

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. 3
anno XVII del 28 gen.-3 feb. 2014
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

**Quel diritto
alla propria
autonomia**

di **Barbara Trambusti ***

I principi del Progetto regionale Vita indipendente si ispirano all'articolo 19 "Vita indipendente e inclusione nella società" della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità alle quali si riconosce il diritto di vivere nella società con la stessa libertà di scelta delle altre persone per favorirne l'integrazione e la partecipazione. Lo scopo principale è promuovere, proteggere e garantire il pieno e uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità.

Il progetto Vita indipendente rappresenta un'opportunità per le persone con disabilità grave di vivere in autonomia grazie a un contributo finalizzato all'assunzione di un assistente personale: un approccio alternativo all'assistenza classica e una scelta diversa rispetto all'assistenza diretta.

I cardini del progetto sono: l'autodeterminazione come diritto alla libertà di scelta, il rafforzamento della capacità di voler e saper scegliere, pari opportunità per l'integrazione sociale, la possibilità di costruire in libertà la propria vita e di assumere progressivamente la responsabilità delle conseguenze che tali scelte comportano e la consapevolezza che implica la scelta diretta da chi farsi aiutare/come farsi aiutare.

CONTINUA A PAG. 2

DISABILITÀ

Iniziativa assistenziale centrata sull'autonomia alternativa alla Rsa

Chance di vita indipendente

Attività lavorative, scolastiche e formative: 9 milioni per 400 persone

Nel 2014 la Regione Toscana stanzierà 9 milioni di euro per sostenere "Vita indipendente", progetto nato per garantire ai disabili gravi l'indipendenza della propria vita, evitando il ricovero nelle residenze assistite, che ha avuto origine nel 2004 in 5 Zone della Toscana, come sperimentazione, per estendersi definitivamente nel 2012 in tutte le 34 Zone distretto della Regione.

I destinatari sono le persone disabili con capacità di esprimere la propria volontà, di età compresa fra 18 e 65 anni, in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge n. 104/92, che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale attraverso la conduzione delle principali attività quotidiane compreso l'esercizio delle responsabilità genitoriali nei confronti di figli a carico, e/o attività lavorative in essere o in progetto, e/o attività scolastico-formative finalizzate a configurazioni lavorative.

Sulla base della progettualità presentata dal disabile e in collaborazione con quest'ultimo, l'Unità di valutazione multidisciplinare definisce il progetto assistenziale personalizzato ai sensi della Lr 66/2008, con specifica attenzione al conseguimento di obiettivi di "Vita indipendente", pari opportunità e integrazione sociale, che deve caratterizzarsi per l'elevata flessibilità, la personalizzazione della risposta (funzionale alle necessità della persona), la possibilità di intervenire anche specifici, l'integrazione tra azioni diverse e riguardare l'assistenza personale, gli interventi per l'accessibilità e la mobilità, la cura della persona.

I progetti finanziati in Toscana nella fase sperimentale erano 28 e sono passati a circa 400 persone nella fase pilota del Progetto. Nel 2012, anno di avvio della fase a regime, sono stati erogati i contributi a circa 600 disabili per arrivare a 810 nel 2013. Sulla base dell'ultimo monito-



PROTOCOLLO D'INTESA REGIONE-MINISTERO DEL LAVORO

Un tris di progetti per l'inclusione

Zona Pisana, Empolese e Grossetana: finanziamenti per 297mila euro

Un protocollo d'intesa tra Regione Toscana e ministero del Lavoro e delle politiche sociali, per incrementare i progetti in materia di vita indipendente e l'inclusione nella società delle persone con disabilità. È stato approvato dalla Giunta nel corso di una delle ultime sedute. La Regione Toscana aveva partecipato al bando indetto dal ministero per progetti sperimentali in materia di vita indipendente con cinque iniziative, presentate da altrettante Zone/Società della Salute. Le cinque zone interessate: Zona Pisana, Empolese, Grossetana, Mugello, Aretina, per le quali il ministero prevedeva un finanziamento massimo di 80mila euro ciascuna.

Nell'elenco dei progetti ammessi al finanziamento ministeriale (che in tutto finanzia 41 progetti, per un importo complessivo di 3.200.000 euro) compaiono 3 dei 5 progetti toscani: Zona Pisana, Empolese, Grossetana, con un finanziamento complessivo di 232.463 euro, che verrà ripartito così: 76.800 alla Zona Pisana, 76.800 a quella Empolese, 78.863 a quella Grossetana. L'ammontare complessivo dei tre progetti ammessi al finanziamento è di 297.600 euro: la parte eccedente rispetto al finanziamento ministeriale (circa 65.000 euro) verrà coperta dalla Regione.

raggio effettuato, il contributo medio mensile erogato è di circa mille euro e l'età media dei beneficiari è di 46 anni. Le risorse stanziate sono passate da 5,2 milioni di euro nel 2011 a 7 milioni nel 2013, integrate nel corso dell'anno con poco più di 1 milione per arrivare a uno stanziamento complessivo di 9 milioni per il 2014.

Si tratta indubbiamente di un grande sforzo da parte della Regione davanti all'assenza di una legge nazionale e di finanziamenti statali che rendono la situazione molto incerta. Tuttavia nel 2013 il ministero del Lavoro e delle politiche sociali ha approvato Linee guida per la presentazione di progetti sperimentali in materia di vita indipendente e inclusione nella società delle persone con disabilità con le quali si propone alle Regioni e Province autonome la sperimentazione di interventi profondamente innovativi previsti in materia di Vita indipendente dal Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, approvato e adottato nel 2013, prevedendo finanziamenti dedicati a cui la Regione Toscana è stata ammessa.

Parallelamente è stata deliberata l'adesione al Progetto nazionale Pro.v.i. Italia-Iniziative sperimentali per i Progetti di Vita indipendente di cui allo stesso Programma di azione biennale. Le due iniziative rappresentano un'occasione unica per un lavoro integrato tra Regioni, Governo nazionale e Parti sociali per definire, a partire dalle buone pratiche già in corso di sperimentazione, un percorso condiviso di promozione della Vita indipendente, mettendo a valore gli standard di servizi specifici e promuovendo tratti significativi di omogeneità sul territorio nazionale, nel rispetto dell'autonomia programmatoria delle Regioni.

Sara Madrigali

Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria e la salute in carcere

CONTROCANTO

«Gli aiuti a pioggia servono a poco»

di Vita indipendente, Toscana Paraplegici, Habilia*

Ancora una volta, la redazione della Dgrt n. 14/2014 è avvenuta senza tenere conto delle nostre proposte e richieste. Vanno rilevate due novità positive, anche se molto limitate. La prima è l'aumento della cifra a 9 milioni di euro, mentre la seconda è che coloro che già usufruiscono del "contributo vita indipendente" non devono ripresen-

tare la domanda. Entrambe le novità sono frutto delle nostre lotte.

Purtroppo, i due aspetti positivi sono sommersi da quelli negativi. È gravissimo che le linee guida restino quelle dell'anno scorso, da noi più volte criticate. La nuova delibera accenna alla possibilità di richiedere

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ **Linee guida per il lavoro alcol-free**

La Giunta regionale ha approvato le linee di indirizzo per gli accertamenti sanitari di assenza di alcol dipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza. L'obiettivo è di proteggere dai rischi non solo i lavoratori, ma anche i soggetti terzi che potrebbero essere danneggiati dal comportamento non corretto dei lavoratori che si trovano sotto l'effetto di alcol. Sarà fornito il necessario supporto specialistico per tale attività per contenere i tempi per gli accertamenti sanitari e prevedere una tariffazione omogenea a carico del datore di lavoro. (Delibera n. 1065 del 9/12/2013)

▼ **Focus sulla formazione a distanza**

Confermato lo svolgimento delle attività del Consiglio sanitario regionale riguardanti l'implementazione delle Linee guida per la Formazione a distanza: progetto Linee guida interattive che, partito su base sperimentale con quattro linee guida, consente la formazione a distanza (F@D) offrendo un ambiente tutoriale di simulazione e di autovalutazione che permette agli utenti di apprendere in modalità di studio autodidattico interattivo i contenuti delle singole Linee guida che saranno tradotte in applicazione fruibile via Internet. (Delibera n. 1099 del 16/12/2013)

ALL'INTERNO

**Come chiudere
gli Opg**

A PAG. 2

**Careggi è
smart hospital**

A PAG. 3

**La riabilitazione
diventa hi tech**

A PAG. 4

ASSISTENZA

Le alternative possibili per evitare ulteriori ritardi nell'applicazione della legge



Quali vie per chiudere l'Opg

Il servizio sanitario assorbe anche le misure di sicurezza non detentive

Il 31 marzo gli ospedali psichiatrici giudiziari chiuderanno. Si tratta dell'ennesimo termine di scadenza, ma già si sentono voci di una ulteriore proroga, a distanza di 6 anni dal Dpcm, e il termine non sembra mai definitivo, «concreto ed effettivo».

Quali ostacoli sono emersi sul cammino del processo di chiusura? È necessario fare ancora "proposte" per l'effettiva chiusura degli Opg? La delibera 715/2013 della Regione Toscana - che presenta il piano di strutture che la legge 9/2012, articolo 3-ter, e il conseguente Dm della Salute del 1° ottobre 2012 prescrivono - rappresenta il vero e proprio "documento programmatico" su cui intraprendere le azioni risolutive. Ma ci sono proposte diverse?

Esiste una prima opzione, ovvero l'applicazione della legge 9/2012, che prevede misure di sicurezza applicate in strutture sanitarie e non detentive, ovvero Residenze per esecuzione misure di sicurezza detentive

(Remsd).

La seconda opzione prevede l'utilizzo di strutture penitenziarie al posto delle Remsd con una forte riduzione e limitazione posti e con la sparizione fisica dei grandi attuali Opg, sostituiti da piccoli carceri, o sezioni, con analoghe funzioni.

Una terza opzione è quella di non applicare la 9/2012 per quanto concerne l'allestimento della struttura per misure detentive (Remsd): il servizio pubblico assorbe tutte le tipologie di misura di sicurezza, in forma non detentiva e in accordo con la Magistratura, utilizzando le proprie strutture ordinarie e il Sistema sanitario sarà l'unico organismo che dovrà farsi carico delle misure di sicurezza in ogni fase del procedimento giudiziario.

La quarta opzione è modificare il Codice penale, per abolire il concetto della non imputabilità, per restituire a chiunque commetta reato il diritto alla pena. Vuol dire che si farà a meno di tutto, strutture Rems e



strutture intermedie, per utilizzare gli Istituti penitenziari come luoghi di pena-sanzione per il reato commesso e dove iniziare a curare.

È prevedibile che questi 100 giorni non saranno sufficienti né a costruire le strutture Remsd, né proporre e modificare il Codice penale. Quindi le strade percorribili sembrano la seconda e la terza opzione. È indispensabile decidere che strada intraprendere, e in maniera definitiva. Se ciò non avviene rimarrà tutto ancora fermo, sia nel sistema generale

che nella struttura attuale, come accaduto in questi ultimi sei anni. Rimarrà non modificata la condizione degli operatori che, al di là del transito funzionale alla Asl 11 di Empoli, non hanno potuto disporre di una struttura e di parametri organizzativi adeguati alla funzione di cura che devono svolgere. Fino al 2008 gli operatori hanno denunciato le condizioni di inadeguatezza e i limiti all'intervento di cura e riabilitazione realizzabili in una struttura penitenziaria. Il percorso è ancora lungo, ma continuare a tenta-

re di realizzarlo in una struttura che ostacola, rende difficile, vani, i tentativi di intervento non appare più sostenibile. Il sospetto, doveroso e inevitabile, è che non si voglia davvero chiudere gli Opg in attesa magari che si realizzi la quarta opzione, cioè la modifica del Codice penale.

Nel frattempo proponiamo che sia data piena attuazione all'Accordo della Conferenza Unificata del 17 novembre 2012 che prevede l'allestimento di sezioni psichiatriche in carcere per le persone attualmente in Opg ma detenuti, e non internati. Dovrebbero essere definite le sezioni di osservazione negli Istituti penitenziari per i detenuti con problemi psichici e per i quali si renda necessario un accertamento non attuabile con il Servizio psichiatrico del territorio. Ridotto l'invio in Opg di misure di sicurezza provvisorie (in tal senso i Magistrati potrebbero essere più esigenti verso i periti nell'accertamento della pericolosi-

tà sociale, individuando soluzioni alternative fin da subito). L'Amministrazione penitenziaria dovrebbe provvedere a definire nelle Regioni collegate al bacino di Montelupo Fiorentino (Sardegna, Umbria, Liguria) idonee strutture, provvisoriamente in attesa che siano allestite le Remsd di competenza, per accogliere gli internati presenti a Montelupo. Infine proponiamo che venga definito con un Accordo locale se e come si applicherà la legge 354/1975 e il Dpr 230/2000 nelle future strutture, come prevede il comma contenuto nel Dm 1° ottobre 2012. Rappresenta un passaggio importante e strategico per attribuire a queste strutture, dovunque esse saranno organizzate, la natura realmente sanitaria e terapeutica.

Franco Scarpa
psichiatra, direttore Uoc
"Salute in carcere"

Asl 11 - Coordinatore gruppo
interregionale di bacino

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PROGETTO DELLA REGIONE

L'efficacia si valuta con gli esiti della psicoterapia

Si chiama "Valutazione degli esiti della Psicoterapia" il progetto promosso dalla Regione Toscana, che mira a garantire la qualità dell'assistenza psicoterapeutica e, nello specifico, ad aumentare la trasparenza dei servizi, a valutare l'efficacia dei trattamenti e il costo-efficacia delle misure terapeutiche.

Negli anni 2012 e 2013 sono stati monitorati 423 pazienti che hanno terminato in Toscana un trattamento psicoterapeutico. Il 65% dei pazienti monitorati ha registrato un miglioramento clinico significativo nello stato di salute, vale a dire un miglioramento rilevante nello stato di benessere e nella vita quotidiana, che ha visto una riduzione significativa nel numero dei sintomi presenti. Il 45% dei pazienti ha giovato di un miglioramento tale che al termine dell'intervento non c'erano più differenze tra il loro stato di benessere, la loro vita quotidiana e il quadro sintomatologico rispetto a quello della popolazione non clinica.

Anche in Toscana la relazione tra il trattamento psicoterapico e il miglioramento clinico è stata dunque alta, andando a confermare gli esiti statistici generali.

Nonostante il dato di fatto che anche nel servizio sanitario regionale della Toscana la psicoterapia risulti un intervento molto efficace, solo una percentuale compresa tra il 10% e il 14% dei pazienti utilizza questo tipo di trattamento. I motivi sono numerosi e comprendono in primis una carenza di personale qualificato a erogare questo tipo di prestazione sul territorio. Gli esiti clinici ottenuti in pazienti trattati con psicoterapia sono equiparabili a quelli riportati in letteratura.

Infatti vari studi hanno dimostrato che per intervenire in modo efficace e mirato in ambito di salute mentale sarebbe appropriato assegnare maggiori risorse a programmi di psicoterapia, forme di counseling e psicoeduca-

zione come investimento preventivo che evita spese future causate dalla cronicizzazione dei sintomi, dell'invalidità e delle patologie secondarie. La letteratura giunge a un giudizio unanime su almeno quattro degli aspetti legati alla psicoterapia:

- la psicoterapia rappresenta un intervento molto efficace per un ampio spettro di patologie;
- grazie alla psicoterapia la maggior parte degli utenti registra un miglioramento clinicamente significativo. La possibilità di avere una risposta terapeutica alla psicoterapia, rispetto all'assenza di un trattamento di questo tipo, è del 73%. Un'altissima percentuale di tasso di risposta, se si considera che la percentuale di risposta terapeutica al trattamento nella prevenzione dell'infarto grazie all'assunzione di aspirina è del 52%, e che tale trattamento viene, per questa già molto alta percentuale di risposta, considerato ir-

rinunciabile e salva vita;

- il beneficio della psicoterapia si protrae anche dopo la sua durata: il miglioramento continua spesso anche dopo il termine della terapia e i risultati si mantengono a lungo;
- la psicoterapia risulta più efficace di tante terapie farmacologiche che oggi vengono applicate.

La forza della relazione tra il trattamento psicoterapeutico, e in particolare il trattamento cognitivo comportamentale, e il miglioramento nello stato clinico (o guarigione) viene considerata alta in termini statistici. In tutti i Paesi europei una cosa risulta chiara: non includere la psicoterapia nei trattamenti del sistema sanitario può risultare molto costoso e non sostenibile. In Europa, così come in Italia e in Toscana, esiste una relazione inversamente proporzionale fra l'alta spesa legata alle malattie psichiche e la bassa spesa per la psicoterapia.

Tenendo conto delle prove estremamente coerenti circa l'efficacia degli interventi psicoterapici nei disturbi come l'ansia e la depressione, da un lato, e, dall'altro, un maggiore costo-efficacia della psicoterapia (forme di trattamento breve come quello cognitivo comportamentale) rispetto all'utilizzo di farmaci antidepressivi, la conclusione è che si può parlare non tanto di una mancanza di risorse per la psicoterapia, quanto di una finalizzazione delle risorse a spese mediche piuttosto che a spese di psicoterapia, che comportano costi molto più alti.

In Svizzera, in Germania o in Inghilterra la mancanza di cura psicoterapeutica viene infatti considerata un grave mancanza nell'assistenza sanitaria che comporta costi estremamente alti.

Daniel de Wet
Marzia Fratti

Settore Politiche per l'integrazione
socio-sanitaria e la salute in carcere

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

Ilsee. Ciò è molto negativo e istituzionale, perché non tiene conto delle reali difficoltà che un disabile grave incontra in misura molto superiore rispetto a persone senza apparenti disabilità per vivere con un grado di libertà comparabile con quello di queste ultime. Va notato che in una delibera di Giunta la Regione Toscana non può prevedere la possibilità di chiedere l'Isee per la vita indipendente perché ciò è vietato sia dal co. 1, art. 28, Lr 25/2011 e sia dal co. 6, art. 108 Lr 66/2011. E la Regione lo ha fatto quando il Dpcm sul nuovo Isee non è nemmeno stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale.

Il finanziamento mensile massimo è di 1.800,00 euro. Ciò significa che sono garantite al massi-

mo 3-4 ore al giorno di assistenza personale per le persone davvero gravi. Con 4 ore al giorno di assistenza personale, una persona con handicap grave non può condurre una vita realmente autodeterminata. Poiché nel 2013 è stato sottoscritto il nuovo Ccnl del lavoro domestico, a parità di cifra erogata, le già insufficienti ore di assistenza personale diminuiranno ulteriormente.

La facoltà per le Unità di valutazione multidisciplinare (Uvm) di assegnare cifre al di sotto del minimo mensile, da possibilità eccezionale è diventata la prassi corrente, con una distribuzione "a pioggia" che soddisfa solo chi ha pochissime necessità di assistenza personale. Inoltre è richiesta una rendicontazione del 90%

della spesa sostenuta, ma con le cifre previste è impossibile che chi ha gravi disabilità possa utilizzare l'assistenza personale nell'articolazione oraria più consona alle proprie esigenze senza ricorrere a prestazioni per varie ragioni non rendicontabili.

La possibilità di continuare a fruire del "contributo vita indipendente" al compimento dei 65 anni di età è prevista non come diritto per le persone disabili, ma come facoltà delle Uvm di "concederla". Tutto ciò è molto altro dimostrano in abbondanza la necessità di una legge regionale specifica che garantisca la vita indipendente come diritto soggettivo perfetto.

* Associazioni onlus

Quel diritto ... (segue dalla prima pagina)

tare/quando farsi aiutare e del contesto nel quale autodeterminarsi.

Sostanziale alla realizzazione del progetto Vita indipendente è la capacità da parte del disabile di costruire il proprio percorso di vita, un progetto individuale, come strumento a garanzia di questi diritti, attraverso il quale realizzare esperienze personali volte a dare valore alla propria identità. La scelta dell'assistente, "tramite" per realizzare la propria autonomia e garanzia della propria indipendenza, permette al disabile di compiere con autodeterminazione le attività quotidiane e intraprendere relazioni. L'autonomia è vissuta anche nel senso di liberazione dalle dipendenze affettive e psicologiche, per sviluppare la capacità di costru-

re relazioni sociali e interpersonali, lavorative, di formazione professionale, di gestione delle proprie risorse economiche e dunque come indipendenza. La Vita indipendente ha indubbi ripercussioni positive sul portatore di disabilità che grazie al contributo abbandona la posizione di "oggetto di cura" per diventare soggetto attivo e protagonista della propria vita. La Regione Toscana è impegnata da anni su questo progetto per garantire ai disabili condizioni di vita migliori e la possibilità di vivere la disabilità con autonomia e dignità e continua a promuoverlo con sempre maggiore attenzione anche dal punto di vista di impiego di risorse.

* dirigente Settore Politiche per
l'integrazione sociosanitaria e la
salute in carcere

SSR AI RAGGI X A Firenze progetto innovativo di servizi sanitari sicuri su dispositivi mobili

Careggi è «smart hospital»



Gli utenti possono accedere alle informazioni grazie alla App gratuita

Si chiama "Careggi smart hospital" l'App gratuita sui dispositivi mobili, smartphone e tablet pensata e sviluppata per facilitare il rapporto con i cittadini, offrendo nuovi canali di comunicazione e accesso alle informazioni e ai servizi sanitari digitali in totale mobilità.

L'App consente di consultare, in maniera sicura e nel pieno rispetto della privacy, le proprie informazioni sanitarie e di interagire, in maniera innovativa, con il sistema informativo aziendale. Scaricare i propri referti o gli attestati di esenzione o fascia di reddito, consultare e chiamare i numeri utili, visualizzare la modulistica aziendale, trovare un alloggio o un punto di ristoro nei pressi dell'ospedale, non è stato mai così facile e intuitivo.

L'applicazione dedicata ai dispositivi mobili è uno dei componenti dell'innovativo progetto Careggi smart hospital, realizzato internamente dall'Azienda con lo scopo di semplificare la vita degli utenti attraverso l'uso della tecnologia, creando benessere per le persone e quindi migliorando la qualità della loro vita. Si tratta del primo progetto in Italia di servizi sanitari sicuri su dispositivi mobili in una grande Azienda ospedaliero-universitaria.

Il partner tecnologico del progetto è Telecom Italia, che ha contribuito alla realizzazione della rete Careggi WiFi che consente la connessione a internet gratuita a tutti gli utenti e operatori nei 78 ettari dell'area ospedaliera, in collaborazione con l'Università di Firenze e in continuità con la rete civica del Comune di Firenze. Infatti grazie al potente motore di wayfinding gli studenti e gli operatori possono orientarsi all'interno del campus di Careggi cercando dipartimenti, unità operative o personale sanitario. In maniera veloce, facile e intuitiva si ottiene l'indicazione del padiglione, del piano e della stanza e contemporaneamente si visualizza la mappa grafica del percorso da seguire. Un



utile strumento per gli utenti quindi, ma anche per gli addetti ai lavori.

La App è disponibile gratuitamente sul market place di Android e Google Play, ma presto anche sulle piattaforme Apple e Ios. La stessa App sarà implementata di nuove funzioni e servizi e appena disponibili il dispositivo mobile consiglierà l'aggiornamento.

«La App, che per adesso sarà disponibile per il sistema Android, ma che a breve uscirà anche per il sistema operativo iOS (iPhone e iPad) - spiega l'ingegner Andrea Belardinelli, Direttore dello Staff Aou Careggi e dell'Area Programmazione, monitoraggio e riorganizzazione - consente di fruire dal proprio cellulare, in piena autonomia e mobi-

lità, di alcune funzionalità e servizi innovativi. L'App rappresenta un ulteriore tassello del progetto Careggi Smart Hospital ideato e progettato internamente all'Azienda e che ha già visto nelle scorse settimane il lancio della connessione internet gratuita e illimitata, all'interno del campus di Careggi».

L'App è composta da una sezione pubblica, disponibile da subito al momento dell'installazione, che permette di visualizzare informazioni, notizie e servizi e da una sezione privata. L'utilizzo della sezione privata prevede una prima abilitazione una tantum, che deve essere fatta tramite uno dei Totem PuntoSi dell'Aou Careggi presenti nei padiglioni maggiormente frequentati. Una volta sca-

ricata la App, sarà sufficiente accedere a un Totem con la propria Carta sanitaria elettronica attivata e selezionare il menu "Abilita App". A quel punto il totem stamperà un codice a barre bidimensionale (QRCode). Dal proprio telefono o tablet basterà cliccare sul pulsante "Referti" della App Careggi smart hospital e far leggere dalla fotocamera il codice a barre stampato. L'utente sceglierà quindi, per motivi di sicurezza, una ulteriore password tramite la quale avverranno le successive identificazioni.

Sarà comunque possibile visualizzare in tempo reale i propri referti. Dal telefono sarà possibile accedere a tutti i servizi che verranno messi a disposizione tramite i Totem PuntoSi di Regione Toscana attivi in Azienda: come la consultazione dei referti delle analisi chimico-cliniche effettuate nei Laboratori, nel pronto soccorso, i referti di radiologia ecc. via via che saranno disponibili sul Fascicolo sanitario elettronico. Il tutto in modo facile e intuitivo. I Totem PuntoSi di Careggi sono attivi nella hall del Cto, nella hall del Nuovo ingresso Careggi (Nic), nella hall della Nuova Maternità e nella Hall della Piastra dei servizi.

Ma la App è anche multiutente, ciò significa che da un solo dispositivo mobile sarà possibile controllare i referti di tutta la famiglia, semplificando ulteriormente la vita dei cittadini. La possibilità di gestire più utenti rappresenta un sostanziale allargamento del numero di persone che potranno fruire di questa possibilità. Anche bambini e anziani vi potranno accedere in totale sicurezza e privacy, grazie all'aiuto dei propri familiari, rendendo sempre meno necessarie attese agli sportelli e spostamenti verso le nostre strutture.

a cura di
Giovanni Squarci
ufficio stampa Aou di Careggi

«WiFi» COLLABORAZIONE TRA ATENEO E COMUNE

Internet senza fili fuori e dentro l'azienda ospedaliera

Navigare gratuitamente in internet con palmari e portatili, mandare mail, telefonare, gratuitamente e senza fili. È oggi possibile in tutta l'area ospedaliera Careggi e nei vari edifici che compongono il complesso sanitario, in continuità con la rete senza fili del Comune di Firenze. Basta connettersi in qualunque punto della città coperto dalla rete civica Firenze WiFi e sarà possibile mantenere la connessione entrando a Careggi per usufruire di tutti i servizi on-line dell'Azienda e dell'Università, compresa la navigazione internet gratis e senza limiti di tempo.

L'Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi ha messo a disposizione della rete civica Fiorentina i suoi 940 punti di accesso WiFi e le 760 antenne che consentono di connettersi all'esterno e all'interno degli edifici del complesso ospedaliero. La collaborazione fra le direzioni di Careggi, del Comune di Firenze e dell'Ateneo fiorentino ha consentito di attivare questo servizio per pazienti, cittadini visitatori e studenti. Si stima che ogni giorno a Careggi vi sia un passaggio di circa 20mila presenze.

Internet senza fili attivo in una fra le maggiori Aziende ospedaliero-universitarie italiane consente non solo di migliorare la qualità della vita dei degenti e le attività didattiche dei docenti e studenti della Scuola di Scienze della salute umana, ma anche di potenziare la capacità di comunicazione fra i 6mila dipendenti



La mappa del WiFi

di Careggi, che ogni giorno contribuiscono direttamente o indirettamente all'esecuzione di oltre 10 milioni di prestazioni sanitarie all'anno. Il sistema risulta molto utile nell'area ospedaliera di questa Azienda caratterizzata da particolari condizioni strutturali con 29 padiglioni sanitari e 47 edifici amministrativi e tecnici, spiegati su 78 ettari.

L'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi si integra nelle 120 aree della città presenti fra il centro e la periferia coperte dai 450 punti di accesso WiFi della rete civica fiorentina. L'integrazione nella rete comunale si fonda sulla necessità di semplificare il più possibile l'utilizzo del servizio da parte di tutti gli uten-

ti, anche quelli meno abituati alle nuove tecnologie.

Un unico accesso, con una sola schermata di connessione, permette la navigazione in città e in ospedale. Una volta impostata la rete Firenze WiFi la connessione continuerà automaticamente nell'area ospedaliera con l'indicazione Careggi WiFi. La differenza rispetto alla rete cittadina è che a Careggi non c'è il limite delle due ore giornaliere a utente, ma l'utilizzo è consentito senza vincoli temporali. Questo progetto è il primo passo verso il Progetto Careggi smart hospital che nel corso del 2014 consentirà di attivare vari servizi all'utenza attraverso palmari, portatili e vari dispositivi mobili.

PREMIO INNOVAZIONE ICT IN SANITÀ 2013

Pioniera l'Asl di Livorno

La malattia è sempre un problema, non solo per la sofferenza fisica e psicologica, ma anche per il cambiamento di vita che determina, con nuovi bisogni da fronteggiare. Durante questa esperienza non sempre il Servizio Sanitario si presenta come snello ed efficiente e il prolungarsi di un'attesa, magari per ritirare un semplice foglio di carta, o una coda per restituire un modulo che ci si è dimenticati di riempire, viene percepito come inefficienza dell'intero sistema. La tecnologia consente oggi il superamento di buona parte di queste difficoltà. Chioschi interattivi e dispositivi mobili, sono in grado di veicolare vari servizi per semplificare la vita dei cittadini. Orientarsi all'interno di un ospedale, consultare comodamente da casa i propri referti o quelli dei familiari, reperire un modulo, prenotare una visita, o adempiere ad altre incombenze amministrative, è sempre più semplice e intuitivo, ma soprattutto a portata di mano.

È anche questo un modo per riconquistare parte della propria libertà, consentendo ai pazienti o ai familiari di disporre nuovamente del loro tempo, almeno per quanto riguarda una parte delle attività connesse al percorso terapeutico. Il primo esperimento in Toscana, con lo sviluppo di un Totem e di un'App destinati alla gestione di servizi sanitari digitali è stato attivato, fra i primi casi in Italia, lo scorso anno nella Asl di Livorno, ricevendo tra l'altro il Premio Innovazione Ict in Sanità 2013 dal Politecnico di Milano. Dopo questa prima esperienza di successo, che ha incontrato notevole entusiasmo da parte dell'utenza, lo stesso gruppo dirigenziale, ora spostatosi a Firenze, ha deciso di attivare il progetto Careggi Smart Hospital, con nuove funzioni destinate a soddisfare i bisogni dell'Aou fiorentina. Determinante per l'accesso alle informazioni sensibili personali, è l'utilizzo della Carta sanitaria elettronica. A poco più di un mese dall'attivazione del progetto Careggi Smart Hospital sono già più di mille le persone che hanno scaricato l'App. E siamo solo all'inizio.

Andrea Belardinelli
direttore Uo Pianificazione e programmazione
Azienda ospedaliero-universitaria di Careggi

DOCUMENTI

Delibera di giunta sull'introduzione degli ausili elettronici e informatici



Ora la riabilitazione è hi tech

Obiettivi: comunicazione, apprendimento e controllo ambientale

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera 1015 su «Assistenza protesica: sostegno allo sviluppo dei "laboratori ausili aziendali" per comunicazione, apprendimento e controllo ambientale» per persone con gravissima disabilità

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso che la programmazione sanitaria regionale ha stabilito, fin dal Psr 2002-2004, che nell'ambito dell'assistenza sanitaria riabilitativa siano inserite le prestazioni di assistenza protesica, finalizzate anche a consentire la acquisizione e il mantenimento, da parte delle persone con grave disabilità, di competenze per l'autonomia e quindi una migliore qualità di vita;

Rilevato che il suddetto Psr ha previsto la costituzione, da parte delle aziende Usl, di centri di consulenza e documentazione sugli ausili per persone in situazioni di non autosufficienza o disabilità grave, e in particolare la realizzazione di laboratori aziendali preposti alla sperimentazione e valutazione degli ausili elettronici e informatici correlati ai settori della comunicazione, dell'apprendimento e del controllo ambientale;

Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010, che al punto 5.6.1.7 individua il ricorso alle tecnologie facilitanti le autonomie personali come momento fondante del progetto riabilitativo individuale e richiama il ruolo primario dei laboratori ausili aziendali nell'attività di ricerca, valutazione e prescrizione dei dispositivi protesici ad alta tecnologia;

Visto il comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011, n. 66 che proroga i piani e programmi regionali attuativi del Programma regionale di sviluppo (Prs) 2006-2010 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;

Vista la proposta di deliberazione al Consiglio regionale n. 38 del 19/12/2011 con la quale la Giunta

Regionale approva e inoltra al Consiglio regionale la proposta di Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015;

Rilevato che l'attività svolta dai suddetti laboratori a favore delle persone con disabilità grave costituisce una risposta efficace ai bisogni espressi, sia per il carattere innovativo delle soluzioni proposte, finalizzate al raggiungimento della massima autonomia personale, sia per la possibilità di far accedere un ampio numero di utenti, con disabilità specifiche diverse, alla prova, all'addestramento e all'utilizzo di particolari tecnologie e di specifici ausili protesici;

Ritenuto necessario implementare, nell'ambito degli interventi di assistenza riabilitativa e protesica, le attività avviate nel settore degli ausili elettronici e informatici per la comunicazione, l'apprendimento e il controllo ambientale, sostenendo lo sviluppo dei laboratori ausili attivati dalle aziende Usl toscane, i quali operano con riferimento anche a livello di Area vasta e garantiscono, tramite il lavoro di un'équipe multidisciplinare, efficaci e appropriati interventi di individuazione, valutazione e prescrizione dei dispositivi protesici ad alta tecnologia a favore delle persone con gravi disabilità;

Ritenuto necessario procedere alla valorizzazione economica e alla registrazione in apposito flusso informativo aziendale, da parte delle aziende Usl erogatrici, delle prestazioni erogate dai suddetti laboratori ausili all'interno dei Lea, prendendo come riferimento le tariffe previste per prestazioni ambulatoriali per patologie complesse così come definite dalla delibera Gr n. 776 del 6 ottobre 2008 e ss.mm.;

Stabilito di sostenere le attività avviate nel settore degli ausili elettronici e informatici per la comunicazione, l'apprendimento e il controllo ambientale, dai laboratori ausili delle aziende Usl n. 1 di Massa, n. 3 di Pistoia, n. 4 di Prato, n. 5 di Pisa, n. 6 di Livorno, n. 8 di Arezzo, n. 9 di Grosseto e n. 10 di Firenze prevedendo, per gli anni 2013 e 2014 la somma annua di euro 150.000,00 per lo sviluppo e il consolidamento dei suddetti laboratori, al fine di promuovere le attività finalizzate a sviluppare l'autonomia e la qualità della vita dei soggetti con gravissime disabilità ripartendo tale somma come indicato nell'allegato A al presente atto;

Ritenuto opportuno destinare, per l'esercizio finanziario 2013, la somma di euro 150.000,00 a valere sull'impegno n. 7821/2012 assunto con decreto dirigenziale n. 6535/2012 sul capitolo n. 26054 "Interventi di assistenza sanitaria riabilitativa e protesica e sperimentazione progetti innovativi" - fondo sanitario indistinto - del bilancio regionale annuale 2013, gestione residui;

Ritenuto di prenotare, per l'esercizio finanziario 2014, la somma di euro 150.000,00 sul capitolo n. 26054 del bilancio pluriennale 2013/2015 - annualità 2014;

Ritenuto di subordinare l'efficacia della prenotazione di impegno relativa all'annualità 2014 all'adozione del Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015;

Viste la Lr n. 78 del 27/12/2012 che approva il Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2013 e il Bilancio pluriennale 2013/2015, e la Delibera Gr n. 1260 del 28/12/2012 che approva il bilancio gestionale 2013 e pluriennale 2013/2015;

a voti unanimi
DELIBERA

1. di incentivare, nell'ambito degli interventi di assistenza riabilitativa e protesica, le attività avviate dalle aziende Usl nel settore degli ausili elettronici e informatici per la comunicazione, l'apprendimento e il controllo ambientale, sostenendo lo sviluppo dei laboratori ausili aziendali, che operano anche con riferimento di Area vasta e garantiscono, tramite il lavoro di un'équipe multidisciplinare, efficaci e appropriati interventi di individuazione, valutazione e prescrizione dei dispositivi protesici ad alta tecnologia a favore delle persone con gravi disabilità;

2. di procedere alla valorizzazione economica e alla registrazione in apposito flusso informativo aziendale, da parte delle aziende Usl erogatrici, delle prestazioni erogate dai suddetti laboratori ausili all'interno dei Lea, prendendo come riferimento le tariffe previste per prestazioni ambulatoriali per patologie complesse così come definite dalla delibera Gr n. 776 del 6 ottobre 2008 e ss.mm.;

3. di destinare, per l'anno 2013, la somma di euro 150.000,00 per lo sviluppo e il consolidamento dei laboratori ausili aziendali attivati dalle aziende Usl n. 1 di Massa, n. 3 di Pistoia, n. 4 di Prato, n. 5 di Pisa, n. 6 di Livorno, n. 8 di Arezzo, n. 9 di Grosseto e n. 10 di Firenze, con la ripartizione indicata nell'allegato A a valere sull'impegno n. 7821/2012 assunto con decreto dirigenziale n. 6535/2012 sul capitolo n. 26054 - fondo sanitario indistinto - del bilancio di previsione 2013, gestione residui;

4. di prenotare, per l'esercizio 2014, la somma di euro 150.000,00 sul capitolo 26054 - fondo sanitario indistinto - del bilancio pluriennale 2013/2015 - annualità 2014;

5. di subordinare all'adozione del Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015 l'efficacia della prenotazione di impegno relativa all'annualità 2014 sul capitolo n. 26054;

6. di dare mandato al competente settore della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale per l'assunzione degli atti conseguenti e per la attivazione del monitoraggio e della verifica degli interventi attuati. ●

Allegato A

Azienda Usl	Importo prenotato con il presente atto
1 - Massa	10.000,00
3 - Pistoia	20.000,00
4 - Prato	20.000,00
5 - Pisa	20.000,00
6 - Livorno	20.000,00
8 - Arezzo	20.000,00
9 - Grosseto	20.000,00
10 - Firenze	20.000,00
Totale	150.000,00

CONTO ECONOMICO PREVENTIVO E CONSUNTIVO

Laboratori di Area vasta: arriva un riparto di 70 milioni

Pubblichiamo la delibera 1040 su «Dgrt 932/2008 e Dgrt 815/2013. Finanziamento dei laboratori di sanità pubblica anni 2013-2014-2015. Destinazione di risorse»

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1) di attuare quanto previsto all'art. 67 della Lr 40/2005, in coerenza con le indicazioni tecniche individuate nel decreto dirigenziale 1687/2011, e del dispositivo della Dgrt 815/2013 destinando per l'anno 2013, la somma complessiva di euro 7.000.000,00 nel modo seguente:

- prenotazione di euro 6.964.169,49 sul capitolo 26204 (spese per il finanziamento dei laboratori di sanità pubblica di Area vasta) - fondo sanitario indistinto, del bilancio gestionale 2013;

- destinazione di euro 35.830,51 da imputarsi all'impegno 7902/2012 assunto con il decreto dirigenziale 6535/2012 sul medesimo capitolo 26204 del bilancio 2013, gestione residui;

2) di ripartire la somma complessiva individuata al punto 1), nel modo seguente:

- Az. Usl 2 di Lucca, euro 2.010.573,00;

- Az. Usl 3 di Pistoia, euro 282.470,00;

- Az. Usl 7 di Siena, euro 1.607.125,00;

- Az. Usl 9 di Grosseto, euro 262.036,00;

- Az. Usl 10 di Firenze, euro 2.837.796,00;

3) di attuare quanto previsto all'art. 67 della Lr 40/2005, in coerenza con le indicazioni tecniche individuate nel decreto dirigenziale 1687/2011, e del dispositivo della Dgrt 815/2013 prenotando per l'anno 2014 la somma complessiva euro 6.790.000,00 di cui euro 6.200.000,00 sul capitolo 26204 (spese per il finanziamento dei laboratori di sanità pubblica di Area vasta) - fondo sanitario indistinto, ed euro 590.000,00 sul capitolo 24047 - fondo sanitario indistinto del bilancio pluriennale 2013-2015, annualità 2014, ripartendo la somma complessiva sopra individuata, nel modo seguente:

- Az. Usl 2 di Lucca, euro 2.167.439,00;

- Az. Usl 7 di Siena, euro 1.683.274,00;

- Az. Usl 10 di Firenze, euro 2.939.287,00;

4) di attuare quanto previsto all'art. 67 della Lr 40/2005, in coerenza con la Dgrt 815/2013 prenotando per l'anno 2015 la somma complessiva di euro 6.268.316,00 di cui euro 6.200.000,00 sul capitolo 26204 (spese per il finanziamento dei laboratori di sanità pubblica di Area vasta) - fondo sanitario indistinto, ed euro 68.316,00 sul capitolo 24047 - Fondo sanitario indistinto del bilancio pluriennale 2013-2015, annualità 2015, rinviando la ripartizione della somma complessiva sopra individuata a seguito dell'elaborazione del conto economico preventivo 2015 da parte del Dipartimento interaziendale del laboratorio unico regionale;

5) di dare atto che le risorse prenotate sul

capitolo 24047 - fondo sanitario indistinto saranno stornate nel corso dell'esercizio 2014 sul capitolo 26204 - fondo sanitario indistinto con variazione in via amministrativa e che i successivi impegni di spesa per le annualità 2014 e 2015 saranno subordinati all'esecutività della variazione sopra citata;

6) di dare mandato al costituendo Dipartimento interaziendale regionale che gestirà il laboratorio unico regionale di Sanità pubblica, istituito ai sensi della Dgrt 815/2013, di sperimentare a partire dal 2014 e di elaborare a partire dal 2015, il conto economico preventivo e il conto economico consuntivo del laboratorio medesimo, al fine anche di individuare la ripartizione delle assegnazioni finanziarie preventive alle az. Uu.Ss.Ll n. 2 di Lucca, n. 7 di Siena e n. 10 di Firenze;

7) di considerare prive di validità a partire dal 2015 le indicazioni operative riguardanti la ripartizione delle assegnazioni finanziarie preventive alle az. Uu.Ss.Ll. e l'elaborazione del conto economico della rete dei Lsp, individuate nel decreto dirigenziale n. 1687/2011;

8) di dare mandato alla competente struttura della Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale di adottare i provvedimenti necessari per dare piena attuazione a quanto disposto dal presente atto, sulla base della rendicontazione economica elaborata dai laboratori di sanità pubblica di Area vasta conformemente alle indicazioni del Dd 1687/2011. ●

Sanità Toscana

direttore responsabile
ROBERTO NAPOLETANO

Vice direttore
ROBERTO TURNO

comitato scientifico
Valterre Giovannini
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato
al n. 3 del 28 gen.-3 feb. 2014
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98
Stampa: Il Sole 24 Ore Spa
Via Tiburtina Valeria (Ss 5) km 68,700
67061 Carsoli (Aq)

"Sanità Toscana" è una pubblicazione informativa realizzata in base a un accordo tra Il Sole-24 Ore Spa e la Regione Toscana

DOCUMENTI

«Sì» al progetto sui metodi alternativi al modello animale nei test scientifici

Pisa punta sul replacement



Servizio
Sanitario
Toscana

Stanziati 100mila euro per la formazione anche di soggetti esterni al Ssr

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo il testo della delibera n. 1179 del 23 dicembre 2013 recante l'approvazione di un progetto formativo dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana.

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di approvare, per quanto esposto in narrativa, il progetto dell'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana denominato "Progetto formativo sull'uso di metodi e strumenti alternativi per simulare l'ambiente fisiologico e fisiopatologico umano come alternativa alla sperimentazione animale e per lo sviluppo di biomarcatori", di cui all'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di prevedere la possibilità di partecipazione al corso di formazione dell'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana oltre che ai dipendenti del Servizio sanitario regionale, anche a soggetti esterni, con pagamento di quota di iscrizione;

3. di prevedere l'erogazione all'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana, per l'espletamento delle due fasi, della somma complessiva di euro 100.000,00:

- destinando euro 30.000,00 a valere sull'impegno n. 67818/2012 assunto con decreto dirigenziale n. 6535/2012 sul Capitolo 26051 (Fondo sanitario indistinto) del bilancio di previsione 2013, gestione residui;
- prenotando euro 70.000,00 sul capitolo 26051 (Fondo sanitario indistinto) del Bilancio pluriennale 2013-2015, annualità 2014 per la conclusione del progetto formativo;

4. di provvedere con successivi atti dirigenziali alla liquidazione della somma di euro 100.000,00 a favore dell'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana.

ALLEGATO A

Progetto formativo sull'uso di metodi e strumenti alternativi per simulare l'ambiente fisiologico e fisiopatologico umano come alternativa alla sperimentazione animale e per lo sviluppo di biomarcatori

Soggetto proponente e attuatore: Azienda ospedaliero-universitaria pisana

Eventuali altri soggetti coinvolti: Università di Pisa

responsabile del progetto:

Prof. Romano Danesi - Direttore U.o. Farmacologia Azienda ospedaliero universitaria Pisana
in collaborazione con dr.ssa - Dr. Candida Nastrucci: Docente a contratto presso l'Università di Tor Vergata, candida.nastrucci@yahoo.com cell. 328 2093699.

Analisi situazione iniziale

Nella ricerca medica e di base vengono spesso usati gli animali per studiare processi biologici o malattie, per esempio in oncologia. Gli animali sono usati per lo sviluppo e la sicurezza delle medicine, degli ingredienti alimentari e delle sostanze chimiche. Un nuovo campo di applicazione è l'utilizzo del modello animale per lo studio dei biomarcatori predittivi di attività e tossicità dei trattamenti, principalmente di tipo oncologico. Per le differenze tra uomo e animale (i dati sugli animali sono spesso incongruenti con il modello umano) per la pressione dell'opinione pubblica sull'utilizzo degli animali per gli aspetti etici e le linee guida della Comunità europea, è auspicabile che si sviluppino metodi per sostituire gli esperimenti sugli animali con dei metodi "alternativi" che portino a un "Replacement".

In accordo con le linee guida europee (Eu policy) e framework regolatorie su "replacement", "reduction" e "refinement" e come parte della Eu policy delle 3Rs, questo corso avrà come focus e risultati

attesi, la divulgazione della conoscenza e la diffusione teorica e pratica dei metodi scientifici alternativi di "replacement" ovvero di sostituzione degli esperimenti sugli animali. Secondo la Direttiva europea 2010/63/UE l'articolo 11: "Gli animali hanno un valore intrinseco che deve essere rispettato" ... "gli animali dovrebbero sempre essere trattati come creature senzienti." ... "l'uso di animali nelle procedure scientifiche deve essere preso in considerazione solo quando non sia disponibile un'alternativa non animale..."

La ricerca farmacologica e la ricerca biomedica in generale spesso utilizzano la sperimentazione animale, in genere su piccoli roditori (topi e ratti) grazie alla loro facilità di uso e reperibilità, ma usano anche cani e primati. Nella cosmetica, grazie alla Direttiva Eu la "EC Cosmetics Regulation No. 1223/2009" in vigore dall'11 luglio 2013 che deve essere applicata da tutti e 27 i Paesi europei, la sperimentazione su animali non sarà più consentita per i prodotti cosmetici.

Il tipo di ricerca che usa animali, prescindendo dalle considerazioni etiche (i protocolli per esperimenti in deroga che usano animali devono comunque essere approvati da un Comitato etico e dal ministero della Salute, mentre gli altri non hanno bisogno dell'approvazione di un comitato etico) può essere abbastanza costosa, a es. un topo immunodepresso (NOD/SCID) costa almeno 200 euro (catalogo Charles River-Harlan) e richiede sistemi di stabulazione costosi e personale altamente qualificato (costi stabulazione Ist-Genova on line). Una sperimentazione per valutare l'efficacia di un farmaco, deve essere eseguita su un numero di animali che permettano la significatività statistica. Il costo medio di una piccola sperimentazione accademica di routine, è intorno ai 30.000 euro. Una sperimentazione più vasta può costare anche 200-300mila euro, mentre per una sperimentazione industriale i costi sono molto più elevati. Un problema scientifico è inoltre la scarsa predittività dei modelli animali nei confronti dell'efficacia di trattamenti farmacologici, specialmente in campo oncologico. Per questa ragione è auspicabile una profonda rivalutazione del ruolo del modello animale di studio dei farmaci al fine di assicurare maggiore trasferibilità dei risultati all'uomo e minori costi di gestione della sperimentazione.

Alcuni strumenti avanzati che possono sostituire l'uso degli animali nella ricerca e impiegano campioni o dati umani, o alcuni metodi alternati validati e oggetto di brevetti in commercio, possono essere molto costosi, in relazione al tipo di esperimento o serie di esperimenti designati alla sostituzione di test su animali, tuttavia la loro attendibilità come modello predittivo per l'essere umano è altamente superiore al modello animale, perché basata sull'essere umano.

A tutt'oggi sia la Direttiva europea 86/609 (Council Directive, 1986) che il Dlgs n. 116 (1992), che recepisce la Direttiva europea e la nuova Direttiva europea 2010/63/UE, riportano la definizione di metodi alternativi che risale a un testo del 1959 (Russell e Burch, 1959), comunemente conosciuta come la definizione delle 3 R, dall'inglese "replace, reduce, refine" ovvero rimpiazzamento, riduzione e affinamento dell'uso di animali nella ricerca.

La citata Direttiva europea 2010/63/UE del 22 settembre 2010 sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici, riporta testualmente: "La presente Direttiva rappresenta un passo importante verso il conseguimento dell'obiettivo finale della completa sostituzione delle procedure su animali vivi a fini scientifici ed educativi non appena ciò sia scientificamente possibile. A tal fine, essa cerca di agevolare e di promuovere lo sviluppo di approcci alternativi.

Inoltre la Legge regionale n. 59, art. 10, del 20 ottobre 2009, sulla sperimentazione su animali, la quale dichiara: Art. 10, comma 1. "La Giunta regionale tutela gli animali

dall'utilizzo a fini sperimentali o ad altri fini scientifici mediante la **diffusione di metodologie sperimentali innovative che non prevedano l'uso di animali vivi**".

Queste tecniche alternative sono meno costose, più veloci e ugualmente efficaci, non provocano sofferenze animali o l'uso di animali, rispettano le normative Eu e sono specifiche per la cura o lo studio di malattie/patologie umane, a causa dell'uso di campioni di tessuti o di cellule umane. Non sono richieste strutture altamente specializzate (stabulari per animali immunodepressi o per creare animali transgenici ecc.), non richiedono risorse umane per gli iter burocratici, quali la presentazione dei progetti ai comitati etici, la loro valutazione, l'approvazione e l'autorizzazione del ministero della Salute. Inoltre gli stabulari richiedono spazi dedicati e particolarmente attrezzati e un numero congruo di risorse umane. Le alternative agli esperimenti sugli animali e i metodi a essi associati, invece, non richiedono spazi riservati per essere eseguite, ma si integrano perfettamente nei laboratori di ricerca biomedica con o senza attrezzature aggiuntive.

Descrizione sintetica del progetto e dell'obiettivo generale

Il corso ha lo scopo di istruire personale dipendente Aoup o della Università di Pisa che presta attività assistenziale presso Aoup sui metodi alternativi disponibili agli esperimenti sugli animali, al fine di sostituire o ridurre esperimenti di solito effettuati su animali. Il corso è costituito da lezioni teoriche e pratiche, tenute da docenti esterni e interni, esperti in particolari settori. Specialisti in metodi alternativi parteciperanno di persona o con collegamenti telematici per divulgare i più recenti sviluppi nel campo delle alternative.

Il corso nasce al fine di integrare la preparazione offerta dall'azienda sanitaria e dagli attuali programmi universitari, in medicina, veterinaria, biologia, ricerca clinica e didattica, con l'analisi delle principali tecniche alternative, tecnologie, metodi e strategie, in uso o in via di sviluppo, che non usano animali ma li sostituiscono, al fine di provvedere informazioni e aggiornamenti per poterle utilizzare e aggiornare i laboratori di ricerca e i ricercatori, sia per integrare i nuovi metodi ed esperimenti, sia per assicurare il loro utilizzo.

Durante il corso saranno illustrati metodi di alternative in campo sostitutivo (replacement) che potranno essere uso di cellule staminali o mature, coltivate su strutture tridimensionali, atte a ricreare la matrice extracellulare fisiologica (scaffold 3D) e nanoparticelle per prove di tossicologia, oppure utilizzo di cute umana ricostituita in vitro o altri metodi inclusa l'illustrazione di possibili metodi alternativi in uso sia in ambito accademico che industriale.

Verrà inoltre dato spazio adeguato alle modalità di trasferimento delle conoscenze fisiopatologiche ottenute in modelli cellulari in vitro alla realtà clinica secondo il principio affermato della medicina traslazionale che si avvale dell'uso di biomarcatori di malattia per definire con precisione la prognosi di malattia e la predittività di risposta ai trattamenti farmacologici.

I metodi e le fonti citate durante il corso hanno lo scopo di fornire ai partecipanti una visione completa e aggiornata dei metodi di alternative sostitutivi disponibili, in modo da poter scegliere all'occorrenza quello più idoneo alle loro esigenze. Tutto il materiale presentato è in linea con le recenti direttive europee sull'uso delle tecniche alternative per la riduzione e la sostituzione degli esperimenti sugli animali.

Il corso sarà in linea:

- con l'applicazione della Legge regionale n. 59 Art. 10, del 20 ottobre 2009, sulla sperimentazione su animali, la quale dichiara: Art. 10, comma 1. "La Giunta regionale tutela gli animali dall'utilizzo a fini sperimentali o ad

altri fini scientifici mediante la **diffusione di metodologie sperimentali innovative che non prevedano l'uso di animali vivi**";

- con la Direttiva europea 2010/63/UE del 22 settembre 2010 sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici, che riporta testualmente: "La presente Direttiva rappresenta un passo importante verso il conseguimento dell'obiettivo finale della completa sostituzione delle procedure su animali vivi a fini scientifici ed educativi non appena ciò sia scientificamente possibile. A tal fine, essa cerca di agevolare e di promuovere lo sviluppo di approcci alternativi".

Obiettivi generali del corso:

1. la preparazione di personale formato in applicazione delle normative regionali ed europee, utilizzabile in qualunque laboratorio sia del Servizio sanitario nazionale (Ssn) ma anche, in regime di accordo/convenzione, presso centri di ricerca universitari o di terzi richiedenti;

2. divulgazione di una cultura eticamente e scientificamente più avanzata;

3. abbattimento dei costi di sperimentazione;

4. possibilità di una ricerca con maggior numero di campioni (non limitata dal costo degli animali e della loro stabulazione);

5. risultati statisticamente più significativi perché possono essere ripetuti più volte utilizzando cellule derivanti da tessuti di uno stesso paziente o linee cellulari umane, o organi diversi, possono essere effettuati in più casi e utilizzando campioni da diversi individui con meno variazioni di specie trattandosi di campioni umani e non animali;

6. divulgazione di conoscenze scientifiche avanzate che non fanno uso di animali e quindi rispondono all'esigenza di una ricerca etica e che ha come focus di studio l'essere umano e quindi un'applicazione diretta sulla salute umana;

7. descrizione delle metodiche di validazione dei risultati in ambiente clinico (es. sperimentazione clinica di fase precoce con biomarcatori);

8. l'ottenimento alla Legge regionale n. 59 Art. 10, del 20 ottobre 2009, sulla sperimentazione su animali, la quale dichiara: Art. 10, comma 1. "La Giunta regionale tutela gli animali dall'utilizzo a fini sperimentali o ad altri fini scientifici mediante la diffusione di metodologie sperimentali innovative che non prevedano l'uso di animali vivi".

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici del corso sono:

1. l'accoglimento delle normative legislative regionali/italiane/europee;

2. conoscenze specifiche sui dispositivi e sistemi attualmente disponibili per minimizzare l'utilizzo di animali per la sperimentazione;

3. capacità di progettare e condurre esperimenti in-vitro fisiologicamente più rilevanti per la specie umana e quindi più utili per la diretta applicazione sulla salute umana;

4. capacità di progettare studi clinici con biomarcatori identificati in ambiente preclinico.

I corsi permettono inoltre di offrire un'alternativa valida per i ricercatori i quali secondo la Legge 413/93, abbiano dichiarato la propria obiezione di coscienza, di non prendere parte alle attività e agli interventi diretti alla sperimentazione animale.

Attività previste e risultati attesi

Durata: 3 giorni tempo pieno, 8 ore (9-13, 14-17).

Partecipanti: max 20.

Docenti e tecnici: Dr. Candida Nastrucci e altri docenti interni ed esterni specialisti in materia, tecnici di laboratorio.

Costi: il corso ha un costo stimato di euro 12.500, che include i costi per le docenze, il rimborso spese viaggio, vitto e alloggio, la preparazione del materiale didattico e la fornitura di tutto il materiale necessario per la parte pratica (cellule, tessuti umani ricostituiti, specifici bioreattori e/o

matrici epiteliali in vitro, membrane, scaffold ecc., nonché fiasche, pipette, puntali, reagenti ecc.), utilizzo spazi e servizi, compresi laboratori e attrezzature permanenti di laboratorio (microscopio, lettore di piastra, centrifughe, incubatori, estrattori di Dna, strumenti Pcr e di sequenziamento genico ecc.) e l'identificazione di altri materiali disponibili in commercio per la parte pratica di laboratorio, le attività organizzative e di divulgazione

Organizzazione:

- mattina - teoria: lezioni su tecniche alternative ai test animali per la sostituzione dei test animali in ambito accademico, farmaceutico, in tossicologia e nella didattica e sulla trasferibilità clinica dei dati raccolti nei modelli cellulari;

- pomeriggio - pratica: introduzione pratica all'uso di metodi in vitro come culture cellulari 3D, bioreattori e tessuti umani ricostituiti in vitro usati nella ricerca e nella tossicologia, frequenza in laboratori dove si svolgono attività di ricerca clinica molecolare. I partecipanti svolgeranno esperimenti di laboratorio che illustrano metodi alternativi per la sostituzione dei test su animali, simulando le caratteristiche principali e la struttura 3D dell'ambiente fisiologico umano.

Lezioni teoriche, tutti i giorni, la mattina:

Queste includeranno argomenti come:

Introduzione e sommario storico dei metodi di alternative ai test sugli animali. Il principio delle 3R, la legislazione europea e nazionale in materia, l'analisi statistica dei test animali su campo nazionale ed europeo. Esempi in campo medico, nella ricerca e nella didattica. Il modello animale, limiti e imperfezioni. Modelli cellulari avanzati. Teoria e uso dei principali metodi in vitro nella ricerca e nella tossicologia e applicazioni. In parallelo o alternativamente teoria e pratica sull'uso di modelli 3D di tessuto epiteliale umano in vitro. Illustrazione dei progetti europei basati sulle tecniche alternative: come trovarli e seguirne i risultati scientifici. Principali aree di ricerca sulle tecniche alternative in Europa e nel mondo (per es. Human Toxome Project). Il ruolo della legislazione europea sull'avanzamento della ricerca: l'esempio della Direttiva sulla cosmesi e il ruolo dell'industria nell'ambito delle alternative. Metodi in tossicologia e validati dall'Ecvam. Human on a chip e organ on a chip. Esempi di risultati derivanti da cellule cresciute su microchip (Toxicchip) o in bioreattore (InLiveTox). Modelli complessi tridimensionali cellulari in sistemi dinamici per simulare l'ambiente fisiologico umano. Modelli carcinogenici, immunologici, studi di tossicità dose-risposta (repeated dose toxicity and reproductive toxicology). Le tecniche di analisi molecolare a livello genetico, l'impiego dei modelli cellulari per l'identificazione di alterazioni molecolari collegati a meccanismi di malattia e trasferibili in clinica come biomarcatori predittivi di risposta terapeutica e prognostici di evoluzione della patologia. La sfida delle nanoparticelle. Le fonti Eu per le alternative. Metodi statistici, database utili, fonti di informazioni ecc.

Esercitazioni pratiche di laboratorio tutti i giorni, il pomeriggio:

Lo scopo della parte pratica del corso è di dare agli studenti un'opportunità di comprendere la varietà di mezzi e tecniche disponibili per disegnare e condurre esperimenti in-vitro più sofisticati, che possano rappresentare meglio l'ambiente in-vivo. Apprendimento di tecniche di analisi molecolare (es. dosaggi plasmatici di proteine associate allo sviluppo di patologia, analisi Pcr e sequenziamento genico) basate sul principio del trasferimento dei risultati ottenuti nei modelli cellulari (es. colture cellulari di tumori umani per lo studio dell'effetto dei farmaci antitumorali, bioreattori basati su epatociti umani per simulare il metabolismo dei farmaci).

Il Corso terminerà con test di apprendimento e con la possibilità di acquisire un attestato di frequenza con o senza crediti Ecm (Educazione continua in medicina).

SOCIALE

Il progetto "Over to Over" mira a creare una rete di assistenza e servizi



Terza età solidale sulla casa

Acquisto rateizzato della nuda proprietà e transazioni trasparenti

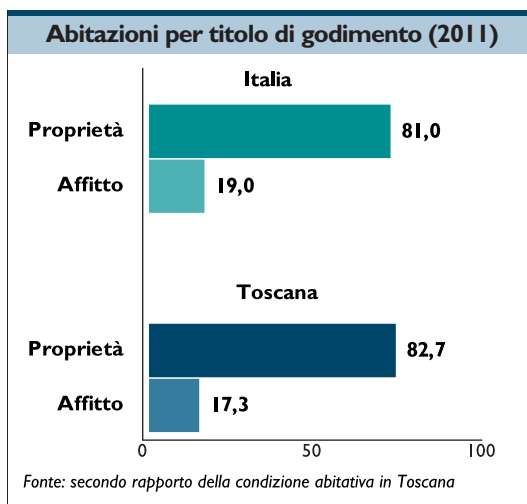
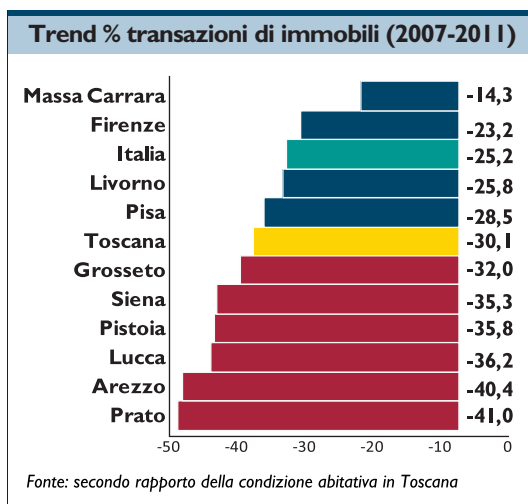
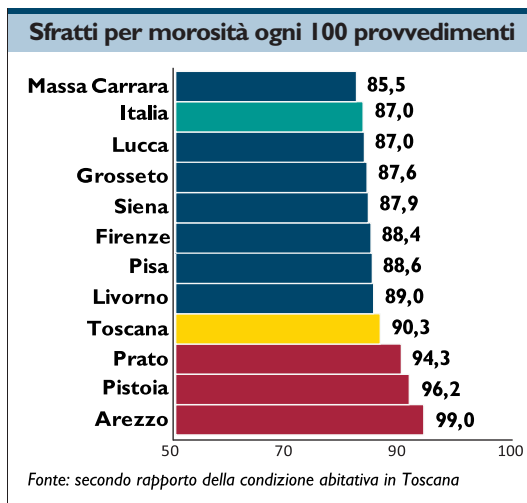
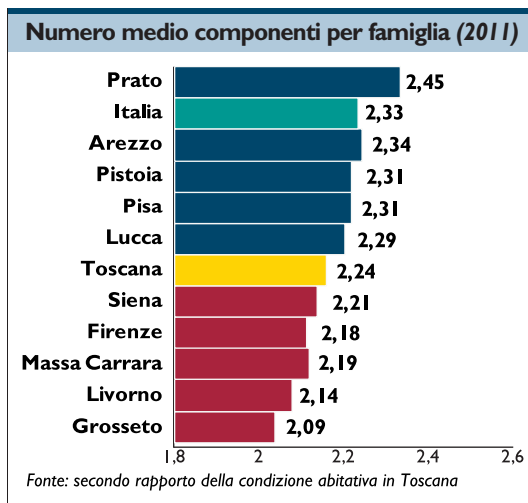
La terza età si lega spesso a problematiche di povertà che accomunano questo comparto a quelle delle cosiddette "nuove povertà" che toccano popolazioni anagraficamente più giovani ma afflitte da problemi di solitudine, di perdita di lavoro, di precarietà, di emarginazione e di esclusione sociale. Una di queste difficoltà è connessa al fatto che, per garantirsi la tranquillità rispetto al fattore "casa", gli anziani hanno spesso impegnato, nel corso della loro vita, la maggior parte dei denari disponibili nell'acquisto della propria abitazione, congelando così ogni possibilità di reddito e/o l'impiego del capitale stesso per il soddisfacimento di altri bisogni.

Le formule del tipo "vendita della nuda proprietà" o "prestiti vitalizi ipotecari" sono poco conosciute dagli anziani, soggetti peraltro diffidenti verso strumenti innovativi, soprattutto se si tratta di persone sole e prive di "eredi" affettivamente legati, per il timore di truffe o raggiri, anche se il ricorso a tali strumenti potrebbe mettere a disposizione dell'anziano risorse utilizzabili per numerosi tipi di impieghi. La smobilizzazione del capitale della casa ha senso in modo particolare se è controbilanciata da investimenti sicuri finalizzati a migliorare concretamente la qualità della vita dell'anziano.

In questo quadro si inserisce il progetto "Over to Over" (OtO) "Anziani al servizio di altri anziani", che intende affrontare le problematiche relativamente al tema della casa - nell'ottica di valorizzazione delle varie iniziative - e le differenti politiche sviluppate nei territori oggetto del progetto stesso (Regione Liguria, capofila del progetto, Regione Toscana, Corsica) per orientare sulle strategie da adottare in merito. Lo scopo principale del progetto è la creazione di una rete solidale per assistenza e servizi agli anziani nella gestione delle problematiche della casa.

Lo spirito di questa iniziativa rientra nel programma di cooperazione transfrontaliera Italia-Francia Marittima, partner del progetto, che sul loro territorio hanno una delle più alte concentrazioni d'Europa di persone anziane (il 40% delle quali vive solo).

Il budget totale previsto per il progetto OtO è di 1.053.511,00 euro, di



cui 265.250,00 sono destinati alla Regione Toscana, che risulta tra le Regioni con il più alto tasso di anziani che vivono in case di proprietà. Negli ultimi anni la Toscana ha investito risorse consistenti soprattutto per interventi di ristrutturazione e manutenzione straordinaria di alloggi di edilizia residenziale pubblica con particolare riguardo a quelli occupati da anziani. È stato mantenuto su alti livelli il fondo di sostegno agli affitti soprattutto per giovani e famiglie di nuova formazione. Nella realizzazione di nuovi edifici e nella ristrutturazione di quelli esistenti è stato incentivato l'utilizzo di tecniche eco sostenibili; co-housing e autocostruzione sono altri due filoni ai quali sarà dedicata particolare attenzione.

Gli obiettivi di OtO coincidono con le strategie della Regione in tema casa e consentiranno il perseguimento di servizi innovativi e specifici interventi a favore degli anziani. I due enti regionali italiani (Regione Liguria e Regione Toscana) svolgono funzioni di tipo programmatico in base alla normativa nazionale vigente sia sul tema della casa che su quello dei servizi sociali, avvalendosi delle competenze di istituzioni ed enti regionali di studio e ricerca oltre che di soggetti sociali. Al progetto OtO partecipano, in Liguria, gli assessorati alle politiche sociali e alle politiche abitative. In Toscana le due competenze sono unificate nell'assessorato al welfare e alle politiche abitative.

Nell'ambito del progetto OtO, le due Regioni seguono il medesimo approccio attivando a livello territoriale i Gruppi di lavoro locali formati da rappresentanti degli enti pubblici responsabili delle politiche di assistenza agli anziani, dalle organizzazioni che si occupano di anziani, dai sindacati e dai soggetti che hanno le competenze tecniche per la realizzazione dei servizi desiderati nel campo della casa. Tali gruppi di lavoro daranno vita ad associazioni locali "over to over" create con la collaborazione attiva degli over 65 finalizzate per affiancare strutture e attività già esistenti, offrendo agli anziani l'opportunità di rendersi utili mettendo a disposizione di altri le loro capacità ed esperienze

pregresse. I gruppi di lavoro daranno vita anche agli Osservatori sul mondo degli anziani e delle persone fragili a supporto dei soggetti istituzionali dando informazioni e orientando sulle strategie da adottare in merito.

Il progetto "OtO" agisce su una fascia sociale disagiata puntando a integrare le risorse offerte da questo capitale sociale non sfruttato e i servizi dei quali gli stessi anziani hanno bisogno per migliorare la propria qualità della vita, altresì aiutando la comunità degli anziani a mantenere e migliorare il proprio patrimonio immobiliare. L'associazione selezionerà e formerà anziani aderenti per creare la figura di Agente volontario immobiliare (A.v.i.). Il valore dell'immobile potrà essere corrisposto all'anziano in rate definite per l'arco della sua vita (un periodo da stabilire secondo specifici calcoli che tengano conto del verificarsi di periodi più brevi o più lunghi rispetto a quelli stimati). Attraverso il valore dell'immobile rateizzato l'anziano vedrà integrata la propria rendita mensile, senza rischi per il suo capitale, ottenendo una qualità della vita migliore perché potrà dedicarsi a una serie di attività di suo gradimento, tra cui la ristrutturazione della casa, nuovi arredi, viaggi, sostegno ai figli ecc...

L'associazione OtO realizzerà un sistema di convenzioni per garantire la propria operatività e la massima trasparenza con gli agenti immobiliari, i fondi di investimenti immobiliari, la società di gestione del denaro e le associazioni artigiane. In virtù delle varie convenzioni sottoscritte l'associazione svolge un ruolo di intermediazione tra gli anziani che cedono la nuda proprietà della loro casa e i soggetti convenzionati; potrà inoltre realizzare direttamente acquisizioni di nuda proprietà attraverso i mezzi finanziari raccolti da soggetti pubblici e privati. Gli immobili acquisiti direttamente dall'associazione potranno essere rimessi sul mercato oppure destinati a edilizia sociale. Il sistema pubblico attraverso strutture dedicate garantirà la massima equità e trasparenza per tali operazioni.

Elena Cinelli
giornalista e collaboratore attività di comunicazione Area di coordinamento Politiche sociali della Regione Toscana

NASCE IL WELFARE DI COMUNITÀ

Da rilanciare servizi di prossimità e "buon vicinato"

Secondo il "Rapporto sulla condizione abitativa in Toscana", curato dalla Dg Diritti di cittadinanza e coesione sociale Settore Politiche abitative in collaborazione con l'Osservatorio sociale regionale, nel 2010 si assiste a una riduzione sia del volume complessivo dei fabbricati per i quali i Comuni hanno rilasciato permessi di costruire (-17%), sia del numero di abitazioni in essi previste (-19,5%), un fenomeno che assume in Toscana connotati ancora più marcati rispetto a quanto mediamente registrato nel resto del Paese.

Relativamente invece alla dinamica demografica, il Censimento del 2011 sancisce l'arresto del trend di crescita della popolazione che aveva caratterizzato i primi dieci anni del 2000, toccando in Toscana nel 2010 la cifra record di 3.750.000 residenti. Il risultato è, innanzitutto, l'aumento sul territorio toscano della disponibilità di alloggi sia per abitante che per

famiglia, evidenziato dal secondo "Rapporto sulla condizione abitativa in Toscana".

La crisi del comparto casa si rileva anche dall'analisi dell'andamento delle compravendite di immobili che, dopo la "timida" ripresa del 2010 evidenziata nel primo Rapporto, ha registrato nel 2011 una nuova contrazione, particolarmente consistente in Toscana (-5,1% rispetto al -2,3% verificatosi a livello nazionale). A contrastare il trend negativo del mercato immobiliare non sembra sufficiente neanche la diminuzione dei prezzi. Nell'agire congiunto di queste dinamiche (costruttiva, demografica e del mercato immobiliare) si può trovare la causa del consistente stock di abitazioni invendute presente in Toscana, che nel 2013, in assenza di statistiche ufficiali, è stimabile nell'ordine del-

le 7.300 unità, a fronte di un dato nazionale di 130.000 unità.

Come per i prezzi delle compravendite, anche i canoni di locazione praticati nei Comuni toscani capoluogo di provincia hanno mediamente registrato tra il 2009 e il 2012 una diminuzione per tutte le tipologie censite (nuovi contratti o proroghe) e in tutte le zone delle città ove le abitazioni affittate sono ubicate (centro, semicentro o periferia), con percentuali comprese tra il -4,9% e il -6,5%. Ciononostante, l'analisi dell'incidenza sul reddito della spesa sostenuta dalle famiglie toscane per il mantenimento dell'alloggio evidenzia una situazione sempre più critica. I dati Istat al 2010 mostrano, infatti, come proprio le famiglie che abitano in locazione si siano trovate mediamente a dover destinare oltre il 30% del proprio reddito

mensile alla copertura della spesa per l'abitazione. Particolarmente delicata la condizione dei nuclei in affitto a canone di mercato: per oltre il 60% di essi la spesa per l'abitazione ha infatti gravato sul reddito per una percentuale superiore addirittura al 40 per cento.

È quindi naturale che con queste prospettive finisca per riacquistare centralità il ruolo dell'intervento pubblico a sostegno del bisogno abitativo non solo delle fasce più deboli della popolazione, ma anche di quanti non sono in grado di sostenere un canone di locazione di mercato e non posseggono i requisiti per accedere agli alloggi di edilizia residenziale pubblica, così come di quanti hanno esigenze alloggiative temporanee. Dovrebbero, in sostanza, essere attivate misure finalizzate a favorire l'incremento della dispo-

nibilità di alloggi di edilizia sociale che prevedano il pagamento di un canone sostenibile.

Le crescenti difficoltà di finanziamento pubblico dei servizi e delle prestazioni dello stato sociale spingono, infine, verso nuove forme di welfare che possono trovare proprio nell'insediamento abitativo una possibile piattaforma realizzativa. Si tratta di dar vita a progetti edilizi che creino le condizioni per la realizzazione di veri e propri sistemi di welfare di comunità che, recuperando la tradizione italiana dei borghi, siano caratterizzati dalla presenza di servizi di prossimità e di attività integrative dell'abitare (spazi ricreativi, culturali, servizi dedicati a giovani e anziani ecc.) e dall'affermazione di legami di "vicinato solidale" (nell'ambito dell'assistenza agli anziani, della cura dei bambini, nel supporto all'integrazione dei cittadini stranieri ecc.).

PISA

Inaugurata all'Aou la struttura per tutte le patologie del ritmo cardiaco

Apre il polo di cardiologia



Un blocco operatorio con due sale e 4 posti letto per il monitoraggio

Inaugurato al Dipartimento cardio-toraco-vascolare dell'Aou di Pisa, il nuovo polo di cardiologia aritmologica, struttura all'avanguardia per tutte le patologie del ritmo cardiaco.

Si tratta di un blocco operatorio costituito da due sale, dotate ciascuna di un angiografo di ultima generazione - di cui uno biplano - per la visualizzazione radiografica e di sofisticati sistemi per il mappaggio elettrofisiologico e la navigazione tridimensionale nelle camere cardiache, entrambe predisposte per

l'impiego di sistemi di supporto ventilatorio meccanico e quindi adatte a consentire l'esecuzione di procedure complesse in anestesia generale. Il blocco operatorio dispone inoltre di 4 posti letto di monitoraggio intensivo post-procedurale, con una centrale operativa di controllo collegata a entrambe le sale e all'area di monitoraggio tramite un sistema integrato di telecamere e di trasferimento remoto dei segnali audio e video. Il blocco operatorio è a sua volta integrato con la struttura di degenza per

i pazienti con patologie di pertinenza aritmologica. La disponibilità delle 2 nuove sale, integrate con la struttura di degenza, consentirà un ulteriore incremento dell'attività finora svolta con la possibilità di soddisfare le richieste provenienti dalla Regione e dal resto del Paese, abbattendo i tempi di attesa.

Il polo di cardiologia aritmologica nasce dall'esperienza del team guidato da Maria Grazia Bongiomini - direttrice del nuovo polo - che ha sviluppato, negli anni, un profilo di alta specialità

nelle procedure di trattamento ablativo delle aritmie, estrazione con tecnica transvenosa di elettrocateri di pace-maker o defibrillatori infetti o malfunzionanti e impianto di sistemi definitivi per la defibrillazione e per la re-sincronizzazione del cuore in pazienti affetti da scompenso cardiaco avanzato.

La nuova struttura - i lavori sono durati 6 mesi (giugno-dicembre) per un costo complessivo di 2,5 milioni di euro, fra ristrutturazione (700mila euro) e acquisto macchinari (1,8 milioni) - con-

tinuerà inoltre a svolgere una importante attività didattica e formativa rivolta, come negli anni precedenti, a medici di provenienza nazionale e internazionale (più di 100 discenti nel 2013, 7 corsi internazionali, 5 nazionali), anche accogliendo periodicamente come "fellow" professionisti provenienti dai Paesi europei per periodi di stage formativo nelle metodiche aritmologiche.

Emanuela Del Mauro
ufficio stampa Aou di Pisa

SIENA

Trasfusioni: Nottola e Campostaggia chiudono l'anno con più donazioni

Le sezioni trasfusionali degli ospedali di Nottola e Campostaggia chiudono il 2013 con un bilancio positivo grazie a generosità e senso civico di centinaia di donatori che fanno onore alla nostra Provincia. I dati a fine novembre 2013 parlano chiaro: le sezioni trasfusionali di Poggibonsi e Montepulciano hanno totalizzato 6.768 donazioni di sangue intero e 1.730 sono state le donazioni di plasma da aferesi.

In costante aumento, rispetto al 2012, è il numero dei volontari che per la prima volta hanno donato il sangue: complessivamente sono ben 819 i neodonatori, in prevalenza uomini (58%), ma con

Cresce il numero dei volontari che dona il sangue

immunitari, i pazienti con gravi malattie neurologiche ed epatiche, patologie purtroppo in costante aumento. Il plasma è inoltre fondamentale per produrre farmaci "salvavita" come albumina, fattori della coagulazione e immunoglobuline.

Per questi motivi la Regione, che annualmente fissa gli obiettivi per il sistema di raccolta del sangue, ha richiamato l'attenzione sull'importanza della donazione di plasma chiedendo ad Asl e

ad associazioni uno sforzo per incrementare le donazioni. «I donatori di sangue commentano Elena Consolmagnò e Franca Mancuso, responsabili delle sezioni di Campostaggia e Nottola - rendono un grande servizio a tutta la comunità. La donazione di plasma, in particolare, è un atto che può essere compiuto, per più volte all'anno, anche da chi ha valori di emoglobina bassi. Infatti del sangue donato viene trattenuta solo la parte liquida, il plasma appunto, mentre i globuli rossi vengono restituiti allo stesso donatore immettendoli nuovamente in circolo».

Roberta Caldesi
ufficio stampa Asl 6 di Siena

PISA

Guerra al panico: al via il corso per sconfiggerlo senza i farmaci

Il 20 gennaio 2014, presso il poliambulatorio di via Fleming, a Pontedera, ha preso il via la 22ª edizione del corso per il "Trattamento non farmacologico del disturbo di panico". Sul territorio pisano il disturbo di panico colpisce circa il 3% della popolazione e alle precedenti edizioni hanno partecipato oltre 300 persone.

Gli incontri, condotti da un medico psichiatra e da un

infermiere dell'Unità funzionale di salute mentale Adulti, darà modo di imparare varie tecniche utili a fronteggiare gli attacchi acuti d'ansia, come a esempio la tecnica di controllo del respiro e della tensione muscolare, l'esposizione graduale alle situazioni temute e l'identificazione di convinzioni errate.

La 21ª edizione si è conclusa lo scorso dicembre, con grande soddisfazione dei partecipanti, i quali hanno apprezzato, in particolare, la possibilità di parlare apertamente del loro disturbo con gli operatori e gli altri membri del gruppo, senza più considerare l'attacco

Sul territorio pisano il disturbo colpisce il 3% degli abitanti

di panico un "tabù". Tachicardia, sudorazione improvvisa, tremore, sensazione di soffocamento, dolore al petto, nausea, paura di morire o di impazzire, brividi o vampate di calore, sono solo alcuni dei sintomi che caratterizzano un attacco di panico. Chi l'ha provato lo descrive come un'esperienza terribile, spesso improvvisa e inaspettata, almeno la prima volta. È ovvio che la paura

di un nuovo attacco diventa immediatamente forte e dominante.

L'evitamento di tutte le situazioni potenzialmente ansiogene diviene la modalità prevalente e il paziente diviene schiavo del suo disturbo, costringendo spesso tutti i familiari ad adattarsi di conseguenza, a non lasciarlo mai solo e ad accompagnarlo ovunque, con l'inevitabile senso di frustrazione che deriva dal fatto di essere "grande e grosso" ma dipendente dagli altri, che può condurre a una depressione secondaria.

Daniela Gianelli
ufficio stampa Asl 5 di Pisa

PISTOIA

Ecco i nuovi sportelli automatici: pagare il ticket diventa più facile

Dal 21 gennaio all'Asl di Pistoia è più facile pagare il ticket. Agli sportelli automatici si potrà farlo utilizzando direttamente la prenotazione o, in alternativa, la tessera sanitaria e a questi due nuovi servizi si aggiunge la possibilità di pagare, oltre che con i contanti, per quanto riguarda le vecchie macchine, con bancomat, banco posta e carte di credito di qualsiasi tipo.

Saranno sostituiti progressivamente tutti gli attuali punti rossi aziendali con gli sportelli automatici abilitati alle nuove funzioni che saranno forniti all'Asl dalla ditta Basilichi, leader a livello nazionale in questo settore. Si potrà quindi pagare

in modo autonomo con il foglio della prenotazione. All'utente per vedere apparire sul monitor l'importo da pagare sarà sufficiente inserire nell'apposito spazio il foglio della prenotazione con il codice a barre. Dal 20 gennaio le prenotazioni Cup saranno rilasciate con il codice a barre. Per quelle effettuate prima del 20 gennaio o se l'utente ha utilizzato il sistema Telecup, occorre invece digitare manualmente il numero assegnato. Utilizzando la tessera sanitaria invece, anche se non attivata, si po-

tranno consultare e vedere comparire sul monitor tutte le prestazioni prenotate: il cittadino potrà scegliere quella che in quel momento intende pagare. Per quanto riguarda il pagamento di cartelle cliniche, prestazioni di libera professione, lettore smart card, il cittadino dovrà conoscere l'importo da pagare e seguire le istruzioni sul monitor. Il personale dei front office e i giovani del servizio civile, appositamente formati, saranno a disposizione dei cittadini per orientarli nell'uso dei nuovi servizi che sono già stati sperimentati, senza alcuna difficoltà, nel presidio di viale Adua a Pistoia.

Si utilizzerà il foglio di prenotazione o la tessera sanitaria

Gradualmente saranno sostituite le macchine (ora 34 in tutto di cui 10 in versione contante e carta) che a regime saranno abilitate alle nuove funzioni e non potranno più essere usate per pagare le prestazioni sanitarie in contanti. Nei prossimi mesi saranno introdotte ulteriori modalità di pagamento: a domicilio con internet e alle Poste, ma senza bollettino e con l'attivazione di uno sportello dedicato.

Daniela Ponticelli
ufficio stampa Asl 3 di Pistoia

IN BREVE

▼ PISA

Infermieri di corsia entrano in sala operatoria e assistono agli interventi di chirurgia robotica, insieme ai loro colleghi "di sala" per poter gestire al meglio il decorso post-operatorio del paziente operato. Accade nel Centro multidisciplinare di chirurgia robotica dell'Aou e, in particolare, per la chirurgia toracica. Da pochi giorni è cominciato infatti il primo corso accreditato, della durata di due mesi, per infermieri in servizio nelle degenze dell'Unità operativa di Chirurgia toracica. L'obiettivo è trasmettere anche all'infermiere di corsia il nuovo approccio nel trattamento del paziente sottoposto a intervento di chirurgia robotica, per una sua gestione ottimale che tenga conto delle peculiarità del setting assistenziale a lui destinato.

▼ FIRENZE

Importante risultato sul fronte delle donazioni raggiunto nel corso dell'anno appena terminato all'ospedale Serristori di Figline. Nel 2013 sono state espantate le cornee a 5 pazienti idonei al prelievo deceduti nel reparto di Medicina, grazie al buon lavoro svolto dal personale medico e infermieristico, che ha favorito la donazione delle cornee. «Un risultato molto importante - dice Alessandro Pacini, direttore della struttura donazioni e trapianti - tenuto conto che tali donazioni hanno permesso di trapiantare ben 10 pazienti in lista di attesa in Toscana, affetti da patologie gravi che ne avevano precluso la visione». Tutti i pazienti con un'età fino a 75 anni, deceduti in ospedale, esenti da malattie infettive anche se affetti da tumori solidi, possono essere possibili donatori.

▼ LUCCA

Il 15 gennaio ha preso il via l'attività del centro d'ascolto per problematiche legate all'alcol all'interno della Casa della Salute di Marlia. L'iniziativa è frutto della collaborazione attivata tra l'Asl di Lucca, il Comune di Capannori e l'Associazione di volontariato Arcat ed è stata formalizzata a dicembre 2013. Il servizio viene garantito dall'Acat locale, attraverso volontari che hanno la preparazione necessaria per azioni di educazione e promozione alla salute, per due giorni alla settimana. Questa attività permette di facilitare l'accesso alle cure delle persone che presentano problematiche legate all'alcol e si pone come punto di riferimento per i sanitari (in particolare i medici di famiglia), gli operatori del settore e la cittadinanza residente nella Piana di Lucca.

▼ VIAREGGIO

Dal mese di gennaio 2014, nel reparto oculistico dell'Ospedale Versilia, è stato istituito l'ambulatorio glaucoma. È una decisione fortemente voluta per mettere a disposizione dell'utenza un servizio specialistico che si occupi in maniera selettiva di un problema oculare gravemente invalidante che colpisce il 2% della popolazione sopra i 40 anni. Il paziente che afferrirà all'ambulatorio verrà esaminato da un medico del reparto ed effettuerà i seguenti esami: esame acuità visiva, tonometria, esame del fundus oculare, campo visivo computerizzato, pachimetria (misurazione spessore corneale). Verrà quindi instaurata o corretta una terapia medica e, nel caso, ci saranno successivi controlli per verificare se tale terapia è idonea o no al tipo di malattia.



Cure palliative, un riparo sicuro
di calore umano e scienza medica

La legge 38/2010 tutela l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

