

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 47 anno XII del 15-21 dicembre 2009 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

BILANCI

La Regione investe il 4% della spesa per le cure psichiatriche

Salute mentale per 100mila

Assistenza in 51 centri - Sul territorio strutture residenziali con 900 posti

La migliore strategia è "fare insieme"

di **Giovanna Faenzi** *

In questi anni in Toscana la normativa regionale è intervenuta con disposizioni organiche sull'integrazione socio-sanitaria. L'integrazione tra soggetti diversi e la partecipazione e il coinvolgimento delle comunità locali assumono particolare importanza per la realizzazione di un modello di assistenza integrata territoriale la cui finalità è la promozione e la tutela della salute mentale dei cittadini.

Per affrontare la complessità dei bisogni delle persone con disturbi psichici e per promuovere la salute mentale attraverso un modello di Sanità di iniziativa in cui i problemi vengono assunti prima dell'insorgere della malattia, è necessario operare attivamente su più livelli di integrazione coinvolgendo un insieme di soggetti istituzionali, di forze sociali, di operatori pubblici e privati secondo il principio di una partecipazione comune.

Il modello organizzativo dei servizi per la salute mentale si configura come un sistema di servizi, in rete tra loro, con équipe multidisciplinari integrate che operano attraverso interventi che si sviluppano nella e con la comunità locale; servizi che si dedicano alla promozione della salute mentale, alla individuazione precoce del disturbo, alla cura e riabilitazione dei disturbi psichici delle persone di ogni età. A fianco dei servizi operano attivamente sul territorio associazioni e

CONTINUA A PAG. 2

La mancanza di salute mentale è una minaccia per la Sanità pubblica e da parte dell'Organizzazione mondiale della Sanità le condizioni psichiatriche sono ritenute responsabili del 25% delle malattie e delle morti evitabili. Inoltre la depressione rappresenta in Europa la seconda causa di disabilità dopo le malattie cardiovascolari.

Anche questi temi sono stati affrontati e discussi durante il convegno «Quanto la persona è al centro della sua cura» organizzato il 1° dicembre dal coordinamento toscano delle associazioni per la salute mentale, in cui è stato presentato il rapporto 2009. È stato fatto il punto sui servizi territoriali elaborati utilizzando il flusso informativo regionale dedicato alla salute mentale e le informazioni relative ai ricoveri nei reparti psichiatrici sono tratte dal flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera (Sdo). Le informazioni che si ricavano consentono, quindi, una descrizione delle caratteristiche degli utenti e delle attività della salute mentale toscana, sia per quanto riguarda gli adulti che l'infanzia e l'adolescenza e, allo stesso tempo, permettono di valutare le azioni regionali e locali da intraprendere per adeguare la qualità e l'appropriatezza delle risposte assistenziali fornite.

Oggi il sistema informativo dedicato alla salute mentale ci dice che nel 2008 ben 100mila pazienti si sono rivolti ai servizi pubblici di salute mentale e di questi 30mila erano minori di 18 anni. L'assistenza è fornita da 51 centri di salute mentale; sono disponibili circa 450 posti letto nei reparti dedicati negli ospedali pubblici, nelle cliniche universitarie e nelle cliniche private. Nel territorio regionale sono presenti 57 centri diurni e numerose strutture residenziali di tipo comunitario con una dotazione di circa 900 posti letto. Questa organizzazione è gestita da personale qualificato, dipendente dal Servizio sanitario nazionale o da altri enti gestori, che si dedica con passione e generosità all'assistenza ai pazienti psichiatrici. Inoltre è utile ricordare che al momento della chiusura dei manicomi nel 1978, i pazienti ricoverati nelle

L'identikit della psichiatria toscana



100.000	Pazienti nei servizi di salute mentale (30mila under 18)
4.000	Ricoverati nelle strutture toscane nel 1978
51	Centri di salute mentale
450	Posti letto disponibili
57	Centri diurni e altre strutture residenziali di tipo comunitario con circa 900 posti letto

strutture toscane erano circa 4mila e tra loro vi erano pazienti affetti da patologia psichiatrica ma anche handicappati gravi e pazienti affetti da abuso di sostanze in particolare alcool.

La Regione Toscana ha cercato di individuare una strada coerente avente aspetti in parte nuovi e diversi da quelli ritenuti di fondamentale importanza dal Consiglio europeo di Barcellona: l'accessibilità dell'assistenza in base a principi di universalità, equità e solidarietà anche nei confronti di coloro che hanno bisogno di cure lunghe e costose; l'offerta di assistenza di qualità al passo con la ricerca scientifica; la sostenibilità finanziaria, con provvedimenti che assicurino a lungo termine l'assistenza e una maggiore sostenibilità del sistema.

Le leggi regionali pongono la comunità al centro della politica per la salute e promuovono, attraverso la partecipazione dei cittadini, l'inclusione sociale, la prevenzione e l'integrazione socio-sanitaria. Le aziende sanitarie, le società della Salute e le Comunità locali devono impegnarsi su questi temi perché la malattia mentale è materia estremamente seria e difficile. È indispensabile accompagnare l'azione di tutti gli operatori psichiatri, psicologi, neuropsichiatri infantili, infermieri, educatori, operatori diversi impegnati in questo difficile compito.

La Regione Toscana investe per questo tipo di assistenza il 4% dell'intera spesa sanitaria. Il modello organizzativo toscano riserva molta attenzione a quanto affermato dalle associazioni dei familiari e degli utenti; i provvedimenti legislativi regionali affermano che queste associazioni debbono avere un ruolo all'interno del sistema sanitario nei momenti della programmazione dell'uso delle risorse e nella fase di verifica dei risultati. Importante appare l'esperienza realizzata a Siena dove le associazioni di rappresentanza degli utenti e dei familiari sono state coinvolte nella definizione dei budget insieme ai responsabili dei servizi.

Galileo Guidi
Commissione governo clinico in salute mentale

ALTRI SERVIZI A PAG. 2, 4-5

MEDICINA PENITENZIARIA

Carceri, in arrivo 4.500 materassi nuovi

L'intervento regionale deciso dopo la scoperta di gravi carenze igieniche

I carcerati toscani avranno 4.500 materassi e cuscini nuovi, un servizio per la loro periodica sanificazione e una dotazione annuale di kit per l'igiene orale e personale. Lo ha deciso la Regione Toscana che, grazie all'approvazione della delibera n. 1112 del 30 novembre 2009, acquisterà il necessario con una spesa complessiva di 620mila euro. La decisione deriva dopo aver concluso i sopralluoghi effettuati nei presidi penitenziari da parte del responsabile del Centro regionale per la salute in carcere, dai quali sono emerse delle criticità, condivise con le aziende sanitarie di competenza, e sono state individuate le azioni e le risorse necessarie al superamento delle criticità presenti. Anche in carenza di risorse nazionali la Sanità pubblica regionale si fa carico di questi problemi per assicurare il suo obiettivo: assicurare il diritto alla salute di tutti i cittadini, detenuti o meno che siano. Durante i sopralluoghi, sono state evidenziate carenze igienico-sanitarie riferibili allo stato d'uso dei materassi - su cui un detenuto trascorre molto tempo - e dei cuscini, che risultano essere sporchi, obsoleti e in cattivo stato di manutenzione, che possono favorire lo sviluppo di malattie infettive ed ectoparassitarie.

CONTROCANTO

Più condivisione con utenti e familiari

di **Gemma Del Carlo***

Le leggi e le disposizioni per la salute mentale emanate dalla Regione Toscana sono pienamente condivise dai familiari e dagli utenti, ma è stato denunciato come queste disposizioni sono disattese in alcuni territori e aziende sanitarie.

L'attenzione ai problemi di salute mentale si è resa più evidente: molto è

stato fatto, ma molto resta da fare. Dai disturbi mentali è possibile guarire o comunque migliorare, per realizzare questo obiettivo è necessaria l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e l'attivazione a livello di zona/distretto dei Piani di salute integrati partendo

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Donazioni: più fondi per la qualità

La Giunta ha approvato il progetto sulla qualità della donazione di organi, tessuti e cellule. Il progetto durerà da novembre 2009 fino a ottobre 2010. Saranno considerati come obiettivi e come elementi di valutazione dei risultati raggiunti quelli previsti nel programma di «accreditamento del processo di donazione». Il progetto sarà finanziato con 1,3 milioni. (Delibera n. 1106 del 30/11/2009)

Niente ticket per chi è senza paga

La Giunta ha deciso che i lavoratori che non percepiscono stipendio per almeno tre mesi non dovranno pagare il ticket per le prestazioni

specialistiche ambulatoriali, di diagnostica e laboratorio. E nemmeno i loro familiari a carico. La Giunta ha deciso di intervenire, con misure straordinarie e temporanee, in favore dei lavoratori a cui, a causa della crisi, è stata interrotta la corresponsione della retribuzione. (Delibera n. 1100 del 30/11/2009)

Informazioni on line sui cantieri

La Giunta promuove strategie innovative che consentano una pianificazione dell'attività di vigilanza in edilizia dei Dipartimenti di prevenzione delle Asl anche attraverso una raccolta informatizzata on line delle informazioni presenti nelle notifiche preliminari dei cantieri. (Delibera n. 1108 del 30/11/2009)

ALL'INTERNO

Empoli punta sulla continuità

A PAG. 3

L'agricoltura aiuta i disabili

A PAG. 6

Master per infermieri Doc

A PAG. 7

MODELLI

I servizi regionali di salute mentale al top per la mobilità attiva



La psichiatria «attraente»

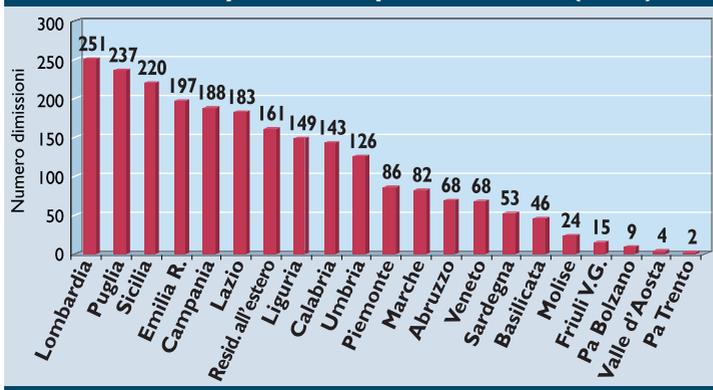
Il 27% dei pazienti arriva da fuori Regione - Siena eccellenza per i bimbi

Nel triennio 2006-2008 il 10% delle attività ospedaliere è stato impegnato dai cittadini provenienti da altre Regioni italiane. In particolare, nel 2008, il numero dei cittadini fuori Regione che si è rivolto ai servizi di neuropsichiatria infantile (reparto 33) e psichiatria adulti (reparto 40) è stato di 3.552, ovvero il 27% delle presenze totali, dato costante dell'intero triennio. Ciò significa che, negli ultimi tre anni, poco più di un cittadino su quattro che si è ricoverato in tali reparti, proveniva da una Regione diversa dalla Toscana.

I dati sono rilevanti perché un'analisi della mobilità ospedaliera, ovvero di come si spostano i cittadini per la propria salute, è di particolare interesse per la valutazione della qualità e dell'efficienza dei servizi sanitari. La valutazione della capacità di "attrarre" cittadini di altre Regioni da parte del sistema sanitario toscano può infatti aiutare a mettere in evidenza quali settori raggiungano punte di eccellenza e quali invece sembrano manifestare carenze.

Analizzando ancora più da vicino la situazione dei ricoveri, è emerso il fatto che in quelli di neuropsichiatria infantile il 55% di media, cioè ben 1.401 ricoverati, proveniva da fuori Regione, con punte dell'81% nel reparto di neuropsichiatria infantile dell'ospedale Le Scotte di Siena e del 57% della Stella Maris, che detiene il primato del maggior numero di prestazioni totali (con 792 pazienti) per il 2008. Nei reparti di psichiatria per adulti il 20% dei pazienti totali è arrivato da altre Regioni. Il quadro che viene fuori mostra che questi pazienti, che ricorrono ai servizi psichiatrici toscani, si rivolgono prevalentemente alle aziende ospedaliere universitarie, in particolare a quella pisana, e alle cliniche private. Le aziende ospedaliere universitarie hanno ospitato nel solo 2008 un totale di 1.127 pazienti non toscani, di cui gli ospedali pisani hanno fatto la parte del leone con 1.024 presenze. Le cliniche private (Villa Nozzano, Poggio Sereno, Villa dei Pini) hanno ospitato una grossa fetta

Dimessi da neuropsichiatria infantile per residenza (2008)

Dimessi da psichiatria per residenza (2008)


dei pazienti provenienti da altre Regioni con il 48,39 per cento.

I cittadini che usufruiscono dei servizi toscani provengono da tutta Italia, ma a un'attenta lettura dei dati, questi mostrano un trend differenziato tra la provenienza dei pazienti ricoverati nei reparti di neuropsichiatria infantile e in quelli di psichiatria adulti. Infatti, nel primo caso, i pazienti provengono dalle Regioni meridionali con la Campania in testa, da cui provengono ben 428 pazienti, seguita da Puglia, Liguria e Sicilia; nel secondo, invece, il maggior numero di pazienti non toscani proviene dalla Lombardia, con 251 pazienti, seguita da Puglia, Sicilia ed Emilia Romagna. Se i servizi psichiatrici toscani attraggono così tanti pazienti italiani, ciò non accade con gli immigrati sul nostro territorio. I dati mostrano che i servizi non vengono utilizzati da una minima parte delle persone provenienti dall'estero

che risiedono in Toscana (gli stranieri rappresentano circa il 7% dei residenti): sono lo 0,51% per quanto riguarda la neuropsichiatria infantile e l'1,49% per la psichiatria adulti.

La cosiddetta mobilità passiva, ovvero quanti toscani si rechino fuori Regione per motivi di salute mentale, è molto bassa. Nel 2008 sono stati 594 (205 minori, 389 adulti) i cittadini toscani che si sono recati in strutture di altre regioni per farsi curare. I servizi toscani di psichiatria risultano nel triennio 2006-2008 uno dei punti di eccellenza della Sanità toscana, come evidenzia il bilancio dei dati di mobilità sanitaria, confermando il livello di offerta di servizio in cui la Toscana si distingue per qualità ed efficienza.

Daniel de Wet

Settore Governo socio-sanitario
Politiche integrate per la promozione
e la tutela della salute mentale

PRIMO INCONTRO DELL'OSSERVATORIO

«Intensità di cura» al check

Le esperienze di tutte le aziende sanitarie della Regione Toscana, lo "stato dell'arte" - direttamente conosciuto dalle presentazioni delle direzioni aziendali - e le criticità che l'applicazione del modello dell'ospedale per intensità di cura ha incontrato. Questi i temi affrontati nel primo incontro organizzato dall'Osservatorio permanente sull'ospedale per intensità di cura, tenutosi il 24 novembre scorso, che ha fatto emergere un vivo interesse nei numerosi partecipanti. La giornata di studio, infatti, ha portato alla necessità di un prossimo incontro, previsto nel febbraio 2010, dove le criticità - che afferiscono essenzialmente alla natura strutturale, organizzativa e professionale del modello - saranno affrontate e dibattute dagli operatori direttamente interessati, con il contributo delle organizzazioni dei cittadini.

L'Osservatorio ha, inoltre, proposto la costituzione di alcuni gruppi di lavoro per approfondire le problematiche specifiche inerenti alla condivisione delle classi di priorità clinica per le liste di programmazione chirurgica, il concetto di reparto di degenza «high care» in area medica, lo sviluppo di una diversa modalità assistenziale per i pazienti anziani affetti da frattura di femore e con comorbidità tali da condizionare il risultato del trattamento chirurgico, oltre un gruppo di lavoro specifico per la revisione costante del lavoro dell'Osservatorio stesso.

In questo ambito, infatti, riteniamo che si debbano sviluppare ulteriori attenzioni verso la definizione della «presa in carico unica», del ruolo del medico tutor e dell'infermiere di riferimento e della formazione, di tutto il personale sanitario e non, che le nuove competenze del modello organizzativo comportano (come il lavoro di équipe) e le nuove responsabilità professionali e giuridiche che il modello dell'ospedale

per intensità di cura comporta.

Il Piano sanitario 2008-2010 della Regione Toscana ribadisce il concetto dell'organizzazione dell'offerta ospedaliera secondo il criterio dell'intensità delle cure e il nuovo disegno dell'offerta ospedaliera viene inserito nel capitolo della "rete ospedaliera" insieme alla riqualificazione dei piccoli ospedali, con l'intento di migliorare la qualità e la sicurezza delle cure, promuovendo con interventi mirati l'appropriatezza clinica e organizzativa. Il paradigma del nuovo concetto di cura si muove verso un approccio incentrato sul bisogno del singolo cittadino, garantendo assistenza continua e personalizzata, percorsi multiprofessionali e multidisciplinari pur mantenendo riferimenti sanitari certi (ad esempio le competenze specialistiche) e la costante ricerca dell'appropriatezza nell'uso delle cure.

Confronto a tutto campo sul nuovo modello di ospedale

Il tema, proprio perché complesso, ha necessitato di uno specifico strumento di osservazione, una sentinella attenta e propositiva: l'Osservatorio permanente sull'ospedale per intensità di cura. Che ha determinati compiti: la valutazione, dell'avvio e a regime, del modello nell'attuale contesto regionale; il monitoraggio e confronto dei risultati conseguiti in ospedali con mission e diverse dimensioni; il supporto alle aziende sanitarie per la realizzazione della "continuità assistenziale"; lo sviluppo dei sistemi di gestione digitale dei modelli aziendali dell'informatizzazione delle sale operatorie e della cartella clinica, nel rispetto della sicurezza del paziente e degli operatori; la verifica della creazione dei percorsi differenziati tra emergenza-urgenza e attività programmata, secondo criteri di gravità.

Mario Cecchi

Responsabile dell'Osservatorio
sull'ospedale per intensità di cura

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

dal progetto individuale personalizzato. Per migliorare i servizi e ottimizzare l'uso delle risorse è necessario attuare interventi condivisi con l'utente e la famiglia e realizzare il coordinamento tra l'azienda sanitaria, gli enti locali e le associazioni e una accurata valutazione degli interventi.

Il coordinamento toscano delle associazioni per la salute mentale, costituitosi nel 1993, ha l'adesione di 28 associazioni e ha come scopo principale quello di tutelare i diritti delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie. Testimoniando la nostra soddisfazione per l'ampia partecipazione e consenso avuto nel convegno «Quando la persona è al centro della sua cura», poiché è diventato un ap-

puntamento annuale di verifica e rappresenta per la vita del Coordinamento un evento molto importante che vede protagonisti i familiari e gli utenti allo stesso tavolo con la Regione, le aziende sanitarie, le Società della salute e i Comuni. Il convegno ha affrontato il tema dell'integrazione e Giovanna Faenzi ha affermato che la Regione ha individuato nella Società della salute tutti gli strumenti per mettere in grado le istituzioni locali di attivare l'integrazione socio-sanitaria.

Pensiamo che su questo si giochi la possibilità di successo della riabilitazione psichiatrica, la proposta avanzata non ci convince del tutto, chiediamo che tali strumenti siano ulteriormente affina-

ti. Dal confronto con i direttori generali delle Asl, con i rappresentanti dei Comuni e delle Sds è emersa una grandissima difficoltà a lavorare insieme. L'assessore Gianni Salvadori ha seguito i lavori per tutto il giorno ribadendo tra l'altro l'importanza della nostra collaborazione e ha espresso le preoccupazioni per il futuro a causa delle risorse che il Governo taglia in questo campo. Il convegno ha aperto le manifestazioni che si sono tenute in occasione della giornata nazionale per la Salute mentale che si è tenuta il 5 dicembre 2009.

* Presidente Coordinamento toscano delle associazioni per la salute mentale

La migliore strategia... (segue dalla prima pagina)

gruppi di auto aiuto di utenti, associazioni di familiari e di volontari che rappresentano una risorsa fondamentale per la promozione della salute mentale della popolazione e per favorire l'inclusione sociale.

Il "fare insieme" e la collaborazione tra istituzioni, servizi socio-sanitari e soggetti privati appare particolarmente importante per realizzare progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati diretti a valorizzare le potenzialità e le risorse delle persone per una loro effettiva inclusione sociale e lavorativa. Occorre pertanto dedicare attenzione agli interventi diretti a garantire i diritti di cittadinanza delle persone con disturbi psichici e in particolare il diritto alla casa, al lavoro, a una vita dignitosa fatta di rapporti e di relazioni sociali.

Il percorso è ampio e complesso e richiede quindi un forte impegno da parte di tutti i soggetti pubblici e privati. Il lavoro avviato è notevole e di grande valore; infatti, in alcune realtà, gli interventi integrati per la promozione e la tutela della salute mentale raggiungono livelli di eccellenza. È necessario pertanto procedere insieme per consolidare e rafforzare su tutto il territorio il modello di servizi delineato dalla normativa regionale avendo ben chiaro che una buona salute mentale consente ai cittadini di raggiungere una migliore qualità di vita e che «non c'è salute senza salute mentale».

* Responsabile Area di coordinamento Politiche sociali integrate e settore governo socio-sanitario - Regione Toscana

SSR AI RAGGI X Empoli: conclusi i lavori del secondo piano del "Santa Verdiana"

Verso l'ospedale di continuità



Completati i locali per la degenza di pazienti cronici e disabili gravi

Sono stati portati a termine i lavori di ristrutturazione e adeguamento che hanno interessato il secondo piano del "Santa Verdiana" a Castelfiorentino, l'ospedale di continuità che nasce dalla collaborazione dell'azienda ospedaliera di Careggi e dell'Università di Firenze, pensato e rinnovato per la presa in carico dei malati cronici, dei pazienti che necessitano di long term care e di coloro che necessitano di cure palliative (hospice), nonché destinato alla formazione universitaria dei futuri medici e infermieri.

La ristrutturazione è stata completata per i locali dedicati alla degenza dei pazienti. In questi sono ospitati sia pazienti con patologie croniche che con gravi disabilità neurovegetative. Nei locali adibiti alla degenza sono state realizzate 12 camere (25 posti letto): la maggior parte ha due posti letto, ma è anche presente una camera con tre posti letto per pazienti in stato di incoscienza con maggiore necessità di vigilanza assistenziale. Ci sono an-

che tre camere a un solo posto letto per pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (Sla) o gravi patologie.

Tutte le camere sono dotate di servizi igienici. Il criterio con cui sono stati eseguiti i lavori di ristrutturazione è quello di consentire il ricovero di pazienti con esigenze diverse nel rispetto del loro stato clinico, ma con la volontà, laddove possibile, di recuperare le capacità residue per favorire il rientro al domicilio con minori difficoltà per il paziente stesso e la sua famiglia. Inoltre, sono funzionanti i locali destinati ai malati oncologici che comprendono l'ambulatorio, la sala d'attesa dedicata, la sala per le terapie, la sala per i gruppi e i servizi. È stata costruita, quindi, un'area dedicata a consentire un percorso appropriato a questo tipo di pazienti che hanno bisogni specifici e ai quali può essere fornita una risposta globale di presa in carico da parte di un'équipe multiprofessionale.

Al secondo piano si trova anche una zona che ospita gli



L'ospedale "Santa Verdiana" a Castelfiorentino

studi medici per i professionisti coinvolti nel progetto di sostituzione dell'ospedale di continuità; oltre alla zona destinata alla didattica dotata di aula, locali studio, spogliatoi e servizi dove, già a partire dal prossimo mese di gennaio, gli studenti inizieranno il loro percorso formativo on the job. Inoltre, al primo piano dell'ospedale la riabilitazione è già un presidio d'avanguardia sul territorio per la fisioterapia, logopedia e riabilitazione, compre-

sa quella intensiva per gravi difficoltà neurologiche. Nel reparto vengono accolti circa 700 pazienti all'anno, per trattamenti ambulatoriali o in day hospital, seguiti da 5 fisioterapisti e un logopedista.

Al piano terra il day service, la cui attivazione è prevista nei primi mesi del 2010, identifica l'attività di diagnosi e cura esercitata attraverso servizi ambulatoriali ovvero un poliambulatorio specialistico e radiagnostico (che copre

dall'odontoiatria alla mammografia) in grado di gestire diverse situazioni cliniche complesse per le quali il ricovero risulta inappropriato, ma per le quali non è possibile trovare risposte adeguate nell'abitazione del malato. Nel day service sarà possibile svolgere sia percorsi diagnostici con tempi brevi sia terapie realizzabili con difficoltà a domicilio (infusione di liquidi, trasfusioni), per la diagnosi e la cura di numerose patologie, compresi i tumori.

L'avvenuto completamento del secondo piano segna l'inizio dei lavori al terzo che ospiterà altri 15 posti letto per l'ospedale di continuità. In questo settore verranno curate le ricattizzazioni che spesso si verificano nei malati cronici, affetti da patologie cardiorespiratorie, vascolari, infezioni broncopulmonari e delle vie urinarie, stati di disidratazione, pazienti a rischio di non autosufficienza perché colpiti da ictus, fratture femorali ecc.

Il quarto piano, infine, prevede la creazione dell'hospice,

un reparto che ospiterà i pazienti colpiti da gravi malattie per le quali non è più prevedibile una guarigione (come, ad esempio, i tumori in fase avanzata ed evolutiva), ma che hanno necessità di cure palliative, ovvero di quelle cure destinate a migliorare lo stato clinico, la qualità della vita, i sintomi e le problematiche legate alla patologia originale. Il reparto di hospice avrà a disposizione otto posti letto e ogni camera, dotata di una serie di comfort, sarà riservata a un solo paziente, con la possibilità di poter accogliere un letto a disposizione del familiare per garantire il più possibile una vicinanza affettiva. La ristrutturazione del quarto piano verrà realizzata con un finanziamento ministeriale di 1.500.000 euro, la progettazione è in corso e la previsione del fine lavori non va oltre la primavera del 2011 (tempi autorizzativi permettendo).

pagina a cura di
Maria Antonietta Cruciani
 Ufficio stampa Asl 11 Empoli

PRIMO BILANCIO PER IL DIPARTIMENTO DEL "S. PIETRO IGNEO"

A Fucecchio 180 interventi ortopedici

Sono già 180 gli interventi ortopedici compiuti all'interno del «Dipartimento interaziendale di ortopedia protesica in Area vasta Centro» presso l'ospedale "San Pietro Igneo" di Fucecchio, attivato nei mesi scorsi. Il primo intervento risale al 31 agosto 2009. Il numero degli interventi è destinato a crescere. Entro la fine dell'anno saranno oltre 200. I pazienti hanno un'età media di 66 anni, provengono non solo dalle aziende sanitarie toscane, ma anche da strutture sanitarie fuori Regione, ossia da Treviso, Roma, Messina, Locri, Caserta, Bologna, Mazara Del Vallo.

L'adeguamento strutturale. La tipologia di attività che il Dipartimento di Fucecchio deve svolgere ha richiesto un adeguamento strutturale e impiantistico del "San Pietro Igneo" in grado di migliorarne i requisiti ambientali e tecnologici e valorizzarne il comfort, anche in considerazione della condizione dei pazienti e dello sviluppo del percorso di cura. Le tecnologie informatiche sono state opportunamente potenziate per migliorare la comunicazione informatica fra le varie attività. La

spesa per la realizzazione degli interventi strutturali ammonta a 7,7 milioni di euro.

Un centro regionale. Ogni anno in Toscana si eseguono circa 6.200 interventi di protesi dell'anca. Dati recenti dimostrano che il sistema pubblico regionale ha incrementato del 10% le attività di implantologia protesica in ragione dell'invecchiamento della popolazione e dei migliori livelli di benessere che comportano la richiesta di piena funzionalità dell'organismo. Si rende indi-

sensabile, quindi, intervenire per offrire prestazioni che progressivamente siano in grado di garantire tempi di attesa accettabili in rapporto ai bisogni della popolazione anziana.

Le altre attività dell'ospedale. Nell'ambito delle modifiche organizzative, proprio in ragione di un sistema di offerta che abbia un livello centrale di specializzazione integrato con ambiti periferici direttamente collegati o a supporto, nella sede del "San Pietro Igneo" conti-

nua a essere garantito un insieme di attività specialistiche e diagnostiche che possono essere così sintetizzate: servizi diagnostica radiologica (attività di mammografia sia di screening che diagnostica, Tac, Rx tradizionale ed ecografia); cardiologia clinica e strumentale; ambulatori per le diverse specialità (diabetologia, neurologia, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia con anche le prestazioni di oncologia, chirurgia e psicologia clinica); riabilitazione ambulatoriale in aggiunta a quella collegata al progetto di protesi, centro trasfusionale.

Esperti a confronto sul triage

Funzionamento del pronto soccorso, opportunità di formazione e il sistema di triage. Di questi temi si parlerà durante il convegno "Il triage di pronto soccorso in Toscana", organizzato dal Gruppo Triage Toscano e dall'Agenzia per la formazione dell'Asl 11 di Empoli. Il congresso, che si svolgerà venerdì 18 dicembre nella sala verde di Villa Vittoria, in piazza Adua a Firenze, affronterà diverse tematiche come il sistema della formazione nell'area dell'emergenza urgenza, il Gruppo regionale formatori di triage e l'offerta formativa, ma soprattutto presenterà i risultati dell'indagine regionale 2009. Inoltre verranno messi a confronto diversi modelli di triage: della Toscana, del Lazio, del Piemonte, del Gruppo Formazione Triage (Gft), del Manchester Triage System e dell'Emergency Severity Index.

Nella seconda sessione, che inizierà nel primo pomeriggio, verrà spiegato come il triage viene visto dagli utenti attraverso i risultati del Mes e l'esperienza di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato. Inoltre saranno espone le esperienze che derivano dal territorio toscano come il triage pediatrico dell'Aou Meyer e quello dell'Aou di Careggi. Infine verrà discusso il tema dell'accoglienza in pronto soccorso attraverso una tavola rotonda in cui verranno descritte le esperienze dell'Aou di Siena, l'Asl 10 di Firenze, l'Asl 12 della Versilia e l'Asl 3 di Pistoia. Il congresso è rivolto a infermieri, infermieri coordinatori, medici, direttori sanitari, direttori di presidio, direttori di dipartimento/servizi.

Un master in fitoterapia clinica

Le iscrizioni solo on line fino al 18 dicembre. Gli aspiranti fitoterapeuti potranno diventarlo avvalendosi del master di secondo livello in fitoterapia clinica organizzato dal dipartimento di area critica medico chirurgica dell'Università di Firenze in collaborazione con l'Agenzia per la formazione dell'Asl 11. Le iscrizioni, possibili dal 27 novembre, termineranno alle ore 13 del 18 dicembre 2009 prossimi. I candidati dovranno compilare la domanda di partecipazione alla selezione solo ed esclusivamente on line utilizzando la procedura all'indirizzo <http://ammissioni.polobiotec.unifi.it/turul>.

Il master, della durata di 12 mesi, è rivolto a farmacisti, medici e chirurghi, veterinari e odontoiatri; sarà strutturato in tre moduli (etnobotanica e fitochimica, farmacologia e farmaceutica, metodologia della ricerca e fitoterapia clinica applicata) ognuno dei quali si svolgerà attraverso attività formative quali il tirocinio in ambiti accreditati, esercitazioni, simulazioni, analisi di casi, lezioni frontali e interattive. Attraverso il master in fitoterapia clinica si forma il professionista specialista in grado di occuparsi della prevenzione e cura delle malattie tramite l'utilizzo di piante medicinali e farmaci vegetali e si promuove l'utilizzo consapevole di questi prodotti a scopo preventivo e curativo.

Per info: segreteria Agenzia per la formazione dell'Asl 11: tel. 0571 704332, fax 0571 704339, master@usl11.toscana.it. Oppure Informastudenti dell'Università di Firenze: tel. 0571 508758, informastudentimedicina@polobiotec.unifi.it, masterempoli@polobiotec.unifi.it.

Prenotazioni in farmacia, ora è possibile

Si estende la gamma dei servizi offerti dalle farmacie del territorio. Gli utenti muniti di apposita prescrizione medica potranno fissare prestazioni sanitarie inserite nel sistema di prenotazione dell'Asl 11.

L'attivazione dello sportello Cup in farmacia è frutto di un accordo stipulato dall'Asl 11 con le 56 farmacie del territorio, l'Associazione dei titolari di farmacia delle province di Firenze e Pisa e il Cispel Toscana (Confederazione italiana servizi pubblici enti locali), in ottemperanza alle direttive della Regione Toscana per lo sviluppo dell'integrazione delle farmacie pubbliche e private convenzionate con il Servizio sanitario regionale.

Al momento della prenotazione l'utente potrà ricevere anche informazioni sui tempi di attesa per le varie specialità e sui presidi presso i quali vengono erogati i servizi.

Il servizio di prenotazione

verrà svolto durante l'orario di apertura al pubblico delle farmacie per almeno due ore al giorno. Il nuovo servizio fornito dalle farmacie per conto dell'Asl 11 permette di contribuire al governo della spesa, facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario regionale e, quindi, permette di avvicinare il sistema sanitario alle esigenze degli utenti.

Il servizio di prenotazione in farmacia, inoltre, va ad arricchire la gamma di servizi on line che l'Asl 11 mette a disposizione degli utenti.

A oggi, infatti, il cittadino può collegarsi in rete con il sito aziendale www.usl11.toscana.it per leggere e scaricare i referti delle proprie analisi di laboratorio, effettuare autonomamente prenotazioni per prestazioni specialistiche e ambulatoriali ed essere aggiornato tempestivamente sui tempi di attesa al pronto soccorso dell'ospedale "San Giuseppe".

Pubblichiamo la delibera n. 1080 del 30 novembre 2009 con la «Presca d'atto» del documento «Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (artt. 33-34-35 Legge 23 dicembre 1978, n. 833)».

Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale (artt. 33-34-35 Legge 23 dicembre 1978, n. 833) - Testo approvato dalla Conferenza dei presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano il 19 marzo 2009.

Premessa

(...)
I. Garanzie amministrative e giurisdizionali. La legge assicura garanzie alla persona sottoposta agli interventi sanitari obbligatori e fa corrispondere alle crescenti limitazioni della libertà personale livelli crescenti di garanzia.

Le procedure di intervento obbligatorio, Aso e Tso, vengono attivate quando il dovere di intervenire a beneficio del paziente, in conflitto con il dovere di rispettare il diritto alla libertà del cittadino, viene giudicato prevalente su quest'ultimo. Il punto di applicazione della norma non è il rifiuto dell'intervento ma il bisogno dell'intervento per disturbo psichico: l'attualità e la gravità di essi sono gli elementi valutati per primi. Nel momento stesso in cui la legge impone al cittadino un obbligo che riguarda la difesa della sua salute, riafferma i diritti di cui deve poter usufruire nonostante il suo stato di malattia: i diritti civili e politici, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, il diritto di comunicare con altri a sua scelta anche quando la sua libertà di movimento è limitata, il diritto di agire in giudizio (per opporsi, davanti al Tribunale, all'ordinanza amministrativa che gli ha imposto l'obbligo di curarsi).

La procedura di Aso in cui l'ordinanza del sindaco rende esecutiva la richiesta del medico, viene a configurare una circostanza in cui la privazione della libertà personale si prevede sia di breve durata e comunque non superiore a quella necessaria a realizzare le cure di cui il medico sia messo in grado di valutare lo stato mentale del paziente, decidere la eventuale necessità e forma della presa in carico. L'Aso va effettuato in un luogo facilmente accessibile a testimoni che garantiscano la trasparenza delle procedure attuate; può avvenire al domicilio del paziente, in un servizio territoriale o presso il Pronto soccorso di un ospedale; non può avvenire in strutture riservate alla degenza ospedaliera.

Il Tso extraospedaliero è caratterizzato dalla sola garanzia amministrativa costituita dall'ordinanza del sindaco. La sua esecuzione viene realizzata in un luogo senza particolari vincoli di accesso, in contatto con i luoghi di vita. La prassi consolidata ha limitato la durata del Tso extraospedaliero a giorni sette, in analogia con il Tso in degenza ospedaliera.

Per il Tso in degenza ospedaliera è previsto il massimo di garanzia: alla proposta iniziale, motivata, del medico, si deve aggiungere la convalida fatta da un medico appartenente alla unità sanitaria locale, che effettua una seconda valutazione. L'ordinanza del sindaco attiva la procedura di Tso: nelle 48 ore che il sindaco ha a disposizione dopo aver ricevuto la certificazione di convalida alla proposta di Tso, egli non deve svolgere nessuna indagine supplementare.

L'intervallo di 48 ore è il tempo massimo in cui un apparato amministrativo deve poter attivare. La riduzione di questo intervallo al minimo certamente giova a una rapidità della risposta al bisogno del paziente ed è pertanto in questa direzione che i Comuni dovrebbero muoversi.

Entro le 48 ore successive all'avvenuto

ricovero il sindaco fa notificare, a mezzo messo comunale, il proprio provvedimento al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il Comune.

«Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti» provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento.

Con ciò la legge dà facoltà al giudice di non accontentarsi dei documenti che gli sono pervenuti, ma di compiere indagini per una valutazione che non potrà essere solo della correttezza formale del provvedimento, ma anche nuova valutazione del caso cui il provvedimento si riferisce e quindi, anche valutazione sanitaria, per la quale utilizzerà i supporti tecnici necessari.

La durata di sette giorni del Tso in degenza ospedaliera implica la convinzione che questo tempo sia sufficiente a permettere la presa in carico del paziente da parte della rete di servizi, grazie alla collocazione del Spdc nel Dipartimento di cui fanno parte anche i servizi territoriali, al fine di instaurare altre modalità di rapporto con il paziente che favoriscano la libera accettazione della cura, o forme attenuate di intervento obbligatorio come il Tso non ospedaliero; e comunque tali da garantire una continuità terapeutica.

Il Tso in degenza ospedaliera viene considerato dalla legge la forma massima della limitazione della libertà personale.

Quindi non è consentito un Tso extraospedaliero che si configuri come un Tso ospedaliero senza le garanzie corrispondenti previste dalla legge.

Prima di avviare un intervento obbligatorio (accertamento o trattamento) è necessario coinvolgere il paziente e motivarlo all'intervento; infatti la legge prescrive «iniziare rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato» (art. 33, comma 5). La legge indica inoltre la necessità, «per ridurre il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori», di iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria. In tale fattispecie potrebbero rientrare programmi di prevenzione centrati sui casi per i quali siano stati attivati Tso ripetuti, nell'ambito di programmi di riduzione dei ricoveri ospedalieri per i pazienti c.d. dalla porta girevole.

Vi ribadito che solo l'attualità delle alterazioni psichiche e il rifiuto attuale del trattamento necessario giustificano il Tso.

Qualsiasi medico è abilitato al riconoscimento della presenza di «alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici» (L. 833/78, art. 34, comma 4), ma ove siano presenti servizi territoriali di salute mentale, è lo psichiatra incaricato in tali servizi, o l'équipe territoriale, a intervenire direttamente.

Si ricorda che il commissario europeo ai diritti civili ha censurato la legislazione italiana che, in materia di interventi obbligatori per malattia mentale, non prescrive l'intervento di uno psichiatra.

Quanto alla «ulteriore durata presumibile del trattamento» di cui parla la legge, nella prassi corrente vi è la tendenza ad applicare il limite di sette giorni. Questo è un esempio di una ulteriore garanzia offerta al paziente perché comporta l'introduzione, nel trattamento, di una periodica rivalutazione. La continuazione della degenza in Tso, con relativa limitazione della libertà personale, richiede una convalida amministrativa (dal sindaco) cui segue la convalida giurisdizionale (da parte del giudice tutelare).

Garanzie supplementari scaturiscono, per il Tso extraospedaliero, dalla possibilità offerta a chiunque di rivolgersi al sindaco richiesta di revoca o modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il Tso».

Per il Tso in degenza ospedaliera «chi è sottoposto a Tso, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al Tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare». Anche il Tribunale ha facoltà di fare una indagine supplementare e quindi pronunciarsi in merito al provvedimento impugnato.

Non è forse superfluo precisare che quando la legge prescrive che la proposta e la convalida mediche siano motivate intende che accanto agli elementi che permettono l'identificazione certa della persona oggetto dell'intervento e gli elementi di identificazione degli estensori della proposta e della convalida (il giudice tutelare cui è demandato il compito di convalidare o non convalidare l'ordinanza del sindaco, deve poterli consultare, se necessario, per ulteriori chiarimenti e informazioni), siano riassunte le informazioni che rendono comprensibile la situazione, raccolte e descritte le emergenze riscontrate di persona che hanno portato i medici alla convalida (quando è necessario un Tso. La motivazione quindi non può limitarsi alla diagnosi e alla valutazione della gravità del caso, ma deve riportare gli elementi raccolti a prova della sussistenza delle condizioni dalla legge per il Tso. È opportuno, per il Tso in degenza ospedaliera, ma anche per l'Aso e per il Tso extraospedaliero, che siano documentati gli interventi fatti «per assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato». In questi ultimi casi, sarà così evitata, di



In ogni caso l'Aso non può essere svolto negli spazi di degenza del Spdc.

L'ordinanza sindacale di Aso è eseguita dalla Polizia municipale che accompagna la persona al luogo indicato perché vi si svolga l'accertamento richiesto. Il personale sanitario del Dsm svolge funzioni di assistenza se, e quando, il Dsm disponga di un servizio di isolamento ma anche contro i soprusi a cui lo stato di scarsa contrattualità potrebbe esporlo, e anche rievocato al timore di esserlo.

Le persone ricoverate volontariamente in Spdc, se viene meno il loro assenso alle cure dovrebbero essere dimessi, salvo il configurarsi di una situazione di urgenza o l'esistenza delle condizioni previste per il Tso in degenza ospedaliera, che deve essere attivata con le garanzie previste dalla legge.

2. Procedure per l'Aso. La procedura dell'Aso per malattia mentale mira a garantire a tutti i cittadini una corretta valutazione dei loro bisogni di cura, anche nei casi in cui il disturbo mentale possa essere di natura tale da menomare la consapevolezza stessa della malattia. L'Aso è pertanto una procedura attivabile solo allo scopo di poter garantire la migliore decisione in merito alla necessità di attivazione di un trattamento. C'è unanime consenso che al fine di garantire la migliore valutazione possibile, questa debba essere assicurata da un medico psichiatra del Dipartimento di Salute mentale. Soprattutto nei casi di Aso proposti dal Dsm sarebbe opportuno che a valutare il paziente fosse sempre il medico territorialmente competente o un altro medico della stessa équipe.

Nel caso di cittadini già precedentemente in cura psichiatrica, le informazioni dei professionisti, in pratica pubblica o privata, che abbiano avuto in cura precedentemente il paziente, le richieste di intervento, avanzate dai familiari, dai vicini, dalle forze dell'ordine, sono elementi che devono sollecitare l'intervento del medico ma non possono mai essere automaticamente sufficienti a motivare la richiesta di un Aso.

La proposta di Aso può essere avanzata sia da un medico del Dsm che da altro medico.

a) Il medico del Dsm potrà proporre l'Aso solo nei casi in cui:

1. in base alle informazioni avute, appaia legittimo, in scienza e coscienza, ipotizzare la necessità urgente di una (prima o unnessima) valutazione psichica al fine di valutare la necessità di un trattamento psichiatrico ma lo psichiatra non riesca a visitare il cittadino perché ha potuto sperimentare personalmente che la persona in questione (sia essa o meno già conosciuta) si sta sottraendo attivamente al contatto (allontanamento al momento dell'incontro, chiusura e rifiuto di permettere il contatto, non disponibilità a concordare appuntamenti associata o meno a ripetute irriveribilità);

2. nel caso in cui, pur avendo potuto visitare il paziente in qualità di medico proponente il Tso, non sia stato in grado di attivare una seconda visita per la convalida prevista dalla legge, per il rifiuto attivo del paziente.

b) Il medico non psichiatra (medico della Medicina generale, della continuità terapeutica, del 118) potrà proporre l'Aso, oltre che nelle due condizioni precedenti, anche allorché, pur avendo potuto visitare il cittadino, nutrendo un dubbio sulla attualità di tutti gli elementi richiesti dalla legge per l'attivazione di una proposta di Tso ritenga necessaria una valutazione specialistica psichiatrica, visita per la quale però il cittadino non fornisce il consenso.

La proposta motivata contiene anche indicazioni sul luogo più opportuno - anche perché più accettato dal paziente - per l'esecuzione dell'Aso. Preciso questo e richiamato come appartenente alle buone pratiche il previo accordo del medico proponente con il dirigente medico psichiatra della struttura pubblica (quando egli stesso non ricopra tale ruolo) su luogo, tempi e modalità di esecuzione dell'Aso, in linea generale è preferibile che l'Aso sia praticato in un servizio territoriale, in primo luogo nel Csm, ma anche in un Centro di salute o in un ambulatorio di medicina generale e, nelle ore di loro chiusura, al Pronto soccorso del presidio ospedaliero.

La proposta motivata deve essere inoltrata al sindaco del Comune dove si trova la persona oggetto della stessa. Non è necessaria la partecipazione da parte di un secondo medico (art. 33 comma 4).

DOCUMENTI Salute mentale: recepite le raccomandazioni approvate dalla Stato-Regioni

Le linee guida per Aso e Tso

Stabilite le procedure per accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori

Non vanno a inficiare quelle pratiche che hanno trovato un assetto positivo con una diversa organizzazione e/o grazie ad accordi efficaci con il servizio del 118.

Nei protocolli locali, slati con la partecipazione di tutte le istituzioni interessate, saranno previste le modalità con cui le diverse agenzie garantiscono personale e altre risorse necessarie, compresa l'ambulanza, o altri mezzi di trasporto da utilizzare.

L'accettazione in Spdc richiede l'esecutività dell'ordinanza di Tso.

Le 48 ore disponibili per la notifica, da parte del messo comunale, al giudice tutelare dell'ordinanza di Tso in condizioni di degenza ospedaliera, decorrono dal momento del ricovero che viene attestato dal medico accettato che firma autografa su copia dell'ordinanza del sindaco, che gli è presentata dalla Polizia municipale accompagnante il paziente in Spdc, o con certificato a parte.

L'eventuale prolungamento della durata del Tso, dopo la scadenza dei primi sette giorni, avviene in seguito a una proposta motivata del responsabile del Spdc, in cui il paziente è stato ricoverato, al sindaco. La dizione «in tempo utile», che è inserita nella descrizione della procedura, è comunemente intesa nel senso che deve giungere al sindaco 48 ore prima della scadenza del Tso perché questi sono i termini temporali indicati nel primo comma dell'art. 35. Nella prassi corrente il rinnovo del Tso avviene, se è ancora necessario, ogni sette giorni.

a) «solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici»;

b) «se gli stessi non vengano accettati dall'infermier»;

c) «se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere».

Condizione essenziale per l'attivazione è che la proposta sia convalidata dalla certificazione di un medico, dell'azienda sanitaria pubblica, che faccia, di persona, una seconda valutazione e la descriva in modo da motivare la convalida.

Il personale medico del servizio di continuità assistenziale ha i requisiti previsti dall'art. 34 per il medico che deve convalidare la proposta di Tso: è cioè equiparato al personale medico della struttura sanitaria pubblica. Tuttavia la presenza nelle Asl/Ao di servizi dipartimentali di salute mentale permette di garantire la pratica, già ampiamente diffusa e da raccomandare perché diventi la pratica dominante, dell'intervento di uno psichiatra del servizio pubblico, almeno nella fase di convalida del Tso. Nulla vieta che proponente e convalidante si parlino e decidano insieme; in tal modo tutte le potenzialità del sistema che richiede l'intervento di due medici potrebbero essere usate a favore del paziente piuttosto che per realizzare una garanzia che rischia di essere puramente formale.

Medico proponente e medico convalidante si assicurano che la propria certificazione giunga al sindaco del Comune dove fisicamente si trova il paziente. Il sindaco, avendo, entro le 48 ore successive, slitata l'ordinanza da mandato alla Polizia municipale di eseguirlo.

La titolarità della procedura di Tso appartiene alla Polizia municipale in tutta la fase di ricerca dell'infermo e del suo trasporto al luogo dove inizierà il trattamento; al personale sanitario spetta la collaborazione per suggerire le precauzioni opportune per rendere meno traumatico il procedimento e per praticare gli interventi sanitari che si rendessero necessari. La collaborazione tra le due componenti permetterà di conciliare sicurezza e qualità dell'assistenza.

Quindi la Polizia municipale è presente per tutta la fase di attuazione del Tso, fino al ricovero in Spdc, esercitando ogni sollecitazione necessaria per convincere il paziente a collaborare, nel rispetto della dignità della persona.

La Polizia municipale attiva, se non sono già stati attivati, i servizi della Asl, in applicazione dell'art. 33, il quale stabilisce che Aso e Tso sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali.

Nelle ore di apertura dei servizi territoriali o se nel Dsm competente per territorio è attivo un servizio di urgenza psichiatrica, sarà compito di questo fornire il personale per l'assistenza sanitaria sempre necessaria durante l'attuazione dell'ordinanza di Tso e quindi per accompagnare il paziente al Spdc indicato nell'ordinanza di ricovero. Per le ore della giornata in cui il servizio di urgenza non è ufficialmente in funzione, e nei luoghi dove non esiste affatto, sarà il 118 a garantire l'intervento sanitario pubblico necessario per l'attuazione del Tso. Queste raccomandazioni si applicano alle situazioni per le quali non è stata trovata una organizzazione soddisfacente e stabile.

(continua a pag. 5)

(segue da pag. 4)

Spettano quindi ai servizi del Dsm. Questo viene ribadito dal comma 3 dell'art. 34.

5. Libertà di scelta del luogo e del servizio in caso di Aso/Tso. L'art. 33, comma 2, ricorda che anche gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori non debbono violare il principio del rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici», compreso il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Quest'ultimo viene limitato dall'espressione «per quanto è possibile». Pertanto deve essere garantito al paziente la libera scelta del luogo e del servizio, nei limiti della disponibilità di posti letto e da quelli imposti dalla precauzione di non sottoporre il paziente a un viaggio di trasferimento di durata eccessiva.

Comunque occorre verificare la disponibilità, del servizio scelto dal paziente, ad accoglierlo e a svolgere un programma che preveda la presa in carico successiva o l'impegno a favorire il ritorno al Dsm in viazione. Di questa mediazione si farà carico il Dsm del luogo dove avviene l'avvio della procedura di Tso.

La scelta del paziente, che non è stato possibile rispettare nell'immediato, deve sempre essere tenuta presente ed esaurita «per quanto è possibile», conciliandola con i vantaggi che scaturiscono dal mantenere il paziente più vicino possibile al contesto di vita, valorizzando la territorialità dei servizi come garanzia di continuità della presa in carico curativa e assistenziale.

6. Individuazione del luogo in cui attuare il Tso. Il sindaco, dovendo indicare il luogo dove trasportare l'infermo, deve conoscere la disponibilità di un posto letto in Spdc e quindi decidere per l'Spdc più vicino alla base delle informazioni che il sistema 118 raccoglie e fornisce.

Tutti gli Spdc dovrebbero avere un'organizzazione abbastanza elastica per quanto riguarda la disponibilità di posti letto e di personale, tale da accogliere provvisoriamente in Tso un paziente che sia giunto in reparto nonostante tutte le precauzioni adottate per evitare un ricovero su posto soprannumerario. Per questi casi la ricerca del posto letto definitivo è un compito la cui soluzione va attribuita con chiarezza e spetterà ai protocolli locali dare indicazioni in materia. Per il trasferimento del paziente occorre una nuova ordinanza del sindaco e il paziente viene trasportato dall'ambulanza ospedaliera e accompagnato dalla Polizia municipale del Comune che ha emesso l'ordinanza.

Il ricovero in un Spdc fuori Regione, in caso di mancanza di posti letto, si giustifica con la necessità di ottemperare all'obbligo della cura. Per ridurre al minimo il disagio del paziente si dovrebbe rispettare sempre il criterio di scegliere il Spdc più vicino.

Anche i trasferimenti di pazienti, dal Spdc indicato nell'ordinanza di Tso a quello di residenza del paziente, devono avvenire nel rispetto della dignità della persona e attuati per favorire i benefici di una successiva, più adeguata, presa in carico che garantisca una continuità terapeutica.

Questa esigenza mette in secondo piano il rispetto di modalità organizzative troppo rigide o di regole amministrative (salvo quelle già codificate per quanto riguarda la mobilità sanitaria) e tiene conto delle reali condizioni di vita, di scuola e di lavoro che possono vedere il paziente soggiornare in un luogo diverso dalla residenza formale.

7. Circostanze in cui non si applicano le procedure Aso/Tso. È bene ricordare che la legge restringe in modo puntuale le circostanze in cui si è legittimati ad attivare una procedura di Tso: non ogni disturbo psichico o ogni rifiuto del paziente sono condizioni sufficienti. L'assenza delle condizioni per il Tso, insieme con la mancata accettazione volontaria di interventi terapeutici, non esime il medico dal mantenere un'attenzione alla situazione del paziente, attivando interventi che garantiscono la permanenza di qualche forma di interazione nel tempo e favoriscano la motivazione del paziente alla cura.

Esistono poi interventi che non necessitano dell'attivazione di un Tso: l'esempio tipico è costituito dai disturbi di coscienza, o dalle gravi forme di deterioramento mentale su base organica, in cui il paziente non è in

grado di esprimere né consenso né dissenso.

Gli urgenti interventi terapeutici citati dalla legge come una delle determinanti della proposta di Tso, non sempre configurano una situazione di urgenza psichiatrica in senso proprio. Va ricordato che, per pacifico riconoscimento della letteratura dedicata al tema, l'urgenza vera è rara in psichiatria. Ma, quando si presenta, la situazione richiede un'assistenza sanitaria non discontinua e il dovere del medico è assicurarla con la propria presenza e/o attraverso l'attivazione di tutte le misure, compreso il ricovero, atte a salvaguardare il paziente. Il dovere di curare è allora prevalente e comporta che il medico non abbandoni il malato senza essersi assicurato che altri, e più adeguatamente, intervengano. In questi casi far ricorso unicamente alle procedure Aso e Tso, può essere inadeguato rispetto alla gravità dell'urgenza, soprattutto se la loro attivazione comporta un allungamento pericoloso dei tempi necessari alla creazione di adeguate condizioni di assistenza.

Pertanto il medico, qualora ravvisi condizioni eccezionali di necessità e urgenza e ove ricorrano oggettive esigenze di salvaguardare la persona dal pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile, è tenuto ad adempiere il proprio dovere professionale attuando i provvedimenti opportuni e non deferibili e attivando le altre agenzie dell'emergenza, sia sanitaria che delle forze dell'ordine.MESSI in atto i provvedimenti urgenti, qualora persista ancora la necessità di interventi terapeutici e si trovi di fronte al rifiuto del consenso da parte dell'infermo, se ricorrono le altre condizioni previste dall'art. 34 della Legge 833/78 il medico deve dare avvio alla procedura per il Tso.

In particolare, quando il medico ha la convinzione che nella situazione con la quale è venuto a contatto ci sia un rischio di danno per la vita e l'integrità delle persone coinvolte, rischio legato non solo al comportamento del paziente ma anche alle caratteristiche dell'ambiente di vita, è bene che oltre ad attivare interventi sanitari, richieda anche l'intervento dell'autorità di pubblica sicurezza.

Queste forme di collaborazione diventeranno efficaci se ci sarà una certa sintonia tra le diverse istituzioni; la collaborazione andrà programmata, regolamentata attraverso intese e protocolli, monitorata e periodicamente valutata.

Va ricordato che tra le motivazioni del Tso non sono previste né l'incapacità di intendere e di volere, né lo stato di pericolosità. Il Tso non è, in questi casi, lo strumento di elezione, per il suo carattere sanitario, destinato a facilitare la cura e non la scomparsa della pericolosità.

Il rifiuto del trattamento di una malattia fisica può essere il sintomo di malattia psichica, che però deve essere diagnosticata clinicamente e non solo presunta. Inoltre va ricordato che il Tso autorizza il solo trattamento delle alterazioni psichiche. Per il trattamento di quelle fisiche occorre comunque l'assenso del paziente, salvo quel che è previsto per l'urgenza e lo stato di pericolo immediato di vita. Il punto centrale della norma che regola il Tso non è il rifiuto dell'intervento medico ma il bisogno di intervento per disturbo psichico.

Non si può negare che esistano rifiuti delle cure fisiche che sono irrazionali in persona non in grado di valutare l'incidenza della malattia non curata sul proprio destino e non capaci di ricevere e comprendere le informazioni sul proprio stato di salute necessarie per prendere una decisione consapevole. In questi casi la legge prevede le procedure che portano alla valutazione della capacità di intendere e di volere e le modalità degli interventi legali.

In conclusione le norme Tso non sono applicabili, in linea generale, per far fronte al rifiuto di intervento da parte del paziente affetto da patologie somatiche.

8. Procedure Aso e Tso in età evolutiva. Negli articoli 33, 34 e 35 della L. 833/78 non sono citati in alcun modo i minori. Se ciò da un lato fa pensare che per essi in materia di Aso e Tso siano date per scontate le stesse procedure e i luoghi degli adulti, dall'altro lato non vanno dimenticati il ruolo ampiamente codificato del Tribunale per i minorenni, e la specifica complessità del problema del consenso nei minori. Si pongono quindi alcuni nodi critici, che cercheremo di affrontare

Le indicazioni per i minori			
	Minore "maturo"	Genitori	Procedura
a	Assenso	Consenso	Si procede direttamente
b	Assenso	Rifiuto da parte di uno o di entrambi i genitori	Segnalazione alla procura del Tribunale dei minori
c	Rifiuto	Rifiuto da parte di uno o di entrambi i genitori	Segnalazione alla procura del Tribunale dei minori oppure Aso/Tso ospedaliero/Tso extraospedaliero
d	Rifiuto	Consenso, situazione ambientale adeguata e collaborante	Aso/Tso ospedaliero/Tso extraospedaliero
e	Rifiuto	Consenso, ma situazione ambientale di pregiudizio per la salute del minore	Segnalazione alla procura del Tribunale dei minori

per definire una griglia decisionale per la gestione dei contrasti.

Il consenso alle cure nel rapporto tra genitori e minore. Nel rapporto con i bambini e ragazzi, il "consenso" a specifici atti sanitari e la semplice collaborazione alla conoscenza della situazione da parte del clinico è sempre un processo di incontro, più che l'adesione una tantum a una scelta dicotomica sì-no.

Considerando gli aspetti normativi, il consenso alle cure è giuridicamente rilevante "solo se è valido", cioè prestato da un soggetto maggiorenne. Nei minorenni la capacità di esprimere un consenso valido è considerata imperfetta e incompleta, e la competenza formale all'espressione del consenso è obbligatoriamente in capo ai genitori o agli esecutori della potestà genitoriale, il cui consenso è sufficiente a fare ritenere "volontario" il ricovero del minore.

Ciononostante, le recenti evoluzioni del diritto a livello nazionale e internazionale pongono fortemente in crisi tale posizione, considerando il consenso non un atto contrattuale bensì un atto giuridico unilaterale.

A ciò consegue che esso non richiede la capacità di agire, subordinata al conseguimento della maggiore età, ma la capacità di intendere e volere (capacità naturale), accordabile anche all'infanciadentente.

Per maggiore chiarezza appare opportuno parlare di "assenso/dissenso" del minore "maturo" alle cure e non di consenso. Anche se tale terminologia non è riconosciuta sul piano strettamente giuridico, è dovere del sanitario accertare, nelle forme e nei modi più consoni, l'assenso/dissenso del minore e, quando sia "idoneo all'assunzione di responsabilità", tentare di "tenere conto" della sua volontà.

Nel caso di contrasto tra tutore/genitore e minore maturo relativamente ad atti medici che incidano significativamente sull'integrità personale e la qualità di vita del ragazzo, sempre più si considera che il parere dei genitori non possa semplicemente prevalere sul parere del minore, ma che sia opportuno un intervento del giudice tutelare, in quanto garante del suo diritto di autodeterminazione. Poiché in generale gli adolescenti non sono consapevoli di tale diritto, dovrebbe essere compito del medico garantirne l'esercizio, ricorrendo al giudice tutelare ogni qual volta sia opportuno un garante esterno.

Un ulteriore punto critico è il rifiuto alle cure da parte di uno o di entrambi i genitori, quando esso generi una condizione di grave pregiudizio per la salute del minore. Il diritto alla salute è infatti riconosciuto al minore in anzitutto nei confronti dei genitori, che ne sono i primi garanti. In mancanza delle condizioni minime necessarie, la legge prevede che siano attivati interventi di sostegno da parte dei servizi di assistenza socio-sanitaria.

Nei casi più gravi è previsto l'intervento del Tribunale per i minorenni, che è l'unico organo giudiziario che ha il potere di intervenire o salvaguardia del diritto alla salute del minore in situazione di pregiudizio per il mancato consenso o per la mancata collaborazione dei genitori alle cure.

Il giudice tutelare ha invece il ruolo di garante nell'ambito dei ricoveri psichiatrici non volontari: ma cosa si può intendere per non volontarietà in età evolutiva? Aso e Tso dell'adulto agiscono infatti nel caso di rifiuto "dell'infermo", presumendo che sia necessario un intervento della collettività poiché un suo membro è transitoriamente incapace, a causa della grave patologia psichiatrica da cui è affetto, di autodeterminarsi liberamente, ed è inconsapevole della propria malattia. Si può estendere il concetto a qualcuno che non sia l'infermo stesso?

Il Tribunale per i minori e il giudice tutelare. La difforme collocazione dei servizi di Npi nell'ambito materno-infantile, del Dsm o della riabilitazione, in ospedale o nei distretti sociosanitari, ha contribuito a determinare prassi operative diverse. I dati disponibili evidenziano inoltre una disparità tra Tso e ricoveri psichiatrici in età evolutiva. Nell'ultimo quadriennio infatti la media Istat di Tso nei confronti di minori 12-18 anni è stata di 70 (settanta) casi all'anno in tutta Italia, a fronte di 6.000 ricoveri per condizioni psichiatriche nella fascia di età 12-18. Ciò dimostra che nella grandissima maggioranza dei casi le soluzioni individuate sono altre.

Le funzioni attribuite dalla legge al Tribunale per i minori e al giudice tutelare sono

diverse. Il giudice tutelare ha prevalentemente la funzione di garantire la tutela dei soggetti che non sarebbero per diversi motivi, transitori o permanenti, in grado di tutelarsi da soli contro i possibili abusi di coloro che detengono l'autorità nei confronti del soggetto. Nelle procedure del Tso il Gr assume lo stesso ruolo, senza una specializzazione in ambito minorile.

Il Tribunale per i minorenni invece è organo specifico per l'ambito minorile, e dal punto di vista civile ha il compito di protezione del minore in situazioni potenziali di pregiudizio, incluse quelle in ambito sanitario. L'operatore sanitario, a maggior ragione se incaricato di pubblico servizio, qualora percepisca l'esistenza di un severo pregiudizio a un minore, derivante da una mancata tutela del suo diritto alla salute, che persiste dopo avere attivato tutto quanto possibile per acquisire l'effettiva adesione dei genitori e del minore stesso agli interventi necessari, è infatti tenuto a darne segnalazione all'autorità competente per i minori.

Le segnalazioni vanno indirizzate alla Procura della Repubblica presso il Tm, che ha il compito di valutare se effettivamente esista un problema di tutela, e se conseguentemente sia necessario attivare il Tribunale per i minorenni, che ha la possibilità di agire attivamente sulla potestà genitoriale.

Solo raramente tale azione giunge fino al decadimento della potestà e alla sostituzione con un ente che ha il compito di compiere tutti gli atti nell'interesse del minore. Nella maggior parte dei casi avviene invece la prescrizione degli interventi specifici necessari e il Tribunale riveste il ruolo di risorsa esterna elettiva anche in situazioni non materialmente urgenti, nelle quali il giudice minorile incarica una figura autorevole e neutrale, (altrimenti assente dalla scena, e il cui intervento può tutelare sia il minore che la sua relazione con la famiglia e anche con l'équipe curante).

Nei casi di assoluta urgenza, nei quali bisogna assumere un provvedimento immediato nello spazio di poche ore, è possibile la segnalazione diretta al Tribunale per i minorenni.

I luoghi per la cura. Nell'adulto, il Tso è considerato elemento di garanzia verso il rischio di abuso di interventi non appropriati e lesivi della libertà personale (garanzia che rientra anche nei compiti istituzionali del Tm), e il legislatore specifica che «la cura dei pazienti che necessitano di ricovero ospedaliero, volontario od obbligatorio, è prestata dai e nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc)».

Nei casi in cui si reputi opportuno il ricorso al Tso nei minori, è necessaria la previsione di buone pratiche specifiche, attivando azioni che evitino il paradosso per cui le tutele previste per la riduzione dello stigma del paziente psichiatrico adulto non sono adeguate per il paziente psichiatrico adolescente: questi può infatti trovarsi in ambienti ospedalieri incapaci di gestirlo e contenerlo, o con pazienti psichiatrici adulti, oppure in situazioni extraospedaliere usate di necessità come succedaneo degli inesistenti luoghi di ricovero per adolescenti con disturbo psichiatrico maggiore. Nell'ambito dei minori è quindi particolarmente opportuno da un lato che le Regioni codifichino e applichino in maniera omogenea le procedure e le garanzie connesse all'Istituto del Tso extraospedaliero, e dall'altro che si attivino nella direzione di strutture di ricovero ospedaliero specifiche, in luogo delle ordinarie strutture di ricovero ospedaliero psichiatriche o psichiatriche.

I minori, al termine della eventuale parentesi ospedaliera a cura, hanno inoltre bisogno di spazi terapeutici di lungo periodo, anche residenziali. Il punto di reale maggiore criticità nella gestione di percorsi di tutela della salute mentale in età evolutiva soprattutto in condizioni di emergenza e urgenza, sta proprio nella carenza di risorse e di strutture specificamente dedicate ai minori. È perciò necessario che le Regioni attivino una rete omogenea e integrata di reparti e servizi territoriali di Npia, con personale specificamente formato per la gestione globale dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva (specifici sia per le caratteristiche cliniche che per la frequentissima comorbilità con disturbi di altro asse).

Analoga attenzione va quindi dedicata allo sviluppo della rete di strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per adolescenti

al fine di evitare ricoveri impropri e/o prolungati i termini delle dimissioni trasformando situazioni cliniche urgenti ma gestibili in presenza di risorse idonee, in emergenze di difficilissima gestione e con un alto rischio aggiuntivo di aggravamento e di cronicizzazione, a esempio per effetto della discontinuità indotta dalla distanza tra l'ambiente di vita e il luogo di ricovero.

Altro nodo critico è rappresentato dal servizio di emergenza 118: si rileva la necessità di protocolli procedurali e organizzativi riguardanti il trasporto di un paziente minore con urgenza psichiatrica, per il quale finora si determina un'assoluta disomogeneità degli interventi in emergenza, che può giungere fino al rifiuto dell'intervento da parte del 118.

Urgenza indifferibile: così come per gli adulti, a maggior ragione per i minori, è opportuna una grande attenzione nella valutazione delle condizioni che autorizzano il ricorso a questa fattispecie, spesso fortemente condizionata da fattori esterni allo stato clinico. In ogni caso, è buona pratica cogliere ogni occasione per rinegoziare con il paziente e i familiari un possibile consenso e ogni possibile alleanza per il trattamento.

Le linee di indirizzo operativo. Sul piano pratico, in ambito neuropsichiatrico infantile per quanto riguarda gli accertamenti e i trattamenti sanitari per malattia mentale si possono porre cinque diverse situazioni, secondo quanto elencato in tabella (v. in alto).

Situazione a.: sia il minore che entrambi

FOCUS

In Consiglio regionale una proposta di legge sull'«agricoltura sociale»



La natura cura la disabilità

Così lavoro fa rima con solidarietà - Oltre 150 le esperienze in rete

«S a qual è uno dei punti di forza di questa esperienza? È che la persona disabile si sente non oggetto, ma agente di cura. La natura, l'orto, gli animali permettono a queste persone di rendersi soggetti attivi, di esprimere le proprie qualità. Di sentirsi utili». Fedele Raho lavora all'azienda di Rigoccioli, Carmignano (Prato), una delle 150 realtà agricole toscane dove i prodotti della terra sono realizzati con un valore aggiunto: quello della solidarietà.

Agricoltura sociale, così si chiama questo stile di accoglienza cui contribuiscono tutte quelle realtà che offrono ospitalità, lavoro, opportunità di inserimento a persone disabili e, più complessivamente, alle fasce più deboli della società. In alcuni casi sono aziende agricole che hanno destinato spazi e opportunità proprio per queste funzioni ritenendole in sintonia con la dimensione contadina dell'ospitalità o ritenendo di poter offrire un servizio a realtà, enti o associazioni, che operino nel settore sanitario o sociale, in altri casi sono centri per disabili che partendo magari da un piccolo appezzamento di terra hanno scoperto che quella agricola poteva divenire un'attività, utile per i propri ospiti, ma anche con potenzialità economiche. Così è accaduto per esempio all'azienda Rigoccioli: nata nell'ambito delle attività di una grande cooperativa sociale, l'Humanitas, l'azienda è cresciuta e oggi si è specializzata nella produzione di olio, ortaggi e conserve; di recente ha anche vinto il primo premio a un concorso in Francia per una sua conserva. Immaginate la gioia dei suoi specialisti operatori.

Un percorso iniziato 30 anni fa. L'agricoltura sociale nasce in Olanda e arriva in Italia alla fine degli anni Settanta. La cooperativa Il Forteto, nel Mugello, è l'antesignana. Ma nel corso degli anni la nostra Regione assiste a un fiorire di esperienze: oggi sono sempre più numerose le fattorie che coniugano l'orticoltura, l'allevamento di animali, la trasformazione dei prodotti, la cura del verde con l'offerta di opportunità di terapia, di riabilitazione, di integrazione lavorativa o di semplice accoglienza per persone con varie forme di disabilità



L'orto botanico del Meyer di Firenze

(fisica, psichica, sociale), o di soggetti svantaggiati (detenuti, tossicodipendenti). La conoscenza dei processi del lavoro agricolo, l'ambiente, i tempi e i ritmi della campagna mostrano riscontri positivi e concreti in tante forme di disagio.

«Queste esperienze - evidenzia ancora Raho - permettono a queste persone "speciali" di riscoprire un ruolo sociale: ciò che coltivano, preparano, realizzano è qualcosa che altri acquisiranno, che mangeranno, e quel prodotto non avrà etichette, starà sul mercato con gli altri. Il loro lavoro, quindi, non solo li rende più autonomi, non solo offre un impegno concreto e costante, ma li fa sentire uguali agli altri».

La rete regionale promossa dall'Arsia. Dal 2003 l'Arsia, agenzia regionale (Agenzia regionale per l'innovazione in campo agricolo e forestale) ha cominciato a tessere i collegamenti tra tutte queste realtà che da un capo all'altro della regione, ognuna per proprio conto, stavano sviluppando esperienze di agricoltura sociale. Si sono allacciate relazioni, sono stati lanciati progetti di animazione, si è creato un tessuto di rapporti: di fatto oggi quella Toscana è l'unica rete dell'agricoltura sociale presente in Italia. E verosimilmente la Toscana sarà anche la prima regione ad avere una normativa che regolamenta questo settore: la legge è attualmente Non solo: il ruolo della Toscana è

stato trainante anche a livello comunitario tanto che nella nostra regione nel maggio scorso è stato redatto il "Manifesto europeo per l'agricoltura sociale". Insomma, l'agricoltura sociale sta divenendo gradualmente una delle nuove, stimolanti funzioni con cui le aziende agricole possono inserirsi nel territorio, divenendo sede di esperienze di integrazione e di accoglienza e quindi rappresentando anche un possibile destinatario dei progetti di welfare.

«L'agricoltura sociale - evidenzia Maria Grazia Mammuccini, direttrice dell'Arsia - è ormai parte integrante del percorso con cui le nostre aziende agricole tendono sempre di più a diventare multifunzionali cioè ad allargare e diversificare i loro ruoli e i servizi offerti. Queste aziende che svolgono un'azione sociale ed etica danno uno sprone a tutto il settore affinché sia sempre più attento alle tematiche dell'inclusione, favorendo per esempio le condizioni di accessibilità di tutte le strutture di accoglienza agricole, in particolare degli agriturismi».

Da sempre la campagna è un luogo di accoglienza e di apertura. L'agricoltura sociale ribadisce questo ruolo. I prodotti delle nostre campagne, coltivati nel segno di questa solidarietà, sembrano, e forse sono, ancora più buoni.

pagina a cura di
Massimo Orlandi
Agenzia Toscana Notizie

IL PROGETTO DEL MEYER

Un orto per i piccoli pazienti

Per il piccolo principe era una volpe. Per i piccoli pazienti del Meyer un cesto d'insalata, o un pomodoro. «Addomesticami», dice la volpe. «Diventa responsabile di me, della mia crescita», è l'invito della piantina. Da sei mesi i piccoli pazienti dell'ospedale pediatrico fanno anche le loro esperienze di agricoltura. Anche questo è terapia, ed è comunque un bel modo di passare il tempo, di respirare aria buona, di imparare cose nuove.

Appena fuori dalla ludoteca è nato il primo orto botanico e, grazie ai bambini, quell'orto è capace di produrre un po' di tutto: c'è la vasca degli ortaggi (melanzane, peperoni, zucchine) e quella dei pomodori, la vasca degli odori (origano, rosmarino, salvia, timo, maggiorana, lavanda, ruta e menta) e c'è tutto uno spazio riservato ai radicchi e alle insalate.

I bambini incontrano le piante, imparano a riconoscerle, poi ne "addomesticano" una, (con tanto di targhetta che riporta il loro nome), la accudiscono, la accompagnano nella crescita. E spesso accade che la natura faccia da specchio ai bambini: il bambino che si prende cura di una pianta comprende che è prezioso prendersi cura di sé. Questo orizzonte di natura e di vita, poi, fa bene ai bambini, li aiuta ad aprirsi.

«In Italia è il primo esperimento di questo tipo che viene effettuato - spiegano i responsabili dell'associazione Antropozoa, che segue l'orto botanico del Meyer -, attraverso la realizzazione dell'orto il bambino ospedalizzato vive un'esperienza tattile e olfattiva molto importante e soprattutto da soggetto in cura diventa soggetto curante, ovvero conosce e vive un ruolo attivo fondamentale nei momenti di recupero e convalescenza».

«Un progetto di ortoterapia in ospedale - osserva il pedagogista Nicolò Muciaccia - ha come funzio-

ne quella di migliorare la vita di tutta la comunità che ne fa parte, quindi non solo i bambini e le loro famiglie, ma anche il personale medico e infermieristico, nonché gli operatori socio-educativi. L'ortoterapia in quanto utilizzo delle piante e del giardino per la cura e la riabilitazione della persona agisce non solo sul bambino, ma su tutto il contesto. I benefici sono tanti, emotivo, sociale, affettivo e fisico».

Al progetto di ortoterapia, promosso dalla Fondazione Meyer, partecipano anche i nonni della Società di mutuo soccorso di Careggi. La natura, le piante, sono un bel ponte di comunicazione intergenerazionale. E poi i nonni possono offrire un bel contributo di esperienza e di manualità: per esempio garantiscono all'orto la continua manutenzione e l'innaffiatura.

Ogni bimbo adotta una pianta e la segue nella crescita

E per i bambini che non possono muoversi dalla stanza? Presto, questi sono i progetti, l'orto diventerà viaggiante e vasi di piante e fiori arriveranno anche nelle camere, portando la freschezza e gli odori della natura. E in fondo già adesso una specialità dell'orto del Meyer è quella di saperli adattare a vivere anche negli interni. Mentre, d'inverno, la natura riposa, le esperienze con l'ortoterapia proseguono nei locali della ludoteca, dove periodicamente vengono allestiti laboratori per tenere viva l'attenzione e la passione per piante e fiori.

Adesso, nel periodo natalizio, in questi laboratori i bambini realizzeranno speciali addobbi per l'albero e sacchetti odorosi, che riempiranno con prodotti naturali. Questi piccoli orticoltori potranno così tenersi in allenamento per la prossima primavera. Con la speranza, più di una speranza, di poter utilizzare le tante preziose cose imparate sulla natura, ma fuori dall'ospedale, in un altro orto, quello da allestire a casa.

IL CASO DEL «FORTETO»

Storia di una coop modello tra etica e mercato

Se la guardi dal punto di vista produttivo quella del Forteto è la storia di un'azienda modello. Il fatturato annuo supera i 15 milioni di euro, le produzioni, in primis frutta, formaggi e carne sono esportate in tutto il mondo, il lavoro per le oltre 100 persone che vi operano non manca.

Ma questi aspetti non sono né gli unici né i più rilevanti nella storia trentennale di quest'azienda: nel suo Dna c'è infatti una storia di amicizia e di solidarietà. È solo conoscendo quella che si può capire tutto il resto.

Lo scenario di questa vicenda si apre intorno a metà degli anni Settanta nel luogo meno agricolo della Toscana, nel-

l'operosa Prato. E nemmeno di agricoltura si occupano quei giovani che, nei locali di una parrocchia, discutono del loro futuro avendo in mente e all'orizzonte solo una cosa: viverlo insieme. Li ispira la figura di don Milani, la sua azione di ascolto e di aiuto alle persone più indifese. In Mugello, a Vicchio, non lontano dalla sua Barbiana, i ragazzi trovano lo spazio adatto per trasferire i loro progetti nella realtà: la campagna di allora non evoca le prospettive allettanti che fioriranno molto tempo più tardi, è piuttosto la cultura contadina, è la tradizione delle famiglie al-

largate che entusiasma i ragazzi. Nel giro di pochi anni nasce Il Forteto, che è una cooperativa agricola, certo, ma che è anche indissolubilmente una comunità in cui si vive insieme e si condivide tutto: anche oggi gran parte dei proventi vengono collocati in una cassa comune che serve ad affrontare le spese della comunità.

E se si allargano gli spazi operativi (oggi il Forteto dispone di quasi 500 ettari, in gran parte di boschi e pascoli) di pari passo cresce la famiglia allargata, e cresce anche obbedendo all'urgenza iniziale, a quella che i fondatori definiscono

«una scelta etica». La comunità si arricchisce con minori che hanno alle spalle storie di abuso, disagio, abbandono, con persone che hanno vissuto in ospedali psichiatrici e che poi, con la legge 180 sono stati restituiti al territorio ma senza un luogo dove andare. È un'accoglienza che i soci fondatori vogliono vivere facendo sì che gli ospiti, una volta arrivati, non si sentano più tali: i minori vengono affidati dal tribunale ogni volta direttamente a uno dei soci della cooperativa. Non hanno trovato solo un tetto, ma una nuova famiglia.

Dal 1977 a oggi sono più di

cento le persone che entrano nel percorso del Forteto, 70 minori e 30 persone adulte con problematiche psichiche o handicap fisici.

L'agricoltura sociale non è quindi uno degli aspetti in cui si esprime l'attività del Forteto: è una sua condizione di partenza. «Socialità, solidarietà, condivisione - si sottolinea - sono i valori che guidano la cooperativa, l'alternativa all'economicismo e all'utilitarismo altrove dominanti si manifesta nell'organizzazione del lavoro e delle produzioni, nell'importanza data alle relazioni familiari e personali, nel-

la scelta di abitare al Forteto, nel momento fondamentale del mangiare tutti insieme, ogni giorno ancora dopo 30 anni. E soprattutto nel puntare sul profitto umano anziché su quello economico, che non si è dimostrato antitetico rispetto al successo dell'impresa. Anzi il successo dell'impresa è forse riconducibile alla migliore qualità della vita dei suoi partecipanti».

I prodotti agricoli della cooperativa fanno il giro dei negozi e dei supermercati. Il Forteto è un'azienda che sta sul mercato, anzi è una delle più importanti. La missione economica funziona, quella etica continua. Ed è bello accorgersi che possono procedere insieme.

LUCCA

Inaugurato un master universitario per formare operatori di comunità

Infermieri di famiglia Doc



I corsi nel polo didattico di S. Maria a Colle - Obiettivo: l'integrazione

È stato inaugurato il 2 dicembre a Lucca il primo master in infermiere di famiglia e di comunità in Toscana, e uno dei primi in Italia. Il master, presentato presso l'Auditorium del Polo didattico e formativo di S. Maria a Colle nel complesso di Maggiano, è stato attivato a partire da quest'anno grazie alla collaborazione tra la facoltà di Medicina e chirurgia di Pisa e l'Asl 2 di Lucca.

Si tratta di un master di primo livello in "Infermiere di famiglia e di comunità", per la formazione di una nuova figura che va ad arricchire il settore delle cure primarie. Si crea così una

nuova professionalità che si aggiunge a quella "tradizionale" e che è già stata introdotta in alcune realtà a livello sperimentale. L'infermiere di famiglia si farà carico di un gruppo di nuclei familiari, di una comunità, per seguirli in percorsi di assistenza integrandosi con il medico curante e gli altri specialisti. Ovviamente sono necessarie capacità complesse per entrare nella vita familiare delle persone in un momento di difficoltà e portare un "aiuto competente". L'infermiere diviene così un elemento decisivo per una reale integrazione tra sanitario e sociale, contribuisce ad assicurare la continuità assistenziale, un'integrazione tra

l'ospedale, i servizi distrettuali e il medico di medicina generale. Questa nuova figura gioca un ruolo importante nel potenziamento del lavoro congiunto (multiprofessionale) e nella valorizzazione dei principi della Sanità di iniziativa.

Inoltre questo importante master universitario di primo livello rappresenta per Lucca un'ulteriore occasione di sviluppo in un ambito che la vede da tempo all'avanguardia. Infatti già da alcuni anni - nell'ambito di un percorso condiviso sempre con la facoltà di Medicina di Pisa - presso il polo didattico formativo di S. Maria a Colle, nel complesso di Maggiano, viene formata la figura

dell'infermiere, un ruolo sempre più rilevante sia sotto il profilo clinico-assistenziale che organizzativo. È in questa prospettiva che diviene necessario offrire un percorso formativo, che oltre a valorizzare elementi di forza già presenti nel bagaglio degli infermieri sappia proporre modelli innovativi e strumenti operativi capaci di rispondere adeguatamente alle nuove richieste, legate alla trasformazione dei servizi sanitari e soprattutto agli articolati bisogni della popolazione.

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

SIENA

Ecografi portatili in ambulanza: approvato un progetto del "118"

Il 18 dicembre nella sala conferenze dell'ospedale di Notola a Montepulciano, si terrà un seminario sull'utilizzo dell'ecografia nell'ambito della medicina d'emergenza-urgenza extraospedaliera. Il seminario parte da un ambizioso progetto del Siena 118 che è quello di dotare le automediche di un ecografo portatile e di personale medico in grado di utilizzarlo. Tra pochi anni assisteremo a una rivoluzione: il medi-

libero in addome e altri importanti reperti di rapida valutazione ecografica, con aumentate possibilità di ottimizzare il percorso assistenziale dei pazienti critici. L'intento dell'iniziativa è di mettere a confronto le esperienze e le innovazioni in materia tra gli specialisti in diagnostica per immagini e il personale medico afferente al Dipartimento d'emergenza-urgenza, trovando punti in comune che divengono punti di forza nella

diagnostica precoce di condizioni cliniche critiche traumatiche e non.

Il seminario è patrocinato da Winfocus che è un'organizzazione scientifica internazionale che

si occupa della diffusione della ecografia nel setting della medicina d'emergenza-urgenza e della medicina critica. Sono quattro per ora, i medici del "Siena 118", che stanno seguendo il percorso per diventare formatori. La direzione aziendale dell'Asl 7 ha approvato il progetto, che risulta uno dei primi a livello nazionale, specificamente dedicato all'emergenza territoriale.

Roberta Caldesi
Ufficio stampa Asl 7 Siena

Un seminario sull'ecografia in urgenza

AREZZO

Mani tese agli anziani: tagli alle liste nelle Rsa e più servizi domiciliari

Tempi di attesa più brevi per accedere alle residenze sanitarie assistenziali (Rsa), ma anche più prestazioni al domicilio degli anziani e a supporto della rete familiare: servizi domiciliari, contributi economici per l'assunzione di assistenti familiari e implementazione dei centri diurni con aumento, in alcuni casi, dell'orario di esercizio. Risultati importanti raggiunti all'Asl 8 di Arezzo grazie al fondo aggiuntivo di 80 milioni

di euro stanziato dalla Regione Toscana.

Particolarmente importante il risultato che deriva da due diverse azioni: l'incremento operato nel 2008 di 100 nuovi posti nelle Rsa a livello provinciale e l'attivazione contestuale di tutti quei servizi che consentono la cura presso il domicilio. Così facendo, in meno di un anno, si è scesi da 330 persone in attesa di inserimento nelle Rsa a 110.

«Accanto a questo - precisa Patrizia Castellucci, direttore dei servizi sociosanitari della Asl 8 di Arezzo - sono stati promossi e attivati servizi di cure intermedie nella zona aretina, potenziati i servizi infermieristici nelle Rsa di Arezzo e Valdarno, aumentati i posti nelle Rsa,

nei centri diurni e nelle strutture Alzheimer di Arezzo, Valdarno, Casentino e Valdichiana. E ancora, sono stati attivati i moduli per disabili motori ad Arezzo, oltre che a Subbiano e istituiti nuovi posti letto per "stati vegetativi permanenti" nelle Rsa di Terranuova Bracciolini e Bucine. Infine, visti gli ottimi risultati sperimentati ad Arezzo, si è proceduto all'estensione al Valdarno del servizio per la gestione delle "dimissioni com-

plesse" dall'ospedale verso il territorio. Un servizio che prevede l'impiego degli operatori socio-sanitari per interventi domiciliari in anziani non autosufficienti. Il tutto per un costo di quasi 400mila euro».

La chiave dei buoni risultati raggiunti e delle prospettive positive che si aprono sta anche nell'aver compiuto un salto di qualità nei rapporti fra i diversi soggetti che forniscono servizi, evitando duplicazioni, unificando le risorse, individuando progetti mirati secondo le diverse esigenze che si presentano da territorio a territorio.

Massimo Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

Risultati ottenuti grazie al fondo regionale aggiuntivo

VIAREGGIO

L'Asl 12 seconda per performance in Regione: meeting tra i dirigenti

La Asl 12 di Viareggio, ripetendo l'exploit dello scorso anno, si conferma in seconda posizione secondo gli indicatori contenuti nel report finale dell'indagine regionale che prende in considerazione le performance e le criticità delle aziende sanitarie e di quelle ospedaliere della Toscana. Lo ha anticipato il direttore generale dell'Asl 12 di Viareggio, Giancarlo Sassoli, durante l'iniziativa "Dialogando" che, per il terzo anno consecutivo vede incontrarsi la direzione generale, i direttori e i dirigenti della Asl 12 di Viareggio per discutere le linee programmatiche aziendali.

Il risultato è stato raggiunto grazie all'impegno e alla professionalità di dipendenti, collaboratori, medici di medicina generale, pediatri, associazioni di volontariato, strutture convenzionate e di tutti coloro che quotidianamente rispondono alle richieste e ai bisogni dei residenti e dei turisti della Versilia. Durante le tre ore dell'evento inoltre sono stati affrontati tanti importanti temi, valutando attentamente i principali obiettivi a cui i vari settori dell'azienda dovranno rapportarsi per i prossimi mesi.

A iniziare dal rapporto tra ospedale e territorio per proseguire con i corretti stili di vita, il sociale (e i nuovi scenari correlati alla Società della salute), l'intensità di cura medica e chirurgica, la prevenzione e gli assetti amministrativi e tecnici. Non dimenticando, naturalmente, le criticità rappresentate dalla lunghezza di alcune liste di attesa, la non ancora soddisfacente diffusione di screening e vaccinazioni e la necessità di migliorare il benessere e il clima interno al fine di promuovere e consolidare il senso di appartenenza all'azienda e la possibilità di mantenere gli ottimi livelli

raggiunti. Il susseguirsi di interventi e testimonianze ha fatto emergere un quadro generale della situazione a cui tutti hanno concorso e che ognuno ha potuto fare proprio in vista delle prossime riunioni tese a discutere e determinare le singole schede di budget di reparto, attraverso le quali sarà possibile gestire e valorizzare il lavoro programmato per il 2010.

Stefano Pasquucci
Ufficio stampa Asl 12 Viareggio

Manager e medici discutono le linee programmatiche

IN BREVE

▼ PISA

Venerdì 4 dicembre si è svolto il corso di formazione «Il tumore ereditario al seno e ovaio: identificazione e gestione dei soggetti a rischio» rivolto a infermieri, ostetriche e altri operatori sanitari (tecnici di radiologia e di laboratorio) coinvolti nella diagnosi e gestione di donne ad alto rischio di cancro della mammella e dell'ovaio. L'obiettivo del corso è stato quello di aumentare le conoscenze del personale sanitario sul tema della familiarità e della genetica del carcinoma mammario e di fornire la specifica metodologia organizzativa. I tumori ereditari rappresentano un importante settore della moderna oncologia clinica ed è opportuno offrire efficaci strumenti di diagnosi precoce e di profilassi.

▼ LUCCA

Il 4 dicembre, presso la sede dell'associazione di promozione sociale Archimede, ha aperto ufficialmente il laboratorio di cucito che nasce come evoluzione dell'attività riabilitativa organizzata dall'unità funzionale Salute mentale adulti di Lucca dell'Asl 2. Il nuovo servizio mette a disposizione attività di sartoria, riparazioni, piccola tappezzeria, manufatti artigianali, idee regalo. All'iniziativa collaborano la Provincia di Lucca e il Comune di Capannori. L'associazione Archimede opera nel campo della salute mentale, promuovendo l'integrazione sociale delle persone con disturbi psichici, ed è particolarmente impegnata nella promozione dei percorsi terapeutici che utilizzano linguaggi a mediazione artistica.

▼ EMPOLI

Si è tenuto il 12 dicembre nei locali dell'Agenzia per la formazione dell'Asl 11 il 16° convegno annuale organizzato da Toscana Urologia e Auro.it Toscana. Questa edizione è stata dedicata all'integrazione delle professionalità nei nuovi modelli organizzativi dell'ospedale, all'attualità e interdisciplinarietà nel carcinoma della prostata e ai modelli di prevenzione in urologia. La neoplasia alla prostata è un problema fortemente sentito dalla popolazione maschile. L'evento, organizzato in sezioni differenti per medici e infermieri, era aperto a urologi, oncologi, radioterapisti, medici di medicina generale e infermieri. Hanno partecipato anche i rappresentanti dell'Aip (Associazione italiana prostatectomizzati) e di Europa Uomo.

CALENDARIO



FIRENZE/2

Il 18 e 19 dicembre, presso l'Anglo American Hotel, si svolge il convegno «Appropriatezza terapeutica e aderenza alle terapie nei pazienti a rischio cardiovascolare. Una sfida quotidiana per un'assistenza sostenibile e migliore». Per info: 080.5482005, infoba@intermeeting.org



LIVORNO

«Trattamento residenziale dell'adolescente difficile» è il titolo del seminario che si terrà presso l'Unità funzionale salute mentale infanzia e adolescenza (Ufsmia) dell'Asl 6 Livorno. Obiettivo: approfondire la teoria sull'approccio residenziale come risposta al disagio adolescenziale.

Errata corrige

Nel supplemento "Toscana" allegato a Il Sole-24Ore Sanità n. 46 dell'8-14 dicembre 2009, la pagina 3 è stata pubblicata erroneamente a firma di Cristiano Lucchi anziché di Roberta Caldesi - ufficio stampa Usf 7 di Siena. Ce ne scusiamo con l'interessata e con i lettori.

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

GIOR
NALI
E
RIVISTE

INTER
NET
PER
TUTTI

SERATE
ALTER
NATIVE

PRE
STITO
GRA
TUITO

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