

Sanità

Toscana

Versione Pdf del supplemento al n. 23 anno XVII del 17-23 giugno 2014 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

Compartecipare in base alle disponibilità

di **Valter Giovannini** *

All'inizio di questo millennio l'Oms indica la salute dentale come uno dei maggiori problemi di salute pubblica per l'alta prevalenza in ogni Regione del mondo e per il fatto che, come molte altre malattie, il carico principale pesa soprattutto sulle fasce più svantaggiate della popolazione.

Un buono stato di salute orale è molto più che avere denti sani e i trattamenti dentistici e del cavo orale in genere rimangono molto costosi nella maggior parte dei Paesi industrializzati ove le malattie della bocca sono al quarto posto per il costo del trattamento.

Nella sua Strategia globale relativa alle malattie non trasmissibili l'Oms assegna un ruolo preminente alla prevenzione delle malattie dentali per ridurre significativamente il rischio che tali malattie si verifichino.

Il diritto alla salute dentale viene limitato, e condizionato, nel nostro Paese, con il Dpcm 29/11/2001: «Il servizio sanitario nazionale garantisce l'assistenza odontoiatrica: ai bambini e ragazzi fino all'età di 14 anni; alle persone con particolare vulnerabilità sanitaria e sociale; a tutti i cittadini italiani per il trattamento delle urgenze (quali dolore acuto e infezioni acute) e la diagnosi precoce di patologie tumorali del cavo orale. I cittadini che non rientrano nelle categorie elencate possono accedere all'assistenza odontoiatrica con il pagamento diretto della prestazione al

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI

La Regione garantisce servizi e terapie alle persone in difficoltà

Cure odontoiatriche nei Lea

I criteri: vulnerabilità economica o sociale - Offerta gratuita o ticket

La Regione Toscana ha deciso di avviare un percorso di sviluppo dell'offerta pubblica di prestazioni odontoiatriche, introducendo - prima in Italia - tale attività come un Livello essenziale di assistenza con l'obiettivo di garantire in maniera progressiva un livello di assistenza in maniera diversificata a seconda dello stato di salute, per disagio sociale o per livello di reddito.

Secondo quanto approvato per i cittadini in condizioni di "vulnerabilità sociale" le prestazioni saranno erogate in regime di gratuità in presenza di nuclei familiari fiscali con reddito complessivo o Isee fino a 8.000 euro. Per i cittadini in condizioni di "vulnerabilità sociale" con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con Isee da 8.000 a 14.000 euro, le prestazioni saranno erogate secondo le modalità di compartecipazione previste per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale (pagamento del ticket salvo i casi di esenzione). Nei casi di "vulnerabilità sanitaria" (handicap grave, soggetti a rischio clinico, cittadini affetti da patologie rare o patologie croniche) le prestazioni odontoiatriche saranno assicurate in regime di esenzione dalla compartecipazione alla spesa.

I diversi livelli di prestazioni dalla prevenzione alla profilassi, alla cura, coinvolgono le mamme in gravidanza, i bambini in età evolutiva, le prestazioni minime da garantire in urgenza in tutti i presidi ospedalieri, l'assistenza odontoiatrica in generale e la protesica. Il progetto assume la caratteristica di sperimentazione triennale, durante la quale saranno le aziende a organizzare l'assistenza da subito in almeno una zona distretto, ed entro il 2015, in tutto il territorio, e vede un impegno economico nel triennio di 5 milioni di euro.

La Regione su questo percorso ha definito la cornice generale entro la quale le aziende sanitarie si devono muovere garantendo al contempo margini di flessibilità specifici per i vari contesti. Ogni Asl dovrà predisporre un suo specifico progetto che descriva il livello attuale di assistenza, la ipotesi



di sviluppo nei termini temporali, le modalità di allestimento dei locali nonché della eventuale acquisizione di riuniti, strumentazioni ecc.

L'assistenza sarà assicurata all'interno delle strutture pubbliche e con la definizione a livello locale di relazioni forti con il mondo professionale; infatti oltre alla ottimizzazione del lavoro dei professionisti dipendenti o convenzionati, si punta a stabilire accordi, come sperimentazione, rapporti con i liberi professionisti singoli o associati sfruttando una tipologia già possibile in precedenti atti o ulteriori collaborazioni che vedano un processo di trattativa locale, ma condiviso con gli Ordini professionali.

I progetti saranno sottoposti alla valutazione di uno specifico gruppo regionale che sulla base di un riscontro positivo approverà lo stesso. Lo stesso gruppo di concerto con le aziende effettuerà il monitoraggio e la valutazione delle attività progettuali. Un impegno notevole che viene accompagnato con risorse dedicate che complessivamente ammontano nel triennio a 5 milioni di euro.

Avviare il processo che porterà alla riorganizzazione dei servizi odontoiatrici nella nostra Regione, richiederà nelle prossime settimane un impegno straordinario della Regione e delle aziende sanitarie. Siamo stati contattati da cittadini, associazioni e professionisti per avere chiarimenti sulle modalità e sui tempi della sua applicazione. Piccolo indicatore, ma significativo, della sintonia di questo atto con uno dei problemi di salute dei toscani. Infatti, la crisi agisce anche sui percorsi di salute, là dove i cittadini rinunciano alle cure odontoiatriche. Ma la sfida è più ampia; l'intento è quello di trasformare l'odontoiatria da "cenerentola" delle prestazioni specialistiche a una disciplina che in Toscana assuma pari dignità e un suo specifico profilo.

Andrea Leto
Coordinatore Sistema sanitario Regione Toscana

TESTO A PAGINA 4-5

ANNIVERSARIO IL 5 LUGLIO

Cento candeline per «Careggi»

Tra le iniziative l'inaugurazione di un'unità spinale, mostre e concerti

L'ospedale fiorentino di Careggi il 5 luglio compie 100 anni e le celebrazioni per il centenario dureranno fino a giugno 2015. In programma numerosi eventi tra cui l'inaugurazione di un'unità spinale, open-days, mostre, concerti ed esibizioni artistiche. Prevista la partecipazione di personaggi del mondo dello spettacolo e dello sport. Alcuni sponsor metteranno a disposizione a titolo gratuito risorse per la realizzazione delle iniziative. Tra gli eventi in programma, anche l'inaugurazione delle nuove sedi dell'ematologia e dell'oculistica, del centro di senologia e del centro "pavimento pelvico".

La nascita dell'ospedale di Careggi risale al 5 luglio 1914, con la posa della prima pietra dei padiglioni per le malattie comuni. Durante la prima guerra mondiale, il nosocomio continuò a sviluppare la sua struttura grazie alla manodopera dei prigionieri di guerra. Gli edifici più importanti furono portati a compimento al termine del secondo conflitto mondiale: tra questi, le strutture che ospitano Anatomia patologica e Medicina legale. Tra gli anni '50 e '60 fu costruito il centro traumatologico ortopedico. Nel 1982 Careggi e il Cto si separarono dall'ospedale di Santa Maria Nuova, divenendo nel corso degli anni Novanta Azienda ospedaliero-universitaria. Attualmente, Careggi conta 5.816 dipendenti e 1.382 posti letto.

CONTROCANTO

Il rischio? Lasciar fuori i più poveri

di **Luca Barzagli** *

E' apprezzabile la filosofia di base delle nuove delibere della Regione Toscana con prestazioni gratuite a coloro che hanno reddito Isee fino a 8.000 euro, prestazioni scontate tra gli 8 e i 14mila euro e pagamento del ticket per redditi superiori.

Restiamo molto dubbiosi sulla possibile realizzazione di questo nuovo progetto perché, al di là della filosofia e

della spiegazione che verranno stanziati dei fondi per lo start-up e un'apertura ai privati, non sono stati presentati piani realizzativi. Una rapporto redatto dall'Irpet mostra che il 32,1% della popolazione ha un reddito Isee fino a 6mila euro, fascia che sale a oltre il 53% se ci riferiamo a un reddito di 10mila euro (da-

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Smobilizzati i crediti dei fornitori

Approvata l'operazione finanziaria per lo smobilizzo dei crediti delle imprese nei confronti del Ssr della Toscana. Con l'approvazione delle linee guida per la conduzione dell'operazione di smobilizzo dei crediti, si vuole mettere a disposizione dei fornitori del Ssr l'opportunità di realizzare liquidità immediata cedendo un proprio credito scaduto a condizioni di maggiore vantaggio rispetto a quelle normalmente praticate sul mercato, agevolare l'accesso al credito da parte delle micro e piccole imprese, che solitamente incontrano maggiori difficoltà e contenere l'onere per interessi passivi a carico del Ssr. (Delibera n. 291 del 07/04/2014)

▼ Investimenti Ssr, le linee da seguire

La giunta ha approvato le linee di indirizzo per la valutazione della pianificazione e programmazione degli investimenti delle aziende e degli enti del Ssr toscano. Nel documento definite fasi, modalità e parametri di valutazione dei piani di investimento, nonché le modalità di funzionamento del Gruppo tecnico di valutazione degli investimenti sanitari. In tale logica di programmazione e organizzazione diviene prioritario promuovere a livello regionale la crescita coordinata delle aziende ed enti del Ssr in rete e l'efficienza del sistema. (Delibera n. 293 del 07/04/2014)

ALL'INTERNO

Osservasalute, toscani longevi

A PAG. 3

L'italiano per stranieri

A PAG. 6

«San Jacopo» best practice

A PAG. 7

URGENZA

Entrata a pieno regime la centrale operativa 118 di Firenze e Prato



Un «loft» per l'emergenza

Alta tecnologia in campo - Pistoia in tandem con la Protezione civile

È stata inaugurata ed è attiva dallo scorso aprile la nuova sede della centrale operativa del 118 di Firenze e Prato. Una struttura modernissima, con attrezzature di alta tecnologia, posizionata accanto allo Iot, l'ex Istituto ortopedico toscano Pietro Palagi che, dalla collina del piazzale Michelangelo, domina tutta Firenze. La struttura, che ospita anche la centrale del 118 di Prato (che già dal febbraio scorso è stata trasferita a Firenze), si sviluppa su due piani e ha una superficie di oltre 2.000 metri quadrati.

I lavori per la realizzazione, iniziati nel luglio del 2012 e portati a termine grazie a finanziamenti statali, regionali e aziendali, sono costati complessivamente 4.640.826 euro. L'area operativa è costituita da un "grande loft", dove lavorano in contemporanea fino a 25 operatori, dotato di sofisticate apparecchiature elettroniche che permettono di tenere d'occhio tutte le strade dove devo-

no arrivare velocemente le ambulanze. All'occorrenza le postazioni degli operatori possono essere ampliate fino a 40. Ci sono poi le sale riunioni, che in caso di emergenza possono essere adattate per ospitare ulteriori postazioni già allacciate alla rete, a disposizione di vigili del fuoco, protezione civile e forze dell'ordine. L'edificio, realizzato secondo criteri antisismici, ospita poi la centrale telefonica, allacciata a una doppia rete di cavi in modo da garantire il collegamento anche in caso di danneggiamento di quella principale, e il centro di elaborazione dati, che permette di registrare in tempo reale la posizione dei mezzi di soccorso. Accanto alla struttura principale sono stati costruiti vani tecnici, su un'area di 1.260 metri quadrati. «Siamo contenti che ci sia una sede nuova - ha detto Stefania Saccardi, vicepresidente della Regione Toscana -. Quella di Lungarno di Santa Rosa - era inadeguata a



Nuova centrale 118 Firenze

ospitare una struttura che gestisce oltre 200.000 chiamate all'anno, e che gestisce tutti e tre gli elicotteri dell'elisoccorso in Toscana». La vicepresidente ha espresso grande soddisfazione anche per la capacità e la potenzialità in termini di resa dei servizi. Ha sottolineato che si tratta di una Centrale di altissimo livello, di grande efficienza e funzionalità, che può integrare con tutte le forze che si

occupano dell'emergenza, per esempio i vigili del fuoco.

Soddisfazione anche da Luigi Marroni, assessore al diritto alla salute. «Si tratta - ha detto - di una struttura bellissima, realizzata secondo i più moderni criteri tecnologici e di sicurezza, quanto di meglio poteva essere messo in una Centrale operativa».

Novità anche nella sede della Co del 118 di Pistoia che potrebbe ospitare una

“funzione sanità, assistenza sociale e veterinaria” nell'ambito del sistema della Protezione civile regionale. Un progetto annunciato a metà maggio dal governatore della Toscana durante la riforma delle Co 118 sul territorio regionale. In quella occasione richiamò tra i molti punti anche l'esigenza di un assetto equilibrato dei bacini di utenza delle Centrali di Pistoia e Firenze, in modo da valorizzare tutte le professionalità e le esperienze maturate nella Centrale operativa di Pistoia.

Il nuovo assetto del 118 prevede infatti per la Toscana centrale due Centrali operative, una per Firenze e Prato, l'altra per Pistoia ed Empoli. Il presidente ha annunciato che la giunta intende valorizzare al meglio l'insieme delle risorse presenti, con l'obiettivo di una sempre maggior qualificazione dei servizi offerti ai cittadini toscani. Proprio per questo, in un'ottica di collaborazione e

integrazione dei servizi di emergenza-urgenza del sistema sanitario con le attività della Protezione civile, la “funzione sanità, assistenza sociale e veterinaria” troverà spazio nella sede della Centrale operativa di Pistoia, che anche per il futuro presenta tutte le caratteristiche necessarie.

Le attività che potrebbero essere svolte dalla “funzione sanità, assistenza sociale e veterinaria” all'interno della Protezione civile sono: per l'attività ordinaria la formazione, il censimento dei piani di protezione civile ospedalieri, il censimento e la compilazione delle schede per i moduli sanitari regionali, il censimento e il coordinamento dei mezzi per il soccorso sanitario. Per l'attività in emergenza: coordinamento dell'attività sanitaria in emergenza, valutazione del soccorso sanitario, attivazione dei moduli sanitari regionali, attivazione Pma (posto medico avanzato).

Roberto Tatulli



LA MORTALITÀ NEI BAMBINI E ADOLESCENTI TOSCANI: CI SONO ANCORA MARGINI DI RIDUZIONE

■ I decessi nei bambini e negli adolescenti sono eventi gravissimi: per i bambini e ragazzi a cui viene tolto il futuro oltre ad avere una vita breve in genere caratterizzata da sofferenze e paure, per le loro famiglie che vivono lutti così tragici, per la collettività che perde componenti delle generazioni future, e anche per il sistema sanitario che non è stato in grado di prevenirli.

Nel nostro Paese, come in tutti quelli a economia avanzata, le cause di morte prevenibili o curabili che nel mondo sono più frequenti sotto i 5 anni di età sono ormai eccezionali. In Toscana, come nel resto dell'Italia, si è osservata una progressiva riduzione della mortalità nell'infanzia che ha raggiunto livelli tra i più bassi nel mondo: vi sono ancora potenzialmente margini di riduzione, ma si ritiene che non siano molto elevati. Sia la mortalità infantile (quella nel primo anno di vita)

sia la mortalità entro i primi 5 anni di vita sono importanti indicatori della qualità dell'assistenza socio-sanitaria fornita alla madre e al bambino e del contesto di vita dei genitori e del bambino.

In Toscana, dal 1995 al 2010 il tasso di mortalità infantile si è più che dimezzato passando da 6,1 a 2,8 per 1.000 nati vivi e tale riduzione è stata a carico prevalentemente della mortalità neonatale (cioè quella nel primo mese di vita), riconducibile a condizioni morbose di origine perinatale, malformazioni congenite e prematurità. Nell'ultimo decennio all'aumento dei flussi migratori in entrata si è osservato un conseguente aumento dei nuovi nati da donne immigrate e presumibilmente una quota dei decessi registrati è relativa a bambini nati da donne immigrate, viste le loro peggiori condizioni di vita e il loro minore ricorso all'assistenza in gravidanza. Non è però possibile fare alcuna considerazione sui decessi nei figli di immigrate residenti in Toscana, poiché il dataset del flusso regionale toscano della mor-

talità è a tutt'oggi largamente incompleto sulla cittadinanza delle madri dei bambini deceduti. Anche per le classi di età 1-4 anni e 5-9 anni i tassi di mortalità, disponibili dal 1987, si sono pressoché dimezzati; le condizioni morbose più importanti sono i tumori, le malformazioni congenite e gli eventi accidentali. Per le altre due classi di età (10-14 anni e 15-19 anni) le riduzioni sono state di minore entità e i traumatismi e avvelenamenti (prevalentemente incidenti stradali) rappresentano la prima causa di decesso seguita dai tumori.

A tutte le età si osservano differenze di genere: i maschi sono sempre più a rischio delle femmine, con una tendenza nel tempo alla riduzione.

Riguardo alle cause di morte non sono solo gli eventi accidentali dovuti a comportamenti maschili a rischio a essere più elevati significativamente nei maschi, ma anche condizioni morbose, quali i tumori, le malattie dell'apparato circolatorio, i disturbi psichici, le malattie del sistema nervoso e le cause di origine perinatale. Questo

necessità di essere indubbiamente approfondito. Un'attenzione ulteriore dovrebbe essere posta alla prevenzione degli incidenti stradali che rappresentano la prima causa di morte in età adolescenziale, come pure non è da sottovalutare l'attivazione di interventi su fattori comportamentali, sociali e ambientali che agiscono durante l'infanzia e l'adolescenza. Interventi di prevenzione e promozione della salute potrebbero evitare in una vita migliore con minore impatto sulla mortalità sia nell'infanzia e adolescenza sia nell'età adulta, e potrebbero indirettamente riverberarsi anche sulla salute delle generazioni successive. In questo caso il richiamo non può che essere fatto all'individuazione di interventi da perseguire non solo in ambito strettamente sanitario ma in tutte le politiche.

Elisabetta Chellini

Responsabile del Registro di mortalità regionale toscano Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (Ispo)

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

ti del 2009). Allo stato attuale le Asl hanno delle significative liste di attesa e solo un importante potenziamento delle strutture e degli operatori, con un adeguato impegno economico, potrà rispondere alle esigenze della popolazione.

La perplessità è che, dato lo stanziamento di 5 milioni in tre anni, temiamo che usufruirà delle prestazioni solo quella fascia di popolazione che si potrà permettere di pagarle e non quella fetta di popolazione, purtroppo in continuo aumento, che versa in grave difficoltà economica e per la quale anche il pagamento del solo ticket diventa impossibile.

Ci auguriamo che vengano studiati in maniera accurata i progetti presentati dalle Asl prima dell'approvazione e dello stanziamento

dei finanziamenti pubblici, così come siano accurati i criteri di valutazione dei risultati che dovrebbero tenere conto, non solo del numero delle prestazioni effettuate e/o dei ricavi ottenuti dal pagamento del ticket, ma soprattutto della percentuale di pazienti, che normalmente non si possono permettere cure odontoiatriche, che verranno raggiunti grazie alla nuova progettazione. Riteniamo che ogni prestazione odontoiatrica iniziata all'interno della struttura pubblica debba essere completata all'interno della stessa evitando che la prestazione iniziale a costo ticket venga poi conclusa in studi privati.

Come odontoiatri viviamo come un momento di sconfitta vedere bocche compromesse, in particolar modo se si tratta di bambini, quin-

di ribadiamo che gli obiettivi primari di un sistema sanitario pubblico devono favorire la prevenzione e poter garantire le prestazioni odontoiatriche primariamente alle fasce più deboli in relazione a età, patologie croniche preesistenti e condizioni economiche. Su questi due punti si potranno studiare sistemi di collaborazione tra pubblico e privato.

Un altro aspetto sarà l'affidamento delle cure ai privati mediante pagamento a prestazione da parte delle Asl. Tali contratti ovviamente dovranno essere decorosi per il professionista e garantisti anche delle quote previdenziali e pure su questo prevediamo delle criticità.

* presidente Andi Toscana

Compartecipare in base... (segue dalla prima pagina)

professionista oppure stipulando una polizza integrativa soggetta a incentivi fiscali previsti dal decreto legislativo 229/1999».

Il Rapporto Istat, Noi Italia 2014, informa che nel 2012 il 14,3% di cittadini ha dovuto rinunciare alle cure odontoiatriche e ben l'85,4% di queste ha indicato motivi economici. Il modello odontoiatrico italiano, indicativamente 90% sistema degli studi professionali privati e 10% strutture pubbliche, pur con le garanzie assistenziali ricordate, si è rilevato insufficiente ad assicurare un pieno diritto alla salute orale dei nostri cittadini, anche per le fasce normativamente garantite; una difficoltà politica, prima che strutturale, del modello che la crisi economica e sociale ha solo accentuato. Da qui la scelta toscana. La

salute orale entra nei Lea toscani, nelle strutture pubbliche toscane, senza limiti o condizioni, come diritto di tutti i cittadini, ciascuno compartecipando secondo le proprie possibilità. Alla maggiore domanda faremo fronte con un modello innovativo, rispettoso della specificità del modello odontoiatrico nazionale, incrementando l'offerta anche con il contributo dei professionisti privati. La salute dei figli, o dei più deboli, si difende e si promuove se si difende, e si promuove, anche la salute dei padri, di tutti i cittadini, deboli o forti, ricchi o poveri: è la forza pervasiva e comunitaria dell'universalismo dei sistemi sanitari pubblici.

* Dg Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale Regione Toscana

OSSERVASALUTE Gli uomini vivono 10 mesi e le donne 6 mesi oltre la media nazionale

Più giorni di vita guadagnati



Scarseggiano i non fumatori - Meno anziane «sole e in buona salute»

La Toscana gode di buona salute. A dirlo è il Rapporto Osservasalute 2013 pubblicato dall'Osservatorio nazionale sulla Salute nelle Regioni, che ha analizzato e descritto - grazie al lavoro di 165 esperti - lo stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane. Dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale, dai fattori di rischio, stili di vita e prevenzione all'ambiente, alla salute degli immigrati fino ai trapianti.

Secondo quanto descritto nel Rapporto, giunto alla sua XI edizione, il dato più rilevante ed evidente per la Toscana è l'aver meno donne anziane e in salute che vivono sole (sono il 28,17% rispetto ai 35,39% a livello nazionale) e la quota minore di non fumatori (sono il 49,9% della popolazione regionale di 14 anni e oltre rispetto al valore medio nazionale che si attesta al 54,2%).

In Toscana la speranza di vita alla nascita è più alta della media italiana. Secondo il documento, presentato a Roma nelle scorse settimane, nel 2010 la speranza di vita dei maschi è di 80,2 anni e 85,0 per le femmine (In Italia la media è di 79,4 per i maschi e 84,5 per le femmine). In sostanza in Toscana si vive in media circa 10 mesi in più per gli uomini e 6 mesi in più per le donne rispetto al resto del Paese. Per i maschi più alta la speranza a Bolzano (maschi 80,5 anni) e per le femmine in Umbria e Veneto (85,1), Bolzano (85,3), Marche (85,4), e Trento (85,5). Inoltre per la Toscana la speranza di vita è aumentata rispetto alla rilevazione del 2006 quando era per i maschi 79,2 anni e per le fem-

Regioni	Speranza di vita per Regione											
	Speranza di vita				Giorni di vita guadagnati 2006-2010							
	Maschi		Femmine		Maschi			Femmine				
	2006	2010	2006	2010	0-74	75-84	85+	Tot.	0-74	75-84	85+	Tot.
Piemonte e Valle d'Aosta	78,2	79,2	83,7	84,4	275	92	-2	365	197	92	-3	256
Lombardia	78,5	79,6	84,3	84,7	339	78	-16	401	100	77	-31	146
Pa Bolzano	78,8	80,5	84,6	85,3	391	217	13	621	34	120	102	256
Pa Trento	78,6	79,9	84,7	85,5	302	191	-18	475	310	111	-129	292
Veneto	78,8	79,8	84,8	85,1	302	84	-21	365	102	38	-31	109
Friuli V.G.	78,1	79,1	83,9	84,7	280	80	5	365	290	41	-39	292
Liguria	78,6	79,4	83,6	84,3	228	57	7	292	176	92	-12	256
Emilia-Romagna	79,1	80,0	84,4	84,9	228	99	2	329	164	52	-33	183
Toscana	79,2	80,2	84,6	85,0	298	92	-25	365	125	117	-96	146
Umbria	79,3	79,9	84,3	85,1	46	185	-12	219	246	95	-49	292
Marche	79,5	80,4	85,0	85,4	275	63	-9	329	54	109	-17	146
Lazio	78,1	79,1	83,6	84,3	258	87	20	365	126	102	28	256
Abruzzo e Molise	78,5	79,1	84,4	84,5	190	64	-35	219	-5	52	-11	36
Campania	76,9	77,8	82,5	82,8	231	96	1	328	95	28	-14	109
Puglia	78,9	79,8	83,9	84,4	216	108	4	328	120	58	5	183
Basilicata	78,1	79,5	83,3	84,3	351	137	23	511	221	41	103	365
Calabria	78,6	79,5	83,9	84,6	219	124	-14	329	146	92	17	255
Sicilia	78,1	78,8	82,9	83,3	185	83	-12	256	59	68	19	146
Sardegna	77,9	78,9	84,5	84,9	249	101	15	365	61	63	22	146
Italia	78,4	79,4	84,0	84,5	276	95	-6	365	124	73	-14	183

Fonte: elaborazione su dati Istat. Indagine su decessi e cause di morte. Anni vari

mine 84,6. In particolare, i maschi toscani hanno guadagnato 153 giorni di speranza di vita grazie alla riduzione della mortalità per tumori (guadagno medio nazionale di 116 giorni); per le donne il guadagno maggiore si è avuto per riduzione della mortalità per malattie del sistema circolatorio (181 giorni contro 117 giorni di guadagno medio italiano), a cui fa seguito un guadagno di 107 giorni per riduzione della mortalità per tumori (a livello nazionale: 31 giorni). Come specifica il rapporto continua ad aumentare la sopravvivenza media degli italiani a fronte di un progressivo avvicinamento della durata media della vita tra gli uomini e le donne (nel

1992 tra donne e uomini il divario era di 6 anni, nel 2010 si riduce a 5,1 anni) e nel confronto tra i generi, la riduzione dei differenziali è quasi tutta da attribuire alla migliore performance degli uomini rispetto alle donne nelle età tra 0-74 anni. Sempre su questo aspetto - precisa il rapporto Osservasalute 2013 - a livello regionale esistono ancora forti differenze sebbene la geografia della mortalità tenda nel tempo a essere meno diversificata.

Il rapporto, prendendo in esame anche i dati del 14° e 15° Censimento condotti rispettivamente nel 2001 e nel 2011 dall'Istat, ha guardato con attenzione anche al fenomeno dell'invecchiamento eviden-

ziando quanto la struttura per età della popolazione residente sia sbilanciata verso le classi di età più elevate. La Toscana è tra le Regioni italiane più interessate dal fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, con ben 187,3 anziani (over 65) ogni 100 giovani (0-14 anni), a fronte di un valore nazionale di 148,7. Più vecchia è la popolazione del Friuli Venezia Giulia (indice di 190,00) e della Liguria (238,4). La quota dei giovani sul totale della popolazione è, difatti, molto contenuta, mentre il peso assoluto e relativo della popolazione anziana si fa via via più consistente e "si può supporre che nel futuro prossimo non si registrerà un

numero di nascite e/o flussi migratori imponenti tali da contrastare il rapido processo di invecchiamento visto che le nuove generazioni sono numericamente esigue".

La popolazione anziana presenta anche altri aspetti da cui deriva un elevato carico economico e sociale sulla popolazione attiva e in Toscana questo si accentua. Infatti la più alta percentuale di over 65 di sesso maschile con disabilità che vivono soli spetta ai toscani (49,59% rispetto al 19,93% della media italiana), mentre le donne rimangono nella media nazionale (46,36% contro 45,17% in Italia). Le persone con limitazioni gravi nelle attività quotidiane si trovano più

frequentemente a sperimentare la solitudine abitativa rispetto al resto della popolazione: dato significativo è vedere come gli uomini toscani vivono più frequentemente da soli rispetto agli uomini dell'Emilia-Romagna che, invece, presentano la percentuale più bassa d'Italia (8,06%). A livello nazionale - dice il rapporto - le persone con limitazioni nelle attività quotidiane presentano un rischio di vivere in una famiglia con deprivazione materiale grave superiore dell'80% rispetto alle persone senza limitazioni. Tale rischio è più alto nelle Regioni del Centro-Nord rispetto al Mezzogiorno. Ma alla Toscana spetta anche il primato della minore percentuale di anziane sane che vivono sole (28,17% contro il dato nazionale del 35,39%).

L'altro aspetto che per la Toscana viene messo in evidenza è la quota di fumatori tra popolazione di 14 anni e oltre. Secondo il rapporto - dato 2012 - c'è la più bassa percentuale di non fumatori (49,9%) contro una media italiana che si attesta al 54,2%. Più alta rispetto alla media la quota di ex fumatori (25,3% rispetto al 22,6% italiana) e superata di poco la quota dei fumatori (23,5% contro il 21,9% di media nel Paese). Il tabagismo è diffuso principalmente in due differenti fasce di età (25-34 anni e 45-54 anni). Osservasalute 2013 mette in evidenza che dal 2001 al 2012 non si è registrato un aumento di persone che hanno smesso di fumare andando a interrompere la linea in crescita degli ultimi anni.

Roberto Tatulli

STILI DI VITA

In aumento astemi e consumo di verdure

La Toscana è la Regione dove è più significativo l'aumento dei non consumatori di alcool tra il 2010 e il 2011, passati dal 29,8% al 33,4% (+3,6%), con conseguente diminuzione dei consumatori passati dal 69,0% al 64,6% (-4,4%). Entrambi i dati sono in linea con la media nazionale (Consumatori 65% e non consumatori 33,6% - La somma, precisa il rapporto, non corrisponde al 100% in quanto la popolazione presa in esame per il calcolo contiene anche coloro che non hanno fornito una risposta al quesito). In Toscana la prevalenza di consumatori a rischio alcool di 11-18 anni di età, nel 2011 si attesta sul 10,8%: 13,5% per i maschi e 7,4% per le femmine (in Italia rispettivamente totale 11,4%, 14,1% maschi e 8,4% femmine). Nella fascia 19-64 anni la prevalenza è sull'11,7%: maschi 17,4% e femmine 6% (in Italia complessivamente 12,5%, maschi 19,8%, femmine 5,3%). Tra gli anziani i consumatori toscani a rischio sono il 28,7% (27,4 in Italia) mentre negli over 75 a rischio risulta il 20,1% (In Italia 21,5%).

Fondamentale indicatore degli stili di vita l'alimentazione. Secondo il rapporto nel 2012 la metà della popolazione italiana ha consumato "almeno una volta al giorno" verdura, frutta, pane, pasta e riso, mentre ha un consumo settimanale di pomodori (escluso conserve), ortag-

gi, patate, carne di pollo, tacchino, coniglio e vitello e "meno che settimanale" di legumi secchi, snack salati e dolci. In Toscana la percentuale di popolazione di 3 anni e oltre che consuma almeno 5 porzioni al giorno di verdura, ortaggi o frutta è il 4,6%, in linea con la media nazionale ferma al 4,7% ma in netto aumento rispetto al 2011 quando nella Regione la percentuale era al 3,8%. L'analisi regionale mette in luce poche peculiarità che testimoniano abitudini alimentari molto simili su tutto il territorio nazionale evidenziando però che in Toscana (come in Umbria, Basilicata e Calabria) si osserva un consumo più elevato (settimanale) della carne di maiale rispetto al resto del territorio nazionale.

In Italia, nel 2012, più di un terzo della popolazione adulta (35,6%) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (10,4%); complessivamente, il 46,0% dei soggetti di età superiore ai 18 anni è in eccesso ponderale. In Toscana le persone in sovrappeso sono il 36,5% (sopra la media nazionale), mentre gli obesi sono l'8,8% (sotto la media nazionale). A livello nazionale le persone più in sovrappeso e obese risultano essere quelle tra i 65 e i 74 anni (45,8% in sovrappeso e 15,9% obese).

R.T.

PERFORMANCE

Territorio e appropriatezza sono di casa

Continua a diminuire il rapporto che c'è tra la spesa sanitaria pubblica corrente e il valore del Prodotto interno lordo toscano: secondo il documento redatto dall'Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, nel 2012 questo rapporto raggiunge il 6,43% (0,61% in meno rispetto al valore medio italiano attestato al 7,04% e 0,15% in meno rispetto al 2011). In Toscana nel 2012 la spesa pro capite per consumo di farmaci a carico del Sistema sanitario nazionale è di 153,4 euro (193,0 di media nazionale) e più bassa risulta solo l'Emilia Romagna (153,3 euro). La Toscana, rispetto al 2011, diminuisce questa spesa di 14,3 euro.

Confermate le performance degli ultimi anni per ciò che riguarda l'assistenza territoriale. A livello nazionale, nel corso del 2011, sono stati assistiti, complessivamente, al proprio domicilio, 609.023 pazienti, mentre in Toscana sono 28.054. A testimoniare la qualità dell'assistenza gli indicatori di efficienza e appropriatezza. Il tasso standardizzato di dimissioni ospedaliere (per 1.000) da istituti pubblici e privati accreditati si stabilizza al 143,5, contro la media italiana di 163,5. Il tasso, oltre a essere più basso di circa 5 punti rispetto al 2011, è sotto la media nazionale sia per ciò che riguarda i ricoveri ordinari (107,9 contro 120,3 italiano) sia per i day hospital (35,5 contro il 43,2 italiano). La

degenza media preoperatoria in Toscana è di 6,4 giorni, 0,4 giorni meno della media nazionale.

Nel 2012 la percentuale di pazienti operati per frattura del femore entro 2 giorni è aumentata dall'anno precedente del 13,3%, balzando dal 56,0% al 69,3% superando nettamente il dato medio italiano che si ferma al 44,7% (pur avendo un aumento annuale del 7%). Indicativi anche nel settore materno-infantile i parti per taglio cesareo: in Toscana sono il 26,24%, inferiori di ben il 10,38% rispetto al dato medio italiano. Meglio solo Friuli Venezia Giulia (22,95%) e Bolzano (24,56%). A questi indicatori, il rapporto Osservasalute 2013 aggiunge i dati di mobilità ospedaliera che mostra come la Toscana abbia un saldo di mobilità positivo (25.014 pazienti) che identifica una capacità di attrattiva di 47.989 pazienti ospedalieri (11,2%), superiore ai 29.158 pazienti andati in altre Regioni (5,7%).

Secondo la Regione Toscana il quadro positivo che emerge è il frutto del perseguimento di una virtuosa programmazione sanitaria regionale indirizzata alla qualità e alla equa accessibilità delle cure ricordando che anche i dati 2012 del Programma nazionale esiti, attribuiscono alla Toscana la più alta percentuale di prestazioni ospedaliere migliori della media.

DOCUMENTI

Dall'assistenza prenatale all'ortodonzia la giunta inserisce l'assistenza dentale tra i «livelli essenziali» in base all'Isee con o senza ticket



Odontoiatria: prevenzione e cura nelle Asl per i fragili

Prestazioni secondo vulnerabilità sociale - Interventi nell'età evolutiva anche di educazione alla salute - Le modalità di erogazione

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera 426/2014 «Assistenza odontoiatrica: linee di indirizzo per l'implementazione dell'offerta odontoiatrica in Toscana» che introduce tra i Lea in base al reddito le cure dentistiche

LA GIUNTA REGIONALE

...(Omissis)...

DELIBERA

1. di approvare gli allegati A, B, C, D al presente atto di cui costituiscono parte essenziale e integrante;

2. di prevedere la decorrenza operativa delle progettualità aziendali e l'entrata in vigore su tutto il territorio regionale delle disposizioni di cui al presente atto a far data dal 1° gennaio 2015;

3. di precisare che per effetto delle disposizioni di cui all'Allegato A, al presente atto, si intendono revocate le Deliberazioni Gr 861/2004, 234/2007 e 550/2007, fatte salve le esperienze e i modelli già in essere nelle Aziende sanitarie che dovranno essere progressivamente ricondotti al modello di cui all'allegato A;

4. di destinare per l'attuazione dei progetti aziendali di implementazione dell'offerta odontoiatrica una somma complessiva di € 2.500.000,00 per l'anno 2014, € 1.250.000,00 per l'anno 2015 ed € 1.000.000,00 per l'anno 2016, da assegnare ed erogare alle aziende sanitarie secondo i criteri di cui all'allegato A, paragrafo 5 e la ripartizione di cui all'Allegato D;

5. di prenotare:

- la somma di € 2.000.000,00 sul capitolo 26222 del bilancio 2014 che presenta la necessaria disponibilità;

- la somma di € 200.000,00 sul capitolo 26222 del bilancio 2014 da imputarsi all'impegno 7909/2012 gestione residui;

- la somma di € 300.000,00 sul capitolo 24347 del bilancio 2014, che presenta la necessaria disponibilità;

- la somma di € 1.250.000,00 sul capitolo 26222 del bilancio pluriennale 2014-2016, che presenta la necessaria disponibilità;

- la somma di € 200.000,00 sul capitolo 26222 del bilancio 2014 da imputarsi all'impegno 7909/2012 gestione residui;

- la somma di € 300.000,00 sul capitolo 24347 del bilancio 2014, che presenta la necessaria disponibilità;

- la somma di € 1.250.000,00 sul capitolo 26222 del bilancio pluriennale 2014-2016, che presenta la necessaria disponibilità;

Sanità Toscana

direttore responsabile
ROBERTO NAPOLETANO

Vice direttore
ROBERTO TURNO

comitato scientifico
Valterre Giovanni
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato al n. 23 del 17-23 giugno 2014 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

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

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

per l'anno 2016:

- la somma di € 1.000.000,00 sul capitolo 26222 del bilancio pluriennale 2014-2016, che presenta la necessaria disponibilità;

6. di dare mandato al competente Settore della Direzione generale di diritti di cittadinanza e coesione sociale all'assunzione degli atti conseguenti all'attuazione della presente delibera.

ALLEGATO A

DISCIPLINA DELLE MODALITÀ DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA E LINEE DI INDIRIZZO ALLE AZIENDE SANITARIE

Premessa

Tra i servizi offerti dal Servizio sanitario nazionale, l'assistenza odontoiatrica rappresenta un'area che necessita di incisivi interventi per favorire il superamento delle disuguaglianze nell'accesso alle cure determinate dall'insufficienza dell'offerta pubblica e dagli alti costi delle prestazioni offerte in regime privato.

La normativa nazionale in materia è costituita principalmente dal Dlgs n. 502/1992 e successive modificazioni che definisce i criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) e dal Dpcm 29/11/2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.

Il Dpcm 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza (Lea), allegato 2B, prevede che “le prestazioni di odontoiatria sono erogate limitatamente alle fasce di utenti e alle condizioni indicate dall'articolo 9, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni”.

Obiettivo: alleviare le difficoltà economiche degli assistiti

L'articolo 9, comma 5, del citato Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) disciplina l'erogazione dell'assistenza odontoiatrica, limitatamente ai programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

La deliberazione del Consiglio regionale n. 163 dell'8 ottobre 2003 (Dpcm 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, allegato 2B – modalità assistenziali relative alla specialità di odontoiatria) ha approvato il Progetto odontoiatrico, che ha confermato ed esteso gli interventi previsti dalla normativa nazionale, prevedendo:

1) interventi di prevenzione (prenatale, primaria e secondaria);

2) tre livelli di prestazioni sanitarie, ovvero:

Il livello - prestazioni finalizzate alla cura delle urgenze odontoiatriche, alla intercettazione di patologie gravi, alla attività protesica e ortodonzia intercettiva, da erogarsi con le modalità di partecipazione alla spesa previste dalla normativa vigente (ticket), salvo i soggetti esenti;

Il livello - prestazioni di odontoiatria conservativa e ortodonzia intercettiva, da erogarsi esclusivamente a favore di soggetti in condizioni di disagio economico/sociale (per reddito di nucleo familiare, vulnerabilità sanitaria, handicap in situazione di gravità) a fronte di una partecipazione alla spesa come da normativa vigente (ticket), salvo i soggetti esenti;

Il livello - prestazioni del II livello e ulteriori prestazioni di alta specialità, da erogarsi a tutti i cittadini residenti a tariffe concordate;

La Dcr 163/2003 ha inoltre previsto, come livello di assistenza aggiuntivo regionale, l'erogazione di protesi gratuite per soggetti in condizioni di disagio economico e sociale.

Tenendo conto della classificazione dell'offerta di cui alla Dcr 163/2003, la Giunta regionale ha dettato negli anni successivi disposizioni per l'ampliamento dell'offerta dell'assistenza odontoiatrica, anche in raccordo con i soggetti privati: in particolare, la Dgr 861/2004 ha proposto una modalità organizzativa nella quale l'azienda sanitaria, previa selezione a evidenza pubblica, stipula accordi con soggetti privati per l'erogazione a tariffa concordata delle prestazioni previste dal nomenclatore regionale (terzo livello); la Dgr 234/2007 ha previsto, inoltre, la possibilità per i soggetti privati di esercitare l'attività utilizzando le strutture e le attrezzature pubbliche e con la successiva Dgr 550/2007 tale facoltà è stata riconosciuta con priorità di accesso agli specialisti ambulatoriali convenzionati.

Sulla base di una rilevazione effettuata nell'anno 2011 in ordine allo stato di attuazione della Dcr 163/2003 e dall'analisi dei flussi informativi relativi alla specialistica ambulatoriale è emerso che:

- l'esecuzione delle prestazioni di terzo livello di cui alla Dcr 163/2003 è stata assicurata in modo esiguo e disomogeneo sul territorio regionale;
- salvo le esperienze consolidate principalmente nelle Aziende Usl n. 10 di Firenze e n. 11 di Empoli, risultano largamente disattese le disposizioni che indirizzano all'attivazione di collaborazioni con strutture o professionisti privati per l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche alle tariffe concordate previste dal Nomenclatore tariffario regionale.

Alla luce di tale rilevazione e in attuazione della Dgr 75/2014 (Azioni prioritarie del sistema socio-sanitario regionale per il 2014), si ritiene necessario dare nuovo impulso all'ampliamento dell'offerta complessiva di prestazioni odontoiatriche, con l'obiettivo di favorire l'accesso alle cure da parte dei cittadini toscani, con particolare riferimento alle fasce più deboli in relazione all'età o alle condizioni socio-economiche. Infatti, il perdurare odontoiatrica, che ha confermato ed esteso gli interventi previsti dalla normativa nazionale, prevedendo:

1) interventi di prevenzione (prenatale, primaria e secondaria);

2) tre livelli di prestazioni sanitarie, ovvero:

Il livello - prestazioni finalizzate alla cura delle urgenze odontoiatriche, alla intercettazione di patologie gravi, alla attività protesica e ortodonzia intercettiva, da erogarsi con le modalità di partecipazione alla spesa previste dalla normativa vigente (ticket), salvo i soggetti esenti;

Il livello - prestazioni di odontoiatria conservativa e ortodonzia intercettiva, da erogarsi esclusivamente a favore di soggetti in condizioni di disagio economico/sociale (per reddito di nucleo familiare, vulnerabilità sanitaria, handicap in situazione di gravità) a fronte di una partecipazione alla spesa come da normativa vigente (ticket), salvo i soggetti esenti;

Il livello - prestazioni del II livello e ulteriori prestazioni di alta specialità, da erogarsi a tutti i cittadini residenti a tariffe concordate;

La Dcr 163/2003 ha inoltre previsto, come livello di assistenza aggiuntivo regionale, l'erogazione di protesi gratuite per soggetti in condizioni di disagio economico e sociale.

Tenendo conto della classificazione dell'offerta di cui alla Dcr 163/2003, la Giunta regionale ha dettato negli anni successivi disposizioni per l'ampliamento dell'offerta dell'assistenza odontoiatrica, anche in raccordo con i soggetti privati: in particolare, la Dgr 861/2004 ha proposto una modalità organizzativa nella quale l'azienda sanitaria, previa selezione a evidenza pubblica, stipula accordi con soggetti privati per l'erogazione a tariffa concordata delle prestazioni previste dal nomenclatore regionale (terzo livello); la Dgr 234/2007 ha previsto, inoltre, la possibilità per i soggetti privati di esercitare l'attività utilizzando le strutture e le attrezzature pubbliche e con la successiva Dgr 550/2007 tale facoltà è stata riconosciuta con priorità di accesso agli specialisti ambulatoriali convenzionati.

Sulla base di una rilevazione effettuata nell'anno 2011 in ordine allo stato di attuazione della Dcr 163/2003 e dall'analisi dei flussi informativi relativi alla specialistica ambulatoriale è emerso che:

- l'esecuzione delle prestazioni di terzo livello di cui alla Dcr 163/2003 è stata assicurata in modo esiguo e disomogeneo sul territorio regionale;
- salvo le esperienze consolidate principalmente nelle Aziende Usl n. 10 di Firenze e n. 11 di Empoli, risultano largamente disattese le disposizioni che indirizzano all'attivazione di collaborazioni con strutture o professionisti privati per l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche alle tariffe concordate previste dal Nomenclatore tariffario regionale.

Alla luce di tale rilevazione e in attuazione della Dgr 75/2014 (Azioni prioritarie del sistema socio-sanitario regionale per il 2014), si ritiene necessario dare nuovo impulso all'ampliamento dell'offerta complessiva di prestazioni odontoiatriche, con l'obiettivo di favorire l'accesso alle cure da parte dei cittadini toscani, con particolare riferimento alle fasce più deboli in relazione all'età o alle condizioni socio-economiche. Infatti, il perdurare odontoiatrica, che ha confermato ed esteso gli interventi previsti dalla normativa nazionale, prevedendo:

1) interventi di prevenzione (prenatale, primaria e secondaria);

2) tre livelli di prestazioni sanitarie, ovvero:

Il livello - prestazioni finalizzate alla cura delle urgenze odontoiatriche, alla intercettazione di patologie gravi, alla attività protesica e ortodonzia intercettiva, da erogarsi con le modalità di partecipazione alla spesa previste dalla normativa vigente (ticket), salvo i soggetti esenti;

Il livello - prestazioni di odontoiatria conservativa e ortodonzia intercettiva, da erogarsi esclusivamente a favore di soggetti in condizioni di disagio economico/sociale (per reddito di nucleo familiare, vulnerabilità sanitaria, handicap in situazione di gravità) a fronte di una partecipazione alla spesa come da normativa vigente (ticket), salvo i soggetti esenti;

secondo i criteri di seguito indicati, in modo da assicurare una più ampia ed equa inclusione dei soggetti che per motivi di disagio socio-economico non potrebbero accedere altrimenti alle cure odontoiatriche e dei cittadini portatori di patologie che possono interferire o essere aggravate dal problema odontoiatrico.

Condizioni di vulnerabilità sociale:

a) i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con Isee fino a 8.000 euro accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche in regime di esenzione;

b) i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con Isee tra 8.000 euro e 14.000 euro accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche secondo le modalità di compartecipazione previste per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale (pagamento del ticket salvo i casi di esenzione).

I presenti criteri di vulnerabilità sociale saranno rivalutati al termine del primo anno di sperimentazione, per apportare eventuali interventi correttivi sulla base dei dati di costo e di accesso rilevati.

Condizioni di vulnerabilità sanitaria:

- soggetti con handicap in situazione di gravità (articolo 3, legge 104/1992);
- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata:

- Cardiopatie congenite e acquisite (cod. 002/745 - 746);
- Coartazione aortica (cod. 002.447.1);
- Endocardite batterica subacuta (cod. 002.397);
- Endocardite batterica cronica (cod. 002.397);
- Cirrosi epatica (cod. 008.571.5);
- Colite ulcerosa (cod. 009.556);
- Leucemia linfatica acuta e cronica (cod. 048.204);
- Leucemia mieloide acuta e cronica (cod. 048.205);
- Mieloma multiplo (cod. 048.203);
- Trisomia 21 (cod. 051.000);
- Infezioni da Hiv (cod. 020.042.020.42 + 079.53; 020.V08);

- Pazienti in trattamento radioterapico per neoplasie del distretto cefalico.

I soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche in regime di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

Le prestazioni necessarie per il trattamento delle urgenze e per l'intercettazione di patologie gravi - prestazioni di cui all'allegato B dal codice 89.7 al codice 76.2 - sono assicurate a tutti i cittadini toscani con pagamento del ticket, secondo la normativa vigente in materia di compartecipazione, salvo quanto previsto per i casi di esenzione e, comunque, di vulnerabilità sociale e sanitaria.

Le rimanenti prestazioni sono assicurate a tutti i cittadini toscani con compartecipazione totale alla spesa, ovvero con il pagamento dell'intera tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, salvo i casi in cui ricorrano condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria.

Si evidenzia che la visita specialistica è assicurata a tutti gli assistiti in regime di compartecipazione alla spesa sanitaria salvo i casi di esenzione e di vulnerabilità sociale e sanitaria.

Le condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria e le relative modalità di compartecipazione alla spesa sono individuate

secondo i criteri di seguito indicati, in modo da assicurare una più ampia ed equa inclusione dei soggetti che per motivi di disagio socio-economico non potrebbero accedere altrimenti alle cure odontoiatriche e dei cittadini portatori di patologie che possono interferire o essere aggravate dal problema odontoiatrico.

Condizioni di vulnerabilità sociale:

a) i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con Isee fino a 8.000 euro accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche in regime di esenzione;

b) i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con Isee tra 8.000 euro e 14.000 euro accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche secondo le modalità di compartecipazione previste per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale (pagamento del ticket salvo i casi di esenzione).

I presenti criteri di vulnerabilità sociale saranno rivalutati al termine del primo anno di sperimentazione, per apportare eventuali interventi correttivi sulla base dei dati di costo e di accesso rilevati.

Condizioni di vulnerabilità sanitaria:

- soggetti con handicap in situazione di gravità (articolo 3, legge 104/1992);
- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata:

- Cardiopatie congenite e acquisite (cod. 002/745 - 746);
- Coartazione aortica (cod. 002.447.1);
- Endocardite batterica subacuta (cod. 002.397);
- Endocardite batterica cronica (cod. 002.397);
- Cirrosi epatica (cod. 008.571.5);
- Colite ulcerosa (cod. 009.556);
- Leucemia linfatica acuta e cronica (cod. 048.204);
- Leucemia mieloide acuta e cronica (cod. 048.205);
- Mieloma multiplo (cod. 048.203);
- Trisomia 21 (cod. 051.000);
- Infezioni da Hiv (cod. 020.042.020.42 + 079.53; 020.V08);

- Pazienti in trattamento radioterapico per neoplasie del distretto cefalico.

I soggetti in condizioni di vulnerabilità sanitaria accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche in regime di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

Le prestazioni necessarie per il trattamento delle urgenze e per l'intercettazione di patologie gravi - prestazioni di cui all'allegato B dal codice 89.7 al codice 76.2 - sono assicurate a tutti i cittadini toscani con pagamento del ticket, secondo la normativa vigente in materia di compartecipazione, salvo quanto previsto per i casi di esenzione e, comunque, di vulnerabilità sociale e sanitaria.

Le rimanenti prestazioni sono assicurate a tutti i cittadini toscani con compartecipazione totale alla spesa, ovvero con il pagamento dell'intera tariffa prevista dal Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, salvo i casi in cui ricorrano condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria.

Si evidenzia che la visita specialistica è assicurata a tutti gli assistiti in regime di compartecipazione alla spesa sanitaria salvo i casi di esenzione e di vulnerabilità sociale e sanitaria.

Le condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria e le relative modalità di compartecipazione alla spesa sono individuate

secondo i criteri di seguito indicati, in modo da assicurare una più ampia ed equa inclusione dei soggetti che per motivi di disagio socio-economico non potrebbero accedere altrimenti alle cure odontoiatriche e dei cittadini portatori di patologie che possono interferire o essere aggravate dal problema odontoiatrico.

Condizioni di vulnerabilità sociale:

a) i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con Isee fino a 8.000 euro accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche in regime di esenzione;

b) i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con Isee tra 8.000 euro e 14.000 euro accedono a tutte le prestazioni odontoiatriche secondo le modalità di compartecipazione previste per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale (pagamento del ticket salvo i casi di esenzione).

(segue da pagina 4)

come “libero accesso”, ovvero senza la prescrizione medica.

L'accesso alla visita specialistica odontoiatrica può avvenire solo su prenotazione tramite Cup; essa potrà essere erogata presso le strutture pubbliche o con altra modalità, secondo le soluzioni organizzative previste dall'azienda sanitaria (v. paragrafo 4). Successivamente alla visita, viene compilato il piano di cura tramite il quale l'odontoiatra, valutate le necessità dell'utente, garantisce le prestazioni appropriate secondo le modalità sopra indicate.

Le aziende sanitarie garantiscono presso le strutture ambulatoriali odontoiatriche, nelle ore di apertura, e presso il pronto soccorso nell'arco delle 24 ore, 7 giorni su 7, l'erogazione delle prestazioni urgenti per il trattamento del dolore e le prestazioni assicurate con le competenze immediatamente disponibili.

2. Prevenzione mirata ai soggetti in età evolutiva

Le due principali malattie di interesse odontoiatrico, carie e malattia parodontale, sono considerate vere e proprie patologie comportamentali. Atteggiamenti e comportamenti individuali si radicano nei primi anni di vita e nella loro definizione hanno un ruolo importante la famiglia, la scuola e i servizi pubblici di informazione.

Si riafferma, pertanto, l'opportunità di proseguire l'importante investimento nei programmi di prevenzione rivolti ai soggetti in età evolutiva (0-14 anni) interessanti la prevenzione prenatale, la prevenzione primaria e la prevenzione secondaria.

Prevenzione prenatale e perinatale

I progetti aziendali devono prevedere azioni specifiche di prevenzione e interventi di educazione all'igiene orale nell'ambito dei corsi di preparazione al parto. Per le puerpere non in prima gravidanza, gli interventi di prevenzione prenatale costituiscono, inoltre, un'opportunità per l'intercettazione di eventuali figli in età evolutiva da avviare agli interventi di prevenzione primaria e secondaria.

Azioni di prevenzione primaria

Rispetto alle indicazioni operative fornite alle aziende sanitarie con la deliberazione della Giunta regionale n. 537/2006 “Psr 2005 - 2007 Odontoiatria un percorso sostenibile - indirizzi alle Aziende sanitarie per la prevenzione in età evolutiva”, si proseguono:

a) interventi di educazione alla salute quali:

- interventi di educazione alla salute e campagne di informazione mirate alla popolazione delle scuole materne ed elementari, al personale docente e direttivo, ai genitori, da effettuarsi nei plessi scolastici del territorio regionale con l'uso di apposito materiale informativo;
- interventi specifici di sanità di iniziativa da realizzare con i pediatri di libera scelta, in quanto tutori e promotori della salute in età evolutiva, mediante iniziative di:

- profilassi sistemica (secondo lo schema di protocollo Oms-Apa)
- motivazione alla igiene orale e fluoro-profilassi locale.

I pediatri di famiglia durante l'esecuzione dei bilanci di salute provvedono a effettuare una valutazione e segnalazione dei rapporti dento-scheletrici a carie nei bilanci di salute a 3 e 6 anni.

Azioni di prevenzione secondaria

Con riguardo agli interventi di sigillatura, le raccomandazioni Oms e del ministero

della Salute assegnano validità e importanza alla sigillatura dentale e il Servizio sanitario toscano ha recepito tali indicazioni nell'ambito del Progetto regionale Odontoiatria in età evolutiva realizzato nel periodo 2006/2008 sulla base di un accordo stipulato con le organizzazioni rappresentative degli odontoiatri affinché i professionisti privati eseguissero nei propri studi le visite e gli interventi di sigillatura su tutti i bambini della classe di età individuata per l'anno di riferimento.

Gli interventi di sigillatura dei molari permanenti previsti nell'ambito del Progetto regionale odontoiatria in età evolutiva realizzato nel periodo 2006/2008 hanno ottenuto un'adesione inferiore al 30% della popolazione interessata.

Nel primo semestre del 2011 è stata compiuta a livello regionale, a opera del Centro di collaborazione dell'Oms per l'Epidemiologia e l'Odontoiatria di Comunità di Milano, una rilevazione epidemiologica che ha consentito la valutazione del suddetto progetto. La valutazione è stata condotta su un campione di bambini nati nell'anno 1999 mettendo a confronto soggetti sottoposti ai primi interventi di sigillatura dei molari permanenti con bambini della medesima classe di nascita non aderenti alle iniziative di prevenzione regionale.

Si ritiene opportuno segnalare, ai fini delle progettualità aziendali, i seguenti elementi emersi in esito alla rilevazione:

- potenziare i canali di comunicazione per migliorare la partecipazione delle famiglie ed estendere l'intervento svolto da parte dei pediatri in occasione dei bilanci di salute;
- individuare e valorizzare, tra gli operatori, gli igienisti dentali, che rappresentano il profilo professionale dedicato agli interventi di prevenzione;
- valutare la fattibilità di un progetto educativo nelle scuole con l'obiettivo generale del mantenimento della salute orale e l'obiettivo specifico dell'intervento di sigillatura dei primi molari;
- valutare l'opportunità di mirare gli interventi di sigillatura sulle fasce di bambini in condizioni effettive di rischio di lesioni cariose piuttosto che effettuare le prestazioni sull'universalità degli utenti così da assicurare una migliore razionalizzazione delle risorse economiche e una maggiore appropriatezza dell'azione di prevenzione.

Alla luce dell'esperienza svolta e delle osservazioni sopra riportate, si prevede l'erogazione di una visita di screening gratuita ai cittadini residenti al compimento del settimo anno di età con l'obiettivo di individuare precocemente le malocclusioni e di sviluppare gli opportuni piani di cura.

Tale azione si configura come interventi di sanità d'iniziativa e si attua attraverso la chiamata attiva da parte dell'azienda sanitaria dei ragazzi che, nel territorio di competenza, costituiscono di anno in anno la popolazione di riferimento in base all'età. Le modalità di tale intervento dovranno essere definite dalle aziende sanitarie nelle rispettive progettualità.

Le prestazioni odontoiatriche (compresi gli interventi di sigillatura) sono erogate ai soggetti in età evolutiva (0-14) secondo i criteri di compartecipazione riportati al paragrafo 1.

Gli interventi di prevenzione dovranno essere mirati a ottimizzare la percentuale della popolazione infantile interessata con particolare coinvolgimento delle categorie svantaggiate per condizione economica e sociale.

Trattamenti ortodontici

I trattamenti ortodontici, come classificati dal Nomenclatore tariffario regionale, sono erogati, sulla base dell'indice di gravità internazionalmente riconosciuto (Iotn), secondo le seguenti modalità:

- trattamenti con Iotn di 1°, 2° e 3° grado: le prestazioni sono erogate a completo carico dell'utente;
- trattamenti con Iotn di 4° grado: le prestazioni sono erogate nei casi di vulnerabilità sociale e sanitaria secondo le relative modalità di compartecipazione previste al paragrafo 1. In tutti gli altri casi, i cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa;
- trattamenti con Iotn di 5° grado: le prestazioni sono erogate nei casi di vulnerabilità sociale e sanitaria secondo le relative modalità di compartecipazione previste al paragrafo 1. In tutti gli altri casi, i cittadini sono tenuti al pagamento del ticket salvo i casi di esenzione previsti dalla vigente normativa per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale.

Tutte le aziende sanitarie sono impegnate ad assicurare l'erogazione delle prestazioni di ortodonzia per gli Iotn di 4° e 5°.

3. Erogazione dei presidi medici individuali

Ai sensi del Dpcm 29/11/2001 sono esclusi dai livelli essenziali di assistenza i materiali degli apparecchi ortodontici e delle protesi dentarie, che rimangono a carico degli assistiti.

Al fine di omogeneizzare i comportamenti delle aziende sanitarie sul territorio regionale e di favorire il raggiungimento di economie di scala, si prevede che i dispositivi protesici siano acquisiti dalle aziende stesse mediante procedure di evidenza pubblica per Area vasta. Tra i criteri di partecipazione alle predette procedure si richiede la disponibilità da parte del fornitore ad assicurare una percentuale gratuita di manufatti protesici in una percentuale compresa tra il 10 e il 15%.

Gli eventuali risparmi derivanti da sconti applicati dai produttori sui costi dei manufatti, dovranno essere destinati dalle aziende sanitarie all'alimentazione di un fondo aziendale per il finanziamento delle protesi gratuite da erogarsi come livello aggiuntivo di assistenza, con le modalità di seguito riportate.

Le protesi dentarie sono garantite in regime di gratuità nei casi di vulnerabilità sociale per i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con Isee fino a 8.000 euro e nei casi di vulnerabilità sanitaria.

Per tutti gli altri cittadini, i dispositivi protesici sono assicurati all'intero costo del manufatto.

I presenti criteri di erogazione delle protesi saranno rivalutati al termine del primo anno di sperimentazione, per apportare eventuali interventi rimodulativi, sulla base dei dati di costo e di accesso rilevati.

4. Implementazione dell'offerta odontoiatrica

Nella fase di sperimentazione, le

essere mirati a ottimizzare la percentuale della popolazione infantile interessata con particolare coinvolgimento delle categorie svantaggiate per condizione economica e sociale.

Trattamenti ortodontici

I trattamenti ortodontici, come classificati dal Nomenclatore tariffario regionale, sono erogati, sulla base dell'indice di gravità internazionalmente riconosciuto (Iotn), secondo le seguenti modalità:

- trattamenti con Iotn di 1°, 2° e 3° grado: le prestazioni sono erogate a completo carico dell'utente;
- trattamenti con Iotn di 4° grado: le prestazioni sono erogate nei casi di vulnerabilità sociale e sanitaria secondo le relative modalità di compartecipazione previste al paragrafo 1. In tutti gli altri casi, i cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa;
- trattamenti con Iotn di 5° grado: le prestazioni sono erogate nei casi di vulnerabilità sociale e sanitaria secondo le relative modalità di compartecipazione previste al paragrafo 1. In tutti gli altri casi, i cittadini sono tenuti al pagamento del ticket salvo i casi di esenzione previsti dalla vigente normativa per l'accesso all'assistenza specialistica ambulatoriale.

Tutte le aziende sanitarie sono impegnate ad assicurare l'erogazione delle prestazioni di ortodonzia per gli Iotn di 4° e 5°.

3. Erogazione dei presidi medici individuali

Ai sensi del Dpcm 29/11/2001 sono esclusi dai livelli essenziali di assistenza i materiali degli apparecchi ortodontici e delle protesi dentarie, che rimangono a carico degli assistiti.

Al fine di omogeneizzare i comportamenti delle aziende sanitarie sul territorio regionale e di favorire il raggiungimento di economie di scala, si prevede che i dispositivi protesici siano acquisiti dalle aziende stesse mediante procedure di evidenza pubblica per Area vasta. Tra i criteri di partecipazione alle predette procedure si richiede la disponibilità da parte del fornitore ad assicurare una percentuale gratuita di manufatti protesici in una percentuale compresa tra il 10 e il 15%.

Gli eventuali risparmi derivanti da sconti applicati dai produttori sui costi dei manufatti, dovranno essere destinati dalle aziende sanitarie all'alimentazione di un fondo aziendale per il finanziamento delle protesi gratuite da erogarsi come livello aggiuntivo di assistenza, con le modalità di seguito riportate.

Le protesi dentarie sono garantite in regime di gratuità nei casi di vulnerabilità sociale per i cittadini con reddito complessivo del nucleo familiare fiscale o con Isee fino a 8.000 euro e nei casi di vulnerabilità sanitaria.

Per tutti gli altri cittadini, i dispositivi protesici sono assicurati all'intero costo del manufatto.

I presenti criteri di erogazione delle protesi saranno rivalutati al termine del primo anno di sperimentazione, per apportare eventuali interventi rimodulativi, sulla base dei dati di costo e di accesso rilevati.

4. Implementazione dell'offerta odontoiatrica

Nella fase di sperimentazione, le

aziende sanitarie procedono all'implementazione dell'offerta complessiva di prestazioni odontoiatriche, attraverso l'ottimizzazione dell'offerta pubblica e l'attivazione di collaborazione con professionisti privati.

L'ottimizzazione dell'offerta pubblica è erogata attraverso medici dipendenti e specialisti ambulatoriali interni; con riferimento a questi ultimi, le aziende possono eventualmente utilizzare gli strumenti normati dal vigente accordo integrativo regionale (incarico straordinario).

A tal fine, le aziende sanitarie sono invitate a presentare progetti di implementazione dell'offerta odontoiatrica secondo le seguenti indicazioni.

STRANIERI Per la Regione è una priorità la qualificazione dell'offerta linguistica

Parlare italiano per integrarsi



I corsi nei centri territoriali permanenti per l'educazione degli adulti

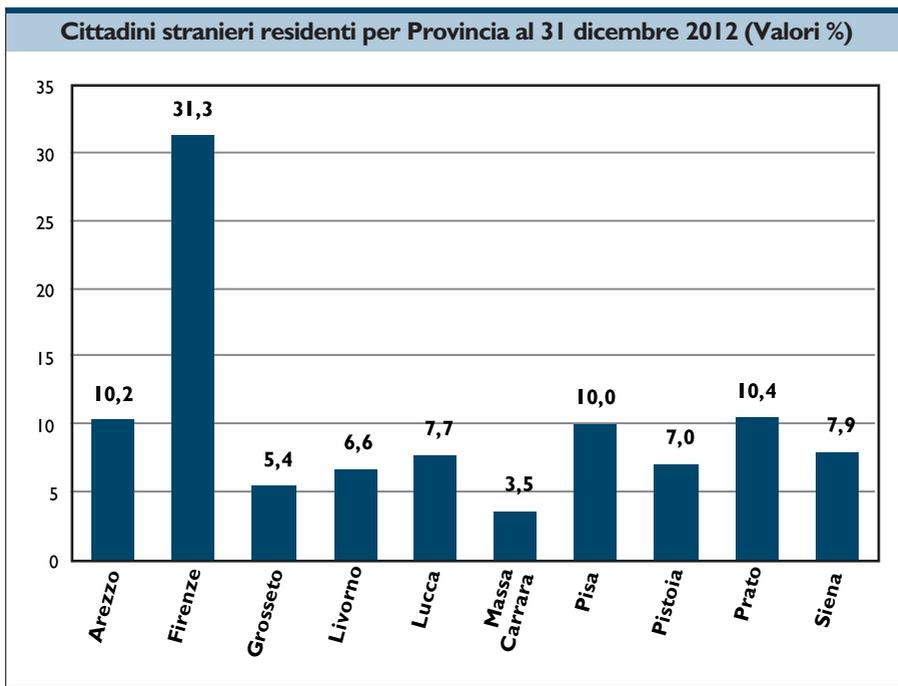
La Regione Toscana con la legge regionale 29/2009 «Norme per l'accoglienza, l'integrazione partecipe e la tutela dei cittadini stranieri nel territorio toscano» evidenzia la diffusione della conoscenza della lingua e della cultura italiana fra i cittadini stranieri presenti in Toscana quale strumento per la promozione di una cittadinanza attiva e per lo sviluppo di una nuova società in cui prevalga una convivenza pacifica tra persone di diversa origine e nazionalità.

La promozione di opportunità di apprendimento della lingua italiana è uno dei tre obiettivi specifici previsti dal «Piano regionale di indirizzo integrato per le politiche di immigrazione 2012-2015», anche alla luce delle recenti novità normative che stabiliscono per lo straniero il raggiungimento di un livello di competenza linguistica «A2», in linea con il quadro europeo approvato dal Consiglio d'Europa, ai fini del rilascio del permesso di soggiorno Ce di lungo periodo. Con la successiva approvazione del regolamento sull'Accordo di integrazione - entrato in vigore nel marzo 2012 - la conoscenza della lingua italiana assume un'importanza fondamentale ai fini del mantenimento delle condizioni di soggiorno regolare nel territorio nazionale.

Importanza che deriva anche dal fatto che la conoscenza della lingua italiana rappresenta per il cittadino straniero lo strumento essenziale per avere un completo accesso alla rete dei servizi territoriali e alle opportunità offerte dal mondo del lavoro. E inoltre il mezzo per favorire lo sviluppo di una consapevole vita di relazione nel contesto sociale di appartenenza. La formazione linguistica e civica è inoltre una delle principali linee di azione previste dal Fondo europeo per l'Integrazione dei cittadini di Paesi terzi (Fei) nella programmazione 2007-2013, che si concluderà a giugno 2015. A tali risorse comunitarie si aggiungono risorse del ministero dell'Interno che partecipa in qualità di Autorità responsabile del Fei 2007-2013 e che emana annualmente gli Avvisi pubblici per l'assegnazione di tali finanziamenti.

A partire dal 2010, la Regione Toscana, tenendo conto delle modifiche normative nazionali e in linea con la propria legislazione, ha ritenuto prioritaria la qualificazione dell'offerta formativa linguistica sul territorio regionale, perseguendola soprattutto nell'ambito dei progetti «Rete e Cittadinanza» finanziati dalle annualità 2010-2011-2012 e 2013 del Fei. Tali progettualità che hanno visto il coinvolgimento attivo della rete toscana dei Centri territoriali permanenti per l'educazione degli adulti (Ctp), quali soggetti istituzionali per l'erogazione dei corsi di lingua e cultura italiana ai cittadini provenienti dai Paesi terzi residenti in Toscana, hanno sviluppato in linea di continuità azioni di sistema tese a raggiungere il risultato generale di garantire sul territorio toscano un'offerta formativa capillarizzata territorialmente e adeguatamente qualificata.

I progetti «Rete e cittadinanza» hanno attivato una rete territoriale di intervento per la loro realizzazione e sostenibilità, concretizzata in un tavolo regionale di indirizzo, diretto dalla Regione Toscana e a cui partecipano i partner di progetto, le prefetture toscane e tutti i soggetti che si impegnano a più livelli a promuovere la crescita nel territorio di una rete di servizi per lo sviluppo integrato di opportunità di apprendimento della lingua italiana e di



I progetti «Rete e Cittadinanza» nel portale «PaeSI»

Le attività dei progetti Fei «Rete e Cittadinanza» finalizzate a orientare i cittadini stranieri ai servizi territoriali per l'integrazione linguistica e culturale, oltre a utilizzare gli strumenti informativi prodotti nelle annualità precedenti si avvalgono di una sezione del portale PaeSI-Pubblica amministrazione e stranieri immigrati, sviluppata per un utilizzo diretto da parte dei destinatari e delle informazioni sui servizi rese disponibili dalla messa a regime del Sircli-Sistema informativo regionale dei corsi di lingua italiana, gestito dall'Osservatorio sociale regionale.

Il sistema Sircli è finalizzato al monitoraggio dei corsi di lingua italiana (L2) rivolti agli adulti stranieri realizzati da soggetti pubblici e privati nel territorio regionale. Il sistema informativo punta a raccogliere le informazioni sui soggetti che erogano i corsi di lingua sul territorio regionale, l'offerta formativa disponibile, la caratteristica dell'utenza, i risultati dei corsi erogati e l'impatto sul processo di integrazione. Il sistema si articola in tre schede di rilevazione: scheda del gestore, scheda del corso di lingua e scheda dell'allievo ed è in corso l'analisi dei dati raccolti per la stesura di un rapporto regionale in cui sarà presente una fotografia degli enti erogatori, degli allievi e di tutti i corsi che vengono offerti.

orientamento civico.

Partendo dall'obiettivo centrale di diffusione capillare degli interventi al fine di intercettare il maggior numero di destinatari stranieri, con particolare riferimento alle donne e alle persone a rischio di isolamento territoriale, le diverse progettualità hanno previsto di affiancare all'attività dei Centri territoriali permanenti per l'educazione degli adulti quella di soggetti del privato sociale qualificati sia per l'erogazione di corsi di lingua nei territori e negli orari non «coperti» dai Ctp, sia per l'attivazione di servizi complementari quali babysitteraggio, trasporto, mediazione linguistico-culturale, informazione e orientamento volti a favorire l'accesso alle azioni formative e a contrastare fenomeni di dispersione. L'altra attività sviluppata negli anni al fine di qualificare e omogeneizzare l'offerta formativa linguistica in Toscana è quella della formazione dei formatori, erogata dall'Università per stranieri di Siena e rivolta ai docenti sia dei Centri territoriali permanenti per l'educazione degli adulti che delle associazioni e che come risultato produce anche strumenti comuni di valutazione delle competenze e materiali didattici sia cartacei che on-line.

I progetti «Rete e cittadinanza» hanno prodotto fra l'altro strumenti informativi plurilingue, disponibili anche on-line, in

grado di favorire l'incontro tra domanda e offerta formativa; attraverso i canali informativi e di comunicazione potrà venire favorito l'adeguamento dell'offerta alle concrete esigenze del cittadino straniero in relazione alle proprie condizioni di vita e orari di lavoro.

È possibile usufruire di corsi online anche attraverso Trio (www.progettotrio.it), il portale di web learning della Regione Toscana che mette a disposizione gratuitamente percorsi didattici e formativi. I corsi sono articolati sulla base dell'utenza specifica in pre A1, A1 e A2 e preceduti da 20 ore di accoglienza e orientamento, durante le quali vengono somministrate prove linguistiche per accertare le competenze degli utenti al fine del loro posizionamento nei corsi e fornite prime nozioni di educazione civica, come previsto dall'Accordo di integrazione.

Dal 2010, con i progetti «Rete e cittadinanza» sono stati attivati circa 800 corsi di lingua ed educazione civica, cui hanno partecipato 9.000 cittadini stranieri, il 75% dei quali li hanno portati a termine e una percentuale del 65% ha ottenuto una certificazione finale, confermando così la validità del percorso intrapreso.

Elena Cinelli
giornalista

Giovanni Lattarulo
dirigente Regione Toscana
Cristina Caldonazzo
funzionario Regione Toscana

LA POPOLAZIONE STRANIERA

Raggiunta quota 350mila: albanesi e cinesi al top

Dai dati diffusi dall'Istat al 1° gennaio 2013 i cittadini stranieri residenti in Toscana sono 350.761 (8% del totale nazionale) di cui l'87,70% extracomunitari; la componente femminile raggiunge il 49,3%, mentre i minori sono pari al 23,8%. La popolazione extracomunitaria in Toscana è caratterizzata da un alto tasso di natalità (nel 2012 i nati stranieri sono stati il 19,4% del totale dei nati in Toscana); è radicata e in via di stabilizzazione sul territorio: i cittadini extracomunitari titolari di permesso di soggiorno per lungo periodo ammontano a 162.000, il 52,6% del totale, a cui seguono i pds per motivi di lavoro (74.519, 24,4% del totale) e per motivi familiari (57.420, 18,5% del totale). Dal punto di vista delle provenienze, la nazionalità prevalente risulta essere

quella albanese (71.055, 23,1% dei soggiornanti non dell'Unione europea

Incidenza maggiore a Firenze e Prato

nella Regione), seguita dalla cinese (59.375, 19,3%) e dalla marocchina (31.651, 10,3%). Da evidenziare l'elevata concentrazione della presenza cinese nella Provincia di Prato. La distribuzione dei residenti stranieri sul territorio regionale mostra evidenti concentrazioni in alcune Province: si tratta principalmente di Firenze (110.000, 31,3% del totale regionale) di cui quasi la metà nel solo capoluogo; quindi di Prato (10,4%), Arezzo (10,2%) e Pisa (10%).

Nelle Province di Firenze e Prato si registrano anche le più elevate incidenze sulla popolazione complessiva: rispettivamente 12,7% e 10,9% (Immigrazione. Dossier statistico 2013, Unar, ottobre 2013). Il quadro delineato conferma come i flussi dei nuovi arrivi tendano costantemente a intersecarsi con processi di insediamento più o meno strutturati ponendo questioni rilevanti sia in merito alle misure di «prima accoglienza» sia alle misure cosiddette di «seconda accoglienza» atte a garantire un positivo inserimento del cittadino straniero nel tessuto sociale toscano.

L'apprendimento della lingua rappresenta per il cittadino straniero lo strumento essenziale per favorire lo sviluppo di una piena e consapevole vita di relazione nel contesto sociale di appartenenza, nonché un completo accesso ai servizi territoriali e alle opportunità lavorative, oltre a rivestire un rilievo collegato alle norme per il rilascio del permesso di soggiorno Ce di lungo periodo e agli impegni assunti dal cittadino straniero che fa ingresso per la prima volta in Italia, nell'ambito dell'Accordo di integrazione (legge 94/2009 e Dpr 179/2011). Pertanto in linea sia con gli obiettivi della legge regionale 29/2009 che con le modifiche introdotte dalla normativa nazionale, divengono ancor più necessari un forte potenziamento e una maggior diffusione di un'adeguata e qualitativamente standardizzata offerta formativa linguistica sul territorio regionale, per evitare il rischio dell'introduzione di nuovi obblighi nei confronti del cittadino straniero senza la creazione di condizioni idonee a consentirne il rispetto.

PISTOIA

All'ospedale il premio best practice «Patrimoni pubblici» al Forum Pa

San Jacopo modello nazionale



Riconosciuta la portata innovativa del progetto di project financing

È stato il presidio ospedaliero San Jacopo di Pistoia a salire sul podio e a classificarsi al primo posto nel "Premio Best Practice Patrimoni Pubblici" collegato all'ottavo "Forum nazionale sui patrimoni immobiliari urbani territoriali e pubblici" nell'ambito del Forum della Pubblica amministrazione che si è svolto a Roma dal 27 al 29 maggio scorsi.

Il premio ha di fatto promosso la realizzazione, la gestione e la valorizzazione dell'ospedale San Jacopo come una

delle esperienze progettuali più innovative a livello nazionale, che si è sviluppata in partnership tra ente pubblico, l'azienda sanitaria pistoiese e imprese private: Sat (la società a cui è stata affidata la costruzione dei 4 ospedali della Toscana) GeSat (la società alla quale Sat ha commissionato la gestione dei servizi sanitari e non commerciali), Efm (la società di ingegneria gestionale e informatica, impiantistica).

Nell'Ospedale San Jacopo di Pistoia la progettazione, la costruzione, il coordi-

namento strategico e operativo del processo edilizio integrato con l'utilizzo del project financing (la finanza di progetto che in presenza di scarsità di risorse pubbliche con un unico appalto oltre alla struttura sanitaria pistoiese ha permesso la costruzione anche degli ospedali "gemelli" di Prato, Lucca e Massa) fino all'attuale concessione in gestione dei servizi non sanitari (dalla ristorazione allo smaltimento dei rifiuti, dalla sterilizzazione al trasporto meccanizzato ecc.) sono stati riconosciuti in questo importante

appuntamento di livello nazionale quale possibile modello di riferimento per altre pubbliche amministrazioni.

«Un premio - ha detto il direttore generale Roberto Abati - che ricompensa il lavoro svolto soprattutto in questi anni, e gratifica quanti hanno dato vita a un sistema nel quale il controllo, la sicurezza, la funzionalità e la trasparenza sono punti di forza imprescindibili per garantire ai nostri cittadini una sanità pubblica di altissima qualità ed efficienza».

«Abbiamo dimostrato che è possibile

avviare e vivere quotidianamente un nuovo metodo di gestione manageriale degli investimenti creando un diverso clima e approccio di collaborazione e controllo tra operatori pubblici e privati - ha evidenziato Luca Cei, direttore amministrativo - finalizzati a una migliore gestione della risorsa pubblica nell'interesse primario dei cittadini, ma anche di tutto il personale sanitario».

Daniela Ponticelli
ufficio stampa Asl 3 Pistoia

GROSSETO

La cura di sé si impara da piccoli: studenti a lezione di stili di vita sani

Undici scuole della provincia di Grosseto e decine di studenti coinvolti insieme all'azienda sanitaria locale, gli istituti scolastici, le istituzioni locali, le associazioni e il volontariato. Tutti insieme per promuovere corretti stili di vita e formare futuri adulti consapevoli dell'importanza del prendersi cura di sé e del proprio benessere. Sono gli obiettivi del progetto "WeekendOn e", promosso dal 2011 dall'Educazione alla salute della Asl di Grosseto, in collaborazione con il mondo della scuola e i rappresentanti della comunità locale, coinvolti a vario titolo in percorsi educativi per bambini e ragazzi.

ne della musica, del teatro, della danza, della pittura, della fotografia, dei video, dei fumetti.

Gli studi e le indagini, condotte al livello nazionale sulla popolazione e sui ragazzi in età scolare, infatti, hanno ormai dimostrato che l'attività fisica, la salute e la qualità della vita sono strettamente correlate; e che esistono crescenti evidenze sulla relazione tra l'incremento dell'attività fisica in età scolare, il benessere psicofisico dei ragazzi e migliori condizioni di salute in età adulta.

Il progetto "Salute?...diko la mia!" è nato proprio con l'intento di creare opportunità di approfondimento per i più giovani sui benefici dello stile di vita attivo, attraverso le modalità di lavoro del progetto "Creatività è Salute", che, dal 2011, ha riscosso tanto successo tra i giovani grossetani e ha dato origine alla manifestazione "WeekendOne", a maggio di ogni anno.

Conclusa l'iniziativa «Salute... diko la mia!» in undici scuole

Lina Senserini
ufficio stampa Asl 9 Grosseto

SIENA

Impiantato defibrillatore cardiaco compatibile con risonanza magnetica

Lo scorso aprile, per la prima volta in Toscana, è stato impiantato a Siena, presso l'Aou senese, un defibrillatore cardiaco compatibile con la risonanza magnetica. L'importante risultato è stato conseguito lo scorso aprile presso la Uoc cardiologia ospedaliera, diretta da Roberto Favilli, con l'équipe di aritmologia interventistica. L'intervento è stato effettuato in contemporanea anche a Bologna e nei prossimi giorni successivi è stato svolto in altri ospedali italiani.

«La novità dell'intervento - spiega Favilli - risiede nel fatto che questo paziente, benché portatore di un dispositivo medico impiantabile, potrà sottoporsi, se necessario, all'esame di risonanza magnetica "total body", fino a ora precluso ai portatori di defibrillatore impiantabile».

Un defibrillatore "cardioverter impiantabile" è un piccolo dispositivo salva-vita, indicato per i pazienti soggetti a fibrillazione ventricolare. «Viene impiantato in sede sottocutanea, appena sotto la clavicola, con un'operazione chirurgica di breve durata - prosegue Favilli - . Attraverso i due elettrocateteri trasmette informazioni dal cuore al dispositivo e, se necessario, conduce gli impulsi elet-

L'intervento eseguito ad aprile nel reparto di cardiologia

trici al muscolo cardiaco ed è quindi in grado di riconoscere una tachiaritmia ventricolare maligna e di erogare automaticamente una terapia elettrica immediata in pazienti a rischio di morte cardiaca improvvisa».

La risonanza magnetica è un esame specialistico importante, che permette di poter diagnosticare molte patologie e, da oggi, sarà accessibile anche per questi pazienti. «Il sistema inoltre comprende anche un particolare tipo di monitoraggio a distanza - conclude Favilli - grazie alla telemedicina. Tramite un monitor posizionato a casa del paziente è possibile trasmettere i dati diagnostici direttamente all'ospedale, utilizzando la tecnologia cellulare per la telefonia mobile globale. In questo modo il paziente è costantemente monitorato grazie alla telemedicina».

Il nuovo dispositivo che mantiene la stessa durata di batteria dei dispositivi precedenti, cioè sino a 11 anni, è associato a cateteri sicuri per l'uso in ambiente di risonanza magnetica, con 10 anni di performance garantita con controllo attivo.

Ines Ricciato
ufficio stampa Aou Siena

PISA

Tumore del colonretto: uno studio rivela gli effetti epigenetici della dieta

Un team di genetisti, chirurghi, immunologi e anatomopatologi dei tre dipartimenti dell'area medica dell'Università di Pisa e dell'Aou ha aggiunto un tassello alla comprensione del complesso meccanismo di formazione del tumore del colonretto, focalizzando l'attenzione sull'effetto dell'alimentazione su alcuni meccanismi epigenetici.

Grazie allo studio è stato evidenziato come nei pazienti colpiti dalla malattia siano presenti differenze nei livelli di metilazione di cinque geni critici per il processo di cancerogenesi del colonretto tra il tessuto tumorale e quello sano, mostrando numerose correlazioni con le caratteristiche fisiologiche (età, sesso) e patologiche (stadi della malattia).

La metilazione del Dna, uno dei principali meccanismi epigenetici di regolazione dell'espressione genica, è inoltre strettamente correlata al metabolismo dei folati (vitamine del gruppo B) che devono essere assunti con la dieta e forniscono i gruppi chimici necessari per le reazioni di metilazione.

Lo studio ha effettivamente messo in luce un importante contributo da parte del metabolismo dei folati ai livelli di metilazione gene-specifica osservati nel tessu-

to sano e in quello tumorale. Il lavoro, finanziato dall'Istituto toscano tumori e coordinato da Lucia Migliore, ordinario di genetica medica e responsabile del programma dell'Aou di Pisa "Biomarcatori genetici ed epigenetici in malattie complesse", è stato pubblicato sulla rivista Epigenetics, che ha dedicato la copertina del fascicolo di aprile alle immagini di immunostochimica che evidenziano tali correlazioni nel tessuto tumorale di pazienti affetti da carcinoma colorettale.

In pratica, da questa ricerca pisana, si conferma che anche la dieta può modulare i livelli e la natura dei segnali epigenetici, fondamentali nel mediare la capacità dell'ambiente di regolare l'espressione del genoma. Nell'ambito di un'efficace prevenzione primaria risulta quindi importante una maggior attenzione nei confronti dell'alimentazione, che è poi uno degli interessi primari del neo-costituito Centro interdipartimentale di ricerca "Nutraceutica e alimentazione per la salute" dell'Università di Pisa, cui afferiscono alcuni degli autori dello studio.

La ricerca è stata pubblicata sulla rivista Epigenetics

Emanuela Del Mauro
ufficio stampa Aou Pisa

IN BREVE

SIENA

Firmato un nuovo accordo di collaborazione tra l'Aou Senese e lo Zhujiang Hospital of Southern Medical University, ospedale di 3° livello situato nella provincia del Guangdong, zona meridionale della Cina che si affaccia sul mare. L'accordo rientra nell'ambito del progetto della Regione Toscana "School of Policy on Public Healthcare". L'accordo prevede due tipologie di programmi di formazione per il personale cinese che sarà accolto alle Scotte: corsi brevi per dirigenti sanitari e amministrativi e corsi di tirocinio per medici e personale sanitario. La formazione riguarderà tutte le specialistiche, con il supporto costante di medici e personale dell'Aous. Il progetto prevede anche la possibilità, per i medici senesi, di recarsi successivamente in Cina presso lo Zhujiang Hospital.

EMPOLI

Il progetto di recupero dei generi alimentari non consumati nell'ospedale San Giuseppe di Empoli sta già dando buoni frutti. A maggio sono stati recuperati ben 150 kg di pane e 67 kg di frutta, che sono stati destinati al Centro Emmaus della Misericordia di Empoli. Si tratta, quindi, di circa 6 kg di pane e 3 kg di frutta messi a disposizione per questo servizio gratuito di distribuzione pasti. Il progetto di recupero degli alimenti, promosso dall'Asl 11 e dall'Associazione Re.So (Recupero Solidale nella lotta allo spreco) in collaborazione con Empoli Salute, prosegue a gonfie vele, tanto che l'azienda sanitaria si sta già organizzando per applicare questa stessa procedura solidale e anti-spreco anche negli altri presidi ospedalieri, nelle Rsa e nei centri residenziali e semi-residenziali del territorio.

PISTOIA

Wasserà, villaggio del Sud Etiopia, è stata meta della 39esima missione umanitaria targata Hhpp (Humanitarian help poor people). Tale associazione, fondata e diretta da Giorgio Martini, medico di medicina generale a Montecatini Terme, si avvale della collaborazione volontaristica di personale sanitario (e non) e nell'esperienza etiopica ha visto la partecipazione degli operatori della centrale operativa 118 della Asl di Pistoia. Durante i dieci giorni della missione, i volontari Hhpp hanno portato le loro professionalità a confronto con quelle delle suore Francescane che seguono le attività di questo piccolo ma organizzato ospedale nel nulla del Sud Etiopia dove anche la speranza sembra non poter esistere. Il personale Hhpp si è impegnato in attività di diagnosi, cura e prevenzione di svariate condizioni patologiche, emergenza inclusa.

PISA

L'esperienza del day service diagnostico relativo alla reumatologia dell'Asl 5 è stata oggetto di un convegno che si è tenuto lo scorso 24 maggio. Il Day service, coordinato da Riccardo Cecchetti, reumatologo all'ospedale Lotti di Pontedera, è una nuova organizzazione messa a disposizione dell'Asl 5 di Pisa che nasce dall'esigenza di offrire all'utente "gruppi ragionati" e articolati di prestazioni ambulatoriali, tali da consentire risposte più rapide a quesiti diagnostici complessi ed evitare l'inappropriatezza del ricovero con finalità esclusivamente diagnostiche. Con il day service sono stati elaborati i cosiddetti "Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (Pacc)" che permettono, in casi selezionati, di eseguire rapidamente tutte le prestazioni diagnostiche di cui un utente ha bisogno.



NON PIÙ SOLI NEL DOLORE

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

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



Regione Toscana



Ministero della Salute
www.salute.gov.it



CONFERENZA DELLE REGIONI
 E DELLE PROVINCE AUTONOME