

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 36
anno XIV del 4-10 ottobre 2011
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

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

150 ANNI Celebrazioni dell'Unità d'Italia: un convegno sul ruolo della Regione

La storia toscana della salute

Uomini e istituzioni che hanno fatto da esempio a livello internazionale

Alle radici dell'eccellenza nelle cure

di Marco Menchini *

Una delle finalità previste dallo Statuto della Regione Toscana è la promozione dell'accesso alla cultura come bisogno individuale e valore collettivo. Proprio in questo contesto le celebrazioni sull'anniversario dei 150 anni dell'Unità d'Italia sono un'occasione straordinaria per scoprire le radici del nostro Paese, per capire meglio il nostro presente attraverso il passato, per costruire un futuro migliore.

Il fine delle iniziative della Regione Toscana è dunque quello di ricordare un anniversario molto importante sotto ogni aspetto della vita dei cittadini, ma anche di creare conoscenza della nostra storia perché si abbia consapevolezza del nostro presente e quindi mettere le basi per una costruzione cosciente del nostro futuro.

Data l'importanza della materia del diritto alla salute e la sua complessa evoluzione nel corso degli ultimi 150 anni, la Regione Toscana non poteva esimersi dal promuovere un'iniziativa rivolta all'ambito sanitario, sia per un approfondimento della conoscenza rivolto alle persone che di norma sono meno toccate dai problemi sanitari, come gli studenti, sia per lo stesso personale delle aziende sanitarie, che in questo modo possono scoprire l'origine del servizio che erogano, quali erano le problematiche e le eccellenze di allora e in che modo si è evoluto il sistema.

Con deliberazione di

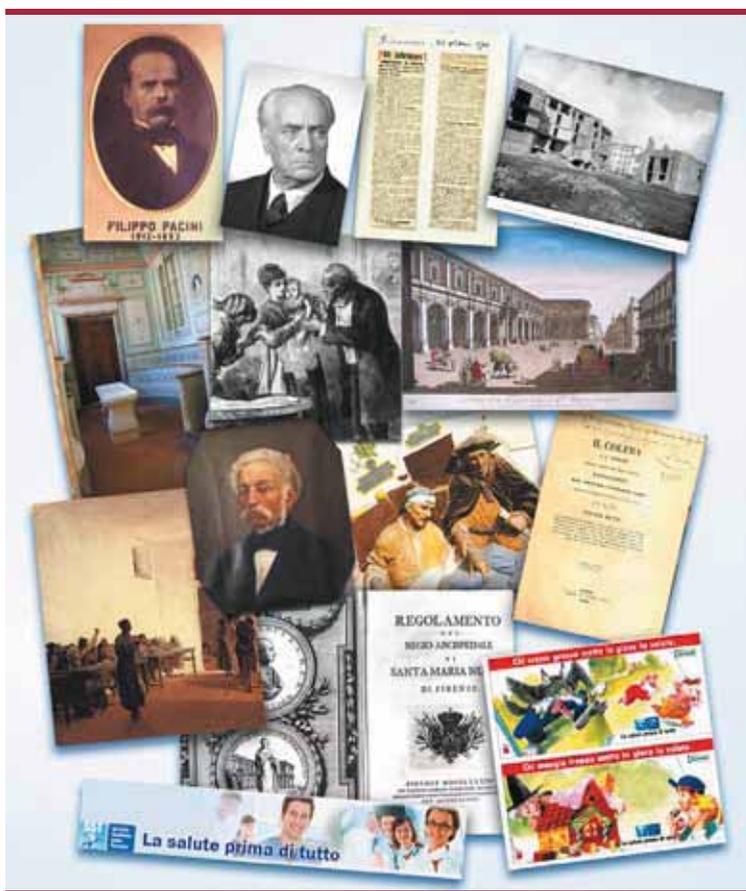
CONTINUA A PAG. 2

All'interno delle celebrazioni dei 150 anni dalla proclamazione dell'Unità d'Italia non poteva mancare un appuntamento sul tema sanitario che, svolto nella sua accezione più ampia (medico-scientifica, sociale, politica, culturale in senso lato) potesse indugiare sulle principali tappe che la Toscana ha compiuto da quell'11 marzo 1860 in cui un plebiscito popolare ne decretava l'annessione al Regno. Il 7-8 ottobre si terrà il convegno "Il contributo della Toscana alla storia della sanità nazionale" presso l'Educatore della Ss Concezione di Fuligno, promosso dalla Regione Toscana, assessorato al Diritto alla salute e organizzato dal Centro di documentazione per la storia dell'assistenza e della Sanità.

La Toscana si è sempre presentata come un territorio propulsivo per idee e realizzazioni; per molti aspetti anticipatrice di quel progresso sanitario che, non senza difficoltà, verrà intrapreso dall'Italia post-unitaria. E se non sempre i risultati furono all'altezza delle aspettative, l'acume degli uomini - soprattutto di alcuni medici, amministratori e tecnici - riuscì, spesso, a supplire alle esigue risorse economiche o alla poca lungimiranza dei politici.

Nei due giorni si vuole affrontare proprio questa "storia" fatta di uomini, istituzioni, associazioni che, nonostante tutto, non si stancano di proporre e di produrre risultati in ambito sociale, medico e architettonico, tanto da indurre, tra fine Ottocento e Novecento, i principali ospedali europei e americani a chiedere "consigli" in fatto di servizi e organizzazione proprio agli ospedali toscani e, soprattutto, al Santa Maria Nuova di Firenze.

Il Convegno si è avvalso di un Comitato scientifico a cui hanno partecipato le università di Firenze, Pisa e Siena ed enti quali la Regione Toscana, l'Ordine dei medici della Provincia di Firenze, l'Asl 10 Firenze, l'Ufficio storico della Croce rossa, sezione Toscana. L'arco temporale prescelto si estende dal 1860 al 1968 (anno in cui la promulgazione della legge n. 132, legge Mariotti, verrà a imprimere una nuova configurazione



I LAVORI

Una «due giorni» lunga un secolo

Dallo sviluppo dei servizi ospedalieri a quello dell'associazionismo

Il convegno si terrà nella Sala blu dell'Educatore della Ss Concezione detto di Fuligno (via Faenza, 48) a Firenze.

Nella mattina della prima giornata, venerdì 7 ottobre, si parlerà di molti temi tra cui le leggi nazionali tra il 1865 e il 1888 e le malattie e salute nella Toscana post-unitaria. Nel pomeriggio invece si parlerà dello sviluppo dei servizi ospedalieri, le transizioni dell'insegnamento nelle facoltà mediche toscane e il problema della sostenibilità della Sanità.

Nella mattina della seconda giornata, sabato 8 ottobre, si parlerà di associazionismo popolare, la Croce rossa, la storia di medici garibaldini, la storia del volontariato regionale, il rapporto tra volontariato e istituzioni e l'evoluzione dell'azione di volontariato della Misericordia di Firenze.

alla Sanità) senza peraltro costituire vincolo alla discussione di temi di ambito contemporaneo. Anzi, l'approfondimento storico è stato concepito proprio quale naturale prolusione e collegamento per trattare del presente; per meglio comprendere l'effettivo contributo dato oggi dalla Regione Toscana per l'ottimizzazione del governo e per l'accessibilità dei servizi. L'intento di non disgiungere il passato dall'attuale realtà sanitaria ha spinto a realizzare un video espressamente dedicato al mondo della scuola nella speranza che possa suscitare interesse e motivo di approfondimento su temi non sempre, o solo parzialmente, dibattuti all'interno delle classi.

Nella prima giornata protagonista sarà il contesto sanitario civile con relazioni sull'assetto sanitario della Regione e sui progressi conseguiti nell'igiene sociale, nelle discipline mediche e nelle tecnologie a esse correlate. La ripartizione nosologica delle malattie, il problema dell'isolamento delle emergenze infettive vengono a incidere sulla tipologia, sulla funzione che deve assumere l'ospedale e sui servizi che deve erogare. Non più luogo di ospedalizzazione indifferenziata ma struttura sempre più specialistica, attenta non solo alle peculiarità delle singole patologie ma anche alla qualità del soggiorno dei malati. In tale ambito emerge il progressivo interesse attribuito al malato mentale che, peraltro proprio in Toscana, aveva già ricevuto attenzione grazie agli studi di Vincenzo Chiarugi.

Nella seconda giornata saranno invece trattati argomenti più dappresso correlati al ruolo svolto dal volontariato civile e militare che ebbe massima esplicazione durante le criticità belliche. Perché è indubbio che il progresso sanitario non fu solo appannaggio degli enti preposti all'assistenza ma poté concretizzarsi anche grazie all'apporto del singolo individuo al di là della sua appartenenza sociale e fede politica.

Esther Diana

Responsabile del Centro di documentazione per la storia dell'assistenza e della Sanità

SERVIZI A PAG. 2-6

CONTROCANTO

«Abbandonate la dimensione provinciale»

Antonio Panti *

Difficile scrivere il controcanzone a un evento che celebra la storia unitaria della Sanità italiana e, all'interno di questa, espone il contributo della Toscana. Difficile perché è irrilevante discutere se fosse possibile un programma migliore e perché l'apporto della medicina toscana all'evoluzione della scienza e della Sanità in Italia è un dato

storico incontrovertibile. Meglio allora riflettere su un dato forse inaspettato.

La Toscana è andata chiudendosi in una dimensione provinciale, dopo l'ultima fiammata delle riforme leopoldine, che proseguiva purtroppo tuttora. Firenze era un città in decadenza, oggi appare decaduta

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Programmi sull'Aids, parola alle Asl

La Giunta regionale ha autorizzato le aziende della Toscana a presentare alla direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale i progetti formativi sull'Aids per il personale dei reparti di malattie infettive beneficiari degli assegni di studio entro il 15 ottobre 2011. Anche le aziende senza reparti di malattie infettive possono presentare progetti di formazione sulle infezioni ospedaliere. Per gli eventi che rientrano nei «Programmi di interventi formativi-educativi per la lotta all'Aids» sono a disposizione 1,5 milioni e una cifra congrua per le spese: docenze, materiale didattico, organizzazione. (Delibera n. 792 del 12/09/2011)

Sicurezza lavoro: fondi alla ricerca

La Giunta regionale ha preso atto del finanziamento di 232.500 euro assegnato alla Regione dalla Salute col bando «Programma per la ricerca sanitaria 2008: attività finalizzata alla tutela della salute nei luoghi di lavoro» per il progetto «Il ruolo dei Rls nella rilevazione della percezione del rischio nei luoghi di lavoro e sue ricadute in ambito preventivo», afferente al programma strategico «Sviluppo di modelli per un sistema permanente di rilevazione della percezione del rischio per la salute e sicurezza in ambiente di lavoro dei lavoratori e le figure della prevenzione», di cui è capofila Inail. (Delibera n. 777 del 12/09/2011)

ALL'INTERNO

Firenze cura i matti a casa

A PAG. 3

L'ospedale cambia faccia

A PAG. 5

Pisa, stomie in ambulatorio

A PAG. 7



150 ANNI Dalla nascita di Florence Nightingale agli studi universitari negli anni 60 Firenze alle origini del nursing

Le prime "scuole convitto professionale" di due anni partono nel 1925

Lo scorso anno a Firenze è stato celebrato il centenario della morte di Florence Nightingale - nata a Firenze nel maggio 1820 e morta a Londra nel 1910 - e la storia dell'assistenza fa riferimento alle sue vicende. Nel 1860 nasce la prima scuola per infermiere Florence Nightingale, annessa all'ospedale londinese St. Thomas, rispondendo anche alle nuove esigenze "professionali" legate alla trasformazione dell'ospedale da luogo di ricovero indifferenziato, destinato a soccorrere "pazienti" afflitti da mali sociali, fisici e psichici, a luogo deputato alla cura della salute.

In Italia però lo Stato post-unitario demanda alla Chiesa il potere e il controllo pubblico su quel multiforme e variegato corpo istituzionale rappresentato dagli ospedali e dagli altri enti di assistenza e di beneficenza. È solo a distanza di quasi 30 anni dall'unificazione che, con il Governo Crispi, si avrà una nuova stagione di interventi statali in campo sanitario che riguarderà anche la regolamentazione delle atti-

vità svolte dagli infermieri e le tradizionali semplici mansioni di assistenza, centrate sulla funzione alberghiera e di vigilanza, subiscono una radicale trasformazione.

Nuove competenze e nuovi impegni vengono richiesti a questi operatori per contribuire allo sviluppo e al progresso degli ospedali anche nel nostro Paese e quindi personale infermieristico qualificato. Si pone quindi il problema di come reclutare e formare un numero adeguato di operatori di assistenza e il modello inglese rappresentava un punto di riferimento. Nel 1898 nel Regno Unito vi erano oltre 500 scuole per infermiere, mentre nel 1902 in Italia erano solo 25.

Per molti anni ancora il lavoro di assistenza rappresenta un'occupazione mal retribuita, con orari e turni di lavoro massacranti, con il personale femminile maggiormente sfruttato e con paga quasi sempre inferiore rispetto a quella maschile. È soltanto dopo gli anni 20 che vengono gettate le basi giuridiche per il rinnovamento del siste-

ma di assistenza. Il coinvolgimento di migliaia di donne volontarie nell'assistenza ai feriti creerà anche nel nostro Paese una diversa consapevolezza sulla necessità di regolamentare la formazione del personale di assistenza. Sarà il regio decreto del 15 agosto 1925 n. 1832 a istituire le scuole convitto professionale per infermiere delle durata di 2 anni e le scuole specializzate per assistenti sanitarie visitatrici. La formazione viene introdotta attraverso i primi regolamenti delle scuole per infermiere diplomate e già viene previsto un 3° anno di studio per ottenere l'abilitazione alle funzioni direttive di "caposala".

In questo contesto normativo a Firenze viene istituita la prima scuola convitto per infermiere situata in Villa Pepi, residenza quattrocentesca appartenuta all'omonima famiglia fiorentina. Nel 1932 con regolamento interno si disciplina la vita nella scuola e nell'ospedale. Vengono scelti l'uniforme e il distintivo: medaglia coniglio rosso nel cui stelo è disegnata la croce che è l'emblema dell'ospedale Santa Maria Nuova. Negli anni 50-60 viene regolamentato un percorso di studi universitario attraverso l'istituzione dei cor-

si per dirigenti dell'assistenza infermieristica, nel 1965 presso l'Università "La Sapienza" e nel 1969 presso l'Università "La Cattolica" di Roma.

Il processo di formazione e di laicizzazione della professione ha una svolta nel 1971 quando si chiudono le scuole convitto, anche gli uomini possono accedere alla formazione per infermiere professionale, si indirizzano i programmi di studi sulla base della normativa europea attraverso l'"Accordo di Strasburgo" e si introduce anche nel linguaggio corrente il termine "nursing".

Nel processo di evoluzione della formazione saranno gli anni 90 a rappresentare un ulteriore avanzamento con l'uscita della scuola dall'ambito regionale e l'inserimento nel circuito formativo universitario attraverso l'istituzione nel 1994 del diploma universitario, seguito dalla abolizione del mansionario e dalla regolamentazione dell'esercizio professionale. Con gli anni 2000 viene istituito il corso di laurea in Scienze infermieristiche e nel 2005 quello ma-

gistrato con la laurea specialistica.

Il percorso di evoluzione della formazione e quindi delle competenze e funzioni specifiche attribuite all'infermiere è accompagnato da cambiamenti radicali di carattere estetico e formale, ben evidenziati dal cambiamento della "divisa". Dal mito del "velo" e della divisa impeccabile fino ai primi anni 70, alla praticità di un abito di lavoro funzionale al rapporto diretto con il paziente e alla protezione dell'operatore.

Cambiamenti ancora più evidenti accompagnano l'evoluzione professionale rispetto agli ambiti di attività: l'ospedale considerato come luogo espressione di massima professione, viene affiancato da un impegno infermieristico in ambito territoriale. Dai servizi organizzati per la gestione dell'emergenza territoriale all'impegno domiciliare fino alla Sanità di iniziativa.

Maria Grazia Monti
Servizi infermieristici e ostetrici
Azienda sanitaria Firenze

IL SAPERE SCIENTIFICO

Al Gabinetto Vieusseux si dibatte sull'innovazione

Nella Firenze dell'Ottocento esisteva un luogo dove era possibile leggere e discutere di letteratura e di scienza, di viaggi e di finanza, di arte e di politica; si trattava del Gabinetto scientifico e letterario aperto nel 1819 dal "negoziante" di origine ginevrina Giovan Pietro Vieusseux.

Pensato per le numerose colonie di stranieri stanziali o di passaggio per la capitale del Granducato, il Gabinetto raccolse rapidamente una ricca biblioteca che avrebbe costituito nel tempo uno dei principali centri di cultura della città. L'impianto originario della raccolta

libreria di Vieusseux, che caratterizzava anche la rivista concepita dallo stesso negoziante a partire dal 1821, l'"Antologia", si richiamava alla cultura ginevrina di fine Settecento, con molteplici rimandi alla coeva produzione scientifica ed economica francese e inglese. Era evidente in tale ambito il tratto destinato a caratterizzare gran parte del dibattito intellettuale che animò Firenze durante tutto il XIX secolo e che fu rappresentato dalla forte vocazione "scientista", dalla convinzione che il sapere scientifico e alcune sue declinazioni in particolare

fossero in grado di fornire chiavi di lettura e di trasformazione della realtà contemporanea sotto molteplici aspetti.

I frequentatori del Gabinetto di Vieusseux così come i primi redattori della sua rivista si mostravano persuasi che fosse necessario coltivare un'idea di progresso civile fondata su un paradigma unitario nel quale la definizione stessa di scienza veniva dilatata fino a comprendere molte dimensioni e a diventare l'ossatura portante di una società rinnovata. Discendeva di qui la visione tipica del mo-

deratismo toscano, che fu certamente la corrente politica e culturale più influente nel Granducato ottocentesco, secondo cui l'ammodernamento delle istituzioni sociali ed economiche della regione sarebbe stato possibile attraverso l'applicazione graduale e "governata" delle innovazioni e delle tecniche portate dalle varie scienze, evitando scosse rivoluzionarie e al contempo superando i pregiudizi confessionali e fideistici. In questo senso, la scienza diventava prima di tutto un linguaggio e un codice di comportamento utilizzando i quali

era possibile misurarsi con i cambiamenti post-rivoluzionari. Si trattava di una visione contraddistinta da una contraddittoria natura "borghese", spesso coltivata anche da soggetti di provenienza aristocratica.

Da un lato infatti mostrava una grande attenzione al rapporto tra sapere e ricaduta economica delle innovazioni, qualificando il denaro nei termini dello strumento di inevitabile mobilità sociale soprattutto se guadagnato attraverso l'espletamento di una attività definibile come professionale e grazie all'utilizzo di saperi sempre più

utilmente specifici. Dall'altro però, tale visione affidava ai saperi scientifici compiti pedagogici volti ad alimentare una industriosità rigorosamente legata a un sistema di valori ancora molto tradizionali. Nel binomio scienza-attività economica erano contenute, in tale prospettiva, tutte le incongruenze di una modernizzazione molto difficile che tendeva ad assumere però i tratti di una sempre più marcata vocazione patriottica.

Alessandro Volpi
Presidente dei corsi di laurea
in Scienze politiche
e relazioni internazionali
dell'Università di Pisa

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

ta, anche se la speranza è l'ultima a morire. La Sanità toscana, al contrario, sembra costituire un'eccezione. Dopo la riforma sanitaria la Sanità regionale ha vissuto un'impennata nella capacità di proporre soluzioni, di adottare provvedimenti, ma anche di studio e di ricerca che ne fanno oggi una realtà viva, un termine di confronto nazionale.

Penso a tre motivi fondamentali. La Toscana adotta ogni triennio un piano sanitario, cioè programma le azioni da intraprendere nell'interesse primario del cittadino, poi, unica in Italia, ha chiuso i vecchi ospedali per costruirne di nuovi, infine perché si è recuperata un'antica tradizione, vengano in mente il Cocchi o il Chiarugi, di ascoltare i medici, di concer-

tare le soluzioni più idonee alla qualità delle cure.

Tutte rose allora? No, di certo, tuttavia due secoli dopo il celebre regolamento di Santa Maria Nuova, l'attenzione nazionale è rivolta di nuovo a quel che si pensa o si decide nella nostra Regione e il modello toscano è oggetto di discussione, di approvazione, di critica, comunque di riflessione. Ecco che allora il percorso di questo convegno non deve mostrare timidezze. I grandi dilemmi della medicina moderna non troveranno soluzione altro che nell'arena globale, ma i semi della discussione sui temi etici, politici, economici e clinici hanno attecchito con forza nella Sanità toscana. Sarebbe bello invertire il percorso discendente della "toscanina" provinciale e

chiusa per aprirsi, a partire da questa celebrazione di centocinquanta anni di Sanità nazionale e regionale, verso un confronto internazionale sui temi della sostenibilità della Sanità oggi e dei limiti di una medicina che ormai domina i confini della vita.

In Toscana si intrecciano tradizioni secolari di eccellenza negli studi, e basti pensare alle nostre università, con una provincia ricchissima di talenti e di orgoglio solidaristico. La decadenza economica e una certa stanchezza culturale possono essere uno stimolo perché proprio la Sanità si riveli anche un motore di crescita e di sviluppo per la società toscana.

* Vice-presidente
Consiglio sanitario regionale

Alle radici dell'eccellenza ... (segue dalla prima pagina)

Giunta regionale n. 173 del 21 marzo 2011, la Regione Toscana ha deciso di avvalersi, per le specifiche competenze acquisite in materia, dell'azienda Usl 10 Firenze, tramite il Centro di documentazione per la storia dell'assistenza e della Sanità, per l'organizzazione di tale evento.

Il suddetto Centro di documentazione ha pertanto realizzato, in collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze e l'Ordine dei medici di Firenze, un convegno sul tema dell'evoluzione del sistema sanitario toscano dall'Unità d'Italia a oggi.

In particolare, lo scopo del convegno è fare un excursus storico sul contributo della Toscana alla Sanità nazionale, con riguardo ai momenti particolarmente significativi, e dal quale emergeran-

no i fattori e le motivazioni dell'immagine sanitaria contemporanea regionale.

Tale iniziativa terrà presente le eccellenze della Regione e il suo ruolo attuale, nonché le realtà locali nel territorio toscano che meglio testimoniano la ricchezza di valori e di esperienze che hanno portato al moderno sistema sanitario. Nel corso di tale evento verranno tenuti in considerazione i vari elementi che hanno svolto un ruolo rilevante nella storia della Regione, quali le università, le professioni, la Sanità militare e il volontariato.

* Dirigente del settore Qualità dei servizi e partecipazioni del cittadino
Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale
Regione Toscana

150 ANNI *L'assistenza familiare sussidiata avviata a fine Ottocento*
Salute mentale, cure a casa



L'esperienza presa a esempio per la prima legge nazionale sugli "alienati"

Per secoli la malattia mentale è stata sostanzialmente una questione di famiglia.

Era la famiglia a farsi carico dei propri matti, anche se con il processo di medicalizzazione e di istituzionalizzazione della follia le famiglie sembrano sparire dallo scenario.

Essendosi le ricerche finora concentrate quasi esclusivamente sulla storia manicomiali, si direbbe che l'assistenza familiare ai malati psichiatrici non abbia storia, se non quella recentissima. Le rappresentazioni del passato nulla o poco ci dicono degli atteggiamenti delle famiglie che, semmai, appaiono soprattutto preoccupate di liberarsi dei propri congiunti malati dentro speciali istituti o addirittura abbandonandoli, nell'impossibilità di prendersene cura. Eppure non è così.

Anche durante l'epoca manicomiali le famiglie hanno svolto sempre un ruolo e, quando e finché potevano, cercavano anche di evitare ai propri congiunti malati di mente di finire in manicomio. Un sentire comune, ma anche il convincimento che, già alla fine dell'800, venne espresso da eminenti psichiatri e, per tutt'altri motivi, da alcuni amministratori i quali sostennero il sistema della cosiddetta custodia domestica per i pazienti psichiatrici. Si tratta di un capitolo completamente dimentica-

to della storia della Sanità e della salute mentale, a cui proprio la Toscana e Firenze in particolare hanno dato un contributo assai rilevante, da subito dopo l'unificazione d'Italia.

In preparazione della prima legge nazionale sugli alienati, che sarebbe stata varata nel 1904, il Governo italiano aveva affidato a celebri psichiatri l'incarico di un'inchiesta sui manicomi italiani da cui trarre delle indicazioni utili. Cesare Lombroso e Augusto Tamburini raccomandarono che l'attesa legge favorisse il «collocamento dei malati (di mente) tranquilli ed innocui (...) presso la propria o altra famiglia con sussidi». Nella loro relazione del 1891 si appellarono alla deliberazione in proposito del Congresso internazionale di pubblica assistenza tenuto a Parigi nel 1889 e, soprattutto, alle esemplari esperienze già attuate a Firenze e in varie altre Province. Il ricovero familiare per gli alienati era «mezzo scientifico e pratico di cura» sostenevano gli esperti, proprio nel modo in cui lo si praticava a Firenze, ossia presso le famiglie stesse dei malati.

Nel volume "L'assistenza degli alienati in Italia e nelle altre nazioni", pubblicato nel 1918, Tamburini, Ferrari e Antonini sottolinearono ancora l'importanza dell'affidamento a custodia domestica com'era praticato a Firenze, a base so-



Telemaco Signorini - La sala delle agitate (olio su tela)

prattutto omo-familiare, ossia presso la famiglia stessa dell'assistito. Non unico né isolato il caso di Firenze veniva presentato dai contemporanei come un modello da imitare, anche se poi le vicende istituzionali dei malati di mente in Italia sono andate in tutt'altra direzione.

Ufficialmente l'assistenza familiare sussidiata degli alienati in Italia varata a Firenze, allora capitale del Regno, partì per iniziativa della Provincia, con pochi casi. Nel 1911 contava oltre 900 pazienti in affidamento domestico con sussidi-

o, rispetto i 1.452 ricoverati a San Salvi. Si trattò dunque di un fenomeno rilevante, anche per le dimensioni, per l'inizio e per la durata che ebbe, e per la significatività del contesto sociale, politico e culturale in cui avvenne, dove ancora aleggiava la tradizione psichiatrica umanitaria di Chiarugi.

Oltre che precoce (in altri Paesi europei è di solito datata intorno agli anni 20, come in Olanda) l'esperienza contrasta con la tesi che nella seconda metà dell'800 le famiglie tendevano a mandare il congiunto alienato nell'istituzione psi-

chiatrica, delegandone la cura a professionisti in luoghi appositi. E contrasta anche con l'idea che fossero soprattutto i poveri a sbarazzarsi dei loro congiunti facendoli rinchiodare nei manicomi, che in quel periodo effettivamente si riempiono. Le famiglie eleggibili alla custodia domestica erano infatti poverissime; dovevano esibire il certificato di miseria per ricevere il sussidio, e dovevano anche dimostrare, ai periodici controlli, di prendersi cura del loro parente malato. Se anche i ricchi e i meno poveri preferissero tenerlo in casa anziché portarlo in manicomio o in altri istituti, dipendeva da svariati motivi, atteggiamenti, sentimenti.

Sicuramente l'attitudine verso un familiare più bisognoso di cure, vecchio, bambino, malato e malato di mente, è socialmente differenziata, come testimonianze d'epoca e storici della famiglia hanno sottolineato.

I malati in affidamento non erano soltanto pazienti dimessi dal manicomio, ma persino quanti non c'erano mai stati e avevano avuto un qualche contatto con un medico del manicomio cui sempre spettava autorizzare la custodia alle famiglie. Proponendo una visione che contraddice alcuni luoghi comuni storiografici, questa ricerca fa emergere nuovi interrogativi sulla legge durata fino al 1978, e nuovi spunti utili a

riflettere sul presente, basandosi sui documenti del fondo archivistico di San Salvi e del Bonifazio, a partire dal 1864. Vorrei qui ricordare che le carte del manicomio dedicato a Vincenzo Chiarugi, della clinica psichiatrica di Eugenio Tanzi e degli istituti annessi e precedenti (incluso il manicomio dove lo stesso Chiarugi lavorò) costituiscono un patrimonio enorme che deve essere salvaguardato e valorizzato, com'è avvenuto per altri importanti archivi storici della salute mentale, a Roma, a Bologna a Reggio Emilia ecc. Per lunghi anni accatastato e sparso in locali anche abbandonati, spesso fatiscenti, il fondo archivistico di San Salvi è stato suddiviso in ripetuti e parziali trasferimenti. In grandissima parte recuperato, attende però ancora di essere riunificato e reso accessibile agli studiosi nella stessa area di San Salvi la cui storia e memoria vanno valorizzate, come è stato tante volte chiesto persino recentemente, anche sulla stampa. Spero che questo convegno possa costituire un'occasione anche per non dimenticare di questa richiesta e di questo impegno.

Patrizia Guarnieri
 Docente di storia contemporanea dell'Università degli Studi di Firenze e direttrice della rivista "Medicina & storia"

LA RIFORMA PROPOSTA DA CARLO LIVI AL SAN NICCOLÒ DI SIENA

Stop all'isolamento tra padiglioni e aiuole

Alla fine del Settecento, si era fatta strada tra gli uomini di scienza "illuminati" la preoccupazione umanitaria di porre fine alle tragiche condizioni dei pazzi all'interno degli ospedali civili, asili, cronici, ospizi, a sostegno di una istituzione specifica e separata, che riassume in un solo spazio tutte le funzioni svolte dalle altre istituzioni deputate al controllo sociale del folle. Il manicomio è pertanto da considerare all'interno di tale progetto sociale che alla semplice reclusione sostituiva il tentativo della rieducazione.

La curabilità di Pinel, poi ripresa da Chiarugi nella prima metà dell'Ottocento, suggeriva oltre alla segregazione il trattamento morale. Si delineò così la cura psichiatrica o morale, fatta di isolamento dentro il manicomio, che garantiva la stretta separazione tra sessi e tra vari generi di malattie. Isolamento, ordine morale, disciplina erano gli strumenti per la ricomposizione interiore del menticato e nel progetto il lavoro agricolo era visto come il mezzo più sicuro e più efficace per essere riportati alla ragione, particolarmente idoneo ai tranquilli.

In tale panorama si erano configurati a Firenze nel 1785 la fabbrica del San Bonifazio, con funzioni di cronichario e il Santa Maria Nuova per la cura

Il manicomio passa dalla "reclusione" alla "rieducazione"

degli acuti. Con la provincializzazione del manicomio, dal 1866 verranno separate le due istituzioni e sarà individuata un'area, fuori la città, per il nuovo manicomio: la zona di San Salvi.

Villaggio disseminato, cura morale ed ergoterapia. Entrato in crisi dalla seconda metà dell'Ottocento il progetto manicomiali di Pinel quale fallimento per il mancato superamento del concetto di contenzione, si delinearono nuove soluzioni e tra queste quella di mettere in primo piano il trattamento al posto della struttura manicomiali. La critica al sistema portava così a definire una nuova tipologia di manicomio che, meglio se ai margini della città, fosse invece contenuta come una colonia, industriale, agricola, artigianale, dove il lavoro del paziente assumesse il ruolo di primario strumento terapeutico.

Carlo Livi, direttore dal 1858 del manicomio di Siena, propose in tal senso un ambizioso progetto per la riforma morale e materiale del San Niccolò: farne una istituzione terapeutica con l'introduzione dell'ergoterapia e il suo rinnovamento in villaggio disseminato. Al posto della struttura ospedaliera dove si perseguiva l'isolamento, egli proponeva un manicomio articolato in pa-

diglioni, con giardini, viali, piazzette in una microcomunità autonoma e autosufficiente, una famiglia manicomiali, impegnata, in base alla gravità dell'individuale patologia, in attività lavorative, perché, come Livi stesso nel 1858 affermava, dove si lavora più, si medica meno; dove si medica meno, meno si spende, e meglio si guarisce. La nuova funzione terapeutica e pedagogica attribuita al manicomio al posto della sola funzione assistenzialista, comportò quindi la scelta di un rinnovato assetto architettonico in stabilimenti che portò ad assumere l'aspetto del villaggio diffuso, di norma arricchito da una colonia agricola, grande fattoria interna o annessa al manicomio stesso, colonie industriali, laboratori artigiani. Nello specifico, la colonia agricola non solo era la soluzione per la sempre più grande massa dei cronici istituzionalizzati, ma si presentava come la novità della proposta manicomiali di metà Ottocento, con il superamento del passato isolamento, a favore di un processo di socializzazione che indubbiamente portò a notevoli miglioramenti nei degenti ivi impiegati in una sorta di affidamento familiare.

L'adozione del modello a padiglioni disseminati consentì al direttore del manicomio di Siena, Carlo Livi, di tentare di iniziare la realizzazione di un ben preciso progetto sanitario facilitato, subito dopo l'unificazione naziona-

le, dalle riforme in tema di assistenza manicomiali apportate dalla legge comunale e provinciale del 1865, che vide il trasferimento nel 1868 dei degenenti dalla provincia pisana, livornese e aretina al San Niccolò di Siena, che passò così dalle 382 presenze del '68 alle 729 nell'anno successivo.

Le grandi dimensioni tutt'oggi riscontrabili dei manicomi toscani dipendevano dunque da quattro fattori: l'ammissione di pazienti provenienti da ampi territori; l'uso dell'ergoterapia applicabile in reparti industriali e artigianali, nonché la necessità di stabili diversi che assicurassero la netta separazione tra i sessi e tra patologie; la presenza degli acuti assieme ai tantissimi cronici; il ricovero non solo di malati di mente, ma anche di un'ampia moltitudine di emarginati e afflitti da patologie non psichiatriche che, assieme ai cronici, rappresentava la gran parte dei ricoverati.

L'adozione del metodo diagnostico e l'importanza della ricerca in ambito anatomico e fisiologico, dalla metà del secolo fece della freniatria una disciplina scientifica che iniziò il suo percorso proprio all'interno del manicomio, che ben si prestava quale palestra didattica. La ricchezza di casi clinici di acuti

sempre a disposizione fece dunque del manicomio lo strumento ideale per l'insegnamento e per la ricerca da parte del medico, nella sua duplice funzione di facente parte del personale del manicomio e incaricato della docenza universitaria. La presenza in città universitarie degli ospedali per psichici rese così possibile i primi corsi liberi di psichiatria. È noto come, al percorso verso una psichiatria nazionale, contribuirono non pochi medici dell'epoca, con la psichiatria ormai divenuta disciplina scientifica all'interno delle scienze mediche, in particolare la neuropatologia, con un programma metodologico messo a punto secondo una definita prospettiva di ricerca.

L'interesse scientifico acquisito dal manicomio, con il ruolo centrale del medico quale unico responsabile nell'impostare un valido programma terapeutico, dettero un nuovo impulso all'organizzazione manicomiali del periodo. Le cittadelle della follia acquisirono la funzione di veri e propri istituti scientifici, dotati di strumentazione diagnostica, aule per l'insegnamento, stanze anatomiche ossia locali deputati alla dissezione e allo studio dei cadaveri.

Il nuovo modello palestra didattica della psichiatria

Francesca Vannozi
 Sezione Storia della medicina Università degli Studi di Siena



150 ANNI

Lo sviluppo dei servizi ospedalieri da Crispi alle Case della salute

Le tappe dell'appropriatezza

Negli anni 70 la svolta: si punta a contenere posti letto e degenze

Al momento dell'unificazione la Nazione eredita una realtà ospedaliera assai differenziata, da zona a zona, sia in termini normativi che strutturali. Nell'area di influenza austriaca impulsi riformatori avevano profondamente modificato la rete ospedaliera pre-settecentesca; in particolare in Toscana nel corso degli ultimi due decenni del XVIII secolo erano stati approvati regolamenti estremamente avanzati indirizzando gli ospedali all'attività di cura dei malati. Si dovrà attendere tuttavia l'ultimo decennio del secolo, con la legge Crispi sulle opere pie (17 luglio 1890) per vedere una nuova disciplina giuridica dell'intera materia.

Nel corso di tali decenni si è realizzata una notevole trasformazione nelle strutture ospedaliere del Paese. Anche in Italia viene abbandonato l'ospedale palazzo, e si opta per l'ospedale a padiglioni. Lo sviluppo degli ospedali, critico, anche sotto il profilo economico nella crisi del primo dopoguerra, è trainato dall'evolversi della chirurgia, che si avvale di due elementi propri della seconda metà dell'Ottocento: lo sviluppo delle tecniche anestesologiche e il diffondersi dei principi dell'asepsi.

Il periodo fascista offre, con la normativa ospedaliera, una risposta acquiescente alle richieste corporative della classe medica, mo-

Posti letto nel 1936	
Reparto	Letti
Medicina	42.931
Chirurgia	37.868
Ostetricia e ginecologia	9.437
Pediatria	8.023
Malattie infettive	6.670
Specialità varie	12.901
Tubercolosi	28.101
Totale	145.931
Psichiatria	81.138

Posti letto pubblici per regione, 1936					
Regione	Posti letto x 1.000 ab.	Num. di letti	Regione	Posti letto x 1.000 ab.	Num. di letti
Liguria	6,4	9.442	Marche	3,5	4.364
Venezia Giulia e Zara	5,6	5.577	Umbria	2,7	1.933
Piemonte	5,2	18.308	Sicilia	2,2	8.757
Toscana	5,2	15.287	Puglie	1,7	4.398
Veneto	4,8	20.281	Sardegna	1,5	1.526
Lombardia	4,7	26.552	Abruzzi e Molise	1,4	2.161
Venezia Tridentina	4,7	3.056	Campania	1,4	5.062
Lazio	4,4	11.203	Calabria	0,7	1.233
Emilia	4,3	14.146	Lucania	0,6	304
			Italia	3,5	153.577

dellando il sistema retributivo sui criteri delle compartecipazioni sui proventi da privati e modellando l'organizzazione e l'articolazione stessa dei reparti e delle nascenti specialità sulle gerarchie mediche.

Le politiche sanitarie dell'epoca privilegiano la realizzazione di strutture di ricovero per i tubercolotici e le istituzioni manicomiali, cosicché settori quali la medicina interna e le malattie infettive si avvalgono di un'insufficiente disponibilità di strutture di ricovero. L'Italia, con 3,5 posti letto per 1.000 abitanti è in situazione assai più arretrata rispetto ad altri Paesi europei quali Francia (4,2 pl x 1.000 ab.), Inghilterra (5,4), Germania (5,9), Svizzera (4,8).

Dal secondo dopoguerra a og-

gi. Nell'immediato dopoguerra i posti letto risultano assai più carenti nel Sud Italia. In termini di Regioni si passa da un minimo di 0,71 per mille abitanti in Calabria a 6,41 in Liguria e l'analisi del dato a livello provinciale indica il minimo ad Avellino (0,45) e il massimo in provincia di Cremona 14,79. Per raggiungere i 4,5 pl per 1.000 ab. necessitavano 60mila posti letto, di cui 50mila nel Meridione. La situazione è in rapida modificazione, sia in relazione allo sviluppo economico del Paese, che all'estensione dell'assistenza mutualistica; al 1957 si contano 413.391 posti letto (8,38 per 1.000 ab.) e nel 1967 528.276 posti letto (9,84 per 1.000 ab.).

Un cambiamento avviene nel corso degli anni Settanta, quando si inizia a interrogarsi sulla sostenibilità - anche a seguito della crisi petrolifera - dei sistemi di welfare.

La tendenza alla crescita dei posti letto lentamente si inverte; si punta a una riduzione della durata di degenza che nel corso degli ultimi due secoli si era mantenuta - negli ospedali per acuti - intorno ai 30 giorni per ridursi lentamente alla metà e poi continuamente decrescere. Gli ospedali, divenuti strutture delle unità sanitarie locali con la riforma sanitaria del 1978, sono successivamente, con il Dlgs 502/1992 trasformati in aziende o in presidi delle Usl.

Sono gli anni in cui l'edilizia ospedaliera ristruttura gli ospedali o ne realizza di nuovi, introducendo, criteri che tengono conto delle nuove tecnologie, delle modalità organizzative per aree di intensità di cura, delle esigenze delle perso-

ne assistite (attenzione agli elementi di comfort ambientale, aree di colloquio, stanze di degenza a due letti, 10% di stanze singole), dell'evoluzione delle modalità di ricovero (day hospital, day surgery). L'ospedale si orienta alle patologie acute, riducendo la durata di degenza e aumentando la complessità dei ricoveri. L'invecchiamento della popolazione, i cambiamenti nelle tecnologie fanno intravedere ulteriori cambiamenti. Non più ospedali di enormi dimensioni, quali quelli creati nel corso del Novecento nelle grandi metropoli, ma strutture più contenute, più umane, più attente ai bisogni dei pazienti. Ospedali in cui si concentrano competenze e tecnologie, ma anche ospedali monospecialistici, per interventi mirati a specifiche patologie, eventualmente in day surgery. Degenze ridotte, che pongono la necessità di un'assistenza intensiva anche in aree comuni. Trasformazione dei piccoli ospedali in strutture assistenziali rivolte a un primo soccorso, ai percorsi in low care, ad accogliere l'ospedale di comunità, e a ospitare, in una dimensione di

valenza domiciliare, i non autosufficienti, costituendo quelle strutture di riferimento per la comunità, denominate Casa della salute.

Decolla il nosocomio monospecialistico per intensità di cura

Marco Geddes da Filicaia
Direttore sanitario Po Firenze centro
Azienda sanitaria di Firenze

LE CONQUISTE CHE HANNO ABBATTUTO LA MORTALITÀ

Camici bianchi e donne paladini dell'igiene

Nel lungo percorso della medicina e della Sanità nell'Ottocento, si riconoscono le luci e le ombre di quelle istanze, che sono condivise, nella loro grandissima portata, da tante realtà nazionali.

Formazione, salute pubblica, appropriatezza delle cure, efficienza dei servizi: su questi temi si confrontarono i Governi preunitari e si misurò anche il nuovo Stato, nella costruzione delle professionalità e nella realizzazione di una rete di strutture.

Statistica sanitaria e igiene: su questi filoni si indirizzò maggiormente l'attenzione dei medici, che divennero, a fine Ottocento, i veri interlocutori dello Stato, protagonisti di una politica sanitaria, che culminò nella prima legge di Sanità pubblica, nel 1888.

L'approccio "quantitativo" su inchieste, sondaggi, ricognizioni e verifiche dava una svolta radicale ai problemi sanitari e alla pianificazione degli interventi, su cui si innestano la rivoluzione pasteuriana,

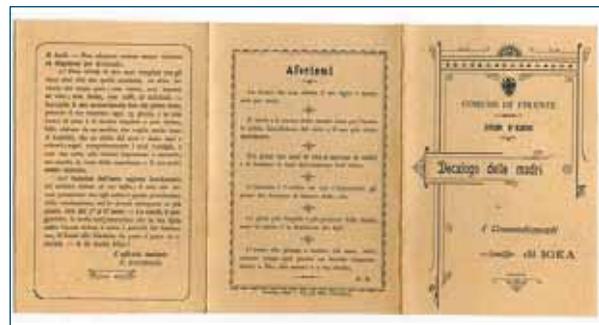
gli studi di Robert Koch, l'affermazione del paradigma microbiologico. Da questa impostazione scaturirono i primi studi sulla situazione igienica delle città, fonte di grande interesse per la ricostruzione della demografia ottocentesca, in rapporto alle contingenze sanitarie e urbanistiche. Le caratteristiche eziologiche e diffusive delle malattie dell'apparato digerente e tubercolosi, tristi regine della patocenosi, le rendevano disperante appannaggio delle classi più povere, costrette a vivere in situazioni difficili e scarsamente igieniche, nei quartieri più affollati e miseri delle città. Ma mentre l'insieme delle gastroenteriti colpiva i borghi, la campagna e la popolazione infantile, il tifo infieriva nella città, fra gli adolescenti e gli adulti, vittime, soprattutto al Nord, degli effetti negativi dell'industrializzazione. In Toscana, la città

più colpita era Livorno, dove il forte aumento della mortalità da affezioni gastroenteriche fu dovuto probabilmente ai limitati interventi eseguiti nelle infrastrutture urbane: ancora agli inizi del secolo venivano usati, per l'approvvigionamento idrico, i cisternoni costruiti nel 1836.

E mentre Silvio Benigno Crispi fondava il villaggio operaio di Crespi d'Adda, microcosmo autosufficiente dove la vita dell'intera comunità ruotava attorno alla fabbrica ed era polo di progresso industriale, abitativo e sociale, Francesco Boncinelli (1837-1917) avviava a Firenze il suo programma di rinnovamento igienico-sociale. Prima di diventare capo dell'Ufficio di igiene e ufficiale sanitario, Boncinelli aveva combattuto nelle guerre di Indipendenza e aveva esercitato la professione medica in varie zone del-

la Toscana. Consapevole dell'importanza dell'educazione e del ruolo formativo della donna, aveva scritto un Decalogo delle madri, che, in forma aforistica, forniva i principi di fondo per la cura dei figli. Obiettivo del suo intervento era la difesa dei bambini dalla mortalità per cause comuni, attraverso l'educazione dei genitori a determinate norme di vita e principi di igiene elementare.

La donna diventava, così, intermediario culturale tra scienza e famiglia, Stato e società; l'igiene si confermeva strategia preventiva e mezzo di redenzione sociale. Il miglioramento del regime abitativo avrebbe potuto contenere, in effetti, anche la diffusione di altre patologie, in particolare della tubercolosi: una migliore comprensione della malattia si era verificata a partire dal Settecento, dal punto di vista anatomico-patologico, e, agli inizi dell'Ottocento, dal punto di vista clinico, con l'opera di Laennec e l'invenzione dello stetoscopio. Solo nel 1882, però, Koch ne



Decalogo delle madri (Ufficio di igiene Comune di Firenze, 1898)

isolò il batterio e solo alla metà del Novecento furono disponibili gli antibiotici: prima di allora, l'unica "soluzione" era il sanatorio. In una sorta di contrappasso con le condizioni di vita dei ceti poveri, bersaglio primo della malattia, i sanatori erano costruiti in amene località montane: qui, il malato avrebbe potuto godere della bellezza paesaggistica, quiete, buona alimentazione e vita all'aperto.

I sanatori divennero parte integrante del tessuto sociale ed entrarono nelle pagine della letteratura: habitus phthisicus e topos letterario. Inizialmente accessibili solo alle persone facoltose per l'entità delle rette, si aprirono poi anche ai meno abbienti, ma non fu l'isolamento del tubercoloso a vincere la malattia, quanto il generalizzato miglioramento delle

condizioni di vita. Non a caso, l'impegno del medico Enrico Pieragnoli (1857-1943) si realizzò nella illuminata fondazione di un preventorio per bambini socialmente predisposti alla tubercolosi, che confermò, nei risultati, l'importanza determinante della prevenzione.

In questo modo, le conquiste della microbiologia (sviluppo scientifico) venivano a coniugarsi con le regole della salute (prevenzione): su questo ordito, medicina e Sanità erano pronte a creare le condizioni strutturali e sociali per l'intervento di cura.

Donatella Lippi
Docente di Storia della medicina alla facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università degli studi di Firenze



150 ANNI

Da fine '700 si diffonde nella Regione l'ospedale a padiglioni

Architettura toscana pioniera



Attenzione a tecnologie e nuovi ambienti per gestire l'ammalato

L'incendio del 1772 dell'ospedale parigino Hotel Dieu rappresenta un punto di sintesi per l'evoluzione della struttura architettonica e per una nuova organizzazione e ripartizione dei servizi sanitari dell'ospedale. L'evento funse da catalizzatore per quanto dalla fine del 1600 aveva iniziato a essere elaborato in area anglosassone in tema di modernizzazione e adeguamento ai principi di igiene e di isolamento delle malattie grazie ai progetti di Christopher Wren (Royal naval hospital di Greenwich, 1702), di Jones Gibbs (St. Bartolomew di Londra, 1730), di Rowehead (Royal naval hospital di Stonehouse, 1756) eccetera. Progetti nei quali la "nuova" tipologia ospedaliera si fondava sull'articolazione planimetrica di edifici separati corrispondenti a un'altrettanto differenziata ripartizione nosologica delle degenze.

L'ampio dibattito che venne a interessare l'architettura sanitaria coinvolse medici e architetti instaurando, fra le parti, una collaborazione fino a questo momento pressoché inesistente ma che d'ora in avanti diverrà elemento sempre più inscindibile dal processo progettuale. Quanto venne elaborato in ambito nordeuropeo configurava una distribuzione di padiglioni per singole patologie secondo uno schema parallelo o a raggiera entro il quale i differenti corpi di fabbrica erano fra loro collegati da corridoi. L'Italia partecipò a pieno titolo a questa ventata riformista e il contributo dato fu significativo e, in tale contesto, la Toscana rappresentò uno dei terreni più fertili per la radicazione di quanto progressivamente verrà a teorizzarsi e realizzarsi in Europa.

Il processo di penetrazione di queste idee riformiste poté avvalersi dell'apporto di medici tra i più illuminati e sensibili alle necessità che lamentava l'ospedale (Ferdinando Zannetti, Pietro Betti, Pietro Vannoni, Filippo Pacini, e per il fine Ottocento, Giuseppe Corradi, Augusto Michelacci e Giorgio Roster, tanto per citare alcuni tra i più impegnati nel ruolo di "medico-architetto") nonché della presenza di reparti clinici che nell'Ottocento avevano consolidato il ruolo di principali propulsori per la revisione strutturale



L'Alfabeto della salute (Istituto di igiene, previdenza e assistenza sociale, Roma, 1930)

dell'ospedale in virtù di quella ricerca e sperimentazione reclamanti nuovi ambienti e servizi per la gestione dell'ammalato.

Iniziali responsabili di questo processo di penetrazione furono due architetti appartenenti alla compagine filo-francese che avevano trovato favore anche presso i Lorena: Luigi Cambrai Digny, Direttore delle Regie fabbriche e il suo allievo Giuseppe Martelli a cui verrà affidato l'incarico di Ingegnere architetto degli Spedali di Firenze.

Entrambi cercheranno di imporre in ambienti particolarmente critici per il settore sanitario (il primo a Livorno, il secondo a Firenze) quei modelli di ospedali a padiglioni o radiali che avevano trovato successo nei progetti di Antoine Petit, di Bernard Poyet e di Le Roy per la ricostruzione dell'Hotel Dieu o nelle elaborazioni a pettine che troveranno codificazione nella realizzazione dell'ospedale Laborisere di Parigi.

Tuttavia, l'assestamento ai nuovi modelli si deve anche alla presenza di un ospedale quale il Santa Maria Nuova che, al di là del suo essere definito dai contemporanei

"vecchia carcassa", continuava ad avvalersi di quella fama di istituzione altamente organizzata sul piano sanitario che lo aveva reso celebre fino a tutto il Settecento.

Tant'è che questo ospedale riuscirà a coagulare - nel corso del secolo successivo - architetti e ingegneri tra i più preparati e propensi alla nuova architettura i quali, se non riusciranno a imporre generali, innovativi progetti per nuove edificazioni ospedaliere, riusciranno ugualmente a far accettare "brani" di questa "nuova" tipologia e, soprattutto, quegli accorgimenti tecnologici (da adottare per i sistemi di areazione, smaltimento dei rifiuti, ventilazione, riscaldamento) che costituiranno elemento prioritario nella modernizzazione dell'ospedale.

E se Firenze emerge quale ambiente dove maggiormente si riuscì a produrre episodi di architetture sanitarie "alla moderna" questo non significò che il restante quadro ospedaliero toscano non enumerasse similari - non importa se più o meno compiuti - tentativi. Tentativi che non vanno cercati all'interno di quei complessi quali il Santa Maria della Scala di Siena o nel Misericordia e Dolce di Prato le cui strutture restano fatalmente compresse e imbrigliate nella loro stessa storicità ma, piuttosto, in alcuni esempi di ospedali di "provincia" e, in questo ambito, è emblematico l'ospedale di Pietrasanta Pietro Lucchesi nel quale l'architetto Mariano Falcini riproduceva quella corsia ausiliaria "per defunti" retrostante alla corsia di degenza che, per la prima volta applicata nel S. Luigi Gonzaga di Torino, resta un caso interessante di innovazione sia per il settore strutturale che per quello igienico. Senza contare che l'occultamento del cadavere dalla vista dei malati (velocemente "ritirato" dal letto attraverso una porta a fianco del ricovero e, attraverso dei binari, veicolato alla cappella funeraria) rappresenta uno dei primi tentativi finalizzati a una quotidianità ospedaliera meno traumatica e più attenta alla sensibilità del malato.

Esther Diana

Centro di Documentazione per la Storia dell'assistenza e della Sanità, Firenze

L'EREDITÀ DEGLI ASBURGO LORENA

Una ricerca all'avanguardia

Sotto il profilo sanitario l'eredità degli Asburgo Lorena fu una delle più lusinghiere. La Toscana era all'avanguardia in campo medico e, fra il 1824 e il 1859, non erano mancati contributi di eccezionale valore. Il granducato di Leopoldo II era stato inaugurato proprio dall'edizione del superbo atlante anatomico di Paolo Mascagni, apparso a Pisa nel 1824, con figure dai vivaci colori a grandezza naturale.

Gli anni Trenta dell'Ottocento avevano visto la consacrazione di Maurizio Bufalini, giunto a Firenze nel 1835, in qualità di docente di Clinica medica. I suoi fondamenti di patologia analitica erano subito apparsi estremamente innovativi. Nel 1839, al Congresso pisano degli scienziati, Giacomo Barzellotti compì l'ultimo, grande servizio per la collettività denunciando la miseria come fonte primaria delle più disparate patologie. Il suo "Dell'influenza della povertà sulle malattie" è, ancor oggi, di sconcertante attualità. Nel 1840 Ferdinando Carbonai fondò a Firenze, in via della Fornace, l'odierna via dei Serragli, l'Istituto ortopedico toscano, utilizzando abilmente le terapie più moderne e la ginnastica. Nel 1841, nel terzo Congresso degli scienziati, la celebrazione di Galileo e la realizzazione della Tribuna segnarono l'indirizzo scientifico generale. Solo il metodo sperimentale poteva avere validità e andava affermato senza esitazioni. Nel 1844 Giovacchino Taddei, con la sua Ematoloscopia, diffuse le sue straordinarie ricerche chimiche sul sangue dei vertebrati. Nel 1847 l'anestesia con etere solforico, messa a punto negli Stati Uniti, venne introdotta nel Granducato di Toscana, nonostante le veementi polemiche della Chiesa. Ne fu il maggior sostenitore Carlo Ghinocchi, stretto collaboratore di Maurizio Bufalini. La scuola francese era ritenuta basilare per la formazione del personale sanitario in Toscana e, con il 1850, fu ufficialmente adottato il manuale di Roche e Sanson. Nuovi elementi di patologia medico-chirurgica. L'epidemia di colera del 1855, frutto della Guerra di Crimea, portò alle eccezionali osservazioni di Filippo Pacini, titolare della cattedra di Anatomia microscopica a S. Maria Nuova, che individuò il vibrione del colera. Il frutto di questi studi e di queste ricerche divenne, dopo il 1861, patrimonio dell'Italia unita.

Giovanni Cipriani

Docente di Storia moderna all'Università degli studi di Firenze

IL CONTRIBUTO DELLA MEDICINA GENERALE DAL DOPOGUERRA A OGGI

Quei medici condotti che cambiarono le cure

Si deve riconoscere il ruolo significativo giocato dalla medicina generale della nostra Regione dal dopoguerra a oggi. Al momento dell'Unità d'Italia la Toscana presentava un'organizzazione sanitaria tra le migliori e vi furono, fino alla prima guerra mondiale, ottimi medici pubblici e la rete delle condotte mediche garantì un'assistenza agli indigenti in linea con gli standard di allora, insieme alla tutela dell'igiene pubblica. Molti medici toscani erano inseriti nelle associazioni professionali nazionali che dettero un contributo notevole ai tentativi di migliorare le condizioni igieniche e di salute del popolo allora costretto a condizioni di vita spesso di intollerabile indigenza.

I medici condotti così esercitarono con dedizione e con coerenza politica un ruolo sanitario e sociale a tutto vantaggio della collettività.

Ugualmente accadde durante il fascismo, che promosse molte importanti iniziative a tutela della Sanità pubblica. Si affermò allora il regime mutualistico, nato prima della prima guerra mondiale, che portò nel 1943 alla creazione dell'Inam, il maggior ente mutualistico che ha condizionato per decenni l'assistenza di base in Italia. Accanto ai Comuni sorsero, durante il fascismo, alcuni enti nazionali volti anche alla prevenzione, per l'infanzia, contro la tubercolosi, per gli infortuni da lavoro.

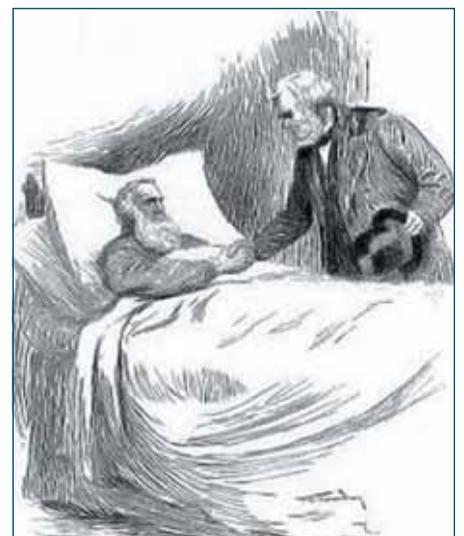
Ma occorre giungere al secondo dopoguerra

per cominciare a focalizzare un ruolo specifico della medicina toscana nel panorama nazionale. Quel grande movimento culturale che, sull'onda dei sommovimenti politici e sociali del secolo scorso, avviò la riflessione sulla «tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività», come recita l'articolo 32 della Costituzione della Repubblica promulgata nel 1948, si diffuse anche in Toscana e divise drammaticamente la categoria, all'interno della quale i medici della mutua e i condotti, in modo molto più compatto che in altre Regioni, si schierarono per la riforma della Sanità, per offrire ai cittadini un servizio pubblico ugualitario. In quegli anni, anche tra i medici di famiglia, allora mutualisti o condotti, si svolse uno scontro aspro e duro tra chi voleva limitare al minimo il fenomeno della mutualità in nome di una libertà professionale, che significava il pagamento diretto delle prestazioni da parte dei cittadini, e chi, al contrario, voleva la fine della mutualità per istituire un servizio sanitario generalizzato in cui il medico fosse retribuito dallo Stato.

Un medico fiorentino, Giovanni Turziani, già partigiano, fondò nel 1946 la Cgil medici e poi la Fimm (Federazione nazionale medici mutualisti), che ebbe parte fondamentale nel condurre i medici a partecipare attivamente al processo politico e professionale che sfociò

nella legge 833/1978, la riforma sanitaria. La Fimm, poi Fimmg (Federazione nazionale medici di medicina generale) dopo la legge di riforma, è tuttora il maggior sindacato medico italiano che è stato costantemente schierato a favore dei principi ispiratori del servizio sanitario nazionale. La Toscana ha rappresentato forse il principale laboratorio per l'attuazione di questi nell'ambito della medicina territoriale.

La riforma sanitaria portava a compimento un lungo processo politico e culturale la cui sostanza etica e sociale consiste nell'affermare l'universalità del diritto alle cure di ogni individuo (solo nell'articolo 32 la Costituzione usa questa parola invece che cittadino) e nell'uguaglianza dell'accesso alle prestazioni sanitarie senza alcuna discriminazione. Possiamo dire che già prima della riforma in Toscana si sono sperimentate soluzioni anticipatrici (a Firenze già negli anni Settanta la guardia medica era garantita dal Comune per tutti i cittadini attraverso un accordo con gli enti mutualistici). Inoltre, fin dal primo accordo regionale con i medici di famiglia del 1982, subito dopo la promulgazione della legge di riforma, si sono applicate puntualmente (a differenza di quasi tutte le altre Regioni) tutte quelle norme che consentivano ai medici generali di svolgere al meglio attività di prevenzione ed educazione sanitaria.



Medico al capezzale di un malato (primo 900)

Il medico di famiglia in Toscana non solo risponde alle domande di salute dei cittadini ma tenta di anticiparne la portata clinica, umana e sociale anche allo scopo di garantire un corretto rapporto tra costi ed efficacia delle prestazioni. In effetti la Toscana, grazie all'opera dei medici di famiglia, è la Regione in cui si utilizza il maggior numero di farmaci generici, si prescrivono le più alte dosi di oppiacei, a conferma di una continua attenzione alla lotta al dolore, si ha il minor tasso di ricoveri ospedalieri rispetto a tutte le Regioni.

Antonio Panti



150 ANNI

Dai primi del Novecento la scuola fiorentina fondata da Pieraccini

Un secolo di salute sul lavoro

L'azione dei toscani si sostanzia nella denuncia politica dei diritti negati

Nel campo della tutela della salute dei lavoratori un processo di miglioramento, peculiare perché fondato prevalentemente su risorse e aspetti medici e non su un più generale e tecnico "igienismo industriale", sarà innescato nei primi anni del Novecento in due realtà: in una è protagonista Luigi Devoto con la Clinica del lavoro di Milano, nella seconda, fiorentina, parallela, Gaetano Pieraccini.

A Firenze hanno fatto da viatico le conferenze del 1901, all'Università Popolare, dal clinico Pietro Grocco, sulle intossicazioni professionali. Guido Y. Giglioli, nell'introduzione del suo "Le Malattie del Lavoro" del 1902 fa risalire a quella occasione l'idea o l'esigenza di «raccolgere tutte le ricerche, specie le più moderne, relative al rapporto che esiste tra certe professioni e certe malattie, e alla prevenzione e alla cura». Pieraccini, già primario, nel 1903 ottiene dalla direzione dell'ospedale di Santa Maria Nuova di tenere il "turno" di medicina del lavoro e cioè «... che il suo servizio medico accogliesse tutto quel materiale clinico che si presentasse all'ospedale avendo contenuto morboso etiologicamente riferibile al lavoro (esclusi gli infortuni)». Devoto nel 1901 aveva avviato il primo corso, a Pavia, sulle malattie del lavoro e la pubblicazione della rivista «Il Lavoro»; il gruppo fiorentino dei medici legali Cesare Biondi e Lorenzo Borri, dall'igienista Gustavo Gasperini, oltre che da Pieraccini e Giglioli, animerà il Ramazzini.

Per tutelare i lavoratori va curato il lavoro malato. Nell'ottobre del 1905 Pieraccini manda alle stampe il "Trattato di patologia del lavoro e di terapia sociale": sono considerate tutte le patologie correlabili con le lavorazioni dell'epoca. Il II Congresso nazionale per le Malattie del lavoro si tiene a Firenze dal 19 al 21 maggio 1909. All'inaugurazione in Palazzo Vecchio, dopo il patologo e assessore Guido Banti, parla Pieraccini proclamando: «Alla mente degli studiosi si erano frattanto prospettati questi fatti: i poveri



Bottega artigianale specializzata nella produzione di mosaici (primi Novecento)

ammalano più frequentemente dei ricchi; i poveri hanno una mortalità più alta dei ricchi; la longevità è principalmente appannaggio dei ricchi; i poveri antropologicamente considerati sono inferiori ai ricchi in linea fisica, intellettuale e morale; il contributo dei poveri alla pazzia, alla criminalità, al parto prematuro, all'aborto è più largo di quello offerto dalle classi agiate e ricche...». Il Comitato ordinatore del Congresso sostituisce i festeggiamenti con "un programma più serio e pratico", conferenze dopo cena e visite nelle corsie di Santa Maria Nuova ai malati professionali "in carne e ossa". Il Congresso si chiude con un intervento di Lodovico d'Aragona della Confederazione generale del lavoro.

La nascita della Clinica del lavoro di Milano viene sostenuta da influenti personalità milanesi come Ersilia Majno Bronzini ma contrastato dai medici socialisti "massimalisti", Edoardo Bonardi, Angelo Filippetti e Paolo Pini, con critiche rivolte al direttore della Clinica denunciando il suo coinvolgimento in operazioni di "industrialismo medico". Critiche sono svolte in riferimento alla utilità di una struttura, capace di

far perdere di vista una linea di lotta più incisiva alle malattie da lavoro che doveva essere condotta non tanto nelle corsie di una clinica quanto in fabbrica, anche mediante l'attivazione di un ispettorato medico del lavoro. L'opera di Pieraccini e degli altri toscani si trasforma in denuncia politica o almeno in illustrazione di diritti negati, da sanare con leggi più appropriate reclamate anche dalle organizzazioni dei lavoratori; in Toscana non vengono intente o avallate dai medici, come in Lombardia, procedure di mediazione, di pacificazione aventi come fine principale quello di lenire le stridenti contraddizioni tra capitale e lavoro.

Più continuità con il fascismo che innovazioni nel secondo dopoguerra. A differenza di Devoto, per Gaetano Pieraccini il fascismo significa esclusione e sofferenze; nel 1924 viene licenziato, per motivi politici, dall'Ospedale di Santa Maria Nuova e deve interrompere ogni contatto con gli ambienti sindacali. Nel 1932 il toscano concorre per ricoprire la Cattedra di Medicina del lavoro dell'Università di Napoli ma manca di un requisito indispensabile, l'iscrizione al Partito fascista.

Alla fine del secondo conflitto mondiale Pie-

raccini riprende il posto nel Partito socialista con la carica di sindaco della Liberazione di Firenze. Si spreca gli attestati di deferenza e gli incentivi a riprendere posto alla Società di Medicina del lavoro. Contemporaneamente sono messe in atto tutte le azioni per legittimare gli stessi attori primari di una disciplina che, paradossalmente, dacché il fascismo l'aveva bollata come "sovversiva", era poi divenuta cosa di regime, anzi "fascistissima". All'età di 88 anni Pieraccini è nominato "professore emerito" di Patologia del lavoro, «a riparazione forzosamente tardiva di una grave ingiustizia sofferta per motivi politici». Nel giro di alcuni anni le istituzioni volute o ricostruite dal fascismo, in particolare l'Ente nazionale propaganda infortuni nato dalla costola dell'Associazione degli industriali e diventato potente organo istituzionale e l'Istituto nazionale di assicurazione degli infortuni sul lavoro, tornano in auge, smentendo le ipotesi di scioglimento. L'Ispettorato del lavoro, con scarsi mezzi, deve operare per non ostacolare lo sforzo produttivo del Paese, mettendolo nelle condizioni di non esigere l'applicazione delle leggi per rendere meno nocivo lo sfruttamento dei lavoratori.

Le vicende toscane del dopoguerra non sono dissimili dal resto d'Italia; la "ricostruzione" e il "boom economico" si compiono con standard di tutela bassi e sacrifici ingenti a carico dei lavoratori, di quelli autoctoni e dei nuovi immigrati meridionali. Per osservare un'inversione di tendenza occorrerà arrivare agli anni Settanta del 1900 quando, grazie alle rivendicazioni e al protagonismo dei diretti interessati e al ruolo assunto dalle amministrazioni locali, Comuni e Regione, sono assunte decisioni tecniche e politiche capaci di trasformarsi in tangibili benefici per i lavoratori, con effetti che in parte possono essere osservati ancora oggi in un pur mutato contesto economico e sociale.

Francesco Carnevale
Medico del lavoro, Firenze

DAL DUECENTO I CONFRATELLI PRESTANO OPERA VOLONTARIA AL SERVIZIO DEI MALATI

La lunga storia della Misericordia di Firenze

Il volontariato cristiano della Misericordia di Firenze ha radici storiche lontane, avendo, come data della sua fondazione, i primi anni del Duecento, e potendo quindi rivendicare il suo primato su tutte le altre associazioni sorte nei secoli successivi. La radice leggendaria della Misericordia è legata alla storia di Piero Borsi facchino che, come atto penitenziale, induce gli altri facchini a raccogliere "una crazia" per acquistare sei "zane" (ceste di paglia) con cui poter trasportare i malati verso "lo spedale"; la

Tutto cominciò da un facchino generoso e pio

radice storica riporta di una compagnia cristiana con organizzazione quasi militare che nasce nel 1244 per opera dello "Beato messer Santo Piero Martire".

In queste radici si ritrovano i quattro valori fondanti: la cristianità, la misericordia, il volontariato, l'organizzazione. I confratelli della Misericordia, vestiti con la veste nera, cinta in vita da un S. Rosario e coperto il volto con la "buffa" (cappuccio), provvedevano al trasporto dei malati e dei morti.

La vocazione sanitaria della

Misericordia si manifesta per la prima volta durante la pestilenza del 1523, quando fu edito un libro del medico Girolamo Buonagrazia per la cura degli appestati. Nei tre secoli successivi non ci sono novità. Si giunge quindi alla metà dell'Ottocento. Proprio negli anni in cui Vittorio Emanuele II diventava Re d'Italia, nasceva, in seno all'Arciconfraternita, la deputazione per le nottate e le mutature agli infermi. I confratelli di questa deputazione svolgevano di fatto una vera e propria opera assistenziale infermieristica.

In quegli stessi anni, la crocerossina inglese (ma nata a Firenze) Florence Nightingale, fondatrice dell'attività infermieristica moderna, organizzava il soccorso dei feriti nella guerra di Crimea, avendo imparato i primi rudimenti dell'organizzazione infermieristica presso la Misericordia di Firenze. Durante la prima guerra mondiale (1915-1918) Firenze accoglie i numerosi feriti che venivano dal fronte; la Misericordia provvede al trasporto e all'assistenza

notturna dei malati gravi presso l'ospedale militare.

Nel 1927 viene inaugurata una nuova attività sanitaria della Misericordia: l'ambulatorio medico gratuito diretto dal chirurgo professor Stori in cui medici volontari erogano gratuitamente prestazioni mediche per gli indigenti, per i religiosi e per i mutilati e orfani di guerra. Gli altri venivano ammessi pagando una modesta somma che, confluenndo in un fondo, permetteva di assistere i fratelli ascritti poveri. Nel 1928 il ministero dell'Interno conferì alla Misericordia di Firenze la Medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica. Nel 1938, l'attività sanitaria dell'ambulatorio medico venne potenziata con un gabinetto radiologico, a disposizione di tutti.

Nel periodo 1943-1944, i Confratelli della Misericordia furono impegnati nell'assistenza dei feriti civili coinvolti in questi drammatici eventi. Per la requisizione delle autoambulanze motorizzate disposta dal comando germanico del 18 settembre 1943, la Misericordia rimise in servizio vecchie lettighe e carretti trascinati a mano. Nonostante rastrellamenti e rappresaglie che si facevano sempre più frequenti, la Misericordia mantenne sempre un minimo servizio anche se con mezzi scarsissimi; rimase sempre anche un medico a disposizione dei pazienti in ambulatorio. Il 3 agosto del 1944 il comando germanico proclamò il coprifuoco; secondo gli accordi presi la Misericordia assunse la direzione dell'organizzazione sanitaria ed ebbe il permesso di libera circolazione per medici e portaferti.

Nella sede della Compagnia della Misericordia fu allestito un pronto soccorso, che accolse feriti e traumatizzati (anche soldati tedeschi). L'opera fu così importante che il comando germanico, prima di fuggire, inviò un ringraziamento ufficiale, cui fece seguito, pochi mesi dopo, un meritato "encomio solenne" anche del Comitato di liberazione nazionale.

Nel dopoguerra, si sviluppò

sempre di più la vocazione sanitaria e sociale di questa Venerabile istituzione: 1956 respiratore per il pronto soccorso in caso di annegamento; 1957 dotazione di un Ecg e pubblicazione di una "Guida all'assistenza sanitaria"; 1963 intervento per la sciagura del Vajont; 4 novembre 1966 interventi per l'alluvione dell'Arno; 1968 interventi per il terremoto del Belice, in Sicilia; 1969 inaugurazione di corsi di pronto soccorso per i fratelli ascritti (poi effettuati annualmente); 1974 primo servizio di guardia medica festiva e notturna; il 6 gennaio 1976 nuovo ambulatorio medico presso la Sezione del Campo di Marte; 18 novembre 1979 inaugurazione della guardia medica coronarica e di una unità coronarica mobile dotata di radiotelefono e di tutte le apparecchiature specialistiche necessarie; 1980 inaugurazione del servizio di assistenza domiciliare per gli anziani; 1984 servizio di emodialisi per 24 pazienti; 1993 intervento del gruppo per la protezione civile per i soccorsi in occasione dell'atten-

tato terroristico del 27 maggio in via dei Georgofili a Firenze; 1995 in collaborazione con l'Ospedale Mayer, servizio di trasporto di neonati affetti da patologie gravi; 2010 inaugurazione di ambulatorio infermieristico.

Negli ultimi cinque anni, il volontariato cristiano dei Fratelli della Misericordia di Firenze ha ottenuto questi risultati: 200.000 servizi di trasporto di malati e feriti ai luoghi di ricovero e cura, oltre 45.000 mutature e nottate agli infermi, circa 1.800 interventi del gruppo della protezione civile, più di 300.000 prestazioni mediche.

Il diverso colore della veste di chi assiste gli infermi e la scomparsa della "buffa" non ha mutato, ma anzi ha esaltato il significato cristiano dell'azione sanitaria e assistenziale della Ven. Arciconfraternita della Misericordia di Firenze nella città del Fiore.

Riccardo Gionata Gheri
Direttore sanitario della Misericordia di Firenze



Negli ultimi 5 anni ha erogato oltre 300mila prestazioni

PISA Al via una struttura infermieristica di consulenza nell'ospedale di Cisanello

Stomizzati, c'è l'ambulatorio



Garantiti percorsi terapeutico-riabilitativi prima e dopo l'intervento

Gestire una stomia, ossia un'apertura chirurgica sull'addome, che mette in comunicazione con l'esterno l'apparato intestinale o urinario (una deviazione che diventa spesso salvavita in molte patologie benigne o maligne ed eventi traumatici), richiede la massima professionalità, integrazione multidisciplinare ma soprattutto continuità assistenziale fra ospedale e territorio dopo la dimissione, per far sì che il portatore di stomia (che può essere temporanea o definitiva) sia assistito anche a domicilio come in corsia.

Per rispondere a queste esigenze, in ottemperanza a una delibera regionale che stabilisce che le

aziende ospedaliere costituiscano centri di assistenza del paziente ileo-colo-uro-stomizzato, a Pisa è stato istituito un ambulatorio infermieristico per la consulenza pre-stomia e la riabilitazione dei pazienti stomizzati, sia esterni che ricoverati inviati dai vari reparti, che garantisce la loro presa in carico totale. L'ambulatorio, situato all'ospedale di Cisanello, è parte integrante del percorso assistenziale terapeutico e riabilitativo messo a punto dall'AouP insieme all'Asl 5 di Siena, che prevede che l'assistenza ai pazienti stomizzati sia gestita in modo integrato fra Mmg e pediatri, distretti socio-sanitari, ospedale, con la collaborazione dell'Asso-

ciazione pazienti stomizzati toscani.

L'obiettivo è garantire efficacia delle cure, riduzione dei tempi di ricovero e miglioramento della qualità della vita di queste persone e dei loro familiari. Al paziente stomizzato che accede al servizio viene offerto un percorso di consulenza con informazioni sulla diagnosi e tipologia dell'intervento chirurgico e il disegno pre-operatorio per il corretto posizionamento della stomia. Si effettuano inoltre i controlli post-chirurgici sull'igiene e gestione della stomia e si pianifica il follow-up ambulatoriale post-dimissione, con informazioni sulle procedure per la fornitura dei presidi stomali

e la loro prescrizione. Nel percorso assistenziale integrato sono coinvolti più professionisti: l'infermiere enterostomista esperto di stomaterapia, il chirurgo e altri specialisti con competenze specifiche (dietista, psicologo, andrologo, ginecologo, urologo, psichiatra, mediatore culturale eccetera). Il collegamento con le strutture territoriali è considerato ovviamente fondamentale per realizzare una rete informativa efficace e per il raggiungimento dell'eccellenza.

Emanuela Del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

AREZZO

Assistenza psicologica per i malati di Sclerosi laterale amiotrofica

Prosegue, per il secondo anno consecutivo, l'attività di assistenza psicologia ambulatoriale e domiciliare ai malati di Sclerosi laterale amiotrofica (Sla) e ai loro familiari residenti nella provincia di Arezzo. Un servizio che integra e supporta i servizi neurologici e neurofisiopatologici ospedalieri e territoriali dell'Asl 8, sulla base di una convenzione stipulata tra l'azienda stessa e l'Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica onlus, impegnata in tutta Italia nella tutela, nell'assistenza e nella cura dei malati di Sla, dei loro familiari e presente anche ad Arezzo con una sede locale. Così com'è stato per i dodici mesi appena trascorsi, sarà uno psicologo messo a disposizione dall'Asla a garantire l'attività assistenziale in ambulatorio e al domicilio dei pazienti e dei loro familiari. Il nuovo progetto sarà attivo fino al 15 settembre del 2012 ed è cofinanziato con 10mila euro a testa, dall'azienda sanitaria e da Aisla Arezzo grazie al ricavato della manifestazione «Pergine abbraccia la lotta alla Sla».

aspetti psicologici risultano di particolare importanza, sia dal punto di vista dell'utente che dei suoi familiari - spiega Michela Pallanti, psicologa della sede Aisla di Arezzo -. Vi è la necessità di garantire a queste persone la continuità della presa in carico psicologica oltre a quella per le nuove diagnosi. Lo scorso anno si è consolidato un positivo rapporto di collaborazione con l'Azienda Asl 8 - conclude Pallanti - e in particolare con le unità operative del Gruppo di lavoro dedicato alla Sla. Per questo desideriamo ringraziare la direzione generale dell'azienda sanitaria per l'impegno profuso a riconoscimento della validità del progetto stesso».

Generalmente si ammalano di Sla individui adulti di età superiore ai 20 anni, di entrambi i sessi, con maggiore frequenza dopo i 50 anni. In Italia si manifestano in media tre nuovi casi di Sla al giorno e si contano circa sei ammalati ogni 100mila abitanti. Nella provincia di Arezzo gli ammalati di Sla sono attualmente una trentina.

Il nuovo progetto attivo fino al 15 settembre 2012

«In una patologia cronico-degenerativa come la Sla gli

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

LIVORNO

Raddoppiano i servizi diabetologici nella zona della Bassa Val di Cecina

È stata raddoppiata l'offerta di ambulatori diabetologici per la zona della Bassa Val di Cecina. Si passerà, infatti, dalle otto sedute, previste mensilmente, alle 14 e addirittura 15 per ottobre. Ma l'ampliamento dell'offerta non sarà solo quantitativa, si allargherà anche la varietà dei servizi. Alcune giornate saranno dedicate al diabete gestazionale, la forma sviluppata dalle donne nella gravidanza, e al piede diabetico, una delle complicanze frequenti e con pesanti ricadute per i pazienti.

«La nuova Diabetologia aziendale - spiega Monica Calamai, direttore generale dell'Asl 6 di Livorno - è stata protagonista, in questo ultimo anno, di profonde e importanti modificazioni che hanno portato alla creazione di nuovi percorsi diagnostico-terapeutici e al miglioramento della qualità e dell'offerta assistenziale. Se fino a oggi tali trasformazioni hanno avuto ricadute soprattutto nell'area livornese, l'ampliamento alla Bassa Val di Cecina dimostra la volontà di garantire servizi sempre più omogenei e allineati su tutto il territorio, tant'è che, a breve anche Piombino sarà interessata». Cecina diventa così protago-

Cresce l'offerta su diagnosi e percorsi terapeutici

nista della riorganizzazione del percorso per il paziente diabetico con un'assistenza cosiddetta di secondo livello. «Stiamo seguendo il modello internazionalmente riconosciuto e apprezzato del Chronic care model - dice Graziano Di Cianni, direttore della Diabetologia aziendale - che assegna ai gruppi di medicina d'iniziativa l'assistenza diabetologica di base demandando ai servizi specialistici la gestione dei casi complicati oltre che la valutazione iniziale e periodica delle complicanze croniche». «Gli ambulatori specialistici - continua - operano in accordo con la medicina andando a costituire un tassello importante in una rete sempre più integrata di servizi. Siamo convinti che questo modello possa davvero rappresentare una svolta importante per il territorio evitando ai nostri pazienti inutili spostamenti. Il progetto rappresenta uno snodo fondamentale nella strategia di sviluppo dell'Unità operativa di Diabetologia a valenza aziendale che ho elaborato fin dalla sua creazione risalente allo scorso anno».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

LUCCA

Analisi: Capannori punta i riflettori sul suo Laboratorio di Area vasta

A Capannori i rappresentanti di enti pubblici e ditte private il 22 settembre hanno partecipato a un incontro pubblico per presentare le attività del Laboratorio di Sanità pubblica di Area vasta (Lspav), che ha sede presso il centro sanitario, una struttura sovrazionale di riferimento per le attività analitiche di prevenzione collettiva.

I committenti istituzionali del Laboratorio sono i dipartimenti della prevenzione, i servizi di prevenzione e protezione e i presidi ospedalieri delle aziende che fanno parte dell'Area vasta e dell'Asl 9 di Grosseto, che si è recentemente aggiunta per analisi microbiologiche su acque e alimenti e analisi chimiche delle acque. L'obiettivo è però quello di aprire sempre di più la struttura al territorio, implementando l'attività già svolta come supporto di soggetti pubblici e privati, con analisi legate a microbiologia degli alimenti, agenti biologici in ambienti di vita e di lavoro, agenti fisici, microbiologia delle acque, chimica delle acque, polveri e fibre. I servizi per l'utenza pubblica e privata vengono effettuati con convenzioni o sotto forma di consulenza. «Questo in-

contro è importante - ha evidenziato il direttore sanitario dell'Asl 2 di Lucca Lisandro Fava - perché permette di mettere in evidenza le notevoli opportunità offerte dal nostro Laboratorio di Area vasta, giustamente considerato una struttura di eccellenza».

«Per Capannori è un onore ospitare un'iniziativa sulle attività del laboratorio di Sanità pubblica di Area vasta Nord-Ovest - ha sottolineato il presidente della Conferenza dei sindaci e sindaco di Capannori, Giorgio Del Ghingaro -, queste strutture, infatti, rappresentano un'esperienza significativa di messa a sistema fra diverse realtà territoriali e hanno saputo dare risposte positive sia in termini tecnici-amministrativi, sia di una progettazione coordinata».

All'incontro sono state illustrate le peculiarità del servizio e le novità recentemente introdotte dalla Regione nell'ambito del sistema a rete formato dai Laboratori di Firenze, Siena e Lucca. La funzione di coordinamento è stata affidata proprio al Laboratorio di Capannori.

Il centro avrà ruolo di coordinamento nella rete regionale

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

IN BREVE

SIENA

Sarà ampliato il progetto "Clown in Corsia" al policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena. «Visto il buon esito dell'intervento effettuato tra aprile e maggio - spiega l'assistente sociale Lucia Rappuoli, coordinatore del progetto Ospedale per i bambini - dai volontari clown "Nasi e Nasi", nell'ottica della riduzione del dolore, della paura e dell'ansia sia del bambino che delle famiglie, riproponiamo anche per il prossimo anno l'attività distrattiva e di sostegno al dolore. Un sorriso, il gioco e l'allegria, infatti, hanno un vero e proprio ruolo terapeutico per i piccoli pazienti che spesso devono effettuare anche lunghe permanenze in ospedale. Il nostro obiettivo è proprio quello di farli sentire come a casa e rincuorarli quando si scoraggiano».

PISA

Da lunedì 26 settembre è partita la II edizione annuale della Scuola speciale di Chirurgia dell'esofago dell'Acoi (Associazione chirurghi ospedalieri italiani). La Scuola, per decisione del consiglio direttivo Acoi, è stata mantenuta a Pisa e affidata a Stefano Santi, presso la Sezione dipartimentale di Chirurgia dell'esofago dell'AouP da lui diretta. È accreditata presso il Ministero con 50 crediti Ecm ed è indirizzata a chirurghi che si occupano di chirurgia digestiva e desiderino approfondire le loro conoscenze teorico-pratiche nella diagnosi e terapia delle malattie dell'esofago. Si articola in due moduli annuali che prevedono, ciascuno, un corso residenziale di cinque giorni a Pisa e un tirocinio di tre giorni presso i centri di Padova, Milano e Spoleto.

CALENDARIO



LIVORNO

Convegno «Lo spettro della violenza nell'universo femminile e del minore» al cinema teatro "G. Verdi" a San Vincenzo su conoscenza, metodologie e percorsi assistenziali degli effetti psichici di traumi su donne e minori. Info: 0586223276, uff.formazione@usl6.toscana.it



FIRENZE

«Esposizione a fumo passivo: Rete regionale tabagismo toscana». È il titolo del seminario, organizzato da Ispo, che si terrà presso l'Educatore di Fuligno di Firenze. L'evento raccoglie i rappresentanti degli operatori sanitari che si occupano di tabagismo in Toscana. Info: 05532697828



PISA

Presso l'Auditorium Polo tecnologico di Navacchio si terrà il convegno «I disturbi alimentari (Da): dalla criticità alla possibilità». Si parlerà dei diversi aspetti clinici nei Da, implicazioni cliniche e terapeutiche e il sostegno della famiglia di pazienti affetti da Da. Info: 050954230, ggiannini@usl5.toscana.it



direttore responsabile
ELIA ZAMBONI
coordinatore editoriale
Roberto Turno
comitato scientifico
Beatrice Sassi
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Allegato al n. 37
4-10 ottobre 2011
reg. Trib. Milano n. 679
del 7/10/98

Stampa: Il Sole 24 Ore S.p.A.
Via Tiburtina Valeria (Ss 5),
km 68,700
67061 Carsoli (Aq)

Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



MA DOVE? IN BIBLIOTECA.

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

FILM
E
MUSICA

IN
GRESSO
LIBERO

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

MUSICA
E
FILM

INTER
NET
PER
TUTTI

GIOR
NALI
E
RIVISTE

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

Cerca la biblioteca più vicina a casa tua
www.regione.toscana.it/cultura/biblioteche