, 13 e 14, inerenti il bilancio preventivo economico annuale, il monitoraggio sull'andamento economico della gestione aziendale e il procedimento di adozione degli atti di bilancio. Importanti innovazioni sono stati introdotte, anche, dai citati Accordi integrativi regio-

nali per la disciplina dei rapporti con i MMG e con i Medici Specialisti ambulatoriali, in particolare in merito alle Aggregazioni Funzionali Territoriali, alle Unità Complesse di Cure Primarie e alla Continuità assistenziale.

Ulteriori importanti principi di riorganizzazione del sistema sanitario e socio-sanitario sono stati introdotti mediante il DPEF, del quale si evidenzia, in particolare, la ipotesi di riassetto della forma giuridica delle Società della Salute.

Come è ormai notorio la complessa produzione normativa che negli ultimi anni si è succeduta in materia, nello specifico in merito alla soppressione dei consorzi di funzioni ed all'obbligo della gestione associata delle funzioni fondamentali, ha indotto una ineludibile riflessione sull'attuale regolamentazione delle SdS.

La nuova ipotesi di riorganizzazione dell'assetto delle SdS, contenuta nel DPEF, si ispira ai seguenti principi fondamentali: valorizzazione ed implementazione della integrazione socio-sanitaria; conferma del livello zonale, quale ambito per la gestione della integrazione socio sanitaria; superamento della formula consorile, attraverso la definizione di una nuova forma di cooperazione che consenta, fra l'altro,

un rafforzamento dei processi di governance fra azienda sanitaria e comuni; adozione di percorsi condivisi di pianificazione strategica e programmazione per obiettivi (Piano integrato di salute, Programma attuativo annuale); definizione di livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e programmi, e rispetto degli equilibri economico-finanziari concordati; individuazione di un organismo tecnico-amministrativo di supporto al nuovo processo di governance; consolidamento delle forme di partecipazione già garantite dalla normativa vigente.

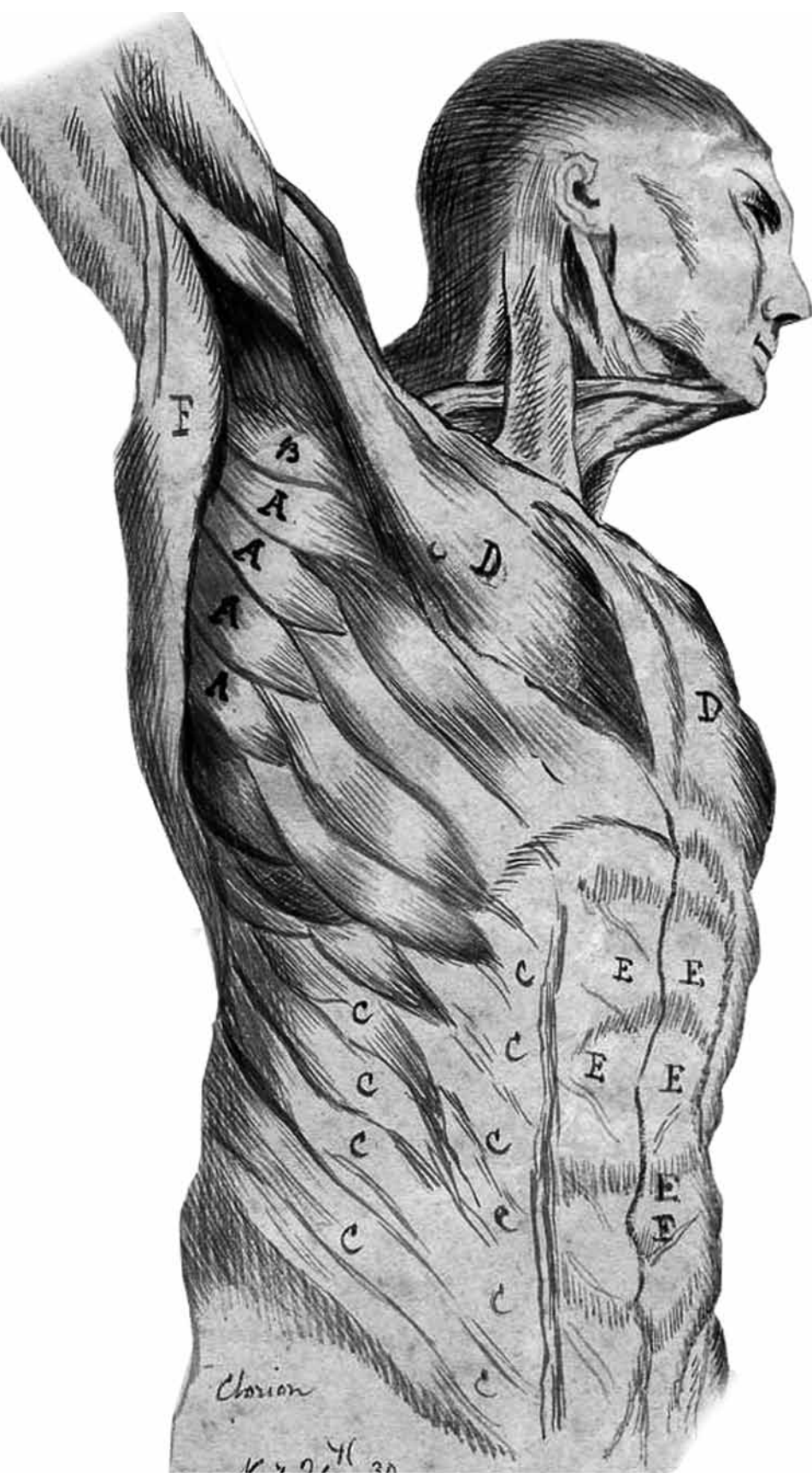
Il processo di riordino, che richiederà necessariamente la modifica di alcuni testi normativi regionali (l.r.40/2005, l.r. 41/2005, l.r. 66/2008), consentirà, con il supporto e la collaborazione degli enti Locali, di definire un nuovo modello che faccia tesoro dell'esperienza delle SdS, rappresentando una evoluzione delle stesse.



“ Il processo di riordino consentirà, con il supporto e la collaborazione degli enti locali, di definire un nuovo modello che faccia tesoro dell'esperienza delle SdS, rappresentando una evoluzione delle stesse ”

La via dell'integrazione

CARLO PAOLINI consulente Anci Toscana



Tutta la struttura istituzionale regionale, in vista dell'operatività dei cambiamenti imposti dalla legge 68/2011, va verso un'integrazione sempre più marcata della gestione delle funzioni fondamentali. Anche in sanità è necessario mettere in campo un sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale

I sistema degli enti locali, anche se non senza fatica, è impegnato, secondo le prescrizioni delle leggi dell'ultimo biennio (statali e regionali), in un complesso processo di riassetto istituzionali che dovrà portare, su livelli associativi di diversa dimensione e composizione comunale, alla riorganizzazione della allocazione territoriale delle funzioni e dei servizi comunali.

Come noto, entro la fine del 2013 i comuni fino a 5000 abitanti, o 3000 se montani, dovranno obbligatoriamente esercitare tutte le funzioni fondamentali, salvo i servizi statali anagra-

fici ed elettorali, in forma associata a mezzo del convenzionamento con altri comuni o, come nella gran parte dei casi si verificherà, attraverso l'Unione costituita dagli stessi comuni. Si consideri che da tali obblighi sono interessati quasi la metà dei comuni toscani; tuttavia anche gli enti superiori ai 5000 abitanti hanno interesse ai percorsi associativi che portino alla giusta dimensione organizzativa per l'efficienza e l'economicità dei servizi. Sicuramente nel prossimo futuro si avrà quindi una modificazione della geografia organizzativa e gestionale delle funzioni e dei servizi comunali secondo ambiti variabili, che avranno come riferimento quelli finora individuati dalla legge regionale n. 68/2011 recante norme per l'esercizio associato di funzioni, ambiti peraltro suscettibili di evolvere in ragione proprio del progressivo allargamento dei processi associativi ai comuni non obbligati. In parallelo sono in corso complessi e incisivi percorsi di riorganizzazione della sanità regionale, dovuti – come risulta dalle dichiarazioni dei responsabili politici in materia – alla duplice circostanza: a) della riduzione delle risorse disponibili e b) dalla esigenza di rivedere in senso razionalizzante l'intero sistema sanitario ospedaliero e territoriale.

I due grandi sistemi organizzativi – la Regione con le proprie Aziende sanitarie in riferimento alla articolazione zonale, da una parte, e il sistema dei

comuni singoli e associati, dall'altra – dovranno necessariamente rivedere modalità, termini e moduli organizzativi per assicurare uno dei capisaldi del sistema autonomistico della regione Toscana e, cioè, il raccordo fra la Sanità (della Regione) e il Sociale (dei comuni) con il *trait de union* delle funzioni Socio assistenziali a rilievo sanitario (quale funzione concorrente di Regione e comuni) dove ancor più l'integrazione è assolutamente necessaria.

In altre parole, in ragione delle modifiche istituzionali e organizzative in atto e in relazione alle normative nazionali sopravvenute (soppressione dei consorzi di funzioni, *spending review* e altre concernenti l'organizzazione pubblica e la sanità) è da attendersi la revisione delle fondamentali leggi regionali 40 e 41 relative alle discipline sul servizio sanitario territoriale e sul sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.

Delineato tale quadro di riferimento, che ha come punto fermo l'esigenza irrinunciabile di mantenere e, semmai, rafforzare il raccordo e l'integrazione fra la sanità e il sociale, può formularsi la prima delle considerazioni che debbono guidare i futuri interventi sia a livello legislativo sia a livello istituzionale e organizzativo da parte dei comuni, sia quelli obbligati

Segue a pag. 10 ►►

all'associazionismo obbligatorio, sia quelli non obbligati (in quanto entrambi interessati a soddisfare l'esigenza dell'integrazione socio-sanitaria): nei processi associativi che porteranno a una geografia riallocativa delle funzioni fondamentali (e non solo), via via sempre più caratterizzata da approdi riorganizzativi, va considerato che il Sociale ha una sua specificità rispetto alle altre funzioni fondamentali. Tale funzione deve sempre collegarsi e raccordarsi alle articolazioni zonali e organizzative del sistema sanitario territoriale quale condizione imprescindibile per non disperdere la cultura e le modalità d'azione improntate all'integrazione di tali funzioni.

Quindi, per essere molto concreti, la disciplina organizzativa e associativa di questa materia dovrà sempre consentire che gli istituti e i moduli organizzativi e gestionali possano riferirsi e raccordarsi agli assetti sanitari quali verranno a risultare dinamicamente secondo le scelte in atto e quelle che matureranno. Legge regionale 68/2011 sull'associazionismo e leggi regionali sulla sanità e il sociale debbono pienamente armonizzarsi assicurando il rispetto di questo criterio irrinunciabile da parte dei comuni.

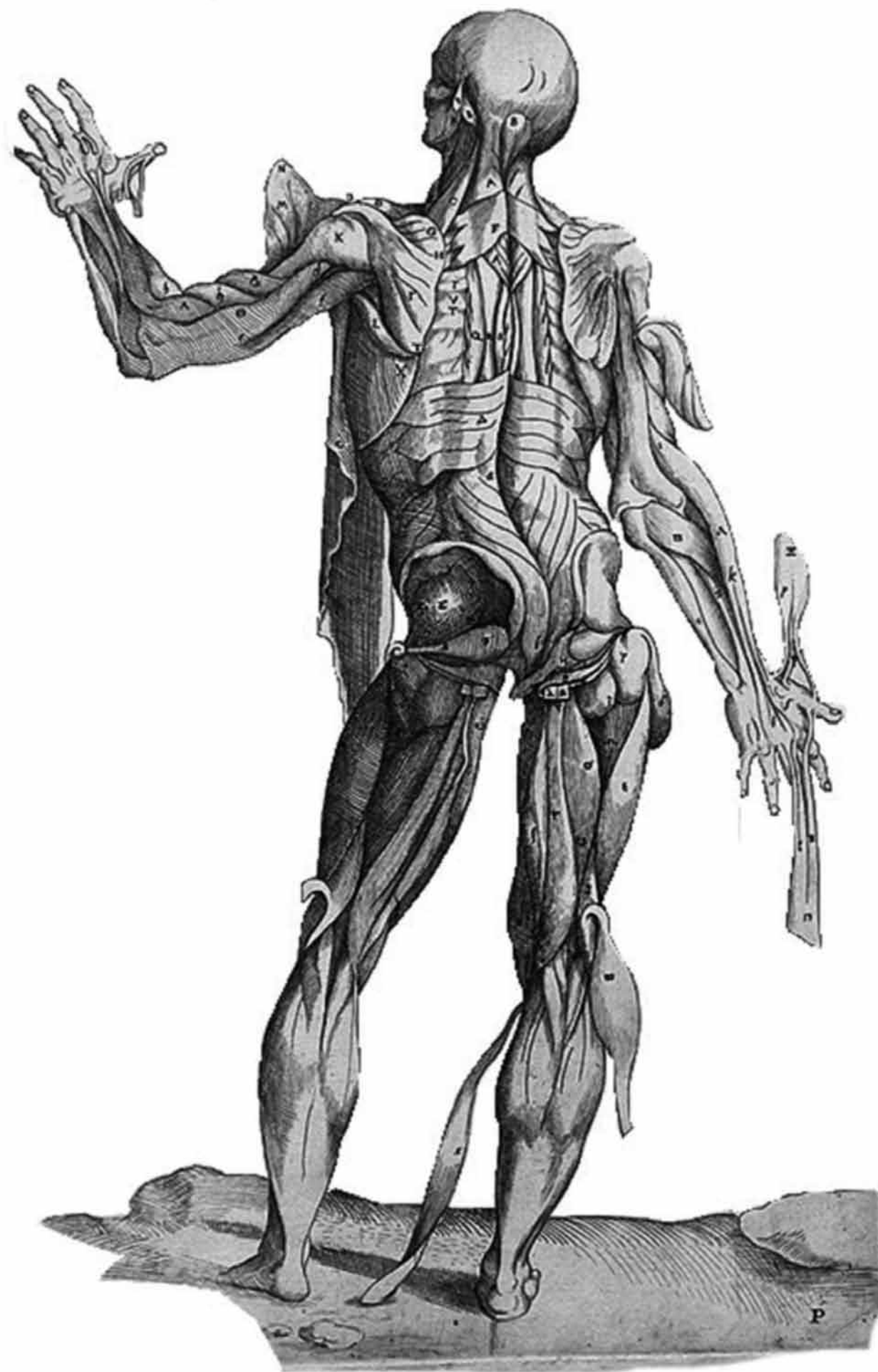
Si possono adesso formulare le seguenti ulteriori considerazioni propositive, assumendo a riferimento quanto sostenuto nel documento dell'ANCI sulla nuova strategia operativa della sanità e il ruolo dei Comuni toscani laddove si evidenzia che la trasformazione/revisione delle Società della salute implica il coordinamento di misure specifiche volte a recuperare le tre funzioni di sistema che finora erano insite nel consorzio: a) associazionismo comunale (di cui si è già fatto cenno); b) cooperazione tra comune e aziende sanitarie; c) governance istituzionale (l'integrazione).

Senza entrare nelle relazioni che potranno essere previste fra un livello sanitario di area vasta ed il livello zonale di organizzazione dei servizi (centrale per la territorialità socio-sanitaria), è essenziale che siano individuate e disciplinate le modalità per assicurare effettività alle due citate funzioni di cui alle precedenti lett. b) e c) che debbono garantire l'integrazione fra la sanità territoriale e il sociale dei comuni, ovviamente avendo come nucleo necessario il socio assistenziale a rilievo sanitario.

Affinché tale momento di raccordo e di governance zonale,

i cui attori principali sono costituiti dai Sindaci e dalle direzioni generali delle Aziende sanitarie, dispieghi un grado di incidenza idoneo a tenere le attività operative e gestionali di tutte le strutture che operano nel sanitario, nel socio sanitario e nel sociale nei binari fissati negli accordi (e questo vale ovviamente per le Aziende sanitarie ma anche per i Comuni) si dovranno utilizzare moduli efficaci quali possono essere rappresentati dalla generalizzazione degli accordi di cooperazione che impegnino le parti in modo effettivo ed efficace.

Tali accordi dovranno poi avere un notevole grado di flessibilità per gli aspetti organizzativi e gestionali, che avrà come esigenza generale di tenere strettamente collegati il momento della governance e quello della gestione integrata per i servizi socio assistenziale a rilievo sanitario e potrà prefigurare invece diverse modalità per quelli sociali avendo a riferimento comunque le nuove geografie sull'aggregazione delle funzioni in dipendenza dei processi associativi.



Premiare l'efficienza

M.PAOLA CICCONE assessore alle politiche Sociali e Sanitarie del Comune di Pisa, presidente della Società della Salute zona Pisana

Tra le SdS nate con la lr 40, nel 2005, alcune si sono distinte per carica innovativa e capacità di cogliere le opportunità offerte dalla nuova struttura; altre hanno ceduto il passo e non sono riuscite a svincolarsi da vecchi paradigmi. Con la cancellazione tout court di questa esperienza, si penalizzano le eccellenze

L'esperienza della Società della Salute in Toscana, nei territori che hanno scelto di attuare questa esperienza (solo 25 su 34 zone socio sanitarie) è stata molto positiva solo per quei territori della Toscana – come ad esempio la Società della Salute della Provincia di Pisa – che, ai vertici del monitoraggio regionale sia rispetto agli obiettivi di salute raggiunti, sia rispetto ad un corretto sviluppo amministrativo-finanziario e politico-territoriale, hanno dimostrato di credere nella bontà del modello sperimentale nato con la Legge 40 nel 2005, quando assessore regionale alla Sanità era Enrico Rossi.

La popolazione toscana coperta in modo efficace da questo nuovo modello politico-organizzativo-gestionale è, secondo un nostro calcolo, pari a circa 1.500.000 abitanti; i restanti circa 2.200.000 cittadine e cittadini toscani sono stati amministrati in parte secondo il vecchio sistema delle convenzioni tra comuni e ASL

per scelta delle loro amministrazioni locali, e in parte con Società della Salute che, però, hanno dato risultati di integrazione e di *governance* meno efficaci rispetto ai risultati attesi.

L'Assessorato Regionale alla Sanità adesso parla di "superamento" dell'attuale modello di consorzio pubblico misto con dentro comuni e ASL di riferimento.

Questo "superamento" dovrebbe avvenire con la modifica di alcuni articoli della Legge 40/2005

Ma ciò che non è chiaro è "come" verrà modificata la legge 40. Se la modifica comporterà uno "scioglimento" delle SdS funzionanti significa che prevarrà la conservazione del vecchio modello e che paradossalmente verranno penalizzati notevolmente i territori virtuosi. Non siamo così ingenui da credere che l'eventuale uscita delle ASL dagli attuali consorzi rappresenti un miglioramento del sistema. Pensiamo esattamente il contrario. Soprattutto in quei territori in cui ASL e comu-

ni hanno dialogato proficuamente nell'interesse dei cittadini, devono essere mantenuti i risparmi dovuti all'assenza di servizi duplicati, i risultati dell'integrazione tra sociale e sanitario territoriale, i risultati della unitarietà della *governance* politica che risponde ai cittadini in modo diretto, i risultati della partecipazione del Terzo Settore coinvolto in modo appropriato ed insostituibile, la flessibilità amministrativa che con il ritorno a modelli di consorzi di soli comuni si perderebbe a vantaggio dell'allungamento insopportabile dei tempi di erogazione dei servizi, stante la rigidità totale della normativa degli enti locali.

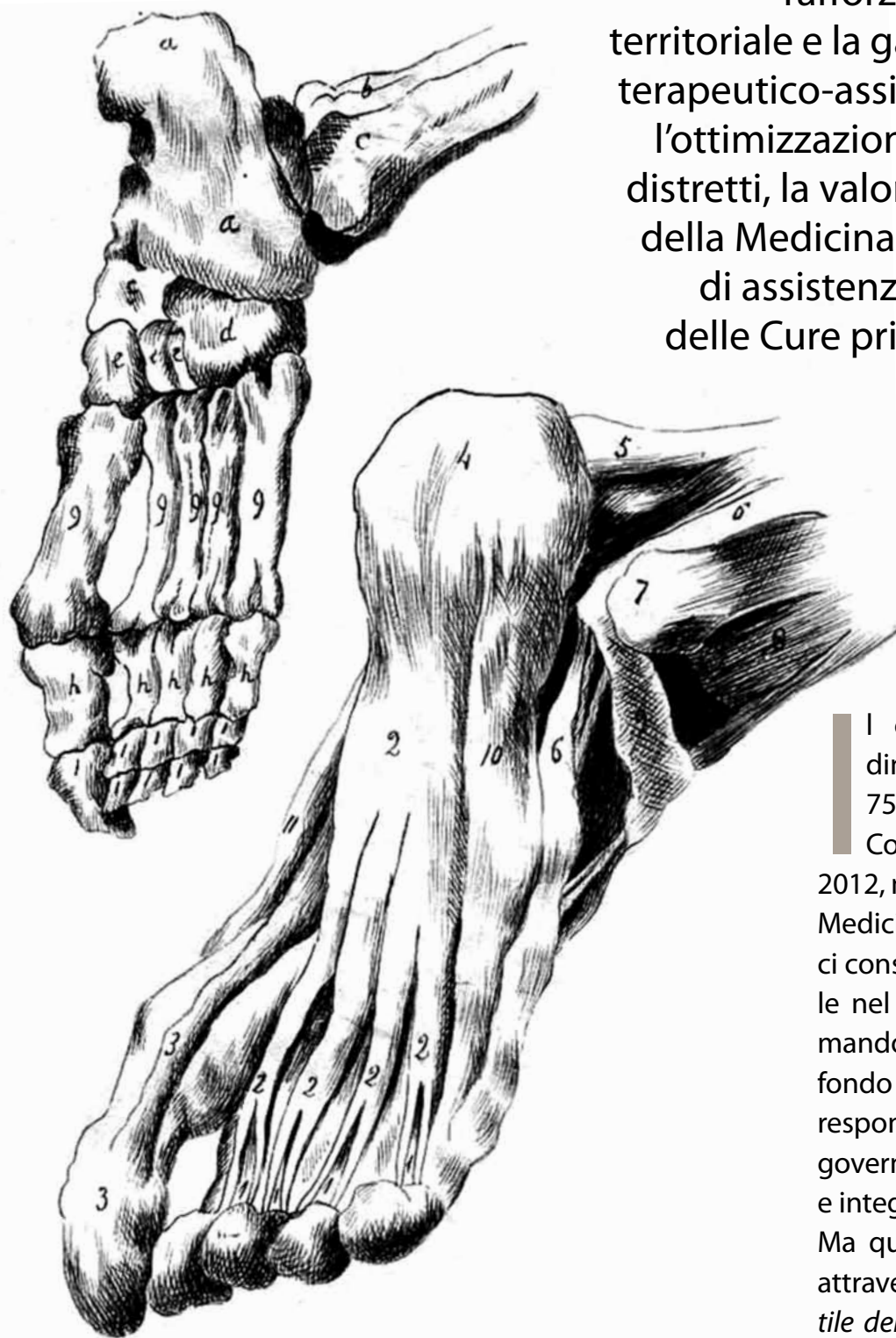
Auspichiamo che ogni modifica alla Legge 40 venga attentamente vagliata e, qualora si intravedano esiti negativi, si lascino vivere i Consorzi virtuosi e la Regione faccia uscire le ASL solo dai Consorzi inefficienti, nell'interesse della Comunità toscana.



Le SdS non sono un'esperienza da cancellare

LUCIANO BARTOLINI sindaco del Comune di Bagno a Ripoli, presidente della Società della Salute Firenze Sud Est

Le azioni da intraprendere dovranno riguardare il rafforzamento del welfare territoriale e la garanzia dei processi terapeutico-assistenziali, attraverso l'ottimizzazione organizzativa dei distretti, la valorizzazione del ruolo della Medicina Generale nella rete di assistenza, il potenziamento delle Cure primarie e del sistema della residenzialità



I combinato disposto dell' "Riordino dei servizi del SSR" (Del GRT 754/2012) e del DPEF (Risoluzione Consiglio Regionale 19 dicembre 2012, n. 161) e del nuovo Accordo con la Medicina Generale (Del.GRT 1231/2012) ci consegnano un cambiamento epocale nel Sistema Sanitario Toscano, chiamando la medicina generale a un profondo rinnovamento e una maggiore responsabilizzazione sui percorsi, sul governo clinico con maggiore efficacia e integrazione con la Zona-Distretto. Ma questo cambiamento passa anche attraverso il "superare il modello consor- tile delle società della salute individuan-

do una nuova forma di cooperazione fra l'Azienda USL e i Comuni della Zona di- stretto" (come si legge nel DPEF 2013) e questo genera non poche perplessità per chi, come me, in questi anni ha presieduto una SdS che è stata in grado, nonostante le incertezze economiche, di dar vita e concretezza a progetti con forti ricadute sulla salute e sul benessere delle propria comunità.

L'innovazione politico-istituzionale delle SdS ha rappresentato il luogo dell'integrazione sociosanitaria incardinandovi il nuovo sistema di salute territoriale, chiamando i Comuni a forti responsabilità di progetto e programmazione della rete di servizi disponibili nei presidi e nelle strutture accreditate.

I Comuni hanno sostenuto questo ruolo con forza, credendo coerentemente nello scenario costruito dalla L.R. 40/05, condividendone visione e prospettive di sviluppo, impegnando gli Assessorati e gli Uffici competenti e affidando spesso alle SdS la gestione diretta dei servizi sociali, confermando fiducia ed impegno nel modello di integrazione, perseguendo importanti risultati in termini di riduzione della spesa ed uniformando i livelli di cittadinanza sociale su tutta la Zona.

Le Società della Salute, almeno quelle che hanno gestito davvero i servizi, hanno permesso di risparmiare personale e risorse, ridurre burocrazia e perseguire obiettivi importantissimi.

È vero, però, che la loro è stata un'esperienza multiforme: alcune solo con la funzione di programmazione e controllo, altre che gestiscono in forma as-

sociata, in parte o in toto, i servizi socio assistenziali propri dei comuni e altre a cui sono affidate i servizi socio sanitari previsti dalla norma regionale.

Ma la Regione invece di investire su quelle situazioni dove il modello SdS mostrava di essere efficiente, non ha dato il contributo necessario per risolvere le contraddizioni che lo impiombavano fin dall'inizio, quali ad esempio le questioni tecnico amministrative connesse con le gare, gli acquisti, gli strumenti informatici, il problema della gestione delle risorse umane.

Alla notevole intuizione riformatrice e all'importante sforzo legislativo non sono quindi seguite azioni conseguenti. Si è lasciato che l'esperienza SdS arrivasse a consunzione senza dichiararne la morte clinica.

Ora che anche la legislazione consente di confermare pienamente il modello Società della Salute, tra l'altro riconosciuto recentemente perfino dall'INPS, risulta incomprensibile e politicamente inaccettabile decretarne la fine senza una valutazione serena e oggettiva.

Altrettanto incomprensibile è l'assoluta mancanza di rapporto fra Regione e Comuni negli ultimi due anni, non risolvibile con sporadiche e talvolta inascoltate Conferenze dei Presidenti delle SdS. Ebbene, le Amministrazioni Comunali non possono più sostenere da sole il quadro operativo normato dalla L.R. 40/05.

Segue a pag. 13 ►►

Non possiamo continuare ad assumerci le responsabilità senza che vi siano le condizioni per farlo.

Non ci si deve innamorare né delle formule, né delle impalcature organizzative, e non abbiamo grossi problemi a superare la stagione delle SdS, se questo serve a ragionare sul modello di welfare e sui veri problemi, ma certamente sarebbe molto più coerente confermare le SDS che hanno funzionato.

Crediamo quindi che sia essenziale mantenere alcune intuizioni fondative dell'esperienza, così come siamo altresì convinti che laddove il livello ottimale di esercizio è territoriale allora le scelte, che andranno pure spiegate ai cittadini, e l'allocazione delle risorse vadano programmate, cogovernate e sperabilmente gestite con i Comuni o con strumenti istituzionali, anche innovativi, che li coinvolgano.

Riteniamo che l'esperienza almeno di un gruppo di SDS abbia dimostrato che lo strumento scelto e adottato ha permesso la riduzione della spesa e ci fa affermare che proprio in un momento di crisi il modello dell'integrazione può permettere di far sopravvivere i servizi territoriali.

Sarebbe quindi un gravissimo

errore, ipotizzare la separazione dei percorsi socio assistenziali e socio sanitari.

Siamo sicuri che questa miopia, affrontata e superata ormai storicamente dalla nostra Regione, che non a caso ha lavorato su strumenti programmatici fondamentali unici, non tornerà a prevalere.

Costituisce ormai un valore, salvaguardare il principio della reale integrazione sociosanitaria come esempio nel contempo di equità e vantaggio per le persone e strumento indispensabile per la riduzione della spesa insieme al responsabilizzante coinvolgimento delle comunità tramite gli organismi della partecipazione e delle forze sociali.

Le poche riforme azzeccate in questo Paese sono state tali perché contenevano risposte adeguate a problemi cronicizzati. Talvolta le crisi strutturali generano quasi spontaneamente una sintesi fra dinamiche centrifughe, perché le cose hanno una loro forza intrinseca, ma ora più che mai serve senso della politica e pragmatismo gestionale.

Per cui credo sia necessario compiere alcune scelte.

Innanzitutto, rilanciare il modello di *governance* e di integrazione socio-sanitaria che le Società della Salute hanno rappresentato nel modello to-

scano proprio perché – anche dal confronto con le altre esperienze regionali – oggi la SdS appare come la forma politico-istituzionale più avanzata per garantire nel tempo l'analisi dei fondamentali determinanti di salute e il governo della domanda senza cui non è possibile mantenere la attuale quantità di risposte; la qualità delle prestazioni (sociali e sanitarie) e la indispensabile equità di accesso in un regime universalistico.

Rafforzare le zone distretto delle ASL, potenziare i percorsi delle Cure Intermedie, rendere velocemente operative le nuove forme organizzative della Medicina Generale; potenziare la funzione di coordinamento degli ESTAV verso la rete ospedaliera e, infine, riprendere l'attività della Conferenza dei Presidenti SDS a livello regionale e anche a livello di Area Vasta.



Uno strumento di razionalizzazione

LUCA CECCARELLI assessore alla pubblica Istruzione, innovazione e Politiche sociali del Comune di Grosseto

“ Le SdS hanno permesso di svolgere interventi di assistenza domiciliare, inserimenti terapeutici e lavorativi, contributi economici, trasporto sociale, centri diurni ed emergenza. Impensabile che i comuni tornino a gestire in proprio tutti questi aspetti: sarebbe un salto culturale all'indietro di alcuni decenni ”

Si registra un quadro preoccupante, un periodo buio, in cui si promuove l'annullamento o il ridimensionamento dei servizi in nome di un presunto vantaggio per il cittadino. Questa sorta di furia iconoclasta determina invece il risultato opposto: i centri decisionali si allontanano dal controllo dei cittadini e si allenta in maniera drammatica il legame con i territori. Ciò è ancor più grave quando a farne le spese sono servizi come quelli socio-sanitari o relativi all'istruzione, leve fondamentali per la riduzione delle disuguaglianze nelle comunità.

La *spending review* in salsa toscana ha significato un serio ragionamento e un grande lavoro sui temi delle prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche e sull'efficacia ospedaliera, con particolare riferimento all'attenzione mostrata verso le cure intermedie.

Si adducono ragioni di bilancio anche per giustificare l'azzeramento delle Società della Salute, il cui costo sarebbe esagerato. Ben sappiamo, invece, che di fatto il costo si riduce al compenso per i direttori (tutt'altro che favoloso), essendo il personale tipicamente distaccato da comuni e ASL, gli amministratori rappresentati da Sindaci ed assessori, senza onere alcuno e i locali forniti da ASL o Enti locali.

Pertanto, le SdS hanno consentito di ragionare di 34 Zone in luogo di 287 Comuni: una razionalizzazione non di poco conto.

Le SdS svolgono, oltre all'attività di programmazione, anche la gestione dei servizi sociali delegati dai Comuni e i servizi socio-sanitari ad alta integrazione. La "carta d'identità" delle SdS ci consegna, infatti, un panorama di servizi di grande importanza: gestione dei servizi sociosanitari integrati, interventi per la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, diritti di cittadinanza, riduzione o eliminazione delle condizioni di disabilità, bisogno e disagio individuale e familiare derivanti da reddito, difficoltà sociali o non autonomia.

Ciò si traduce in interventi di assistenza domiciliare, inserimenti terapeutici e lavorativi, contributi economici, trasporto sociale, centri diurni ed emergenza abitativa.

Il ruolo delle SdS è stato, peraltro, svolto permettendo ai soggetti coinvolti di mantenere l'autonomia decisionale e la responsabilità personale.

Nel caso grossetano, inoltre, la SdS costituisce uno strumento per l'utilizzo corretto delle risorse e per governare la domanda di prestazioni sanitarie rese necessarie da

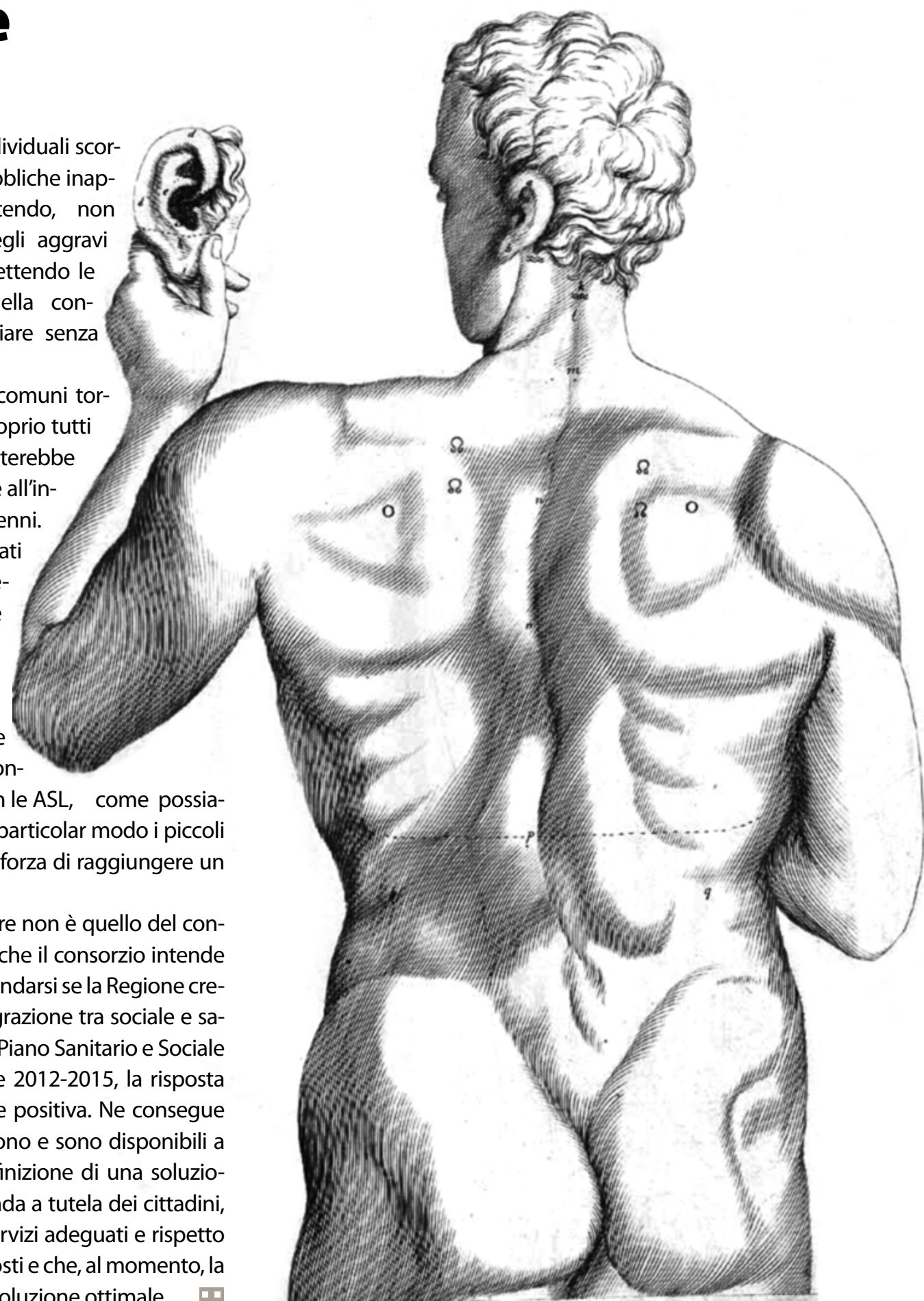
comportamenti individuali scorretti e politiche pubbliche inappropriate permettendo, non solo, di evitare degli aggravii nelle spese, ma mettendo le Amministrazioni nella condizione di risparmiare senza peggiorare i servizi.

Impensabile che i comuni tornino a gestire in proprio tutti questi aspetti: si tratterebbe di un salto culturale all'indietro di alcuni decenni.

I comuni, poi, lasciati da soli, vedrebbero letteralmente sbriciolarsi il livello programmatico raggiunto dalle SdS; se è vero che è possibile un con-

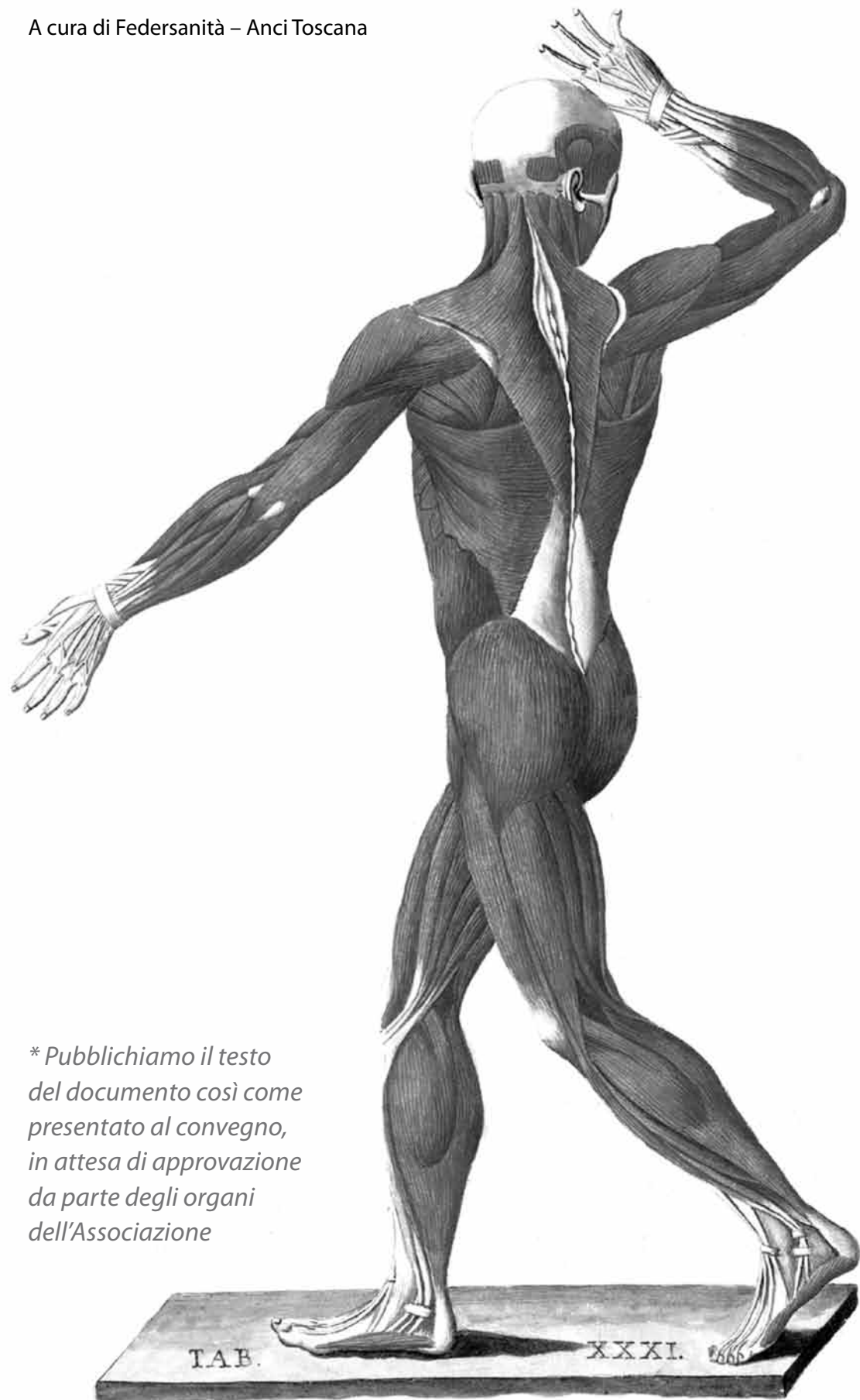
venzionamento con le ASL, come possiamo pensare che in particolar modo i piccoli comuni abbiano la forza di raggiungere un accordo adeguato?

Il valore da difendere non è quello del consorzio in sé ma ciò che il consorzio intende fare. Viene da domandarsi se la Regione creda ancora nell'integrazione tra sociale e sanitario: leggendo il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, la risposta non può che essere positiva. Ne consegue che i comuni vogliono e sono disponibili a contribuire alla definizione di una soluzione condivisa che vada a tutela dei cittadini, con l'obiettivo di servizi adeguati e rispetto dell'attenzione ai costi e che, al momento, la SdS rappresenti la soluzione ottimale. ■



Il documento dei comuni toscani*

A cura di Federsanità – Anci Toscana



* Pubblichiamo il testo del documento così come presentato al convegno, in attesa di approvazione da parte degli organi dell'Associazione

La nuova Strategia operativa della sanità e il ruolo dei Comuni toscani

Ancora immersi come siamo nella crisi economica più grave degli ultimi decenni, parlare di riforme, anche nella sanità, rischia di avere l'unico amaro sapore dei tagli alle spese. Per fare in modo che non sia solo questo, abbiamo bisogno di mettere in campo le migliori competenze tecniche e le più autorevoli istituzioni politiche che, di concerto, sappiano cogliere le occasioni e le opportunità che i momenti di crisi mettono sempre a disposizione di chi si pone nella giusta maniera per coglierle.

I sistemi sanitari e sociali sono soggetti a cambiamenti continui. Appena messo a regime un assetto, le novità demografiche, le evidenze epidemiologiche, le dinamiche socio economiche, lo rimettono in discussione. La novità in questa contingenza è che dobbiamo restringere in pochi mesi cambiamenti strutturali che, in condizioni normali, avrebbero richiesto anni di lavoro e di sedimentazione nel dibattito politico e tecnico.

La Regione, nelle more del PSSIR, ha elaborato comunque una strategia operativa stringente, da attivare in tempi brevi per contenere gli

effetti negativi conseguenti al taglio del fondo nazionale sanitario. Il primo elemento da sottolineare riguarda il mancato coinvolgimento organico di ANCI Toscana nell'elaborazione del Piano Operativo. Si è persa l'occasione di interessare da subito le comunità locali, pur nella comprensibile emergenza, al fine di rendere le decisioni prese maggiormente condivise e quindi più efficaci. Non si tratta di una mera rivendicazione, ma di sostanziare quella *governance* istituzionale che, lasciata soltanto agli auspici, non porta effetti positivi al sistema, rischiando al contrario di inceppare meccanismi, vanificare decisioni, rallentare i necessari processi di riforma.

La Rete Territoriale

Per sistemi evoluti come quello toscano, il cambiamento in sanità presuppone necessariamente una verifica delle necessità del territorio; non si possono ridurre i posti letto o le giornate di degenza senza chiedersi quali alternative il sistema sia in grado di offrire sul versante territoriale della cura. Parlare di presa in carico globale del paziente significa programmare la degenza ospedaliera in base alla nuova visione organizzativa, e conseguentemente predisporre un insieme

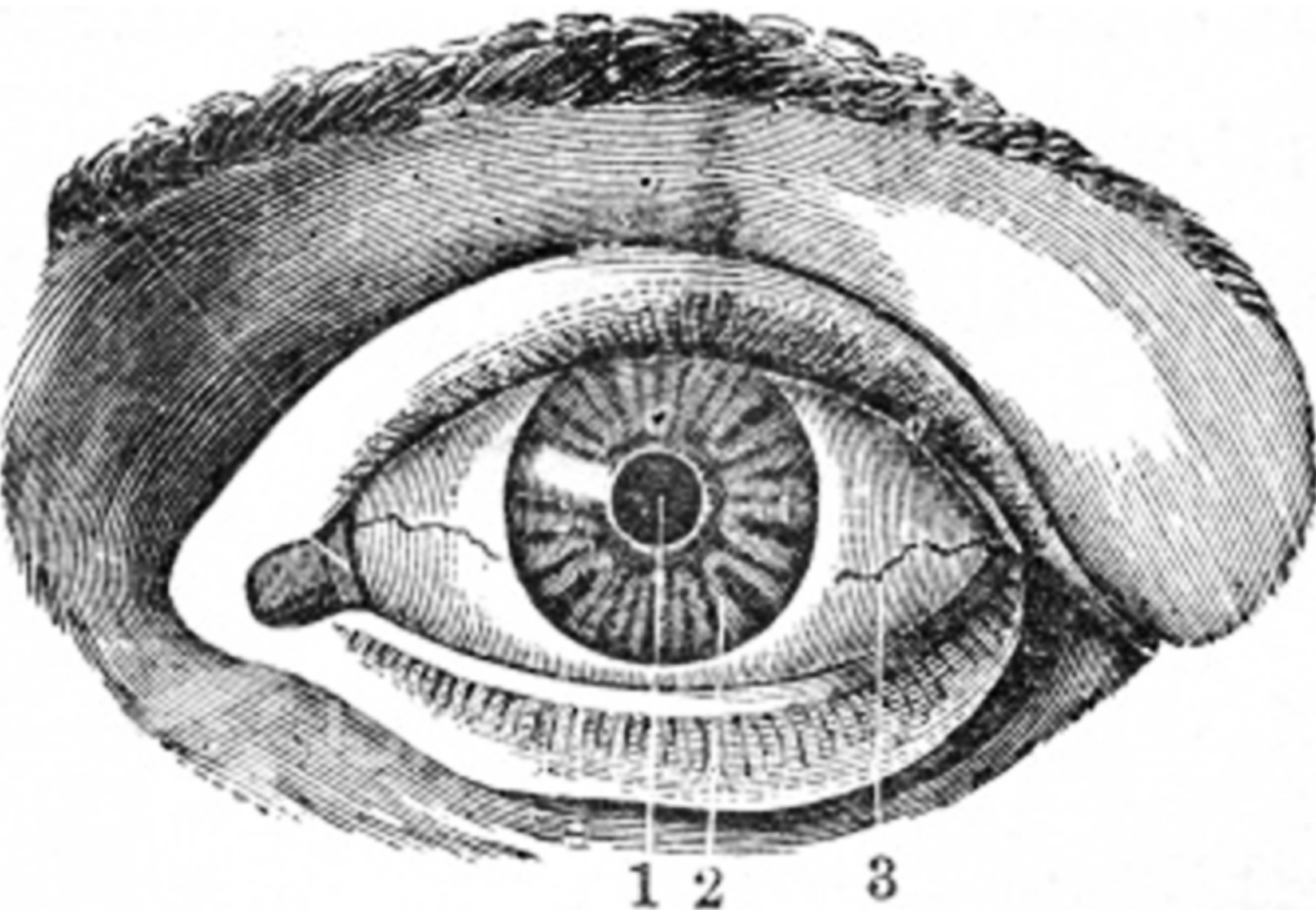
adeguato di cure territoriali.

Le azioni principali previste dal Piano Operativo Regionale sono:

- Aggregare nei presidi distrettuali la capacità di direzione della rete territoriale nel suo complesso con le attività per le cure primarie e le forme associate della medicina generale.
- Rimodellare di conseguenza le strutture dei presidi, la loro diffusione e le loro funzioni secondo un vero e proprio 'Piano Regolatore dei Distretti' che definisca livelli, bacini di servizio e standard di riferimento.
- Mirare le attività territoriali su obiettivi di salute misurabili e comparabili, obiettivo verso cui coinvolgere attivamente la medicina generale per raggiungere il migliore utilizzo delle risorse complessivamente a disposizione.
- Sviluppare il sistema territoriale dei servizi, sia verso i processi di "deospedalizzazione", che comportano il potenziamento e l'adeguamento delle strutture residenziali extraospedaliere e dei servizi domiciliari, sia verso le cure primarie legate alla medicina d'iniziativa.

Nel loro insieme queste azioni cominciano finalmente a delineare

Segue a pag. 16 ►►



l'impianto di un compiuto sistema territoriale che trova il suo perno centrale nel riordino dei presidi distrettuali. In questo modo è possibile sostenere l'organizzazione e il coordinamento delle attività sanitarie del territorio, favorendone l'integrazione con i settori sanitari e non. Il Piano regolatore dei distretti riveste un'importanza fonamen-

tale per la programmazione condivisa con le amministrazioni locali, e permette di misurare accuratamente indici, standard, composizioni e relativi piani di azione. La nuova rete dei presidi dovrà essere variamente configurata per rispondere in maniera appropriata ai bisogni di salute delle nostre comunità, adattandosi anche alle caratteristiche

morfologiche e infrastrutturali dei vari territori, tuttavia sarà la connessione sistematica con i Medici di medicina generale il vero fulcro della loro progressiva evoluzione.

Nel contempo occorre dotare il territorio di servizi residenziali e domiciliari che siano realmente in grado di sostenere il carico assistenziale

esterno all'ospedale. In questo campo l'elemento decisivo è rappresentato dalla creazione di una vera e propria 'filiera assistenziale' formata da una serie continua di strutture e di servizi organizzata su differenti intensità, che scalano dai livelli assistenziali più elevati a quelli più semplici senza lasciare vuoti.

Particolare rilevanza assumono la cosiddetta Sanità d'iniziativa e il *Chronic care model* che rappresentano per il sistema toscano una vera e propria frontiera verso il futuro. Oltre a rendere enormemente più appropriati e umanizzati i percorsi di cura e le attività offerte, questa impostazione è il vero filtro 'intelligente' in ingresso all'ospedale e alle cosiddette "riospedalizzazioni". Naturalmente la dotazione di strutture e servizi territoriali adeguati ne è il presupposto indispensabile, i posti letto per le cure intermedie diventano quindi l'elemento cardine per costruire la filiera assistenziale extraospedaliera.

La Rete Ospedaliera

In generale gli assetti delle aziende sanitarie faticano a ritrovare una nuova coerenza tra risorse disponibili, servizi offerti e complessità dei bisogni di salute. In molte regioni il processo di "aziendalizzazione" non si è mai compiuto del tutto. Anche per queste ragioni il sistema sanitario nazionale è spaccato in due: da una parte i sistemi regionali che non sono mai entrati in un circuit-

to sostenibile tra risorse e qualità delle cure, dall'altra i sistemi che invece questo passaggio lo hanno realizzato con grande merito. Tuttavia anche per le regioni virtuose è giunto il tempo di riorganizzarsi sotto il peso della crisi economica e, visto che il sistema sanitario è ancora largamente basato sulle strutture ospedaliere, è da questo campo che prende avvio qualsiasi programma di evoluzione e miglioramento. Le azioni principali presentate dal Programma Operativo Regionale sono:

- Ottimizzare i processi, l'appropriatezza e l'efficienza della rete portando i parametri dei posti letto dal 3,7 al 3,15 x mille abitanti (compresi riabilitazione e lungodegenza), e riallineando i tassi di ospedalizzazione delle strutture.
- Ridefinire la gestione delle attività complesse e di quelle di base, i volumi minimi di attività per unità operativa, la concentrazione di attività a bassa e media complessità, la rete dei punti nascita e i centri regionali di elevata qualificazione.
- Rimodellare i modelli organizzativi ospedalieri, le attività diurne, il sistema delle guardie e il recupero delle attività notturne.

Il programma è particolarmente complesso se si pensa che dovrà riorganizzare le interazioni tra i quattro ospedali universitari, gli ospedali a rilievo provinciale e quelli locali,

Segue da pag. 16 ►►

definendo sia i livelli di complessità che gli standard quantitativi e qualitativi da soddisfare. Il programma prevede l'incrocio di azioni rivolte verso l'innovazione dell'organizzazione interna ai singoli presidi ospedalieri, con azioni rivolte all'evoluzione delle relazioni tra i singoli presidi in rapporto alla loro funzione (alta complessità, provinciale, locale) e alla loro collocazione geografica. Una volta delineate le azioni programmate regionali, si tratterà di declinarle nelle dimensioni territoriali adeguate, aziendali o di area vasta. E' questo il passaggio strutturale variamente compreso dai nostri cittadini, ma sempre e comunque accompagnato da grandi e fondate preoccupazioni, che impone la massima attenzione e la partecipazione attiva da parte delle amministrazioni locali.

Altro aspetto difficoltoso e dalla valenza più generale, perché non coinvolge solo la rete ospedaliera, riguarda le forme di finanziamento del sistema aziendale nel suo complesso. La nuova strategia regionale prevede anche il riordino del fondo regionale di gestione e delle quote per l'equilibrio economico finanziario complessivo del sistema. Questa operazione, di estrema delicatezza, comporta sia il superamento delle 'quote storiche' di accesso al fondo sanitario, sia della logica che premiava l'aumento progressivo dei volumi di produzione e delle tipologie a più alto valore aggiunto.

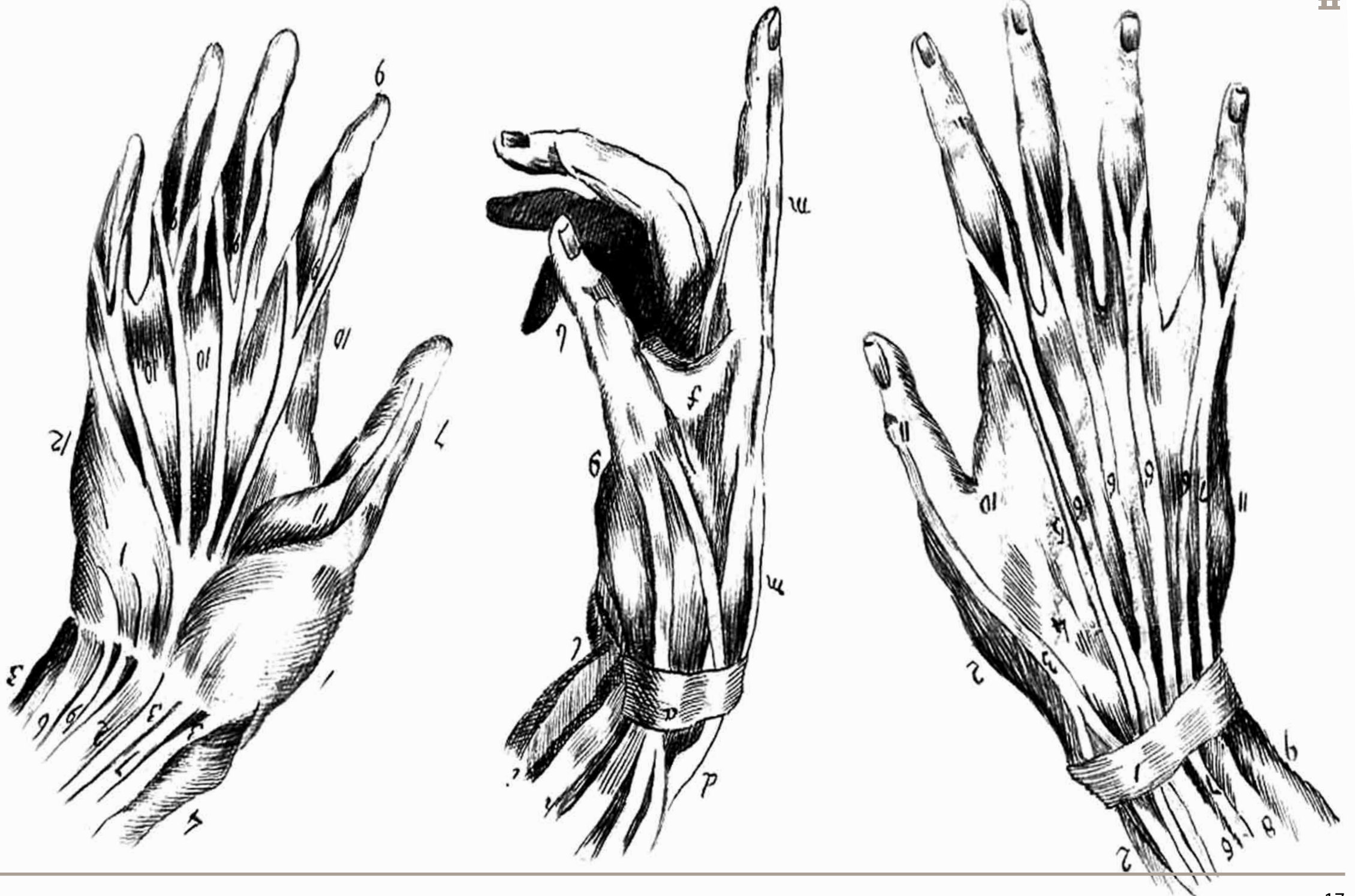
Una riorganizzazione strutturale da condividere sistematicamente

È del tutto ovvio che in processi di tale portata un ruolo fondamentale venga giocato anche dalle Amministrazioni Locali. Si tratta di azioni che incidono intimamente nella capacità che ha una comunità locale di prendersi cura della propria salute

e di garantire materialmente i livelli di assistenza ai propri concittadini. Ma si tratta anche dell'utilizzo del territorio e della sua dotazione di infrastrutture, e si tratta anche di posti di lavoro così come della produzione di reddito e di ricchezza perché, in tantissime città, la sanità nel suo complesso rappresenta una delle maggiori filiere produttive.

Siamo di fronte ad una riorganizzazione strutturale che ha bisogno di essere condivisa sistematicamente, attraverso modalità certe e dalle conseguenze inequivocabili. Ovviamente i riferimenti utili a questo scopo non possono che essere quelli della *governance* istituzionale che, però, devono tradursi in strumenti operativi e amministrativamente

efficaci. È questo il primo sforzo da compiere nell'immediato, e da consolidare nelle prossime riforme delle leggi regionali sul sistema sanitario e sul sistema dei servizi sociali. Per ciascun livello della *governance* istituzionale occorre definire competenze, strumenti e procedure che siano snelle ma efficaci e reciprocamente vincolanti.



Le Società della Salute: quale destino?

Una riflessione su quali sono gli aspetti da salvaguardare dell'esperienza che ha segnato gli ultimi anni della sanità toscana, alla vigilia del processo di rinnovamento e riorganizzazione del sistema

Le Società della Salute hanno rappresentato il tentativo di realizzare una grande infrastruttura pubblica che unisce strutture organizzative prima separate perché appartenenti ai comuni singoli e alle aziende sanitarie, il cui scopo è quello di mettere insieme ed unire operativamente le risorse, le capacità professionali e le competenze amministrative che popolano i territori toscani. Per questa ragione non sono stati generati costi o incarichi aggiuntivi di nessun genere. Dove hanno ben funzionato, al contrario, hanno dimostrato di poter rappresentare un risparmio di spesa e una migliore organizzazione dei servizi, quanto mai necessaria in un periodo che ha registrato un taglio ai fondi nazionali come mai si era verificato prima nel nostro paese.

Questi anni di sperimentazione del sistema delle SdS, tra punte avanzate e percorsi un po' più timidi, indubbiamente rappresentano un'esperienza importante sulla cui trasformazione è, oggi, giusto riflettere, per rendere il sistema socio sanitario toscano adeguato a dare risposte efficaci alla domanda di 'salute' che viene dai territori, e ai diritti vecchi e nuovi delle comunità che amministrano. Tuttavia mettere in relazio-

ne un eventuale superamento dei consorzi con il contenimento delle risorse, offre una prospettiva falsata dell'oggetto del dibattito. Così come sbagliato sarebbe tacere delle difficoltà e delle criticità che hanno incontrato le SdS nel corso della lunga fase di sperimentazione prima, e di implementazione poi.

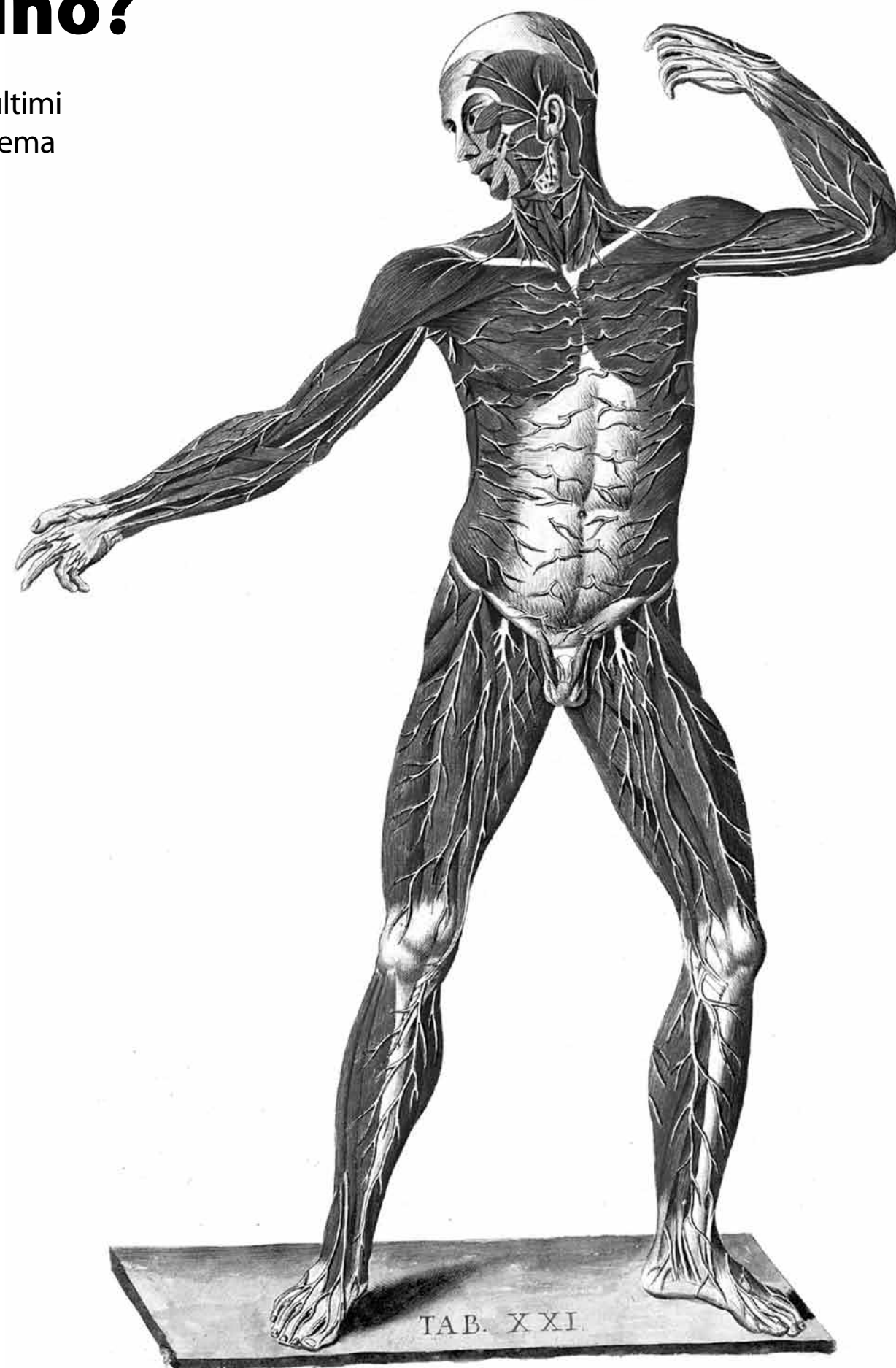
La trasformazione delle SdS implica necessariamente il coordinamento di un'insieme di misure specifiche volte a recuperare, in maniera distinta e contemporanea, le tre funzioni di sistema che finora erano insite nel consorzio. A queste azioni vanno aggiunti la definizione del percorso amministrativo per il superamento della forma consortile nel corso del 2013, e il sostegno fornito da un programma di accompagnamento realizzato congiuntamente da Regione e comuni.

A. Associazionismo comunale

In questo momento non esiste uno strumento che possa sostituire questa funzione di sistema esercitata dai consorzi SdS.

La L.R.T. 68/2011 'Norme sul sistema delle autonomie locali' regola la dimensione territoriale adeguata per l'esercizio delle funzioni dei comuni

(art. 54) relativamente ai comuni obbligati, individuando degli ambiti territoriali necessariamente ridotti in cui è possibile esprimere tale propensione. La maggior parte dei comuni toscani però non è tra quelli obbligati, dunque si pone con forza l'esigenza di individuare delle modalità associative che possano coinvolgere in modo verosimile tutti i comuni toscani e recuperare nel contempo la dimensione territoriale della zona. In questo momento lo strumento più flessibile e adattabile sia alle esigenze dei comuni obbligati sia di quelli non obbligati, non può che essere una Convenzione 'di secondo grado' tra comuni singoli e comuni già associati della stessa zona. Una Convenzione che riguarda solo l'esercizio associato della funzione fondamentale relativa al 'sistema dei servizi sociali' e che si pone come il soggetto principale per i finanziamenti di origine regionale e statale, finalizzati al sostegno dei livelli essenziali sociali e di quelli integrati. Nei pochi casi (cinque, per il momento) in cui è già attiva una Unione che ricomprende tutti i comuni dell'ambito zonale, naturalmente questo strumento risulta superfluo.



Segue a pag. 19 ►►

Segue da pag. 18 ►►

B. Cooperazione tra comuni e aziende sanitarie

La seconda funzione di sistema del consorzio SdS riguarda la cooperazione tra comuni e aziende sanitarie. Il documento proposto in allegato alla manovra finanziaria regionale del 2013 è fondato su quattro strumenti:

- La Conferenza zonale della Salute che integra i comuni della stessa zona con il DG Asl
- Il Piano Integrato di Salute (con il relativo Ufficio di Piano)
- La nuova figura aziendale del Direttore socio sanitario di distretto
- L'Accordo di collaborazione tra comuni e Asl.

Per ciascuno dei nuovi strumenti, le normative regionali devono definire con chiarezza e certezza le funzioni svolte, le competenze assegnate, i poteri previsti, e fornire totale efficacia amministrativa a queste previsioni.

C. Governance istituzionale

In questo momento la *governance* istituzionale nelle materie sanitarie e sociali è così articolata:

- Conferenza regionale delle Società della Salute
- Articolazione di Area vasta della • conferenza regionale
- Conferenza dei sindaci
- Articolazione Zonale della conferenza dei sindaci

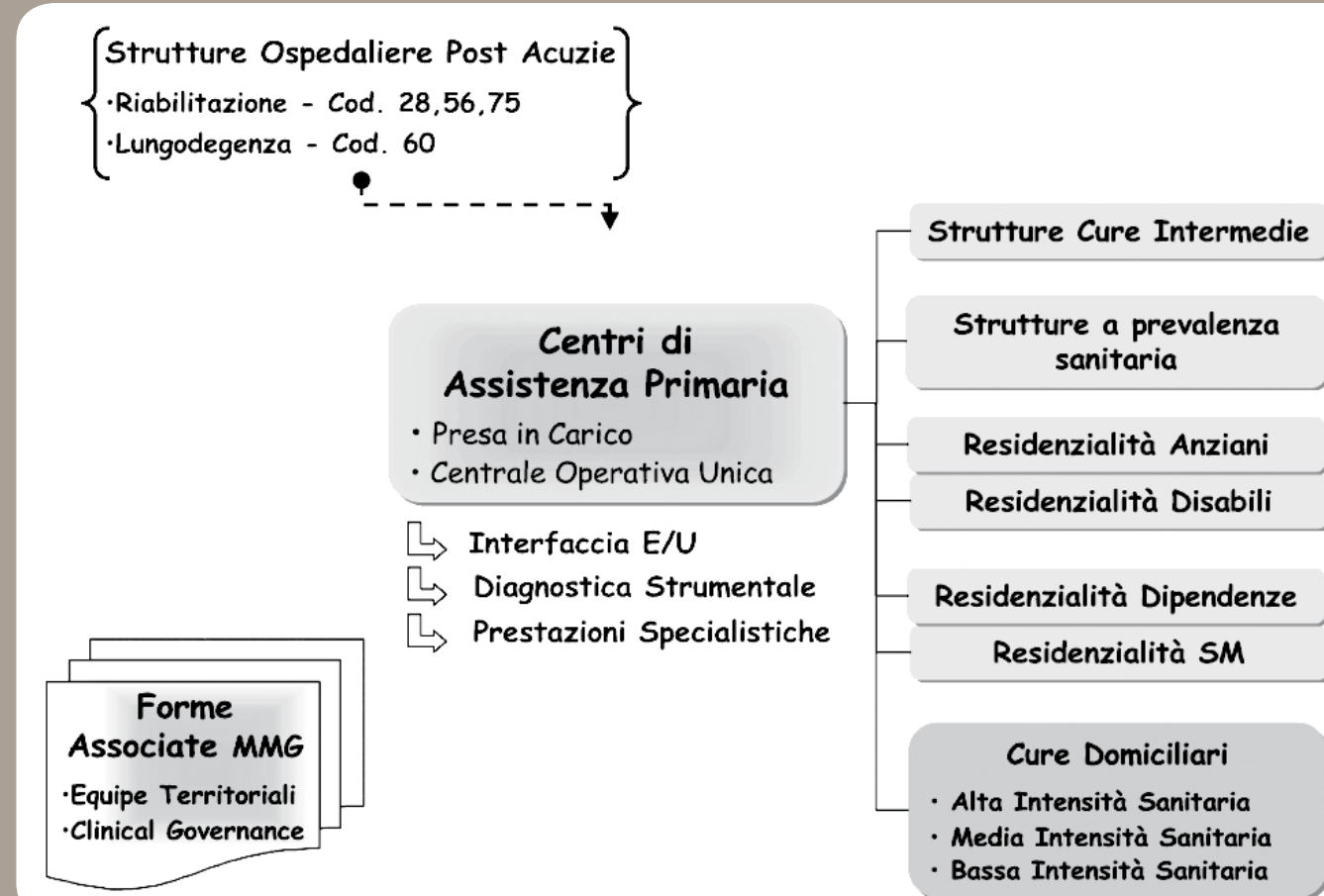
Probabilmente questo assetto potrebbe essere considerato come eccessivamente segmentato e colmo di criticità, soprattutto se le competenze, le prerogative e i funzionamenti dei vari livelli non vengono ben definiti e accettati da tutte le parti in causa.

Ciascun livello sarà sottoposto a modifiche di vario tenore a causa dei cambiamenti nella normativa sanitaria e in quella degli enti locali. È chiaro che possono nascere diverse ipotesi di riorganizzazione complessiva degli attuali quattro livelli della governance istituzionale, magari semplificandone almeno uno attraverso la capacità di rappresentanza delle forme associative comunali. Da questo punto di vista anche le Articolazioni di area vasta potrebbero trovare un assetto più operativo e adeguato alle competenze assegnate dalle modifiche alla L.R.T. 40/2005 apportate dalla finanziaria del 2012.

Appare di fondamentale importanza coordinare questa riorganizzazione con il superamento delle Società della Salute e con il riordino complessivo degli assetti organizzativi sanitari annunciati nella prossima riforma sanitaria regionale. In caso contrario risulterà evidente il progressivo allontanamento della *governance* sanitaria dalla parallela razionalizzazione degli assetti istituzionali, aggiungendo ulteriori danni alle comunità locali e alla capacità di rappresentanza e di governo delle pubbliche amministrazioni.



FOCUS Sistemi Territoriali



Nel gennaio del 2012 Federsanità e la Commissione Sociale di Anci Nazionale hanno raccolto una serie di elaborazioni che riguardano gli **'Elementi per l'organizzazione dei sistemi territoriali sociosanitari'**. Uno dei passaggi riguarda un lavoro specifico svolto dall'Agenas in relazione ai Piani di Rientro.

'Le tre reti (Emergenza, Ospedali, Territorio) sono da riorganizzare in una visione di insieme, che rispetti gli indirizzi generali normativi, le evidenze scientifiche, nonché i criteri adottati con successo in alcune realtà del Paese, rispettando le peculiarità specifiche del territorio dove vengono inserite' (Monitor n. 27, pag. 54)

'La Rete Territoriale proposta da Agenas' - Ricostruzione Federsanità-Anci.

Proprio la riorganizzazione delle reti ospedaliere fornisce l'impulso necessario al ripensamento delle attività territoriali. I protocolli utilizzati per riqualificare i presidi ospedalieri, rendono evidenti i percorsi che necessariamente devono essere attivati nel territorio. Così come la riconversione delle strutture rese libere dalla riorganizzazione ospedaliera, costituisce l'infrastruttura dei nuovi sistemi di assistenza territoriale, di cui è possibile definire alcuni principi di base:

- L'organizzazione di filiere assistenziali a differenti intensità con presa in carico unitaria
- La riconversione/costruzione di strutture altamente integrate e polifunzionali
- La distribuzione degli accessi e dei presidi di erogazione secondo precise pertinenze territoriali.



Olio d'oliva contro lo smog

Secondo dei ricercatori inglesi l'acido oleico contenuto nell'olio d'oliva preserva gli edifici antichi da inquinamento e smog

L'olio d'oliva potrebbe essere la soluzione allo smog di città. Ci spieghiamo meglio: l'olio d'oliva potrebbe essere la giusta soluzione per proteggere gli edifici antichi, come le cattedrali e i vecchi palazzi, dalle sostanze inquinanti dell'atmosfera. I ricercatori della Cardiff University, nel Regno Unito hanno sviluppato un rivestimento idrorepellente e traspirante a base di acido oleico, una sostanza presente nell'olio d'oliva, proprio con lo scopo di creare una barriera protettiva contro lo smog. Per l'esperimento, i ricercatori

hanno estratto dei campioni di pietra dalla Cattedrale di York, costruita tra il 1220 e il 1470 in pietra calcarea, e li hanno rivestiti ed esposti all'acido solforico. Il rivestimento a base di olio d'oliva ha creato una superficie idrofobica su cui l'acqua scivola, lasciando, però, passare l'aria. L'innovazione, rispetto alle precedenti coperture protettive ideate fino ad oggi, sta nella "traspirazione": dopo l'impermeabilizzazione, infatti, le sostanze non permettono all'edificio di "respirare", causando danni alle pietre.



L'Europa va a gas

L'Ue punta alla mobilità sostenibile e prova ad incentivare la diffusione dell'auto elettrica e dei veicoli a gas

Un piano da 10 miliardi di euro perché ogni Paese della Unione si doti di un numero minimo di stazioni di ricarica di energia verde entro il 2020. Questo ammontare delle risorse destinate dall'Unione europea per implementare le infrastrutture necessarie a rendere più agevole l'approvvigionamento di energia. Il piano della Ue per lo sviluppo della mobilità sostenibile è finanziato, soprattutto, dalle imprese produttrici e contiene una serie di provvedimenti per aumentare la diffusione dell'auto elettrica nel vecchio continente: incremento delle colonnine diffuse per la ricarica, la realizzazione di parcheggi e di corsie riservate esclusivamente a questi veicoli. Nel piano sono anche fissati dei target minimi per la realizzazione di stazioni di servizio per veicoli a idrogeno e a gas naturale in misura proporzionale al numero delle vetture a combustibili alternativi che si stima saranno prodotte nei diversi Paesi. Secondo gli ultimi dati in Europa attualmente circolano 200 milioni di autovetture alimentate da carburanti convenzionali, 11 mila veicoli elettrici e 1 milione di veicoli a gas naturale compresso.



Il cemento ci salverà?

Un nuovo, rivoluzionario materiale da costruzione che tutela l'ambiente e la salute dell'uomo: arriva il cemento ecologico

Trattiene e non disperde nell'aria le sostanze nocive, solitamente utilizzate nel processo di creazione dell'impasto, il nuovo cemento brevettato da un team di ricercatori spagnoli della MI-MED (Materiales Inorgánicos y Medio Ambiente) con la collaborazione di alcuni professori delle Facoltà di Chimica e Scienza del Suolo dell'Universidad de Navarra. L'invenzione iberica contiene un particolare composto biodegradabile, il "carboxymethyl chitosan", comunemente utilizzato anche in farmacia e medicina, grazie a cui tratter-

rebbe sostanze tossiche come lo zinco, il piombo o il cromo, normalmente usati per aumentare la viscosità della miscela in modo da accelerarne il processo di indurimento ed evitare la formazione di eventuali crepe strutturali. Grazie all'inserimento di questo speciale additivo biodegradabile, il nuovo impasto sarebbe, dunque, più resistente rispetto al cemento tradizionale, oltre a rispettare l'ambiente e la salute. Una novità estremamente positiva, di cui, a breve, sarà avviata la commercializzazione.



Il popolo Saharawi è il legittimo abitante del Sahara Occidentale, territorio di circa 266.000 kmq che si affaccia sull'Oceano Atlantico e colonia fino al 1975, quando la Spagna si ritirò ma suddivise il territorio fra Marocco e Mauritania, che lo invasero militarmente costringendo molti saharawi a fuggire in Algeria, sotto i bombardamenti. Da allora i saharawi vivono divisi tra i campi di rifugiati in Algeria e le zone del Sahara Occidentale oggi occupate dal Marocco che ha costruito un muro di 27.000 km a difesa di quella parte del territorio più ricco di risorse naturali che sta sfruttando senza averne titolo. Sempre più spesso i saharawi che vivono nei territori occupati denunciano le continue violazioni di diritti umani che devono subire.

I campi dei rifugiati in Algeria, dove vivono circa 250.000 persone, sorgono in pieno deserto, in condizioni umane e ambientali difficilissime: oltre 50° d'estate e sotto lo zero in inverno; scarse fonti d'acqua; la popolazione sopravvive solo grazie agli aiuti umanitari.

I Saharawi, da sempre, hanno percorso ogni strada per il ritorno a una vita dignitosa ed indipendente nella loro patria. Il 27 febbraio 1976 hanno proclamato la Repubblica Araba Saharawi Democratica (R.A.S.D.), a garanzia della loro indipendenza culturale e politica; hanno sempre lottato per raggiungere la propria autodeterminazione, senza mai fare ricorso ad atti terroristici attivando, invece, un'intensa azione diplomatica che, nel 1991, ha portato ad una risoluzione dell'ONU che sancisce il loro diritto ad esprimersi con un libero referendum sul proprio futuro. Referendum che purtroppo non è ancora stato effettuato.



Testi: Fiorella Bondoni, Margherita Mellini, Sandro Volpe - Foto: Margherita Mellini

Sahara Occidentale e RASD

Mohamed Sidati è il Ministro del RASD - la Repubblica Araba Saharawi Democratica - per l'Europa. Lo incontriamo per parlare del rispetto dei Diritti Umani nel Sahara Occidentale occupato.

Ministro Sidati, cosa possiamo imparare dalla protesta di Gdeim Izik?

Gdeim Izik rappresenta la protesta pacifica più importante fin dall'inizio dell'Intifada Saharawi. Tra settembre e ottobre 2010, 20.000 saharawi hanno creato, in mezzo al nulla, vicino al campo di El Aaiún, una tendopoli autogestita, basata su valori come il lavoro, il diritto alla vita ed alla dignità, l'autodeterminazione.

Il Marocco ha risposto con il sangue e le armi: ha bruciato e distrutto questo campo della speranza, ucciso, torturato, violentato le persone che vivevano lì, sotto gli occhi attoniti della comunità internazionale.

Lo stesso Noam Chomsky ha definito Gdeim Izik "il primo focolaio della primavera araba", che ha portato al rovesciamento dei dittatori in Egitto, Tunisia, Libia, ma non in Marocco purtroppo.

Qual è la situazione nei territori occupati oggi?

Nel Sahara Occidentale occupato continuano ad esserci gravi e continue violazioni dei diritti umani. Abbiamo sempre chiesto

l'inclusione del rispetto dei diritti umani nel mandato della MINURSO (la Missione delle Nazioni Unite nel Sahara occidentale) in quanto è l'unica missione ONU che non include un aspetto così importante. Purtroppo l'opposizione del Marocco, col sostegno della Francia, riesce ancora ad essere molto forte.

Tra l'altro la situazione rischia di diventare davvero pericolosa: finora la nostra reazione alla repressione marocchina è sempre stata pacifica, ma l'escalation di frustrazione e violenza rischia di portare la situazione al tracollo.

Quali sono i valori del vostro movimento di liberazione? Per cosa lottate?

Noi lottiamo per gli stessi valori della primavera araba: solidarietà, giustizia, libertà, pace, i denominatori comuni che ci uniscono con gli altri popoli arabi. Il Fronte Polisario è un patrimonio comune: un movimento di liberazione nazionale che nasce nel maggio del 1973 ed è l'espressione della volontà del popolo.

Il suo primo compito è quello di unire le forze per raggiungere l'obiettivo di autodeterminazione e l'indipendenza, e in questo la comunità internazionale può darci un grande aiuto.



Il dramma dei bambini saharawi raccontato dal film di Fiorella Bondoni

GILBERTO MASTROMATTEO

Ateneo di Cambridge: la causa saharawi è giunta fin nel cuore intellettuale del Regno Unito, grazie al documentario diretto da Fiorella Bondoni, "Bambini in esilio: saharawi, rifugiati figli di rifugiati". La pellicola prodotta nel 2010 dall'Ass. "Ban Slout Larbi" di Sesto Fiorentino, ha ricevuto, nel prestigioso College inglese che ospitava la giornata conclusiva della rassegna internazionale "Un Film per la Pace" 2012, lo scorso 21 settembre – Giornata internazionale della Pace indetta dall'Onu – il primo premio come miglior film consigliato alle scuole. A testimonianza dell'importanza del cinema per la tutela dei diritti umani, diritti che, nel Sahara Occidentale occupato dal Marocco,

continuano ad essere infranti, nel silenzio assordante della comunità internazionale. Cambridge è stata anche l'occasione per raccontare la questione saharawi e la crisi politica che coinvolge il Paese da oltre 37 anni. A parlare poi sono state le immagini del film; un documentario intenso, che racconta la diaspora del popolo saharawi, con lo sguardo puro e scevro dei bambini. Bambini costretti alle difficili condizioni di vita del deserto, ma che sognano di poter tornare, un giorno, in quella terra che conoscono solo grazie ai racconti degli anziani. Sempre nel 2012 "Bambini in esilio" si è aggiudicato anche il primo premio per i documentari dell'VIII Video Festival di Imperia.



La fondazione Kennedy

Dal 24 al 31 Agosto 2012 una delegazione della Fondazione "Robert F. Kennedy" si è recata in visita nei territori saharawi occupati dalle autorità marocchine e presso i campi di rifugiati saharawi in Algeria.

Una visita importante e significativa per la causa della Repubblica Araba Saharawi Democratica che da anni denuncia il clima di violenza e di

soprusi subiti dai cittadini saharawi che vivono nelle zone del Sahara Occidentale occupate dal Marocco. La delegazione della Fondazione R.F. Kennedy, ha diffuso un primo rapporto ove vengono resi noti gli esiti degli incontri con i cittadini saharawi dei territori occupati e denunciata la costante e terribile violazione dei diritti umani cui tali cittadini sono sottoposti costantemente, verificate anche diretta-

mente dai componenti della delegazione.

La missione della RFK Center ha rappresentato un gesto importantissimo che può infondere speranza e fiducia in tutti quei cittadini saharawi che, vittime di un'occupazione illegittima da quasi quarant'anni, devono ancora oggi lottare per vedere riconosciuti i loro fondamentali diritti umani.

rfkennedyeurope.org



Piccoli Ambasciatori di Pace

Progetti di accoglienza in Toscana

Ogni anno arrivano in Toscana quasi 200 bambini Saharawi per trascorrere i mesi estivi lontani dalle terribili condizioni del deserto, giocare con loro coetanei, incontrare amministratori, volontari, amici, e in alcuni casi anche farsi curare.

Sono piccoli "ambasciatori di pace" che raccontano la storia dell'esilio del loro popolo e le ingiustizie che subiscono da così tanti anni e la loro accoglienza diventa un'esperienza straordinaria anche per chi li ospita, provare per credere.

Per informazioni sull'ospitalità dell'estate 2013:
s.volpe.comune@gmail.com

Il Coordinamento toscano: insieme per fare la differenza

SANDRO VOLPE Presidente Coordinamento Toscano a sostegno della Repubblica Saharawi

La Toscana è una delle regioni italiane, insieme all'Emilia Romagna, maggiormente impegnata nel sostegno alla causa Saharawi. Numerosi sono i comuni gemellati, ben 147 oltre alle 10 province, molteplici le iniziative che cerchiamo di portare avanti per sostenere questi nostri amici. Ed è proprio per cercare di lavorare tutti nella stessa direzione, dare maggiore continuità e stabilità agli interventi di sostegno, che è nato il Coordinamento toscano a sostegno della Repubblica Saharawi, che riunisce enti, associazioni, soggetti che a vario titolo seguono la que-

stione ed è ovviamente aperto ad ogni contributo anche esterno. Del resto negli ultimi anni la nostra strategia, i nostri obiettivi, sono assai cambiati. All'inizio il nostro impegno era soprattutto rivolto a far conoscere l'esistenza di questo popolo e la loro delicata situazione. Quando, nel 1984, Sesto Fiorentino è stato il primo comune a gemellarsi con una tendopoli quasi nessuno sapeva chi fossero i Saharawi. Negli anni siamo riusciti a diffondere una maggiore consapevolezza della questione - anche se tanto resta ancora da fare rispetto al grande pubblico purtroppo - ed abbiamo

assunto una dimensione più politica parlando sempre più del diritto di una Repubblica, riconosciuta già da oltre 80 paesi nel mondo, all'indipendenza, facendo pressione sulla comunità internazionale per il diritto all'autodeterminazione. Dopo i fatti di Gdeim Izik poi il rispetto dei Diritti Umani nei territori occupati è

diventata un'altra grande questione, di scottante attualità. Cinque sono in particolare le linee di intervento su cui si indirizza in concreto la nostra azione: l'ospitalità dei bambini saharawi, piccoli ambasciatori di pace; la carovana annuale di aiuti umanitari; il volo speciale con i rappresentanti delle isti-

tuzioni e la manifestazione al muro; il mantenimento della rappresentanza saharawi in Toscana e le attività di informazione che servono per mantenere sempre alta l'attenzione - che non è mai abbastanza - sulla necessità di arrivare davvero ad una soluzione che rispetti la dignità e la libertà di questo Popolo.



Un quaderno per i Diritti Umani

A giugno 2012 si è tenuta presso la Provincia di Firenze una conferenza sui diritti umani nel Sahara Occidentale occupato, a cui ha partecipato anche il Presidente della RASD. Nell'occasione è stata promossa un'importante iniziativa, patrocinata da Anci e Upi Toscana: la nascita di un QUADERNO DI OBIETTIVI ED AZIONI degli Enti Locali italiani a TUTELA DEI DIRITTI UMANI dei saharawi nel Sahara Occidentale occupato. Dopo le prime adesioni questo strumento si propone di crescere ulteriormente diventando un fondamentale mezzo di comunicazione. In anteprima a Dire&Fare, lo scorso novembre, è stata presentata, la versione virtuale del quaderno, un blog che raccoglierà molte notizie utili, testimonianze dirette degli attivisti e racconti di viaggio degli amministratori che visiteranno il Sahara Occupato, come recentemente hanno fatto i consiglieri del Comune di Firenze Susanna Agostini ed Andrea Vannucci. Per info: quadernosaharaoccupato.blogspot.it

<http://www.nlm.nih.gov/exhibition/historicalanatomies/browse.html>



Sostenere la causa saharawi attraverso l'impegno sui diritti umani nel Sahara Occidentale

GIANNI GIANASSI sindaco di Sesto Fiorentino

Dal 1984 il Comune di Sesto Fiorentino ha scelto, primo in Italia, di sostenere la causa a favore dell'autodeterminazione saharawi. Un impegno che ci ha portato in questi anni ad incontrare donne, uomini e bambini testimoni di un'atroce ingiustizia che li condanna a vivere in esilio in terra d'Algeria e ad ascoltare le esperienze di chi, nel Sahara Occidentale occupato dal Marocco, ha subito torture, arresti, violenze, sopraffazioni, carcere. Mi sono recato direttamente in quelle zone, dove ho potuto misurare con miei occhi la terribile verità di tali soprusi, incontrando l'attivista per i diritti umani Aminatou Haidar, che da anni lotta per un Sahara Occidentale libero. Credo che la questione dei diritti nel

Sahara Occidentale occupato debba essere, assieme al sostegno dei rifugiati nei campi dell'Algeria, una delle strade su cui concentrare il nostro impegno, per arrivare alla pacifica soluzione al conflitto. Un aiuto concreto a chi oggi vive nei territori liberati del Sahara Occidentale, lo stiamo fornendo con il progetto "Acqua per Tifariti" in collaborazione con la Water Right Foundation e l'Associazione Ban Slout Larbi che ha lo scopo di facilitare il reperimento dell'acqua in quelle zone desertiche e creare le condizioni affinché una parte dei saharawi possa rientrare nella propria terra, presupposto fondamentale alla legittimazione dell'esistenza di uno Stato e di una Nazione.



Pontedera coopera: uno sguardo sul nuovo progetto per i saharawi

DANIELA PAMPALONI presidente Tavolo Regionale pro saharawi

MASSIMILIANO SONETTI vice sindaco Pontedera

Riuscire a tessere rapporti di pace è una sfida che necessita di grande impegno e tenacia; scegliere di cooperare con paesi e popoli lontani significa raccogliere e accogliere questa sfida con fiducia e consolidare quei rapporti. Per questo da anni una parte significativa degli interventi del comune di Pontedera è rivolta ai progetti di cooperazione internazionale. Per

quanto riguarda il popolo Saharawi, il progetto appena finanziato dalla Regione permetterà: la prosecuzione del progetto di prevenzione, diagnosi e cura delle patologie tumorali femminili in collaborazione con l'Unità Operativa di Senologia e ginecologia dell'Ospedale di Pisa; l'installazione di 150 cisterne per il deposito dell'acqua potabile; il mantenimento dell'ef-

ficienza del servizio di raccolta e smaltimento dei rifiuti attraverso il sostegno economico ai lavoratori impiegati e alle manutenzioni dei mezzi; e infine la riduzione dell'insicurezza alimentare dei più piccoli grazie alla fornitura della colazione nelle scuole. Grazie alla rete di soggetti con cui collaboriamo e alla varietà delle competenze ivi presenti

è possibile attivare gli interventi programmati e darne continuità, per risparmiare risorse contando sulla presenza in loco di contatti e operatori già formati che possono a loro volta formarne altri. Inoltre, per tali progetti, è fondamentale la sinergia per dare stabilità ai risultati e valutare coerenza e complementarità con gli i progetti portati avanti nell'area.

