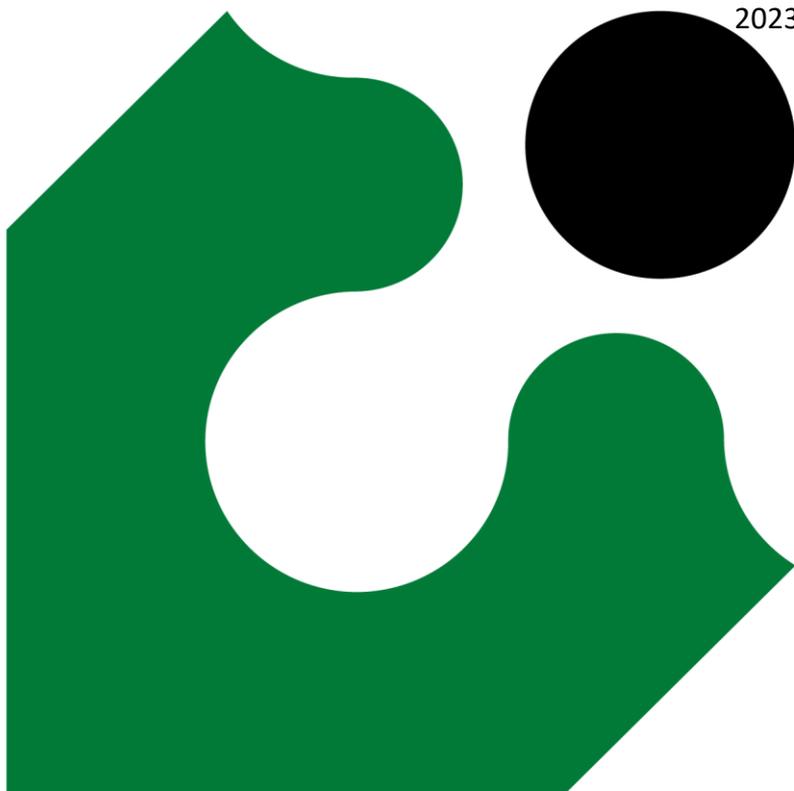


**Efficientamento della presa in carico del paziente  
disabile non collaborante con patologia  
odontoiatricica urgente nell'ASST Spedali Civili di  
Brescia**

ELENA BARDELLINI  
ALBERTO LOMBARDI  
MARIA GRAZIA MARINONE

Corso di formazione manageriale  
per Dirigenti di Struttura Complessa  
2023



# **Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa**

## **GLI AUTORI**

*Elena Bardellini*, Professore Associato, Dipartimento di Specialità Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia - Dirigente Medico, ASST Spedali Civili di Brescia, elena.bardellini@unibs.it

*Alberto Lombardi*, Direttore SC Programmazione e Acquisto Prestazioni sanitarie e sociosanitarie – Dipartimento PAAPSS, ATS Brescia, dr.albertolombardi@gmail.com

*Maria Grazia Marinone*, Dirigente Medico, ASST Spedali Civili di Brescia, mg.marinone@libero.it

## **IL DOCENTE DI PROGETTO**

*Marta Marsilio*, Professore Associato, UNIMI

## **IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO**

*Federico Lega*, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano

Publicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento  
può essere pubblicata senza citarne la fonte.

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia  
odontoiatrica urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

Copyright © PoliS-Lombardia



**PoliS-Lombardia**  
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano  
[www.polis.lombardia.it](http://www.polis.lombardia.it)

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia  
odontoiatrica urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

INDICE	
ABBREVIAZIONI.....	5
INTRODUZIONE.....	6
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO.....	21
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO.....	23
METODOLOGIA ADOTTATA.....	24
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	26
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE .....	33
RISULTATI ATTESI e CONCLUSIONI.....	43
CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo) .....	45
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	46
BIBLIOGRAFIA .....	47
SITOGRAFIA .....	49

## **ABBREVIAZIONI**

PSO : Pronto Soccorso Odontoiatrico

PS : Pronto Soccorso

CMF :Chirurgia Maxillo Facciale

ICDH : International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps

ICF : International Classification of Functioning, Disability and Health

CDD : Centri diurni per disabili

CSS : Comunità alloggio Socio-Sanitarie per persone con disabilità

RSD : Residenze Sanitario-assistenziali per Disabili

PGTA: Piano Attuativo per il Governo dei Tempo di Attesa

PDTA : Percorso diagnostico Terapeutico Assistenziale

## **INTRODUZIONE**

### **1.1 CLASSIFICAZIONE DELLA DISABILITÀ: DAGLI ICDH AGLI ICF**

La disabilità è una condizione che riguarda circa una persona su cinque nel mondo. Questo dato tende ad aumentare in Europa e in Italia, a causa dell'invecchiamento progressivo della popolazione. Per identificare le barriere affrontate dalle persone disabili, è necessario mettere in discussione e ridefinire i termini che riguardano le disabilità e i loro significati.

L'OMS nel 1980 [WHO, 1980] pubblica un documento dal titolo International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) con l'obiettivo di definire e classificare le disabilità e di creare un linguaggio comune utilizzabile da tutti gli operatori del settore. In modo particolare il documento definisce il significato dei termini menomazione, disabilità e handicap.

► *Menomazione* (impairment): qualsiasi perdita o anormalità a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche; essa rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico e in linea di principio riflette i disturbi a livello d'organo.

► *Disabilità* (disability): qualsiasi limitazione o perdita, a seguito di un evento morboso sia esso una malattia (congenita o acquisita) o un incidente, della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano. La disabilità rappresenta l'oggettivazione della menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona. La disabilità si riferisce a capacità funzionali estrinsecate attraverso comportamenti che per generale consenso costituiscono aspetti essenziali della vita di ogni giorno.

► *Handicap*: condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona (in base all'età, al sesso e ai fattori socio-culturali). Esso rappresenta la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e come tale riflette le conseguenze – culturali, sociali, economiche e ambientali – che per l'individuo derivano dalla presenza della menomazione e della disabilità. A seguito di un evento morboso, sia esso una malattia (congenita o acquisita) o un incidente, una persona può subire una menomazione, ovvero una perdita o anomalia strutturale o funzionale, fisica e/o psichica. La menomazione può poi portare alla disabilità, ovvero alla limitazione della persona nello svolgimento di una o più attività considerate "normali" per un essere umano della stessa età. Infine, la disabilità può portare all'handicap, ovvero allo svantaggio sociale che si manifesta a seguito dell'interazione con l'ambiente. La sequenza descritta non è comunque sempre così lineare: può essere interrotta e una persona può essere menomata senza essere disabile e disabile senza essere handicappata. Dall'analisi della classificazione si

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

evince che una menomazione può dar luogo a più tipi di disabilità e implicare diversi tipi di handicap. Per esempio un individuo con una menomazione oculare può presentare disabilità nella comunicazione e nella locomozione e handicap, ad esempio, nella mobilità e nell'occupazione. Analogamente un certo tipo di handicap può essere collegato a disabilità diverse, che a loro volta possono derivare da più tipi di menomazione. Mentre per un individuo la menomazione ha carattere permanente, la disabilità dipende dall'attività che deve esercitare e l'handicap esprime lo svantaggio che ha rispetto agli altri individui, i cosiddetti normodotati. Un paraplegico ha certamente un handicap quando si tratta di giocare al calcio, ma non ne ha praticamente nessuno nel far uso di un pc.



Questa impostazione, integralmente accolta dalla normativa vigente in materia nel nostro Paese (Lg 104/'92), è stata recentemente rivisitata dall'OMS, attraverso una nuova classificazione: l'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), elaborata nel 2001 [WHO, 2001]. La denominazione è già indicativa di un cambiamento sostanziale nel modo di porsi di fronte al problema ed evidenzia la necessità di fornire un quadro di riferimento e un linguaggio unificato per descrivere lo stato di una persona. Non ci si riferisce infatti più a un disturbo, strutturale o funzionale dell'individuo ma lo si rapporta ad uno stato considerato di "salute". I termini "impairment", "disability" e "handicap", che indicano qualcosa che manca all'individuo per raggiungere il pieno "funzionamento", vengono sostituiti da termini che definiscono l'individuo nelle sue strutture, funzioni, attività e partecipazione in relazione all'ambiente [Bickenbach, 2012; Maeda et al., 2005]. L'aspetto significativo della classificazione ICF è stato quello di associare lo stato di un individuo non solo a funzioni e strutture del corpo umano, ma anche ad attività a livello individuale e di

partecipazione nella vita sociale e di descrivere le persone, in relazione alle loro situazioni di vita quotidiana e al contesto ambientale (sociale, familiare e lavorativo) che lo circonda.

Partendo dalla presenza di una condizione di salute (interpretata ampiamente per includere tutto, dalla malattia o lesione ai problemi di salute associati a fenomeni naturali come la gravidanza), l'ICF distingue tre livelli di funzionamento umano. Il funzionamento può essere classificato a livello corporeo (funzioni e strutture corporee/deficit); a livello dell'intera persona (attività/limitazioni dell'attività); a livello dell'esperienza vissuta della salute (partecipazione/restrizioni alla partecipazione). L'ICF è ampiamente utilizzato come strumento epidemiologico standard nella ricerca medica e in molti settori correlati.

L'ICF sottintende un modo di pensare "positivo". Non riguarda solo le persone con disabilità e ha dunque uso e valore universale. Parte dal funzionamento per dire se e quanto ciascuno se ne discosta e ha il vantaggio rispetto alla classificazione ICIDH di non dover specificare le cause di una menomazione o disabilità, ma solo di indicarne gli effetti. Gli stati di salute di un individuo possono prevedere l'aggiunta di qualificatori, che specificano l'estensione o la gravità del funzionamento o della disabilità; analoghi qualificatori esistono per le attività, per le quali si parla di restrizioni, e per la partecipazione, per la quale si possono avere limitazioni. Infine, sui fattori ambientali si hanno delle barriere.

L'ICF ha come scopo generale quello di fornire un linguaggio standard e unificato che possa servire come modello di riferimento descrivere le componenti della salute e gli stati ad essa correlati. Questo sistema può essere utilizzato in diverse discipline e settori come quelli clinici, statistici, di ricerca e delle politiche sociali. L'ICF offre una base scientifica per comprendere e studiare la salute, le condizioni ad essa legate, le conseguenze e le cause che le determinano. Inoltre, stabilisce un linguaggio comune al fine di migliorare la comunicazione tra i diversi utenti, tra cui gli operatori sanitari, i ricercatori, le figure politiche e la popolazione generale, inclusi gli individui con disabilità. Permette anche di confrontare i dati raccolti tra diversi Paesi, discipline sanitarie, servizi e periodi diversi e fornisce uno schema sistematico di codifica per i sistemi informativi sanitari.

## **1.2 LE BARRIERE ALLA SALUTE ORALE NEI PAZIENTI DISABILI**

L'odontoiatria per i pazienti con disabilità presenta diverse sfide e richiede un'attenzione particolare. La ricerca attuale suggerisce che le persone disabili e coloro che vivono con condizioni disabilitanti a lungo termine, come malattie mentali o difficoltà di apprendimento, presentano una salute orale più compromessa rispetto ai loro coetanei senza disabilità [Goss, 2007]. Si ritiene che il problema potrebbe risiedere nelle barriere incontrate dalle persone disabili nell'uso dei servizi dentali, piuttosto che nella natura intrinseca dell'invalidità [Pradhan A et al. 2009]. Le barriere comunicative possono rendere difficile descrivere le

proprie esigenze o anche il dolore o le sensazioni provate durante il trattamento dentale. Le barriere fisiche possono comportare problemi di mobilità che limitano l'accesso alla poltrona odontoiatrica, rendendo difficile eseguire determinate procedure in modo sicuro [Allerton et al. 2012].

Uno studio condotto da Scully et al. [2007] ha suggerito quattro categorie di *barriere* che impediscono alle persone di accedere alle cure odontoiatriche. Queste sono: barriere individuali, barriere legate alla professione odontoiatrica, barriere sociali e governative.

Le barriere individuali includono una mancanza di percezione del bisogno da parte degli individui o dei loro caregiver; difficoltà nel seguire le istruzioni riguardanti l'igiene orale personale; problemi di accesso, inclusi quelli legati ai viaggi verso e dallo studio dentistico.

Le barriere legate alla professione odontoiatrica includono una mancanza di formazione specifica alle esigenze del lavoro; scarsa capacità di comunicazione; alta rotazione del personale che comporta una mancanza di fiducia e continuità delle cure; mancanza di attrezzature; mancanza di ambienti clinici idonei; mancanza di risorse.

Le barriere sociali includono una mancanza di consapevolezza sull'importanza delle cure e della promozione della salute orale, una mancanza di pianificazione e fornitura di servizi adeguati e una mancanza di ricerca sulle esigenze di salute orale delle persone disabili.

Infine, le barriere governative includono una mancanza di risorse per i servizi di salute orale e l'incapacità risultante di mettere in pratica la pianificazione e le politiche per garantire cure odontoiatriche di buona qualità per tutti.

Ciò suggerisce che ci sono significative barriere a più livelli per garantire che le esigenze di salute orale delle persone disabili siano soddisfatte e che ricevano cure di buona qualità. Secondo il Rapporto Mondiale sulla Disabilità, queste barriere discriminano le persone disabili nel tentativo di accedere alle cure sanitarie [Shakespeare et al. 2012]. In questo documento, il concetto di "barriere" deriva dal modello sociale di disabilità, riferendosi a qualsiasi aspetto del mondo materiale, sociale o culturale che esclude o discrimina una persona disabile.

### **1.3 CURE ODONTOIATRICHE IN PAZIENTI DISABILI. ODONTOIATRIA SPECIALE (SPECIAL CARE DENTISTRY)**

L'Odontoiatria speciale (Special Care Dentistry) è la disciplina che si occupa della prevenzione e della cura delle patologie odontoiatriche nei pazienti con disabilità [Dougall et al. 2008; Bollard 2002]. Questi pazienti hanno molto spesso un basso standard di igiene orale, sia per la difficoltà dei caregiver di mantenere una corretta igiene domiciliare, sia per la scarsa o assente collaborazione del paziente stesso alla seduta odontoiatrica oltre che per problematiche locali come malposizioni dentali, ipertrofia gengivale, respirazione orale, macroglossia, disfagia e incapacità ad una alimentazione solida. I tassi di carie tra le persone con

disabilità intellettiva sono simili a quelli della popolazione generale, ma le carie sono significativamente meno trattate e, quando trattate, più spesso portano a estrazioni dentali [Cumella et al.2000; Owens J et al.2011]. Questo a sua volta può compromettere la salute orale e avere implicazioni più ampie, influenzando negativamente l'autostima, la qualità della vita, la nutrizione, la comunicazione e la salute generale [Daly et al. 2015].

Gli approcci alla cura odontoiatrica nel caso dei pazienti disabili possono variare in base alle specifiche esigenze e alle limitazioni individuali. Alcuni dei principali approcci includono :

- **Adattamenti fisici dell'ambiente:** È importante assicurare che l'ambiente odontoiatrico sia accessibile e confortevole per i pazienti disabili. Questo può implicare l'installazione di rampe o ascensori per facilitare l'accesso alle persone con disabilità motorie, nonché l'adattamento delle attrezzature odontoiatriche per consentire una posizione comoda durante il trattamento [Edwards et al. 2002]
- **Comunicazione efficace:** Gli operatori odontoiatrici devono adottare un approccio comunicativo adeguato per comprendere le esigenze dei pazienti disabili. Ciò può includere l'uso di linguaggio semplice e chiaro, l'uso di supporti visivi come immagini o diagrammi per spiegare i procedimenti e una comunicazione paziente-centrica che consideri le modalità di comunicazione preferite dal paziente [Faulks et al 2012].
- **Collaborazione con caregiver:** Spesso, i pazienti disabili possono richiedere assistenza dai loro caregiver durante le visite odontoiatriche. Gli operatori odontoiatrici dovrebbero collaborare con i caregiver per comprendere le esigenze del paziente, fornire istruzioni per la cura domiciliare e coordinare gli appuntamenti. [Gallagher et al 2012; Petrovic et al.,2011 ].
- **Pianificazione individuale del trattamento:** Ogni paziente disabile ha esigenze uniche e potrebbe richiedere un piano di trattamento personalizzato. Gli operatori odontoiatrici dovrebbero valutare attentamente la situazione del paziente, tenendo conto delle sue abilità funzionali, delle esigenze di assistenza e delle eventuali condizioni mediche sottostanti per pianificare un trattamento appropriato [Faulks et al., 2012; Scambler et al. 2011; Scambler et al. 2015; Scambler et al. 2019].
- **Sedazione e anestesia:** Alcuni pazienti disabili possono avere difficoltà a tollerare il trattamento odontoiatrico a causa di ansia, paura o problemi comportamentali. In tali casi, possono essere considerate opzioni di sedazione o anestesia per garantire il comfort e la sicurezza del paziente durante il trattamento [Piana, 2005].

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

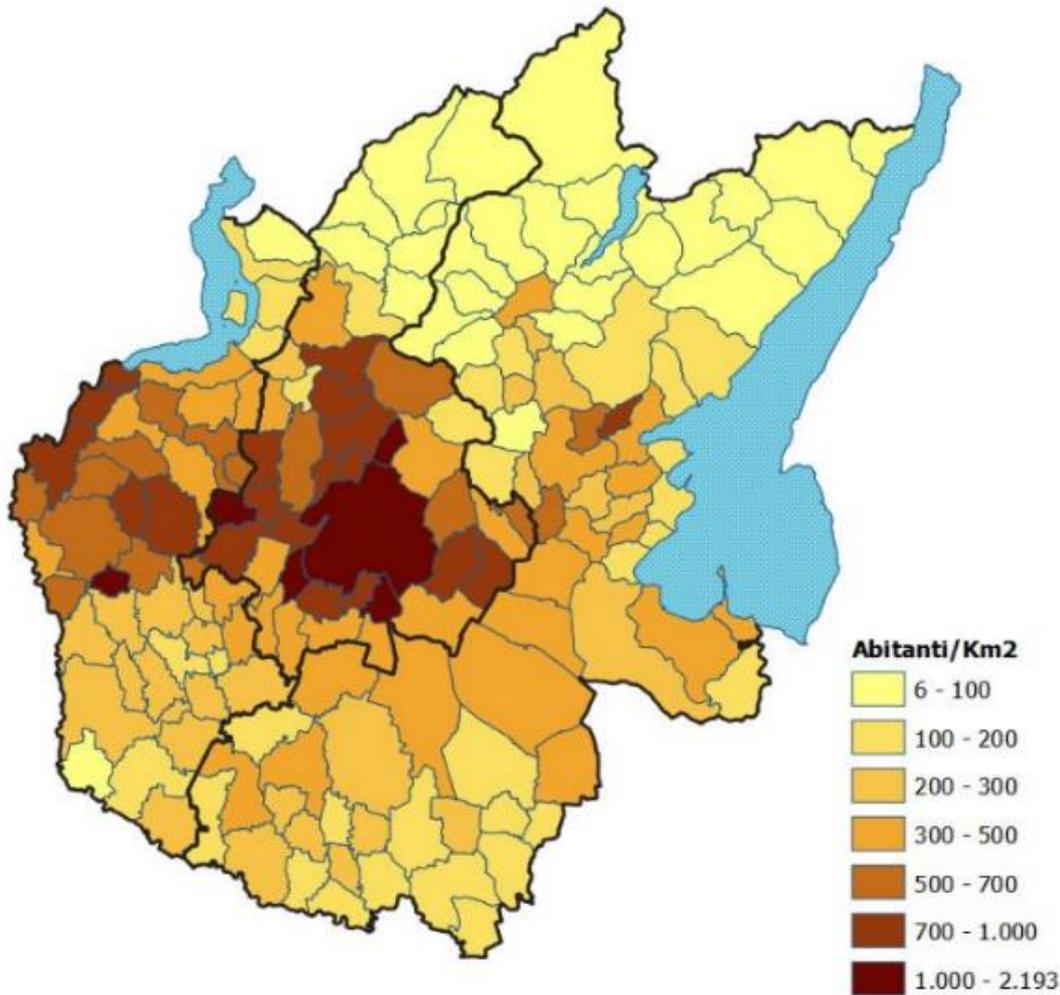
- Educazione e prevenzione: La promozione di una corretta igiene orale e la prevenzione delle malattie dentali sono importanti per i pazienti disabili. Gli operatori odontoiatrici dovrebbero fornire istruzioni dettagliate sulle pratiche di igiene orale e sulle abitudini alimentari salutari, nonché educare i pazienti e i loro caregiver sugli effetti della disabilità sulle condizioni orali e sulle possibili complicanze [Devinsky et al, 2020; Glassman et al. 2008]

È importante sottolineare che gli approcci alla cura odontoiatrica nel paziente disabile devono essere personalizzati in base alle specifiche esigenze e alle capacità del singolo paziente. Ovviamente la possibilità di eseguire cure odontoiatriche adeguate diventa molto più complessa se il paziente disabile presenta un'urgenza odontoiatrica. La consulenza di un odontoiatra esperto nella cura dei pazienti disabili è fondamentale per garantire una cura adeguata e confortevole.

#### **1.4 ANALISI E INDICATORI DI LETTURA CRITICA RAPPRESENTATIVI DEL CONTESTO TERRITORIALE**

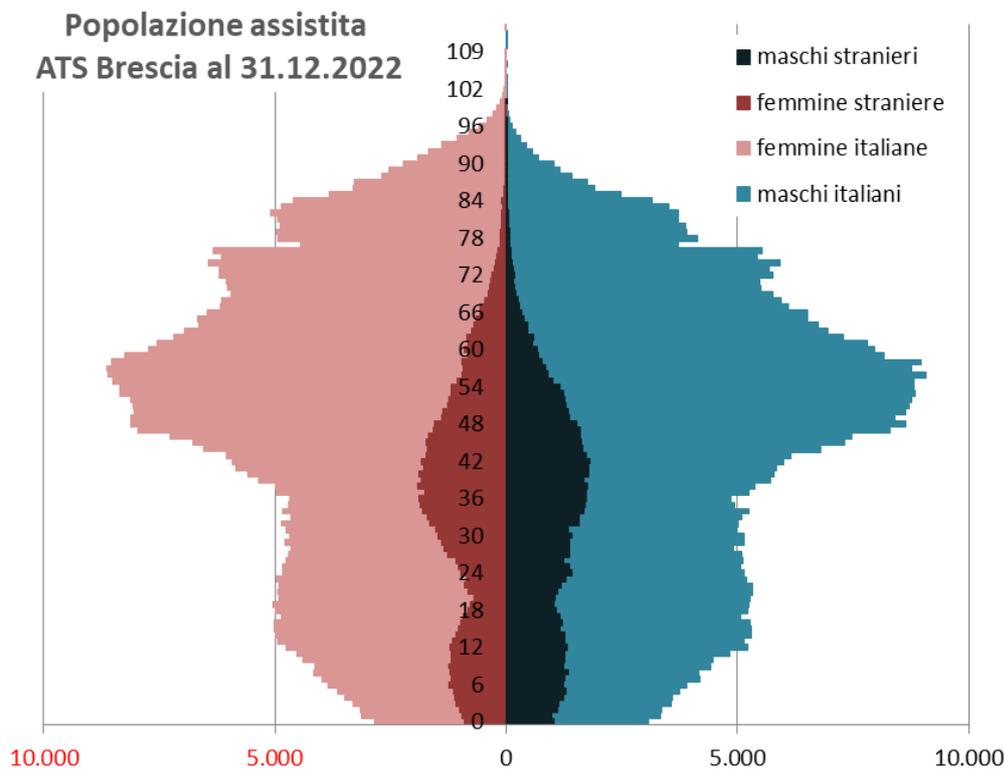
##### **1.4.1 Contesto territoriale ATS Brescia**

Il territorio dell'ATS di Brescia si estende su un'area di 3.465 km<sup>2</sup>, che comprende 164 Comuni, 3 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) articolate in 11 Distretti. I residenti al 01/01/2023, dal Rapporto Annuale 2023 pubblicato in data 07.07.2023 da Istat, sono 1.253.993, di cui il 50,42% femmine (632.145) e 49,58% maschi (621.848). La densità di popolazione media è di 334 abitanti per Km<sup>2</sup>, con l'area cittadina che è quella più densamente abitata (>1.000 persone/km<sup>2</sup>), seguita dai Comuni adiacenti al perimetro cittadino o situati sui grandi assi stradali, mentre le zone montane sono quelle con la minor densità abitativa.



#### **1.4.2 Demografia**

Il numero di persone assistite, iscritte al Servizio Sanitario Regionale, sono superiori a quelle residenti. Al 31/12/2022 il numero di assistiti era 1.180.449, di cui l'1,7% non residente (20.410 persone). La piramide demografica rappresenta graficamente la composizione della popolazione assistita per sesso ed età ed evidenzia una maggior numerosità di femmine (50,5%) in virtù di una loro maggior presenza nelle fasce oltre i 60 anni, evidenziata dalla asimmetria nella parte alta della piramide. Nelle classi sotto i 50 anni le femmine risultano sempre di poco inferiori rispetto ai maschi, la percentuale dei sessi è simile tra i cinquantenni, mentre il rapporto si inverte dopo i 60 anni, aumentando progressivamente. La classe degli ultraottantacinquenni è per il 68,2% rappresentata da donne (26.765 contro 12.489 uomini).



L'età media della popolazione a dicembre 2022 era di 45,2 anni, più elevata nelle femmine (46,5) che nei maschi (43,9), inferiore a quella nazionale (46,2 anni) e a quella regionale (45,6 anni).

### **1.4.3 L'evoluzione demografica negli ultimi anni**

La Tabella 1 riporta la variazione dei principali indici demografici negli ultimi 10 anni (2013-2022).

La popolazione è complessivamente cresciuta dello 0,9% ed è aumentata anche l'età media (80 giorni in più ogni anno, dal 2013 al 2022). Questo progressivo invecchiamento della popolazione (Figura 3) è dovuto alla contemporanea presenza di due fenomeni contrapposti e cioè l'aumento di anziani (+13,0%) e grandi anziani (+23,2%) e la diminuzione della popolazione giovanile (-12,1% al di sotto dei 15 anni). Tale trend, con andamento piuttosto stabile nel tempo, ha però subito importanti variazioni in particolare nel 2020 e in parte nel 2021, a causa dell'emergenza COVID.

Anche la popolazione dei grandi anziani (età superiore agli 84 anni) riprende a crescere nel 2022 (+ 664 unità) con percentuali in linea rispetto al periodo pre pandemico.

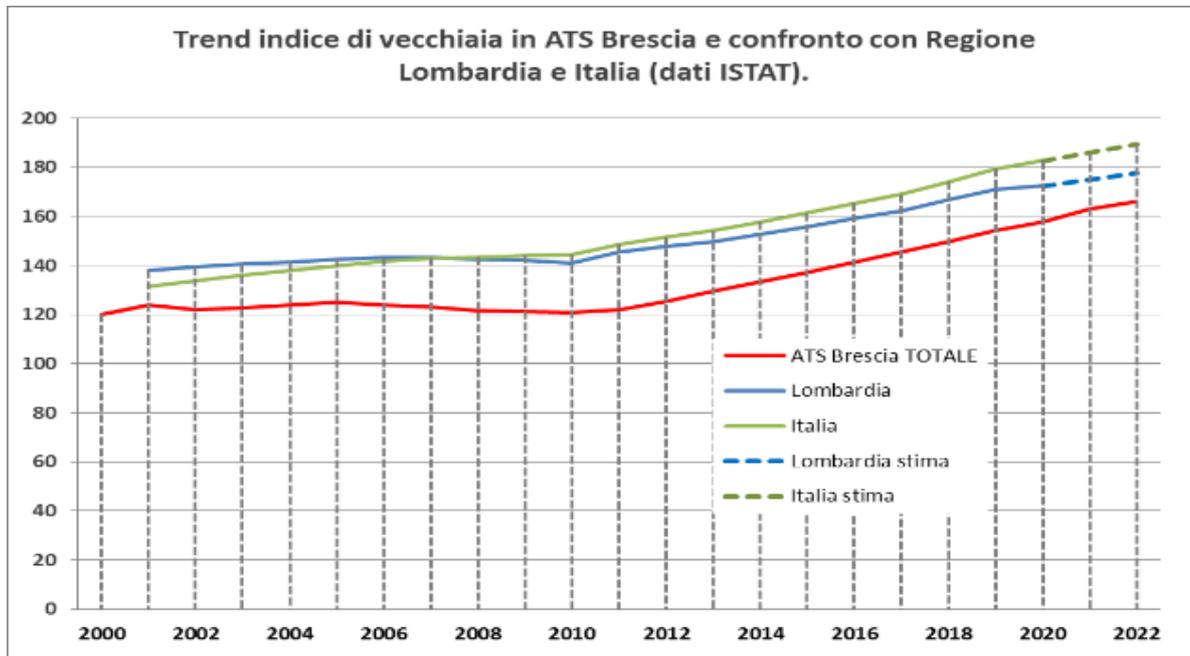
L'indice di vecchiaia, rapporto tra la popolazione con età  $\geq 65$  anni e quella con meno di 15 anni, è rimasto piuttosto stabile dal 2000 al 2011, anni di forte immigrazione, mentre è cresciuto negli anni successivi.

Il dato che più balza all'occhio è il picco di mortalità che si è concentrato nell'anno 2020 a causa della pandemia di Covid. Complessivamente dal 2012 al 2021 il numero di decessi è aumentato del 18,2%, ma dal

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

2019 al 2020 l'aumento è stato del 37,1%, mentre fino ad allora vi era un incremento medio annuo di poco superiore all'1%. Nel 2021 il numero di decessi è tornato a valori più simili al periodo pre-pandemia e tale trend si è confermato anche nel 2022 con un'ulteriore diminuzione del numero dei decessi, pari a 11.679.

Figura 3: Trend di invecchiamento in ATS Brescia



*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica  
urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

Tabella 1: Trend demografico nella popolazione assistita ATS Brescia: anni 2013-2022

Anno	2013	2021	2022	delta% 2022/2013	delta% 2022/2021
Totale assistiti	1.170.158	1.174.892	1.180.449	0,9%	0,5%
Età media	43,0	45,1	45,2		
N° stranieri	169.736	168.327	172.962	1,9%	2,8%
% Stranieri	14,5%	14,3%	14,7%		
N° bambini (<15 anni)	178.424	158.091	156.842	-12,1%	-0,8%
% Bambini	15,3%	13,5%	13,29%		
N° anziani (>=65 anni)	231.028	257.619	260.998	13,0%	1,3%
% Anziani	19,7%	21,9%	22,11%		
Indice vecchiaia (>=65/minore anni 15)	129	163	166	28,5%	2,1%
N° grandi anziani (>=85 anni)	31.871	38.590	39.254	23,2%	1,7%
% Grandi anziani	2,7%	3,3%	3,33%		
Indice di dipendenza strutturale	53,8	54,8	54,8	1,8%	=
Indice di dipendenza degli anziani	30,4	33,9	34,2	12,7%	0,9%
N. Nuovi nati *	10.799	8.177	8.105	-24,9%	-0,9%
Tasso natalità x 1.000	9,23	6,96	6,87	-25,6%	-1,3%
Numero morti *	9.777	11.816	11.679	19,5%	-1,2%
Tasso mortalità x 1.000	8,4	10,06	9,89	18,4%	-1,6%

#### 1.4.4 Quanti sono i soggetti disabili in ATS Brescia

Un dato preciso sul numero dei disabili presenti sul territorio di Brescia non è attualmente disponibile. La complessità della disabilità rende difficile fornire un dato quantitativo. La spiegazione è fornita dall'eziologia della disabilità, si tratta di disabilità motoria o disabilità psichica, trattasi di disabilità acquisita a seguito di un evento traumatico o a seguito di una patologia cronica invalidante (patologie neurodegenerative e tumorali), oppure disabilità congenita legata a malattie genetiche rare, la disabilità comporta anche la non collaborazione della persona, oppure la persona è collaborante.

Il nostro project work vuole prendere in considerazione proprio la persona disabile non collaborante, in quanto trattasi della situazione più delicata che possa presentarsi in ambulatorio oppure in sala operatoria. La mancata compliance della persona, comporta risvolti anche medico legali di non secondaria importanza, come il consenso informato, la persona che accompagna l'utente è il caregiver, è il suo amministratore di sostegno, è semplicemente un operatore della struttura quando il disabile non è più a domicilio.

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica  
urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

Solo per fornire un esempio di quanto sia grande l'accezione del termine disabilità, si possono fare i seguenti scenari: autismo, demenza, sordità, inabilità, invalidità, assistenza domiciliare, residenzialità, protesica e ausili, Dopo di Noi, Misura B1 e Misura B2.

Corre l'obbligo di fornire due esempi che possono essere emblematici: utente con grave ritardo mentale e con disturbi del comportamento, che però è in grado di muoversi e utente con paraplegico a seguito di incidente stradale, collaborante. Tutti e due sono utenti disabili con invalidità civile al 100% e con assegno di accompagnamento, ma con un quadro di disabilità e compliance alle terapie ben diversa.

Oltre alla difficoltà eziopatogenetica della disabilità, dobbiamo anche considerare la difficoltà di "rendicontazione" della disabilità. Tutte le ATS sono dotate di flussi informativi che sono in grado di fornire informazioni dettagliate, ma a questi flussi devono essere poste query ben precise. Ci sono flussi informativi che possono fornirci il dato sui minori con gravissima disabilità, sono gli utenti della misura B1, poi ci flussi che forniscono dati inerenti all'invalidità con assegno di accompagnamento, flussi inerenti all'utilizzo di protesi e ausili.

Il dato preciso in termini numerici e anche di gravità della disabilità è disponibile solo per gli utenti disabili ricoverati nelle unità di offerta a loro dedicate. Tutte le ATS hanno a disposizione il numero delle strutture, il numero di posti letto e la saturazione di tali posti letto; è anche possibile conoscere la storia clinica degli utenti e la gravità della loro disabilità attraverso le schede SIDI.

Per la complessità del quadro che abbiamo cercato, seppur brevemente, di illustrare, la Direzione Generale Welfare ha dato mandato ai servizi epidemiologici delle 8 ATS di Regione Lombardia di progettare un nuovo flusso informativo specifico per la disabilità che tenga conto di parametri che permettano di analizzare e fornire risposte in funzione delle variabili sopra descritte.

Tale flusso sarà in grado di fornire dati sulla disabilità fisica, psichica, intellettuale diviso per fasce di età e per sesso, gravità della disabilità tale per cui si registra una invalidità civile con assegno di accompagnamento.

A titolo esemplificativo (Tabella 2, Tabella 3 e Figura 4) è stato possibile estrapolare i seguenti dati al 31.07.2023, con le seguenti spiegazioni: si tratta degli assistiti di ATS Brescia attivi al 31.07.2023 con un'esenzione per invalidità al 100% e accompagnamento; l'esenzione è la C02 e la dicitura completa è "INVALIDI CIVILI AL 100% DI INVALIDITA' CON INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO (EX ART.6 DM 1.2.1991)".

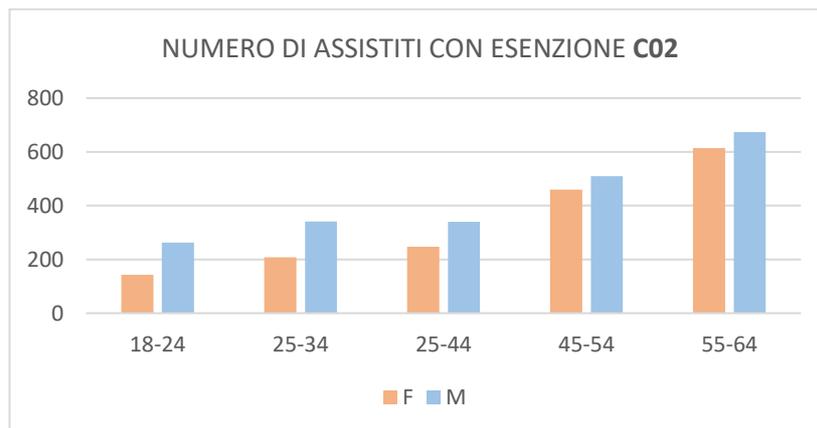
**TAB.2 NUMERO ASSISTITI CON C02**

CATEGORIA DI ETÀ	F	M	TOTALE
18-24	143	262	405
25-34	208	341	549
25-44	247	340	587
45-54	460	510	970
55-64	614	673	1.287
<b>TOTALE</b>	<b>1.672</b>	<b>2.126</b>	<b>3.798</b>

**TAB. 3 POPOLAZIONE ASSISTITA**

CATEGORIA DI ETÀ	F	M	TOTALE
18-24	40.276	44.663	84.939
25-34	60.632	64.563	125.195
25-44	70.964	72.500	143.464
45-54	91.940	96.184	188.124
55-64	88.162	88.782	176.944
<b>TOTALE</b>	<b>351.974</b>	<b>366.692</b>	<b>718.666</b>

Figura 4: Rappresentazione grafica del numero di assistiti con esenzione C02 divisi per sesso



#### 1.4.5 Contesto territoriale delle strutture sociosanitarie in ATS Brescia

L'articolazione delle strutture sociosanitarie sul territorio di ATS Brescia è capillare, infatti non risultano aree scoperte.

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

Come richiesto da Regione Lombardia, per ottemperare a quanto richiesto dalla M6 C1 del PNRR, si focalizza l'attenzione sui soggetti fragili (anziani e disabili) e sul potenziamento dell'offerta territoriale (DGR n.715 del 24.07.2023 e DGR n. 717 del 24.07.2023).

Le offerte residenziali per i soggetti disabili, come evidenziato nelle tabelle sottostanti, si distinguono in:

- **Centri Diurni Disabili (CDD):** struttura semi-residenziale, per disabili gravi di età superiore ai 18 anni (minori accolti eccezionalmente e a determinate condizioni), aperto almeno cinque giorni alla settimana. Attiva interventi educativi, riabilitativi e ricreativi diversificati in base al progetto individuale, particolarmente necessari per consentire alla famiglia di mantenere al proprio interno la persona disabile (DGR n. 18334 del 23.07.2004)
- **Comunità alloggio Socio-Sanitarie per persone con disabilità (CSS):** accolgono persone disabili prive di sostegno familiare. Alle persone disabili prive di sostegno familiare accolte nelle CSS, verrà erogato, per l'acquisto delle prestazioni socio-sanitarie che saranno garantite dalla comunità, un voucher di lungo-assistenza mensile diversificato per complessità di intervento ed in base al grado di fragilità dell'ospite (DGR n. 18333 del 23.07.2004).
- **Residenze Sanitario-assistenziali per Disabili (RSD):** persone con età inferiore ai 65 anni, non assistibili a domicilio, con disabilità grave. Nelle RSD, in coerenza alle caratteristiche della fragilità, vengono garantite agli ospiti prestazioni ad elevato grado di integrazione sanitaria, di riabilitazione, di mantenimento, di supporto socio-assistenziale (DGR n. 12620 del 07.04.2003).

La patologia odontoiatrica urgente potrebbe essere considerata ubiquitaria nella popolazione, anche se fattori estetici, di sopportazione al dolore, lavorativi potrebbero modificare i valori.

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica  
urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

CONTESTO TERRITORIALE: STRUTTURE OSPEDALIERE/TERRITORIALI AL 01/01 ANNO CORRENTE					
fonte: portale ASAN R.L.					
STRUTTURE SENZA DEGENZA		N° Strutture Accreditate			
POLIAMBULATORI (specialistica, laboratori, diagnostica per immagini...)		12	strutture ambulatoriali esterne		
STRUTTURE MONOSPECIALISTE		N° Strutture Accreditate			
DIALISI - CAL		11	macroattività attività di dialisi		
ODONTOIATRICHE		18	specialità ambulatoriali		
CENTRI MEDICINA DELLO SPORT		8	UO Poliambulatorio Med. Sportiva		
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		30	macroattività attività di Diagnostica per immagini		
MEDICINA DI LABORATORIO		6	strutture SMeL Esterne		
CENTRI OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA		1	macroattività ambulatorio		
PUNTI PRELIEVO		35	macroattività afferenti a SMeL esterni sul territorio di ATS BS		
STRUTTURE CON DEGENZA		PUBBLICHE			
N° Enti		3	9	0	2
N° Presidi		15	12	0	2
N° Strutture degenza/urgenza		PFI	0	0	0
		PS	4	2	0
		DEA	3	1	0
		EAS	2	1	0
N° PL Accreditat (Degenza)		3208	1916	0	209
N° PL Terapia Intensiva Accreditat		EIA	63	25	0
		UCC	34	10	0
		DEDICATI A SPECIAUSTICHE (CCH-NCH)	9	9	0
N° PL Assistenza OBI		non tracciati in assetto			
N° PL Diurni DR/DS		163	112	0	0
N° PL tecnici BIC/MAC		236	47	0	26
N° PL Nido		136	88	0	0
SUB ACUTE		N° Strutture Accreditate	N° PL	*UO Attività Cure Sub Acute	
		7*	127		
STRUTTURE RIABILITATIVE		N° Strutture Accreditate	N° PL Degenza Accreditate	N° PL Diurni (DH/MAC)	**UO Riabilitazione
PUBBLICHE		5**	139	1 DH/8 MAC	
PRIVATE		22**	925	12 DH/42 MAC	
STRUTTURE PSICHIATRIA		N° Strutture Accreditate	N° PL		
Strutture Residenziali		32	480		
Strutture Non Residenziali		12	225		
STRUTTURE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		N° Strutture Accreditate	N° PL		
Strutture Residenziali		2	28		
Strutture Non Residenziali		5	70		

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica  
urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

ANALISI DI CONTESTO: FOTOGRAFIA DELLE UDO SOCIO SANITARIE AL 01/01 DELL'ANNO CORRENTE									
<i>N Ospiti / Utenti: numero di ospiti complessivamente transitati nell'anno precedente per tipologia di udo</i>									
<i>N Ospiti / Utenti a carico FSR ( 1/1-31/12 dell'anno precedente): numero di ospiti complessivamente transitati nell'anno precedente, per tipologia di udo, rendicontati a carico del FSR (il dato costituisce il sottoinsieme del precedente e, per le udo campionate, il riferimento su cui stabilire il quantitativo di Fasas atteso per i controlli di appropriatezza nell'anno corrente).</i>									
TIPOLOGIA Udo	N Udo ABILITATE	N Udo ABILITATE E ACCREDITATE	N Udo ABILITATE, ACCREDITATE E A CONTRATTO	N Udo IN PIANO PROGRAMMA	N POSTI ABILITATI	N POSTI ABILITATI E ACCREDITATI	N POSTI ABILITATI, ACCREDITATI E A CONTRATTO	N OSPITI / UTENTI	N OSPITI / UTENTI A CARICO FSR (1/1-31/12 dell'anno precedente)
RSA	89	85	85		7.111	6455	6.180		9.100
RSD	9	9	8	1	455	449	440		448
CDD	29	29	29		752	752	738		719
CDI	53	52	50		1108	1038	907		1.359
CSS	22	22	22		211	210	208		218
CF	34	34	34	5					32.633
SERT/SMI	12	12	12						3.887
INT	3	3	3		170	167			1.182
RIA AMB-DOM/CDC	4	4	4		10	10			4.374
RIA MIN									
HOSPICE	4	4	4	2	44	44	44		1.810
ADI	26	26	25	1					4.297
UCP-DOM	15	15	15						1.230
UOCP	4	4	4		53	53	53		
POST ACUTI	2	2	2		37	37	37		
DIP-COM	22	20	19		541	384	344		661
DIP-BIA	3	3	1		31	31	8		
ALTRA Udo: ...Da specificare									
<i>Subtotale</i>	331	324	317	9	10523	9630	8959	0	61.918
RSA APERTA	44	44	44						2472
RESID. ASSISTITA REL	3	3	3						50
RESID. LEGGERA	7	7	7						
CASE MANAGEMENT									
MINORI GRAVISSIMI									
ALTRA MISURA / SPERIMENTAZIONE: ...Da specificare									
<i>Subtotale</i>	54	54	54	0	0	0	0	0	2522
<b>Totale</b>	<b>385</b>	<b>378</b>	<b>371</b>	<b>9</b>	<b>10523</b>	<b>9630</b>	<b>8959</b>	<b>0</b>	<b>64440</b>

## **OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO**

L'obiettivo di questo progetto è implementare un percorso di cura ottimizzato per i pazienti disabili non collaboranti affetti da patologie odontoiatriche acute. Attualmente, questi pazienti vengono inseriti in lista d'attesa per eseguire le cure in anestesia generale, parimenti ai pazienti non collaboranti con patologia odontoiatrica non urgente.

Scopo principale di questo progetto è di stabilire un percorso di cura definito e condiviso tra le diverse Unità Operative coinvolte, che consenta di rispondere in maniera tempestiva all'emergenza odontoiatrica, rendendo il percorso strutturato e non dipendente dalla disponibilità momentanea dei colleghi. Questo percorso mira a fornire ai pazienti disabili con patologia odontoiatrica acuta e alle loro famiglie una continuità assistenziale, garantendo tempestività di intervento attraverso un percorso chiaramente definito. L'implementazione di questa strategia contribuirà a posizionare l'azienda in una posizione competitiva unica rispetto ad altre strutture territoriali, grazie alla possibilità di offrire una assistenza più efficiente e rapida ai pazienti disabili non collaboranti con patologia odontoiatrica acuta.

La specificità del progetto rispetto alle cure odontoiatriche nel paziente senza disabilità risiede:

- nella creazione di un percorso specifico alla tipologia del paziente all'interno della struttura ospedaliera;
- nella necessità di una tempistica delle prestazioni consona alla disabilità;
- nella necessità della figura del tutore o amministratore di sostegno o genitore per espletare le procedure relative al consenso informato e al consenso al trattamento e per garantire una maggiore serenità al paziente;
- nella difficoltà degli spostamenti e/o barriere architettoniche;
- nella difficoltà nell'esecuzione di visite ed esami strumentali;
- nelle eventuali difficoltà di comunicazione;
- nella necessità di avere personale di supporto adeguatamente preparato per effettuare sia l'accoglienza sia la gestione del paziente e caregiver;
- nella necessità di avere più figure mediche specialistiche data la complessità dei quadri clinici nei pazienti disabili
- nella necessità di avere uno staff odontoiatrico preparato nella pianificazione di un piano di trattamento, che tenga in considerazione vari fattori specifici come il quadro patologico del paziente

e il rischio infettivo, la difficoltà di mantenere una corretta igiene orale nel periodo post-operatorio, la mancanza di collaborazione per interventi successivi.

## **DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO**

Figure professionali coinvolte:

- Staff medico e di supporto del Pronto Soccorso Odontoiatrico
- Staff medico, studenti del Corso di Laurea di Odontoiatria e Protesi dentaria, del Corso di Laurea in Igiene orale, tutors.
- Staff medico e di supporto del Pronto soccorso adulti
- Staff medico e di supporto del Pronto soccorso pediatrico
- Staff Medico e di supporto dell'U.O. Chirurgia maxillo facciale pediatrica
- Staff medico e di supporto dell'U.O. Chirurgia maxillo facciale adulti
- Staff medico e di supporto del U.O. di Chirurgia orale di Montichiari
- Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta

Beneficiari del progetto:

- pazienti disabili adulti e pediatrici con patologia odontoiatrica acuta e non collaboranti

## **METODOLOGIA ADOTTATA**

La metodologia utilizzata per la definizione del percorso è stata sviluppata tramite un'analisi della letteratura e del contesto normativo attuale, in particolar modo riguardo i LEA odontoiatrici.

L'espressione di "percorso diagnostico terapeutico assistenziale" per definire la tematica in esame è stata orientata da due fondamentali motivazioni:

- il termine "percorso", più di altri termini, rende ragione sia dell'esperienza del cittadino/paziente, sia dell'impatto organizzativo che lo strumento dei PDTA può avere nella realtà aziendale che lo utilizza;
- i termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" consentono di affermare la prospettiva della presa in carico attiva e totale - dalla urgenza alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute, per la gestione del quale, spesso, diventano necessari interventi multi professionali e multidisciplinari, rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e della disabilità. In tal senso, i percorsi rappresentano la contestualizzazione di linee guida, relative a una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa di un'azienda sanitaria, tenute presenti le risorse ivi disponibili; sono quindi modelli locali che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, consentono un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata in funzione del miglioramento della qualità. I PDTA sono, in pratica, strumenti che permettono all'azienda sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione. Quando si costruisce un PDTA, risulta fondamentale indicare il suo ambito di estensione, qualificandolo come PDTA ospedaliero e/o PDTA territoriale. La progettazione e, ancor di più, l'implementazione di un PDTA mettono in luce la corresponsabilità tra i diversi professionisti e l'interdipendenza tra strutture organizzative nelle performance di presa in carico del malato.

Il progetto prevede lo sviluppo attraverso le seguenti fasi:

- Costruzione di un percorso della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica urgente dall'accettazione in Pronto Soccorso Generale o in Pronto Soccorso Odontoiatrico alle successive cure cui necessita essere sottoposto.
- Definizione delle strutture e delle attività delle singole U.U.O.O. coinvolte per il raggiungimento degli obiettivi del progetto, definendo una sequenza di attività assistenziali complesse, multiprofessionali.
- Attuazione del progetto attraverso la condivisione con la Direzione Generale e Sanitaria.
-

- 
- La metodologia utilizzata riguarda l'analisi del contesto definendo quali sono i punti di forza e di debolezza dell'Ente che vuole attuare il progetto e gli eventuali interventi da pianificare per la costruzione del percorso.
- La misurazione delle performance attraverso indicatori e del valore dell'assistenza che deve tenere conto dei costi da sostenere.

## **DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE**

### **1.1 UNITA' OPERATIVE COINVOLTE**

Le U.U.O.O. coinvolte nel percorso del paziente disabile con patologia odontoiatrica acuta (special care dentistry), sono le seguenti:

U.O. Pronto Soccorso Odontoiatrico ASST Spedali Civili di Brescia: opera per le urgenze odontoiatriche 24 ore su 24, tutti i giorni all'anno. Tale struttura comprende anche una Unità semplice con la funzione di filtro accettazione per il reparto ambulatoriale ospedaliero di odontostomatologia che permette di effettuare visite/pareri all'utenza che ne effettua richiesta, da parte di sanitari strutturati con diverse specialità, dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 12.

U.O. Odontostomatologia ASST Spedali Civili di Brescia: opera con l'attività assistenziale odontoiatrica ambulatoriale in ambito ospedaliero su indicazione dei LEA su pazienti in possesso di criteri clinici (pazienti fragili). Le specializzazioni odontoiatriche caratterizzano le "funzioni ed i centri funzionali interdisciplinari" dell'assistenza: Ortodonzia, Conservativa, Endodonzia, Chirurgia orale, Protesi (ove afferiscono pazienti che hanno subito interventi di demolizioni ossee "protesi otturatorie"), Parodontologia, Igiene orale (istruzione e manovre di igiene orale estese anche ai caregivers), Gnatologia, Patologia orale (prevenzione e cura delle patologie delle mucose orali e precancerosi) e Odontoiatria Pediatrica (dove afferiscono pazienti in carico alla Pediatria, Neuropsichiatria infantile, Emato-oncologia pediatrica, Ortopedia pediatrica e ai presidi territoriali).

U.O. Chirurgia maxillo facciale pediatrica: esplica la sua attività sui pazienti fragili (0-15 anni) con attività di consulenza al P.S. pediatrico e con "l'ambulatorio odontostomatologico del bambino fragile" con appuntamenti bisettimanali, per pazienti portatori di gravi patologie (neurologiche, cardiache, oncologiche, sindromi) che necessitano trattamenti, anche urgenti, che possono essere eseguiti solo in ambito ospedaliero in regime di anestesia generale. Tali trattamenti urgenti vengono inseriti, quando possibile, nelle sedute di sala operatoria routinaria a discrezione del chirurgo in turno.

U.O. Chirurgia Maxillo facciale:

- day surgery: chirurgia orale minore in pazienti fragili con patologie di base a rischio;
- anestesia generale: fratture del massiccio facciale, malformazioni dento scheletriche, chirurgia preprotetica, chirurgia ortognatica, paziente con patologia odontoiatrica non collaborante.

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

- esplica la sua attività sui pazienti (maggiori di 15 anni) con attività di consulenza al P.S. generale per pazienti portatori di gravi patologie (neurologiche, cardiache, oncologiche, sindromi) che necessitano trattamenti, anche urgenti, che possono essere eseguiti solo in ambito ospedaliero in regime di anestesia generale. Tali trattamenti urgenti vengono inseriti, quando possibile, nelle sedute di sala operatoria routinaria a discrezione del chirurgo in turno.

U.O. Pronto Soccorso adulti: servizio operativo 24 ore su 24, risponde alle richieste di soccorso sanitario urgente dei cittadini adulti (dai 15 anni compiuti) con funzioni di primo intervento e conseguentemente filtro tra l'afflusso dei pazienti e le U.U.O.O. ospedaliere.

U.O. Pronto Soccorso Pediatrico: servizio operativo 24 ore su 24, accoglie e valuta bambini e ragazzi sino al compimento del quindicesimo anno di età che presentano una patologia urgente

Presidio ospedaliero di Montichiari:

Per i pazienti fragili non collaboranti con patologia odontoiatrica non urgente presso il presidio ospedaliero di Montichiari sono state attivate sedute operatorie inserite nella quotidianità dell'organizzazione del presidio, dedicate in anestesia generale.

## **1.2 DESCRIZIONE DEL PERCORSO ATTUALE**

È necessario premettere che il paziente con disabilità e patologia odontoiatrica urgente può essere collaborante o non collaborante.

### **1.2.1 Paziente collaborante**

Il paziente con disabilità, che collabora e presenta un'urgenza odontoiatrica, accede all'U.O. P.S. Odontoiatrico. Qui il personale medico di turno si attiva per risolvere ambulatorialmente il problema acuto. Successivamente, se il paziente lo desidera, può essere preso in carico dall'U.O. Odontostomatologia, dove vengono fissati, a seconda delle necessità cliniche, appuntamenti nelle varie funzioni, con una gestione completamente ambulatoriale

Il paziente con disabilità, collaborante e con patologia odontoiatrica non acuta, accede con impegnativa del medico di medicina generale al Pronto Soccorso Odontoiatrico, dove viene accettato dalla funzione filtro/accettazione. Valutato il grado di collaborazione e la patologia odontoiatrica, viene quindi preso in carico dall'U.O. Odontostomatologia, dove vengono fissati appuntamenti nelle varie funzioni ambulatoriali. Questo percorso ha l'indubbio vantaggio di risolvere in tempo reale la problematica urgente e di non prevedere l'istituzione di una lista di attesa, in quanto a tutti i pazienti viene fissato un appuntamento, a seconda delle necessità cliniche e della patologia presentata, in una specifica funzione. Questo percorso ha

inoltre un impatto sociale positivo sui familiari e caregivers, in quanto i pazienti disabili vengono accolti in una struttura pubblica, ritenuta da loro più sicura di uno studio professionale trattandosi spesso di pazienti pluripatologici. Inoltre, al termine delle cure odontoiatriche, i pazienti sono inseriti in protocollo di mantenimento che prevede sedute di igiene orale, motivazione all'igiene e istruzioni all'igiene orale domiciliare (sia ai pazienti sia ai caregivers), pertanto con un percorso di follow-up a lungo termine.

L'attuale ambiente, purtroppo di progettazione datata, si presenta comunque senza barriere architettoniche, con due sale d'attesa, per adulti e pediatriche. Vi è la possibilità che il genitore/caregivers, soprattutto per le prime sedute odontoiatriche, entri nella zona operativa, cosa che può tranquillizzare sia il paziente che gli accompagnatori. Il personale è formato a trattare pazienti fragili e le sedute operative dedicate a ciascun paziente sono programmate in modo da permettere agli operatori di adeguarsi ai tempi dei pazienti stessi.

### **1.2.2 Paziente non collaborante**

Il paziente disabile non collaborante, in caso presenti una patologia odontoiatrica non urgente, viene indirizzato, se è in età pediatrica, all'U.O. CMF pediatrico (ambulatorio pazienti fragili) mentre se è adulto agli ambulatori dell'U.O. CMF dove il paziente si presenta con impegnativa del medico di medicina generale o pediatria. Previa valutazione della severità della patologia sistemica e dell'impatto che la patologia odontoiatrica può avere sulle sue condizioni generali del paziente, viene assegnato un codice di priorità per inserirlo in lista di attesa per le cure odontoiatriche in regime di ospedalizzazione in anestesia generale. Per ridurre la lista di attesa che inevitabilmente si crea, è stato istituito all'ospedale di Montichiari un servizio di odontoiatria, sempre dipendente dall'ASST Spedali Civili di Brescia, in cui vengono effettuate cure odontoiatriche in pazienti fragili adulti in regime di ospedalizzazione in anestesia generale.

Attualmente, il percorso è identico anche per il paziente disabile non collaborante affetto da patologia odontoiatrica acuta. Dall'esigenza di rispondere a questa specifica situazione, nasce la proposta di un'implementazione del percorso già esistente e strutturato, in modo da soddisfare al meglio le necessità specifiche di questa fascia di popolazione.

### **1.3. IMPLEMENTAZIONE DEL PERCORSO**

Il paziente con disabilità, non collaborante e con patologia odontoiatrica urgente spesso si trova nella situazione di aver "girovagato" per una serie di diversi studi e ambulatori odontoiatrici e servizi di pronto soccorso generale, talvolta al di fuori del territorio di appartenenza, con conseguente notevole stress psicofisico del paziente stesso e dei caregivers. L'accesso al PSO viene generalmente considerato come

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

“ultima spiaggia”, rappresentando l'ultima opportunità di poter risolvere la sintomatologia dolorosa, magari presente già da diversi giorni. Questi pazienti e i loro accompagnatori spesso riportano notti insonni, poiché, come è noto, il dolore odontoiatrico si esacerba durante le ore notturne. Queste circostanze causano disagio e senso di impotenza.

Per patologia odontoiatrica urgente si fa riferimento comunemente a condizioni quali algie, ascessi, flemmoni, traumi dento-alveolari o sanguinamenti. Questi pazienti manifestano spesso sintomi e segni importanti come interruzione dell'alimentazione, pianto e agitazione notevole, talvolta al punto da rendere difficoltosa persino la visita alla poltrona odontoiatrica. Molto frequentemente, altre strutture sanitarie hanno suggerito o prescritto terapie farmacologiche che tuttavia nella maggior parte delle patologie odontoiatriche acute, riescono solo parzialmente a mitigare il dolore. Inoltre, questi pazienti sono spesso multipatologici e hanno in corso altre terapie farmacologiche che limitano l'assunzione di farmaci antidolorifici.

Allo stato attuale il medico di guardia in PSO compila una impegnativa con una priorità e invia il paziente agli ambulatori della CMF pediatrica o adulti. Il paziente viene quindi inserito nella stessa lista di attesa a cui afferiscono anche i pazienti disabili non collaboranti, ma non urgenti, per eseguire le cure odontoiatriche in anestesia generale. I pazienti con patologia acuta quindi vengono rimandati a casa nelle stesse condizioni che li hanno fatti accedere al PSO. Questa dinamica genera un senso di profonda insoddisfazione sia da parte degli accompagnatori sia dei pazienti stessi, che vedono non solo non ottengono una risoluzione immediata del problema ma non hanno alcuna prospettiva di ottenere le cure di cui necessitano in tempi brevi.

Obiettivo di questo progetto è quindi di implementare il percorso per questi pazienti in modo da poter rispondere in modo immediato alle loro situazioni acute, eliminando la lista di attesa. Il percorso implementato prevede che il medico di guardia in PSO, dopo aver testato la non collaborazione del paziente, compili il verbale in cui si suggerisce un intervento odontoiatrico (avulsione, terapia canalare...) in regime di ospedalizzazione e, tramite un'impegnativa urgente, invii immediatamente il paziente o in PS adulti o in PS pediatrico, a seconda dell'età.

Al momento del triage del PS, poiché la procedura è nota e non richiede ulteriori attese, il paziente viene inviato nei reparti di CMF adulti o pediatrico. Qui il medico di guardia accoglie il paziente e avvia il processo di presa in carico, procedendo a ricoverarlo. Quindi, organizza una seduta di sala operatoria che può essere fissata al termine di quelle programmate per la giornata oppure in quella successiva. Nel frattempo, al paziente viene somministrato un trattamento farmacologico in grado di controllare la sintomatologia dolorosa. In conformità alla struttura organizzativa, le U.U.O.O. sono organizzate in modo che il paziente venga ricoverato con il caregiver anche nel caso di pazienti adulti, perché la presenza di un accompagnatore

noto, oltre a consentire di raccogliere una corretta anamnesi e di espletare le procedure relative consenso, consente una gestione più efficace dell'ansia del paziente.

Previa richiesta di consulenza interna, il personale dell'U.O. Odontostomatologia si rende disponibile ad eseguire in anestesia generale tutte le terapie odontoiatriche di competenza (otturazioni, terapie canalari, estrazioni) in modo da risolvere sia la patologia acuta sia le problematiche odontoiatriche che potrebbero determinare algia in tempi successivi.

Il paziente viene dimesso dalla CMF in tempi brevi. Su richiesta del paziente o del caregiver, può essere preso in carico dalla U.O. Odontostomatologia per inserirlo in un protocollo di mantenimento dell'igiene orale con l'auspicio di migliorarne, dove possibile, la collaborazione e eseguire un intervento di prevenzione di patologie odontoiatriche future.

#### **1.4 ANALISI SWOT DEL PROGETTO**

Punti di forza (Strengths):

- Il Pronto soccorso Odontoiatrico costituisce un centro di riferimento per le emergenze odontoiatriche, attivo 24/24 ore 365 giorni all'anno, e rappresenta l'unica realtà nella Lombardia orientale.
- Il progetto offre al paziente disabile non collaborante con urgenza odontoiatrica un percorso strutturato e semplice, garantendo una risoluzione tempestiva del problema, non più dipendente dalla personale disponibilità degli operatori.
- La capacità di intervenire in un ambiente protetto su pazienti fragili, spesso multipatologici, potendo contare sulla consulenza di diversi specialisti.
- La possibilità di ottenere in tempo reale ricoveri nei reparti di CMF adulti o pediatrica per eseguire le cure odontoiatriche in anestesia generale
- La possibilità di ottenere in tempo reale la presenza di odontoiatri in sala operatoria CMF adulti o pediatrica

Punti di debolezza (Weaknesses):

- Il personale disponibile non è tutto specializzato nell'assistenza di pazienti "fragili" che richiedono una valutazione accurata, tempo e pazienza; l'introduzione di figure professionali dedicate potrebbe essere auspicabile.
- La congestione cronica delle strutture di Pronto Soccorso limita il tempo disponibile per dedicarsi a questi pazienti.

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

- Le risorse di personale ed economiche potrebbero rappresentare una limitazione.
- L'occupazione delle sedute operatorie costituisce una sfida organizzativa.
- La mancanza di dati epidemiologici relativi a utenti disabili non collaboranti
- L'impossibilità dal flusso 28 SAN di individuare l'utente disabile e tanto meno l'utente disabile non collaborante
- L'assenza nell'analisi dei DRG di DRG prettamenti odontoiatrici

Opportunità (Opportunities):

- Potenziale per ridurre la congestione delle liste di attesa.
- Riduzione delle complicanze odontoiatriche e possibilità di intervenire anche su altre patologie odontoiatriche (che potrebbero determinare nuovi accessi al PSO e/o la necessità di organizzare nuove sedute in sala operatoria con ulteriore rischio anestesilogico per il paziente ed impegno di personale e risorse).
- Prestazione di un servizio con impatto sociale positivo.
- Miglioramento della qualità di vita dei pazienti fragili e dei loro caregivers, con conseguente riduzione del dolore fisico e dello stress psicologico e miglioramento delle condizioni di salute.
- Riduzione del numero di accessi di questi pazienti nei PS.
- Riduzione dell'utilizzo di farmaci come antibiotici e antidolorifici.
- Riduzione delle assenze dal posto di lavoro o dalle attività scolastiche dei caregiver e dei pazienti.
- Possibilità di collaborazione intra ed extra-dipartimentale: possibilità di favorire lo scambio di conoscenze e risorse per la soluzione di casi complessi.
- Opportunità di collaborazione interistituzionale tra l'ASST Spedali Civili di Brescia e medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, istituzioni pubbliche e private.

Minacce (Treats):

- L'aumento graduale delle richieste, compresi pazienti provenienti da fuori regione, potrebbe esercitare pressioni sul sistema.
- La disponibilità limitata di sedute operatorie giornaliere e di personale medico e di supporto dedicato.
- La gestione dei posti letto, incluso l'accompagnatore, potrebbe risultare problematica.

- L'introduzione di un nuovo percorso, anche se limitato, all'interno di un grande ospedale potrebbe incontrare resistenze da parte del personale sia medico sia di supporto, abituato a procedure consolidate.

## **1.5 INDICATORI DI PROCESSO**

Abbiamo individuato:

- Numero di accessi in PSO  
Si prevede una diminuzione degli accessi dello stesso paziente per la medesima patologia odontoiatrica e un aumento di nuovi casi con patologia odontoiatrica urgente (sia in autopresentazione sia inviati dal MMG o dal Pediatria o da altre strutture pubbliche o private del territorio). Non è possibile quantificare in maniera precisa il numero degli accessi di pazienti disabili non collaboranti in quanto il numero esatto dei pazienti disabili sul territorio di Brescia non è attualmente disponibile. La complessità della disabilità rende difficile fornire un quadro quantitativo.
- Numero delle sedute in sala operatoria CMF adulti o Pediatrica  
Si prevede un aumento del numero di sedute in sala operatoria. Tali sedute potrebbero essere inserite a fine della lista operatoria programmata o in sostituzione di un intervento rimandato.
- Numero dei pazienti in lista di attesa  
Si prevede una diminuzione dei pazienti in lista d'attesa affetti da patologia odontoiatrica cronica e l'eliminazione della lista d'attesa per i pazienti affetti da patologia odontoiatrica acuta.
- Numero segnalazioni Ufficio Relazioni con il pubblico  
Si prevede una diminuzione delle segnalazioni per disservizio o mancata presa in carico.

## **ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE**

Per effettuare un'analisi dei costi per la ASST e la possibilità di implementazione, abbiamo analizzato il valore delle prestazioni odontoiatriche in regime ambulatoriale e degli interventi chirurgici di natura maxillo facciale.

Come già evidenziato nel paragrafo dei Punti deboli, dobbiamo evidenziare che il flusso 28 SAN per i dati ambulatoriali non permette di individuare gli utenti disabili e gli utenti disabili non collaboranti.

L'analisi dei DRG è stata effettuata attraverso il dato degli interventi di chirurgia maxillo facciale, in quanto non sono disponibili i dati degli interventi chirurgici di sola natura odontoiatrica.

Queste due precisazioni sollevano anche la necessità di ulteriori revisioni dei dati che vengono forniti alle ATS e di una interlocuzione con ARIA per la implementazione dei flussi ambulatoriali e di ricovero.

L'analisi per le prestazioni ambulatoriali è stata condotta attraverso il flusso 28 SAN per l'anno 2022 con un'analisi mensile e successivi approfondimenti riportati nella tabella 4 e figura 5.

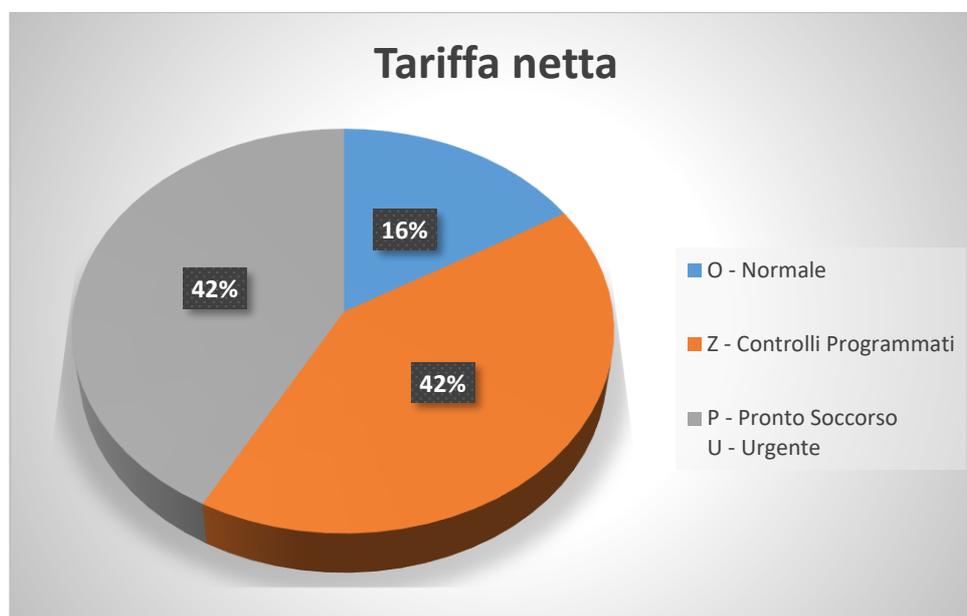
E' opportuno ricordare che nella tariffa lorda sono riportati tutti i costi diretti per la prestazione effettuata, il costo del personale, delle attrezzature, dell'ambulatorio.

I casi maggiormente rappresentati sono quelli identificati con la lettera Z, cioè i programmati.

Tabella 4. Numero di casi e tariffe di prestazioni ambulatoriali, anno 2022

		Quantità casi	Tariffa lorda	Tariffa ticket	Tariffa netta
SSN	O - Normale	5218	181.630,52 €	35.348,55 €	146.281,97 €
	Z - Controlli Programmati	16180	404.602,89 €	34.028,65 €	370.574,24 €
	P - Pronto Soccorso	12364	374.514,52 €	2.275,00 €	372.239,52 €
	U - Urg. Differibile	288	6.429,45 €	3.378,65 €	3.050,80 €
	<b>Totale complessivo</b>	<b>34050</b>	<b>967.177,38 €</b>	<b>75.030,85 €</b>	<b>892.146,53 €</b>

Figura 5. Rappresentazione della tariffa netta delle prestazioni ambulatoriali. Anno 2022



È stata fatta anche una estrapolazione delle prestazioni ambulatoriali in rapporto ai mesi, correlandoli sempre con il corrispettivo economico (Tabella 5).

Tabella 5. Distribuzione delle prestazioni ambulatoriali in rapporto ai mesi. Anno 2022

COMPETENZA ANNO MESE	QUANTITA CASI	Somma di TARIFFA	Somma di TARIFFA TICKET	TARIFFA NETTA
gennaio	2210	63.661,20 €	5.260,55 €	58.400,65 €
febbraio	2527	69.878,43 €	5.554,30 €	64.324,13 €
marzo	3056	82.192,26 €	6.981,85 €	75.210,41 €
aprile	2688	77.392,36 €	6.321,45 €	71.070,91 €
maggio	3211	90.154,64 €	6.820,55 €	83.334,09 €
giugno	3087	92.865,52 €	6.687,35 €	86.178,17 €
luglio	2816	73.421,51 €	6.335,95 €	67.085,56 €
agosto	2338	75.996,81 €	5.131,05 €	70.865,76 €
settembre	3109	87.451,97 €	6.694,50 €	80.757,47 €
ottobre	2975	83.627,42 €	6.781,00 €	76.846,42 €
novembre	3138	87.701,93 €	7.067,85 €	80.634,08 €
dicembre	2895	82.833,33 €	5.394,45 €	77.438,88 €
<b>Totale complessivo</b>	<b>34050</b>	<b>967.177,38 €</b>	<b>75.030,85 €</b>	<b>892.146,53 €</b>

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica  
urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

Per la SC Programmazione Acquisto e Prestazioni Sociosanitarie risulta rilevante la tariffa netta, motivo per cui è stato valutato l'andamento nei diversi mesi dell'anno 2022 il trend della tariffa netta delle diverse tipologie di prestazione ambulatoriale (Tabella 6).

Tabella 6. Distribuzione della tariffa netta nei mesi dell'anno 2022, in rapporto al tipo di prestazione

COMPETENZA ANNO MESE	O	P	U	Z
gennaio	11.043,43 €	24.460,37 €	180,00 €	22.716,85 €
febbraio	13.330,93 €	26.390,92 €	225,00 €	24.377,28 €
marzo	14.009,28 €	28.953,92 €	427,50 €	31.819,71 €
aprile	8.758,46 €	33.056,33 €	287,90 €	28.968,22 €
maggio	15.451,20 €	31.613,99 €	112,50 €	36.156,40 €
giugno	14.022,45 €	33.062,89 €	202,50 €	38.890,33 €
luglio	9.434,58 €	29.171,11 €	310,40 €	28.169,47 €
agosto	11.330,83 €	41.124,61 €	225,00 €	18.185,32 €
settembre	12.717,75 €	30.158,13 €	315,00 €	37.566,59 €
ottobre	11.593,53 €	31.289,64 €	180,00 €	33.783,25 €
novembre	11.943,99 €	30.432,81 €	247,50 €	38.009,78 €
dicembre	12.645,54 €	32.524,80 €	337,50 €	31.931,04 €
<b>Totale complessivo</b>	<b>146.281,97 €</b>	<b>372.239,52 €</b>	<b>3.050,80 €</b>	<b>370.574,24 €</b>

Dalle analisi sul numero di casi e sulle tariffe suddivisi per mesi, si è evidenziato come nel mese di agosto le prestazioni sono in sensibile diminuzione.

La spiegazione potrebbe essere data dal fatto che le persone sono in vacanza e quindi non accedono alla ASST, ma al presidio ospedaliero più vicino al luogo di villeggiatura.

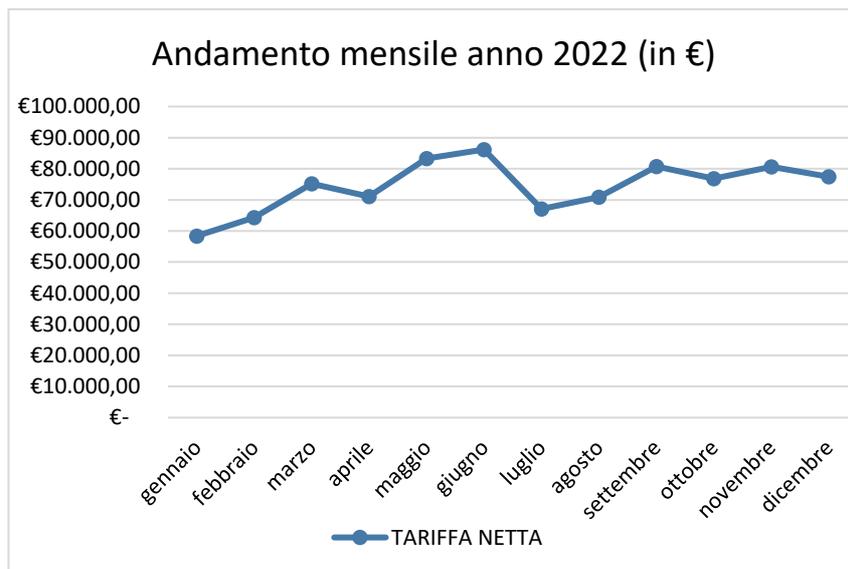
Questa considerazione, risulta ancor più evidente se si osserva la rappresentazione grafica della distribuzione delle prestazioni nell'arco dei mesi e l'andamento mensile della tariffa netta, sempre per l'anno 2022 (Figura 6, 7).

Nella Figura 8 si propone l'andamento della tariffa netta, suddivisa per tipologia di prestazione nell'arco dell'anno 2022.

Figura 6. Andamento mensile del numero di casi. Anno 2022

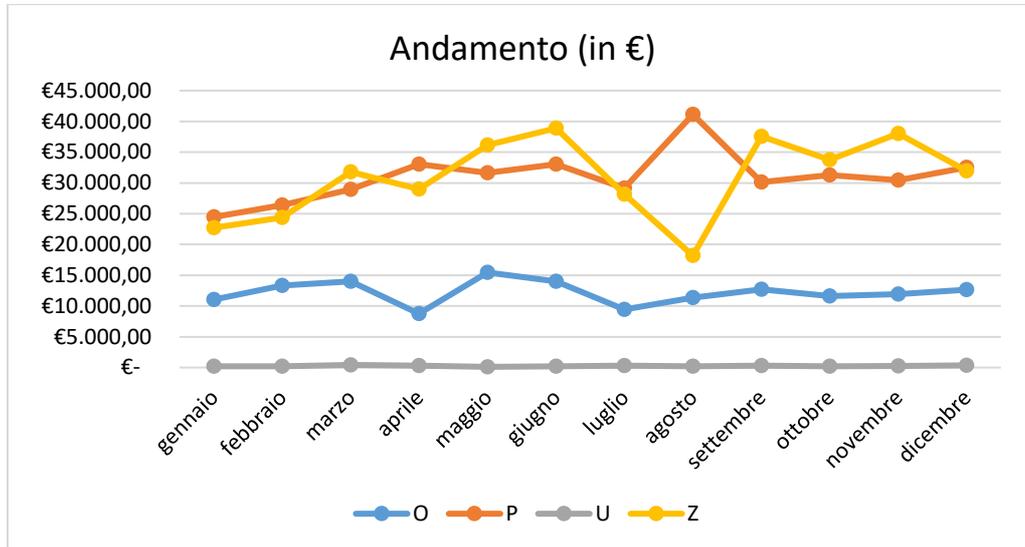


Figura 7. Andamento mensile tariffa netta. Anno 2022



*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica  
urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

Figura 8. Andamento tariffa netta per tipologia di prestazione nell'anno 2022



Un'ulteriore analisi è stata fatta considerando la disciplina (Tabella 7 e 8).

Tabella 7

PRODOTTO_MDC_BRANCA_ATC_REG	EROGATORE_DISCIPLINA	Somma di QUANTITA_CASI	Somma di TARIFFA	Somma di TARIFFA_TICKET	TARIFFA_NETTA
017 – ODONTOSTOMATOLOGIA CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	10 – Chirurgia Maxillo-Facciale	6.733	305.429,21	49.915,05	255.514,16 €
	11 – Chirurgia pediatrica	2	29,50	-	29,50 €
	12 – Chirurgia plastica	32	780,16	-	780,16 €
	35 – Odontoiatria e Stomatologia	16.380	327.605,81	23.393,30	304.212,51 €
	02 - Day Hospital (solo se reparto multispecialistico)	10.903	333.332,70	1.722,50	331.610,20 €
<b>Totale complessivo</b>		<b>34.050</b>	<b>967.177,38</b>	<b>75.030,85</b>	<b>892.146,53 €</b>

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica  
urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

Tabella 8

PRODOTTO_MDC BRANCA_ATC_RG	TIPO_RICOV_PA FARMACO_REG	EROGATORE_DISCIPLINA	Somma di QUANTITA_CASI	Somma di TARIFFA	Somma di TARIFFA_TICKET	TARIFFA_NETTA	
017 – ODONTOSTOMA- TOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	O - Normale	02 - Day Hospital (solo se reparto multispecialistico)	41	922,50	22,50	900,00	
		10 - Chirurgia Maxillo- Facciale	1.947	108.224,00	22.073,55	86.150,45	
		35 - Odontoiatria e Stomatologia	3.228	72.439,02	13.230,00	59.209,02	
	O - Normale Totale		5.216	181.585,52	35.326,05	146.259,47	
	P - Pronto Soccorso	02 - Day Hospital (solo se reparto multispecialistico)	10.836	331.878,36	1.700,00	330.178,36	
		10 - Chirurgia Maxillo- Facciale	1.411	39.375,18	575,00	38.800,18	
		12 – Chirurgia Plastica	32	780,16	-	780,16	
		35 - Odontoiatria e Stomatologia	83	2.424,56	-	2.424,56	
	P - Pronto Soccorso Totale		12.362	374.458,26	2.275,00	372.183,26	
	U - Urg. Differibile	10 - Chirurgia Maxillo- Facciale	263	5.876,10	3.320,30	2.555,80	
		35 - Odontoiatria e Stomatologia	25	553,35	58,35	495,00	
	U - Urg.Differibile Totale		288	6.429,45	3.378,65	3.050,80	
	Z - Controlli Programmati	35 - Odontoiatria e Stomatologia	26	531,84	-	531,84	
		10 - Chirurgia Maxillo- Facciale	3.109	151.870,57	23.923,70	127.946,87	
		11 - Chirurgia Pediatrica	2	29,50	-	29,50	
		35 - Odontoiatria e Stomatologia	13.049	252.403,67	10.068,95	242.334,72	
	Z - Controlli Programmati Totale		16.186	404.835,58	33.992,65	370.842,93	
	<b>Totale complessivo</b>			<b>34.052</b>	<b>967.308,81</b>	<b>74.972,35</b>	<b>892.336,46</b>

Anche per individuare i casi riguardanti gli accessi di persone disabili, si è utilizzata una query con esenzione C02 con accompagnamento (Tabella 9 e 10).

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica  
urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

Tabella 9

PRODOTTO_MDC_BRANCA _ATC_REG	EROGATORE_ DISCIPLINA	Somma di QUANTITA_CASI	Somma di TARIFFA	Somma di TARIFFA_TICKET	TARIFFA_NETTA
017 - ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	02 - Day Hospital (solo se reparto multispecialistico)	6	142,76	-	142,76
	10 - Chirurgia Maxillo-Facciale	200	21.734,45	-	21.734,45
	11 - Chirurgia Pediatrica	-	-	-	-
	12 - Chirurgia Plastica	-	-	-	-
	35 - Odontoiatria e Stomatologia	1.196	24.244,03	-	24.244,03

<b>Totale complessivo</b>	<b>1.402</b>	<b>46.121,24</b>	<b>-</b>	<b>46.121,24</b>
---------------------------	--------------	------------------	----------	------------------

Tabella 10

PRODOTTO_MDC_BRANCA _ATC_REG	TIPO_RICOV_PA_ FARMACO_REG	EROGATORE_ DISCIPLINA	Somma di QUANTITA_CASI	Somma di TARIFFA	Somma di TARIFFA_TICKET	TARIFFA_NETTA
017 - ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	O - Normale	02 - Day Hospital (solo se reparto multispecialistico)	3	67,50	-	67,50
		10 - Chirurgia Maxillo-Facciale	73	8.318,30	-	8.318,30
		35 - Odontoiatria e Stomatologia	110	2.462,70	-	2.462,70
	O - Normale Totale		186	10.848,50	-	10.848,50
	P - Pronto Soccorso	02 - Day Hospital (solo se reparto multispecialistico)	2	56,26	-	56,26
	P - Pronto Soccorso Totale		2	56,26	-	56,26
	U - Urg. Differibile	10 - Chirurgia Maxillo-Facciale	14	315,00	-	315,00
	U - Urg. Differibile Totale		14	315,00	-	315,00
	Z - Controlli Programmati	35 - Odontoiatria e Stomatologia	1	19,00	-	19,00
		10 - Chirurgia Maxillo-Facciale	113	13.101,15	-	13.101,15
		35 - Odontoiatria e Stomatologia	1.086	21.781,33	-	21.781,33
	Z - Controlli Programmati Totale		1.200	34.901,48	-	34.901,48

<b>Totale complessivo</b>	<b>1.402</b>	<b>46.121,24</b>	<b>-</b>	<b>46.121,24</b>
---------------------------	--------------	------------------	----------	------------------

L'analisi sugli interventi chirurgici è stata condotta estraendo i drg chirurgici inerenti la branca della chirurgia maxillo facciale.

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

In questo caso è stato estrapolato il drg con la prima diagnosi inerente la chirurgia maxillo facciale, non considerando le seconde e terze diagnosi.

Anche in questo caso la tariffa indicata deve intendersi comprensiva del costo del personale, della strumentazione, della sala operatoria (Tabella 11).

Il dato, anche per i drg, è stato analizzato per l'anno 2022 e suddiviso per mesi (Tabella 12).

Anche per gli interventi chirurgici si è notato una riduzione significativa per il mese di agosto (Figura 9).

Tabella 11

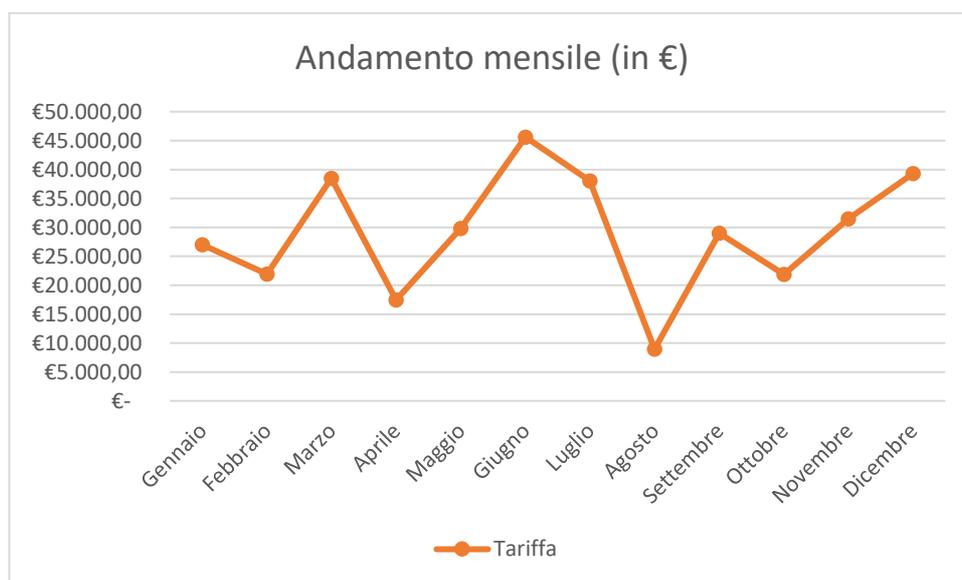
DIAGNOSI PRINCIPALE	Quantità casi	Tariffa
2131 - TUMORI BENIGNI DELLA MANDIBOLA	6	10.534,00 €
5228 - CISTI RADICOLARE	13	18.150,00 €
52400 - GRAVI ANOMALIE DI MISURA DELLA MASCELLA (INFERIORE O SUPERIORE), ANOMALIA NON SPECIFICATA 52402 - GRAVI ANOMALIE DI MISURA DELLA MASCELLA (INFERIORE O SUPERIORE), IPERPLASIA MANDIBOLARE 52403 - GRAVI ANOMALIE DI MISURA DELLA MASCELLA (INFERIORE O SUPERIORE), IPOPLASIA DELLA MASCELLA SUPERIORE	9	31.581,00 €
52422 - MALOCCLUSIONE, CLASSE DI ANGLE II 52423 - MALOCCLUSIONE, CLASSE DI ANGLE III	15	52.635,00 €
52461 - DISTURBI DELLARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE, ADESIONI E ANCHILOSI (OSSEA O FIBROSA) 52463 - DISTURBI DELLARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE, DISTURBO DEL DISCO ARTICOLARE (RIDOTTO O NON-RIDOTTO)	4	13.083,00 €
5260 - CISTI ODONTOGENICHE DELLO SVILUPPO	38	53.637,00 €
5264 - INFIAMMAZIONI DELLA MASCELLA (INFERIORE O SUPERIORE)	13	24.751,00 €
5265 - ALVEOLITE DELLA MASCELLA (INFERIORE O SUPERIORE)	1	1.652,00 €
80220 - FRATTURA CHIUSA DELLA MANDIBOLA, SEDE NON SPECIFICATA 80221 - FRATTURA CHIUSA DELLA MANDIBOLA, PROCESSO CONDILOIDEO 80225 - FRATTURA CHIUSA DELLANGOLO MANDIBOLARE 80226 - FRATTURA CHIUSA DELLA SINFISI DEL CORPO MANDIBOLARE 80229 - FRATTURA CHIUSA DELLA MANDIBOLA, SEDI MULTIPLE	40	133.389,00 €
80230 - FRATTURA ESPOSTA DELLA MANDIBOLA, SEDE NON SPECIFICATA 80235 - FRATTURA ESPOSTA DELLANGOLO MANDIBOLARE 80236 - FRATTURA ESPOSTA DELLA SINFISI DEL CORPO MANDIBOLARE	3	9.574,00 €
<b>Totale</b>	<b>142</b>	<b>348.986,00 €</b>

*Efficientamento della presa in carico del paziente disabile non collaborante con patologia odontoiatrica  
urgente nell'ASST Spedali Civili di Brescia*

Tabella 12

MESE_ANNO	Quantità casi	Tariffa
Gennaio	12	27.008,00 €
Febbraio	8	21.927,00 €
Marzo	15	38.495,00 €
Aprile	7	17.476,00 €
Maggio	14	29.805,00 €
Giugno	17	45.625,00 €
Luglio	12	38.030,00 €
Agosto	5	8.948,00 €
Settembre	12	28.998,00 €
Ottobre	10	21.886,00 €
Novembre	15	31.490,00 €
Dicembre	15	39.298,00 €
<b>Totale</b>	<b>142</b>	<b>348.986,00 €</b>

Figura 9



Regione Lombardia per operare un recupero delle liste di attese su interventi chirurgici e prestazioni ambulatoriali ha emanato la dgr n. 511 del 26.06.2023.

Con tale dgr ha stabilito che l'ammontare complessivo delle risorse messe a disposizione per garantire la completa attuazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa, è pari a complessivi 81 milioni di euro, così suddiviso: 46.372.000 euro agli erogatori pubblici e 34.628.000 euro agli erogatori privati accreditati aggiuntivi all'attività di negoziazione per i cittadini lombardi.

E' stata definita anche la ripartizione di questi fondi per le 8 ATS.

I costi dell'implementazione si ripercuotono quasi esclusivamente a carico delle U.U.O.O. di degenza e delle sedute operatorie con bassa intensità chirurgica. Comunque, l'impegno economico per effettuare tali sedute non appare significativo, in quanto si utilizzano in modo efficiente le risorse già disponibili. La presenza di personale già in servizio e il tempo limitato di utilizzo della sala operatoria per le cure odontoiatriche contribuiscono a contenere i costi. Inoltre, l'utilizzo delle sale operatorie potrebbe essere un'opportunità di ottimizzazione delle risorse, in caso di intervento chirurgico rimandato o che richieda meno tempo di quello programmato. In conclusione, l'implementazione del percorso potrebbe essere considerato isorisorse.

## **RISULTATI ATTESI e CONCLUSIONI**

Il presente progetto può essere interpretato come una strategia volta a promuovere un miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari, con l'obiettivo di raggiungere elevati standard assistenziali e organizzativi.

Attraverso l'implementazione del percorso di presa in carico dei pazienti disabili non collaboranti con urgenza odontoiatrica, si mira a soddisfare i bisogni di una specifica porzione della popolazione che spesso risulta complessa da gestire. Tali pazienti infatti richiedono un approccio altamente specializzato, essendo affetti da patologie sistemiche multiple e problematiche odontoiatriche specifiche; inoltre, necessitano di ricevere le cure odontoiatriche esclusivamente in anestesia generale, non essendo in grado di collaborare alla poltrona odontoiatrica. Le strutture odontoiatriche territoriali generalmente non hanno la capacità di effettuare interventi in anestesia generale, rendendosi pertanto incapaci di rispondere alle esigenze di pazienti non collaboranti affetti da algia acuta. Di contro, le strutture disponibili per interventi odontoiatrici in anestesia generale hanno un accesso regolato da liste di attesa e quindi non in grado di rispondere in tempi celeri alla necessità del paziente algico e dei suoi caregivers.

Il nostro progetto si propone di colmare questa lacuna, fornendo una soluzione che non solo allevia il dolore, ma migliora la qualità di vita dei pazienti. Come abbiamo già ampiamente descritto, ma è utile sottolineare, attualmente, i pazienti disabili non collaboranti che soffrono di algia dentaria vengono inseriti in lista d'attesa per eseguire gli interventi odontoiatrici in anestesia generale ma, pur ricevendo un codice di priorità, non vengono trattati in tempi adeguati rispetto alla loro situazione algica. Pertanto, rimangono in carico alle famiglie o ai caregivers, che si trovano a dover gestire non solo il dolore, ma anche varie problematiche, quali difficoltà nell'alimentazione disturbi del sonno e un notevole stress psicologico. Inoltre, il ritardo nella risoluzione delle problematiche odontoiatriche può peggiorare nel tempo la condizione del paziente, aumentando il rischio di infezioni e di conseguenze ripercussioni a livello sistemico. Il progetto si propone di invertire questa tendenza, fornendo interventi tempestivi e adeguati, che non solo affrontano le questioni dentali, ma contribuiscono anche a migliorare complessivamente lo stato di salute e il benessere di questi pazienti.

L'obiettivo principale è rispondere ai bisogni emergenti di questa specifica popolazione, assicurando allo stesso tempo la sostenibilità economica del progetto, con un rapporto costi-benefici favorevole. Il percorso proposto infatti si integra con la situazione operativa esistente, senza impattare eccessivamente sugli aspetti organizzativi, ma allo stesso tempo il suo approccio innovativo garantisce un innalzamento della qualità della gestione e dei risultati ottenuti.

Si prevede che, con l'implementazione a pieno regime del percorso, il progetto possa portare a una **riduzione degli accessi** dei singoli pazienti disabili in Pronto Soccorso Odontoiatrico (PSO) per la stessa problematica.

La quantità degli accessi sarà monitorizzata nel tempo e ci servirà da indicatore del processo.

Ci si aspetta inoltre una **riduzione del ricorso a terapie mediche** ripetute e inefficaci da parte dei pazienti, che spesso cercano di affrontare la sintomatologia dolorosa mediante cicli di antibiotici e anti-infiammatori.

Inoltre, la **possibilità di risolvere nella stessa seduta operatoria non solo l'emergenza odontoiatrica ma anche altre problematiche odontoiatriche** preesistenti limiterebbe anche in seguito la necessità di ulteriori accessi in PSO. Sotto il profilo sociale, ci si attende un notevole **miglioramento della qualità di vita dei pazienti e dei loro caregivers**, ricevendo una risposta immediata al problema acuto anziché essere inseriti in lista di attesa. Inoltre, si prevede una significativa riduzione dei giorni di lavoro persi dai caregivers o di scuola da parte dei pazienti più giovani.

Nel tempo, l'efficacia del percorso e la visibilità ottenuta dai mezzi di comunicazione potrebbero portare a un **aumento di pazienti provenienti da fuori regione**, posizionando il PSO come punto di riferimento nella regione Lombardia; i dati ottenuti saranno monitorizzati nel tempo e ci serviranno da indicatore del processo.

È prevedibile un **aumento del numero degli interventi odontoiatrici giornalieri** nelle sale operatorie gestite dalla chirurgia maxillo facciale, con conseguente **eliminazione delle liste di attesa** per i pazienti con patologia acuta e **riduzione delle liste di attesa** per quelli senza patologia acuta; anche in questo caso i dati ottenuti saranno utili per monitorare il processo.

E infine, per l'odontoiatra abituato a lavorare con pazienti fragili, il risultato atteso più gratificante proviene dai sorrisi di questi pazienti speciali, che rafforzano per noi l'importanza di dedicare loro percorsi specifici e di promuovere progetti volti al miglioramento della loro qualità di vita.

## **CONTRIBUTO PERSONALE**

**Elena Bardellini:** inquadramento della condizione di disabilità e classificazioni recenti; descrizione delle problematiche odontoiatriche nel paziente disabile; descrizione dei diversi percorsi assistenziali attualmente esistenti; analisi swot e descrizione dei risultati attesi; ricerca bibliografica

**Alberto Lombardi:** in qualità di direttore della SC Programmazione Acquisti delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie di ATS Brescia, ho potuto fornire un'analisi epidemiologica del contesto dell'intero territorio di ATS Brescia, una focalizzazione con le limitazioni descritte nel testo del quadro dei soggetti disabili potenziali utenti, un'accurata analisi economica utilizzando il flusso 28 SAN e i DRG riguardante gli Spedali Civili per l'attività ambulatoriale e per gli interventi chirurgici. Sono stato di supporto per le specifiche normative della disabilità e dell'analisi dei tempi di attesa e dei fondi stanziati da Regione Lombardia per ridurre tali liste di attese.

**Maria Grazia Marinone:** ideazione del progetto; descrizione degli obiettivi strategici del progetto e delle Unità coinvolte; metodologia; descrizione dei diversi percorsi assistenziali attualmente esistenti sia per i pazienti disabili collaboranti sia per quelli non collaboranti; descrizione del nuovo percorso implementato per i pazienti disabili non collaboranti con patologia odontoiatrica acuta; fasi e tempistiche del progetto; risultati attesi e conclusioni

Tutti hanno collaborato nella stesura delle conclusioni e nell'editing del progetto.

## **RIFERIMENTI NORMATIVI**

Piano Attuativo per il Governo dei Tempo di Attesa (PGTA) – anno 2022 adottato con Decreto ATS n. 315 del 31.05.2022

DGR n. XI/7819 del 23.01.2023

DGR n.715 del 24.07.2023

DGR n. 717 del 24.07.2023

DGR n. 18334 del 23.07.2004

DGR n. 18333 del 23.07.2004

DGR n. 12620 del 07.04.2003

DGR n. 511 del 26.06.2023

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Allerton L, Emerson E. British adults with chronic health conditions or impairments face significant barriers to accessing health services. *Public Health* 2012; 126: 920-927.
2. Bickenbach J E. The International Classification of Functioning, Disability and Health and its relationship to disability studies. In Watson N, Roulstone A, Thomas C (eds) *Routledge Handbook of Disability Studies*. London: Routledge, 2012.
3. Bollard M. Health promotion and learning disability. *Nurs Stand* 2002; 16: 47-53.
4. Cumella S, Ransford N, Lyons J, Burnham H. Need for oral care among people with intellectual disability not in contact with community dental services. *J Intellect Disabil Res* 2000; 44: 45-52.
5. Daly B, Hakeberg M, Scambler S. Disability and Oral Health. In Watt R, Listl S, Peres M, Heilmann A (eds) *Social Inequalities in Oral Health: From Evidence to Action*. pp. 20-21. London: UCL, 2015.
6. Devinsky O, Boyce D, Robbins M, Pressler M. Dental health in persons with disability. *Epilepsy Behav.* 2020 Sep;110:107174.
7. Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 1. *Access. Br Dent J* 2008; 204: 605-616.
8. Edwards D M, Merry A J. Disability part 2: access to dental services for disabled people. A questionnaire survey of dental practices in Merseyside. *Br Dent J* 2002; 193: 253-255
9. Faulks D, Freedman L, Thompson S, Sagheri D, Dougall A. The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health *Eur J Dent Educ* 2012; 16: 195-201.
10. Gallagher J E, Scambler S. Disability and Oral Health. In Sittiprapaporn P (ed) *Learning Disabilities*. pp. 343-364. London: Intech, 2012.
11. Glassman P, Subar P. Improving and maintaining oral health for people with special needs. *Dent Clin North Am.* 2008 Apr;52(2):447-61, viii. doi: 10.1016/j.cden.2007.11.002. PMID: 18329453.
12. Goss N. What do we mean by disability and equality in oral health? (Editorial). *J Disabil Oral Health* 2007; 8: 98.
13. Maeda S, Kita F, Miyawaki T, Takeuchi K, Ishida R, Egusa M et al. Assessment of patients with intellectual disability using the International Classification of Functioning, Disability and Health to evaluate dental treatment tolerability. *J Intellect Disabil Res* 2005; 49: 253-259.
14. OMS Organizzazione Mondiale della Sanità. *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Erikson; 2001.
15. Owens J, Mistry K, Dyer T A. Access to dental services for people with learning disabilities: Quality care? *J Disabil Oral Health* 2011; 12: 17-27.

16. Petrovic B, Markovic D, Peric T. Evaluating the population with intellectual disability unable to comply with routine dental treatment using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Disabil Rehabil* 2011; 33: 1746-1754.
17. Piana G. Patologie sistemiche e patologie del cavo orale in età evolutiva. Linee guida di prevenzione e di terapia odontoiatria. Bononia University Press, 2005
18. Pradhan A, Slade G D, Spencer A J. Access to dental care among adults with physical and intellectual disabilities: residence factors. *Aust Dent J* 2009; 54: 204-211.
19. Scambler S, Curtis SA. Contextualising disability and dentistry: challenging perceptions and removing barriers. *Br Dent J.* 2019 Jul; 227: 55-57.
20. Scambler S, Low E, Gallagher J E. Identifying and challenging multi-level barriers to dental care for disabled people accessing special care and general dental services. *J Disabil Oral Health* 2015; 16: 108-115.
21. Scambler S, Low E, Zoitopoulos L, Gallagher J E. Professionals attitudes towards disability in Special Care Dentistry. *J Disabil Oral Health.* 2011; 12: 51-58.
22. Scully C, Diz Dios P, Kumar N. *Special Care in Dentistry.* Philadelphia: Elsevier, 2007.
23. Shakespeare T. Still a health issue. *Disabil Health J* 2012; 5: 129-131.
24. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). 2001. Available at <https://www.who.int/classifications/icf/en/>
25. World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva: WHO, 1980. Available at [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261\\_eng.pdf;jsessionid=98E70EB9E7D83AA3CD1F984AC525BD77?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41003/9241541261_eng.pdf;jsessionid=98E70EB9E7D83AA3CD1F984AC525BD77?sequence=1)

## **SITOGRAFIA**

<https://www.istat.it/>

<https://www.istat.it/it/dati-analisi-e-prodotti/banche-dati/statbase>

<https://www.ats-brescia.it/>

<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/direzioni-general/direzione-generale-welfare>

