

Sanità Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 48-49 anno XIII del 21 dic. 2010-3 gen. 2011 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

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

Le nostre priorità: servizi efficienti e cure integrate

di **Lorenzo Roti*** e **Marzia Fratti****

La salute mentale della popolazione è un obiettivo fondamentale a cui la Regione Toscana pone particolare attenzione, in quanto fattore determinante della salute generale della comunità e delle sue capacità di sviluppo umano ed economico. Sono state individuate linee di intervento per sviluppare un'ampia azione di promozione della salute mentale, che va dalla prevenzione e individuazione precoce dei bisogni della comunità all'offerta di servizi differenziati e articolati in relazione alle necessità.

Lo sforzo è stato quello di passare da una logica di psichiatria a una «Salute mentale di comunità» con servizi aperti nella comunità che operano attraverso interventi centrati sulla persona e progetti di cura individualizzati che tengono conto delle condizioni di vita, della storia vissuta, delle abilità e risorse personali degli individui. Affrontare situazioni, spesso complesse, che richiedono programmi di intervento clinici, psicologici e sociali è il compito richiesto alle équipe multiprofessionali che operano nelle varie zone-distretto nell'ambito delle unità funzionali Salute mentale infanzia adolescenza e adulti dei dipartimenti di Salute mentale. È indispensabile inoltre un sistema di welfare che ponga al centro la questione dell'accesso al pieno diritto di cittadinanza delle persone più deboli.

Garantire un sistema di servizi sempre più efficiente e qualificato sarà la sfida.

CONTINUA A PAG. 2

PSICHIATRIA Presentato il Report 2010 sul disagio psichico: crescono pazienti e spesa

Salute mentale a Rapporto

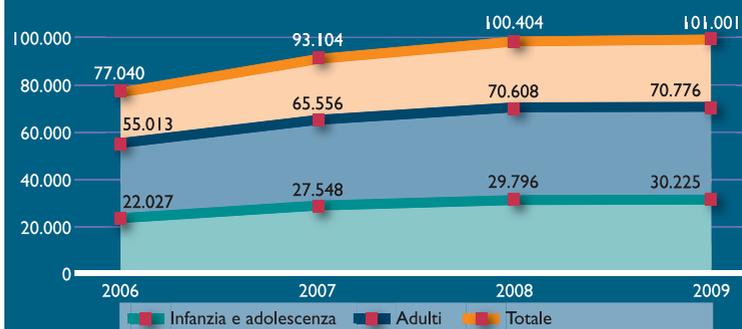
Su 100mila assistiti il 30% sono minori - Ricoveri sotto la media nazionale

In Toscana più di 100mila persone hanno problemi di salute mentale e il numero delle prestazioni erogate è salito dalle 1.572.363 del 2007 alle 1.737.286 del 2009. Sono i dati del Rapporto 2010 sui «Servizi di salute mentale in Toscana» presentati al convegno che si è tenuto recentemente a Firenze, organizzato dal coordinamento toscano delle associazioni dei familiari dei pazienti affetti da patologia psichiatrica.

Secondo i dati sono 101.001 gli «utenti attivi», di cui 70.776 adulti e 30.225 minori. Tra gli adulti, quelli di nazionalità non italiana sono 2.059 mentre tra i minori i non italiani sono 1.711. Nel 2006 l'utenza complessiva della salute mentale risultava, in Toscana, pari a 77.040 persone: salite a 93.104 l'anno successivo, a 100.004 nel 2008 per salire ulteriormente ai 101.001 di fine 2009. In Toscana la spesa sanitaria per questo settore, con un trend in costante aumento, ha sfiorato nel 2009 i 252 milioni. Secondo il rapporto Istat sulla ospedalizzazione psichiatrica, il tasso dei ricoveri per disturbi psichici in Toscana è più basso della media nazionale.

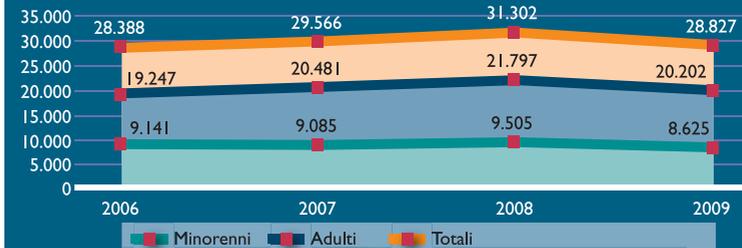
In Italia i disturbi psichici risultano molto diffusi nella popolazione e rappresentano un importante problema di Sanità pubblica e l'obiettivo della presentazione è stato quello di mettere a disposizione della società toscana i dati relativi all'utenza e all'attività dei dipartimenti di Salute mentale con la finalità, in coerenza con quanto disposto dalla normativa regionale, di produrre informazioni a supporto della programmazione regionale e locale in tema di salute mentale, sui bisogni della popolazione e sulle risposte assistenziali fornite dai servizi socio-sanitari. Nel rapporto è stata fatta una valutazione della domanda attraverso l'analisi dell'utenza dei servizi di salute mentale, è stata rappresentata l'offerta dei servizi assistenziali (attività ospedaliera, la rete territoriale con i servizi ambulatoriali e residenziali) e le risorse finanziarie e di personale dedicate. Sono stati riportati, inoltre,

■ **Utenza salute mentale regione Toscana: anni 2006-2009**



■ **Utenti nuovi**

Tutti gli utenti a cui è stata aperta una cartella clinica territoriale per la prima volta



alcuni dati che permettono di iniziare un processo di valutazione di risultati in termini di salute della popolazione (consumo di farmaci antidepressivi, numero dei suicidi, consumo di Ritalin da parte dei bambini, numero dei pazienti internati nell'ospedale psichiatrico giudiziario).

Nel 2009, per quanto riguarda il consumo di farmaci antidepressivi sono state erogate 3.929.401 unità, cioè confezioni (400mila in più rispetto al 2006). Al primo posto, fra le province, Firenze con 921.451 unità erogate; segue Pistoia (358.716), Arezzo (344.421) e Livorno (334.730). Ultima, tra le province, Grosseto (197.513). Per quanto riguarda le dosi giornaliere di farmaci antidepressivi per ogni mille abitanti residenti, è il territorio dell'Asl di Lucca a balzare in testa (78,4) seguito da Pistoia (74,6), Massa Carrara (72,1), Versilia (71,1). Agli ultimi posti Grosseto (53,2) e Prato (49,2).

In progressiva diminuzione, in Toscana, il fenomeno dei suicidi: si è passati da un tasso standard di 9 su 100mila abitanti nel 1998 al 6,8 del 2008 (quell'anno ci furono, in tutta la regione, 263 suicidi: 205 di maschi e 58 di femmine). Dieci anni prima si erano suicidate 314 persone (238 maschi e 76 femmine).

I dati presentati riguardano i servizi per gli adulti e per l'infanzia/adolescenza. Questo rappresenta una novità a livello nazionale, infatti altre Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna) hanno prodotto dei rapporti simili, ma nessuno contiene dati riguardanti la salute mentale per tutte le età della vita. Il rapporto, in quanto strumento informativo per l'utenza, contiene una rappresentazione puntuale della rete dei servizi territoriali (centri di salute mentale, centri diurni, strutture residenziali) e un elenco delle disposizioni emanate dal Consiglio e dalla Giunta regionali.

Galileo Guidi

Coordinatore Commissione regionale governo clinico salute mentale

CONTROCANTO

Ma servono più dati e più personale di Gemma Del Carlo*

Siamo molto soddisfatti per la grandissima partecipazione al convegno «Quanto la persona è al centro della sua cura? Secondo convegno di programmazione e verifica sui servizi integrati per la Salute mentale» e per le leggi e le disposizioni per la salute mentale emanate dalla Regione Toscana, che sono pienamente condivise dai

familiari e dagli utenti, anche se ancora queste disposizioni sono applicate solo in parte nel territorio toscano.

Il Coordinamento toscano ha intrapreso un ottimo percorso grazie al contributo di tutte le associazioni e al rapporto di stima reciproca che si era in-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ **Stili di vita, intesa Regione-Cupla**

Approvato lo schema di Protocollo d'intesa tra la Regione e le associazioni dei pensionati del lavoro autonomo coordinate nel Coordinamento unitario pensionati del lavoro autonomo (Cupla). L'obiettivo è lo sviluppo e diffusione delle buone pratiche di salute, in particolare per quanto attiene ai corretti stili di vita, all'attività fisica adattata, alle profilassi vaccinali. Inoltre si punta ad aumentare la partecipazione delle associazioni dei pensionati Cupla alla vita delle Società della Salute, in particolare per quanto attiene la loro presenza negli organismi partecipativi previsti dalla norma. (Delibera n. 1034 del 6/12/2010)

▼ **Linee guida sui molluschi bivalvi**

La Giunta regionale ha recepito l'intesa Conferenza Stato-Regioni dell'8/7/2010, concernente Linee guida per l'applicazione del regolamento (Ce) 854/2004 e del regolamento (Ce) 853/2004 nel settore dei molluschi bivalvi. Definiti alcuni aspetti, come effettuare un inventario delle fonti di inquinamento di origine umana o animale che possono costituire una fonte di contaminazione della zona di produzione o di cosa si deve tener conto nei piani di campionamento per il controllo della qualità microbiologica dei molluschi bivalvi vivi. (Delibera n. 1036 del 6/12/2010)

ALL'INTERNO

Struttura unica per il Dea di Pisa

A PAG. 3

Utenti in corsia al test «Erica»

A PAG. 4-5-6

Il prossimo numero de «Il Sole-24 Ore Sanità-Toscana» sarà in distribuzione da martedì 18 gennaio 2011. Buone feste a tutti.

PILLOLE&SPESA Recepite le linee di indirizzo sulla terapia dell'ipercolesterolemia



Statine, target appropriatezza

A parità di efficacia il medico deve prescrivere il farmaco meno costoso

All'inizio di settembre era toccato ai farmaci per l'ipertensione. Ora è la volta di quelli per l'ipercolesterolemia. La consegna è «appropriatezza prescrittiva»: a parità di efficacia, il medico deve prescrivere il farmaco che costa meno, sempre avendo come primo obiettivo la tutela della salute del cittadino. Grazie all'approvazione della delibera n. 986 del 22 novembre 2010 vengono recepite le linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipercolesterolemia, stilate dalla Commissione terapeutica regionale, in collaborazione con esperti del settore e con alcune società scientifiche.

Nel 2009 i pazienti toscani trattati con statine (i farmaci per la terapia dell'ipercolesterolemia) sono stati 272mila, pari a circa il 7,3% della popolazione toscana. Nello stesso periodo sono state erogate a carico del Servizio sanitario regionale oltre 63 milioni di unità posologiche, pari a circa 2,4 milioni di confezioni, per una spesa di 48 milioni, cioè circa l'8% della spesa farmaceutica convenzionata. Il costo medio per confezione rimborsato dal Ssr è stato pari a 19,8 euro. Sempre nel 2009, le statine a brevetto scaduto (costo medio per confezione 9,4 euro)

Spesso la cura è somministrata senza evidenze

hanno rappresentato il 51,2% in termini di unità posologiche e il 26,4% in termini di spesa, mentre le statine coperte da brevetto (costo medio per confezione 33,1 euro) hanno inciso per il 48,8% in termini di unità posologiche e per il 73,6% in termini di spesa.

L'analisi della prescrizione ha mostrato come le statine siano spesso impiegate in prevenzione primaria senza che vi siano evidenze, mentre in prevenzione secondaria e nei diabetici il numero dei pazienti in trattamento è inferiore rispetto a quello atteso. Il trattamento si protrae frequentemente per una durata inferiore a quella raccomandata e, troppo spesso, l'interruzione avviene dopo l'assunzione di 1 o 2 confezioni. Quest'ultimo fenomeno è molto rilevante: nell'anno 2009 ha avuto un'incidenza del 16,6 per cento.

L'autonomia prescrittiva del medico deve coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la sostenibilità del sistema sanitario (rapporto beneficio/costo favorevole). Principio basilare dell'appropriatezza prescrittiva è infatti che, a parità di efficacia documentata e di applica-

bilità al singolo paziente di farmaci diversi, sia preferito quello di minor costo. Anche se man mano che scadono i brevetti ci si potrebbe aspettare una diminuzione della spesa farmaceutica, si verifica invece uno spostamento dei consumi verso farmaci ancora coperti da brevetto. Un fenomeno non spiegabile dal punto di vista terapeutico, che non contribuisce alla salute del paziente e mina la sostenibilità del sistema.

La Regione Toscana, con il supporto del Consiglio sanitario regionale, della Commissione terapeutica e della maggior parte delle società scientifiche, intende proseguire nel percorso avviato da anni di governo della spesa farmaceutica. Il tutto con l'obiettivo di tutelare la salute del paziente e la sostenibilità del sistema. Si tratta di un percorso che è inserito anche nella Finanziaria approvata dalla Giunta. I Dg di tutte le aziende sanitarie e ospedaliere toscane dovranno attivare tavoli di confronto tra i medici di medicina generale e i medici dipendenti del Ssr, per condividere e applicare le linee di indirizzo. Le Commissioni di Area vasta dovranno adeguare i prontuari ospedalieri dei farmaci ai criteri di appropriatezza, così come previsti dalle linee di indirizzo.

Lucia Zambelli
Agenzia Toscana Notizie

CONCORSO NOTTOLA-MARIO LUZI

Un premio a chi lotta contro il dolore

Mario Luzi è dedicato il Premio istituito da Cittadinanzattiva toscana - Tribunale per i diritti del malato, Regione Toscana, Società della Salute della Valdichiana senese, che quest'anno giunge alla sua quarta edizione con il riconoscimento del Presidente della Repubblica che ha voluto assegnare il suo alto Patronato. Il Premio è rivolto a:

a) operatori sanitari afferenti a strutture pubbliche, Aziende ospedaliere e universitarie e Aziende Usl, che presentino un progetto innovativo di riduzione, controllo e "cura" del dolore;

b) giovani laureati in Medicina e chirurgia, che abbiano conseguito il diploma di laurea o di specializzazione in una professione medica con una tesi sul tema del dolore;

c) giovani ricercatori, che presentino un lavoro di ricerca translazionale pubblicato su una rivista scientifica nei due anni antecedenti alla pubblicazione del presente bando e orientato al trasferimento delle conoscenze dall'ambito pre-clinico a quello clinico, ovvero per le applicazioni finalizzate alla cura del dolore;

d) una personalità che si sia distinta per l'impegno nella lotta contro «Il dolore non necessario».

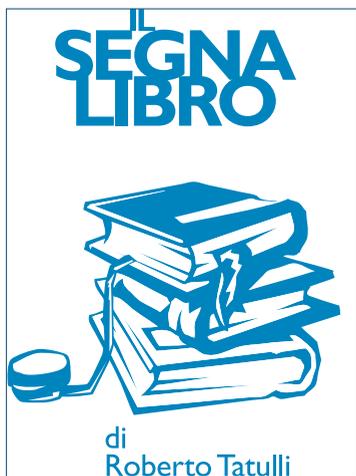
Il bando di concorso, già visibile sui siti www.cittadinanzattivatoscana.it e www.regione.toscana.it/salute/lottaaldolore, scade

il 30 di aprile 2011 e la cerimonia di consegna del premio avrà luogo il 10 settembre 2011 a Montepulciano (Siena).

Ora il dolore bisogna curarlo davvero. Lo ha stabilito persino una legge. La n. 38 approvata a marzo del 2010. Essa riconosce il diritto a tutti cittadini di essere curati dal dolore e che sia garantita loro una dignitosa qualità della vita durante l'esperienza della malattia. Con l'approvazione della legge la battaglia contro «il dolore non necessario» non è finita.

È ancora bassa l'attenzione verso il dolore cronico che in Italia è sofferto da circa un quarto della popolazione. La valutazione del dolore e il suo inserimento nella cartella clinica dei pazienti ricoverati in ospedale avviene solo nel 10% dei casi. In tanti, in questi anni hanno preso parte alla battaglia contro «il dolore non necessario». Tra questi Mario Luzi, poeta e senatore della Repubblica che ci ha lasciato nel febbraio del 2005. In una dedica scritta su un libro destinato alla Prof.ssa Montalcini così scrisse: «A Rita Levi Montalcini devoto omaggio di un compagno di lotta contro la sofferenza inutile, essendo quella utile più che sufficiente alla prova umana».

Domenico Giofrè
Presidente del Premio
«Nottola-Mario Luzi»



VIOLENZA DI GENERE, REPORT SUI CENTRI REGIONALI

«Secondo rapporto sulla violenza di genere in Toscana. Anno 2010. Un'analisi dei dati dei Centri Antiviolenza» a cura di Daniela Bagattini e Valentina Pagani, pagg. 211 - Distribuzione gratuita, pubblicazione a cura della Regione Toscana.

■ Approfondire a livello regionale la piaga sociale della violenza di genere e gli strumenti che la contrastano e la formazione, prassi e linee guida per le reti contro la violenza sulle donne. Il rapporto 2010, giunto alla sua seconda edizione, si è arricchito dello spaccato dedicato a tutte le donne che prestano il loro tempo, in maniera retribuita o meno, all'accogliimento delle donne vittime di violenza. L'indagine infatti si sofferma sulle operatrici, un mondo variegato ma anche indispensabile per l'emersione del problema, spesso tenuto in silenzio, e che poco viene raccontato. In modo analitico nel testo vengono descritte le richieste di

aiuto ai Centri Antiviolenza della rete regionale contro la violenza di genere, riportata un'indagine sulle addette dei Centri Antiviolenza della Toscana con approfondimenti provinciali. Questa seconda parte affronta gli interventi di prevenzione, il modus operandi, il punto di vista delle istituzioni e la formazione delle addette.

PSICONCOLOGIA TRA RICERCA E ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE

«Psiconcologia. Percorsi strumenti prospettive di ricerca» a cura di Gianni Amunni e Luisa Fioretto, pagg. 67 - Distribuzione gratuita - Giunti O.S. Organizzazioni Speciali Srl

■ Multidisciplinarietà e interprofessionalità sono i criteri necessari per l'integrazione delle figure professionali che ruotano attorno al paziente oncologico ed è necessario concordare sia i criteri di invio dei pazienti al servizio di supporto psicologico sia la modalità di restituzione di informazioni

volte al miglioramento dell'aderenza ai trattamenti. Queste le prospettive future discusse nel testo, che fanno emergere che accanto all'attività clinica svolta nei confronti dei pazienti malati di tumori, assume sempre più rilevanza un'offerta di interventi di sostegno psicologico, articolata sulla base delle peculiarità delle patologie d'organo e articolata su tutto il territorio regionale. L'intervento psiconcologico interessa tutto il percorso della malattia: dalla comunicazione della diagnosi alla terapia, dall'eventuale recidiva al passaggio alle cure palliative, dall'assistenza domiciliare alla separazione del medico dal paziente e dalla sua famiglia. L'Istituto Toscano Tumori ha avviato un percorso di individuazione degli indirizzi e delle buone pratiche professionali utilizzabili dalla rete dei servizi psiconcologici. Questa pubblicazione riporta alcuni risultati conseguiti dai gruppi di lavoro tematici istituiti dall'Istituto per la definizione di standard di qualità.

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

staurato con i precedenti assessorati alla Salute e alle Politiche sociali della Regione Toscana. Tanti obiettivi sono stati raggiunti, ma molti sono ancora da realizzare.

Dagli incontri preparatori con i direttori generali, azienda per azienda, e la Regione dove erano presenti il Coordinamento toscano con le singole associazioni di appartenenza, i presidenti e i direttori delle SdS o delle Conferenze zonali dei sindaci, è emerso che i dati inviati dalle varie aziende alla Regione quest'anno sono risultati più completi rispetto all'anno scorso. Chiediamo però che si arrivi ad avere dei dati in cui si capisca quante persone sono guarite, quante persone hanno un progetto personalizzato,

qual è il loro percorso di cura. Dai dati richiesti ai Comuni riguardo alla spesa per la Salute mentale è risultato, salvo eccezioni, che essi spendono poco.

Dai disturbi mentali è possibile guarire o comunque migliorare, ma la risposta ai problemi mentali sta nell'integrazione dei servizi sanitari e sociali realizzati precocemente e coordinati nello stesso tempo e nell'attivazione a livello di zona/distretto dei Piani di salute integrati, partendo dal progetto individuale personalizzato e da un'accurata valutazione. Pertanto va sottolineata la fondamentale importanza di integrare e aumentare in tutte le Asl il personale che rappresenta la cura primaria, sia per l'età evolutiva dove l'aumento di disturbi è

maggiore, che per gli adulti e deve essere in numero sufficiente, qualificato e stabile.

È necessario ribadire l'importanza della diagnosi, della programmazione e della valutazione dei risultati ottenuti, con la definizione di criteri chiari, semplici e comprensibili anche agli utenti e ai loro familiari. Invitiamo i servizi territoriali a essere più aperti ai contatti esterni, ma anche le famiglie e gli utenti a impegnarsi e a ritrovare il proprio ruolo, e al tempo stesso a coinvolgere la cittadinanza nell'integrazione sociale, poiché ogni soggetto non può sostituire l'altro.

* Presidente
Coordinamento toscano
associazioni per la salute mentale

Le nostre priorità: servizi... (segue dalla prima pagina)

da futura. L'attenzione deve andare verso una piena integrazione delle attività sanitarie e sociali per evitare duplicazioni di funzioni in questo settore.

Va attuata una programmazione integrata delle attività che tenga conto dei bisogni delle persone con una visione d'insieme delle offerte e potenzialità del sistema. Sono da avviare, ancora, collaborazioni sempre più ampie e strutturate tra servizi superando le divisioni e frammentazioni. Prioritario il collegamento stabile e formalizzato con i medici di base, sia per l'accesso alle cure che per mantenere il contatto con la popolazione a rischio.

Occorre valorizzare e utilizzare al meglio le risorse presenti sul territorio. Il contributo delle associazioni di utenti e di familiari è

altresì importante nei processi di valutazione dei risultati raggiunti e nella programmazione degli interventi. Una risorsa sono gli stessi utenti, coloro che oggi riescono a parlare della loro esperienza, che facilitano i percorsi di emancipazione di altri, favorendo l'automutuo aiuto.

Solo operando insieme è possibile liberare le persone dalla sofferenza della malattia mentale e vincere il pregiudizio dell'inguaribilità che spesso porta a un diffuso senso di impotenza e di perdita della speranza.

* Dirigente Settore Servizi alla persona sul territorio
** Resp.le posizione organizzativa Politiche integrate per la promozione e tutela della salute mentale

PISA

Per il nuovo pronto soccorso trasloco da Santa Chiara a Cisanello

Il Dea in un edificio unico



Spazi più ampi, tecnologie d'avanguardia e procedure più efficaci

Le ambulanze del 118 ora sfrecciano dirette a Cisanello, le sirene risuonano sul ponte alle Bocchette e si placano davanti alla camera calda, dove si aprono in automatico le porte basculanti al passaggio delle barelle. All'ingresso via vai di camici bianchi e lavoro frenetico: lo scenario tipico di un serial ospedaliero americano. Ma non c'è alcun set televisivo. È il nuovo Dea di Pisa, la struttura nuovissima realizzata dalla società Inso che accoglie, dalla prima settimana di dicembre, il dipartimento di Emergenza-accettazione di tutto l'ospedale, il suo cuore pulsante.

Fino a poco meno di un mese fa il pronto soccorso era al Santa Chiara, la sede storica dell'ospedale a due passi dalla Torre di Pisa, e con esso la radiodiagnostica, le neurochirurgie, la neuro-radiologia, le anestesi e rianimazioni, la chirurgia generale e d'urgenza, la traumatologia. Erano distanziate di poche centinaia di metri, in uno stesso perimetro ospedaliero ma in padiglioni differenti.

Ora tutte queste specialistiche legate direttamente all'Emergenza-urgenza sono riunite in un unico edificio, con il vantaggio della maggiore integrazione dovuta alla contiguità dei reparti e all'ottimizzazione delle risorse. E soprattutto sono aumentati gli spazi, sono state acquistate tecnologie di ultima generazione, sono state messe a punto nuove procedure operative legate ai modelli organizzativi funzionali alla nuova struttura. Una rivoluzione mentale, oltreché materiale, che ridisegna l'ospedale di Pisa e fa del nuovo pronto soccorso uno fra i più grandi d'Europa.

Il battesimo è avvenuto nel giorno dell'Immacolata. Il trasporto dei pazienti è avvenuto invece nelle ore notturne, su percorso dedicato, in ambulanze scortate dalle forze dell'ordine, in modo tale da garantire la massima sicurezza ed efficienza. Questo passaggio

L'identikit della struttura	
Superficie complessiva	Circa 24mila m ² lordi
Composizione	Seminterrato, piano terra, primo e secondo piano rialzato (6mila metri quadri di superficie per piano)
Al seminterrato	Neuroradiologia (Angiografo, Tac, 2 Rmn); laboratorio analisi; studi medici (open space); area protezione civile, unità di crisi; servizi generali (spogliatoi, depositi ecc.)
Al piano terra	Due postazioni triage; pronto soccorso (con 6 letti di osservazione breve intensiva-Obi); pronto soccorso ortopedico (con Rx dedicata); Radiodiagnostica (2 Rx dig., 2 Tac); area ambulatoriale Dea (codici bianchi, See&Treat, pronto soccorso pediatrico, ambulatori specialistici); Shock-room; Discharge-room; 11 box di monitoraggio medico posti letto
Al primo piano	Medicina d'urgenza (20 posti letto, di cui 4 dedicati all'ictus, 6 letti di sub-intensiva multidisciplinari, 4 pediatrici); Chirurgia generale e d'urgenza universitaria (29 Pl + 4 Pl monitorizzati); Traumatologia (8 Pl); 4 sale operatorie (di cui 1 attrezzata per la traumatologia); Anestesia e rianimazione PS (8 Pl - di cui 1 isolato - + 4 Pl sub-uti); Recovery room
Al secondo piano	Neurochirurgia I e Neurochirurgia II (38 Pl + 8 Pl sub-int.); 4 sale operatorie; Anestesia e rianimazione II (8 Pl, di cui 1 isolato); Direzionale - studi medici; Recovery room
Sul tetto	Piazzola per l'elisoccorso, idonea anche all'atterraggio di elicotteri più pesanti del Pegaso, come quelli militari
Dotazione tecnologica	2 Rmn nuove ad alto campo più una a basso campo, 3 Tc (di cui 2 nuove a 64 slice e una a 40 slice). Radiologia convenzionale (4 apparecchi per le lastre, compreso quello per i codici rossi nella shock room), una sala angiografica con angiografo digitale, 4 ecografi, oltre a numerosi apparecchi per le radiografie ai letti degli ammalati, più un apparecchio con valenza angiografica a uso della sala operatoria per attività di tipo interventistico
Posti letto	133
Sale operatorie	8

fondamentale rappresenta anche l'ultima tranche di una prima grande fetta di trasferimenti che sta portando, in questi ultimi anni, tutti i reparti dal presidio di Santa Chiara a quello di Cisanello e che terminerà con il completamento della parte nuova dell'ospedale ancora da realizzare (la piastra diagnostica, il II potenziamento, il polo didattico di Medicina, la cittadella dei servizi).

Con questa tappa del Dea 2/3 dell'ospedale sono a Cisanello (1.000 posti letto su un totale di 1.500) e il Santa Chiara, per tutta la durata dei lavori del completamento definitivo del nuovo ospedale, si caratterizzerà come polo specialistico per la clinica medica, l'oncologia, la psichiatria e il

settore materno-infantile, con un indice di interdipendenza fra i due presidi ospedalieri che si andrà sempre più riducendo. L'Azienda si è preparata da mesi a questo appuntamento di fine anno con l'attivazione di gruppi di lavoro dedicati ognuno a un settore ben preciso. Riunioni a cadenza settimanale, rispetto della tabella di marcia, disciplina e superlavoro, queste le parole d'ordine necessarie per rispettare la scadenza prefissata e far sì che tutto funzionasse come da programma, grazie anche al supporto dell'Estav per le forniture. A questo scopo è stato attivato anche uno specifico piano di formazione per gli operatori interni e del 118, per i medici di medi-

cina generale, i pediatri di libera scelta, le associazioni di volontariato.

È stata attivata una campagna di comunicazione con gli strumenti principali (cartelloni, locandine, spot televisivi e radiofonici, inserzioni sui giornali) per informare capillarmente la cittadinanza e contemporaneamente è partita una campagna con le istituzioni, le scuole, i distretti socio-sanitari dell'Azienda Usl 5, le farmacie. Il nuovo Dea sarà anche facilmente raggiungibile grazie a una viabilità dedicata (dalla rotatoria posta sul ponte alle Bocchette, con accesso sia dalla superstrada Fi-Pi-Li sia dal centro città). In Toscana, il pronto soccorso dell'ospedale di Pisa è quello che, annualmente, accetta

il maggior numero di utenti. Nel 2009 sono stati accettati 82.129 utenti, il 20% dei quali in condizioni di emergenza-urgenza. Si prevede che nel 2011, con l'incorporazione del pronto soccorso ortopedico e pediatrico nella struttura del Dea, gli accessi saranno circa 100mila.

Il pronto soccorso offre inoltre un servizio di accesso facilitato alla visita (il cosiddetto Fast Track) per le urgenze specialistiche immediatamente diagnosticate (pediatriche, oculistiche, otorinolaringoiatriche, urologiche, dermatologiche, psichiatriche e traumi minori ortopedici). Nel 2009 hanno usufruito del Fast Track 32.546 utenti (il 39% degli accessi totali). Altri fiori all'occhiello del nuovo Dea: i braccialetti di riconoscimento per i pazienti già passati dal Triage, i monitor con tracker sullo stato di avanzamento dell'iter assistenziale di ogni singolo paziente, l'integrazione della cartella clinica elettronica del pronto soccorso con le procedure Fast Track, la disponibilità in tempo reale dei posti letto degli altri reparti.

Il pronto soccorso ortopedico, invece, con personale medico e infermieristico presente nelle 24 ore, è dotato di radiodiagnostica dedicata, sale visite e sale d'attesa, necessarie al trattamento di circa 20mila utenti l'anno con traumi minori. Infine, il pronto soccorso pediatrico, attivo 24 ore al giorno, fornisce risposta ai bisogni di salute dell'utenza da 0 a 18 anni, e può inoltre contare sulla disponibilità di quattro letti di osservazione breve intensiva, collocati nel reparto di Medicina d'urgenza. Nel 2009 in regime di Fast Track sono stati visitati 7.970 bambini.

pagina a cura di
Emanuela del Mauro
Ufficio stampa Aou Pisa

L'OSPEDALE FUORI DALLE MURA

Un «volano» per lo sviluppo della città

Sarà uno degli ospedali più grandi d'Europa, con un flusso stimato, una volta a regime, mediamente di 15mila persone al giorno e di 5 milioni e mezzo l'anno. È il «Nuovo ospedale Santa Chiara» che sta nascendo geograficamente a Cisanello, ormai non più periferia ma area destinata a diventare presto il nuovo baricentro di Pisa perché l'area ospedaliera diventerà il polo di attrazione nord-est della città. Tutto questo in linea con il piano strategico dell'area metropolitana pisana, città da 200mila abitanti (Pisa, Cascina, San Giuliano, Vecchiano, Calci, Vicopisano).

Il conto alla rovescia è già cominciato. Negli ultimi quattro anni si sono trasferiti dal presidio di Santa Chiara numerosi reparti nello stabile denominato «Primo potenziamento», un monoblocco a vocazione chirurgica e direttamente collegato al nuovo dipartimento di Emergenza-urgenza che sarà operativo a fine anno. E alla fine tutto il nuovo ospedale, sia la parte di nuova co-

struzione già realizzata che quella ancora da costruire (piastra diagnostica, secondo potenziamento, cittadella universitaria e area dei servizi) seguirà il modello di un monoblocco orizzontale, con tutti gli edifici collegati da passaggi come negli aeroporti.

Il cuore pulsante sarà il pronto soccorso e le piastre tecnologiche, l'organizzazione sarà per flussi di pazienti e per intensità di cure. Oggi l'ospedale pisano, integrato con la facoltà di Medicina dell'Università di Pisa, gestisce qualcosa come 92mila accessi annui, 81mila ricoveri (di cui 38mila chirurgici), dispone di 1.500 posti letto, dà lavoro a circa 5mila dipendenti. I docenti sono circa 300, gli studenti di Medicina quasi 6mila. Centocinquanta le strutture (fra semplici e complesse) e 160 milioni di euro il patrimonio tecnologico.

Tanto per scattare un'istanza, fra i due presidi di S.



Chiara e Cisanello, ecco quello che succede in una giornata tipo: 216 i pazienti che arrivano in pronto soccorso, 43 quelli in rianimazione, 110 gli interventi chirurgici effettuati, 23 i pazienti ricoverati dopo accesso al pronto soccorso, 235 i ricoveri totali programmati, 99 i trattamenti chemioterapici, 700 gli accessi per prelievo di sangue, 2.490 le visite specialistiche erogate a

pazienti non ricoverati, 81 le dialisi effettuate.

Un ospedale di questa portata, ad alta specializzazione e di rilievo nazionale, che investe sempre di più in risorse umane, ricerca e tecnologia, una volta a regime sarà un motore di sviluppo ancora più importante per il territorio, per il rapporto con il sistema universitario e i centri di eccellenza e per la possibilità di applicare i risul-

tati della ricerca ai processi assistenziali, quindi a beneficio della collettività. E creerà nuovi posti di lavoro sia all'interno sia nel cosiddetto «indotto» (servizi commerciali, strutture ricettive collegate), sia nel settore delle nuove tecnologie (robotica, bioingegneria, nanotecnologie, apparecchiature elettromedicali).

A questo proposito sta già prendendo corpo il progetto di una gestione industriale delle funzioni di supporto dell'ospedale, grazie all'integrazione fra Università di Pisa e Azienda e fra le varie facoltà, per creare un laboratorio di ricerca e sviluppo applicato alle attività cliniche. Infine, sarà un ospedale ecosostenibile, con un progetto «emissione 0» all'interno dell'area e mobilità solo elettrica.

Nei prossimi anni l'impegno sarà incentrato sul completamento del trasferimento a Cisanello e sul consolidamento di attività ad alta integrazione rimaste al Santa

Chiara, in attesa dello spostamento definitivo.

Dopodiché, quando quello che un tempo era un sanatorio nella campagna che lambisce le sponde dell'Arno sarà, tra cinque anni, uno dei più grandi ospedali europei, l'area che ha ospitato per secoli il vecchio Santa Chiara, a un passo dalla Torre, cambierà volto. L'antico cortile degli Spedalinghi, così come la vecchia clinica chirurgica o la clinica medica si trasformeranno forse in alberghi, oppure appartamenti di prestigio o percorsi museali. Il nuovo volto lo sta disegnando l'architetto di fama internazionale David Chipperfield, che ha vinto il concorso internazionale di idee per la riqualificazione di un'area di così grande pregio storico, artistico e architettonico. Cambierà Pisa e cambieranno i pisani, e dovranno dimenticare le sirene delle ambulanze in centro storico e abituarsi a pensare al loro ospedale fuori dalle Mura. Una scommessa sul futuro di portata storica, che in parte è già stata vinta.

DOCUMENTI Ricerca sulla rilevazione delle esperienze e delle opinioni sulla qualità della comunicazione e delle informazioni ricevute in reparto



«Erica» valuta le relazioni con i pazienti in ospedale

Rischi e complicazioni: al 61% dei ricoverati non sono state illustrate scelte alternative al trattamento - Per il 62% diagnosi durante la degenza

IL TESTO APPROVATO

Pubblichiamo la relazione finale del progetto Erica, che ha previsto uno studio osservazionale negli ospedali, per valutare il tipo e la qualità delle relazioni tra l'équipe sanitaria e pazienti ricoverati, attraverso la somministrazione di un questionario ai pazienti prossimi alla dimissione.

Progetto "Erica" «Etica della relazione: informazione, comunicazione e ascolto» (Ethics of Relationship In Caring)

Premessa

Le strutture sanitarie e socio-assistenziali si confrontano quotidianamente con nuove responsabilità etiche e deontologiche e con i problemi relativi alla comunicazione e all'informazione dei pazienti^[1]. Da qui la necessità di valorizzare il momento comunicativo-informativo e gli aspetti relazionali dell'incontro clinico: l'asimmetria nella relazione medico-paziente, tipica del passato modello paternalistico doctor-centred deve lasciare spazio al riconoscimento dell'autonomia del paziente, nella direzione di un'autorità democraticamente condivisa^[2], in linea con i principi della bioetica moderna.

Consenso informato per inserire i malati nel ciclo decisionale

Il diritto all'autodeterminazione, già garantito dall'articolo 32 della Costituzione italiana^[3] e dall'articolo 5 della «Convenzione europea sui diritti dell'uomo e la biomedicina^[4]», è stato giuridicamente recepito dal codice di deontologia medica nella normativa che impedisce il trattamento sanitario contro la volontà del paziente^[5].

L'evoluzione giurisprudenziale e dottrina nell'ambito della tematica «informazione e consenso» ha in sostanza stabilito, attraverso numerose sentenze, che:

- il consenso informato ha funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute^[6];
- l'informazione è parte integrante della complessa prestazione sanitaria, esattamente come altre operazioni di dimensio-

ne tecnica, proprie della prestazione professionale, volte alla tutela della salute^[7].

- l'acquisizione del consenso è condizione giustificativa di base dell'atto medico^[8];

- l'acquisizione del consenso ha valore giuridico solo se preceduta da corretta e adeguata informazione;

- il modello prestampato, non è lo strumento di prova dell'avvenuta informazione dell'acquisito consenso, né testimonianza l'effettiva comprensione dell'oggetto della comunicazione da parte del soggetto ricevente^[9]. La più idonea rappresentazione delle dichiarazioni stesse dei protagonisti, si ha in tutte quelle realtà documentali che riguardano il caso e quindi nella cartella clinica, che ha forza giuridica analoga alla certificazione;

- la mancanza del consenso (opportunitamente «informato») del malato o la sua invalidità per altre ragioni determina l'arbitrarietà del trattamento medico-chirurgico e la sua rilevanza penale, in quanto posto in violazione della sfera personale del soggetto e del suo diritto di decidere se permettere interventi estranei sul proprio corpo^[10];

- l'omessa informazione può configurare una negligenza grave, della quale il medico risponderà in concorso con l'ospedale sul piano della responsabilità civile, quindi del risarcimento del danno, ed eventualmente anche sul piano professionale, deontologico-disciplinare^[11].

Il consenso informato diviene quindi espressione di un'informazione chiara, esaustiva e adeguata, esprimendo, in un'ottica di empowerment, la concreta possibilità dell'individuo di partecipare al processo decisionale che lo riguarda e di essere responsabilizzato sulle ragioni e la fondatezza del percorso terapeutico proposto dal medico.

Inoltre è ormai dimostrato che l'ascolto attivo, una comunicazione corretta ed equilibrata e un'informazione «comprensibile, esaustiva ed efficace^[12]», possono garantire la costruzione di una relazione realmente terapeutica^[13], aumentare il livello di compliance e la soddisfazione del paziente rispetto alla prestazione medica e costituiscono, a lungo termine, il modo migliore per fare management^[14] e gestire i processi in Sanità. Attraverso una buona comunicazione

possiamo inoltre minimizzare quel ricorso massiccio alla giustizia da parte dell'utenza che è causa primaria dello sviluppo della cosiddetta medicina difensiva^[15].

Infatti, anche in presenza di malpractice, laddove c'è stata una corretta comunicazione fra medico e paziente, fatta di ascolto, rapporto umano, informazioni e spiegazioni adeguate, difficilmente il paziente farà reclamo o sposterà denuncia.

Il Progetto Erica

Metodi e strumenti

Il gruppo di studio permanente della Commissione regionale di bioetica (Crb) dedicato all'Etica delle cure di fine vita e coordinato dalla dottoressa Mariella Orsi, si è fatto promotore nel biennio 2008-2009 di una ricerca basata sulla rilevazione delle esperienze e delle opinioni dei pazienti in merito alla qualità della comunicazione e delle informazioni ricevute in reparto, in accordo con i principi espressi nei documenti della stessa Crb e incisivamente ripresi dalla Carta di Firenze secondo cui «il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura^[16]».

Il settore «Equità e accesso» della Direzione generale «Diritto alla salute e politiche di solidarietà» ha quindi approvato e finanziato, attraverso lo stanziamento di una borsa di studio, il **Progetto Erica** che prevedeva lo svolgimento di uno studio osservazionale negli ospedali, volto a valutare il tipo e la qualità delle relazioni tra l'équipe sanitaria e pazienti ricoverati, attraverso la somministrazione di un questionario ai pazienti prossimi alla dimissione. Il questionario è stato predisposto da un gruppo multidisciplinare di esperti, e preliminarmente somministrato a dieci pazienti in dimissione dalla Uo di Oncologia dell'ospedale di Prato. A questi stessi pazienti la ricercatrice incaricata^[17] ha chiesto un giudizio, dopo la compilazione del questionario, sulla chiarezza, accettabilità ed esaustività degli item proposti. I risultati di questo pilota sono stati tenuti in considerazione per rivedere il questionario prima del suo utilizzo nello studio.

Sono stati quindi coinvolti i direttori generali e i coordinatori dei Comitati etici delle Asl/Aou interessate, i quali hanno individuato e segnalato le Unità operative, sotto indicate, quali sedi appropriate per svolgere l'indagine.

I sopralluoghi nei reparti ospedalieri sono iniziati nel gennaio 2009 e conclusi nell'aprile dello stesso anno. Il questionario, composto da venti domande chiuse, è stato sottoposto dalla ricercatrice incaricata ai pazienti ricoverati nei reparti di Medicina e chirurgia di quattro ospedali toscani, dopo aver illustrato il progetto e preso accordi con i responsabili medici e infermieristici dei singoli reparti. Il questionario non è stato sottoposto a pazienti interdetti e affetti da demenza, e ai pazienti di altra nazionalità che non parlavano la lingua italiana.

I reparti coinvolti sono stati:

- Aou Careggi, Firenze:
- Chirurgia generale e d'urgenza (prof. Becchi);
- Medicina interna e d'urgenza (dott. Nozzoli).
- Nuovo Ospedale "San Giovanni di Dio" (Torregalli), Asl 10 Firenze:
- Chirurgia programmata (prof. Cecchi);
- Medicina interna D (dott. Nenci).
- Ospedale "Misericordia e Dolce", Asl 4 Prato:

- Chirurgia Aic (dott. Scatizzi);

- Nefro-pneumologia (dott. Amato - dott. Anzalone).

● Ospedale della Misericordia, Asl 9 Grosseto:

- Chirurgia (dott. Coratti);

- Medicina (dott. Cipriani);

- Ortopedia (dottor Londini);

- Gastroenterologia (dottor Quaranta).

L'indagine prevedeva di raccogliere, nell'arco di un mese, 20 questionari in ogni reparto. Nella Asl 9 di Grosseto ai reparti di Medicina e chirurgia si sono aggiunti, in accordo con la Direzione sanitaria e il Comitato etico locale, anche i reparti di Ortopedia e Gastroenterologia; in ognuno dei quali si sono raccolti 10 questionari.

Sono stati raccolti, in totale, 173 questionari a fronte dei 180 previsti perché si sono riscontrate difficoltà nel portare avanti l'indagine nel reparto di Nefro-pneumologia dell'ospedale di Prato.

Risultati

(vedi tabella)

Lettura e interpretazione dei dati

Il rapporto medico-paziente è composto da tre fattori fondamentali: relazione, comunicazione e informazione.

L'aspetto relazionale e umano è fatto di tempo dedicato, di rispetto e fiducia reciproca, di un atteggiamento di apertura, disponibilità alla comprensione e volontà di prendersi cura (to care), oltre che curare (to cure), la persona che si ha di fronte.

La comunicazione, invece, è costituita dall'ascolto e dal dialogo, dall'interpretazione del linguaggio verbale e non verbale, e dalla capacità di cogliere le volontà del paziente dal racconto del suo vissuto di malattia (illness).

L'informazione, infine, riguarda le spiegazioni che il medico deve fornire in merito a diagnosi, prognosi e procedure proposte, con l'illustrazione dei benefici, dei rischi e delle possibili alternative.

La nostra indagine ha cercato di indagare tutti e tre gli aspetti della relazione medico-paziente.

Ingresso in reparto

L'umanizzazione delle cure inizia all'accesso del paziente in reparto. Alla domanda n. 1 il 44% dei pazienti afferma che, al suo arrivo, nessuno dei medici e degli infermieri si è presentato con nome e cognome; di conseguenza il paziente spesso non sa da chi ha ricevuto certe informazioni e non saprà di chi chiedere quando, in un secondo momento, vorrà riparlare con la stessa persona. Questa è, in ordine di tempo, la prima informazione omessa al paziente.

Ben il 75%, tuttavia, riferisce alla domanda n. 2 di essere chiamato per nome, o per cognome, dagli operatori del reparto, a fronte di un 6% che afferma che di esser chiamato, generalmente, per numero di letto o addirittura per patologia.

Informazioni ricevute

Dei tre fattori fondamentali del rapporto medico-paziente, l'aspetto informativo è probabilmente il più facile da indagare.

La domanda n. 3 ben il 62% afferma di aver appreso la propria diagnosi direttamente in ospedale. Questo dato conferma che, in tempi di crisi, anche i pazienti con disturbi o patologie croniche fanno poco ricorso agli specialisti e che evidentemente anche i medici di medicina generale non sono sufficientemente interpellati. Secondo il Rapporto 2009 del Censis, quasi il 40% dei soggetti di livello socioeconomico basso è stato costretto a rinunciare, per motivi economici, a prestazioni sanitarie e l'ospedale mantiene il ruolo di catalizzatore della risposta sanitaria.

Ma quali sono le informazioni che il paziente riceve durante il ricovero?

Sebbene il 62% affermi, alla domanda n. 4, di conoscere la propria prognosi, permangono ancora un 31% a cui i medici del reparto non hanno comunicato la possibile evoluzione della malattia.

Per quanto riguarda poi i **trattamenti**, le procedure diagnostiche e terapeutiche o addirittura gli interventi chirurgici effettuati durante il ricovero, il 31% dei pazienti, alla domanda n. 5, confessa di non sapere cosa gli viene fatto né perché; il 21%, infatti, non ha ricevuto alcuna spiegazione sui trattamenti effettuati, per il 4% tali informazioni non erano comprensibili e nel 6% dei casi le spiegazioni sono state fornite ai familiari anziché al paziente.

Tuttavia, alla domanda n. 9, il 66% riferisce di aver firmato un modulo di consenso per effettuare procedure diagnostiche o terapeutiche più o meno invasive, e questo significa che per questo 31% che afferma di non aver ricevuto informazioni sui trattamenti, il medico non ha fornito, come avrebbe dovuto, spiegazioni chiare ed esaustive sulla procedura che stava proponendo al paziente, prima dell'acquisizione del consenso.

In merito alle informazioni di tipo pratico relative all'**organizzazione del reparto**, ovvero gli orari del vitto, delle visite e del colloquio fra familiari e medici, emerge dalla nostra indagine che tali informazioni sono affisse fuori dal reparto e non vengono quindi comunicate direttamente al paziente. Infatti, alla domanda n. 6, il 42% degli intervistati dice di non aver ricevuto nessuna informazione di questo genere.

Medici e infermieri: niente presentazione nel 44% dei casi

E quando i medici parlano coi pazienti, i pazienti comprendono?

Passando alla questione dell'accesso alle informazioni da parte di terze persone, si ricorda che la normativa sulla **privacy** (legge 196/2003) e il codice di deontologia medica impongono di non fornire ad altri le informazioni sul paziente, senza il suo esplicito consenso. Deve essere il paziente, quindi, a indicare le persone delegate a ricevere informazioni che lo riguardano. Ciò significa che egli potrebbe preferire persone esterne al nucleo familiare. Tuttavia, alla domanda n. 8, il 53% dei pazienti dice che non gli è stato chiesto se desiderasse o meno che le informazioni a suo riguardo fossero date ad altre persone. Ciò significa che spesso gli operatori, seguendo le convenzioni sociali, individuano nei familiari presenti in ospedale i soggetti autorizzati a ricevere informazioni, senza verificare che il paziente sia d'accordo e senza verificare che la persona da loro individuata sia realmente quella "significante" per il paziente.

A ogni modo, alla domanda n. 12, risulta che quando i medici parlano delle cure lo fanno in modo comprensibile per l'89% dei pazienti. Solo l'11% «accusa» i medici di parlare un **linguaggio** troppo

(segue da pagina 4)

difficile. Tuttavia molti pazienti affermano che in realtà i medici parlano molto poco delle cure e il più delle volte, se lo fanno, lo fanno coi colleghi e non col paziente. Una decina di pazienti riferisce che i medici «bisbigliano fra di loro ai piedi del letto». Questo è confermato dai risultati delle domande relative alle informazioni relative ai rischi, le opzioni alternative, le spiegazioni sui trattamenti e su come comportarsi al rientro a casa: informazioni che, secondo molti pazienti, i medici non danno. Infatti, alla domanda n. 13, il 62% dei pazienti afferma di non essere stato informato dei **rischi** e delle **possibili complicazioni** legate alle cure e dalla domanda n. 14 emerge che al 61% dei pazienti non sono state illustrate le **opzioni alternative** al trattamento proposto. A questo proposito è da notare che i medici riferiscono al paziente che non ci sono alternative al trattamento/intervento proposto, anche nei casi in cui, dato il problema del paziente, l'opzione alternativa esiste. A ogni modo difficilmente i medici illustrano al paziente le conseguenze della eventuale scelta di non intervenire in alcun modo.

Molto spesso i pazienti, già vestiti e pronti alla dimissione, non avevano ancora ricevuto informazioni relative alle visite di controllo successive, al percorso di riabilitazione/fisioterapia, né indicazioni dettagliate su come comportarsi una volta tornati a casa (dieta, assunzione dei farmaci, cautele nei movimenti, medicazioni ecc.).

Alla domanda 15a e 15b infatti molti pazienti riferiscono che i medici non hanno dato questo tipo di informazioni (No = 9%; Non ancora = 48%) e neppure gli infermieri (No = 32%; Non ancora = 52%). Questo dimostra, in primis, che la pianificazione anticipata delle cure viene spesso ridotta alla consegna del foglio di dimissioni e non viene invece considerata come un processo di condivisione delle scelte che riguardano la salute del paziente^[18]; in secondo luogo ciò dimostra che non si inizia a organizzare per tempo la continuità assistenziale perché non si informa il paziente della rete assistenziale che lo seguirà da quel momento e non si responsabilizzano adeguatamente tutti i soggetti che saranno necessariamente coinvolti nel percorso di cura (ospedale/territorio/medico di famiglia).

Passando alla questione dell'accesso alle informazioni da parte di terze persone, si ricorda che la normativa sulla **privacy** (legge 196/2003) e il codice di deontologia medica impongono di non fornire ad altri le informazioni sul paziente, senza il suo esplicito consenso. Deve essere il paziente, quindi, a indicare le persone delegate a ricevere informazioni che lo riguardano. Ciò significa che egli potrebbe preferire persone esterne al nucleo familiare. Tuttavia, alla domanda n. 8, il 53% dei pazienti dice che non gli è stato chiesto se desiderasse o meno che le informazioni a suo riguardo fossero date ad altre persone. Ciò significa che spesso gli operatori, seguendo le convenzioni sociali, individuano nei familiari presenti in ospedale i soggetti autorizzati a ricevere informazioni, senza verificare che il paziente sia d'accordo e senza verificare che la persona da loro individuata sia realmente quella "significante" per il paziente.

E quando i medici parlano coi pazienti, i pazienti comprendono?

Passando alla questione dell'accesso alle informazioni da parte di terze persone, si ricorda che la normativa sulla **privacy** (legge 196/2003) e il codice di deontologia medica impongono di non fornire ad altri le informazioni sul paziente, senza il suo esplicito consenso. Deve essere il paziente, quindi, a indicare le persone delegate a ricevere informazioni che lo riguardano. Ciò significa che egli potrebbe preferire persone esterne al nucleo familiare. Tuttavia, alla domanda n. 8, il 53% dei pazienti dice che non gli è stato chiesto se desiderasse o meno che le informazioni a suo riguardo fossero date ad altre persone. Ciò significa che spesso gli operatori, seguendo le convenzioni sociali, individuano nei familiari presenti in ospedale i soggetti autorizzati a ricevere informazioni, senza verificare che il paziente sia d'accordo e senza verificare che la persona da loro individuata sia realmente quella "significante" per il paziente.

Alla domanda n. 10, l'82% dei pazienti dice di non aver mai chiesto **spiegazioni agli infermieri** quando non appariva chiaro quanto detto precedentemente dal medico. Il 15% dice di averlo fatto qualche volta e solo il 3% afferma di averlo fatto spesso. Dalle osservazioni fatte dai pazienti si rileva che spesso il paziente, anche quando non capisce, non fa domande e non chiede chiarimenti per non disturbare o perché, in ultima istanza, si fida e si affida alle decisioni del medico e quindi non ritiene che sia fondamentale conoscere e comprendere le informazioni relative al proprio stato di salute.

Aspetti relazionali

Non è possibile costruire un rapporto terapeutico efficace e umanamente equilibrato, se prima, ovviamente, non si individua il medico con cui costruire questo rapporto. Nella prospettiva di un'etica della cura è fondamentale che il paziente individui una figura di riferimento che lo segua durante il percorso di cura: un medico da cui il paziente possa ricevere le informazioni relative a diagnosi e prognosi, le spiegazioni sui trattamenti che effettua e con cui possa creare un rapporto umano fatto di rispetto, ascolto e dialogo. Purtroppo il 58% dei pazienti riferisce, alla domanda n. 7, di non avere un **medico di riferimento**, ma di ricevere le informazioni e di rivolgersi alle proprie domande ai vari medici che si susseguono nei turni.

E quanto tempo gli operatori dedicano a questo rapporto? Secondo il 64% dei pazienti i medici del reparto dedicano ai pazienti **tempo** sufficiente (domanda n. 11a), ma gli infermieri sembrano comunque più presenti (domanda n. 11b = 79%).

Investigando l'approccio del paziente rispetto alle decisioni che vengono prese per la sua salute si scopre il livello di **fiducia** nel proprio curante: l'alta percentuale di pazienti che, alla domanda n. 17, ammette di essersi completamente affidata ai medici (69%) può essere letto come un dato positivo e negativo allo stesso tempo. E senz'altro positivo riscontrare la fiducia degli individui verso i propri curanti, ma spesso questa totale remissione cela la mancanza di informazioni adeguate (su diagnosi, prognosi e opzioni terapeutiche) e la rinuncia al vaglio critico della situazione. Spesso il paziente rinuncia "a metter bocca" perché teme il peggio per sé e si convince che la scienza e l'esperienza consentano al medico di conoscere, meglio del paziente stesso, ciò che è nel suo migliore interesse. Anche secondo il rapporto 2007 del Forum per la ricerca biomedica del Censis, il 40% degli over 64 ritiene la continuità assistenziale perché non si informa il paziente della rete assistenziale che lo seguirà da quel momento e non si responsabilizzano adeguatamente tutti i soggetti che saranno necessariamente coinvolti nel percorso di cura (ospedale/territorio/medico di famiglia).

L'11% degli intervistati accusa i dottori di non essere chiari

Il **rispetto** quanto meno pare non mancare. Il 97% dei pazienti, alla domanda n. 18a, dice di essere sempre trattato con rispetto dai medici e il 92% dagli infermieri.

Le esigenze di **riservatezza** personale vengono rispettate nel 74% dei casi (domanda n. 19). Qualche volta tuttavia i pazienti lamentano, nelle spesse e nelle osservazioni, la mancanza di tempo, diviso o accorgimenti simili che consentano al paziente di non essere esposto alla vista di chiunque passi, soprattutto durante le medicazioni e/o i lavaggi.

Il 76% dei pazienti si dice complessivamente soddisfatto dall'assistenza ricevuta nel reparto (domanda n. 20) il che pare abbastanza curioso per quei pazienti che hanno precedentemente indicato carenze di vario tipo e vario livello.

Alla domanda n. 9, il 66% dei pazienti dichiara di aver firmato un modulo durante il ricovero, ma il 65% confessa, alla domanda n. 9a, di aver firmato senza averlo letto e quindi senza sapere, di

fatto, cosa stavano firmando. Quattro pazienti hanno ammesso esplicitamente di aver firmato il **modulo di consenso** quando erano già sul letto operatorio, appena prima di essere anestetizzati.

Il 64% dice, alla domanda n. 9b, che è stato il medico a fornire informazioni sul modulo e sulla procedura, ma il 23% afferma di non aver ricevuto **spiegazioni** da nessuno e di aver semplicemente firmato il modulo.

Alla domanda n. 16 il 68% dei pazienti confessa di non sapere cosa sia il consenso informato.

Secondo il Rapporto del Forum per la ricerca biomedica nel 2007 quasi un italiano su quattro (24%) aveva problemi a identificare con precisione in cosa consista il consenso informato. Tra i segmenti di popolazione che presentavano maggiori difficoltà a mettere a fuoco le caratteristiche di questo strumento si rilevavano i possessori dei più bassi livelli di istruzione (47% di coloro che hanno solo la licenza elementare o nessun titolo), e gli ultra sessantatreenni (43%).

I dati sembrano confermare quanto rilevato dagli studi scientifici internazionali. Secondo uno studio inglese effettuato su 265 pazienti sottoposti a procedure chirurgiche^[19] il 69% firma il modulo senza averlo letto. Uno studio inglese successivo, effettuato su 732 pazienti^[20], ha evidenziato che il 46% dei pazienti ritiene che il consenso serva a tutelare l'ospedale e il 68% che sia una forma di controllo del medico sul paziente.

La firma sul modulo di consenso informato costituisce solo l'esito finale del colloquio medico/paziente, ma molto spesso diviene l'aspetto preminente se non addirittura l'unico effettuato dagli operatori. La modulistica di consenso informato si è rivelata oramai una strada fallimentare: il necessario dialogo esplicativo che dovrebbe avvenire fra medico e paziente per ogni accertamento, procedura o intervento, viene ridotto alla firma su un modulo, che il medico non spiega e che il paziente non legge e che molto spesso viene ancora percepito, da entrambi le parti, come una tutela legale per l'operatore sanitario. Anche da questa indagine si rileva che il principio del consenso informato, nella sua applicazione concreta, finisce per «coprire forme di burocratizzazione del rapporto» che agevolano quella «progressiva disumanizzazione dell'atto medico che, come principio regolatore, dovrebbe invece contrastare^[21]».

Ciò che si potrebbe anche dedurre da questi dati è che mentre si formano e si informano gli operatori sanitari si dovrebbe anche educare la cittadinanza, sempre in un'ottica di empowerment. Il paziente non può emanciparsi dal paternalismo medico, né essere responsabilizzato rispetto alle scelte per la propria salute se non conosce i propri diritti e non impara a servirsene in ambito sanitario. Dovrebbe quindi iniziare a concepire il consenso informato come lo strumento atto a favorire («una più ampia partecipazione del paziente alle decisioni che lo riguardano^[22]»).

Va tuttavia considerato che quella fra il medico e il paziente è una relazione che deve tendere alla parità, ma che è per natura asimmetrica: infatti «medico e paziente, non sono, e non possono essere, sullo stesso piano in termini di potere-sapere/bisogni-paure^[23]». La debolezza

Risposte		Risposte	
	%		%
● Età media: 65 anni		10) Le è mai capitato di dover rivolgersi agli infermieri perché non aveva capito quello che Le avevano detto i medici?	
● Sesso		Mai	82%
Femmine	60%	Qualche volta	15%
Maschile	40%	Spesso	3%
● Titoli di studio		11a) Pensa che il medico del reparto Le dedichi tempo sufficiente?	
Elementari	51%	Il più delle volte	64%
Medie	24%	Qualche volta	26%
Superiori	19%	Mai	1%
Laurea	6%	No, sembra avere sempre fretta	9%
● Attuale situazione occupazionale		11b) Pensa che gli infermieri del reparto Le dedichino tempo sufficiente?	
Occupato	29%	Il più delle volte	79%
Disoccupato	2%	Qualche volta	19%
Pensionato	50%	Mai	0%
Casalinge*	18%	No, sembra avere sempre fretta	2%
Studente	0%	12) Quando i medici del reparto Le parlano delle cure ne parlano in modo...	
Non lavora a causa della malattia	1%	Molto facile da capire	40%
* Il 60% di queste casalinghe ha più di 60 anni		Abbastanza facile da capire	49%
● Lavori svolti in precedenza		Molto difficile da capire	9%
Lavoro manuale	42%	Incomprensibile	2%
Lavoro d'ufficio	10%	13) I medici del reparto Le hanno parlato dei rischi e delle possibili complicazioni legate alle cure?	
Commercio	8%	Si, in modo semplice	36%
Libero professionista	1%	Si ma in modo difficile da capire	2%
Np *	41%	Si, in modo incomprensibile	0%
* Persone che non hanno svolto nessun lavoro in precedenza o che sono attualmente occupate		No	62%
● Quante persone vivono con Lei?		14) I medici del reparto Le hanno illustrato le opzioni terapeutiche alternative?	
Solo	20%	Si, in modo semplice	19%
Coniuge/Convivente	35%	Si ma in modo difficile da capire	2%
Coniuge/Convivente e figli	26%	No, nessuno si è presentato	0%
Figli	10%	Non ricorda	2%
Famiglia d'origine	5%	No	61%
Badante	2%	Non c'erano alternative	18%
Rsa (conventi, istituti)	2%	15a) I medici Le hanno spiegato come comportarsi in relazione alla sua malattia quando tornerà a casa?	
1) All'interno del reparto, medici e infermieri che l'hanno incontrata per la prima volta si sono presentati con nome e cognome?		Si, in modo molto chiaro	42%
Si, tutti	26%	Si ma in modo difficile da capire	0%
Solo alcuni	27%	Si, in modo incomprensibile	1%
No, nessuno si è presentato	44%	Specialista prima del ricovero	20%
Non ricorda	2%	Medico ospedaliero	62%
2) Medici e infermieri si rivolgono abitualmente a Lei col suo nome?		No	9%
Si, tutti	75%	Non ancora	48%
Solo alcuni	19%	15b) Gli infermieri del reparto Le hanno spiegato come comportarsi quando tornerà a casa?	
No, nessuno mi chiamava per nome	6%	Si, in modo molto chiaro	15%
3) Da chi ha saputo della malattia per cui è stato ricoverato?		Si ma in modo difficile da capire	0%
Mmg (medico di famiglia)	18%	Si, in modo incomprensibile	1%
Specialista prima del ricovero	20%	No	9%
Medico ospedaliero	62%	Non ancora	48%
4) Durante il ricovero, è stato informato sulla possibile evoluzione (prognosi) della malattia?		16) Le è mai stato richiesto il consenso informato durante il ricovero?	
Si	43%	Non so cosa sia il consenso informato	68%
No	31%	Si	24%
Sono stati informati i miei familiari	7%	No	8%
Ero già informato prima del ricovero	19%	17) È stato coinvolto nelle scelte terapeutiche durante il ricovero?	
5) Le sono stati spiegati i trattamenti che ha ricevuto in reparto?		Si, sono coinvolto come desidero	22%
Si e in modo semplice da capire	69%	Si, ma preferirei esser coinvolto di più	2%
Si, ma in modo difficile da capire	3%	Mi sono fidato dei medici	69%
Si, ma in modo incomprensibile	1%	No, perché ho delegato un familiare	4%
Sono stati informati i miei familiari	6%	Non sono stato coinvolto come avrei voluto	3%
No	21%	18a) I medici la trattano con rispetto?	
6) Quali informazioni ha ricevuto sul reparto?		Sempre	97%
Nessuna	42%	Il più delle volte	3%
Varie *	58%	Raramente	0%
* Orario pasti, orario visite, orario colloquio con i medici		Mai	0%
7) Ha un medico, in particolare, di riferimento con cui parlare?		18b) Gli infermieri la trattano con rispetto?	
Si	42%	Sempre	92%
No	58%	Il più delle volte	7%
8) Al momento del ricovero le è stato chiesto se voleva che le informazioni che La riguardano fossero date ad altri?		Raramente	1%
Si, mi è stato chiesto	35%	Mai	0%
No, non mi è stato chiesto	53%	19) Nel reparto vengono rispettate le Sue esigenze di riservatezza personale?	
Non ricordo	12%	Sempre	74%
9) Durante il ricovero, Le è stato chiesto di firmare qualche modulo?		Il più delle volte	21%
Si	66%	Raramente	5%
No	31%	Mai	0%
Non ricordo	3%	20	

► (segue da pagina 5)

za fisica, psicologica ed emotiva a cui la malattia espone il paziente rendono spesso difficile una rivendicazione dei propri diritti e la consapevolezza di dipendere dalla scienza e dall'esperienza altrui inducono il paziente a rinunciare a un atteggiamento interlocutorio e critico. L'operatore sanitario dovrebbe farsi carico di questa disparità e cercare di guidare il paziente verso una maggior consapevolezza, nel rispetto delle sue volontà e senza ricadere nel paternalismo. «La condizione di malato non fa di noi delle persone prive di autonomia e quindi del diritto/dovere di prendere le decisioni che ci riguardano»^[24].

Riflessioni conclusive

Il campione di popolazione

Non è stata effettuata una stratificazione del campione: il questionario è stato somministrato a tutti i pazienti lungodegenti, prossimi alla dimissione, collaboranti, in grado di comprendere la lingua italiana e che accettassero di partecipare all'indagine. Nella valutazione delle risposte si deve tener conto dell'età media (65 anni) e del livello di scolarizzazione dei soggetti (il 51% ha la sola licenza elementare, il 24% la licenza media).

Scetticismo dei pazienti

I sopralluoghi in ospedale hanno dimostrato come questo tipo di indagine non sia vista di buon grado dai pazienti stessi, come dimostra il numero di coloro che hanno esplicitamente rifiutato di partecipare all'indagine (41), e la resistenza manifestata da altri a rispondere alle domande sui medici, col timore che un parere negativo potesse dar adito a rinvase da parte del personale sanitario o che potesse influire negativamente sulla qualità delle cure future. Più di un paziente si è dimostrato scocciato di fronte a quello che riteneva «un processo» ingiusto di cui non voleva divenir complice. Molti perciò hanno risposto in modo reticente e molte volte si aveva la netta sensazione che non lo facessero in modo onesto e veritiero.

Difficoltà pratiche nella conduzione dell'indagine

Numerosi poi sono i problemi pratici che riguardano un'indagine di questo tipo. Innanzitutto non è affatto facile riuscire a trovare gli spazi e i tempi giusti per sottoporre il questionario ai pazienti, se si considera la visita mattutina dei medici, le medicazioni, l'orario di visita dei parenti, gli orari dei pasti e delle pulizie delle stanze e l'orario di dimissione. L'indagine prevedeva che il questionario non fosse sottoposto alla presenza di parenti o amici, per non influenzare le risposte del paziente, ma spesso anche la presenza del vicino di letto faceva sentire il paziente non del tutto libero di rispondere sinceramente. Tuttavia le condizioni stesse dei pazienti o la mancanza di altri spazi idonei imponevano al paziente di leggere e rispondere alle domande rimanendo a letto.

Un altro problema di ordine pratico è legato alla scarsa collaborazione da parte di alcuni medici e infermieri operanti nel reparto. Alcuni di essi non erano stati informati dell'indagine in corso, altri si sono dimostrati scettici verso rilievi di questo tipo. Spesso, tuttavia, sono gli stessi doveri del medico e dell'infermiere, le priorità di tipo clinico e assistenziale, le urgenze quotidiane, a far passare in secondo piano l'indagine e a indurre gli operatori a dimenticarsi delle loro «responsabilità» relative a essa.

Ombre e luci della relazione medico-paziente

Nondimeno alcuni dati raccolti con questa indagine sembrano confermare quelle che sono le rilevazioni a livello nazionale, in merito alle criticità della comunicazione in Sanità, che dimostrano che la scarsa umanizzazione delle cure e la cattiva comunicazione sono la causa principale di gran parte delle denunce a carico dei medici e/o delle strutture ospedaliere.

Il 12% dei pazienti, nello spazio finale del questionario dedicato alle osservazioni e ai suggerimenti, lamenta in

modo esplicito problemi di relazione e comunicazione con medici e infermieri, chiedendo più ascolto, rispetto e considerazione, più tempo da dedicare al paziente soprattutto per informarlo della sua situazione. Già nel 1984 il noto studio di Beckman e Frankel^[25] aveva dimostrato che il medico, generalmente, interrompe il paziente dopo diciotto secondi, impedendogli di completare il discorso e quindi di comunicare cose importanti per la diagnosi e per la scelta del percorso terapeutico. Ancora oggi si rileva una scarsa attitudine all'ascolto. Anche il Rapporto Pit^[26] sulla salute del 2008, elaborato da Cittadinanzattiva-tribunale per i Diritti del malato, mostra che il 10% dei cittadini, ovvero 1 su 10, avverte nei reparti la mancanza di umanità, di ascolto delle necessità anche più semplici del paziente, privando lo stesso della dignità di persona, che sta in più vivendo un momento di particolare vulnerabilità della propria vita. Ne esce un quadro sconcertante sul piano dell'assistenza sanitaria, con un crescente aumento delle segnalazioni sulla scarsa umanizzazione, sulle difficoltà nel rapporto medico-paziente, sulla poca attenzione alla cura della persona e al rispetto della dignità. A ciò si aggiunge un 25% che lamenta una scarsa assistenza medica e infermieristica durante il ricovero. Questo dato esprime il grande senso di trascuratezza e noncuranza vissuto dai cittadini e la volontà di questi di segnalare, a gran voce, la necessità di ricevere cure di qualità, migliore assistenza e maggiore ascolto.

Anche analizzando i dati dell'Osservatorio regionale^[27] relativi ai reclami pervenuti alle Urp delle aziende sanitarie, al difensore civico regionale e alle associazioni di tutela, si può vedere come i reclami relativi agli aspetti relazionali costituiscono, con il 14%, la terza voce, dopo i tempi di attesa e accessibilità (36%) e gli aspetti burocratici e amministrativi (18%). Il 29% di questi reclami sugli aspetti relazionali interessa, in particolare, i rapporti con il personale medico dipendente.

L'indagine Erica ci ha fornito spunti interessanti per riflettere sulla situazione regionale relativa alla comunicazione medico-paziente in regime di ricovero ospedaliero, mostrandoci ombre

e luci di questa delicata relazione influenzata da fattori molteplici e mutevoli.

I pazienti si dichiarano, per la maggior parte, molto soddisfatti dell'assistenza ricevuta e, nel dettaglio, si rivelano soddisfatti del tempo a loro dedicato, dell'ascolto e del rispetto dimostrato loro dagli operatori. Rimane da verificare se tale soddisfazione corrisponda a un atteggiamento reale di medici e infermieri o alla capacità di adattamento e alle scarse pretese di pazienti che si fidano e si affidano ciecamente ai sanitari.

Se quindi il dato più positivo della nostra indagine è relativo all'educazione degli operatori, all'umanità del loro approccio e alla loro propensione all'ascolto, il dato più critico è relativo alle informazioni fornite ai pazienti. Nel 43% dei casi i medici non comunicano al paziente la prognosi, nel 62% non spiegano rischi e possibili complicazioni delle procedure o degli interventi a cui il paziente viene sottoposto, nel 61% non illustrano le opzioni terapeutiche alternative; alla vigilia delle dimissioni il 48% dei pazienti non sa ancora come dovrà comportarsi una volta tornato a casa; nel 53% dei casi nessun operatore chiede al paziente quale persona delega a ricevere informazioni e sebbene il 64% dei pazienti affermi di aver ricevuto dal medico le spiegazioni sul trattamento proposto, c'è ancora un 23% che dichiara di aver firmato il modulo senza aver ricevuto alcuna spiegazione né dai medici né dagli infermieri.

Troppo spesso quindi vengono negate al paziente informazioni importanti che egli ha il diritto di ricevere e che sono indispensabili per permettergli di effettuare una scelta consapevole finalizzata alla realizzazione del suo miglior interesse. Un interesse che non si può stabilire a priori e unilateralmente senza tener conto dei suoi interessi critici, ovvero della sua storia, della sua personalità, delle sue volontà, dei suoi valori, del suo concetto di dignità della vita.

Sicuramente il paziente può esprimere anche la volontà di non essere

informato, ma si può credere che tutti i pazienti che dichiarano, in alte percentuali, di non aver ricevuto informazioni avessero espresso chiaramente tale rifiuto? Il dubbio legittimo è che invece i medici non considerino ancora l'informazione come parte integrante della prestazione sanitaria, come un obbligo nei confronti del cittadino, come pre-requisito di ogni loro intervento, bensì come un optional che peraltro richiede tempo e pazienza che essi non hanno a disposizione. Inoltre, l'età media dei pazienti intervistati è di 65 anni, il 75% non ha un diploma di scuola superiore, e il 42% ha sempre svolto lavori manuali non qualificati. Viene da chiedersi se, di fronte a una popolazione con un livello culturale così basso, i medici decidano di non fornire troppe spiegazioni partendo dal presupposto che questi pazienti non sarebbero in grado di capire e di scegliere cosa è meglio per sé.

Sicuramente tale rilevazione ha mostrato chiaramente la necessità di intervenire su entrambi i fronti: gli operatori sanitari e la popolazione. Quando il 65% degli intervistati rivela di firmare i moduli senza leggerli e il 68% confessa di non sapere cosa sia il consenso informato capiamo di essere ben lontani dall'empowerment del cittadino e che l'aggiornamento e la sensibilizzazione di medici e infermieri, da soli, non possono bastare. Poiché le criticità sono relative a una relazione, il cambiamento culturale deve avvenire da entrambe le parti. Questi dati confermano l'importanza di campagne di informazione rivolte alla cittadinanza al fine di aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei propri diritti e la capacità di farli valere anche in ambito sanitario. Solo attraverso un percorso comune di crescita e di analisi critica, nella direzione della scelta consapevole e condivisa, si potrà realizzare il miglior interesse delle persone e raggiungere il «bene-salute», dove per «salute» si intende «uno stato di benessere fisico, psicologico e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità»^[28].

La necessità: maggior ascolto e umanizzazione

NOTE

- [1] Secondo i dati di riepilogo a livello regionale per l'anno 2009 il 14% dei reclami pervenuti all'Urp è relativo ad aspetti relazionali, e il 25%, dei reclami relativi alle informazioni, riguarda informazioni di tipo sanitario. Si veda la Carta dei Servizi pubblici sanitari 2009 dell'Osservatorio della Regione Toscana. Secondo il Rapporto Pit 2008 (CittadinanzaAttiva - Tribunale per i diritti del malato) il maggior numero di segnalazioni riguarda la scarsa assistenza medica e infermieristica percepita dai cittadini durante i ricoveri (24,6%), e aumentano le segnalazioni relative alla carenza di umanizzazione nelle cure (10,1%); il 14,5% dei cittadini segnala anche la difficoltà a ricevere informazioni e orientamento all'interno delle strutture sanitarie, soprattutto rispetto al proprio stato di salute.
- [2] Sandro Spinsanti 1999, citazione p. 118.
- [3] L'articolo 32 della Costituzione italiana recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».
- [4] La Convenzione europea sui diritti dell'uomo e la biomedicina, del 1997, all'articolo 5 recita: «È possibile effettuare un intervento, nel campo sanitario solo previo il consenso libero e informato della persona interessata».
- [5] Il nuovo codice di deontologia medica, all'articolo 38 (Autonomia del cittadino e direttive anticipate) afferma che: «Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa».
- [6] Sentenza Corte costituzionale 438/2008.
- [7] «Il consenso, oltre che a legittimare l'intervento sanitario costituisce, sotto altro profilo, uno degli elementi del contratto tra il paziente e il professionista (articolo 1325 Cc), avente a oggetto la prestazione professionale, sicché l'obbligo di informazione deriva anche dal comportamento secondo buona fede cui si è tenuti nello svolgimento delle trattative e nella formazione del contratto (articolo 1337 Cc)». (Cassazione civile, sentenza n. 10014 del 25/11/1994).
- [8] Cassazione civile, sezione III, 25/11/1994, n. 10014. Cassazione penale, sezione un., 2/11/2009, n. 2437.
- [9] Le prestazioni per le quali è prevista per legge la richiesta di consenso informato scritto sono: prelievo ematico per test Hiv, trasfusione di sangue e/o emoderivati, fecondazione medicalmente assistita, interruzione volontaria di gravidanza, espianto di organo da donatore vivente, prelievo e innesto di cornea, sperimentazioni cliniche, procedure diagnostiche di natura invasiva o con mezzo di contrasto, procedure chirurgiche, chemioterapia, procedure anestesologiche, endoscopiche e test allergici, rettificazione in materia di attribuzione di sesso, terapia elettroconvulsivante.
- [10] Cassazione penale, sezione IV, 11/7/2001, n. 1572.
- [11] Cassazione civile, sezione III, 16/5/2000, n. 6318.
- [12] Azioni per il miglioramento della qualità delle cure di fine vita, («Limite alle/delle cure», punto 3). III seminario di Pontignano, 1-2 aprile 2005.
- [13] Sugli effetti positivi della comunicazione sulle condizioni di salute dei pazienti si veda: Furnagalli S., Boncinelli L., Masotti G., et alii 2006.
- [14] L'ascolto del paziente incrementa la sua soddisfazione rispetto alla visita medica (Comstock L.M. et alii 1982) e aumenta l'aderenza al progetto terapeutico (Korsch et alii 1968). Anche per quel che riguarda la comunicazione della diagnosi di tumore uno studio ha dimostrato che il 76% dei pazienti, informati della propria diagnosi, hanno avuto un successivo miglioramento psicologico dopo aver attraversato una fase iniziale di ansia (Henriques B., et alii 1980). Per un'analisi più approfondita si veda Armeo Santosuosso 1996 e Antonio Virzi 2007.
- [15] Sul ricorso alla medicina difensiva da parte dei medici si veda lo studio: Studdert D.M., Mello M.M., Sage W.M. et alii 2005. Lo studio di Moore Philip J., et alii 2000, ha rilevato una correlazione fra la cattiva comunicazione da parte dei medici e la probabilità di essere denunciati dai pazienti, in caso di errore.
- [16] Punto 5 della Carta di Firenze.
- [17] La conduzione dello studio è stata affidata (con decreto n. 4431 del 16 settembre 2008) alla dottoressa Elisa Valdambri, filosofa bioeticista, che è risultata vincitrice della selezione per l'assegnazione della borsa di studio indetta con il Dd n. 2849, del 10 giugno 2008.
- [18] Nel documento «Dalla pianificazione anticipata delle cure all'elaborazione del lutto: strategie di comuni[c]azioni», elaborato nel IV seminario di Pontignano sull'etica delle cure di fine vita, si definisce la pianificazione anticipata delle cure come «...un processo mediante il quale la persona, assieme a coloro che desidera coinvolgere e all'équipe curante, progressivamente matura e definisce le proprie volontà in merito al percorso di cura che la riguarda. Tale processo richiede una comunicazione che si sviluppa nel tempo...».
- [19] «Factors affecting quality of informed consent». C. Lavelle-Jones, D.J. Byrne, P. Rice, A. Cuschieri. Brj 3 april 1993.
- [20] «Patients' perceptions of written consent: questionnaire study». Andrea Akkad, Clare Jackson, Sara Kenyon, Mary Dixon-Woods, Nick Taub, Marwan Habiba. Brj 31 July 2006.
- [21] M. Toraldo di Francia «Il tema della cura e del prendersi cura: da sponda a sponda», in A. Pagnini (a cura di), «L'identità personale fra filosofia e scienza», numero monografico di «L'Arco di Giano», n. 38, 2003. cit p. 88.
- [22] Documento del Comitato nazionale di Bioetica «Informazione e consenso all'atto medico», 20 giugno 1992.
- [23] Monica Toraldo di Francia. Op cit. citazione p. 89.
- [24] Sandro Spinsanti «Chi decide in medicina?». Manuale di Janus, Ed. Zedigroma, citazione p. 64.
- [25] «The effect of physician behavior on the collection of data». Beckman H.B., Frankel R.M., Ann Intern Med. 1984 nov.; 101(5):692-6.
- [26] Progetto integrato di tutela.
- [27] Si veda la Carta dei servizi pubblici sanitari 2009.
- [28] Definizione dell'Oms, 1948.

LUCCA

Nella Asl 6 percorsi dedicati per garantire sia la madre che il nascituro

Gravidanza e diabete: percorsi dedicati per garantire sia la madre che il nascituro



L'azienda è la prima della Regione a dotarsi di linee guida per lo screening

Gavidanza e diabete: fino a pochi anni fa era una relazione ad altissimo rischio; oggi un percorso di accompagnamento alla gravidanza studiato su misura per donne che abbiano sviluppato una delle varie forme di diabete consente a tutte le gestanti di vivere con maggior serenità il periodo dell'attesa. Criteri e contenuti dei "percorsi" sono stati presentati pochi giorni fa a Livorno: «Partorire con il diabete, fino a pochi anni fa - spiega Edoardo Micheletti, direttore del dipartimento Materno-infantile della Asl 6 di Livorno - era una situazione che esponeva a molti rischi sia la madre che il nascituro. Adesso grazie a

una più accurata possibilità di controllo della gestazione e dei valori del metabolismo, le complicanze possono davvero essere ridotte al minimo. È però necessario un percorso organico che si prenda cura della donna e del bambino dalle fasi precedenti il concepimento a quelle successive al parto».

Il percorso è stato predisposto grazie alla collaborazione di pediatri, ginecologi, diabetologi, ostetriche, dietiste e molte altre figure professionali: «La nostra - spiega Graziano Di Cianni, direttore dell'Uo di Diabetologia - è stata la prima azienda sanitaria della Toscana ad applicare le nuove linee guida per lo screening del diabete gestazionale. È

stata così realizzata un'équipe multi-professionale che settimanalmente, ogni mercoledì, offre a circa 30 donne in gravidanza un'assistenza a 360 gradi, inserendole in un percorso in grado di monitorare l'evoluzione anche oltre i nove mesi di gestazione».

Il collegamento con l'ambulatorio delle gravidanze a rischio garantisce alla gestante una risposta immediata in relazione a qualsiasi nuova necessità in corso d'opera: «In questi percorsi - dice Luciano Cianferoni, direttore Uo Ostetricia e ginecologia - ci sono due aspetti fondamentali: l'integrazione tra i servizi e la prevenzione. Grazie a questo meccanismo è possibile rendere una

gravidanza diabetica quanto più simile possibile a una senza complicanze». Una normalità - va ricordato - possibile grazie anche al lavoro delle ostetriche: «L'ambulatorio gravidanze a rischio - dice Daniela Vaccai, responsabile del servizio ostetrico - garantisce il proprio supporto alla donna fin dal giorno successivo alla segnalazione. Questa immediata reattività è un aspetto fondamentale in un momento così delicato come quello della gravidanza».

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

PISTOIA/1

Educazione sessuale: ai liceali la si insegna giocando a carte

Lo «Spazio Giovani» dei consultori è entrato nelle scuole della provincia di Pistoia con un gioco da tavolo per spiegare ai ragazzi e alle ragazze temi che vanno dall'identità di genere, alla sessualità fino alla gravidanza.

Finora sono quasi 3mila gli studenti coinvolti, in particolare quelli delle prime e seconde classi, per un totale di 11 scuole superiori. L'iniziativa è stata realizzata dall'unità operativa educazione e promozione alla salute diretta dal dottor Corrado Catalani e dall'unità funzionale consultoriale della Valdinevole diretta dalla dottoressa Paola Marini, in collaborazione con i dirigenti e i docenti che hanno accolto con entusiasmo l'iniziativa.

«L'idea è nata dalla necessità di superare il modello educativo tradizionale in cui l'esperto - ginecologo, psicologo od ostetrica - viene chiamato a impartire lezioni frontali esclusivamente nozionistiche», spiega la dottoressa Marini. «In questo caso, invece, i ragazzi partecipano in modo attivo, divertendosi e la percentuale dei messaggi appresi è realmente recepiti risulta essere più alta».

In pratica ai ragazzi viene chiesto di partecipare a un gioco di

carte, appositamente studiato per il target, tarato sul modello del famoso gioco di società Trivial e sul Gioco dell'Oca. Lo svolgimento del gioco avviene in aula suddividendo ciascuna classe in squadre o sottogruppi.

Con la supervisione di un sanitario e degli operatori dell'unità operativa educazione promozione della salute, il gioco viene condotto da animatori esperti della cooperativa Selva di Buggiano che da anni collabora con la società della salute della Valdinevole e la Provincia in progetti di politiche giovanili.

«L'approccio con i ragazzi attraverso una forma ludica e di partecipazione - prosegue la dottoressa - aiuta un apprendimento più efficace, lo scambio di informazioni è facilitato e possono anche essere modificati atteggiamenti e comportamenti errati».

Le carte da gioco propongono domande-quiz che trattano temi che riguardano gli aspetti relazionali, l'anatomia e la fisiologia dell'apparato riproduttivo, la contraccezione, la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e i comportamenti a rischio.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

PISTOIA/2

Osservazione breve: un bilancio a cinque stelle per il decennale

Ha compiuto dieci anni la sezione Osservazione breve intensiva (Obi) dell'ospedale di Pistoia. Ottime le performance di questa struttura, parte integrante dell'unità operativa di Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza diretta da Andrea Cai, che accoglie i pazienti provenienti dal contiguo pronto soccorso. Meno ricoveri nelle unità operative, indagini diagnostiche garantite e pazienti soddisfatti sono al momento i punti di forza di una realtà che, nata dieci anni fa, oggi risulta la soluzione ideale per offrire la risposta più appropriata, e relativamente rapida, alle esigenze assistenziali e cliniche dei pazienti.

La sezione di Obi, di cui è responsabile Marco Monfardini, dispone di 18 posti letto per pazienti che necessitano di approfondimenti diagnostici che vengono effettuati in un periodo di tempo che va dalle 24 alle 36-48 ore al massimo.

Negli ultimi venti anni il pronto soccorso si è trasformato da punto di transito o di "breve sosta" in attesa di una collocazione nei reparti a centro nevralgico dell'attività ospedaliera con ruolo non solamente di stabilizzazione di situazioni cliniche ad alta

criticità ma è diventato anche il luogo dove il percorso diagnostico-terapeutico può giungere a conclusione con dimissione e rinvio al medico curante.

«L'alta formazione del personale per la presa in carico dei pazienti e l'aggiornamento continuo, l'utilizzo di tecnologie avanzate, la guardia attiva 24 ore su 24 per la refertazione di radiografie e Tc - spiega Andrea Cai - insieme all'attivazione dell'osservazione breve intensiva, hanno trasformato profondamente l'organizzazione dell'emergenza-urgenza orientando sempre di più il pronto soccorso a supportare anche la struttura ospedaliera, con ricadute positive sull'intero sistema».

In questo senso l'Obi è un tipo di degenza che permette la gestione ottimale da un punto di vista diagnostico e terapeutico di alcuni selezionati problemi clinici come a esempio il trauma cranico e toracico, il dolore addominale, il dolore toracico, la perdita di coscienza, la cefalea e la vertigine, alcuni tipi di aritmie le reazioni allergiche e le intossicazioni da farmaci.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

LUCCA

Vestibologia pratica: nella Asl 2 l'equilibrio non ha più segreti

Grande partecipazione alla VI giornata di Vestibologia pratica, organizzata dall'Unità operativa di Otorinolaringoiatria dell'ospedale di Lucca, diretta da Riccardo Piane, responsabile scientifico dell'evento, insieme a Mauro Gufroni (Orl di Livorno). Importanti professionisti, provenienti da tutta la Regione e anche da fuori, hanno infatti preso parte a questa edizione, intitolata «La Vestibologia che ci piace di più».

Il vestibologo è il medico specialista nella diagnosi e nella terapia dei disturbi dell'udito e dell'equilibrio ed è in grado di diagnosticare e di trattare qualsiasi disturbo riguardante la funzione uditiva e la funzione vestibolare (equilibrio) che hanno sede nella parte più profonda dell'orecchio (orecchio interno). Tra i temi trattati nel corso della giornata: il medico ospedaliero nella Sanità futura; i farmaci come causa di vertigini; la terapia medica nelle malattie del labirinto; la vertigine cervicale; la vertigine nel bambino; il disequilibrio nell'anziano; l'appropriatezza dell'esame neuroradiologico nelle sindromi vertiginose; la

relazione d'aiuto al paziente vertiginoso.

Negli ultimi anni Riccardo Piane, che è anche responsabile del dipartimento Chirurgico della Asl 2, ha organizzato a Lucca molti convegni di alto livello, che hanno richiamato importanti professionisti del settore (sia in ambito medico che infermieristico), nella convinzione che il confronto tra specialisti provenienti da varie realtà può essere stimolante.

L'unità operativa di Otorinolaringoiatria di Lucca svolge in maniera qualificata la sua attività e si pone da anni come punto di riferimento regionale. Tra le iniziative qualificanti del reparto c'è il protocollo informativo per le liste di attesa operatoria, che ha avuto un riconoscimento, per la sua efficacia, anche a livello regionale e nazionale. Nel reparto diretto da Piane vengono effettuati molti interventi complessi. Il "peso" della casistica dei ricoveri è infatti molto alto e vengono operati pazienti provenienti da tutta Italia.

Vertigini e disequilibri nel mirino degli specialisti

Sirio Del Grande
Ufficio stampa Asl 2 Lucca

IN BREVE

▼ PISA

Si è svolto recentemente a Orlando in Florida (Usa) il congresso annuale dell'American College of Phlebology, che ha visto il successo di una ricerca tutta italiana, in cui, accanto ad Alessandro Frullini, presidente dell'Afi (Associazione flebologica italiana), figura Rossella Di Stefano, responsabile del Laboratorio di ricerca cardiovascolare del dipartimento Cardio-toracico e vascolare dell'Università di Pisa. Entrambi sono stati premiati con il «Gold Award» per una ricerca sulla produzione di endotelina dopo terapia sclerosante con schiuma: esistendo farmaci noti per avere un effetto inibitore dell'endotelina se la scoperta sarà confermata da altri studi potranno essere utilizzati per contrastare gli effetti collaterali della scleroterapia.

▼ SIENA

La terapia occupazionale, un intervento riabilitativo specificamente diretto a favorire l'autonomia della persona disabile e il suo inserimento lavorativo, è stato argomento di un convegno organizzato dall'Università di Pisa in collaborazione con il Centro di riabilitazione Auxilium Vitae di Volterra. L'evento, che si è tenuto nei giorni 25-26 novembre presso la Sifa, ha visto la partecipazione di circa 150 persone e in particolare giovani professionisti della riabilitazione e soprattutto studenti universitari che hanno discusso del ruolo del terapeuta occupazionale nel team riabilitativo, della sua formazione, dell'attività svolta e degli strumenti di misura che questi professionisti adoperano per la verifica dell'efficacia del trattamento.

▼ LUCCA

«Tutti insieme cantiamo» è il titolo di un progetto musicale che vede riunite le voci di bambini, ragazzi, adulti, con la collaborazione del servizio di Salute mentale di Lucca, in una sinergia che ha come obiettivo primario il piacere della condivisione nel fare musica d'insieme. Mercoledì 1° dicembre, a Ponte a Moriano si è svolto un concerto per evidenziare l'importanza del progetto e di un metodo molto efficace per educare alla cooperazione. Fare musica d'insieme, infatti, promuove abilità musicali ma aiuta anche a condividere un'esperienza formativa a stretto contatto con persone di altra età. La realizzazione del progetto è a cura di Carla Nollodi, consulente musicale per il centro di Salute mentale di Lucca.

CALENDARIO



LUCCA

«La centrale della sterilizzazione» è il titolo del seminario in programma alla Casa di cura M.D. Barbantini di Lucca. Si parlerà di preparazione di dispositivi medici, tracciabilità e dei processi di sterilizzazione. Info: 058391971, tatiana.fabbiani@clibarbantini.com



PRATO

In programma il 15 e il 22 gennaio alla Asl 4 di Prato un corso sul percorso assistenziale per il paziente anziano affetto da disturbi cognitivi: si parlerà di diagnosi, assistenza e trattamento farmacologico dei deficit cognitivi in vista di un percorso diagnostico - terapeutico - assistenziale condiviso. Per info: 0574435751, ufap@usl4.toscana.it



SIENA

Organizzato dalla Uoc di Pediatria neonatale dell'Aou di Siena un corso di aggiornamento sul dolore del bambino: verranno spiegate le basi fisiologiche del dolore e le metodiche di base per l'analgesia con particolare attenzione all'approccio del personale anche verso i genitori. Per info: 0577586550, bellieni@unisi.it

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