LINEE DI INDIRIZZO REGIONALE PER IL COINVOLGIMENTO DEGLI ODONTOIATRI IN LIBERA PROFESSIONE NELLA REGOLARIZZAZIONE E ESPLETAMENTO DELL'ATTIVITÀ DOMICILIARE A FAVORE DEI PAZIENTI FRAGILI CON PROBLEMATICHE ODONTOIATRICHE

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 15 del 06/06/2024

Regione 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

GRUPPO DI LAVORO DELLA COMMISSIONE ODONTOIATRICA PERMANENTE OTCG:

Dottoressa Alessandra Romagnoli
Dottoressa Giuliana Mancini
Dottor Giuseppe Magro
Dottor Alex Peirano

Il presente documento nasce dall'esigenza di organizzare la gestione e la presa in carico del Paziente fragile odontoiatrico intrasportabile dal proprio domicilio e in condizioni di urgenza coinvolgendo gli Odontoiatri in libera professione.

NOTE EPIDEMIOLOGICHE

Gli anziani, convenzionalmente considerati tali dopo i 65 anni d'età, rappresentano un quarto della popolazione che risiede in Toscana (916.043,5) (regione tra le più longeve d'Italia) e sono i principali fruitori delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie del SSR.
Con l'età, infatti, aumentano le malattie croniche, le limitazioni funzionali e le condizioni di disabilità, che hanno ricaduta sulla salute della persona, sulla qualità della vita quotidiana e sui servizi di medicina generale, territoriale e ospedaliera.

L'80% dei Pazienti ultrasessantacinquenni presenta problematiche orali e/o protesiche, non tanto per l' invecchiamento fisiologico in sé, quanto per la maggiore incidenza di alcune patologie che interessano anche il cavo orale.
Sono frequenti la perdita di denti, le lesioni della mucosa orale, il sanguinamento gengivale.
Queste patologie sono più frequenti per vari motivi tra cui gli effetti secondari della polifarmacoterapia, le patologie di base, il decadimento cognitivo e quindi il minor interesse verso l' accudimento di sé stessi, le malattie neurologiche e articolari e l'impossibilità ad accedere alle cure in modo autonomo.

Quindi le criticità da affrontare per migliorare lo stato di salute di una popolazione di Pazienti fragili sempre più numerosa e quindi la loro qualità di vita, sono rappresentate anche dal cattivo stato di salute e di igiene della bocca e/o dei manufatti protesici che che può essere causa e conseguenza delle condizioni generali di salute.
Diviene pertanto fondamentale focalizzare l'attenzione sulla mancanza di consapevolezza e di conoscenza delle problematiche

che possono insorgere per una cattiva igiene orale e protesica da parte, sia dei Pazienti stessi, ma anche di chi li accudisce, con gravi ripercussioni sullo stato psico fisico del fragile.

Questo non sempre verbalizza il proprio disagio e, non potendo avere una buona funzione orale, non si alimenta adeguatamente, vede aggravarsi le patologie sistemiche e si isola non potendo espletare funzioni fondamentali.

Il coinvolgimento degli Odontoiatri in libera professione nella diagnosi e presa in carico può avere un valore aggiuntivo per la tempestività di intervento.

DIAGNOSI e TERAPIA

Il Paziente, con certificazione di intrasportabilità acuta o cronica compilata a cura del MMG, che presenta una patologia orale o riferibile alla funzione masticatoria con caratteri di urgenza come ascessi, odontalgia, tumefazioni, lesioni del cavo orale, disfagia, perdita di appetito, malnutrizione, decadimento fisico e cachessia imputabili, oltre alla patologia di base, alla difficoltà ad alimentarsi per problematiche dentali e/o protesiche, deve essere preso in carico prima che la patologia degeneri e non sia più trattabile.

La visita odontoiatrica a domicilio può avere un valore diagnostico in caso di paziente fragile in condizioni di intrasportabilità, e potranno così essere risolte criticità nei limiti della collaborazione, della farmacoterapia e della patologia di base.

VALUTAZIONE PRELIMINARE

Quesito 1: le prestazioni odontoiatriche domiciliari in libera professione possono migliore le condizioni di salute del paziente fragile?

Sì Come da premessa il numero crescente di Pazienti fragili, plurifarmacologici e pluripatologici intrasportabili dal proprio domicilio o dalle Strutture Sanitarie è in significativo aumento e quindi il coinvolgimento nel percorso domiciliare degli Odontoiatri in libera professione permetterebbe di ovviare alla disparità numerica tra richiesta e offerta e oltretutto il Paziente potrebbe avere un

rapporto di continuità con l' Odontoiatra che lo ha seguito e trattato durante la fase di benessere e salute.

Quesito 2: come si procede per la diagnosi?

Al momento della segnalazione e richiesta di intervento è necessario acquisire, per mail, tutte le informazioni necessarie affinché possa essere valutato come e se intervenire.
I quesiti e i documenti da richiedere sono:

- Certificato di intrasportabilità e quesito diagnostico con indicazione di urgenza a cura del MMG
- Grado di collaborazione
- Farmacoterapia
- Patologie di base
- Eventuali fotografie del cavo orale o dei manufatti protesici
- Consenso informato firmato dal Paziente o dal tutore

Quesito 3: esistono possibilità terapeutiche in fase preclinica?

Sì Le possibilità terapeutiche in fase preclinica possono essere incentrate sulla risoluzione di protesi fratturate riparabili senza la presenza del paziente e valutabili tramite fotografie.

Quesito 4: esiste un esame di screening sufficientemente sensibile?

Sì Lo screening va di pari passo con la richiesta di intervento domiciliare poiché possono essere intercettate, grazie alla visita in loco, criticità diverse dal motivo della richiesta e può essere rilevata scarsa igiene orale e/ o protesica.
Per es: protesi fratturata e rilevazione di lesione precancerosa causata dall'asperità del manufatto protesico incongruo.

VALUTAZIONE DI IMPATTO CLINICO

Quesito 1: la diagnosi modifica la terapia, la modalità follow-up o la prognosi ?

Sì L'intercettazione precoce di problematiche orali dei Pazienti residenti presso il proprio domicilio o presso le RSA comporta un risparmio biologico e di conseguenza economico poiché si vanno a rilevare lesioni orali potenzialmente oncologiche e si evita lo stato di deterioramento fisico per malnutrizione che può sfociare nella cachessia.

Quesito 2: esiste una procedura diagnostica e terapeutica accurata?

Sì Nel Setting domiciliare è possibile eseguire gli interventi terapeutici in sicurezza e appropriatezza poiché prima di ogni intervento in stato di necessità vengono raccolti i dati sulla farmacologia, patologia e grado di collaborazione del Paziente e comunicato preventivamente a chi lo assiste e lo tutela cosa può essere eseguito a domicilio.

VALUTAZIONE DI IMPATTO ORGANIZZATIVO

Quesito 1: la procedura proposta è costo-efficace?

Sì La possibilità di effettuare visita odontoiatrica domiciliare, previa richiesta del MMG che attesta lo stato di intrasportabilità e necessità, comporta una ricaduta positiva in termini di risparmio di risorse economiche, in quanto, intervenendo precocemente, si evitano aggravamenti delle condizioni cliniche del cavo orale, che possono portare al ricovero ospedaliero in urgenza con mezzi attrezzati (flemmoni, lesioni neoplastiche, cachessia di impossibilità ad alimentarsi).

Quesito 2: la procedura proposta è sostenibile?

Sì La procedura VISITA ODONTOIATRICA DOMICILIARE IN SOGGETTI FRAGILI prevede un'organizzazione agile, quindi sostenibile sull'impatto organizzativo, coinvolgendo un numero ridotto di figure professionali:

- MMG
- ODONTOIATRA PRIVATO
- ODONTOIATRA del SSR

FORMULAZIONE DEL CONSIGLIO CLINICO

Qualora il paziente esprima un bisogno di tipo odontoiatrico o sospetto tale in condizione di necessità, il MMG ne attesta la intrasportabilità e richiede la visita odontoiatrica domiciliare urgente.
La vasta platea di Odontoiatri privati ha attualmente in carico la salute orale di un'ampia fetta della popolazione Toscana per una presenza sul territorio capillarmente diffusa. Il loro coinvolgimento nell'Assistenza Odontoiatrica domiciliare andrebbe a integrare l'attività del SSR Odontoiatrico e dare un contributo alla realizzazione dell'obiettivo Pnrr di inserire entro il 2026 > 800.000 anziani over 65 anni cronici o disabili in assistenza domiciliare garantendo una continuità di presa in carico al Paziente divenuto fragile.

CONSIDERAZIONI FINALI

Il Servizio di Odontoiatria domiciliare, in Pazienti con i requisiti di intrasportabilità e stato di necessità, evidenzia un minimo impatto di esecuzione, di contro esprime appropriatezza clinica e ricadute positive nella riduzione degli accessi in urgenza in Strutture Ospedaliere con mezzi attrezzati.
Prendersi cura del paziente fragile presso il suo domicilio, che sia privato o in RSA, richiede un approccio personalizzato di coordinamento tra l' Odontoiatra MMG e i Servizi interni alla RSA e/o il caregiver che includa la valutazione del Paziente sia in termini di collaborazione che di farmacoterapia, patologia di base e patologia odontoiatrica emergente.

Al paziente con patologia odontoiatrica in condizione di fragilità, urgenza e intrasportabilità va garantita un'assistenza rapida e di qualità in termini clinici e rispettosa della dignità personale.

INTERVENTI TERAPEUTICI E DI PREVENZIONE

VALUTAZIONE DEL PROFILO CLINICO

Quesito 1: l'intervento terapeutico è efficace?

Sì L'efficacia dell'intervento terapeutico è direttamente proporzionale alla tempestività di diagnosi e può essere risolutivo se affiancato da un monitoraggio continuo e mirato effettuato dai familiari, dal caregiver e dagli Operatori Sanitari debitamente preparati a cogliere i segni di criticità non sempre verbalizzate (dolore, sanguinamento, alitosi, rifiuto improvviso ad indossare la protesi e ad alimentarsi).

Quesito 2: l'intervento terapeutico è sicuro e ben tollerato?

Sì Gli interventi proposti sono minimamente invasivi e garantiscono sicurezza procedurale e prevedono:

- Visita odontoiatrica
- Estrazioni semplici in elementi con elevato indice di mobilità spontanea
- Protesi incongrue, riparazioni e ritocchi protesici
- Suture con materiale riassorbibile
- Motivazione all'igiene orale e/o protesica rivolta al Paziente e al caregiver

Nel Paziente intrasportabile con criticità orali urgenti non esistono procedure alternative alla visita con diagnosi e alla valutazione di una cattiva gestione dell'igiene orale e/o protesica.
Data l'intrasportabilità del Paziente non è possibile eseguire interventi alternativi.

Quesito 3: l'intervento terapeutico presenta benefici aggiuntivi oltre al proprio obiettivo terapeutico principale?

Sì Altri benefici aggiuntivi oltre all'obiettivo terapeutico principale sono la possibilità di integrare la visita domiciliare con eventuali procedure di prevenzione, istruzioni di igiene orale e suggerimenti al caregiver che spesso ignora come eseguire le manovre di igiene orale e/o protesica. La presenza di placca può inficiare il buon mantenimento dello stato di salute orale e generale del paziente e può essere causa di polmoniti ab ingestis.

VALUTAZIONE DI IMPATTO DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO

Quesito 1: l'intervento terapeutico proposto è costo-efficace?

Sì L'efficacia dell'intervento proposto è inversamente proporzionale al costo poiché l'eventuale ospedalizzazione in urgenza con mezzo attrezzato avrebbe un costo molto più rilevante, così come le terapie farmacologiche e interventistiche da attivare in caso di una diagnosi non eseguita tempestivamente.

Quesito 2: l'impatto organizzativo dell'intervento terapeutico proposto è sostenibile?

Sì Organizzativamente quanto proposto ha un impatto sostenibile poiché il percorso è stato sperimentato durante l'esecuzione del Progetto Ministeriale: Sorridiamo alla Salute, igiene e salute orale nei Pazienti con bisogni speciali, che ha visto la Regione Toscana vincitrice del progetto CCM e capofila a livello Nazionale.
Il coinvolgimento degli Odontoiatri in libera professione non può che portare un'importante integrazione di quanto è stato e viene percorso dall'odontoiatria pubblica Regionale.

FORMULAZIONE DEL CONSIGLIO CLINICO

Di fondamentale impatto, con ripercussioni positive sullo stato di salute del Paziente fragile intrasportabile, è garantire l'intervento odontoiatrico urgente domiciliare con l'integrazione dell'offerta da parte degli Odontoiatri in libera professione, per impedire il peggioramento del quadro clinico e l'ospedalizzazione in urgenza con mezzo attrezzato del Paziente stesso.
Con una capillarità e costanza di intervento è possibile monitorizzare che vengano eseguite le corrette manovre di igiene orale e/o protesica così importanti per il mantenimento dello stato di salute del cavo orale, considerando che vengono sempre più applicate tecniche di riabilitazione con manufatti protesici complessi difficili da rimuovere e da igienizzare sia dal Paziente fragile sia da parte di chi lo accudisce.

CONFRONTO CON LE LINEE GUIDA

Le linee guida esistenti sono incentrate sul mantenimento dello stato di salute dei pazienti fragili e questo passa anche dallo stato di salute orale, così importante anche perché non si aggravino le patologie sistemiche.
Le linee guida si basano sui seguenti riferimenti normativi:

Legge n.104 del 5 febbraio 1992. Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.
DCR 163/2003. DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", allegato 2B-modalità assistenziali relative alla specialità di odontoiatria.
DGR 861/2004. Delibera di CR 163/2003 -Progetto odontoiatria- Indirizzi applicativi alle Aziende Sanitarie.
DGR 623/2005. PSR 2005-2007: odontoiatria un percorso sostenibile. Indirizzi per la salute orale in età geriatrica.
DGR 426/2014. Assistenza Odontoiatrica. Linee di indirizzo per l'implementazione dell'offerta odontoiatrica in Toscana.
DGR 666/2017. Equità di accesso ai servizi sanitari delle persone con disabilità. Approvazione delle linee di indirizzo e del modello di intervento regionale PASS - Percorsi Assistenziali per Soggetti con bisogni Speciali.
DM 77/2022. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

CONSIDERAZIONI FINALI

Il Paziente fragile domiciliato presso la propria abitazione o in RSA, intrasportabile e in condizioni di necessità, deve essere preso in carico tempestivamente dal MMG, dall'Odontoiatra di riferimento e in collaborazione con la famiglia, la Struttura e il caregiver per ridurre il rischio di evoluzione della patologia odontoiatrica emergente, che va ad aggravare anche il quadro clinico di base, modificando l'approccio interventistico attraverso un'odontoiatria intercettiva e di prossimità per quei Pazienti muti ai loro bisogni.

Il monitoraggio odontoiatrico su larga scala di una popolazione anziana fragile, sempre più numerosa, permette di intercettare patologie orali, controllare le riabilitazioni protesiche, monitorizzare l'igiene, e questo è possibile solo ampliando la platea di attori attraverso una rete di collaborazione e interscambio tra Odontoiatri del SSN e Odontoiatri in libera professione.

Attraverso questa collaborazione si può costruire un percorso volto a migliorare le condizioni di salute del soggetto fragile e/o patologicamente compromesso domiciliato o istituzionalizzato che non può accedere agli ambulatori odontoiatrici.

Dare voce a questa parte di popolazione vuol dire garantire dignità e pari opportunità a tutti i cittadini.

PROCEDURE DI MONITORAGGIO

L' intervento domiciliare più accessibile e su larga scala, grazie al coinvolgimento degli Odontoiatri in libera professione, comporta l'intercettazione precoce e quindi una riduzione di richieste per prestazioni non erogabili a domicilio per complessità, per farmacoterapia /patologia e per non collaborazione del paziente.

INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE
Riduzione prestazioni erogate in urgenza sul totale nel paziente fragile	N° prestazioni urgenti erogate nel paziente fragile domiciliato	Totale prestazioni erogate nel paziente fragile
Riduzione prestazioni erogate per patologie di difficile soluzione	N° prestazioni complesse non erogabili al paziente fragile domiciliato	Totale prestazioni erogate nel paziente fragile

BIBLIOGRAFIA

1. Italian Journal of Public Health VIII Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica Roma 2003 “Studio epidemiologico sullo stato di salute orale in una popolazione di pazienti ultrasessantacinquenni afferenti al servizio odontostomatologico della AUSL 11 di Empoli” C.Perra, A. Nisi, P. Porciani, C. Pacini, A. Montaruli, P. Salvatori, T. Pozzi
2. Journal of Preventive Medicine and Hygiene. 41° Congresso Nazionale della Società italiana di igiene, medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Genova 2004 “Stato di salute orale negli anziani: confronto tra pazienti istituzionalizzati e non” C.Perra, A. Nisi, P. Porciani, Montaruli, T. Pozzi
3. Geriatria Suppl. Vol. XVII gennaio/febbraio 2005 Atti del XVIII Congresso Nazionale Società Italiana Geriatri Ospedalieri “L’assistenza odontostomatologica al paziente anziano. L’esperienza dell’AUSL11” V.Vismara, C.Perra
4. G. Preti “SET Simplified Edentulous Treatment” Edizioni Quintessenza 2010

5. Roma Atti del Congresso del Collegio dei Docenti di Odontoiatria 2005 “Indagine Epidemiologica sullo Stato di Salute Orale negli Anziani” C. Perra, P.F. Porciani, T. Pozzi
6. Roma Atti del Congresso del Collegio dei Docenti di Odontoiatria 2006“Scale di autonomia geriatrica nella valutazione preprotesica del paziente anziano” P.F. Porciani, C. Perra, M. Gabriele, S. Cei P. Rolla
7. Maria Lunardelli, Emilio Martini, Anna Nardelli, Fulvio Lauretani, Caterina Perra, Silvia Pizzi “Alimentazione sana in bocca sana nell’anziano” I luoghi della cura Anno XII 2015(2): 14-18
8. Prevenzione Odontostomatologica 2010;4:13-16 “Il trattamento odontoiatrico del paziente con disturbo cognitivo” C. Perra, A. Notarelli, E. Lopresti
9. C. Perra “L’importanza della salute orale nell’anziano” Medical Network 2016 Anno XVI N 1:19-21
10. D. Calamassi, C. Baldini, S. Niccolini, C. Perra, E. Rinaldini, M. Poli, T. Nannelli. Le alterazioni del cavo orale negli utenti in carico ai servizi di assistenza domiciliare: un’indagine di prevalenza Prevenzione & Assistenza Dentale 2012;38:117-12325
11. Risoluzione A/RES/61/106 del 13 dicembre 2006 Assemblea Generale delle Nazioni Unite, Convenzione sui diritti delle persone con disabilità
12. Odontoiatria di comunità: criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale” Quaderni del Ministero della Salute n° 7, gennaio-febbraio 2011
13. Ministero della salute-dipartimento della sanità pubblica e dell’innovazione: “Raccomandazioni per la promozione della salute orale la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica” gennaio 2014
14. SNLG 21 Regioni “La fragilità dell’anziano” LINEA GUIDA Consiglio Sanitario Regionale
15. Geriatria Suppl. Vol. XVII Gennaio/Febbraio 2005 Atti del XVIII Congresso Nazionale Società Italiana Geriatri Ospedalieri “L’assistenza odontostomatologica al paziente anziano.
L’esperienza dell’AUSL11” V.Vismara, C.Perra
16. Roma Atti del Congresso del Collegio dei Docenti di Odontoiatria 2005 “Indagine epidemiologica sullo stato di Salute Orale negli Anziani” C. Perra, P.F. Porciani, T. Pozzi
17.GR 623/2005. PSR 2005-2007: odontoiatria un percorso sostenibi le. Indirizzi per la salute orale in età geriatrica nella valutazione preprotesica del paziente anziano” P.F. Porciani, C. Perra, M. Gabriel, CeiP. Rolla.

18.DGR 426/2014. Assistenza Odontoiatrica. Linee di indirizzo per l’implementazione dell’offerta odontoiatrica in Toscana.

19. Progetto CCM finanziato dal Ministero della Salute “Sorridiamo alla Salute”: Igiene e salute orale nel paziente con bisogni speciali” Resp. Scientifico Dott.ssa Giuliana Mancini settembre 2019-giugno 2023