

# Sanità Toscana

Poste Italiane  
Sped. in A.P. D.L. 353/2003  
conv. L. 46/2004, art. 1, c. 1, DCB Roma

Versione Pdf del supplemento al n. 28  
anno XVI del 23-29 luglio 2013  
per la pubblicazione sul sito  
della Regione Toscana  
[www.regione.Toscana.it](http://www.regione.Toscana.it)

**Avanti tutta  
su brevetti,  
spin off e start-up**

di **Alberto Tesi \***

**C**ome ricorda il documento programmatico della World health organization (Who) del 2012: "No Health Without Research", cioè "Non c'è salute senza ricerca". Con questa convinzione nel 2009 le Aziende ospedaliere-universitarie Meyer e Careggi, l'Università di Firenze e la Regione Toscana hanno firmato il protocollo che ha dato vita al Dipartimento integrato interistituzionale di Firenze.

Docenti e ricercatori universitari, medici e professionisti ospedalieri hanno affinato col tempo i rapporti di collaborazione necessari a rendere ottimale la gestione e le relazioni con i pazienti. Creare uno spazio comune della ricerca e della formazione significa poter garantire ai ricercatori, qualunque sia la loro appartenenza istituzionale, servizi amministrativi adeguati a competere su bandi nazionali e internazionali. Significa poter programmare insieme la formazione dei giovani medici e dei professionisti, per addestrarli alla ricerca e attraverso la ricerca garantire un sistema sanitario in grado di migliorare sempre i propri standard. Significa chiedere al personale tecnico-amministrativo di tutte e tre le istituzioni uno sforzo notevole per comprendere e condividere regole e abitudini,

CONTINUA A PAG. 2

**MODELLI**

Accordo tra Regione, Aou e Università di Firenze, Pisa e Siena

## Patto per R&S e formazione

**Rilanciata la sinergia su offerta formativa, sperimentazione e ricerca clinica**

**P**rosegue la strada per l'integrazione e il rilancio della creazione di sinergie fra funzioni di ricerca e formazione, in una logica di complementarità di offerta fra atenei e sistema sanitario. Con la delibera 503 del 25 giugno 2013 la giunta regionale ha approvato un accordo tra Regione Toscana, Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena e Aziende ospedaliere-universitarie che punta a sviluppare le attività di ricerca e formazione attraverso il supporto dei Dipartimenti integrati interistituzionali (Dipint).

Un Accordo che dà continuità a quello 2011-2015 e che oggi si arricchisce di tre documenti, mirati a dettare linee guida nell'ambito dell'offerta formativa, della sperimentazione clinica e della valorizzazione della ricerca clinica. Un'operazione che potrà generare benefici per il sistema sanitario e per l'intero sistema economico toscano, favorendo la valorizzazione della ricerca e della conoscenza e l'attrazione di nuovi investimenti.

Le linee di indirizzo riguardanti l'offerta formativa dei corsi di laurea delle professioni sanitarie in Area vasta, puntano a una collaborazione con le Università anche in attuazione di quanto previsto dalla deliberazione Grt n. 725 del 6 agosto 2012: organizzazione, con piano triennale e in collaborazione con le aziende afferenti all'Area vasta, delle sedi formative - di didattica e di tirocinio - con l'obiettivo di rafforzare le eccellenze territoriali e di produrre sinergie ed economie organizzative, strutturali e professionali.

I Dipint - macrostrutture tecnico-amministrative costituite per valorizzare la profonda e sostanziale connessione tra formazione, ricerca e assistenza - potranno coordinare operativamente le proposte presentate, frutto di programmazione congiunta tra il sistema universitario e quello sanitario, avvalendosi della rete formativa regionale e su indirizzi della Commissione regionale per la formazione sanitaria. Il finanziamento assegnato al Dipint garantirà il coordinamento organizzativo-gestionale delle attività for-



**APPUNTAMENTO A VILLA LA QUIETE**

### Riflettori puntati sull'integrazione

Focus sulle linee di sviluppo 2013 e l'addestramento d'Area vasta

**L'**accordo che potenzia i "Dipint" e gli sviluppi futuri sarà presentato il 26 luglio alle 15 a Villa La Quiete alle Montalve (Firenze), con il primo di una serie di appuntamenti del ciclo "Meet The Life Sciences", dal titolo "Nuove frontiere di integrazione tra Servizio sanitario regionale e Università? Il supporto dei Dipint su formazione e ricerca". L'incontro punterà i riflettori sull'accordo, sull'offerta formativa, la sperimentazione e valorizzazione della ricerca clinica. Saranno presenti il Presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi, e i rettori delle Università di Firenze, Pisa e Siena, rispettivamente Alberto Tesi, Massimo Augello e Angelo Riccaboni.

Nella giornata saranno illustrate le linee di sviluppo 2013 e la formazione nell'Area vasta, insieme ovviamente alla sperimentazione clinica e a come sarà valorizzata la ricerca. Previsto anche un intervento dell'assessore regionale al Diritto alla Salute Luigi Marroni. La prima occasione per discutere delle tre linee di intervento che pongono la Toscana come punto di riferimento a livello nazionale e collocano il sistema toscano all'avanguardia nelle pratiche di sostegno e valorizzazione della ricerca clinico-sanitaria per il miglioramento della qualità dell'offerta assistenziale.



**Meet the Life Sciences**  
FOCUS ON

mative dei corsi di laurea, la copertura delle spese di docenza tenute dal personale del servizio sanitario, nonché la messa a disposizione del materiale didattico e dei supporti per la formazione.

Per lo sviluppo e la promozione della sperimentazione clinica nel Servizio sanitario regionale toscano, il piano è di grande valore in termini di razionalizzazione e innovazione nella gestione regionale di questa materia. Questo infatti mira al coordinamento delle attività di sperimentazione clinica, quale volano importante per tutta la filiera della ricerca, e utilizza il riordino dei comitati etici per la sperimentazione clinica per dotare il sistema regionale degli strumenti in grado di sostenere un nuovo impulso e creare una sempre crescente attrattività delle aziende sanitarie toscane. La valorizzazione della ricerca clinica nelle aziende ospedaliere-universitarie invece rappresenta un elemento di innovazione per allineare il nostro sistema di ricerca clinica e assistenza sanitaria alle migliori pratiche internazionali, razionalizzando e mettendo in sinergia le migliori risorse presenti sul nostro territorio. Obiettivo del documento è quello di fornire linee di indirizzo per la valorizzazione della ricerca clinica nelle Aou toscane, con particolare riferimento alla protezione della proprietà intellettuale e all'avvio del processo di industrializzazione delle attività di ricerca clinica.

Riteniamo che queste politiche rappresentino un punto di riferimento a livello nazionale, ponendo il sistema toscano all'avanguardia nelle pratiche di supporto e valorizzazione della ricerca clinico-sanitaria finalizzata al miglioramento della qualità dell'offerta assistenziale, alla razionalizzazione delle risorse, alla sostenibilità del sistema sanitario, permettendo di adattarsi ai cambiamenti tecnologici e facendo fronte all'impatto degli stessi sulle prestazioni assistenziali.

**Alberto Zanobini**  
Dirigente Settore ricerca,  
innovazione, risorse umane  
Dg Salute, Regione Toscana

ALTRI SERVIZI A PAG. 2

**CONTROCANTO**

### La sfida di rendere sostenibile l'innovazione

di **Antonio Panti \***

**C**hissà perché tutti pensano che la Sanità sia un servizio costoso, anche troppo. La tutela del diritto alla salute non ha soltanto un valore civile e umano, ma rappresenta un fattore economico rilevante poiché restituisce alla produzione vite altrimenti perdute. Ma questo non basta. È tempo di ragionare sulla Sanità quale fattore di svi-

luppo economico, strumento di incremento del Prodotto interno lordo. Se finora le innovazioni tecnologiche nascevano per lo più negli apparati militari, oggi gli studi sull'informatica, sulla genetica, sulla robotica, sulle nanotecnologie, sulla biotecnologia e altre ancora immettono

CONTINUA A PAG. 2

**LEGGI&DELIBERE**

### ▼ Natalizumab e fingolimod: i centri

La Regione ha individuato i centri autorizzati per la prescrizione a carico del Ssn dei medicinali natalizumab e fingolimod: Uo Neurologia AouP; Neurologie Aou Careggi; Uo Neurologia Arezzo; Uo Neurologia Valdarno; Uoc Neurologia Aous; Uoc Neurologia e Malattie Neurometaboliche Aous; Uo Neurologia Po Misericordia Grosseto. La definizione è stata fatta in osservanza ai principi di appropriatezza prescrittiva e di governo della spesa farmaceutica. I centri utilizzatori di particolari farmaci devono presentare i requisiti per la valutazione dei percorsi diagnostici, terapeutici e di follow-up. (Delibera n. 354 del 20/05/2013)

### ▼ Alunni disabili: risorse per gli asili

La Giunta destina 350mila euro quale contributo alla Federazione italiana delle scuole materne-Federazione regionale toscana, per realizzare le azioni previste dal progetto relativo all'anno scolastico 2012-2013, che prevede il sostegno scolastico per 27 scuole inferiori con 36 bambini da seguire e per 5 scuole secondarie con 12 alunni cui offrire sostegno. La Fism promuove iniziative che assicurino il diritto allo studio degli alunni disabili superando il mero assistenzialismo, favorendo il loro inserimento nella vita di relazione e scolastica e promuovendo l'autonomia in ambito scolastico. (Delibera n. 365 del 20/05/2013)

**ALL'INTERNO**

### Arezzo, sprint al territorio

A PAG. 3

### Firenze, piano sulle urgenze

DOCUMENTI A PAG. 4-5

### Il cane-guida va a lezione

A PAG. 6



MODELLI

I Dipartimenti interistituzionali integrati perno tra atenei e sistema sanitario



# «Dipint» bacino di sinergie

## Privato co-protagonista delle collaborazioni con i centri di ricerca

**A**l fine di favorire l'integrazione e il potenziamento delle funzioni di supporto alle pratiche di valorizzazione dei risultati della ricerca in ambito clinico-assistenziale, la Regione Toscana ha già promosso la costituzione nei Dipartimenti interistituzionali integrati (Dipint) di modelli organizzativi condivisi fra Università e Aziende ospedaliere-universitarie. Con l'approvazione delle "Linee di indirizzo per la valorizzazione della ricerca clinica nelle Aziende ospedaliere-universitarie" (Allegato C del Dgr 503/2013) s'intende proseguire nella strada dell'integrazione, in una logica di complementarità di offerta fra Atenei e Sistema sanitario, rilanciando i Dipint come luogo per la creazione di sinergie fra funzioni di ricerca, formazione e innovazione.

In una contingenza economica di forte impatto sui sistemi sanitari a livello globale, risulta sempre più

pressante il bisogno da un lato di una razionalizzazione delle spese, dall'altro di reperire nuove risorse in contesti a oggi in Italia ancor poco esplorati. Uno di questi è rappresentato dal sistema di trasferimento tecnologico e valorizzazione delle idee. Il concetto è semplice: utilizzare uno dei più robusti asset del sistema sanitario, il personale qualificato - medici, infermieri e altre figure professionali alla frontiera dell'impegno assistenziale - come fonte di idee innovative sulle quali attivare azioni coordinate di valorizzazione. Il potenziale è enorme, anche in ragione del fatto che la pratica clinica è per sua natura a contatto giornalmente con i problemi connessi alla cura e all'assistenza, la cui soluzione, se ben governata e instradata, può delineare sostanziali approcci innovativi di ritorno commerciale per la crescita dell'intero sistema.

L'idea è quella di fare quadrato

attorno alle risorse presenti sul territorio, aprendo anche al sistema nazionale, per la strutturazione di un'interfaccia sicura e affidabile per il privato interessato a intraprendere collaborazioni con le nostre strutture di ricerca, garantendo percorsi gestionali e amministrativi commisurati alle esigenze del mercato e del settore privato. In quest'ottica, secondo le linee tracciate dal Dgr 503/2013, i Dipint sono chiamati a organizzare e implementare dei "Programmi per l'Innovazione Clinica" che delineino le procedure operative standard per la promozione e la gestione dei processi di valorizzazione della ricerca pre-clinica e clinica, con il fine ultimo di promuovere l'innovazione anche verso risultati d'impatto per la pratica sanitaria stessa. In una logica, quindi, di stretta collaborazione fra Atenei e Sistema sanitario, attraverso la messa a disposizione di procedure, infrastrutture e professionalità adeguate, si mira primariamente ad avere un impatto di medio-lungo termine sulla sicurezza e la qualità dei servizi offerti per la cura dei

citadini.

Tra i risultati attesi più rilevanti si possono annoverare l'aumento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, l'attrazione e il mantenimento di medici e professionisti di talento, l'attrazione di investimenti e project financing, l'adeguamento delle proprie dotazioni tecnologiche agli standard più qualificati, nonché l'irrobustimento della cultura dei professionisti sanitari in materia di innovazione, trasferimento tecnologico e imprenditorialità. L'attività fin qui svolta in seno alla Dg Sanità, anche grazie alla creazione di una struttura ad hoc, l'Ufficio per la valorizzazione della ricerca biomedica e farmaceutica (Uvar), con competenze tecniche specialistiche e adeguati strumenti di supporto, ha consentito di compiere un notevole passo avanti nella creazione di una rete di supporto alla ricerca svolta presso strutture di ricerca pubblica afferen-

ti alle Aziende ospedaliere e alle Università. In questo quadro, la positiva esperienza di collaborazione fra Uvar e Aou Meyer rappresenta una prima traccia per quanto s'intende implementare con i programmi d'innovazione clinica.

Nel corso degli ultimi due anni, grazie al supporto dell'Uvar è stato possibile trasferire innovazioni sviluppate da dottori e ricercatori del Meyer e dell'Università di Firenze, procurando ritorni economici diretti e indiretti; in definitiva aumentando la visibilità del Meyer come soggetto innovatore, irrobustendone l'immagine, misurabile anche in termini di aumento della mobilità interregionale attiva.

**Andrea Frosini**  
Ip Manager

Fondazione Toscana Life Sciences  
Ufficio per la valorizzazione della ricerca  
Dg Salute, Regione Toscana

**È già predisposta la rete di supporto ad Aou e Università**

**Tra i risultati attesi più investimenti e project financing**

IL SOSTEGNO REGIONALE AL COORDINAMENTO E ALLO SVILUPPO DEL SISTEMA

## Piattaforma etica per le sperimentazioni cliniche

**I**l potenziamento del sistema per la sperimentazione clinica è in atto ormai in Regione Toscana dal 2006 quando, con la Dgr 788/2006, il sistema sanitario ha assunto su di sé specifici impegni per il miglioramento dell'operatività e lo sviluppo di questo settore: negli anni, a fronte di una crescita dell'offerta regionale, resa competitiva in termini di efficienza e qualità e segnata da una sostanziale riduzione dei tempi autorizzativi delle sperimentazioni, sono stati registrati incrementi degli investimenti privati nelle nostre aziende sanitarie.

La Regione Toscana ha poi stipulato protocolli d'intesa per la sperimentazione clinica con 10 tra le principali aziende del settore, che di fatto hanno creato un percorso di partnership per una sempre maggiore operatività e vivacità del sistema. L'esperienza maturata ha dunque dimostrato l'efficacia di supportare con interventi mirati l'operato dei comitati etici a garanzia dei diritti

dei cittadini, ma ha reso anche evidente la necessità di agire con una prospettiva di sistema, che valorizzi l'intero settore della ricerca, superando le persistenti criticità e realizzandone pienamente le potenzialità.

Il riordino dei comitati etici disposto dal cosiddetto Decreto Balduzzi ha ora offerto l'occasione per modificare sostanzialmente il quadro regionale: con Dgr 418/2013 è stato infatti costituito un unico Comitato etico per la sperimentazione clinica, articolato in 4 sezioni (Comitato etico Area Vasta Centro, Comitato etico Area Vasta Sud-Est, Comitato etico Area Vasta Nord-Ovest, Comitato etico Pediatrico) in via di insediamento presso le quattro Aziende ospedaliere-universitarie.

E a supporto di questa scelta forte nella direzione del coordinamento e della razionale programmazione delle azioni, sono state approva-

te con la Dgr 503/2013 (Allegato B) le Linee di indirizzo per lo sviluppo e la promozione della sperimentazione clinica nel servizio sanitario regionale toscano: le nuove direttive individuano nella piattaforma offerta dai Dipint un elemento essenziale per migliorare la definizione degli strumenti di gestione scientifica, amministrativa ed economica dei Comitati etici (personale di supporto, gestione delle risorse, strumenti informatici, strutture e percorsi condivisi adeguati alle nuove realtà) e il loro sempre maggiore raccordo in considerazione del ruolo che da essi dovrà ora essere svolto nella nuova configurazione del sistema toscano. Un secondo elemento di qualificazione è stato individuato nella necessità di azioni mirate alla razionalizzazione e alla standardizzazione delle prassi operative per la gestione e la conduzione delle sperimentazioni cliniche,

che si auspicano sempre più coordinate tra aziende sanitarie e università, per l'innovazione nelle procedure da adottare, il loro monitoraggio e per lo sviluppo di specifiche aree (a es. pediatria e medical device).

La creazione di un Comitato tecnico-scientifico (Cts) regionale realizza infine la volontà di dotare il sistema di un organo di coordinamento per la promozione e l'indirizzo dell'attività di sperimentazione clinica: i diversi protagonisti coinvolti possono dunque trovare in questo tavolo, presieduto dallo stesso assessore, il luogo per definire e attuare linee comuni di azione per garantire quegli obiettivi strategici utili a rendere la Toscana un territorio competitivo dove fare sperimentazione di effettiva qualità e portatrici di reale innovazione per la clinica.

Con questo importante sostegno al coordinamento e allo sviluppo

del sistema, la Regione Toscana vuole rilanciare la sfida in questo settore, nella consapevolezza che «la ricerca è una funzione fondamentale, costitutiva e pervasiva di ogni moderno sistema sanitario, poiché, se opportunamente e razionalmente programmata, condotta e monitorata, alimenta lo sviluppo delle conoscenze scientifiche e operative e la conseguente messa a punto di processi e prodotti innovativi, in grado di migliorare la capacità di risposta del sistema e la sua efficacia in termini di guadagno di salute della popolazione» (Piano sanitario regionale 2008-2010).

**Laura Canavacci**  
Collaboratore

Settore qualità dei servizi e partecipazione del cittadino

**Marco Menchini**

Dirigente responsabile  
Settore qualità dei servizi e partecipazione del cittadino  
Regione Toscana

► **CONTROCANTO** (segue dalla prima pagina)

nella produzione strumenti che non hanno soltanto un futuro che incrementa le possibilità curative della medicina ma che saranno utilizzate in molti altri settori dell'attività umana.

Ecco quindi che il tentativo della Regione Toscana di creare piattaforme assai pratiche, ove la ricerca universitaria si fonda con quella del servizio sanitario, sia nella ricerca sperimentale sia in quella traslazionale, rappresenta un'innovazione notevolissima per lo sviluppo della Sanità e per l'apporto che la società può dare all'economia generale. Ma ancora più importante è il tentativo di creare piattaforme di interconnessione tra pubblico e privato per la ricerca di fondi, per lo sfruttamento dei brevetti e la ricerca di

partner economici che realizzino le idee dei ricercatori toscani. Quindi un'ottima idea e uno strumento, il Dipint, che sembra sufficientemente duttile per rispondere a queste esigenze.

Il problema è che il nostro Paese è il peggior investitore in ricerca dell'Occidente; che le carriere nel mondo della ricerca sembrano più legate all'anzianità che al merito; che è difficilissimo creare occasioni di lavoro interprofessionale, che poi è l'unico modo con cui si può fare ricerca oggi. In una piccola Regione campanilistica e portata alle rivalità riusciremo a creare, in un sistema che deve rimanere pubblico, una mentalità sufficientemente imprenditoriale? Non è facile, ma sicuramente aumentano le persone di buona

volontà e l'impegno della Regione, attraverso il settore dell'assessorato dedicato alla ricerca, sembra una sicura garanzia che questa volta riusciremo non solo a costruire strumenti che migliorino le cure offerte ai nostri pazienti ma a imporre sul mercato il valore della creatività toscana.

Insomma, occorre trovare la misura fra la ricerca no profit e il rischio dell'investimento sulle innovazioni. La medicina del futuro sarà sempre più tecnologica e onerosa. Questo sembra uno strumento idoneo a rendere sostenibile l'innovazione per affrontare uno dei nodi fondamentali per la sopravvivenza del sistema salute.

\* Vicepresidente  
Consiglio sanitario regionale

► **Avanti tutta su brevetti...** (segue dalla prima pagina)

al fine di renderle sempre più efficaci: nella gestione delle rendicontazioni, nel reclutamento dei giovani dottorandi, specializzandi e assegnisti di ricerca, nelle sperimentazioni cliniche.

La convenzione recentemente approvata permette un ulteriore significativo passo in avanti verso l'integrazione nell'ambito del trasferimento tecnologico e dell'innovazione biomedico-farmaceutica. Sarà infatti possibile procedere alla valorizzazione dei brevetti e alla sperimentazione di iniziative di spin-off e start-up integrate. Con il tempo le esperienze già avviate e ancor più quelle proposte non si sono limitate alle aree di tradizionale competenza medica e farmaceutica, ma si sono estese alle aree umanistiche, delle scienze sociali e delle nuove tecnologie: Ict,

device, nano e nuovi materiali, fononica e così via. Perché le nuove e complesse sfide che si profilano in campo sanitario sollecitano sempre più il passaggio dall'integrazione alla contaminazione dei saperi e delle ricerche, che sono il grande patrimonio di un Ateneo generalista.

In questo percorso di integrazione ci sono stati, e ancora ci saranno, momenti non facili da superare che, come sempre accade, richiedono doti professionali e umane significative; per questo motivo non posso che ringraziare sentitamente tutti coloro che attraverso il loro impegno e la loro passione hanno permesso che questo rapporto si consolidasse.

\* Rettore  
Università degli Studi di Firenze

**SSR AI RAGGI X** | I contenuti dell'accordo firmato dalla Asl con Fimmg, Snam e Smi

# Arezzo rivoluziona il territorio



**Generalisti al centro dell'operazione - Budget alle Aft - Il distretto "pesa"**

Nel triennio 2013-2016 si arriverà alla chiusura del cerchio che da anni si sta disegnando nella Asl aretina: un nuovo modo di interpretare l'assistenza ai cittadini, partendo dal basso, dalla prossimità, dalla vicinanza ai problemi, con il coinvolgimento diretto e prioritario dei medici di famiglia. Con l'accordo appena firmato dall'Azienda sanitaria e dai sindacati Fimmg, Snam e Smi, si sono riempiti di ulteriori contenuti le caselle individuate da anni e che ora trovano applicazione reale.

Prevenzione sotto ogni forma è il leit motiv di ogni azione. Prevenzione con i corretti stili di vita, prevenzione nell'individuare le insorgenze di malattie croniche prima della loro acutizzazione, prevenzione nella volontà di eliminare le disuguaglianze, garantendo equità nell'accesso alle cure, con una medicina di iniziativa che non lasci nessuno indietro. Concetti alti, condivisi ormai a ogni livello, da quello nazionale a quello più locale, ma che per essere declinati necessitano di strumenti organizzativi, operativi, di strutture, di risorse e di una convinta partecipazione attiva degli operatori sanitari e degli stessi cittadini. Concetti fondamentali che ruoteranno attorno al medico di famiglia, con l'aggregazione funzionale territoriale (Aft), alla Continuità assistenziale e alla medicina d'iniziativa.

È chiaro che si tratta di un processo in

crescita, nel quale il territorio diventa elemento sempre più essenziale nelle cure. Le Aft avranno un proprio budget, che dovrà rispondere a criteri di natura clinica e allo stesso tempo contabile, per un buon uso delle risorse. Cresce anche la forza del Distretto, quella organizzazione per aree (ne abbiamo cinque, una per vallata), che deve avere una propria autonomia funzionale anche con gli specialisti e che si deve raccordare con le strutture ospedaliere e i suoi professionisti, sempre più dedicati alle patologie acute. Insomma, evitare che all'ospedale si rechi chi ha bisogno solo del medico e di strutture collegate. Ma non con i divieti, bensì offrendo sul territorio, in prossimità della propria casa, ciò che serve. Fondamentale è stabilire la appropriatezza delle cure. Ne è un esempio la sperimentazione in atto in Valdarno e ad Arezzo da poche settimane: a Montevarchi ha visto fare una scelta di 4 ore il sabato e domenica di giorno; ad Arezzo 4 ore tutte le sere dalle 20 alle 24. E tutte le Zone Distretto si stanno attrezzando per garantire questo servizio il sabato e domenica.

Dalla sperimentazione si passerà prossimamente a una azione a tappeto. L'obiettivo è quello di garantire per 16 ore al giorno (dalle 8 alle 20), integrando medici di famiglia e quelli della continuità assistenziale, un ambulatorio di prossimità, poi dalle 20,00 alle

24,00 la Continuità assistenziale attraverso la chiamata all'apposito centralino. Il passo successivo, ma questo tema sarà affrontato nei prossimi anni e in maniera progressiva, di notte, dalle 24,00 alle 08,00, sempre passando dal medesimo centralino, dopo una valutazione del medico della continuità assistenziale, con l'intervento delle strutture del 118. Medici e Asl si sono trovati d'accordo nello strutturare questo nuovo approccio alla assistenza sanitaria sul territorio, mettendo in campo numerose professioni. I medici saranno affiancati da infermieri, Oss, personale di segreteria. Saranno dotati di strumenti e soprattutto di un servizio di rete telematico capace di mantenere una banca dati completa e aggiornata sui pazienti, in modo che ognuno che si trova a dover agire, conosca rapidamente le cure in corso e la situazione clinica dell'utente stesso.

A questi gruppi saranno affidate anche la gestione delle cure domiciliari, con l'assistenza dell'Adi, l'intervento a chiamata dei diversi professionisti specialisti per la corretta applicazione di protocolli di cura. Le strutture saranno dotate sempre più anche di attrezzature per la diagnostica meno "pesante": in sostanza non saranno tac o risonanze, ma ecografi, elettrocardiografi, spirometri ecc., e altri strumenti che rientrano anche in quelle attività per le quali i medici di famiglia sono prepara-

ti. I medici di famiglia gestiranno in collaborazione con gli ospedali sia la fase di uscita dai nosocomi, con le strutture di cure intermedie (Modica, ospedali di comunità, Rsa) e in certe circostanze anche quelle di entrata. Oltre che utilizzare al meglio le risorse, si avrà il vantaggio di creare il minore disagio possibile ai pazienti.

È un obiettivo ambizioso e soprattutto con tappe di avvicinamento per la copertura totale del territorio piuttosto serrato. E che costo avrà tutto questo? Possibile permetterselo in un momento di tale difficoltà finanziaria? Paradossalmente la risposta è proprio positiva. Il costo sarà "zero". Zero perché proprio l'atteggiamento di prevenzione e di "aggressione" alle patologie prima che queste divengano acute e gravi, consente di fare importanti risparmi. Stessa cosa per il buon uso del farmaco o delle ricerche diagnostiche spesso ripetute senza alcuna logica, con particolare attenzione a evitare sprechi. Ciò che si toglie da una parte andrà a finanziare questa forma nuova di assistenza, garantendo ai medici di avere quelle strutture che saranno il riferimento, 24 ore al giorno, per i propri pazienti.

a cura di  
**Pierluigi Amorini**  
Ufficio stampa Asl 8 - Arezzo

**IL PATTO CON I MMG GARANTISCE L'APERTURA DI STRUTTURE ATTIVE ANCHE NEI WEEK END**

## Più ambulatori per alleggerire i pronto soccorso

L'allarme era scattato più volte, poi alla fine si è arrivati a una pressione non più accettabile. Una sofferenza per i pronto soccorso più importanti: quello del Valdarno, ma soprattutto quello di Arezzo. Da una media di 180 si è passati a 220, fino a punte di 250 in un giorno. Sono i numeri di accesso al pronto soccorso del capoluogo che in poche settimane, come ogni estate, hanno avuto una impennata. Ma non perché ci siano stati più infortuni o incidenti o perché vi sia una epidemia di influenza: stanno crescendo a dismisura i codici minori, attorno all'84% del totale.

Insomma, codici verdi, bianchi e azzurri, con patologie che di norma potrebbero e dovrebbero in grandissima parte essere curate dal proprio medico di famiglia e non a un pronto soccorso. Ovviamente la scelta spetta al cittadino, nessuno può imporre di andare da una parte o dall'altra. Ma trattandosi proprio di prestazioni ambulatoriali ordinarie, la Regione Toscana da qualche anno pretende il pagamento di un ticket (salvo bambini e traumatizzati). Non è però solo un problema di ticket: la gestione di un afflusso così importante mette a dura prova sia gli operatori che i cittadini stessi. Tanto che qualche volta rischia di diventare anche un problema di ordine pubblico, con i cittadini in attesa che protestano a volte in modo civile, altre volte in modo aggressivo, per non essere presi in carico in tempi ritenuti accettabili. Solitamente, le richieste di assistenza al pronto soccorso vanno via via aumentando dalla tarda mattinata, sino alla sera. Il picco dalle 18,00 alle 24,00. L'Azienda ha compiuto grandi investimenti nel pronto

soccorso, sia dal punto di vista strutturale che organizzativo, stavolta valutando una ulteriore ottimizzazione degli orari, che comunque potrà solo rappresentare un tampone. Il problema vero è la quantità di accessi per patologie non proprio da pronto soccorso.

Ed ecco quindi la soluzione che poi rientra nel generale accor-

do con i medici di famiglia: aprire ambulatori nel territorio dedicati alla continuità assistenziale, perché fungano da richiamo appropriato per quei cittadini che hanno necessità non di un pronto soccorso, ma semplicemente del medico di medicina generale. Se i codici bianchi e azzurri sono più dell'80%, significa che nella

stragrande maggioranza dei casi si tratta di patologie da trattare fuori dal pronto soccorso. Da giugno la sperimentazione è partita in Valdarno e da luglio ad Arezzo. A Montevarchi (Distretto di via Podgora) ha visto fare una scelta di 4 ore il sabato e domenica divise fra mattina e pomeriggio. Ad Arezzo (Distretto di via

Guadagnoli) di 4 ore tutte le sere dalle 20 alle 24. In poche settimane, pur non essendo ancora un servizio molto conosciuto dalla popolazione, ha permesso di servire centinaia di utenti che hanno evitato di fare code, di intasare i pronto soccorso, e hanno avuto risposte rapide e altrettanto esaurienti. E tutte le Zone distretto si stanno attrezzando per garantire questo servizio il sabato e la domenica.

In questi ambulatori, gli utenti sono valutati con le stesse modalità con cui oggi vengono valutati nel corrispettivo ambulatorio del pronto soccorso. In caso di necessità, i medici di continuità assistenziale possono ottenere un consulto immediato con alcuni specialisti ospedalieri (pronto soccorso, cardiologo, ortopedico) e programmare entro le 72 ore successive eventuali approfondimenti diagnostici ritenuti opportuni e urgenti (Eco, Rx ecc.). Ovviamente la scelta spetta al cittadino, senza imporre di andare da una parte o dall'altra. Il pronto soccorso continuerà a garantire una risposta a tutti coloro che si presentano, come fatto sino a oggi. Ma è bene sapere che il pronto soccorso resta la scelta di elezione per i casi urgenti, e un utilizzo più appropriato di questa struttura va a vantaggio di tutti, specialmente di coloro che ne hanno maggiormente bisogno. Allo stesso tempo, il nuovo Ambulatorio fuori dal pronto soccorso rappresenta una opportunità aggiuntiva e gratuita (al pronto soccorso questi codici pagano il ticket) offerta ai cittadini nella duplice convinzione di garantire così risposte più celeri e una maggiore qualificazione del pronto soccorso.

## Gli impegni che faranno la differenza

**A. Il medico di famiglia (280 nella provincia aretina) accetta di non lavorare più da solo, ma in gruppo. Gruppo che si chiama Aft (aggregazione funzionale territoriale), una nuova sigla che dovremo tutti imparare a conoscere perché rappresenta proprio la struttura di riferimento per il medico di famiglia (medico di medicina generale), nelle 24 ore. Le Aft in provincia di Arezzo sono 13 e ognuna conta in media 20 medici e circa 20.000/25.000 pazienti. Il medico con il suo gruppo avrà sede operativa in una struttura comune, che sia essa la Casa della Salute (7 già aperte con l'obiettivo di arrivare a 13) o la medicina di gruppo. Manterrà comunque, se lo vuole, specie per quelle aree con scarsa concentrazione di abitanti, il proprio studio medico, con una presenza di poche ore settimanali. Il medico, così organizzato, garantirà, insieme alla Continuità assistenziale, l'assistenza nelle 24 ore.**

**B. Non esisterà più il vecchio concetto di guardia medica, con professionisti che nelle ore notturne o nei festivi e prefestivi potevano intervenire senza alcun riferimento clinico e senza alcun legame territoriale. Adesso esiste la Continuità assistenziale (Ca). I medici della Ca saranno parte integrante della Aft di riferimento. Progressivamente avranno accesso anche alle reti informatiche per conoscere il percorso clinico dei pazienti. Tutto questo consentirà di non arrivare a casa delle persone "alla cieca", ma con una consapevolezza piena e una conoscenza concreta del paziente stesso, in ogni momento.**

**C. Con l'invecchiamento della popolazione, crescono anche le malattie croniche. E, purtroppo, negli anni si sono associate anche le disuguaglianze sociali nella possibilità di curarsi. Con l'accordo firmato i medici di famiglia hanno accettato definitivamente di passare dalla medicina di attesa a quella di iniziativa. In buona sostanza non stare ad aspettare che i pazienti si presentino nei loro ambulatori spontaneamente al bisogno, ma organizzare servizi tali affinché siano i medici ad andare a intercettare con campagne mirate e personalizzate, i bisogni dei cittadini, anche invitandoli a controlli periodici. Esempi se ne possono fare mille. Si pensi al controllo del diabete. Si creeranno delle banche dati per cui i pazienti saranno monitorati. Sarà per loro stilato un programma di controllo e cura. Chi non lo osserverà, sarà richiamato. Si pensi che dove la sperimentazione è già partita, si è annullata la differenza di controlli fra pazienti più attenti (in genere persone più colte e più abbienti) e le altre (che per tante ragioni "evitavano" di fare controlli). E tutto questo produce grandi vantaggi. La popolazione, seguita preventivamente, si ammala di meno, con minori ricoveri, e soprattutto minori problematiche connesse per la salute (dal diabete, ad esempio, nascono i problemi renali, di circolazione sanguigna, di vista ecc.). Questa forma di medicina preventiva o di iniziativa è contraddistinta da un'altra sigla, Ccm (Chronic care model), e oggi è applicata nel 40% della popolazione. L'accordo prevede di passare al 60% in questo 2013, all'80% nel 2014 e completare con il 100% nel 2015.**



DOCUMENTI

La Giunta approva il progetto dell'Asl 10 Firenze per l'implementazione dell'emergenza-urgenza



# Accessi ottimizzati ai pronto soccorso

## Previsti percorsi ad hoc contro il sovraffollamento dei Dea e per pazienti anziani e cronici

### IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

**6** Pubblichiamo la delibera n. 352/2013 sull'«Implementazione dell'emergenza-urgenza dell'Azienda Usl 10 di Firenze» che delinea un percorso triennale delle azioni di miglioramento dei pronto soccorso, finanziato con 48mila euro

### LA GIUNTA REGIONALE

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 «Disciplina del servizio sanitario regionale» e successive modifiche e integrazioni;  
Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010 che nell'ambito dei grandi progetti prefigura l'arricchimento del modello dei nostri Ps con una particolare attenzione agli aspetti organizzativi e strutturali, finora almeno parzialmente disattesi, perché non compresi nel "mandato originario" che riserva gli elementi di giudizio "tempo di attesa" e "presa in carico" solo per la qualità del Servizio per i bisogni urgenti di maggiore gravità;

Ricordato che il Piano sanitario regionale 2008-2010 al punto 4.2.2 impone che gli ospedali debbano essere in grado di governare i flussi che il pronto soccorso detta all'intero funzionamento dell'ospedale impedendo

### Risultati ottenuti per i traumatizzati e gli ustionati

«... il permanere dei pazienti in una situazione non consona, dopo un certo numero di ore, ai suoi bisogni di cura e assistenza»;  
Dato atto che il Psr 2008-2010 resta in vigore, ai sensi dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011 n. 66, fino all'entrata in vigore dei Piani e Programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Prs 2011-2015, tra cui il Pssir 2012-2015;

Richiamata la proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015, approvata dalla Giunta regionale con proposta di delibera al Consiglio regionale n. 38 del 19 dicembre 2011, che prevede un ridis-

egno del sistema ospedaliero regionale anche attraverso la riorganizzazione del Sistema di emergenza-urgenza, rafforzando il ruolo unitario del Dipartimento di emergenza-urgenza e privilegiando modelli organizzativi che perseguano l'integrazione garantendo l'assistenza sanitaria di emergenza-urgenza sia extra che intraospedaliera;

Vista la deliberazione Gr n. 90 del 13 febbraio 2006 con la quale veniva costituito «l'Osservatorio permanente sul sistema di emergenza-urgenza», ai sensi dell'art. 43 della legge regionale 40/2005;

Vista al deliberazione 353/2010 con la quale si approvavano i percorsi di miglioramento dei pronto soccorso e i percorsi del traumatizzato; Dato atto che l'Azienda 10 di Firenze nel raggiungimento degli obiettivi dei progetti di cui sopra ha dato un contributo considerevole al processo di miglioramento dell'emergenza-urgenza con risultati importanti e significativi sul versante dei percorsi del traumatizzato e dell'ustionato determinando positive ricadute sulla politica sanitaria regionale;

Constatato il perdurare dell'interesse regionale alla prosecuzione delle azioni di miglioramento del modello organizzativo, integrato e complesso, per l'intervento sanitario in emergenza-urgenza attraverso il Dipartimen-

to emergenza-urgenza (Deu); Visto e valutato positivamente il progetto dell'Azienda 10 di Firenze che in allegato, Allegato A, costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, e che sul fronte delle azioni di miglioramento del pronto soccorso delinea un percorso triennale con le seguenti azioni:

- Percorsi per risoluzione del problema del sovraffollamento dei Dea.
- Percorsi specifici per pazienti anziani e cronici.
- Riorganizzazione dell'accoglienza in pronto soccorso.

Ritenuto necessario sostenere l'Azienda sanitaria n. 10 di Firenze per le attività del progetto soprarichiamato mediante l'assegnazione di specifiche risorse economiche;

Ritenuto pertanto di destinare con il presente atto, a favore dell'Azienda sanitaria n. 10 di Firenze la somma complessiva di Euro 48.000,00 (quarantottomila/00), per la realizzazione del progetto di cui all'Allegato A, come di seguito riportato:

- Euro 2.500 (duemilacinquecento,00) a valere sull'impegno 7754/2012 assunto con decreto dirigenziale n. 6535/2012 sul capitolo 26133 del bilancio di previsione 2013, gestione residui ed Euro 13.500,00 (tredicimilacinquecento,00) nella disponibilità libera dello stesso capitolo;

- Euro 16.000,00 (sedicimila,00) sul capitolo capitolo 26133 (Fondo sanitario indistinto) del bilancio pluriennale 2013-2015, annualità 2014;

- Euro 16.000,00 (sedicimila,00) sul capitolo capitolo 26133 (Fondo sanitario indistinto) del bilancio pluriennale 2013-2015, annualità 2015;

- 3. di dare atto che l'efficacia della prenotazione assunta per le annualità 2014 e 2015 è subordinata alla definitiva approvazione del Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015 da parte del Consiglio regionale;

- 4. di dare mandato alla Direzione generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale di dare attuazione al presente atto.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul Burt, ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera f) della Lr 23/2007 e sulla banca dati degli atti della Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 18, comma 2 della medesima Lr 23/2007.

### ALLEGATO A

#### Progetto finalizzato

##### Titolo:

Implementazione dell'emergenza-urgenza in raccordo alla legge 8/11/2012 n. 189 e della Dgr 1235 del 28/12/2012.

##### Premessa:

L'emergenza rappresenta un'area prioritaria di intervento che deve essere oggetto di specifiche azioni per dare completa attuazione a quanto previsto dal Piano sanitario regionale 2008-2010 relativamente al miglioramento dei pronto soccorso e alla rete del trauma. Un migliore funzionamento dei pronto soccorso è garanzia di una migliore gestione della Sanità

##### Finalità

Il progetto mira a valutare e a definire interventi per il miglioramento

| Allegato B                                                             |                |
|------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Piano finanziario per ciascun anno di attività                         |                |
| Compenso per attività professionale di un esperto in emergenza-urgenza | euro 12.000,00 |
| Spese amministrative                                                   | euro 4.000,00  |
| Totale annuo                                                           | euro 16.000,00 |
| Totale generale                                                        | euro 48.000,00 |

dell'assistenza ai pazienti che accedono ai Ps assicurando un approccio coordinato multidisciplinare che consente l'ottimizzazione dei tempi e del comportamento terapeutico.

Le azioni specifiche che si intende portare nel triennio 2013-2015 ineriscono:

- 1) Percorsi per la risoluzione del problema del sovraffollamento dei Dea
- 2) Percorsi specifici per pazienti anziani e cronici
- 3) Riorganizzazione dell'accoglienza in pronto soccorso

#### Percorsi per la risoluzione del problema del sovraffollamento dei Dea

Condivisione delle problematiche dell'emergenza-urgenza fra Ps Deu e tutte le componenti del presidio ospedaliero. Le disposizioni contenute nei documenti citati consentono una attuazione di una partecipazione corale al problema dell'emergenza-urgenza di tutto l'ospedale. L'attività ambulatoriale diagnostica assistenziale estesa sulle 12 ore diurne 24 totali consente una operatività non scandita dagli orari in uso finora praticati (visita al mattino e dimissioni solo nelle prime ore del pomeriggio) con una disponibilità di posti letto a favore soprattutto di pazienti in ingresso attraverso il Deu che consente una

Le future organizzazioni assistenziali in Aft e Uocc avranno, dalla disponibilità dell'assistenza svolta in ospedale a livello ambulatoriale, sicuri effetti sulla funzionalità del territorio per la creazione di una proiezione in questo delle professionalità esistenti nell'ospedale che sarà organizzata con attività 12 su 24. Nell'ambito di un'ottica che consenta un risparmio della spesa, le organizzazioni esistenti e messe in essere che hanno e che stanno consumando risorse nell'attivazione del Chronic Care Model dovranno essere più opportunamente organizzate allorché la cronicità di questa popolazione vada incontro a una riaccutizzazione della malattia di base che, se non troverà nell'ambito delle cure primarie una soluzione, approderà al Ps ospedaliero.

Questa evenienza sempre più pressante sul piano statistico richiede l'istituzione di percorsi privilegiati che valorizzino il vissuto di ogni singolo paziente per favorire le soluzioni necessarie, vuoi in regime di osservazione, vuoi in regime di degenza.

Anche l'organizzazione per intensità di cure rappresenta un vantaggio per l'utenza in ingresso profilandosi l'opportunità di una tempestiva assegnazione ai Ps di pazienti con peculiari criticità che trovano in questa nuova organizzazione ospedaliera sollecitata e appropriata accoglienza. Queste opportunità sono ulteriormente migliorate da un'organizzazione manageriale del percorso ospedaliero operativo secondo i principi di ridurre la permanenza alberghiera a favore di quella sanitaria attraverso l'eliminazione di colli di bottiglia che si oppongono a una fluente e scorrevole permanenza in ospedale consentendo una più veloce conclusione del quadro diagnostico e terapeutico. L'osservatorio ha in questi 3 momenti una particolare rilevanza dovendo introdurre nuovi modi di rapporto fra la porta dell'ospedale e la parte di questo dedicata alla degenza coinvolgendola nella risoluzione dei problemi sia per la

quota legata all'iperflusso sia a quella legata allo stazionamento di pazienti già studiati. Appare infatti anacronistico pensare che i problemi dell'emergenza in un ospedale siano attribuiti al sovraffollamento, nonostante tutti gli sviluppi che sono stati consentiti dalle iniziative della Regione Toscana che ciò nonostante non possono da sole risolvere le problematiche prima dette.

#### Percorsi specifici per pazienti anziani e cronici

Al fine di consentire una migliore funzionalità dell'assistenza il Dipartimento d'emergenza-urgenza può contribuire in maniera determinante al miglioramento dell'assistenza sul territorio con indubbia ricaduta sulla richiesta di assistenza da parte di cittadini al Ps.

Le future organizzazioni assistenziali in Aft e Uocc avranno, dalla disponibilità dell'assistenza svolta in ospedale a livello ambulatoriale, sicuri effetti sulla funzionalità del territorio per la creazione di una proiezione in questo delle professionalità esistenti nell'ospedale che sarà organizzata con attività 12 su 24. Nell'ambito di un'ottica che consenta un risparmio della spesa, le organizzazioni esistenti e messe in essere che hanno e che stanno consumando risorse nell'attivazione del Chronic Care Model dovranno essere più opportunamente organizzate allorché la cronicità di questa popolazione vada incontro a una riaccutizzazione della malattia di base che, se non troverà nell'ambito delle cure primarie una soluzione, approderà al Ps ospedaliero.

### Organizzazione anche secondo intensità di cure

Questa evenienza sempre più pressante sul piano statistico richiede l'istituzione di percorsi privilegiati che valorizzino il vissuto di ogni singolo paziente per favorire le soluzioni necessarie, vuoi in regime di osservazione, vuoi in regime di degenza.

Questo osservatorio ritiene che la creazione delle Gau rappresenti un percorso privilegiato sempre presidiato dai medici dell'emergenza-urgenza con indubbio vantaggio nell'utilizzo delle risorse. In questo 2° anno quindi l'osservatorio intende lavorare per favorire la realizzazione di un'assistenza territoriale migliore e più appropriata fornendo risorse proprie dell'ospedale e inoltre offrire un percorso per le riaccutizzazioni che tenga presente la carta sanitaria del paziente per ridurre il ricovero e nel contempo risolvere problematiche emergenti con riattribuzione al setting assistenziali di provenienza.

(continua a pagina 5)

► (segue da pagina 4)

#### Riorganizzazione dell'accoglienza in pronto soccorso

Nell'attesa che il territorio diventi sempre più efficiente ed efficace conquistando la fiducia dei cittadini, il Ps rimane sempre il luogo che garantisce la miglior assistenza desiderabile nella sostanza e nella convinzione dell'utenza. È per questo motivo che sembra oggi difficile una decongestione dei Ps per cui tutto quanto è stato e sarà messo in essere non ne consentirà la soluzione completa. Il modello attuale basato sostanzialmente sul triage, che nella sua funzione di ottimizzazione non appare sempre essere un meccanismo fluidificante per l'accoglienza dei malati in sovraffollamento, impone alcune soluzioni innovative che superino il suo ruolo senza sconocerne i meriti. L'osservatorio sta studiando l'applicazione nel territorio regionale toscano del sistema in uso in Svezia in cui l'utenza viene divisa automaticamente fra i pazienti che arrivano in condizioni critiche da quella parte che non ha questa caratteristica, che è la maggiore, costituendo un avamposto al triage presidiato da personale sanitario, lo spot chek streaming, che diminuisce il numero dei pazienti da orientare al triage sfruttando percorsi privilegiati. Spetta al triage l'automatico l'invio dei codici a bassa priorità, l'utilizzo delle fast track e dell'utilizzo delle Gau per le patologie già note a livello territoriale. Il triage viene riservato così a una parte dell'utenza, e non come oggi avviene, a tutta quella che si presenta alle porte dell'ospedale che finisce oggi per ingolfare il Ps, massificare gli interventi, non garantire l'appropriatezza della risposta sanitaria tanto importante in una fase di acuzie basata anche solo su valutazioni soggettive. Il lavoro dell'osservatorio dei tre anni vorrebbe centrare questi obiettivi: l'emergenza-urgenza è un problema di tutto l'ospedale e non di una sola parte, salvare le attività ospedaliere con quelle svolte in un territorio che necessita di un'ampia fase di riorganizzazione, rendere l'attività in Ps sempre più rapida e sempre più sicura sollevando i pazienti che hanno problemi acuti da problematiche organiche e preoccupazioni psicologiche.

Questa evenienza sempre più pressante sul piano statistico richiede l'istituzione di percorsi privilegiati che valorizzino il vissuto di ogni singolo paziente per favorire le soluzioni necessarie, vuoi in regime di osservazione, vuoi in regime di degenza.

Anche l'organizzazione per intensità di cure rappresenta un vantaggio per l'utenza in ingresso profilandosi l'opportunità di una tempestiva assegnazione ai Ps di pazienti con peculiari criticità che trovano in questa nuova organizzazione ospedaliera sollecitata e appropriata accoglienza. Queste opportunità sono ulteriormente migliorate da un'organizzazione manageriale del percorso ospedaliero operativo secondo i principi di ridurre la permanenza alberghiera a favore di quella sanitaria attraverso l'eliminazione di colli di bottiglia che si oppongono a una fluente e scorrevole permanenza in ospedale consentendo una più veloce conclusione del quadro diagnostico e terapeutico. L'osservatorio ha in questi 3 momenti una particolare rilevanza dovendo introdurre nuovi modi di rapporto fra la porta dell'ospedale e la parte di questo dedicata alla degenza coinvolgendola nella risoluzione dei problemi sia per la

Questa evenienza sempre più pressante sul piano statistico richiede l'istituzione di percorsi privilegiati che valorizzino il vissuto di ogni singolo paziente per favorire le soluzioni necessarie, vuoi in regime di osservazione, vuoi in regime di degenza.

Anche l'organizzazione per intensità di cure rappresenta un vantaggio per l'utenza in ingresso profilandosi l'opportunità di una tempestiva assegnazione ai Ps di pazienti con peculiari criticità che trovano in questa nuova organizzazione ospedaliera sollecitata e appropriata accoglienza. Queste opportunità sono ulteriormente migliorate da un'organizzazione manageriale del percorso ospedaliero operativo secondo i principi di ridurre la permanenza alberghiera a favore di quella sanitaria attraverso l'eliminazione di colli di bottiglia che si oppongono a una fluente e scorrevole permanenza in ospedale consentendo una più veloce conclusione del quadro diagnostico e terapeutico. L'osservatorio ha in questi 3 momenti una particolare rilevanza dovendo introdurre nuovi modi di rapporto fra la porta dell'ospedale e la parte di questo dedicata alla degenza coinvolgendola nella risoluzione dei problemi sia per la

Questa evenienza sempre più pressante sul piano statistico richiede l'istituzione di percorsi privilegiati che valorizzino il vissuto di ogni singolo paziente per favorire le soluzioni necessarie, vuoi in regime di osservazione, vuoi in regime di degenza.

Anche l'organizzazione per intensità di cure rappresenta un vantaggio per l'utenza in ingresso profilandosi l'opportunità di una tempestiva assegnazione ai Ps di pazienti con peculiari criticità che trovano in questa nuova organizzazione ospedaliera sollecitata e appropriata accoglienza. Queste opportunità sono ulteriormente migliorate da un'organizzazione manageriale del percorso ospedaliero operativo secondo i principi di ridurre la permanenza alberghiera a favore di quella sanitaria attraverso l'eliminazione di colli di bottiglia che si oppongono a una fluente e scorrevole permanenza in ospedale consentendo una più veloce conclusione del quadro diagnostico e terapeutico. L'osservatorio ha in questi 3 momenti una particolare rilevanza dovendo introdurre nuovi modi di rapporto fra la porta dell'ospedale e la parte di questo dedicata alla degenza coinvolgendola nella risoluzione dei problemi sia per la

Questa evenienza sempre più pressante sul piano statistico richiede l'istituzione di percorsi privilegiati che valorizzino il vissuto di ogni singolo paziente per favorire le soluzioni necessarie, vuoi in regime di osservazione, vuoi in regime di degenza.

#### Risorse professionali da attivare:

- Un esperto in emergenza-urgenza che operi anche in altre realtà
- Una segreteria dedicata con competenza informatica

#### Logistica:

Un locale

#### Materiale informatico:

Computer  
Telefono  
Fax

#### Tempi di progetto:

Gennaio 2013 dicembre 2015

Un anno solare per ciascuna azione specifica.

#### Finanziamento

Risorse necessarie: Euro 48.000 per le tre azioni specifiche. ●

### REALIZZAZIONE DEGLI INTERVENTI SOTTO MONITORAGGIO

# Ecco il riparto analitico degli 8,2 milioni per lo sviluppo delle Case della salute

Presto linee guida regionali per la realizzazione e un modulo costruttivo per le strutture di nuova edificazione

**P**ubblichiamo la delibera 334/2013 per l'implementazione del modello assistenziale Casa della salute e assegnazione quota di finanziamento aggiuntiva

### LA GIUNTA REGIONALE

#### DELIBERA

1. di dare atto dell'avvenuta presentazione da parte delle aziende unità sanitarie locali della Toscana dei progetti attuativi dell'azione prioritaria relativa all'implementazione del modello assistenziale casa della Salute, come individuata dalla Dgr 47/2013 nell'ambito delle azioni complessive di riordino dei servizi del Sst di cui alla Dgr 1235/2012;

2. di ammettere alle risorse destinate dalla Dgr 47/2013 alla suddetta azione, pari a € 8.200.000,00, tutti i progetti pervenuti, come riportati nell'allegato A, parte integrante della presente deliberazione, a valere sulla prenotazione n. 2013646 assunta sul capitolo 24347 del

bilancio 2013 con la Dgr 1235/2012;

3. di impegnare le aziende a comunicarne l'avvio alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale ai fini della verifica dei tempi di realizzazione dichiarati;

4. di modificare parzialmente il criterio di ripartizione della quota aggiuntiva complessiva di cui alla Dgr 47/2013 (pari a € 1.000.000,00), prevedendo l'assegnazione di una quota di € 500.000,00 a supporto degli interventi che prevedano la riconversione di piccoli ospedali e la ripartizione dei restanti € 500.000,00 in parti uguali tra tutte le aziende Usl, come indicato nel citato allegato A, parte integrante della presente deliberazione;

5. di stabilire che si debba procedere all'erogazione della quota complessiva spettante a ciascuna azienda in due tranches, di cui la prima (pari al 75% del totale) successiva alla comunicazione di avvio degli interventi previsti e la seconda (pari al 25% del totale) successiva alla comunicazione di realizzazione degli interventi stessi;

6. di dare mandato al Gruppo di monitoraggio e valutazione di cui al decreto dirigenziale 5702/2012 di monitorare la realizzazione degli interventi previsti rispetto ai tempi e alle modalità dichiarati;

7. di dare mandato alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di procedere, in collaborazione con le direzioni generali Governo del territorio e politiche ambientali, energia e cambiamenti climatici, entro due mesi dall'approvazione del presente atto alla identificazione di un logo distintivo che renda riconoscibili le Case della salute sul territorio;

8. di dare mandato alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di definire, in collaborazione con le Direzioni generali Governo del territorio e politiche ambientali, energia e cambiamenti climatici, linee guida regionali per la realizzazione di tali strutture e alla proposta di un eventuale modulo costruttivo per le strutture di nuova edificazione;

9. di dare mandato alle strutture competenti della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di adottare ogni altro atto necessario all'attuazione della presente deliberazione.

Il presente atto, soggetto a pubblicazione ai sensi dell'articolo 18, comma 2, lettera a) della legge regionale n. 23/2007 in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale. ●

### Allegato A - Implementazione del modello assistenziale Casa della salute - Assegnazione risorse alle aziende Usl

| Azienda Usl        | Interventi finanziati | Quota base per azienda ex Dgr 47/2013 | Quota capitaria pesata per azienda ex Dgr 47/2013 | Quota aggiuntiva per progetto ex Dgr 47/2013 | Quota aggiuntiva forfetaria per azienda | Quota complessiva per azienda | I tranche - Avvio progetto (75%) | II tranche - A consuntivo (25%) |
|--------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Massa e Carrara | Aulla                 | € 400.000,00                          | € 136.464,00                                      | € 0,00                                       | € 41.666,67                             | € 578.130,67                  | € 433.598,00                     | € 144.532,67                    |
|                    | Massa centro          |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Carrara centro        |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
| 2. Lucca           | Barga/C. Garfagnana   | € 400.000,00                          | € 141.343,20                                      | € 55.555,56                                  | € 41.666,67                             | € 638.565,42                  | € 478.924,07                     | € 159.641,36                    |
|                    | Lucca Campo Marte     |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
| 3. Pistoia         | Ceppo                 | € 400.000,00                          | € 187.629,60                                      | € 0,00                                       | € 41.666,67                             | € 684.851,82                  | € 513.638,87                     | € 171.212,96                    |
|                    | Piot S. Marcello      |                                       |                                                   | € 55.555,56                                  |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Monsummano            |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Pieve a Nievole       |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Ponte Buggianese      |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
| 4. Prato           | Prato                 | € 400.000,00                          | € 158.707,20                                      | € 0,00                                       | € 41.666,67                             | € 600.373,87                  | € 450.280,40                     | € 150.093,47                    |
|                    | Volterra              |                                       |                                                   | € 55.555,56                                  |                                         |                               |                                  |                                 |
| 5. Pisa            | Pontedera             | € 400.000,00                          | € 209.620,80                                      | € 0,00                                       | € 41.666,67                             | € 706.843,02                  | € 530.132,27                     | € 176.710,76                    |
|                    | Pisa                  |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
| 6. Livorno         | Livorno centro        | € 400.000,00                          | € 230.860,80                                      | € 0,00                                       | € 41.666,67                             | € 728.083,02                  | € 546.062,27                     | € 182.020,76                    |
|                    | Donoratico            |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Rosignano             |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Piombino              |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Portoferraio          |                                       |                                                   | € 55.555,56                                  |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Rio Marina            |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    |                       |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
| 7. Siena           | Abbadia S.S.          | € 400.000,00                          | € 178.824,00                                      | € 55.555,56                                  | € 41.666,67                             | € 676.046,22                  | € 507.034,67                     | € 169.011,56                    |
|                    | Siena ex Op           |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Poggibonsi            |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Colle                 |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Sinalunga             |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
| 8. Arezzo          | Terranuova B.         | € 400.000,00                          | € 223.963,20                                      | € 0,00                                       | € 41.666,67                             | € 665.629,87                  | € 499.222,40                     | € 166.407,47                    |
|                    | Bucine                |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Anghiari              |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Stia                  |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Camucia               |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Pieve S. Stefano      |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Foliano               |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Arezzo Guadagnoli     |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
| 9. Grosseto        | Follonica             | € 400.000,00                          | € 146.402,40                                      | € 0,00                                       | € 41.666,67                             | € 810.291,29                  | € 607.718,47                     | € 202.572,82                    |
|                    | Massa Marittima       |                                       |                                                   | € 55.555,56                                  |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Gavoranno             |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Orbetello             |                                       |                                                   | € 55.555,56                                  |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Pitigliano            |                                       |                                                   | € 55.555,56                                  |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Manciano              |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Castel del Piano      |                                       |                                                   | € 55.555,56                                  |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Grosseto est          |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Grosseto ovest        |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
| 10. Firenze        | Morgagni              | € 400.000,00                          | € 534.967,20                                      | € 0,00                                       | € 41.666,67                             | € 976.633,87                  | € 732.475,40                     | € 244.158,47                    |
|                    | Le Pieve              |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
| 11. Empoli         | Capraia e Limite      | € 400.000,00                          | € 147.163,20                                      | € 0,00                                       | € 41.666,67                             | € 588.829,87                  | € 441.622,40                     | € 147.207,47                    |
|                    | Castelfiorentino      |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Fucecchio             |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Gambassi              |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Montaione             |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | San Miniato           |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
| 12. Viareggio      | Torre del Lago        | € 400.000,00                          | € 104.054,40                                      | € 0,00                                       | € 41.666,67                             | € 545.721,07                  | € 409.290,80                     | € 136.430,27                    |
|                    | Forte dei Marmi       |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Seravezza             |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
|                    | Massarosa             |                                       |                                                   | € 0,00                                       |                                         |                               |                                  |                                 |
| Totale interv.     |                       | € 4.800.000,00                        | € 2.400.000,00                                    | € 500.000,00                                 | € 500.000,00                            | € 8.200.000,00                | € 6.150.000,00                   | € 2.050.000,00                  |



DISABILITÀ

A Scandicci la Scuola nazionale cani guida per ciechi gestita dalla Regione



# Così il labrador va a lezione

## Nel primo anno cuccioli affidati a famiglie volontarie - Metodi non costrittivi

La Scuola nazionale cani guida per ciechi nasce nel 1929 attraverso la collaborazione dell'Unione italiana ciechi con la Scuola Svizzera della Sig.ra Eustis, che possedeva un allevamento di cani a Vevey ed era nota per le sue capacità di addestratrice. Alla fine degli anni '50 la Scuola si sposta da via del Gignoro all'attuale sede di Scandicci. Dal 1° aprile 1979 è stata attribuita alla Regione Toscana che ha continuato a gestirla in tutti questi anni mantenendone il carattere nazionale e fornendo così cani guida a persone non vedenti di tutta Italia.

L'unicità della Scuola, in quanto soggetto pubblico, risiede nell'offrire in modo diretto un servizio pubblico a livello nazionale fornendo cani addestrati alla guida di persone non vedenti. Le attività della Scuola spaziano dall'allevamento di cani razza Labrador e Golden Retriever all'affidamento di cuccioli a famiglie volontarie che collaborano con la Scuola per lo svolgimento del programma di educazione e

socializzazione, dall'addestramento vero e proprio dei cani guida fino ai corsi di consegna dei cani addestrati ai non vedenti. Dal 1999 la scuola dispone di un proprio Programma di riproduzione con la determinante collaborazione della Facoltà di Veterinaria dell'Università di Pisa. Oggi la Scuola dispone infatti di sei riproduttori con una produzione media annua di 20 cuccioli.

Nel primo anno di vita i cuccioli vengono affidati a famiglie volontarie che collaborano con la scuola per consentire che i cani assimolino le corrette regole educative e comportamentali abituandoli alle realtà urbane e sociali. Attualmente collaborano circa 60 famiglie. Il primo anno di vita del cane è fondamentale per il suo sviluppo, ed è quindi importante che possa crescere in famiglia, seguito e monitorato comunque dagli istruttori della Scuola preposti a questo programma. Sono previsti frequenti rientri alla scuola, sia per controlli veterinari e profilassi, sia per verifiche e test al fine di valutare



il corretto sviluppo del programma. La fase dell'addestramento inizia all'età di 12-14 mesi in cui il cane viene inserito in un programma che dura in media 5 mesi. I metodi utilizzati escludono qualsiasi azione costrittiva e sono basati esclusivamente sul rinforzo positivo, che consiste nel far aumentare la frequenza di un comportamento desiderato, premiandolo, senza costrizioni. Attualmente i cani addestrati e consegnati sono circa 24 all'anno.

Nel 2004 sono stati introdotti i corsi di orientamento e mobilità (Om) della durata di 10 giorni indirizzati alle persone che non trovano nella propria zona un sostegno di questo tipo. I corsi di consegna del cane guida sono della durata di due settimane, ogni corso prevede la partecipazione di 12 persone, con attività di assistenza continuativa. La sede della scuola è visitabile, previo appuntamento, e ogni anno ospita numerose visite di scolaresche, sia delle scuole

elementari che medie di Scandicci e Firenze. È questa un'occasione per sensibilizzare i giovani ai problemi della disabilità visiva, alla rimozione delle barriere sia fisiche che sociali che ne ostacolano l'integrazione e anche all'educazione di un corretto rapporto con gli animali.

Negli ultimi anni sono state introdotte attività collaterali quali lo svolgimento di programmi di Attività assistite dagli animali (pet-therapy) e il progetto sperimentale Melampo per la formazione di cani d'ausilio per disabili motori. Sono interventi di tipo educativo, ricreativo e terapeutico finalizzati al miglioramento della qualità della vita. I programmi di pet-therapy si rivolgono a persone ospiti di strutture pubbliche o private convenzionate di varia tipologia (Rsa, centri di riabilitazione, ospedali, case-famiglia ecc.). Con la Fondazione Stella Maris di Calabrone è in atto un progetto di ricerca per validare scientificamente gli interventi terapeutici assistiti da animali,

ricerca a cui partecipa anche la Facoltà di Veterinaria dell'Università di Pisa.

Il cane guida rimane a tutt'oggi, assieme al bastone bianco, il principale ausilio alla mobilità per le persone non vedenti. Nel tempo si è cercato di sviluppare altre tipologie di ausili, in particolare elettronici, ma sono sempre risultati complementari e secondari. Un particolare interesse si sta comunque evidenziando in questi ultimi tempi sui navigatori Gps, applicazioni per Iphone e Smartphone che uniti al bastone o al cane guida possono fornire dettagliate informazioni utili all'orientamento del non vedente. Pertanto la Scuola sta avviando un centro di documentazione e sperimentazione finalizzato a fornire la più ampia informazione su queste nuove tecnologie.

a cura di  
**Elena Cinelli**  
Giornalista e collaboratore  
attività di comunicazione  
Area di coordinamento  
Politiche sociali  
Regione Toscana

### LE POTENZIALITÀ DEL RAPPORTO UOMO-ANIMALE

## Progetti pilota oltre i confini della pet therapy

Nel 2004 la Scuola ha deciso di approfondire le potenzialità del rapporto uomo-cane e di esplorare nuove possibilità in relazione ad altre forme di disabilità. Per questo gli istruttori della scuola hanno partecipato a un corso per "Conduttore cinofilo nelle attività e terapie assistite da animali" organizzato dal gruppo "Cani da Vita" di San Patrignano. Il corso mostra le potenzialità emozionali degli animali, e il ruolo importante del conduttore come partner del cane nelle varie interazioni.

Nel 2008 è stato avviato un importante progetto di ricerca in collaborazione con Irccs Fondazione Stella Maris di Calabrone (Li) e Uni-

versità di Pisa - Facoltà di Veterinaria. Oggetto della ricerca è stato uno studio pilota relativo allo "Studio sull'efficacia a lungo termine della Terapia assistita con animali come terapia di accompagnamento nel trattamento di soggetti in età evolutiva con disturbi dello spettro autistico e ritardo mentale". I risultati preliminari della ricerca possono far supporre che il miglioramento riscontrato nei bambini che hanno effettuato Terapia assistita da animali, sia attribuibile alla sua efficacia e questo ha portato al proseguimento della ricerca, al fine di poter consolidare i dati

ottenuti. Aspetto importante della ricerca è stato la valutazione del benessere dei cani impiegati nella terapia, attraverso l'analisi di vari parametri biochimici dei cani e le osservazioni comportamentali degli stessi.

Nel 2010 sono state avviate attività assistite in altre Rsa sviluppando un progetto di attività presso la Clinica di Oncologia medica dell'Azienda ospedaliera Careggi. In collaborazione con due Scuole medie è stato altresì avviato un progetto di Attività educativa: "Abbaiano si impara", che prevedeva cinque incontri

con i ragazzi per affrontare temi quali la conoscenza del mondo cinofilo e attraverso l'incontro con gli animali, l'approccio alla diversità e all'integrazione sociale. Nel 2011 è stata avviata una collaborazione con il reparto di Neuropsichiatria infantile di Careggi, con attività e momenti terapeutici rivolti ad adolescenti con disturbi del comportamento alimentare.

Generalmente si distinguono le Terapie assistite con animali (Aat) e le Attività assistite con animali (Aaa). Le prime sono vere e proprie terapie, o meglio co-terapie, in quan-

to affiancano altre cure, rivolte a persone con problematiche sia fisiche che psichiche. Il progetto viene impostato da un gruppo multidisciplinare che prevede varie figure professionali: psicologi, medici, veterinari e conduttori di animali. Vengono fissati precisi obiettivi che possono andare dallo sviluppo di abilità motorie al linguaggio e alla memoria, ad alcuni aspetti di salute mentale come autostima, riduzione dell'ansia, potenziamento di capacità cognitive ecc. Durante l'attività viene monitorato il benessere animale, per ridurre al minimo lo stress, ed evitare situazioni che possano essere rischiose per l'animale.

### VINCENTE IL METODO DELLA RICOMPENSA

## Tutti i «segreti» dell'addestramento

Il cane guida deve mantenere una linea retta, evitare ogni ostacolo al non vedente (lampioni, semafori, biciclette ecc.), fermarsi tutte le volte che arriva alla fine del marciapiede, aspettare il comando direzionale per proseguire diritto, girare a destra oppure a sinistra. E deve coadiuvare il non vedente negli attraversamenti.

Per far apprendere questi comportamenti alla futura guida si utilizzano emozioni positive date da premi che sono graditi al cane e lo portano gradualmente a fare ciò che è desiderato dall'istruttore. L'addestramento basato sulla ricompensa è associato con un alto livello di obbedienza e un minor numero di comportamenti problematici. Questo perché le emozioni positive agiscono da ulteriore premio e una situazione precedentemente non importante (per esempio la fine di un marciapiede) diventa

lo stimolo ad agire in un determinato modo (fermarsi).

Quando il cane si comporta in modo sbagliato non viene data nessuna risposta, né positiva né negativa. Rispondendo positivamente solo ai comportamenti corretti il cane tenderà a ripetere solo questi. Si realizza progressivamente una relazione tra conduttore e cane, ed è questa che permette la responsabilizzazione del cane nei riguardi prima dell'istruttore e poi della persona non vedente.

Una volta che il cane è stato addestrato sarà consegnato al non vedente che viene invitato alla Scuola per un periodo di due settimane. In questo periodo il non vedente e il cane, con la supervisione dell'istruttore, si abituano a lavorare insieme. È il momento in cui avviene il passaggio del cane guida al non vedente, e l'inizio della nuova relazione.

### PERCORSO BASATO SULLE ESIGENZE DI OGNI PERSONA

## Lo scopo è formare un team coeso

Il progetto Melampo nasce, all'interno della Scuola nazionale cani guida per ciechi, partendo dal presupposto che in Italia rispetto agli altri Paesi europei l'uso dei cani d'ausilio per disabili motori è poco conosciuto. Lo scopo è formare un team (disabile con il proprio cane) che al termine del percorso addestrativo presenti varie abilità: aprire/chiusure porte, premere pulsanti, riportare oggetti, dare allarme a comando o di propria iniziativa, portare telefoni e cellulari ecc. Durante l'addestramento vengono individuate specifiche esigenze per ogni persona disabile e le reali potenzialità del loro cane. L'approccio è di tipo relazionale, l'attenzione è posta sulla formazione del disabile, insegnandogli a gestire e addestrare in prima persona il proprio cane, permettendo così l'apprendimento anche di nuove abilità in futuro. La persona disabile è coinvolta attivamente sia nella formazione della relazione con il proprio cane, sia nel lavoro di addestramento vero proprio.

La fase sperimentale del progetto ha previsto

la formazione di 4 team uomo-cane, studiando le necessità di ogni disabile per personalizzare le esigenze di ciascuno. Tre istruttori della Scuola hanno svolto formazione specifica in collaborazione con Dogs for Disabled, centro inglese con sede a Banbury, che ha una lunga esperienza nella formazione di cani d'ausilio per disabili. Il progetto, ideato in collaborazione con Carlo Ciceroni, veterinario comportamentista dell'azienda sanitaria di Firenze, si è avvalso della collaborazione delle strutture sanitarie della Asl, con la supervisione costante di un fisiatra e due fisioterapisti per monitorare gli aspetti sanitari.

Dopo il successo della fase sperimentale, la scuola ha inserito questo tipo di addestramento fra le attività che offre a persone con varie tipologie di disabilità. La durata media della preparazione di un cane d'ausilio è di circa un anno, con lezioni bisettimanali. Spesso i cani addestrati sono di proprietà, ma si può iniziare il percorso anche con un cucciolo della persona disabile o della Scuola.

**PISTOIA***Inaugurata la nuova struttura multifunzionale della Valdinievole*

# «Centro donna» apre i battenti



## Integrate prestazioni consultoriali, socio-sanitarie e amministrative

**I**naugurato il nuovo «centro donna» della Valdinievole, più funzionale e in continuità con gli altri servizi del precedente, che ha lasciato via Amendola per trasferirsi nel Centro socio-sanitario di Via San Marco, storica e riconosciuta sede dei servizi socio-sanitari di Montecatini Terme.

Numerosi i vantaggi che acquisisce l'utenza, sia per quanto riguarda la migliore fruibilità dei servizi sia per la logistica. Nel nuovo centro uno dei punti di forza è l'integrazione tra le

prestazioni consultoriali, sociosanitarie e amministrative, e non sarà più necessario, come accadeva in passato, spostarsi da una sede all'altra per fare le prenotazioni, ritirare i referti, prendere gli appuntamenti.

Si realizza, inoltre, una maggiore sinergia fra parte sanitaria, ginecologo, ostetrica e psicologia e la presenza di molti specialisti e delle assistenti sociali permette, quando necessario, la presa in carico multidisciplinare degli utenti.

Sono state necessarie solo alcune settimane per traslocare tutte le attività nella rinnovata sede e realizzare i lavori di adeguamento. Oltre a una sala d'attesa, grande e confortevole, è stato realizzato un front office che garantisce la massima privacy e l'accoglienza. La stanza delle ostetriche offre maggiore comfort e permette di ricevere meglio le donne e dare loro adeguata assistenza in particolare durante e dopo la gravidanza. Al piano superiore, raggiungibile anche dai due ascensori,

è stata realizzata la sala dei corsi pre e dopo parto: si tratta di un vero e proprio «spazio speciale» per le mamme e i loro bambini, a loro esclusivamente pensato e dedicato. I corsi si rivolgono sia alle gestanti che alle coppie.

Vantaggi anche per l'azienda pistoiense visto che per tutta l'operazione del trasferimento e adeguamento degli ambienti sono stati spesi circa 40mila euro risparmiando dalla vecchia sede ben 55mila euro all'anno tra affitto e utenze (luce, riscaldamento ecc. ...). Altri

risparmi derivano, a esempio, da un uso più razionale dei trasporti dei materiali sanitari (dai medicinali al sangue ed emoderivati, ai vetrini dei pap test) dovendosi recare l'autista in sola struttura anziché in due come invece accadeva prima. È stato, infine, anche eliminato un centro di raccolta per i rifiuti speciali che permetterà di risparmiare ulteriori risorse economiche.

**Daniela Ponticelli**  
Ufficio stampa Asl 3 di Pistoia

**PRATO**

## Impianto depurativo e inceneritore: l'Asl monitora gli effetti sulla salute

**F**orte e costante il lavoro dell'Asl 4 di Prato che segue con particolare attenzione le segnalazioni di probabili effetti sulla salute legate all'impianto di depurazione delle acque Gida e al relativo inceneritore dei fanghi industriali e civili di Baciavallone. Numerosi gli incontri con enti e istituzioni, con i cittadini e i loro comitati. In particolare, con il Comune di Prato e con Arpat, l'azienda sanitaria ha concordato e, in parte già attivato, un percorso d'indagine su più punti.

Sono stati compiuti gli atti di approfondimento sui campionamenti effettuati dall'associazione Vas, per conoscere in dettaglio le condizioni di allevamento degli animali e poter quindi ricostruire le possibili vie di contaminazione degli animali. È stato riconsiderato il lavoro di sorveglianza epidemiologica sullo stato di salute dei lavoratori Gida: in collaborazione con Ispo (Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica) è stata messa a punto una proposta di sorveglianza dei lavoratori, come soggetti maggiormente esposti all'inquinamento ambientale. Sono in via di acquisizione, grazie alla collaborazione del Comune

di Prato, delle anagrafiche complete 2011-2012 dei cittadini residenti nella Circoscrizione Sud, per valutare il loro stato di salute in rapporto a quello dei residenti nell'intero Comune.

Inoltre è di prossimo avvio una ricognizione a campione sulle pratiche agricole adottate comunemente dalle aziende agricole del Comune di Prato. Un dato costante della letteratura scientifica individua, infatti, in simili pratiche una delle cause più rilevanti di immissione nell'ambiente di diossine e pcb (bifenili policiclici), pur a fronte di altre rilevanti sorgenti quali, a esempio, gli impianti di riscaldamento

e il traffico veicolare.

L'azienda pratese si è fatta promotrice presso il Dipartimento politiche sociali e Diritti di cittadinanza della Regione di una proposta di studio a largo raggio, con il coinvolgimento degli istituti di ricerca regionali, per monitorare adeguatamente la situazione ambientale e lo stato di salute di questa area, secondo modelli d'intervento già validati in altre situazioni.

**Vania Vannucchi**  
Ufficio stampa Asl 4 Prato

**Sotto la lente anche le pratiche agricole più diffuse nella zona**

**PISTOIA/2**

## Spazio ad hoc per la riabilitazione per assistere i malati di Parkinson

**I** malati di Parkinson dell'area pistoiense da circa un anno usufruiscono di un nuovo spazio riabilitativo: la palestra del Villone Puccini. Ciò si è reso possibile grazie all'impegno dell'associazione malati di Parkinson (Amp), al contributo della Società della salute (Sda) dell'area pistoiense e alla disponibilità dell'azienda sanitaria. Una collaborazione tra istituzioni e volontariato che ha permesso l'anno scorso di svolgere oltre mille trattamenti riabilitativi specializzati nei confronti dei pazienti pistoiensi affetti dalla malattia. A Pistoia le persone malate di Parkinson sono 1.200 e ogni anno il numero cresce del 20 per cento.

Grazie alla fattiva collaborazione tra associazione, Sds e azienda sanitaria locale i pistoiensi affetti da Parkinson possono utilizzare regolarmente, due volte a settimana (il lunedì e il venerdì), la palestra del Villone Puccini. Il trasporto dei malati e dei familiari autorizzati all'accompagnamento si svolge all'occorrenza con navetta andata e ritorno abitazione-palestra,

con i mezzi dell'Apici (associazione provinciale invalidi civili) e con il contributo del Comune di Pistoia al 50%. Recentemente l'associazione stessa si è dotata di mezzo idoneo al trasporto di persone affette da questa patologia. L'iniziativa riabilitativa che si svolge all'interno della palestra del Villone Puccini ha anche una valenza sociale oltre che un'importanza terapeutica: gli ammalati incontrandosi regolarmente sviluppano tra loro relazioni e si confrontano sulla convivenza con la malattia.

Riabilitazione motoria, respiratoria e rieducazione funzionale, mediante corso fisioterapico, sono fondamentali per chi è affetto da Parkinson: insieme al percorso diagnostico e terapeutico deve essere anche attivato il trattamento riabilitativo, con interventi multidimensionali e interdisciplinari, per consentire al paziente di evitare le complicazioni dovute alla ridotta mobilità e a valorizzare le capacità residue.

**Daniela Ponticelli**  
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

**Mille trattamenti specializzati erogati in un anno**

**EMPOLI**

## Quasi la metà dei Comuni punta sull'edilizia «bio-eco sostenibile»

**È** salito a sei il numero dei comuni (Cerreto Guidi, Certaldo, Castelfranco di Sotto, Montelupo Fiorentino, Montaione, Vinci) sui quindici del territorio dell'Asl 11, che adottano il Res (Regolamento per l'edilizia bio-eco sostenibile), di cui è stata redatta la seconda edizione nel mese di dicembre scorso, alla luce delle più recenti normative e delle migliori pratiche in tema di sostenibilità dell'edilizia e di risparmio energetico.

Il Regolamento, la cui prima edizione è stata diffusa nel 2009, è in via di adozione anche negli altri Comuni. Il documento è il frutto di un percorso condiviso che ha coinvolto il Dipartimento prevenzione dell'Asl 11 di Empoli, il Dipartimento Arpat di Pisa e del Circondario, l'Agenzia per lo sviluppo empolesse-valdelsa, le Società della salute di Empoli e Valdarno Inferiore e le quindici amministrazioni comunali del territorio.

La nuova edizione del Res affronta tutti gli aspetti relativi alla salute legati al costruito, dal comfort termico all'inquinamento atmosferico, acustico ed elettromagnetico; dalla riduzione del consumo alla qualità dell'aria e dei materiali da costruzione

ne utilizzati. Questi temi vengono regolamentati da un articolato normativo corredato da 54 schede tecniche relative a 4 tipologie di intervento edilizio o aree tematiche (prestazioni del contesto e dell'edificio, efficienza degli impianti, utilizzo delle fonti energetiche rinnovabili). Per comprendere l'importanza dell'edilizia sostenibile sulla salute dell'uomo e dell'ambiente, si deve pensare che la costruzione, l'utilizzo e il mantenimento degli edifici contribuiscono in misura massiccia alle emissioni di gas a effetto serra e la cattiva progettazione o l'impiego di metodi di costruzione inadeguati possono rendere onerosa la manutenzione e la climatizzazione degli edifici stessi, oltre che avere effetti negativi sulla salute degli occupanti. Se si pensa al fatto che nelle società sviluppate le persone trascorrono il 90% del proprio tempo in ambienti chiusi e il 50% della popolazione mondiale vive «stipata» nei principali centri urbani (si stima che entro il 2050 sarà ben il 70%), i conti sono presto fatti.

**Maria Antonietta Cruciani**  
Ufficio stampa Asl 11 di Empoli

**In un regolamento le norme per rendere salubre il costruito**

## IN BREVE

**SIENA**

Antonio Federico è stato nominato tra i dieci esperti nazionali per la sperimentazione del metodo «Stamina», protocollo di terapia con cellule staminali. «Sarà un impegno di altissima responsabilità - ha commentato Federico - per gli aspetti scientifici e le grandi aspettative da parte dei malati, delle loro famiglie e, di conseguenza, dei mezzi di informazione». Federico, direttore Uoc clinica Neurologica e malattie neurometaboliche dell'Aou Senese - ospedale Santa Maria alle Scotte e professore ordinario dell'Università di Siena, è l'unico esperto proveniente dalla Toscana. La scelta è stata fatta lunedì 1° luglio dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che ha firmato il decreto di nomina del comitato scientifico per la sperimentazione sul metodo Stamina.

**SIENA/2**

L'associazione Coccinelle-amici del neonato onlus ha donato all'Aou Senese un ecocardiografo di ultima generazione, portatile e maneggevole, per le ecografie cardiologiche, così importanti per determinare eventuali malformazioni cardiache nei primissimi momenti di vita dei neonati. Si tratta di un apparecchio portatile estremamente compatto, il cui utilizzo in Terapia intensiva neonatale è facilitato e permette di seguire i neonati a basso peso dal punto di vista cardiologico. Lo strumento sarà inoltre a disposizione dei cardiologi dell'Aou Senese che sono dedicati al servizio neonatale e pediatrico e usano questo apparecchio per tutte le ecografie cardiache del Dipartimento materno-infantile, soprattutto per individuare le cardiopatie congenite.

**PISTOIA**

La Asl 3 Pistoia si sta impegnando da tempo sul versante dell'assistenza alle microimprese, come indicato dagli indirizzi della Regione Toscana, per il tema della sicurezza sul lavoro. L'obiettivo è quello di rendere il datore di lavoro protagonista e responsabile della tutela della salute nella propria azienda. Dopo aver attivato un percorso di confronto con gli Organismi paritetici locali dell'artigianato e l'ente bilaterale del terziario (Opta ed Ebiter), sono stati resi disponibili i documenti di valutazione dei rischi secondo le procedure standardizzate per i comparti di acconciatura e panificazione. Il lavoro proseguirà con altri settori dell'artigianato (autoriparazione, impiantistica ecc.) per coprire il più ampio panorama possibile dei mestieri, a partire dall'estetica.

**GROSSETO**

L'ospedale Misericordia di Grosseto, dopo aver superato la verifica effettuata nel 2012 dalla Commissione regionale per l'accreditamento, relativa all'area funzionale Terapia intensiva, nei giorni scorsi ha superato anche quella sui requisiti organizzativi, strutturali, tecnologici e impiantistici per tutto il presidio. La Commissione ha acquisito le liste di autovalutazione inviate dall'azienda e ha verificato i requisiti organizzativi, strutturali, impiantistici e tecnologici per l'intero edificio, controllando nel dettaglio, un campione ristretto di aree. L'ospedale del Capoluogo ha superato l'esame, confermando così la qualità organizzativa, la sicurezza della struttura, delle tecnologie utilizzate, pur con alcuni margini di ulteriore miglioramento, come è naturale in complesso ospedaliero come il presidio di Grosseto.





Regione Toscana

# I risultati delle analisi del sangue senza uscire di casa. Ora si può.

Con la Carta Sanitaria Elettronica guardi le tue analisi sul pc. Conviene a tutti.

**Quasi a tutti.**



Attivala alla tua ASL o in farmacia



numero verde  
**800 004 477**

**Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.**

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione [www.regione.toscana.it/cartasanitaria](http://www.regione.toscana.it/cartasanitaria)