OTGC
ORGANISMO TOSCANO GOVERNO CLINICO

RETE REGIONALE ODONTOIATRICA

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 29 del 12/07/2023

Regione Toscana

SST Servizio Sanitario della Toscana

Articolazione funzionale dell‘Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell‘art. 49 ter della l.r. 40/2005:

a) Coordinatore;
b) Ufficio di coordinamento;
c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell‘OTGC
Prof. Stefano Grifoni

Supporto amministrativo:
Roberta Bottai
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell’Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).
L’intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni
Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte.

Organismo Toscano per il Governo Clinico
Via T. Alderotti, 26/n
50139 Firenze (FI)
segreteriaotgc@regione.toscana.it

Premessa

La “Rete regionale Odontoiatria” è costituita dall'insieme dei servizi che assicurano le risposte specifiche a livello della rete delle strutture ospedaliere e territoriali. La “Rete regionale Odontoiatria” si basa sulla piena integrazione territorio-ospedale-territorio, al fine di assicurare standard clinico- assistenziali omogenei tali da realizzare gli interventi appropriati per prevenire patologie odontoiatriche in età evolutiva, assicurare immediato intervento nei casi di vulnerabilità sanitaria, intercettare precocemente e monitorare lesioni evolutive del cavo orale.

Il modello organizzativo prevede che i presidi siano differenziati centri di livello diverso ed in particolare in HUB Ospedalieri in grado di gestire i casi di vulnerabilità sanitaria e di alta complessità clinica e SPOKES territoriali deputati alla attività di base e di monitoraggio.

Il cancro del cavo orale rappresenta oltre il 3% dei tumori con incidenza crescente attorno ad 8 ogni 100000 persone ed ha un tasso di mortalità del 40% a 5 anni ed è opportuno rimarcare come l’odontoiatra sia il principale osservatore per una diagnosi precoce.

La patologia cariosa, e la malattia parodontale sono causate da batteri ma in un certo qual modo possono considerarsi malattie comportamentali, dato che una corretta alimentazione ed igiene orale sostanzialmente le azzererebbero. E’ opportuno profondere il massimo impegno nella prevenzione primaria promuovendo i corretti comportamenti soprattutto in età infantile. L’ISS evidenzia come, nonostante il miglioramento in corso, la carie rappresenti ancora “uno dei principali problemi sanitari dei paesi industrializzati” ed oltre il 10% della popolazione soffra di forme gravi di parodontite. La percentuale esatta di casi ortodontici ad alta indicazione al trattamento è controversa in letteratura ma certamente superiore al 10%.

In Italia si stima siano operativi oltre 45000 odontoiatri per un totale di circa 100 mln di ore di attività ed un costo sociale annuo complessivo compreso fra 5 -10 mld. La capacità del sistema pubblico di rispondere al bisogno rappresenta circa il 5% del totale ed il sistema pubblico ed ha un costo pieno compreso fra 250 e 500 mln annui.

Le risorse allocate dalla regione toscana per l’attività odontoiatrica generano un costo pieno stimabile in circa 25 mln € annui e sono costituite da circa 150 professionisti che sviluppano 200.000 ore annue di attività e 200.000 prestazioni

Le principali norme nazionali che regolano l’attività odontoiatrica pubblica sono il DLGS 502/1992 ed il l DPCM 12 gennaio 2017

Le principali norme regionali che regolano l’attività odontoiatrica sono la DCRT 163-2003 e la DGRT 426-2014

2. Principi Organizzativi

2.1 La Governance della rete

Con atto regionale viene costituito il comitato di rete (CoRe).

Il Comitato di rete (CoRe) individua formalmente un gruppo di referenti per l'elaborazione e l'analisi delle performances della rete, inoltre può attivare gruppi di lavoro a termine per la definizione dei documenti di indirizzo e di pianificazione. Il Comitato di rete è composto dal responsabile della rete regionale e dai responsabili delle sotto reti di Area Vasta, professionisti delle aziende sanitarie regionali per assicurare l'apporto delle diverse componenti professionali principalmente coinvolte nelle attività della rete, i rappresentanti del settore regionale di riferimento. Il Comitato si avvale anche della collaborazione di rappresentanti dei cittadini, mediante le associazioni di pazienti, in numero massimo di due che vengono coinvolti nelle fasi di pianificazione e monitoraggio delle attività della rete. Il numero ottimale di membri del comitato non dovrebbe essere maggiore di 15 per rendere più agile il suo funzionamento, ma il Comitato deve creare occasioni di confronto più ampio con la comunità della rete.

In particolare il Comitato: predispone il Piano di rete e coordina le azioni per la sua realizzazione in base ad un piano attuativo annuale, definisce ed aggiorna i percorsi clinico assistenziali di riferimento, determina gli standard organizzativi, tecnologici e di gestione delle clinical competences, individua gli indicatori di performances da utilizzare per il monitoraggio, assicura il monitoraggio del funzionamento della rete attraverso gli indicatori di processo e di esito definiti, programma gli audit clinici ed organizzativi, almeno annuali, a livello regionale ed effettua site visit presso le strutture coinvolte, redige la relazione annuale ed il report semestrale, predispone la proposta di piano formativo annuale, valida i protocolli e le procedure delle sotto-reti, per assicurare la massima omogeneità di comportamento a livello regionale, contribuisce alla definizione degli eventuali negozi giuridici da attivare, individua, su proposta delle Direzioni aziendali, i referenti dei team dei diversi nodi della rete, se richiesto dall'organizzazione della rete, collabora con altre reti sulla base di programmi condivisi.

Il Comitato opera per un periodo triennale e può essere rinnovato. Il Comitato adotta il Regolamento di funzionamento entro 30 giorni dalla sua costituzione.

Il Responsabile della rete regionale viene nominato con decreto del Direttore della Direzione regionale competente, sentiti i Direttori Generali delle Aziende sanitarie e degli altri Enti del SSR, dura in carica tre anni e può essere rinnovato.

Il Responsabile della rete coordina le attività per la definizione degli indirizzi tecnico professionali che devono essere assicurati nelle diverse attività della rete, per l'individuazione delle scelte organizzative da attuare all'interno della rete e per il monitoraggio della rete, anche avvalendosi di gruppi di lavoro ad hoc.

Il Responsabile mantiene un contatto costante con il Comitato di rete mediante riunioni periodiche, anche mediante l'utilizzo di mezzi di telecomunicazione, e la condivisione dei documenti di lavoro in corso di elaborazione, inoltre coordina le attività per lo sviluppo e l'implementazione del documento di programmazione della rete. Il Responsabile della rete regionale risponde per la funzione al Direttore della Direzione regionale competente e si avvale del settore regionale di riferimento per il supporto operativo e amministrativo, inoltre si interfaccia con i Responsabili delle altre reti regionali per il raggiungimento di obiettivi comuni.

La sotto-rete clinica di Area Vasta costituisce l'articolazione organizzativa alla quale è demandata l'attuazione dei percorsi clinico assistenziali propri della rete.

Il Responsabile della sotto-rete opera su mandato delle aziende coinvolte e si, rapporta, sotto il profilo funzionale, in eguale misura con le direzioni aziendali.

L'incarico di Responsabile della sottorete interaziendale di Area vasta viene attribuito, d'intesa con il Responsabile della Rete regionale, con lettera d'incarico a firma congiunta dei direttori generali delle aziende coinvolte, a dirigenti del SSR, appartenenti ad una delle Aziende coinvolte, in possesso delle competenze necessarie.

Il Responsabile della sottorete coordina le attività per la definizione ed il costante aggiornamento dell'assetto organizzativo della sotto-rete in applicazione delle indicazioni regionali, assicura la costante supervisione del buon funzionamento della rete nel contesto di Area Vasta mediante il coordinamento dei servizi coinvolti nella attuazione dei percorsi clinico assistenziali, operando in costante raccordo con i direttori delle reti delle aziende territoriali, i responsabili di Zona Distretto ed i direttori sanitari delle AOU, formula proposte inerenti i processi di miglioramento della qualità e sicurezza della sottorete,

collabora alla costruzione degli eventuali negozi giuridici che si rendano necessari per l'operatività della rete, assicura il necessario coinvolgimento delle associazioni dei pazienti con specifico interesse negli ambiti della rete, coordina le attività per la definizione ed il costante aggiornamento dell'assetto organizzativo della sotto-rete in applicazione delle indicazioni regionali,

Il Coordinamento di rete di Area Vasta rappresenta l'articolazione operativo-gestionale del Comitato di rete ed ha il compito di coordinare a livello locale le attività della rete secondo le indicazioni in accordo con le procedure di funzionamento definite in collaborazione con i Direttori/responsabili delle strutture organizzative delle Aziende Sanitarie/AOU, in modo da assicurare la massima omogeneità di risposta nel territorio regionale. Il Coordinamento è composto da: Responsabile della sotto-rete di Area Vasta, Referenti clinici dei team presenti nei diversi nodi della sotto-rete, se previsti dall'organizzazione della rete, Direttore sanitario, o suo delegato, dell'Azienda ospedaliera, Direttore della rete ospedaliera e territoriale delle Aziende USL coinvolte.

2.1 Elementi clinico assistenziali della rete odontoiatrica

La citata strutturale ed irrisolvibile carenza di offerta pubblica in odontoiatria rispetto al bisogno sanitario impone scelte esplicite ed obbiettivi non comparabili con quelli delle altre branche specialistiche.

La rete odontoiatrica dovrà assicurare mediante competenze adeguate rispetto alla situazione clinica:.

1. tempestiva gestione clinica delle urgenze odontoiatriche;
2. immediata esecuzione dei piani di cura dei vulnerabili sanitari;
3. tempestiva assistenza casi ad alta priorità;
4. tutela della età evolutiva.

Considerata la sproporzione fra le risorse ed il bisogno, perseguire la massima appropriatezza ed efficienza in odontoiatria è non solo un imperativo organizzativo ma anche etico. La condivisione dei PDTA e l'integrazione operativa fra le varie strutture della rete sono strumenti importanti per il raggiungimento degli obbiettivi assistenziali. L'implementazione in corso di strumenti organizzativi informatizzati omogenei quali la adozione di una unica cartella clinica informatizzata e di sistemi di prenotazione interconnessi faciliterà molto il buon funzionamento della rete.

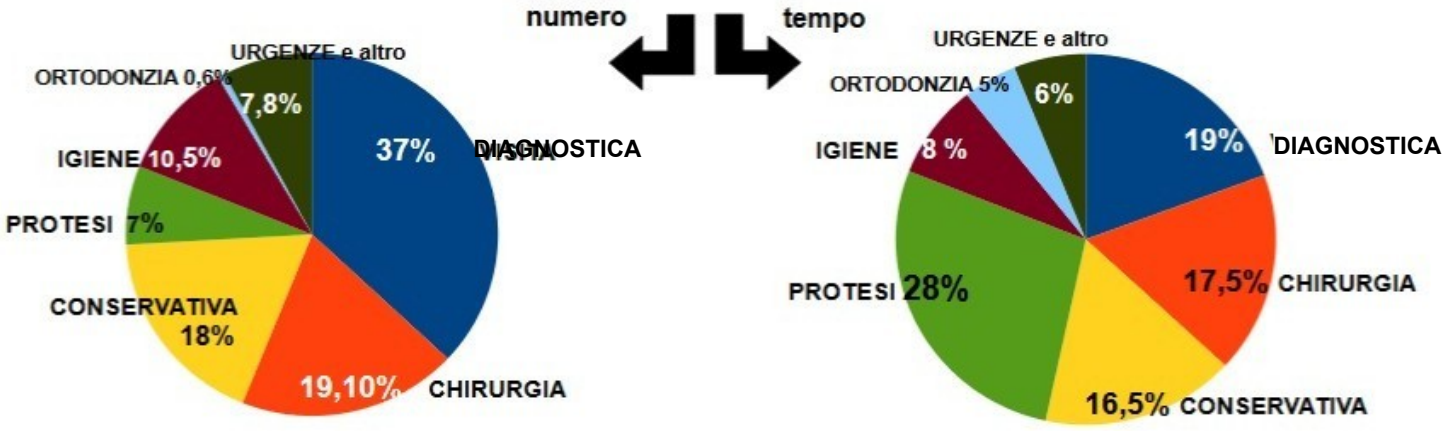
L'attuale sistema di offerta regionale come anticipato in premessa è caratterizzato da circa 200.000 ore di attività annua, 150 professionisti, 150 (200.000 prestazioni annue, 77 sedi operative , un costo pieno di 25 mln.

Tab. 1 - PRESTAZIONI PIU' FREQUENTI

PRESTAZIONI PIU' FREQUENTI		Regione Toscana	
Codice Nomenclatore	Descrizione Prestazione		
89.7	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA	57.392	73,2 %
23.09	estrazione di dente permanente	17.930	
23.20.1	ricostruzione di dente mediante otturazione - fino a due superfici	22.990	
23.43.1 23.43.2	altra inserzione di protesi rimovibile	8.057	
98.54.1	ablazione tartaro	17.334	
24.19.1	trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche	13.952	
	altro	50.512	
	TOTALE	188.167	

Tab. 2 – n° PRESTAZIONI E n° ORE PER BRANCA

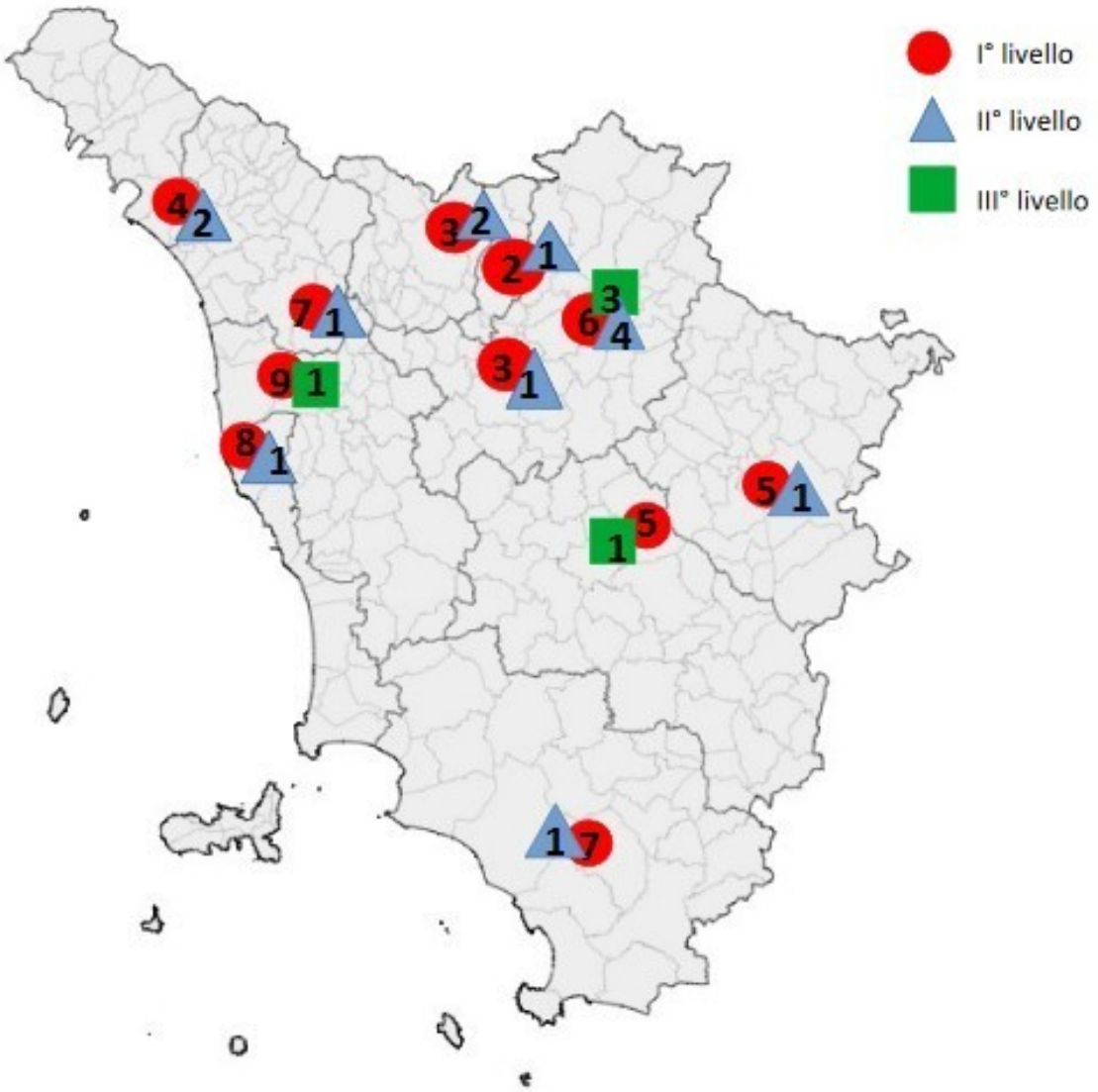
	Regione Toscana	
	n° prestazioni	n° ore
DIAGNOSTICA	69.603	23.201
CHIRURGIA	35.962	20.977
CONSERVATIVA	33.863	19.753
PROTESI	13.219	33.048
IGIENE	19.751	9.876
ORTODONZIA	1.108	5.540
URGENZE e altro	14.661	7.331
TOT.	188.167	119.725



Tab. 3 - 4 – n° CENTRI ODONTOIATRICI IN TOSCANA

n° CENTRI ODONTOIATRICI (Regione Toscana)							
TOTALE: 77							
	SUD-EST	NORD-OVEST	CENTRO	AOU PISA	AOU SIENA	AOU CAREGGI	AOU MEYER
TOTALE	18	32	21	1	1	3	1
I° livello	16	28	14				
II° livello	2	4	6			2	
III° livello			1	1	1	1	1

I punti di erogazione attuali e che afferiranno tutti alla rete sono circa 80, circa 60 saranno centri di primo livello, 6-10 di secondo e 3-6 di terzo in base al piano di rete e piano attuativo che saranno predisposti dal CoRe



Centri di primo livello

Le strutture di primo livello sono costituite dagli ambulatori territoriali dedicati alla assistenza di base, costituita da prestazioni di non elevata complessità, patrimonio professionale di tutti gli esercenti la professione, erogabili perciò da tutti gli operatori, con attrezzature strumenti ordinari e rivolta ad utenti che non presentino fattori rilevanti di rischio clinico. Il setting delle prestazioni erogate dalle strutture di primo livello è ambulatoriale.

Centri di secondo livello

Le strutture di secondo livello sono invece strutture in ambito territoriale od ospedaliero che per disponibilità di attrezzature e competenze professionali potranno erogare anche prestazioni di secondo livello, ovvero di complessità tale da non essere erogabili da tutti gli operatori, da richiedere attrezzature o strumentario non ordinari o rivolta ad utenti che presentino profili di rischio clinico. Quando opportuno il setting di erogazione potrà essere quello di ricovero.

Centri di terzo livello

Le strutture di terzo livello sono strutture in ambito ospedaliero che per disponibilità di attrezzature, competenze ed integrazione multidisciplinare, potranno erogare prestazioni di terzo livello , ovvero anche di complessità tale da richiedere competenze professionali specialistiche o rivolte a pazienti che presentino fattori rilevanti di rischio clinico. Quando opportuno il setting di erogazione potrà essere quello di ricovero.

Lo sviluppo sia degli accertamenti diagnostici sia dello svolgimento dei piani di cura che del follow-up, quando indicato, potrà avvenire in centri di livello diverso in base alle indicazioni dei PDTA che saranno definiti dal CoRe.

L'adozione di una cartella unica regionale come previsto dalla DGRT 525-2022 e la piena operatività di un sistema di prenotazione CUP regionale con possibilità di prenotazione integrata da parte di tutte le strutture della rete sarà particolarmente utile per l' attività chirurgica e faciliterà il coordinamento fra strutture di livello e sede diverse ed unitarietà del percorso assistenziale

Considerato che nella rete sono coinvolte ed integrate nei PDTA regionali, le strutture ospedaliero universitarie caratterizzate da mission didattica e di ricerca, le altre componenti della rete a prevalente mission assistenziale saranno risorse disponibili, ove richiesto per progetti didattici o di ricerca.

Tab. 5 – CENTRI ODONTOIATRICI IN TOSCANA

CENTRI ODONTOIATRICI – Regione Toscana		I° livello	II° livello	III° livello
	TOTALE : 77	58	14	5
AZIENDA SUD-EST Arezzo Grosseto Siena	Montesansavino	X		
	Montevarchi	X		
	La Fratta Cortona	X		
	Bibbiena	X		
	Sansepolcro	X		
	Siena	X		
	Colle val d Elsa	X		
	Poggibonsi	X		
	San Gimignano	X		
	Chiusi	X		
	Grosseto	X		
	Orbetello	X		
	Manciano	X		
	Follonica	X		
	Castel del Piano	X		
	Massa Marittima	X		
	Grosseto; PO Misericordia		X	
	Arezzo; PO San Donato Arezzo		X	
AZIENDA NORD-OVEST Massa Carrara Lucca Pisa Livorno Viareggio	CSS Donoratico (art. terr. Bassa Val di Cecina)	X		
	CSS Campiglia Marittima (art. terr. Val di Cornia)	X		
	CSS Cascina	X		
	CSS Ponteginori (art. territoriale Alta Val di Cecina)	X		
	CSS Fornaci di Barga	X		
	CSS Fornoli	X		
	CSS Livorno Nord	X		
	CSS Livorno Ovest	X		
	Livorno – Ospedale		X	
	CSS Rosignano (art. terr. Bassa Val di Cecina)	X		
	Cecina-Ospedale (art. terr. Bassa Val di Cecina)	X		
	Piombino (art. terr. Val di Cornia)	X		
	Ospedale-Portoferraio	X		
	CSS Pisa-Via Garibaldi	X		
	CSS Vecchiano	X		
	CSS Pomarance (art. territoriale Alta Val di Cecina)	X		
	Volterra-Ospedale (art. territoriale Alta Val di Cecina)	X		
	CdS La Rosa-Terricciola (art. territoriale Valdera)	X		
	CdS Pontedera	X		
	CSS Bientina	X		
	CSS Avenza		X	
	CdS Massa Centro	X		
	Massa-Ospedale		X	
	CSS Aulla	X		
	CSS Fivizzano	X		
	Pontremoli	X		
	CSS Camaiore	X		
	CSS Pietrasanta	X		
	CSS Tabaracci	X		
	Cittadella Salute-Campo Marte	X		
	Lucca-Ospedale		X	
	Castelnuovo Garf-Ospedale	X		
AZIENDA CENTRO Firenze Pistoia Empoli Prato	Le Piagge	X		
	Borgo San Lorenzo	X		
	Figline	X		
	Lastra a Signa	X		
	Sesto Fiorentino	X		
	Sollicciano	X		
	Distretto Sanitario Montecatini Terme	X		
	Ospedale SS Cosma e Damiano Pescia	X		
	Ospedale Pacini San Marcello P.se	X		
	Prato via Ferrucci	X		
	Dogaia	X		
	Empoli via Rozzalupi	X		
	Ospedale Santa Verdiana Castelfiorentino	X		
	Santa Croce sull'Arno	X		
	San Giovanni di Dio		X	
	Palagi		X	
	Ospedale del Ceppo Pistoia		X	
	Ospedale San Jacopo Pistoia		X	
	Ospedale S. Stefano		X	
	Ospedale San Giuseppe		X	
	Villa Margherita			X
AOU Careggi Meyer Siena Pisa	AOU CAREGGI – SOD di Odontostomatologia		X	
	AOU CAREGGI – SOD di Odontostomatologia		X	
	AOU CAREGGI – SOD di Odontoiatria Speciale			X
	AOU MEYER - SOD Odontostomatologia Speciale, AOU Meyer, Firenze			X
	AOU SIENA - U.O.C. Odontostomatologia			X
	AOU PISA - UOC Odostomatologia e Chirurgia Orale, Ospedale di Santa Chiara			X

Principi organizzativi e Percorsi assistenziali

1- Accesso e diagnosi
2- Criteri di scorrimento delle attese
3- Urgenza odontostomatologica
4- Odontoiatria Infantile
5- Assistenza a pazienti con bisogni speciali;
6- Attività riabilitazione protesica;
4- Attività restaurativa;
5- Attività chirurgica;
6- Attività di igiene e parodontologia

Come già ripetutamente sottolineato l'attività odontoiatrica corrisponde a non più del 5% del bisogno ed universalità della assistenza odontoiatrica, prestazioni assicurate e compartecipazione sono regolamentate dalla DGRT 426/2014 In questo contesto è inevitabile che l'erogazione di prestazioni qualitativamente valide ed un sistema trasparente di accesso e scorrimento inducano forti liste di attesa. Diversamente da quanto avviene in altre aree di attività pubblica, esse in odontoiatria possono talvolta paradossalmente essere indicatore di buon funzionamento del sistema e non viceversa. In questa situazione e' fondamentale decidere ed adottare omogeneamente la distribuzione delle attese fra primo accesso ed esecuzione del piano di cura. Il principale strumento per distribuire le attese coerentemente con quanto consapevolmente stabilito è il rapporto fra attività diagnostica e terapeutica e criteri espliciti ed omogenei per regolamentare lo scorrimento delle liste di attesa

Allo scopo di formulare una proposta di aggiornamento della normativa regionale vigente, sono stati individuati referenti aziendali e costituiti gruppi di lavoro tematici. Sono stati predisposti con consenso unanime documenti contenenti indicazioni clinico- operative e principi condivisi che costituiscono positivo presupposto per l'attività armonica della rete. Per quanto attiene la distribuzione delle risorse fra le varie branche specialistiche di attività un valore orientativo e condiviso è rappresentato dalla tabella sottostante

Tabella delle percentuali orientative di risorse in tempo da dedicare alle varie branche:

branca	**%**
Diagnosi + urgenze	20
Protesi	25
Chirurgia	15
Conservativa	20
Parodontologia (igiene)	10
Odontoiatria pediatrica	10

Accesso e diagnosi

L'accesso alle strutture della rete potrà avvenire mediante:

A- Accesso diretto per prima visita con prenotazione CUP
B- Accesso per urgenza in autopresentazione
C- Accesso per urgenza su richiesta di altre strutture dell'SSR
D- Accesso per attività programmata con prenotazione CUP

Primo accesso :

a- Visita odontoiatrica (oltre 14 aa):
    a. autopresentazione in accesso diretto
    b. Con DEMA (U/B)

b- Visita odontoiatrica pediatrica (fino a 14aa)
    a. autopresentazione in accesso diretto
    b. Con DEMA (U/B)

c- Visita odontoiatrica perinatale (fino a 3 aa)
    a. con DEMA (U/B/D)

d- Visita di chirurgia orale
    a. con DEMA (U/B/D)

e- Accesso per urgenza odontostomatologica
    a. autopresentazione in accesso diretto
    b. Fast track da DEA
    c. richiesta di altre strutture del

SSR Accessi successivi:

a- Visita di controllo o Prosecuzione percorso diagnostico (nel centro di livello appropriato)
    a. Con DEMA (U/B/D/)
b- Estrazione da lista di attesa e piano di cura (nel centro di livello appropriato)

Valutati i dati storici il carico di lavoro indotto dalla attività diagnostica ha un moltiplicatore medio attorno a 10, ovvero ogni ora dedicata a valutazioni diagnostiche genera quasi 10 ore di attività terapeutica. Allo scopo di favorire l'intercettamento di patologie prioritarie e mantenere l'equilibrio fra l'attività di diagnosi e di cura ogni struttura della rete dovrà dedicare alla attività diagnostica fra il 10% ed il 20% di quella complessiva.
In presenza di patologie odontoiatriche riscontrate nel corso della attività diagnostica essa dovrà dovrà produrre in ogni caso un piano di cura che se accettato dal paziente sarà svolto nei tempi e nelle sedi appropriate in base alle caratteristiche delle prestazioni e dell'utente.

Gestione e Scorrimento delle attese

Premesso che il differimento di una prestazione sanitaria è sempre inopportuno in ogni è ovvio che le conseguenze di tale differimento variano in base alla prestazione ed alla situazione clinica. Considerata la già ripetutamente citata insanabile sproporzione fra capacità assistenziale del sistema odontoiatrico pubblico ed il bisogno della popolazione è particolarmente importante definire criteri omogeni, espliciti e condivisi che saranno adottati dalle strutture della rete nello scorrimento della lista di attesa.

In analogia ai principi adottati nella classificazione delle classi di priorità per gestire lo scorrimento della lista di attesa per intervento chirurgico, sebbene la quasi totalità degli interventi odontoiatrici siano rappresentati da chirurgia ambulatoriale semplice, per quanto attiene lo scorrimento della lista di attesa le prestazioni da erogare saranno suddivise in tre classi:

Classe A : Prestazioni urgenti: il cui differimento comporta gravi rischi clinici in quanto rivolte a vulnerabili sanitari o per specifica situazione

Classe B: Prestazioni ad alta appropriatezza: il cui differimento e altamente inopportuno per la natura della prestazione , la specifica situazione o le caratteristiche dell' utente.

Classe C Tutte le altre prestazioni

Classe A: Prestazioni il cui differimento, in quanto rivolte a vulnerabili sanitari o per specifica situazione comporta gravi rischi clinici

Programmazione immediata con estrazione prioritaria dalla lista di attesa

In base alla gravità degli effetti generati dal differimento ed in osservanza del D.lgs. 502/1992 , e dal DPCM 12 gennaio 2017 sarà programmata senza attesa l' attività rivolta a pazienti in vulnerabilità sanitaria con criterio discendente od il cui differimento comporti grave rischio.

A scopo esemplificativo ma non esaustivo si riportano varie fattispecie, fra cui quelle previste dal DPCM 12-1-17:

1. pazienti in attesa di trapianto e post- trapianto (escluso trapianto di cornea);
2. pazienti con stati di immunodeficienza grave;
3. pazienti con cardiopatie congenite cianogene;
4. pazienti con patologie oncologiche ed ematologiche in età evolutiva e adulta in trattamento con radioterapia o chemioterapia o comunque a rischio di severe complicanze infettive;
5. pazienti con emofilia grave o altre gravi patologie dell'emocoagulazione congenite, acquisite o iatrogene.

La dettagliata definizione dei criteri da adottare per introdurre la soluzione di specifiche situazioni cliniche, in questa categoria sarà oggetto di in un apposito documento che sarà redatto da parte del CoRe

Classe B: Alta appropriatezza: il cui differimento è altamente inopportuno per la natura della prestazione, la specifica situazione o le caratteristiche dell'utente.

Estrazione anticipata dalla lista di attesa in assenza di prestazioni di classe A in attesa

A scopo esemplificativo ma non esaustivo si riportano varie fattispecie:

a. Terapia conservativa in dentatura permanente in età evolutiva
b. Terapia ortodontica di malocclusioni di grado iotn 5
c. Situazioni indicate dal CoRe

La dettagliata definizione dei criteri da adottare per introdurre la soluzione di altre situazioni cliniche, in questa categoria sarà oggetto di in un apposito documento che sarà redatto da parte del CoRe

Classe C

Tutte le restanti prestazioni e situazioni cliniche alle quali saranno dedicate le risorse residue del sistema mediante scorrimento cronologico. Allo scopo di aumentare l'equità, lo scorrimento cronologico avverrà preferibilmente considerando la data di prenotazione del primo accesso rispetto alla data di esecuzione dello stesso.

URGENZA Odontoiatrica

Si intende per urgenza odontoiatrica ogni situazione clinica riferita all'ambito di attività odontoiatrica che comporti dolore od infezione acuta, emorragia, impotenza funzionale.
L'obbiettivo della prestazione è rappresentato dalla completa risoluzione clinica per la classe A e la stabilizzazione clinica ovvero eliminazione delle condizioni di urgenza per le altre Classi in cui il percorso assistenziale, risolto l'episodio acuto si svilupperà mediante un primo accesso che avverrà con le modalità descritte.

La prestazione di urgenza odontoiatrica, come richiesto dalla DGRT 426-2014 sarà assicurata entro 24h dalla domanda in forma integrata dalle strutture di rete e coerentemente con il livello e la mission della struttura.

Odontoiatria infantile

Viene considerata attività odontoiatrica in età evolutiva quella rivolta a soggetti in età compresa fra 0-14 aa ed essa rappresenta un elemento di particolare importanza per moltissimi motivi di natura etica, per gli effetti clinici a lungo termine sul bisogno sanitario e di conseguenza, in ultima analisi, anche economici.
L'alta appropriatezza delle prestazioni odontoiatriche rivolte all'età evolutiva è motivata oltre che dalle precedenti considerazioni anche e soprattutto dal D.lgs. 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, che definisce i criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) e dal DPCM 12 gennaio 2017.

Per quanto attiene l' attività integrata di rete sono considerate ad alta appropriatezza e pertanto in classe B ovvero estraibili anticipatamente dalla lista di attesa rispetto alle prestazioni ordinarie (classe c):

- Attività diagnostica richiesta con DEMA priorità U / B con particolare riguardo a
    - Prima visita fra 18-24 mesi
    - Prima valutazione ortodontica fra 3 e 6 anni
- La terapia conservativa in dentatura permanente
- La terapia di malocclusioni di grado IOTN5

- Le situazioni cliniche, indicate dal CoRe
- Followup stabiliti su rischio individuale su indicazione CoRe

La rete promuoverà e parteciperà attivamente alle iniziative regionali di prevenzione prenatale ed ai programmi regionali di prevenzione ed educazione sanitaria.

La rete adotterà omogenei idonei strumenti facilitatori di comunicazione multilingue con le famiglie mediante app, siti internet, mediatori culturali , opuscoli ed altro.

Come per le altre discipline odontoiatriche anche le strutture della rete a prevalente mission assistenziale dedicate all'età evolutiva saranno risorse disponibili, ove richiesto per progetti didattici o di ricerca.

Attività conservativa

Il Regolamento (UE) 2017/852 sul mercurio, all'articolo 10, comma 3, prevede che ogni Stato membro definisca un Piano nazionale concernente le misure che intende adottare al fine di eliminare gradualmente l'utilizzo dell'amalgama dentale.

Con decreto interministeriale n. 42 del 19 febbraio 2021 viene adottato Piano nazionale per l'eliminazione dell'utilizzo dell'amalgama dentale che prevede l'eliminazione dell'uso di amalgama dentale entro il 31-12-2024 con strumenti non coercitivi.

Il Piano non prevede specifiche proposte o previsioni sulla rimozione di restauri in amalgama clinicamente soddisfacenti (salvo in presenza di accertate reazioni allergiche ad uno dei componenti dell'amalgama dentale stessa), in quanto tale operazione non presenta un favorevole rapporto tra rischi e benefici, né in termini di tutela della salute né di protezione ambientale.

La rete si propone il raggiungimento di tale obiettivo mediante attività formativa, adozione di PDTA e protocolli operativi adeguati.

L'obbiettivo esposto conferma e testimonia una delle molte straordinarie evoluzioni metodologiche, merceologiche e strumentali avvenute nella odontoiatria restaurativa e che non sempre il sistema regionale è riuscito ad introdurre in tutte le proprie strutture e che la rete si propone di adottare.

Le metodologie esistenti permettono oggi la conservazione e ricostruzione di elementi dentari una volta inevitabilmente destinati alla estrazione. Allo scopo di sviluppare le necessarie conoscenze e competenze in tutti i professionisti saranno intraprese adeguate iniziative formative.

La valutazione sulla terapia di prima scelta, tipicamente rappresentata dalla definizione del livello di appropriatezza fra la conservazione ed estrazione di elementi dentari affetti da carie, non è sempre semplice e spesso comporta competenze specialistiche multidisciplinari concorrenti alla definizione di un piano di cura equilibrato coerente ed appropriato.

La rete oltre ad assicurare la disponibilità delle competenze specialistiche quando necessario nei centri di secondo e terzo livello, produrrà anche linee guida e protocolli operativi che saranno redatti dal CoRe per aiutare i professionisti a valutare prestazione singola ma soprattutto, del quadro clinico dell'assistito e del piano di cura complessivo.

L'adozione di adeguati protocolli comporterà necessariamente assicurare anche nei centri della rete risorse tecnologiche e merceologiche adeguate al livello del centro. A mero titolo esemplificativo come è oggi ovunque inaccettabile l'uso di amalgama è in Endodonzia l'adozione di microscopio operativo nei centri di primo livello ma inaccettabile l'utilizzo di obsoleti strumenti manuali in acciaio anziché rotativi in Ni-Ti.

Odontoiatria speciale

Le raccomandazioni ministeriali del 2014 definiscono così l'odontoiatria speciale: «L'odontoiatria speciale è la disciplina che si occupa della prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti che, anche solo temporaneamente, possono ritrovarsi in particolari condizioni: persone con disabilità intellettiva, sensoriale, persone affette da malattie che ne riducono la mobilità o la collaborazione e/o con patologie croniche invalidanti, esiti di traumi, malattie genetiche, malattie rare, persone con fragilità sanitaria e persone con malattie che rendono il trattamento odontoiatrico critico».

Nel 2019 il gruppo di lavoro ministeriale definisce come segue il paziente con bisogni speciali :

"Il paziente con bisogni speciali è colui che nell'operatività preventiva, diagnostica e terapeutica richiede tempi e modi diversi da quelli di routine. Quando in condizione di "non collaborazione" necessita anche della presenza di un ambiente operativo opportunamente attrezzato e di personale medico ed assistenziale adeguatamente formato. Lo stesso individuo, persona con disabilità, può presentare durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri."

Da quanto sopra riportato deriva che le categoria di soggetti, tipologia di prestazioni e priorità delle cure della attività di odontoiatria speciale è molto composita. Preme sottolineare che sebbene buona parte della odontoiatria speciale sia rivolta ad assistiti in condizioni di vulnerabilità sanitaria e pertanto in classe A di priorità, le due platee non sono esattamente sovrapponibili e la condizione che genera il bisogno speciale non è necessariamente permanente.

La presenza di bisogni speciali rende la gestione e presa in carico integrata a livello di rete particolarmente opportuna. Il bisogno speciale comporta molto spesso la necessità di erogazione in ambulatorio ospedaliero protetto o setting di ricovero e pertanto il PDTA per pazienti con bisogni speciali per Sua natura sarà prevalentemente sviluppato dai centri di secondo e terzo livello ma quando possibile la rete si avvarrà dei centri di primo livello in base alle indicazioni che saranno predisposte dal CoRe.

La gestione integrata del PDTA rivolto a pazienti con bisogni speciali sarà facilitata da iniziative di formazione volte a migliorare e rendere omogenee le competenze.

Attività chirurgica

L'attività chirurgica in odontoiatria per la maggioranza dei casi, fatti salvi i programmi didattici o di ricerca, è erogabile nei centri di primo livello della rete ma come per le altre branche odontoiatriche l'affidamento della attività chirurgica prevista dal piano di cura potrà avvenire in tutto, od in parte, in centri di secondo o terzo livello nei quali sarà privilegiata quando possibile la sedazione cosciente con assistenza anestesiologica in base a criteri da meglio definire da parte del CoRe.

Come già evidenziato in premessa, l'adozione di una cartella unica regionale come previsto dalla DGRT 525-2022 e la piena operatività di un sistema di prenotazione CUP regionale con possibilità di prenotazione integrata da parte di tutte le strutture della rete sarà particolarmente utile per l'attività chirurgica e faciliterà il coordinamento fra strutture ed unitarietà del percorso assistenziale.

L'attività di chirurgia odontoiatrica nelle strutture della rete potrà anche derivare dalla attività diagnostica conseguente all'accesso per visita di chirurgia orale.

Molte fonti indicano l'odontoiatria come importante campo di utilizzo inappropriato di antibiotici e la adozione nelle strutture di rete di adeguati protocolli si propone non solo di eliminare questo aspetto nell'uso diretto ma anche di costituire un esplicito e virtuoso modello di riferimento per il settore privato.

Attività protesica

L'attività protesica svolta nelle strutture afferenti alla rete rappresenta numericamente circa il 10% del totale, e nelle strutture di primo livello è rappresentata in stragrande maggioranza dalla erogazione di protesi rimovibili.
Nel flusso di lavoro la riabilitazione protesica è di norma la finalizzazione di molti piani di cura che si sono avvalsi precedentemente di prestazioni chirurgiche e /o conservative, come per le altre branche le riabilitazioni protesiche che richiedano dotazioni o competenze specialistiche potranno essere erogate nei centri di secondo e terzo livello.
La DGRT 426-2014 prevede la gratuità del dispositivo per le categorie vulnerabili ed anche in considerazione di questo aspetto il CoRe predisporrà criteri omogenei per identificare la tipologia di riabilitazione che risponda a criteri di efficienza funzionale masticatoria e fonetica riservando soluzioni onerose per estetica a casi di comprovata necessità. Il CoRe predisporrà anche criteri che facilitino il dovuto il controllo di qualità dei dispositivi individuali forniti in tutti i centri della rete sia nei lotti standard attuali che in quelli auspicati di eccellenza.

Attività di igiene e parodontologia

La malattia parodontale colpisce prevalentemente l'età adulta ed il principale presidio per la sua cura è rappresentato dalla continua e corretta igiene dentale sia domiciliare sia professionale.
Con DECRETO MINISTERIALE 26 gennaio 1988, n.30 viene istituito il profilo professionale di igienista dentale e l'appropriato utilizzo delle risorse e valorizzazione delle molteplici professionalità esistenti comporterà nella rete l'obbiettivo di tutelare le categorie con vulnerabilità sanitaria anche mediante controllo meccanico della placca e motivazionale propri del profilo professionale.
Il controllo meccanico della placca batterica è indicato con periodicità annuale in tutti i soggetti adulti ma la declinazione dei criteri di appropriatezza già descritti comporta che la terapia causale della parodontite sarà un obbiettivo della rete per le classi A e per l' età evolutiva. Attualmente il nomenclatore regionale subordina la l' erogazione della prestazione ablazione del tartaro allo svolgimento di un piano terapeutico che ne tragga specifico beneficio, il CoRe indicherà eventuali altre situazioni cliniche da considerare in classe B.
Il trattamento chirurgico deve essere considerato come un mezzo aggiuntivo alla terapia causale e alla terapia meccanica non chirurgica, è controindicato nei casi in cui il paziente non attua un buon controllo.
Nell'ambito della rete fatto salve esigenze didattiche e di ricerca la terapia causale e meccanica non chirurgica sarà tipicamente svolta da igienisti dentali in centri di primo livello mentre la terapia chirurgica, rigenerativa e mucogengivale nei centri di secondo e terzo livello.

3. La Formazione

La formazione del personale operante nella Rete deve essere basata sulla rilevazione di bisogni formativi coerenti alla funzionalità della Rete stessa (criticità, inserimento di personale, nuove tecnologie, ecc.) che comprenda anche i modelli e le procedure/protocolli organizzativi interni alla Rete. Inoltre, i programmi di formazione/aggiornamento devono essere orientati anche allo sviluppo e al potenziamento delle competenze ed abilità, anche utilizzando tecniche di simulazione, nell'ottica del miglioramento continuo e del mantenimento dei livelli di qualità e di sicurezza delle attività erogate

Come già motivato nella definizione degli elementi elementi clinico assistenziale della rete odontoiatrica sono ritenuti opportuni programmi di formazione rivolti a tutti gli operatori della rete con particolare riguardo:

Attività protesica : protesi rimovibile completa

Attività chirurgica: gestione del rischio infettivo ed emorragico

Attività conservativa: protocolli amalgama free ed endodonzia

rotativa Altri fabbisogni formativi identificati

3.1. Linee organizzative degli interventi formativi

Allo scopo di assicurare la massima omogeneità e facilitare l'integrazione è di massima importanza la condivisione delle buone pratiche e delle migliori competenze. Per assicurare nell'ambito della Rete Regionale la riproducibilità degli interventi e continuità delle cure è necessario realizzare un piano formativo di livello regionale anche attraverso interventi formativi omogenei all'interno delle singole Aree Vaste.

Il raggiungimento degli obbiettivi formativi ed il loro impatto sulla attività coordinata sarà facilitato dalla coesistenza di fasi FAD, Frontali ad elevata presenza e di esercitazioni pratiche .

Obbiettivi formativi

A- Riabilitazione protesica in efficienza ed efficacia:
Condividere le migliori conoscenze e sviluppare le adeguate competenze nella riabilitazione protesica.

B- Diagnostica in patologia Orale:
Condividere le migliori conoscenza e sviluppare le adeguante competenze per intercettare e monitorare casi di patologia orale con potenziale evoluzione neoplastica.

C- Iniziative mirate alla crescita delle competenze ed omogeneizzazione dei comportamenti clinici

4. Monitoraggio

La valutazione della qualità dell'assistenza erogata è parte integrante dei moderni sistemi sanitari ed è divenuta uno strumento indispensabile. Tuttavia, misurare la qualità assistenziale risulta particolarmente complesso. Essa difatti non può essere stimata esclusivamente sulla base degli esiti in termini clinici, sebbene il raggiungimento di un risultato favorevole per il maggior numero di pazienti possibile costituisca l'obiettivo principale del sistema sanitario.

A tale scopo, la valutazione del processo di cura mediante indicatori di qualità e misuratori di performance è divenuta di largo utilizzo. La definizione degli indicatori di qualità è basata sull'esistenza di trattamenti e strategie di provata efficacia ed elevato livello e grado di raccomandazione.

L' attività odontoiatrica non è stata oggetto di particolari studi sistemici pertanto uno dei compiti della rete sarà condividere alcuni indicatori specifici ed aggiuntivi ai seguenti:

1- Indicatori di qualità organizzativa:
   a. Attesa di trattamento ambulatoriale dei VULSAN;

b. Attesa di trattamento DS dei vulsan;
c. Attesa di trattamento conservativo di dentatura permanente in età evolutiva;
d. Attesa di trattamento ortodontico di casi 5° IOTN.

2- Indicatore di qualità clinica:
   a. Reingresso entro 90 gg. dal fine cura