

XV LEGISLATURA  
Tavolo di coordinamento per la valutazione delle leggi provinciali

**LEGGE PROVINCIALE 28 marzo 2013, N. 5**  
CONTROLLO SULL'ATTUAZIONE DELLE LEGGI PROVINCIALI E VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DELLE POLITICHE PUBBLICHE  
MODIFICAZIONI E RAZIONALIZZAZIONE DELLE LEGGI PROVINCIALI CHE PREVEDONO OBBLIGHI IN MATERIA

**Controllo sullo stato di attuazione e valutazione  
degli effetti della legge provinciale 12 dicembre 2007,  
n. 22 – *Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in  
provincia di Trento***

**- RELAZIONE CONCLUSIVA -**

- 25 GIUGNO 2018 -

## INDICE

<b>PRESENTAZIONE</b>	PAG. 3
<b>VERIFICA DELLA ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI E DEGLI EFFETTI</b>	PAG. 6
Finalità, obiettivi generali, obiettivi specifici	PAG. 12
Il sistema per la tutela della salute odontoiatrica in provincia di Trento	PAG. 13
<b>LA TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA IN PROVINCIA DI TRENTO, IN CIFRE</b>	PAG. 19
<b>QUESITI VALUTATIVI</b>	PAG. 35
<b>RISULTATI CONSEGUITI IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE PROVINCIALE 12 DICEMBRE 2007 N. 22 <i>DISCIPLINA DELL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA IN PROVINCIA DI TRENTO</i>, IN TERMINI DI TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA E, IN PARTICOLARE, NEI SOGGETTI IN ETÀ INFANTILE ED EVOLUTIVA, NEI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI PARTICOLARE VULNERABILITÀ E NELLA GENERALITÀ DELLA POPOLAZIONE.</b>	
<b>EFFICACIA DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO E OPERATIVO PREVISTO DALLA LEGGE PROVINCIALE 12 DICEMBRE 2007, N. 22 <i>DISCIPLINA DELL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA IN PROVINCIA DI TRENTO</i> E STABILITO CON LE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA PROVINCIALE AI SENSI DELLA MEDESIMA LEGGE PROVINCIALE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE ATTIVITÀ ASSEGNATE AD APSS (DIPARTIMENTO PREVENZIONE, RETE ODONTOIATRICA PROVINCIALE E RETE ODONTOIATRICA PEDIATRICA).</b>	
<b>CONSULTAZIONI DELLE PARTI INTERESSATE</b>	
Esiti delle audizioni	PAG. 58
<b>VALUTAZIONI FINALI DEL TAVOLO DI COORDINAMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLE LEGGI PROVINCIALI</b>	PAG. 76

## PRESENTAZIONE

La legge provinciale 28 marzo 2013, n. 5 prevede il controllo sullo stato di attuazione delle leggi provinciali e la valutazione degli effetti delle politiche pubbliche per fornire al Consiglio provinciale e alla Giunta provinciale elementi conoscitivi ulteriori e strumentali anche all'adozione di scelte informate nell'esercizio delle rispettive attribuzioni.

L'attività di controllo e di valutazione ha lo scopo, in particolare, di contribuire ad aumentare l'integrazione tra la verifica di processo sull'attuazione delle leggi e la valutazione degli effetti prodotti dalle stesse e per esplicitare il grado di realizzazione concreta delle misure previste dall'intervento di regolazione per ottenere i risultati auspicati e il grado di efficacia delle norme sul contesto e sui destinatari.

L'attività è svolta in attuazione di uno specifico **Programma**<sup>1</sup> approvato d'intesa dal Presidente del Consiglio provinciale e dal Presidente della Provincia, sulla base della proposta formulata dal **Tavolo di coordinamento per la valutazione delle politiche pubbliche**<sup>2</sup>. Il Programma approvato ha stabilito un **percorso di lavoro**<sup>3</sup>, partendo dal

1 Il *Programma per il controllo sull'attuazione delle leggi provinciali e per la valutazione degli effetti delle politiche pubbliche* è stato **approvato** dai due Presidenti in data 19 dicembre 2014 ed **aggiornato** per la parte residuale della XV Legislatura – su richiesta inoltrata, con nota prot. n. CPTN.0000481/P del 13 gennaio 2017, dal consigliere Walter Viola in qualità di Presidente del Tavolo di coordinamento – con nota del Presidente del Consiglio provinciale prot. n. CPTN/0001335/P del 26 gennaio 2017 e con nota del Presidente della Provincia prot. n. P325/2017/45281/L.1.2 del 26 gennaio 2017.

2 Il Tavolo di coordinamento per la valutazione delle politiche pubbliche – previsto dall'articolo 3, comma 2, della legge n. 5 del 2013 – ha il compito di preparare l'adozione e l'aggiornamento del programma, di verificare la sua attuazione, di promuovere e monitorare iniziative di semplificazione e di sburocratizzazione e di proporre la soppressione, la modifica o l'inserimento di clausole valutative o di altre disposizioni che prevedono obblighi informativi.

Il Tavolo è stato costituito dal Presidente del Consiglio provinciale, in prima attuazione con proprio decreto del 21 luglio 2014, e la sua composizione è stata successivamente modificata con decreto 24 marzo 2015, con decreto 8 settembre 2015 e con decreto 21 dicembre 2017.

Attualmente il Tavolo di coordinamento è composto da:

- consigliere Filippo Degasperi, Presidente
- assessore Mauro Gilmozzi
- consigliere Walter Kaswalder
- consigliere Gianpiero Passamani
- consigliere Walter Viola.

3 Rispetto alle leggi provinciali selezionate dal Programma, da sottoporre all'attività di controllo e di valutazione, il Tavolo di coordinamento ha approvato gli **schemi di lavoro**:

- Documento relativo al *Controllo sulla attuazione delle disposizioni* (previsioni normative, verifica dell'attuazione, evidenze e criticità riscontrate);
- Documento relativo alla *Valutazione degli effetti* (premessa, sintesi del contesto previgente, finalità e obiettivi della legge provinciale, risultati conseguiti in attuazione della legge provinciale);
- *Relazione conclusiva*.

comune interesse del Consiglio provinciale e della Giunta provinciale di capire se e come una legge o una politica pubblica funziona; si fonda sulla collaborazione e la condivisione fra le due istituzioni per fornire un guadagno in termini di maggiore capacità di indirizzo e di governo, di produzione di idee e di elaborazione di soluzioni, configurando l'attività di controllo in modo del tutto diverso da quello proprio del sindacato ispettivo.

Obiettivo del Programma è la promozione di attività finalizzate a verificare, anche attraverso la consultazione di cittadini e destinatari delle leggi o delle politiche pubbliche oggetto di valutazione, le effettive modalità di applicazione delle norme approvate, i problemi riscontrati nei passaggi attuativi, i motivi di eventuali difficoltà e la reale capacità degli interventi realizzati di produrre gli effetti desiderati sui destinatari e sui cittadini nonché la formulazione di eventuali osservazioni per migliorare gli interventi pubblici e la regolazione normativa.

Per permettere la pubblica fruibilità delle informazioni sull'attività svolta, i risultati sul controllo e la valutazione delle leggi sono rappresentati in specifiche **relazioni pubblicate** in una apposita sezione del sito istituzionale del Consiglio provinciale e della Provincia dedicata all'attuazione della legge provinciale n. 5 del 2013.

Questa relazione<sup>4</sup> costituisce il lavoro svolto per il controllo dello stato di attuazione e la valutazione degli effetti della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 – *Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento* – con particolare riferimento ai **quesiti valutativi**<sup>5</sup> indicati dal Tavolo di coordinamento.

La relazione contiene gli elementi per la verifica della attuazione delle disposizioni della legge e degli effetti dalle stesse prodotti, evidenziando il contesto normativo, le

4 La *Relazione conclusiva* è stata predisposta – come pure il Documento relativo al “*Controllo sullo stato di attuazione della legge provinciale n. 22 del 2007*” e il Documento di “*Valutazione degli effetti della legge provinciale n. 22 del 2007*”, ai quali si rinvia per gli aspetti peculiari e di dettaglio – a cura della **Unità di Missione Strategica Valutazione dell'attività normativa, Trasparenza e Partecipazione** della Provincia autonoma di Trento, con la collaborazione del Dipartimento salute e solidarietà sociale della Provincia e del Servizio legislativo del Consiglio provinciale di Trento.

5 I **quesiti valutativi**, definiti dal Tavolo di coordinamento, sono i seguenti:

N. 1 - Risultati conseguiti in attuazione della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 *Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento* e, in particolare, nei soggetti in età infantile ed evolutiva, nei soggetti in condizione di particolare vulnerabilità e nella generalità della popolazione.

N. 2 - Efficacia dell'assetto organizzativo e operativo previsto dalla legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 *Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento* e stabilito con le deliberazioni della Giunta provinciale ai sensi della medesima legge provinciale, con particolare riferimento alle attività assegnate ad APSS (Dipartimento prevenzione, rete odontoiatrica provinciale e rete odontoiatrica pediatrica).

finalità, gli obiettivi generali e specifici della stessa nonché la rappresentazione degli interventi di attuazione e degli effetti della legge provinciale n. 22 del 2007.

Per meglio rappresentare il quadro conoscitivo sono stati altresì riportati – in forma di tavole e grafici – i dati più significativi e di sintesi sull'andamento della misure per la tutela della salute odontoiatrica, anche con riferimenti antecedenti il periodo di vigenza della legge provinciale n. 22 del 2007, per favorire una continuità di interpretazione.

Per la valutazione degli effetti della legge, la relazione da conto delle considerazioni, espresse in particolare sui quesiti valutativi, dei soggetti consultati<sup>6</sup> dal Tavolo di coordinamento in specifiche audizioni, che talvolta sono state accompagnate da note documentali.

**I contributi dei soggetti consultati** sono rappresentati in modo sintetico, organizzati in modo da consentirne il miglior utilizzo ai fini della valutazione finale e sono accompagnati dall'evidenza delle proposte di intervento emerse nel corso delle audizioni e dai documenti eventualmente presentati.

Le valutazioni finali del Tavolo di coordinamento mettono in rilievo gli effetti della legge, e con particolare riferimento agli ambiti indicati nei quesiti valutativi, **i risultati ottenuti rispetto alle finalità e agli obiettivi originari** della legge provinciale e **le criticità riscontrate nel corso della sua attuazione.**

Alla luce del lavoro svolto, in fine, la relazione conclusiva contiene **elementi di cui tenere conto per l'eventuale revisione della vigente normativa.**

6 Sono stati invitati, e auditi in data 7 maggio 2018:

- l'Azienda provinciale per i servizi sanitari: Giovanni Maria Guarrera, Responsabile del Servizio Ospedaliero Provinciale – SOP; Fulvio Campolongo, Responsabile della Unità operativa Chirurgia Maxillo-facciale e Odontostomatologia dell'Ospedale di Trento - presidio S. Chiara;
- L'Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di Trento – Commissione Albo Odontoiatri: Stefano Bonora, Presidente);
- l'Associazione Nazionale Dentisti Italiani – ANDI: Tomaso Conci, Presidente e Fabrizio Pellegrini, Vice Presidente;
- l'Associazione Italiana Odontoiatri – AIO: Pier Luigi Martini, Presidente; Rosanna Caroli, Martino Fumarola;
- la Rappresentanza degli Studi e ambulatori odontoiatrici privati Convenzionati con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari: Alessandra Carneri, Massimo Corradini, Ramy Ghazal, Giuliano Tasini;
- la Rappresentanza delle Organizzazioni sindacali Cgil, Cisl, Uil: Lorenzo Pomini;
- il Centro ricerca e tutela dei consumatori e degli utenti: Carlo Biasior, direttore.

## VERIFICA DELLA ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI E DEGLI EFFETTI DELLA LEGGE PROVINCIALE N. 12 DICEMBRE 2007, N. 22 DISCIPLINA DELL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA IN PROVINCIA DI TRENTO

Rispetto a quanto registrato nelle diverse aree di intervento sanitario, coperte dalle garanzie e dagli interventi del Servizio sanitario nazionale (SSN), **l'assistenza odontoiatrica** – nonostante le forti implicazioni sanitarie e sociali in termini di qualità della vita e di sostenibilità economica – è stata tradizionalmente caratterizzata per l'organizzazione **prevalentemente privatistica** del servizio sia sotto il profilo dell'erogazione delle prestazioni che per il pagamento delle stesse.

L'**impegno limitato** dedicato dal **Servizio sanitario nazionale (SSN) al settore dell'assistenza odontoiatrica** ha determinato – unitamente agli alti costi delle prestazioni odontoiatriche offerte nel libero mercato – **condizioni di disuguaglianza nell'accesso all'assistenza odontoiatrica** che dipende conseguentemente, ed in via quasi esclusiva, – dal livello di reddito personale, dato che le prestazioni odontoiatriche preventive e, soprattutto quelle terapeutiche, sono raramente ricomprese in maniera significativa ed efficace fra i benefici coperti da assicurazioni volontarie.

L'organizzazione dell'assistenza odontoiatrica da parte dei **servizi sanitari delle Regioni** si presenta particolarmente disomogenea, con **livelli di offerta diversificati** in ordine alla promozione e prevenzione individuale primaria e secondaria e, soprattutto, ai servizi diagnostici e terapeutici a carico del servizio sanitario nazionale.

Nel **periodo 1991-2002**, la vigente **normativa statale in materia di assistenza odontoiatrica** – costituita dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (articolo 9), dal decreto legislativo 229/1999 che definisce i *criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)* e disciplina il *funzionamento dei Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale*, e dal DPCM 29 novembre 2001 di “*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*”<sup>7</sup> cioè dell'ambito delle garanzie che il SSN si impegna ad assicurare a tutta la popolazione in condizioni di uniformità sul territorio nazionale – ha previsto che **l'assistenza odontoiatrica a carico del Servizio sanitario nazionale sia rivolta solamente a specifiche fasce di utenti** (programmi di prevenzione e tutela per l'*età*

<sup>7</sup> Va segnalato, in proposito, che il **12 gennaio 2017** è stato approvato il DPCM di “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”.

*evolutiva;* assistenza odontoiatrica a categorie di *soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità;* visite odontoiatriche per la diagnosi precoce *di patologie neoplastiche del cavo orale e trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche per infezioni acute e dolore acuto per tutti i cittadini)* – affidando ai **Fondi integrativi** del SSN l'assistenza odontoiatrica per i servizi complementari.

In questo quadro, la Provincia autonoma di Trento nel definire i **livelli di assistenza assicurati dal servizio sanitario provinciale (SSP)<sup>8</sup>** – distinguendo quelli **essenziali** (con specifiche eccezioni per garantire prestazioni già in essere in sede locale, ma escluse dallo Stato) e quelli **aggiuntivi<sup>9</sup>** (erogati agli iscritti al SSP e residenti in Trentino) – ha stabilito che con riferimento all'ambito dell'assistenza odontoiatrica le relative prestazioni continuassero ad essere erogate secondo le modalità già in corso, in ragione della necessità di ulteriori e specifici approfondimenti, dato che l'assistenza odontoiatrica realizzata in Trentino si era già differenziata, in positivo, grazie agli **interventi disposti dalla legge provinciale 31 agosto 1991, n. 20<sup>10</sup>** attraverso specifiche *concessioni contributive per protesi dentarie mobili agli ultrasessantenni e per cure ortodontiche* a soggetti in età evolutiva (6-16 anni), e ad una **specificata modalità operativa dedicata alla gestione delle problematiche odontoiatriche delle persone disabili<sup>11</sup>**.

8 Deliberazione della Giunta provinciale n. 3276 del **23 dicembre 2002** - *"Livelli essenziali di assistenza: recepimento del D.P.C.M. 29 novembre 2001 e linee guida provinciali"*.

9 L'articolo 68 della legge provinciale 11 settembre 1998, n. 10 stabilisce che *la Giunta provinciale definisce il quadro delle prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto ai livelli uniformi di assistenza definiti dalla normativa nazionale e comunitaria, da assicurare agli iscritti del servizio sanitario provinciale*.

10 La **legge provinciale 31 agosto 1991, n. 20** *"Interventi volti ad agevolare l'accesso a prestazioni di assistenza odontoiatrica protesica e ortodontica"* – approvata dal Consiglio provinciale il 23 luglio 1991, a seguito della unificazione di due disegni di legge provinciale (Disegno di legge 30 marzo 1989, n. 23, d'iniziativa del consigliere Paolo Tonelli (D.P.), concernente *"Provvedimenti relativi all'assistenza odontoiatrica"*; Disegno di legge 10 agosto 1989, n. 45, d'iniziativa del consigliere Franco Tretter (P.A.T.T.), concernente *"Norme per l'assistenza odontoiatrica"*) – ha stabilito che, **nell'ambito delle prestazioni socio-assistenziali di carattere economico**, la Provincia autonoma di Trento effettua a proprio carico **specifici interventi** – a favore di particolari categorie di soggetti residenti nel territorio provinciale e il cui reddito, riferito al nucleo familiare, non ecceda i limiti stabiliti in legge – finalizzati a sostenere la spesa privata assunta per prestazioni odontoiatriche mediante la **concessione di un contributo per l'applicazione di protesi dentarie mobili** a favore di **soggetti di età superiore a 60 anni e per l'effettuazione di cure ortodontiche** a favore di **soggetti di età compresa tra i 6 ed i 16 anni**. La legge provinciale 31 agosto 1991, n. 20 è stata **abrogata** dall'articolo 9 della legge provinciale n. 22 del 2007.

11 In merito alla gestione delle **problematiche odontoiatriche delle persone disabili** va evidenziata la scelta, assunta dalla Giunta provinciale con **deliberazione n. 16541 del 20 dicembre 1990**, di costituire una specifica *"Unità operativa di odontostomatologia per disabili con funzione multizonale"* presso il presidio ospedaliero S. Lorenzo di Borgo Valsugana, per svolgere attività di prevenzione, cura e riabilitazione protesica a favore de disabili di tutta la provincia di Trento. L'Unità operativa è stata dotata di 5 medici. La multizionalità del servizio comporta una organizzazione del personale sanitario in equipe (odontoiatra, infermiera professionale, igienista dentale) che si sposta nelle diverse strutture della provincia di Trento: 10 ambulatori odontoiatrici – approntati utilizzando ove possibile le strutture poliambulatoriali dei Distretti: Predazzo, Tonadico, Borgo, Pergine, Levico, Levico/Centro Don Ziglio, Trento, Trento/Casa Serena, Cles, Riva del Garda, Rovereto e Pozza di Fassa).

A seguito di un lungo e complesso percorso istruttorio – iniziato già nel corso del 2001,<sup>12</sup> sulla base della riconosciuta e condivisa necessità di assicurare una maggiore e più omogenea tutela della salute odontoiatrica nell'ambito del Servizio Sanitario Provinciale con oneri a carico del Fondo sanitario provinciale – la Giunta provinciale ha approvato, a fine 2004, i **livelli di assistenza dell'Area odontoiatrica a carico del Fondo sanitario provinciale**<sup>13</sup> (per soggetti in *età evolutiva*, per soggetti in *condizioni di particolare vulnerabilità sanitaria, sociale ed economica*, e per la *popolazione generale*), unitamente alle **indicazioni** operative all'Azienda provinciale per i servizi sanitari **per la transizione**<sup>14</sup> **al nuovo sistema** con la riorganizzazione delle risorse umane e strumentali dedicate all'erogazione dell'assistenza odontoiatrica pubblica.

**Modificazioni, integrazioni ed aggiornamenti tecnici** della disciplina introdotta con la deliberazione n. 1788 del 2004, anche finalizzati a implementare la rete dei servizi odontoiatrici, sono stati poi approvati con la deliberazione della Giunta provinciale n. 436 del 13 marzo 2006 e – precorrendo le indicazioni assunte in sede nazionale col DPCM 28 aprile 2008 di aggiornamento dei LEA – con le deliberazioni n. 1059<sup>15</sup> e n. 1060<sup>16</sup> del 25 maggio 2007.

In parallelo alla descritta attività amministrativa, si è svolto nel corso della **XIII legislatura** un articolato dibattito politico sul tema dell'assistenza odontoiatrica che ha visto, tra l'altro, la presentazione di **4 disegni di legge provinciale**<sup>17</sup>.

12 Con la costituzione di un apposito *Gruppo di lavoro interdisciplinare e interistituzionale* per affrontare la problematica nei suoi diversi aspetti e versanti.

13 Deliberazione della Giunta provinciale n. 1788 del 6 agosto 2004 "Assistenza odontoiatrica: Livelli Essenziali ed Aggiuntivi di Assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Provinciale e direttive all'Azienda provinciale per i servizi sanitari per la riorganizzazione del settore".

14 Per accompagnare il processo di implementazione dei nuovi livelli di assistenza odontoiatrica, la Giunta provinciale ha altresì inserito, tra gli obiettivi specifici assegnati per l'esercizio 2005 all'Azienda provinciale per i servizi sanitari (ai sensi dell'articolo 7, comma 5, della L.P. n. 10/1993), la transizione al nuovo sistema di erogazione (deliberazione n. 2740 del 26 novembre 2004).

15 Recante "Assistenza odontoiatrica: Livelli Essenziali ed Aggiuntivi di Assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Provinciale".

16 Recante "Approvazione dei criteri e delle modalità per l'introduzione del modello ICEF (Indicatore della Condizione Economica Familiare, per l'accesso ai servizi e alle provvidenze pubbliche) per l'assistenza odontoiatrica erogata dal Servizio Sanitario Provinciale".

17 **DISEGNO DI LEGGE 18 MARZO 2004, N. 40**, di iniziativa del consigliere Sergio **Muraro** (Autonomisti - Casa dei Trentini), concernente "Norme per l'assistenza odontoiatrica" che si componeva di **8 articoli** e **proponeva**, in particolare:

- la possibilità di erogare prestazioni curative anche in forma indiretta;
- l'estensione degli interventi per protesi a tutti i cittadini al di sotto di un certo reddito;
- la gratuità delle cure odontoiatriche fino ai 18 anni;



L'unificazione dei disegni di legge, in Commissione<sup>18</sup>, ha consentito la approvazione da parte del Consiglio provinciale, in data 5 dicembre 2007, della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 (*Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento*) giungendo ad un organico quadro normativo (e organizzativo) volto a qualificare e migliorare l'efficacia degli interventi negli ambiti odontoiatrici considerati prioritari in quanto più rispondenti a finalità di salute pubblica.

- l'elevazione notevole dei limiti del reddito di riferimento;
- l'attribuzione alla Giunta provinciale del compito di definire le ulteriori modalità di applicazione delle norma nonché la fase di sperimentazione per quantificare gli oneri di spesa sul bilancio provinciale.

**DISEGNO DI LEGGE 22 APRILE 2004, N. 48**, d'iniziativa dei consiglieri Paolo **Barbacovi**, Mauro Bondi, Roberto Pinter, Giuseppe Parolari (Sinistra democratica e riformista del Trentino per l'Ulivo), concernente "*Prevenzione e assistenza odontoiatrica*" che si componeva di **8 articoli** e che – ispirandosi all'idea di una assistenza odontoiatrica pubblica fruibile da tutti i cittadini che riduca le disuguaglianze ed il gap di aspettativa di salute fra la popolazione, puntando a responsabilizzare il cittadino offrendogli conoscenze e motivazioni per mantenersi in salute attraverso programmi individuali di prevenzione e a ridurre i costi delle cure graduandoli alla situazione economica familiare – **proponeva**, in particolare, **tre strumenti principali**:

- i programmi e gli interventi di prevenzione distrettuali ed individuali;
- l'assistenza curativa odontoiatrica, protesica e ortodontica fissa e mobile erogate in forma diretta ed indiretta attraverso strutture private accreditate;
- la partecipazione dell'assistito alla spesa commisurata alla situazione economica familiare.

**DISEGNO DI LEGGE 11 OTTOBRE 2004, N. 79**, d'iniziativa della **Giunta provinciale** (su proposta dell'assessore Remo **Andreolli**) concernente "*Nuova disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento*" che – approvato dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 2340 di data 8 ottobre 2004 – si componeva di **9 articoli** e **proponeva una disciplina finalizzata**, in particolare a:

- abrogare la legge provinciale n. 20/1991, facendo salve, fino ad esaurimento, le procedure di erogazione delle prestazioni di assistenza odontoiatrica già impegnate e le procedure relative a domande già avanzate;
- individuare l'ambito di intervento, riservando una particolare attenzione alla *tutela della salute odontoiatrica nell'età infantile ed evolutiva* ed alla *tutela della salute odontoiatrica dei soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità* (soggetti che per motivi sociali/sanitari/economici abbiano più necessità dell'intervento del servizio pubblico) e stabilendo anche determinate *prestazioni in favore della generalità della popolazione*;
- qualificare gli interventi che dovranno rientrare nei *livelli essenziali di assistenza* (come tali da garantire agli assistiti in condizione di uniformità nell'ambito del SSN) e quali interventi invece dovranno intendersi "*prestazioni aggiuntive*" da garantire ai soli residenti in Trentino e assistiti del servizio sanitario provinciale;
- subordinare il *concorso nelle spese* alla valutazione economico-patrimoniale del nucleo familiare di riferimento cui appartiene il beneficiario delle prestazioni;
- favorire la nascita di attività mutualistiche, anche di tipo cooperativistico, (*fondi integrativi*) per far fronte alle prestazioni aggiuntive e/o parzialmente escluse dai livelli di assistenza.

**DISEGNO DI LEGGE 7 MARZO 2007, N. 224** d'iniziativa del consigliere Pino **Morandini** (U.D.C. - Unione dei Democratici Cristiani e dei Democratici di Centro), concernente "*Nuova disciplina degli interventi volti ad agevolare l'accesso a prestazioni di assistenza odontoiatrica*" che si componeva di **8 articoli** e **proponeva**, in particolare, di:

- incentivare un'adeguata attività di prevenzione;
- assicurare ai residenti le cure dentarie conservative;
- garantire contributi per l'accesso a prestazioni di assistenza odontoiatrica finalizzati alla effettuazione di cure preventive e conservative, alla fornitura e applicazione di mezzi protesici atti a correggere le deficienze e le limitazioni dell'apparato masticatorio, ivi compresi interventi di stabilizzazione di protesi dentarie mediante implantologia endo-ossea, alla effettuazione di cure ortodontiche;
- stabilire i limiti di reddito per la concessione dei contributi;
- definire le condizioni e le modalità per la concessione dei contributi;
- garantire alla popolazione un'adeguata assistenza odontoiatrica nei giorni festivi e prefestivi;
- abrogare la legge provinciale 31 agosto 1991, n. 20.

La Giunta provinciale ha approvato, nel luglio 2008, le prime Direttive di attuazione<sup>19</sup> per dare avvio e concretezza, sul piano organizzativo ed erogativo, all'assetto previsto dalla legge provinciale n. 22 del 2007 andato completamente "a regime" a partire dal 2010.

Nel corso della XIV legislatura, è stato presentato, il Disegno di legge 24 novembre 2010, n. 164<sup>20</sup> d'iniziativa dei consiglieri Claudio Civettini, Alessandro Savoi, Franca Penasa, Mario Casna, Luca Paternoster e Giuseppe Filippin (Lega Nord Trentino), concernente "Modificazioni della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 (*Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento*), respinto dalla Quarta commissione permanente del Consiglio provinciale in data 11 luglio 2011 e respinto in Aula il 18 ottobre 2011.

Nel corso della XV legislatura, è stato presentato, il Disegno di legge 8 luglio 2014, n. 35<sup>21</sup> d'iniziativa dei consiglieri Walter Kaswalder, Luca Giuliani, Graziano Lozzer, Lorenzo Baratter e Chiara Avanzo (Partito Autonomista Trentino Tirolese), concernente "Modificazioni della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 (*Disciplina dell'assistenza*

18 La Quarta Commissione permanente del Consiglio provinciale aveva espresso il parere favorevole – sul testo unificato avente ad oggetto "*Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento*" – il 16 ottobre 2007.

19 Deliberazione della Giunta provinciale n. 1886 del 25 luglio 2008.

20 Composto da 5 articoli, proponeva di apportare alla disciplina (ricependo le segnalazioni della Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Trento) precise correzioni riferite:

- alla definizione (rivalutazione) dell'atto medico della cura odontoiatrica che in alcuni articoli e commi della legge provinciale è pesantemente svilito banalizzandolo ad una mera "fornitura di ... protesi o apparecchio ortodontico ...";
- alla precisazione dei ruoli degli operatori coinvolti nelle attività, eliminando gli elementi di ambiguità nella definizione delle competenze di figure che collaborano con l'odontoiatra: l'odontotecnico è un professionista che collabora con l'odontoiatra (nel fornire apparecchi e dispositivi costruiti su prescrizione del dentista, ma che non può in alcun modo eseguire alcuna manovra nella bocca del paziente); l'igienista dentale collabora con il dentista e deve operare su indicazione dell'odontoiatra (occupandosi di igiene orale e nell'ambito della prevenzione, informando i pazienti sulle corrette modalità di igiene della bocca e dei denti. Ogni attività che si realizzi al di fuori delle limitatissime competenze che la legge assegna agli Igienisti dentali si configura come esercizio abusivo della professione odontoiatrica); l'odontoiatra è titolare e responsabile, per legge, per quanto concerne la diagnosi e la terapia delle patologie del cavo orale;
- all'apertura alla forma di assistenza indiretta (a fianco di quella diretta) quale "unico modo reale per permettere a tutti i cittadini, che vivono distribuiti tra città e vallate, di poter fruire delle opportunità offerte dalla legge provinciale e per consentire il mantenimento della alleanza terapeutica (tra medico e paziente) come elemento fondamentale per un'assistenza odontoiatrica di qualità".

21 Composto da 5 articoli, proponeva di apportare alcune integrazioni alla disciplina finalizzate, in particolare a ridefinire l'assetto erogativo dell'assistenza odontoiatrica rendendo la modalità "indiretta" l'opzione principale (e non residuale) in capo al richiedente le prestazioni specialistiche da fruire privatamente con rimborso da parte dell'Azienda sanitaria e ad assicurare un maggiore coinvolgimento della Commissione Albo Odontoiatri della provincia di Trento nella definizione della disciplina attuativa della legge sull'assistenza odontoiatrica (chiamata ad esprimersi, non solo sugli onorari relativi alle prestazioni degli ambulatori e degli studi odontoiatrici privati, ma anche sugli indirizzi in materia di prevenzione primaria, prima della loro adozione da parte della Giunta provinciale).

*odontoiatrica in provincia di Trento)*", respinto dalla Quarta commissione permanente del Consiglio provinciale in data 6 settembre 2017 e respinto in Aula il 5 ottobre 2017.

La legge provinciale n. 22 del 2007 è rimasta, nei 10 anni di vigenza, sostanzialmente invariata ed è stata oggetto di due sole modifiche testuali, di carattere tecnico.

Nonostante il manifestarsi, e il perdurare, della crisi economico-finanziaria negli anni immediatamente successivi alla sua approvazione – che ha comportato una contrazione delle risorse a disposizione del bilancio provinciale – la Giunta provinciale ha confermato, nel periodo 2009-2015, lo stanziamento di 13,5 mli di euro destinato ad assicurare l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche previste dalla legge provinciale n. 22 del 2007.

A partire dall'anno 2016, il finanziamento destinato all'erogazione dei livelli di assistenza odontoiatrica è stato diminuito a 12,5 milioni di euro.

## Finalità, obiettivi generali e obiettivi specifici

All'interno del lungo processo che ha visto l'assunzione di specifici orientamenti in materia a livello nazionale – con la definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, da garantire in condizione di uniformità nell'ambito del servizio sanitario nazionale – l'approvazione della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 “*Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento*” è maturata dalla **volontà di aumentare l'impegno del servizio pubblico nella tutela della salute odontoiatrica della popolazione trentina** ed è stata stimolata dalla **necessità di disciplinare organicamente** – in conformità agli indirizzi nazionali – **gli ambiti di tutela e di assistenza** e, in particolare, **gli interventi qualificati come "prestazioni aggiuntive"** da riservare ai soli assistiti iscritti al servizio sanitario provinciale e residenti in Trentino.

La nuova disciplina definita con la **legge provinciale 12 dicembre 2007 n. 22** si caratterizza, quanto a **finalità, obiettivi generali e obiettivi specifici**<sup>22</sup>, come segue.

<i><b>FINALITÀ</b></i>	<b>DISCIPLINARE</b> L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA, ORTODONTICA E PROTESICA ASSICURATA NELLA PROVINCIA DI TRENTO, <b>PER TUTELARE LA SALUTE ODONTOIATRICA</b> NEI SOGGETTI IN ETÀ INFANTILE ED EVOLUTIVA, NEI SOGGETTI IN <b>CONDIZIONE DI PARTICOLARE VULNERABILITÀ</b> (SANITARIA, SOCIALE, ECONOMICA) E NELLA <b>POPOLAZIONE GENERALE</b>	
<b>Obiettivo GENERALE</b>	<b>POTENZIARE E QUALIFICARE GLI INTERVENTI NEGLI AMBITI ODONTOIATRICI CONSIDERATI PRIORITARI</b> IN QUANTO PIÙ RISPONDENTI A <b>FINALITÀ DI SALUTE PUBBLICA</b>	
<b>Obiettivi SPECIFICI</b>	<b>1</b>	<p><b>ASSICURARE LE PRESTAZIONI</b> DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA <b>AI SOGGETTI IN ETÀ INFANTILE ED EVOLUTIVA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATTIVITÀ DI <b>PREVENZIONE PRIMARIA</b> (<i>visite periodiche, anche annuali, su classi di età campione, fluoroprofilassi, promozione, formazione e informazione sull'igiene orale</i>) (Livello essenziale)</li> <li>• ATTIVITÀ DI <b>PREVENZIONE SECONDARIA</b> (<i>fornitura di interventi curativi</i>) (Livello aggiuntivo riservato agli iscritti al SSP e residenti in Trentino da almeno 3 anni)</li> <li>• <b>ORTODONZIA</b> (<i>concorso nelle spese di fornitura di apparecchi ortodontici</i>) (Livello aggiuntivo riservato agli iscritti al SSP e residenti in Trentino da almeno 3 anni)</li> </ul>

<sup>22</sup> Individuabili nel testo originario e rilevabili anche sulla base di quanto segnalato nei lavori preparatori e nelle relazioni illustrative ai diversi disegni di legge da cui è originata la legge provinciale in esame.

	2	<p><b>ASSICURARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA AI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ (sanitaria, sociale)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATTIVITÀ DI PREVENZIONE PRIMARIA (<i>promozione, formazione e informazione sull'igiene orale</i>) (Livello essenziale)</li> <li>• ATTIVITÀ DI PREVENZIONE SECONDARIA (<i>fornitura di interventi curativi</i>) (Livello aggiuntivo riservato agli iscritti al SSP e residenti in Trentino da almeno 3 anni)</li> <li>• PROTESICA (<i>fornitura di protesi fisse e mobili; concorso nelle spese di fornitura di protesi fisse e mobili</i>) (Livello aggiuntivo riservato agli iscritti al SSP e residenti in Trentino da almeno 3 anni)</li> </ul>
	3	<p><b>ASSICURARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA ALLA GENERALITÀ DELLA POPOLAZIONE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• URGENZA ODONTOIATRICA (<i>prestazioni necessarie per risolvere specifici problemi acuti</i>) (Livello essenziale)</li> <li>• CHIRURGIA ORALE AMBULATORIALE DI PARTICOLARE COMPLESSITÀ (<i>grave quadro clinico</i>) (Livello aggiuntivo riservato agli iscritti al SSP e residenti in Trentino da almeno 3 anni)</li> </ul>

## Il sistema per la tutela della salute odontoiatrica in provincia di Trento

Per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi fissati, la legge provinciale n. 22 del 2007<sup>23</sup>:

- ha individuato i destinatari degli interventi e i rispettivi livelli di assistenza odontoiatrica da assicurare;
- ha stabilito, con riferimento a modalità e soggetti erogatori, che le prestazioni:
  - sono erogate in via “diretta” da strutture sanitarie operanti nell'ambito del territorio provinciale: ospedali pubblici, ambulatori odontoiatrici pubblici (che devono trovare adeguata collocazione in ogni Distretto sanitario), ambulatori e studi odontoiatrici privati convenzionati con il servizio sanitario provinciale;
  - sono erogate in via “indiretta” da ambulatori e studi odontoiatrici privati non convenzionati (solo nel caso di superamento dei tempi di attesa massimi prestabiliti per l'accesso in modalità “diretta”);

<sup>23</sup> E' entrata in vigore il giorno 11 gennaio 2008.

- ha **demandato alla Giunta provinciale la individuazione** – annuale e per ciascuna tipologia di prestazione – delle **condizioni**, dei **limiti** e delle **modalità di accesso** e, in particolare, il compito di **specificare i soggetti destinatari** degli interventi previsti e di **determinare**:
- gli **indirizzi per la valutazione della situazione economico-patrimoniale del nucleo familiare** di riferimento<sup>24</sup> (valore dell'indicatore ICEF per l'accesso ai benefici) e per l'articolazione della eventuale **compartecipazione alla spesa** da parte degli assistiti;
  - le **tariffe** a remunerazione delle prestazioni erogate in regime privato;
  - le **prestazioni qualificate** come **“aggiuntive”** rispetto ai livelli essenziali di assistenza definiti dalla normativa nazionale, da riservare agli iscritti al servizio sanitario provinciale residenti in Trentino;
  - gli **indirizzi per organizzare gli interventi di prevenzione primaria**, in collaborazione fra l'azienda sanitaria e gli altri enti ed istituzioni operanti sul territorio provinciale.

La Giunta provinciale **ha determinato tutti gli elementi ad essa riservati dalla legge provinciale n. 22 del 2007 e ha dato avvio**<sup>25</sup> al **“nuovo assetto dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento”** rappresentato, schematicamente, nella due Figure che seguono.

24 Sulla base dei criteri previsti dall'articolo 6 della legge provinciale n. 3 del 1993 e dall'articolo 7 della legge provinciale n. 2 del 1997.

25 Deliberazione della Giunta provinciale n. 1886 del 25 luglio 2008.

Le **Direttive** di attuazione **stabiliscono e specificano**, puntualmente:

- i **beneficiari**, le **attività erogate** e le rispettive **condizioni di accesso**;
- gli **ambiti di attività** (distinti per tipologia di erogatore: pubblico, privato convenzionato, privato non convenzionato);
- gli **strumenti a supporto delle attività odontoiatriche** (linee guida operative, protocollo per l'accesso all'ortodonzia, libretto sanitario odontoiatrico);
- il **valore dell'indicatore ICEF** e le **modalità di compartecipazione alla spesa** da parte degli assistiti;
- il **regime di assistenza “diretta”** (modalità di accesso, presa in carico, cura);
- il **regime di assistenza “indiretta”** (modalità di accesso, presa in carico, cura);
- il **nomenclatore delle prestazioni** e le relative **tariffe**;
- il **fabbisogno di strutture odontoiatriche** (programmazione);
- i **requisiti di autorizzazione all'esercizio** di attività sanitaria;
- i **requisiti per l'accreditamento degli studi e ambulatori odontoiatrici privati**;
- i **criteri di convenzionamento** con il servizio sanitario provinciale;
- lo **schema di accordo negoziale** (contratto e budget per singolo studio convenzionato);
- le **risorse finanziarie disponibili** (assegnazioni del bilancio della Provincia);
- le **modalità di monitoraggio** e di **controllo**.



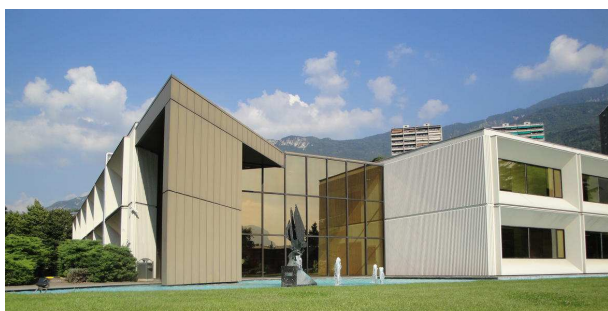
## GIUNTA PROVINCIALE



**Approva le DIRETTIVE ANNUALI**  
di attuazione della LP n. 22 del 2007  
(articolo 6)

e le trasmette

## AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI



All'Azienda sanitaria (APSS) cui spetta il compito di predisporre le condizioni tecnico-organizzative necessarie a realizzare le misure individuate nelle Direttive annuali

DIREZIONI

## COORDINAMENTO FUNZIONALE di AREA ODONTOIATRICA

### Dipartimento di Prevenzione

deve garantire la tutela della salute collettiva in integrazione con le attività di altre articolazioni organizzative aziendali

### Unità Operative Ospedaliere

Ospedale di **Borgo Valsugana**  
**Chirurgia orale per disabili e Odontoiatria**  
Presidio S. Chiara di **Trento**  
**Chirurgia Maxillofaciale e Odontostomatologia**

### RETE odontoiatrica provinciale

(deliberazioni del Direttore generale n. 543 del 23 ottobre 2012 e n. 424 del 30 luglio 2013)

La Rete deve garantire:

- miglioramento della qualità delle prestazioni
- uniformità di accesso e trattamento sul territorio provinciale
- omogeneizzazione delle pratiche tecniche e organizzative

### Distretti sanitari

Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Ambulatori **pubblici**  
(Assistenza DIRETTA PUBBLICA)  
**15 SEDI**

Studi e ambulatori **privati**

**Convenzionati**  
(Assistenza DIRETTA CONVENZIONATA)

**NON convenzionati**  
(Assistenza INDIRETTA)

**Sistema informativo**  
Database amministrativo / sanitari  
**IE Odontoiatria**  
Ippocrate cassa Aduivat

**Sistema di prenotazione**  
Centro Unificato multicanale (telefono, fax, portale-online, sportelli dei distretti)

**Commissione di controllo sugli studi convenzionati** (ex DLgs 502/1992) (delibere del DGenerale n. 572/2011 e n. 135/2017)



ANNO	Dipendenti APSS		Medici SUMAI	ORE
	Medici odontoiatri	Igienisti dentali		
2008	14	-	27	467,5
2009	14	-	27	438,5
2010	14	15	28	470,5
2011	14	15	27	452,5
2012	13	15	26	424,5
2013	14	15	25	440,5
2014	14	15	27	446,5
2015	14	15	27	445,0
2016	13	15	26	457,5
2017	14	15	26	

ANNO	N° studi
2008	0
2009	5
2010	18
2011	23
2012	23
2013	24
2014	24
2015	24
2016	27
2017	27

Via **RESIDUALE** attivabile, previo "nulla osta" rilasciato dal Distretto sanitario di riferimento, **SOLO SE** Azienda sanitaria e studi convenzionati **NON** avviano il "Piano di cura" entro il 45° giorno dalla richiesta formulata dalla persona che ha titolo a beneficiare dell'assistenza

260 sedi sul territorio  
**253**  
Professionisti aderenti



Corso di Laurea  
Igiene Dentale

AMBITI DI TUTELA ODONTOIATRICA, ORTODONTICA E PROTESICA						
Soggetti DESTINATARI	PRESTAZIONI riconosciute	STRUTTURA EROGATRICE			Valutazione economico-patrimoniale del nucleo familiare di riferimento  Indicatore ICEF	
		Pubblico Assistenza DIRETTA		Privato Assistenza INDIRETTA		
		AZIENDA SANITARIA	Studi Privati Convenzionati	Se presa in carico > 60 giorni		
Art. 2 – Soggetti in età infantile ed evolutiva		Prevenzione primaria	X			
		Prevenzione secondaria	X	X	X	
	Soggetti minori di anni 18 (alla data della richiesta)	Ortodonzia	X (disabili)	X	X	X (articolazione tariffaria)
Art. 3 – Soggetti in condizione di particolare vulnerabilità	a) disabili psichici e psico-fisici	Prevenzione secondaria	X			
		Protesi fisse e mobili	X			
	b) soggetti con patologie generali gravi	Prevenzione secondaria	X			
		Protesi fisse e mobili	X			X (articolazione tariffaria)
	c) soggetti con patologie specifiche	Prevenzione secondaria	X			
		Protesi fisse e mobili	X			X (articolazione tariffaria)
	d) soggetti ad elevato rischio infettivo (solo sieropositivi HIV)	Prevenzione secondaria	X			
		Protesi fisse e mobili	X			
	e) nuclei familiari a bassa condizione economico/patrimoniale	Prevenzione secondaria	X	X	X	X (articolazione tariffaria)
		Protesi fisse e mobili		X	X	X (articolazione tariffaria)
	f) soggetti anziani (età =>65 anni)	Prevenzione secondaria	X	X	X	
		Protesi fisse e mobili		X	X	X (articolazione tariffaria)
	g) donne in gravidanza oltre il 3° mese	Prevenzione primaria	X			
Prevenzione secondaria		X	X	X		
Art. 4 – Generalità della popolazione	Iscritti al Servizio Sanitario Nazionale	Prestazioni di Urgenza odontoiatrica	X			
	Iscritti al Servizio Sanitario Provinciale e residenti (in Trentino)	Prestazioni di Chirurgia orale in regime ambulatoriale e di day surgery, di particolare complessità, che rispondono a specifico grave quadro clinico	X			



Per accompagnare l'attuazione della nuova disciplina, per favorirne la conoscenza e l'accessibilità ai nuovi benefici, la Provincia ha promosso il nuovo assetto normativo ed organizzativo dell'assistenza odontoiatrica in Trentino, mediante:

- una specifica **conferenza stampa**, in data 28 luglio 2008;
- due **incontri informativi**<sup>26</sup> (in data 9 settembre 2008 a Trento e in data 11 settembre 2008 a Rovereto) aperti a tutti gli studi/ambulatori odontoiatrici privati operanti sul territorio provinciale;
- una prima **campagna informativa** nel 2008, poi rinforzata nel 2011.



<sup>26</sup> Organizzati dal competente Servizio dell'Assessorato, in collaborazione con l'Azienda sanitaria.

Il nuovo impianto organizzativo per l'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento entrato "a regime" con l'esercizio 2010, è stato adeguato e implementato con ulteriori misure specificate nelle Direttive di attuazione che la Giunta provinciale negli anni successivi<sup>27</sup>.

I compiti attuativi sono stati assegnati all'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) – incaricata, in particolare, di predisporre le condizioni tecnico/organizzative necessarie per applicare le misure via via approvate dalla Giunta provinciale – sia con riferimento alle attività gestite in proprio (*assistenza diretta pubblica*) che a quelle erogate tramite studi ed ambulatori privati convenzionati con il servizio sanitario provinciale (*assistenza diretta pubblica convenzionata*) o da parte di studi privati non convenzionati (*assistenza indiretta*) operanti in regime di libera professione.

<sup>27</sup> Gli elementi ed aspetti più tecnici e di dettaglio operativo definiti nelle Direttive annuali approvate dalla Giunta provinciale sono stati descritti nel documento "Valutazione degli effetti della legge provinciale n. 22 del 2007" (APPENDICE N. 2 – LE DIRETTIVE ANNUALI DI ATTUAZIONE) al quale si rinvia per un utile approfondimento.

## LA TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA IN PROVINCIA DI TRENTO, IN CIFRE

La legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 recante la *“Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento”* ha previsto **tre distinte modalità di erogazione dell'assistenza**:

- ✓ DIRETTA PUBBLICA, a cura dell'**Azienda provinciale per i servizi sanitari** (negli ambulatori dei Distretti sanitari e presso specifiche Unità operative ospedaliere);
- ✓ DIRETTA PUBBLICA CONVENZIONATA, da parte di **studi/ambulatori privati convenzionati col servizio sanitario provinciale (SSP)**, che accettano – con la sottoscrizione di uno specifico accordo negoziale – il nomenclatore delle prestazioni e relativo tariffario, le linee guida operative con i protocolli operativi e il budget annuale assegnato;
- ✓ INDIRETTA, da parte di **studi/ambulatori privati NON convenzionati col servizio sanitario provinciale** e previo *“nulla osta”* rilasciato dal Distretto sanitario di riferimento territoriale, in via residuale, solo se l'Azienda sanitaria e le strutture convenzionate col servizio sanitario provinciale non avviano il Piano di cura entro il 45° giorno dalla prenotazione della prestazione presso il Centro Unico di Prenotazione (CUP) aziendale.

Gli **andamenti complessivi** dei volumi delle **prestazioni erogate** e delle **risorse destinate**<sup>28</sup> all'assistenza odontoiatrica in vigenza della legge provinciale n. 22 del 2007 (periodo 2009-2016)<sup>29</sup> – secondo le indicazioni organizzative stabilite dalla Giunta provinciale con le Direttive annuali di attuazione – sono **rappresentati** nelle Tavole e Figure che seguono, **con riferimento alle diverse modalità di assistenza/erogazione**.

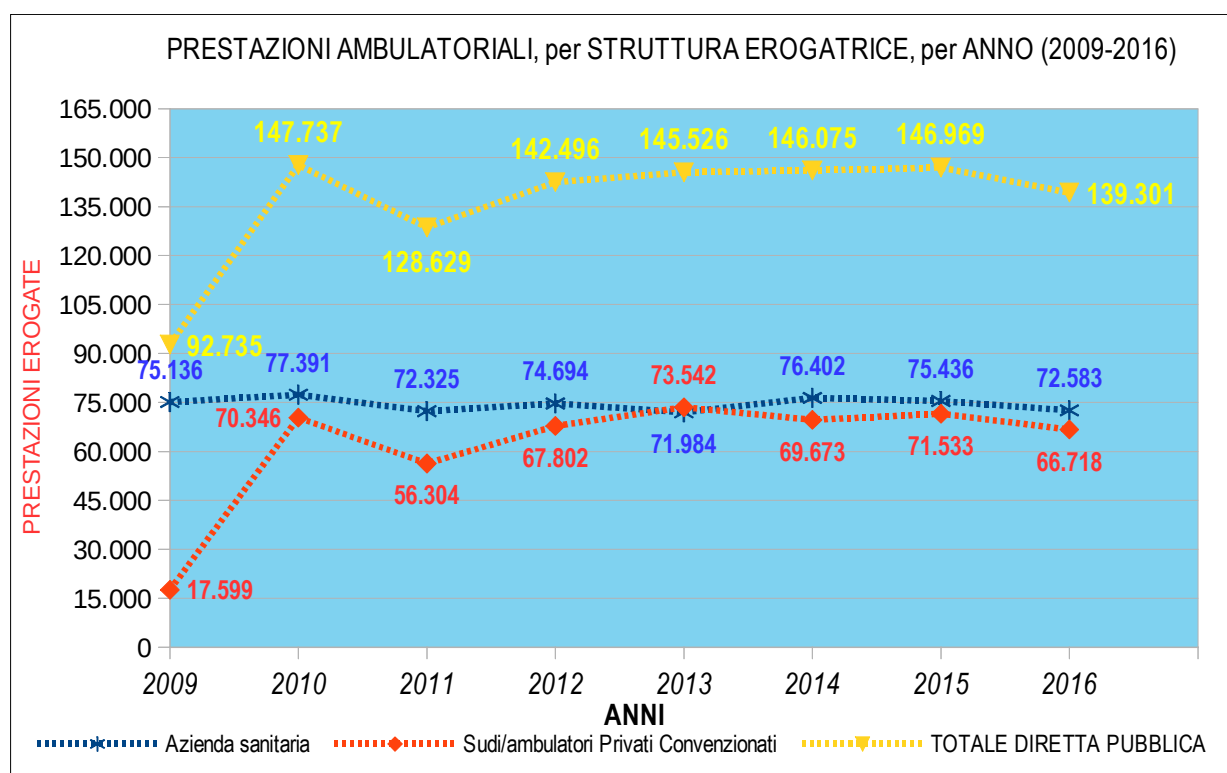
28 Lo stanziamento delle **risorse finanziarie** che la Giunta provinciale ha messo **a disposizione per l'erogazione dei livelli di assistenza odontoiatrica** è stato:

- definito nell'ambito del riparto del *Fondo sanitario provinciale di parte corrente* relativo ad ogni anno di vigenza della legge provinciale;
- assegnato all'Azienda sanitaria con le deliberazioni recanti le *“Disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio sanitario provinciale”*.

29 I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.

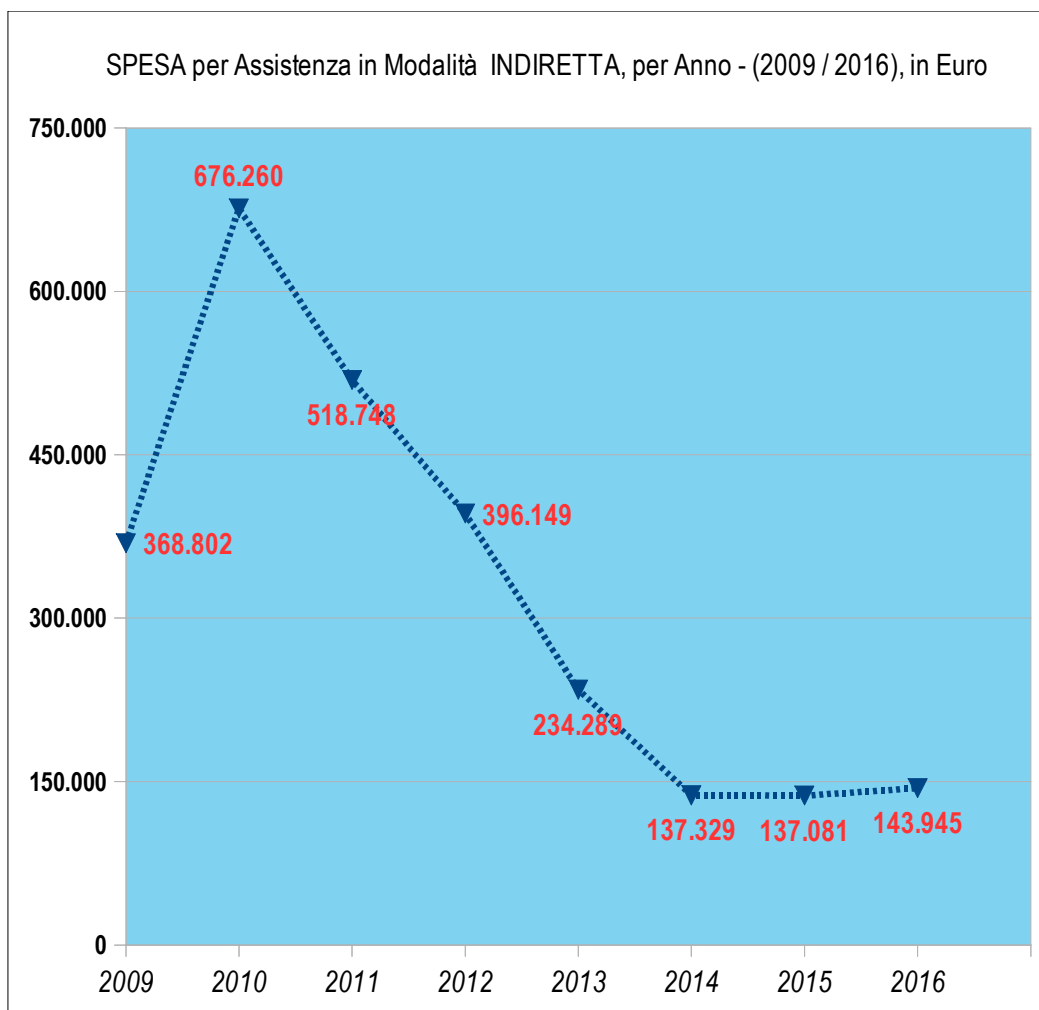
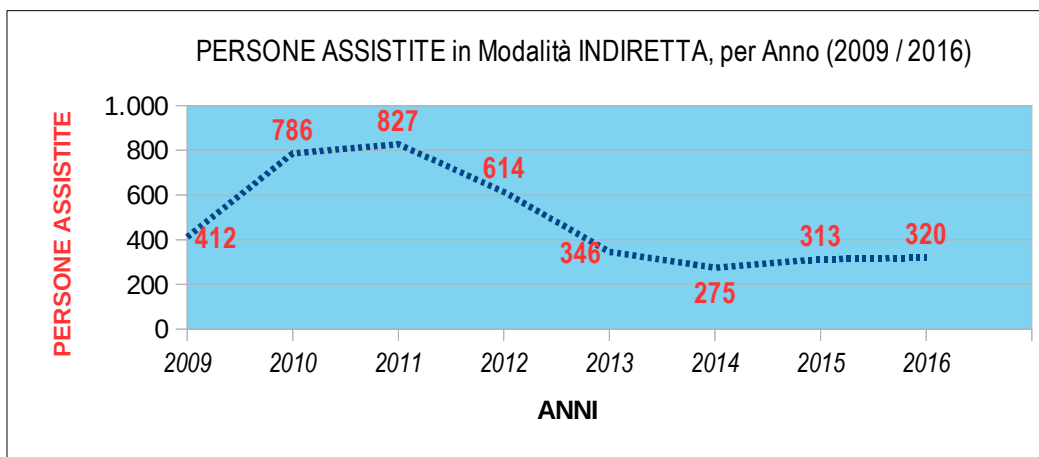
## MODALITÀ DIRETTA

(**strutture dell'Azienda sanitaria e studi privati convenzionati**)

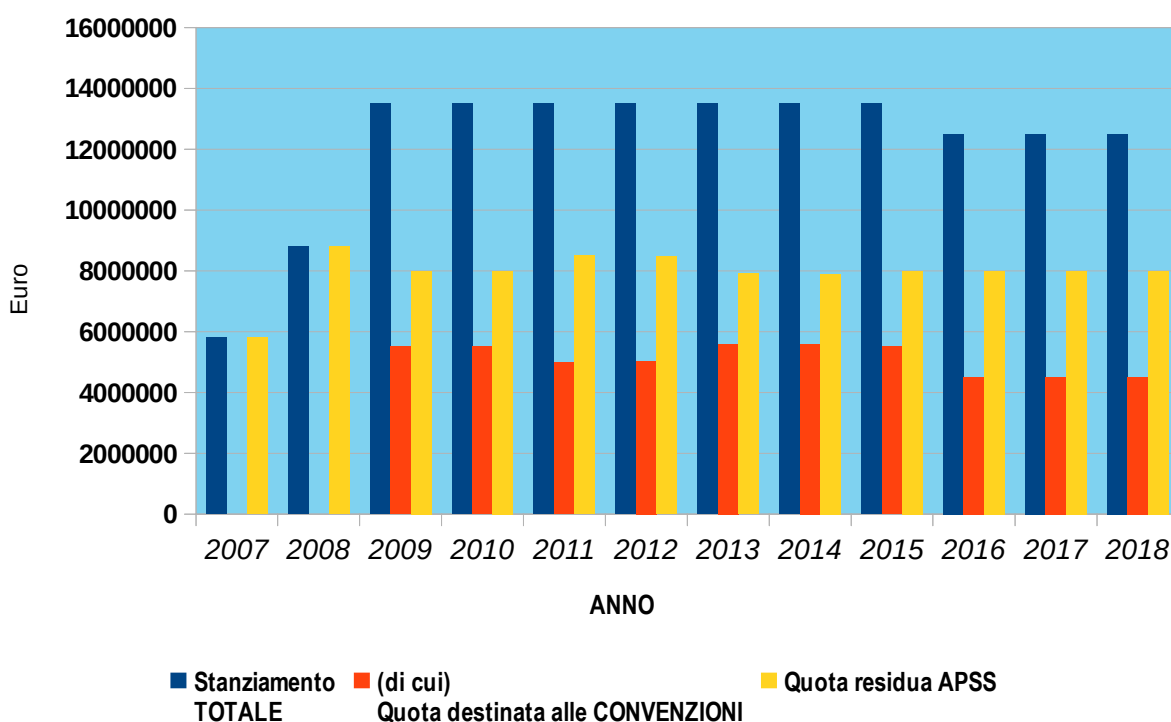


## MODALITÀ INDIRETTA

(studi privati NON convenzionati)



## RISORSE FINANZIARIE DESTINATE ALL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA



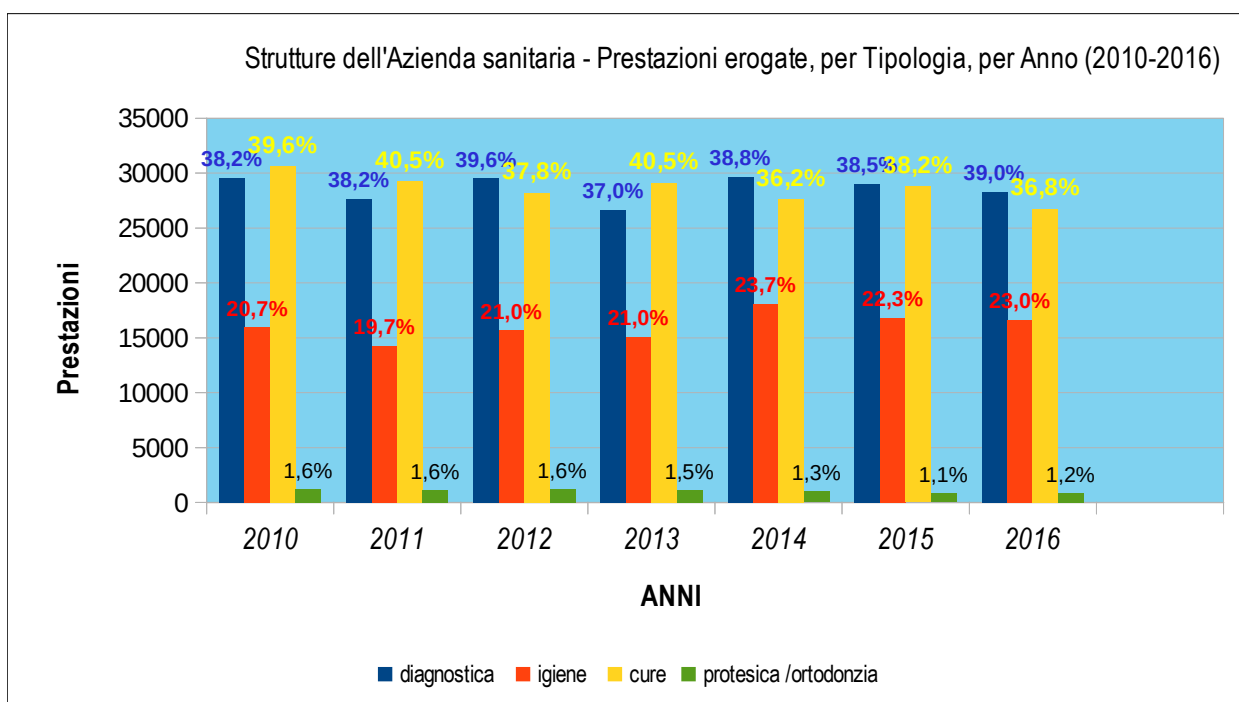
<b>Andamento RISORSE FINANZIARIE</b> stanziato in vigore della legge provinciale n. 22 del 2007, per ANNO, in Euro				
ANNO	Stanziamiento TOTALE	(di cui) Quota destinata alle CONVENZIONI con Studi privati	Quota residua APSS	
2007 Assistenza odontoiatrica pubblica	5.800.000,00	-	5.800.000,00	<p>La ripartizione delle risorse, tra le diverse modalità di assistenza previste prevede:</p> <p>che il budget complessivo per singola struttura convenzionata è fissato nell'accordo annuale e può essere rideterminato in corso d'anno, per garantire la continuità delle cure in ambito distrettuale;</p> <p>che ciascuna struttura privata convenzionata ottiene la liquidazione delle somme dovute (da parte del Distretto sanitario di riferimento) subordinatamente alla puntuale rendicontazione mensile della spesa sostenuta a fronte delle prestazioni erogate all'utenza;</p> <p>che una quota di risorse costituisce riserva per l'assistenza indiretta (non programmabile a inizio anno).</p>
2008 Avvio nuovi LEA odontoiatria (+ 3 mli)	8.800.000,00	-	8.800.000,00	
2009 Stanziamiento consolidato, a regime.	13.500.000,00	5.500.000,00	8.000.000,00	
2010	13.500.000,00	5.500.000,00	8.000.000,00	
2011	13.500.000,00	4.981.800,00	8.518.200,00	
2012	13.500.000,00	5.029.842,00	8.470.158,00	
2013	13.500.000,00	5.600.637,00	7.899.363,00	
2014	13.500.000,00	5.603.942,00	7.896.058,00	
2015	13.500.000,00	5.500.000,00	8.000.000,00	
2016 Lo stanziamento viene ridotto di 1 mli	12.500.000,00	4.500.000,00	8.000.000,00	
2017	12.500.000,00	4.500.000,00	8.000.000,00	

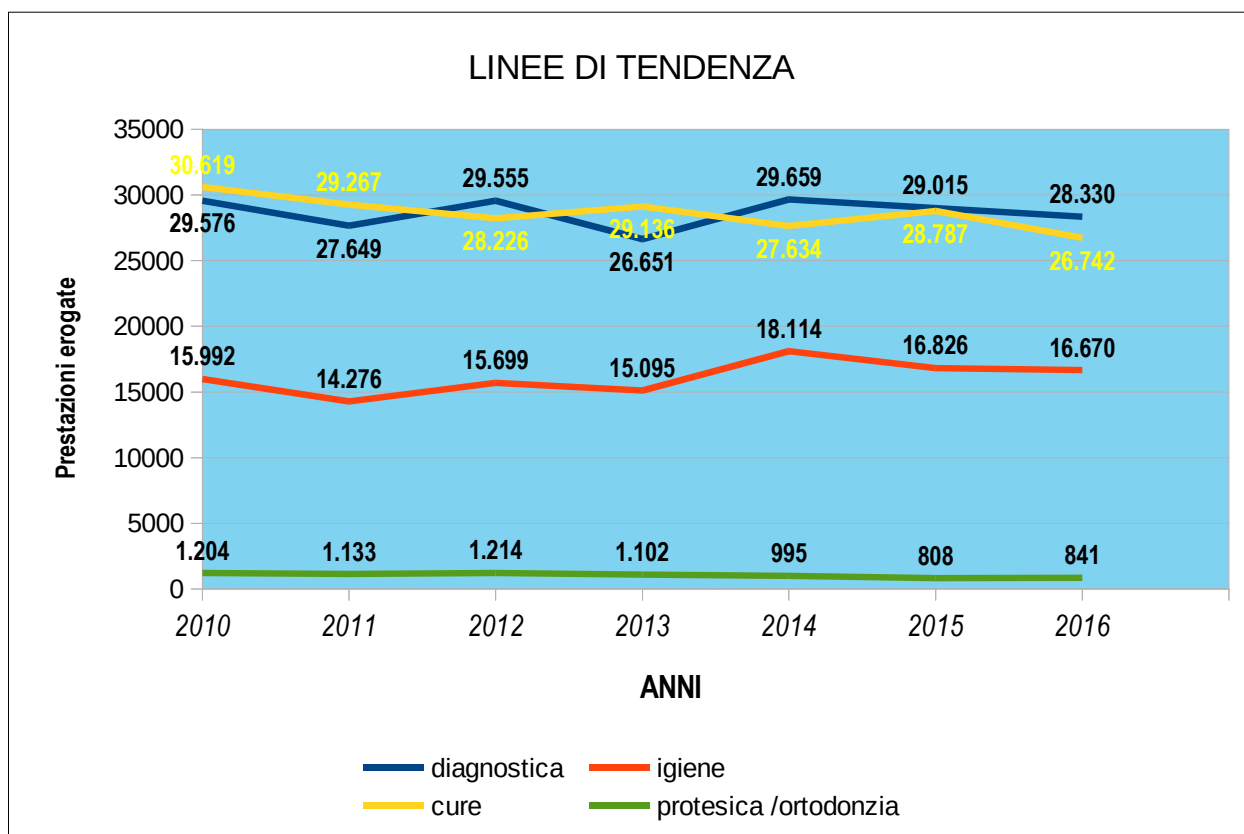
**ASSISTENZA DIRETTA pubblica**

**(Azienda provinciale per i servizi sanitari)**

Strutture dell'Azienda sanitaria – Prestazioni erogate, per Tipologia, per Anno (2010 - 2016) *							
Tipologia di PRESTAZIONE	ANNO						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DIAGNOSTICA	29.576	27.649	29.555	26.651	29.659	29.015	28.330
<i>prima visita</i>	23.244	21.933	22.675	20.334	23.049	21.798	21.131
<i>visita di controllo</i>	2.585	2.474	3.108	3.148	3.805	3.982	4.592
<i>radiografia</i>	3.747	3.242	3.772	3.169	2.805	3.235	2.607
IGIENE	15.992	14.276	15.699	15.095	18.114	16.826	16.670
CURE	30.619	29.267	28.226	29.136	27.634	28.787	26.742
PROTESICA / ORTODONZIA	1.204	1.133	1.214	1.102	995	808	841
<b>TOTALE</b>	<b>77.391</b>	<b>72.325</b>	<b>74.694</b>	<b>71.984</b>	<b>76.402</b>	<b>75.436</b>	<b>72.583</b>

\* I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.





Strutture AZIENDA sanitaria - PRESTAZIONI odontoiatriche per SEDE di erogazione , per Anno (2009-2016) *								
SEDE DI EROGAZIONE	ANNI							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ospedale Borgo	14.199	15.618	14.198	15.717	17.538	18.791	18.309	18.472
CSS – Trento	12.901	11.225	9.737	9.044	8.969	8.208	9.756	7.579
Poliambul Rovereto	9.389	9.719	9.498	9.518	9.002	8.660	8.163	7.367
Ospedale di Trento	7.713	8.124	7.994	7.045	7.296	7.337	8.136	8.844
Poliambulatorio Riva	7.364	7.879	7.531	9.734	8.068	10.489	8.034	7.856
Poliambul Pergine	7.241	6.987	7.199	8.638	7.664	7.447	7.082	7.025
Poliambulatorio Ala	3.661	3.818	2.362	2.324	2.412	2.118	3.232	2.893
Ospedale Cles	2.767	3.144	3.076	3.148	1.034	2.802	3.039	2.945
Poliambul Mezzolombardo	2.842	3.110	2.902	2.533	2.825	2.996	2.746	2.417
Poliambul Levico	2.299	2.416	2.252	2.403	1.945	1.626	1.870	1.819
Ospedale Tione	1.411	1.313	1.427	1.055	1.245	1.847	2.142	2.302
Poliambul Tonadico	1.145	1.156	1.141	1.108	1.004	877	842	815
Poliambulatorio Malé	1.188	1.151	1.147	832	1.512	1.593	584	601
Poliambul Predazzo	488	914	1.066	868	806	934	921	984
Poliambulatorio Fassa	528	817	795	727	664	677	580	664
<b>TOTALE</b>	<b>75.136</b>	<b>77.391</b>	<b>72.325</b>	<b>74.694</b>	<b>71.984</b>	<b>76.402</b>	<b>75.436</b>	<b>72.583</b>

\* I dati di attività dell'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili



<b>Strutture dell'Azienda sanitaria</b>								
<b>Prestazioni odontoiatriche erogate per Fascia di età, per Anno (2010 - 2016)</b>								
ANNO	Fascia di Età						TOTALE	
	0-17 anni		18-65 anni		oltre 65 anni			
<b>2010</b>	n.d.		n.d.		n.d.		<b>77.391</b>	<b>100%</b>
<b>2011</b>	n.d.		n.d.		n.d.		<b>72.325</b>	<b>100%</b>
<b>2012</b>	32.298	<b>46,0%</b>	34.572	<b>44,50%</b>	7.824	<b>9,5%</b>	<b>74.694</b>	<b>100%</b>
<b>2013</b>	31.388	<b>46,75%</b>	34.056	<b>45,0%</b>	6.540	<b>8,2%</b>	<b>71.984</b>	<b>100%</b>
<b>2014</b>	33.725	<b>47,50%</b>	34.405	<b>43,25%</b>	8.272	<b>9,25%</b>	<b>76.402</b>	<b>100%</b>
<b>2015</b>	39.001	<b>55,50%</b>	31.442	<b>39,0%</b>	4.993	<b>5,50%</b>	<b>75.436</b>	<b>100%</b>
<b>2016</b>	35.965	<b>53,25%</b>	30.959	<b>40,25%</b>	5.659	<b>6,50%</b>	<b>72.583</b>	<b>100%</b>
<b>2017</b>	I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.							

La distribuzione delle prestazioni erogate, tra le fasce di popolazione, – seppure sostanzialmente stabile negli anni – appare coerente con le indicazioni delle Direttive annuali che hanno richiesto all'Azienda sanitaria, in particolare a partire dal 2013, di privilegiare l'età evolutiva.

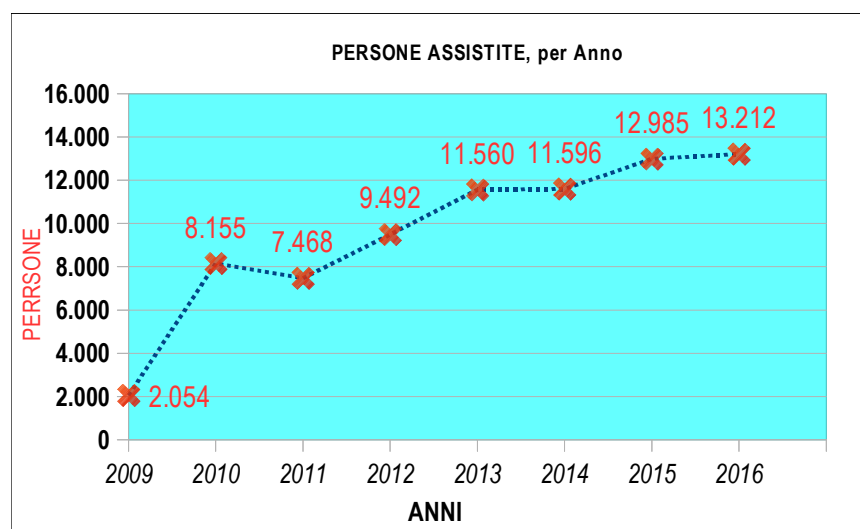
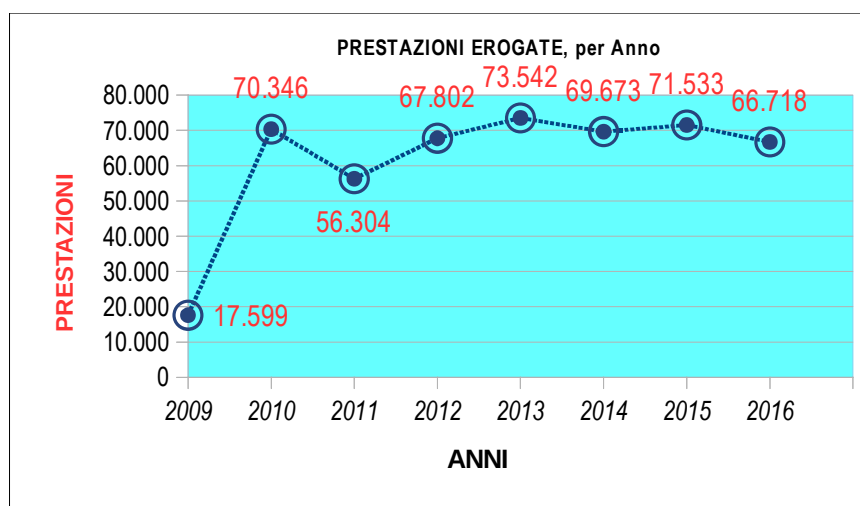
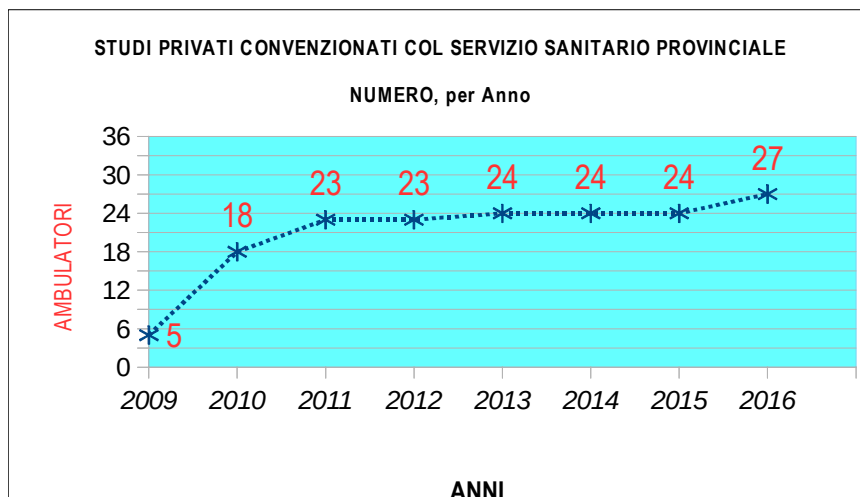
<b>Azienda sanitaria – Attività erogata in regime di URGENZA, per Anno (2009 - 2016)</b>			
ANNO	Numero prestazioni		
	in URGENZA *	TOTALI	Incidenza % sul totale
<b>2009</b>	16.456	75.136	<b>21,9</b>
<b>2010</b>	16.286	77.391	<b>21,0</b>
<b>2011</b>	19.209	72.325	<b>26,5</b>
<b>2012</b>	27.147	74.694	<b>36,3</b>
<b>2013</b>	21.740	71.984	<b>30,2</b>
<b>2014</b>	24.631	76.402	<b>32,2</b>
<b>2015</b>	n.d.	75.436	n.d.
<b>2016</b>	n.d.	72.583	n.d.
<b>2017</b>	I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.		

\* Le prestazioni si riferiscono alle seguenti:  
 - Visita  
 - Estrazione di dente deciduo /permanente /radice  
 - Altra radiografia dentaria  
 - Terapia canalare in dente mono/pluriradicolato  
 - Ricostruzione di dente mediante otturazione  
 - Altro  
**Mediamente nel periodo, il 55% delle prestazioni in urgenza è richiesto dalla fascia di età 18-65 anni.**

<b>Azienda sanitaria – Attività erogata in regime di DEGENZA, per Anno (2010 - 2016)</b>							
Ricoveri in Day Surgery * Numero <b>DIMESSI</b>	<b>ANNO</b>						
	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>
U.O. Chirurgia Maxillofacciale e Odontostomatologia – Ospedale di Trento, presidio S. Chiara <sup>^</sup>	298	288	298	269	300	330	299
U.O. Chirurgia orale per disabili e Odontoiatria – Ospedale di Borgo Valsugana <sup>^^</sup>	105	96	122	94	89	83	76
<b>Totale</b>	<b>403</b>	<b>384</b>	<b>420</b>	<b>363</b>	<b>389</b>	<b>413</b>	<b>375</b>
<p>* I ricoveri si riferiscono ai seguenti <b>DRG's</b>  <i>187 – Estrazioni e Riparazioni dentali</i>  <i>169 – Interventi sulla bocca senza complicanze</i>  <i>185 – Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età &gt; 17 anni</i></p>							
<p><sup>^</sup> La U.O. effettua inoltre una media di 90 interventi/anno relativi ad altri DRG's riconducibili a questa area.  <sup>^^</sup> La U.O. effettua inoltre una media di 20 interventi/anno su pazienti disabili ricoverati presso le UU.OO. di Pediatria e di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale di Rovereto.</p>							
I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.							

## MODALITÀ DIRETTA pubblica Convenzionata

(Studi/ambulatori privati convenzionati col servizio sanitario provinciale)



Assistenza DIRETTA PUBBLICA <b>CONVENZIONATA</b> Prestazioni erogate, per <b>Tipologia</b> , per Anno (2010 - 2016) *							
Tipologia di PRESTAZIONE	ANNO						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DIAGNOSTICA	16.570	10.170	13.890	16.028	13.929	15.128	14.723
<i>prima visita</i>	7.201	4.939	6.562	8.078	6.923	7.850	7.308
<i>visita di controllo</i>	952	961	1.640	2.314	2.728	3.620	3.956
<i>radiografia</i>	8.417	4.270	5.688	5.636	4.278	3.658	3.459
IGIENE	10.244	9.249	13.315	14.597	15.264	17.532	17.025
CURE	36.094	28.301	31.811	34.902	32.519	32.440	30.338
<b>PROTESICA / ORTODONZIA</b>	7.438	8.584	8.786	8.844	7.961	6.433	4.632
<b>TOTALE</b>	<b>70.346</b>	<b>56.304</b>	<b>67.802</b>	<b>73.524</b>	<b>69.673</b>	<b>71.533</b>	<b>66.718</b>
Mediamente nel periodo 2010-2016, le prestazioni di <b>protesica e ortodonzia</b> sono effettuate dalle <b>strutture Convenzionate</b> per l' <b>87% del totale</b> . Le prestazioni di protesica sono in decrescita sulla base della indicazione in tal senso stabilita con le Direttive annuali del 2014.							
* I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.							

Assistenza DIRETTA PUBBLICA <b>CONVENZIONATA</b> Tipologia di beneficiari, per Anno (2009 - 2016) *								
BENEFICIARI per Tipologia	ANNO							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Donne in gravidanza ( > 3 mese)	18 (1)	68 (1)	5 (0)	7 (0)	12 (0)	2 (0)	7 (0)	8 (0)
Persone in Nuclei familiari con ICEF <= 0,20	816 (40)	2.940 (36)	3.680 (49)	4.569 (48)	5.569 (48)	5.588 (48)	6.471 (50)	6.305 (48)
Persone in età >=65anni	343 (17)	1.248 (15)	120 (2)	80 (1)	110 (1)	73 (0)	69 (0)	73 (0,6)
Persone in età <18 anni	886 (43)	3.916 (48)	3.696 (49)	4.873 (51)	5.923 (51)	6.010 (52)	6.518 (50)	6.889 (52)
<b>TOTALE</b>	<b>2.063 (100%)</b>	<b>8.172 (100%)</b>	<b>7.501 (100%)</b>	<b>9.529 (100%)</b>	<b>11.614 (100%)</b>	<b>11.673 (100%)</b>	<b>13.065 (100%)</b>	<b>13.275 (100%)</b>
<b>TOTALE ASSISTITI</b> (conteggiando 1 sola volta ciascuna persone che può avere avuto più Piani di cura)	<b>2.054</b>	<b>8.155</b>	<b>7.468</b>	<b>9.492</b>	<b>11.560</b>	<b>11.596</b>	<b>12.985</b>	<b>13.212</b>
* I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.								

<b>Assistenza DIRETTA PUBBLICA <span style="color: red;">CONVENZIONATA</span></b>					
<b>Assistiti, Prestazioni, Spesa, per Anno (2009 - 2016)</b>					
ANNO / Tipologia beneficiari	Numero ASSISTITI	Numero PRESTAZIONI	VALORE prestazioni in Euro	SPESA	
				Quota a carico di APSS	Quota a carico dell'Assistito Compartecipazione (%)
<b>2009</b>					
Donne in gravidanza (> 3° mese)	18	92	4.664,00	4.664,00	0,00 (0,0)
Persone in Nuclei familiari con ICEF<=0,20	816	8.257	623.014,00	524.136,50	80.877,50 (13,0)
Persone in età >=65anni	343	2.828	193.823,00	174.269,50	19.553,50 (10,1)
Persone in età <18 anni	886	6.422	310.340,00	300.189,50	10.150,50 (3,3)
<b>Totale *</b>	<b>2.054</b>	<b>17.599</b>	<b>1.131.841,00</b>	<b>1.021.259,50</b>	<b>110.581,50 (9,8)</b>
<b>2010</b>					
Donne in gravidanza (> 3° mese)	68	291	14.852,00	14.852,00	0,00 (0,0)
Persone in Nuclei familiari con ICEF<=0,20	2.940	34.662	3.039.208,00	2.675.297,50	363.910,50 (12,0)
Persone in età >=65anni	1.248	8.872	593.701,00	546.546,00	47.155,00 (8,0)
Persone in età <18 anni	3.916	26.521	1.782.199,00	1.645.032,00	137.167,00 (7,7)
<b>Totale *</b>	<b>8.155</b>	<b>70.346</b>	<b>5.429.960,00</b>	<b>4.881.727,50</b>	<b>548.232,50 (10,0)</b>
<b>2011</b>					
Donne in gravidanza (> 3° mese)	5	13	555,00	3.872,50	167,50 (30,2)
Persone in Nuclei familiari con ICEF<=0,20	3.680	35.187	3.547.425,00	3.040.392,00	507.033 (14,3)
Persone in età >=65anni	120	580	93.667,00	67.144,00	26.523,00 (28,3)
Persone in età <18 anni	3.696	20.524	1.777.953,00	1.542.225,50	235.727,50 (13,3)
<b>Totale *</b>	<b>7.468</b>	<b>56.304</b>	<b>5.419.600,00</b>	<b>4.650.149,00</b>	<b>769.451,00 (14,2)</b>
<b>2012</b>					
Donne in gravidanza (> 3° mese)	7	27	1.310,00	1.190,00	120,00 (9,2)
Persone in Nuclei familiari con ICEF<=0,20	4.569	40.527	3.719.474,00	3.173.903,00	545.571,00 (14,7)
Persone in età >=65anni	80	462	75.239,00	52.335,00	22.904,50 (30,5)
Persone in età <18 anni	4.873	26.786	2.173.874,00	1.893.338,00	280.536,00 (13,0)
<b>Totale *</b>	<b>9.492</b>	<b>67.802</b>	<b>5.969.897,00</b>	<b>5.120.765,00</b>	<b>849.131,50 (14,2)</b>

<b>Assistenza DIRETTA PUBBLICA <span style="color: red;">CONVENZIONATA</span></b>					
<b>Assistiti, Prestazioni, Spesa, per Anno (2009 - 2016)</b>					
ANNO / Tipologia beneficiari	Numero ASSISTITI	Numero PRESTAZIONI	VALORE prestazioni in Euro	SPESA	
				Quota a carico di APSS	Quota a carico dell'Assistito Compartecipazione (%)
<b>2013</b>					
Donne in gravidanza (> 3° mese)	12	40	1.635,00	1.387,00	248,00 (15,2)
Persone in Nuclei familiari con ICEF<=0,20	5.569	42.992	3.800.975,00	3.212.039,00	588.936,00 (15,5)
Persone in età >=65anni	110	552	86.892,00	59.307,50	27.584,50 (31,7)
Persone in età <18 anni	5.923	29.958	1.667.619,00	1.536.104,50	131.514,50 (7,9)
<b>Totale *</b>	<b>11.560</b>	<b>73.542</b>	<b>5.557.121,00</b>	<b>4.808.838,00</b>	<b>748.283,00 (13,5)</b>
<b>2014</b>					
Donne in gravidanza (> 3° mese)	2	14	706,00	706,00	0,00 (0,0)
Persone in Nuclei familiari con ICEF<=0,20	5.588	39.550	3.587.814,00	3.004.638,00	583.176,00 (16,2)
Persone in età >=65anni	73	287	49.041,00	30.982,50	18.058,50 (36,8)
Persone in età <18 anni	6.010	29.822	2.034.173,00	1.807.766,00	226.407,00 (11,1)
<b>Totale *</b>	<b>11.596</b>	<b>69.673</b>	<b>5.671.734,00</b>	<b>4.844.092,50</b>	<b>827.641,50 (14,6)</b>
<b>2015</b>					
Donne in gravidanza (> 3° mese)	7	42	2.060,00	1.828,00	232,00 (11,3)
Persone in Nuclei familiari con ICEF<=0,20	6.471	39.291	3.261.205,00	2.716.219,00	544.986,00 (16,7)
Persone in età >=65anni	69	304	45.119,00	31.695,50	13.423,50 (29,7)
Persone in età <18 anni	6.518	31.896	2.089.760,00	1.875.212,00	214.548,00 (10,3)
<b>Totale *</b>	<b>12.985</b>	<b>71.533</b>	<b>5.398.144,00</b>	<b>4.624.964,50</b>	<b>773.189,50 (14,3)</b>
<b>2016</b>					
Donne in gravidanza (> 3° mese)	8	16	715,0	589,0	126,9 (17,6)
Persone in Nuclei familiari con ICEF<=0,20	6.305	34.278	2.612.054,0	2.182.124,5	429.929,5 (16,4)
Persone in età >=65anni	73	345	40.247,0	28.741,5	11.505,5 (28,6)
Persone in età <18 anni	6.889	32.079	2.198.048,0	1.957.230,5	240.817,5 (11,0)
<b>Totale *</b>	<b>13.212</b>	<b>66.718</b>	<b>4.851.064,0</b>	<b>4.168.685,5</b>	<b>682.378,5 (14,1)</b>
<b>2017</b> I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.					
* Ogni persona (assistito / beneficiario) è conteggiata una sola volta, anche se può avere avuto più Piani di cura.					
La <b>compartecipazione</b> , al costo delle prestazioni fruita, <b>da parte delle persone assistite</b> è risultata inizialmente (anni 2009 e 2010) pari al <b>10%</b> e aumentata a partire dal 2011 (con modificazione delle Direttive annuali), per stabilizzarsi intorno al <b>14%</b> del costo totale.					

<b>Assistenza DIRETTA PUBBLICA CONVENZIONATA</b>								
<b>Valore delle Prestazioni (in Euro), per Tipologia di beneficiario, per Anno (2009 - 2016) *</b>								
Tipologia Prestazioni	ANNO							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>CURE SECONDARIE</b>								
Donne in gravidanza ( $\leq 3$ mese)	4.664 (0,66)	14.852 (0,51)	555 (0,02)	1.310 (0,05)	1.635 (0,05)	706 (0,02)	2.060 (0,07)	715 (0,02)
Persone in Nuclei familiari con ICEF $\leq 0,20$	326.979 (46,40)	1.405.128 (47,90)	1.454.885 (63,39)	1.690.814 (61,89)	1.840.880 (59,99)	1.756.439 (59,87)	1.827.600 (59,43)	1.655.634 (56,63)
Persone in età >=65anni	116.453 (16,52)	402.261 (13,70)	20.327 (0,89)	16.004 (0,59)	17.117 (0,56)	7.736 (0,26)	11.739 (0,38)	15.817 (0,54)
Persone in età <18 anni	256.651 (36,42)	1.109.643 (37,80)	819.411 (35,70)	1.023.674 (37,47)	1.029.179 (39,40)	1.168.983 (39,84)	1.233.910 (40,12)	1.251.308 (42,80)
<b>Totale</b>	<b>704.747</b> (100)	<b>2.931.884</b> (100)	<b>2.295.178</b> (100)	<b>2.731.802</b> (100)	<b>3.068.811</b> (100)	<b>2.933.864</b> (100)	<b>3.075.309</b> (100)	<b>2.923.474</b> (100)
<b>ORTODONZIA (IOTN GRADO 3,4,5)</b>								
Persone in età <18 anni	53.469 (100)	670.636 (100)	947.302 (100)	1.136.900 (100)	449.100 (100)	861.370 (100)	846.260 (100)	945.330 (100)
<b>Totale</b>	<b>53.469</b>	<b>670.636</b>	<b>947.302</b>	<b>1.136.900</b>	<b>449.100</b>	<b>861.370</b>	<b>846.260</b>	<b>945.330</b>
<b>PROTESICA</b>								
Persone in Nuclei familiari con ICEF $\leq 0,20$	296.035 (79,23)	1.634.080 (89,00)	2.092.540 (96,00)	2.028.660 (96,00)	1.960.095 (96,12)	1.831.375 (97,60)	1.433.605 (97,09)	956.420 (97,37)
Persone in età >=65anni	77.370 (20,71)	191.444 (10,00)	73.340 (3,00)	59.235 (3,00)	69.775 (3,42)	41.305 (2,20)	33.380 (2,26)	24.430 (2,49)
Persone in età <18 anni	220 (0,06)	1.920 (1,00)	11.240 (1,00)	13.300 (1,00)	9.340 (0,46)	3.820 (0,20)	9.590 (0,65)	1.410 (0,14)
<b>Totale</b>	<b>373.625</b> (100)	<b>1.827.440</b> (100)	<b>2.177.120</b> (100)	<b>2.101.195</b> (100)	<b>2.039.210</b> (100)	<b>1.876.500</b> (100)	<b>1.476.575</b> (100)	<b>982.260</b> (100)
<b>TOTALE Generale</b>	<b>1.131.841</b>	<b>5.429.960</b>	<b>5.419.600</b>	<b>5.969.897</b>	<b>5.557.121</b>	<b>5.671.734</b>	<b>5.398.144</b>	<b>4.851.064</b>
* I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.								

Assistenza DIRETTA PUBBLICA <b>CONVENZIONATA</b>					
Costo medio per beneficiario, per Anno (2009 - 2016)					
ANNO	Valore PRESTAZIONI	Quota SPESA a carico dell'Assistito (Compartecipazione)	Quota SPESA a carico PAT - APSS	Numero ASSISTITI	COSTO MEDIO per beneficiario
2009	1.131.841,00	110.581,50	1.092.834,33	2.054	532,05
2010	5.429.960,00	548.232,50	5.254.279,06	8.155	644,30
2011	5.419.600,00	769.451,00	5.020.482,70	7.468	672,26
2012	5.969.897,00	849.131,50	5.492.313,35	9.492	578,63
2013	5.557.121,00	748.243,00	5.144.515,21	11.560	445,03
2014	5.671.734,00	827.641,50	5.180.013,31	11.596	446,71
2015	5.398.144,00	773.189,50	4.945.091,85	12.985	380,83
2016	4.851.064,00	682.378,50	4.445.889,15	13.212	336,50
2017	I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.				

Assistenza DIRETTA PUBBLICA <b>CONVENZIONATA</b> , per Anno (2009 - 2016)									
ANNO	Studi privati convenzionati	Variaz. su anno precedente	Assistiti				Partecipazione alla spesa da parte degli assistiti (%)	Prestazioni erogate	
			Variaz. su anno precedente	Ogni 1.000 residenti	in età <-18 anni	in Nuclei familiari con ICEF<- 0,20		Numero Totale	Variaz. su anno precedente
2009	5	-	-	-	-	-	9,8	17.599	-
2010	18	+ 13	+ 297 %	16	48,0 %	47,0 %	10,0	70.346	+ 300 %
2011	23	+ 5	- 8,4 %	14	49,4 %	49,0 %	14,2 ^	56.304	- 20,0 %
2012	23	-	+ 27 %	18	51,0 %	48,0 %	14,2	67.802	+ 20,5 %
2013	24	+ 1	+ 22 %	22	51,0 %	48,0 %	13,5	73.542	+ 8,4 %
2014	24	-	+ 0,3 %	22	52,0 %	48,0 %	14,59	69.673	- 5,3 %
2015	24	-	+ 12 %	24	50,0 %	50,0 %	14,32	71.533	+ 2,6%
2016 *	27	+ 3	+ 1,7 %	25	52,0 %	48,0 %	14,07	66.718	- 6,7%
2017	I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.								

^ Per effetto dell'assoggettamento ad ICEF di prestazioni prima erogate a titolo gratuito.  
 \* A partire dal 2016 il finanziamento della Provincia destinato all'Assistenza Diretta CONVENZIONATA è diminuito (da 5,5 a 4,5 mli di Euro)



**ASSISTENZA INDIRETTA**  
**(studi/ambulatori privati NON convenzionati col servizio sanitario provinciale)**

Tipologia di prestazione e Spesa, per Anno (2009 - 2016)					
ANNO	PRESTAZIONE erogata	PERSONE prese in carico	%	SPESA in Euro	%
<b>2009</b>	<i>Cure</i>	5	1	1.776,50	1
	<i>Ortodonzia</i>	280	68	255.055,55	69
	<i>Protesica</i>	127	31	111.969,50	30
	<b>Totale</b>	<b>412</b>	<b>100</b>	<b>368.801,55</b>	<b>100</b>
<b>2010</b>	<i>Cure</i>	168	21	48.417,00	7
	<i>Ortodonzia</i>	448	57	310.038,70	46
	<i>Protesica</i>	170	22	317.804,70	47
	<b>Totale</b>	<b>786</b>	<b>100</b>	<b>676.260,40</b>	<b>100</b>
<b>2011</b>	<i>Cure</i>	257	31	70.956,00	14
	<i>Ortodonzia</i>	409	49	284.710,72	55
	<i>Protesica</i>	161	20	163.081,50	31
	<b>Totale</b>	<b>827</b>	<b>100</b>	<b>518.748,22</b>	<b>100</b>
<b>2012</b>	<i>Cure</i>	213	35	93.858,50	24
	<i>Ortodonzia</i>	299	49	198.962,50	50
	<i>Protesica</i>	102	17	103.328,30	26
	<b>Totale</b>	<b>614</b>	<b>100</b>	<b>396.149,30</b>	<b>100</b>
<b>2013</b>	<i>Cure</i>	129	37	36.106,00	15,41
	<i>Ortodonzia</i>	166	48	102.062,00	43,56
	<i>Protesica</i>	51	15	96.121,00	41,03
	<b>Totale</b>	<b>346</b>	<b>100</b>	<b>234.289,00</b>	<b>100</b>
<b>2014</b>	<i>Cure</i>	119	43	30.601,50	22,28
	<i>Ortodonzia</i>	119	43	73.317,00	53,39
	<i>Protesica</i>	37	13	33.410,00	24,23
	<b>Totale</b>	<b>275</b>	<b>100</b>	<b>137.328,50</b>	<b>100</b>
<b>2015</b>	<i>Cure</i>	168	54	39.954,96	29,15
	<i>Ortodonzia</i>	97	31	63.323,50	46,19
	<i>Protesica</i>	48	15	33.802,50	24,66
	<b>Totale</b>	<b>313</b>	<b>100</b>	<b>137.080,96</b>	<b>100</b>
<b>2016</b>	<i>Cure</i>	178	56	41.305,58	28,70
	<i>Ortodonzia</i>	85	26	56.825,50	39,48
	<i>Protesica</i>	57	18	45.814,26	31,83
	<b>Totale</b>	<b>320</b>	<b>100</b>	<b>143.945,34</b>	<b>100</b>
<b>2017</b>	I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.				

L'elenco degli **Studi/ambulatori aderenti** è pubblicato su apposita sezione del sito web istituzionale dell'Azienda sanitaria (al 1° luglio 2016 risultavano iscritti **253 professionisti**, operanti sul territorio provinciale.

<b>PERSONE CHE HANNO BENEFICIATO</b> delle prestazioni di assistenza odontoiatrica nelle diverse modalità stabilite dalla <b>legge provinciale n. 22 del 2007</b> , per Anno (2010 - 2016)				
ANNO	<b>Persone beneficiarie</b> per Modalità di Assistenza / Struttura			
	<b>DIRETTA</b>		<b>INDIRETTA</b>	<b>TOTALE</b>
	Strutture Azienda sanitaria	Studi privati Convenzionati	Studi privati NON Convenzionati	
<i>2009</i>	n.d.	2.054	412	-
<i>2010</i>	n.d.	8.155	786	-
<i>2011</i>	n.d.	7.468	827	-
<i>2012</i>	n.d.	9.492	614	-
<i>2013</i>	n.d.	11.560	346	-
<i>2014</i>	n.d.	11.596	275	-
<i>2015</i>	17.138	12.958	313	<b>30.409</b>
<i>2016</i>	16.560	13.212	320	<b>30.092</b>
<i>2017</i>	I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.			

## QUESITI VALUTATIVI

**1 – RISULTATI CONSEGUITI IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE PROVINCIALE 12 DICEMBRE 2007 N. 22 DISCIPLINA DELL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA IN PROVINCIA DI TRENTO, IN TERMINI DI TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA E, IN PARTICOLARE, NEI SOGGETTI IN ETÀ INFANTILE ED EVOLUTIVA, NEI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI PARTICOLARE VULNERABILITÀ E NELLA GENERALITÀ DELLA POPOLAZIONE.**

Per perseguire l'obiettivo di assicurare le prestazioni di **assistenza odontoiatrica ai "Soggetti in età infantile ed evolutiva"** – con riferimento agli ambiti di tutela specificati, modificati ed integrati dalla Giunta provinciale nelle Direttive annuali<sup>30</sup> di attuazione della legge provinciale n. 22/2007 – **sono state realizzate le attività di prevenzione primaria, di prevenzione secondaria e di ortodonzia di seguito descritte.**

La salute orale in età evolutiva, ai fini della **prevenzione primaria** è stata **monitorata**, fin dal 1998, attraverso lo **screening odontoiatrico scolastico**, finalizzato anche a orientare le scelte di programmazione sanitaria sulla base di dati oggettivi. Lo screening, affidato all'Azienda provinciale per i servizi sanitari, ha verificato, in confronto con le indagini epidemiologiche precedenti, il grado di raggiungimento degli obiettivi che il servizio sanitario provinciale ha perseguito in termini di miglioramento della salute orale, identificando prevalenza e intensità delle patologie.

Le **modalità di effettuazione dello screening odontoiatrico scolastico** – universale o campionario (per le classi in età 6-9-12 anni, o per le classi 2<sup>a</sup> elementare) – **si sono differenziate negli anni e sono riconducibili a tre periodi:**

- **1998-2008**, la rilevazione dello stato di salute orale si è basata sulla valutazione eseguita, con *accesso diretto agli istituti scolastici, a cura degli assistenti sanitari* dei Distretti di riferimento;
- **2009-2013**, l'attività di screening odontoiatrico è consistita nella *valutazione endorale degli scolari delle seconde classi elementari* (circa 5.000 bambini) *effettuata dall'igienista dentale*<sup>31</sup> presso le sedi degli istituti scolastici, e

<sup>30</sup> Le disposizioni originarie stabilite nelle Direttive e le successive modificazioni e integrazioni sono descritte nella APPENDICE 2 al documento "Valutazione degli effetti della legge provinciale n. 22 del 2007", cui si rinvia.

<sup>31</sup> Gli igienisti dentali costituiscono un "*gruppo professionale*" istituito nell'anno 2009.

finalizzata a valutare lo stato di salute orale e la necessità di invio al secondo livello per eventuali sigillature e cure;

- **2014-2017**, ha previsto il coinvolgimento dei genitori dei bambini della 2<sup>a</sup> classe della scuola primaria di 1° grado (elementare), invitati, per il tramite degli istituti scolastici (invio lettera), a prenotare, tramite CUP, una visita odontoiatrica per i propri figli presso gli ambulatori pubblici dei Distretti sanitari di riferimento; il coordinamento dello screening è stato affidato al *Dipartimento di Prevenzione* dell'azienda sanitaria (APSS) con il supporto del *Responsabile della Rete odontoiatrica provinciale*.

Gli **andamenti** e le **risultanze** che hanno caratterizzato lo **screening odontoiatrico** **scolare** nel periodo **1998 / 2017** sono sintetizzati nella Tavola che segue.

SCREENING ODONTOIATRICO SCOLARE – REPORT								
Azienda provinciale per i servizi sanitari – Servizio Osservatorio Epidemiologico								
"Rapporti annuali sullo screening odontoiatrico scolare – Sorveglianza sullo stato di salute orale in età evolutiva"								
INDICATORE	ANNO							
	1998-1999	#	2000-2001			§		@
		1999-2000		2001-2002	2004-2005	2010-2011	2011-2012	2014-2015
(sottoposti a screening)* Valutati	7.905	9.997	8.136	4.515	1.664	4.667	4.986	<b>Invitati</b> <b>5.379</b>
con <b>dentatura NON sana</b> (decidua + permanente) tutte le età	52,0%	49,2%	43,2%	45,7%	45,3%	32,8%	32,0%	
<b>fluoroprofilassi</b> <i>Non si raggiunge la copertura del 90%, ritenuta da raccomandare. Alla bassa copertura ha dato un contributo rilevante la cessazione dell'offerta attiva del fluoro in ambito scolastico a partire dal 2000.</i>	72,0%	61,6%	23,3%	32,9%	n.d.	15,8%	13,7%	
<b>igiene orale ottima</b> (si lava i denti almeno due volte al giorno) <i>Si registra disomogeneità soggettiva nelle modalità valutative degli operatori.</i>	34,6%	44,3%	38,5%	36,8%	37,1%	54,1%	57,4%	
<b>malocclusioni</b> <i>La rilevazione può essere influenzata dal giudizio soggettivo degli operatori.</i>	59,9% di cui il 19,4% in trattamento	43,4% di cui il 7,2% in trattamento	47,3% di cui il 21% in trattamento	46,7% di cui il 20,7% in trattamento	46,9% di cui il 19,8% in trattamento	48,7% di cui il 59,2% in trattamento	43,1% di cui il 60,8% in trattamento	

<p><b>Inviati all'odontoiatra (2° livello)</b></p>	<p>44,5% per: carie 54,6% malocclus. 53,6% tartaro 7,7% altro 28,62%</p>	<p>44,8% per: sigillature 26,7% carie 53,0% malocclus. 54,8%</p>	<p>40,8% per: sigillature 29,2% carie 49,7% malocclus. 60,0%</p>	<p>43,3% per: sigillature 31,7% carie 53,2% malocclus. 54,5%</p>	<p>57,6% per: sigillature 32,0% carie 48,2% malocclus. 56,5%</p>	<p>92,3% per: igiene 62,5% sigillature 68,8% carie 35,5% malocclus. 52,8%</p>	<p>88,4% per: igiene 58,5% sigillature 70,6% carie 36,2% malocclus. 48,7%</p>	<p><b>Visitati</b> da odontoiatra <b>1.529</b> (28,4%)  (dei quali) <b>inviati</b> a igienista dentale <b>964</b> (63%)  <b>presi in</b> <b>cura</b> da odontoiatra <b>593</b> (39,0%)</p>	
	<p><b>Ritorno informativo (dati parziali)</b> <i>Lo scarso ritorno informativo non consente di valutare la qualità della diagnosi in occasione dello screening scolastico, né l'effettiva presa in carico da parte del secondo livello.</i></p>	<p>8,2%</p>	<p>20,9% conferma, da parte dell'odontoiatra, delle diagnosi di invio degli operatori dei Distretti sanitari - <b>79,4%</b> dei casi</p>	<p>17,6% conferma, da parte dell'odontoiatra, delle diagnosi di invio degli operatori dei Distretti sanitari - <b>73,6%</b> dei casi</p>	<p>27,9% conferma, da parte dell'odontoiatra, delle diagnosi di invio degli operatori dei Distretti sanitari - <b>29,3%</b> dei casi</p>	<p>17,7% conferma, da parte dell'odontoiatra, delle diagnosi di invio degli operatori dei Distretti sanitari - <b>91,3%</b> dei casi</p>			
<p><b>Indici epidemiologici</b></p> <p>L'indice <b>dmft/DMFT</b> è la <b>somma</b> dei denti <b>cariati, mancanti e otturati</b> / numero dei bambini visitati. La prevalenza della patologia cariosa può essere espressa come <b>% di soggetti colpiti</b> /indenni oppure con l'indice <b>dmft</b> per i denti <b>decidui</b> (6 anni) o <b>DMFT</b> per i denti <b>permanenti</b> (12 anni). L'indice DMFT esprime la <b>morbilità dentale</b> se la componente (carie) di questo indice prevale significa che gli interventi preventivi ed il livello di assistenza sono carenti. In condizioni di ottimale accesso ai servizi, l'indice di <b>urgenza</b> totale dovrebbe essere il più <b>BASSO</b> possibile e l'indice di</p>	<p><b>dmft a 6 anni</b> obiettivi OMS: <b>anno 2000</b> <b>50%</b> esente da carie  <b>anno 2010</b> <b>80%</b> esente da carie</p>	<p><b>1,8</b> obiettivo OMS <b>raggiunto</b></p>	<p><b>1,7</b> obiettivo OMS <b>raggiunto</b></p>	<p><b>1,49</b> (esenti da carie <b>62,6%</b>) obiettivo OMS <b>raggiunto</b></p>	<p><b>1,5</b> (esenti da carie <b>61,2%</b>) obiettivo OMS <b>raggiunto</b></p>	<p><b>1,48</b> (esenti da carie <b>63,1%</b>) obiettivo OMS <b>raggiunto</b></p>	<p><b>1,45</b> (esenti da carie <b>67,2%</b>) obiettivo OMS <b>NON raggiunto</b></p>	<p><b>1,40</b> (esenti da carie <b>68,0%</b>) obiettivo OMS <b>NON raggiunto</b></p>	
	<p><b>DMFT a 12 anni</b> obiettivi OMS: <b>anno 2000</b> <b>DMFT &lt; 3</b>  <b>anno 2010</b> <b>DMFT &lt; 1</b></p>	<p><b>1,5</b> obiettivo OMS <b>raggiunto</b></p>	<p><b>1,3</b> obiettivo OMS <b>raggiunto</b></p>	<p><b>1,0</b> obiettivo OMS <b>raggiunto</b></p>	<p><b>0,99</b> obiettivo OMS <b>raggiunto</b></p>	<p><b>0,95</b> obiettivo OMS <b>raggiunto</b></p>	<p>obiettivo OMS <b>NON raggiunto</b></p>	<p>obiettivo OMS <b>NON raggiunto</b></p>	<p>obiettivo OMS <b>NON raggiunto</b></p>
	<p><b>Indice di urgenza totale</b> Incidenza (%) denti cariati, da trattare, sul totale dei denti dmft/DMFT</p>						<p><b>64,1</b></p>	<p><b>64,7</b></p>	
	<p><b>Indice di assistenza totale</b> Incidenza (%) denti già</p>						<p><b>27,2</b></p>	<p><b>26,1</b></p>	

assistenza totale il più ALTO possibile.	trattati (otturati), sul totale dei denti dmft/DMFT								
<p><b>@</b>  <b>Anno scolastico 2015-16: Invitati alla visita 5.430; Visitati dall'odontoiatra 1.598 (29,4%); inviati all'igienista dentale 989(62%); presi in cura dall'odontoiatra 489 (31%).</b></p> <p><b>Anno scolastico 2016-17:</b> L'Azienda provinciale per i servizi sanitari non ha ancora reso disponibili, ad aprile 2018, i relativi dati di attività.</p>									
<p><b># L'Organizzazione Mondiale per la Salute ha posto due obiettivi da raggiungere per l'anno 2000:</b>                  1) a 6 anni di età il 50% della popolazione deve essere esente da carie;                  2) a 12 anni il DMFT (numero medio per soggetto di denti otturati, persi per carie e cariati) deve essere inferiore a 3.</p>									
<p><b>* Scuola elementare, classi 1<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> – Scuola media, classe 2<sup>a</sup></b></p>									
<p><b>^ Monitoraggio campionario</b> – Tenuto conto dei favorevoli indicatori consolidatisi nel periodo 1998/2001, la rilevazione non ha ora necessità di essere gestita attraverso uno screening che riguardi in modo sistematico tutta la popolazione a rischio.  <b>Indicazione ai Distretti di effettuare una rilevazione non più universale, ma campionaria rispetto alle classi di età 6-9-12 anni.</b></p>									
<p><b>§ L'Organizzazione Mondiale per la Salute ha posto due obiettivi da raggiungere per l'anno 2010:</b>                  1) a 6 anni di età l'80% della popolazione deve essere esente da carie;                  2) a 12 anni il DMFT (numero medio per soggetto di denti otturati, persi per carie e cariati) deve essere inferiore a 1.</p>									

<b>RACCOMANDAZIONI</b> formulate a seguito delle singole rilevazioni annuali						
ANNO						
1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2004-2005	2010-2011	2011-2012
<p><b>Migliorare la copertura della fluoroprofilassi</b></p> <p><b>Standardizzare le procedure di rilevamento dell'igiene orale e delle malocclusioni.</b></p> <p><b>Migliorare il ritorno informativo, coinvolgendo odontoiatri pubblici e privati, operatori dei Distretti e famiglie.</b></p> <p><b>Verificare l'effettivo accesso dei soggetti inviati al 2° livello.</b></p>	<p><b>Sostenere la fluoroprofilassi, rivedendo le modalità d'offerta</b> poiché la consegna alle famiglie non sembra dare i risultati attesi.</p> <p><b>Rivalutare gli interventi d'informazione e educazione alla salute nella scuola.</b></p> <p><b>Migliorare il ritorno informativo</b> dagli odontoiatri e dalle famiglie.</p> <p>Prevedere <b>aggiornamento</b> degli operatori anche per una <b>standardizzazione</b> delle procedure.</p> <p>Effettuare uno <b>studio per accertare la reale afferenza al 2° livello</b> da parte dei soggetti inviati a seguito dello screening.</p>	<p><b>Ripensare la strategia della fluoroprofilassi con maggiore sensibilizzazione e delle famiglie.</b> La gestione da parte dei servizi pubblici è in grado di raggiungere una maggior quota di soggetti, soprattutto quelli appartenenti alle categorie più a rischio.</p> <p><b>Omogeneizzare i criteri operativi</b> tra i Distretti, in particolare sulla <b>classificazione dei livelli di igiene orale e malocclusioni.</b></p>	<p><b>Ripensare</b> la strategia della fluoroprofilassi.</p> <p><b>Apportare adeguamenti alla scheda odontoiatrica.</b></p> <p><b>Migliorare il collegamento con il 2° secondo livello.</b></p> <p><b>Verificare con uno studio ad hoc, la compliance nell'accesso al 2° livello</b> in relazione alla proposta di invio fatta dagli operatori dei Distretti.</p>	<p><b>Al 2005, gli indicatori epidemiologici provinciali sono pari ai migliori dati europei (www.who.ch).</b></p> <p>Ciononostante, è <b>necessario</b>, per quanto dicono gli indicatori di urgenza ed assistenza, <b>agire su disponibilità e accesso alle cure.</b></p> <p>Si evidenzia il superamento della prevalenza e degli invii per malocclusione rispetto alla carie.</p> <p>Si ritiene opportuno, anche per ragioni di economicità, che la <b>rilevazione degli indicatori di salute orale in età evolutiva sia racchiusa nelle schede</b></p>	<p>La <b>verifica dell'effettivo accesso al 2° livello specialistico</b> rappresenta <b>un'esigenza ineludibile</b> per valutare l'effettiva adesione al modello proposto.</p> <p>Dovranno essere definite le <b>modalità di integrazione dei diversi ambiti (preventivi e assistenziali) odontoiatrici</b> ed instaurati <b>stretti rapporti con il Dipartimento di Prevenzione</b> (essendo stato eliminato il Dipartimento di Odontostomatologia)</p> <p>Le <b>azioni di coordinamento e integrazione del personale dedicato</b> dovrebbero garantire – con la <b>sinergia delle diverse figure</b></p>	<p>Realizzare una <b>campagna d'informazione specifica</b>, sugli aspetti preventivi complessivi, <b>rivolta ai diversi target:</b> scuola, famiglie, operatori del servizio sanitario.</p> <p>Connettere in un <b>network comunicativo</b> tutti i soggetti che hanno la possibilità di svolgere un'azione per la promozione della salute, per veicolare modalità operative, per sviluppare attività formative e competenze in ambito di prevenzione.</p> <p><b>L'utilizzo del libretto sanitario</b></p>

				<p><i>pediatriche</i> compilate ordinariamente dai <b>pediatri di libera scelta</b> (a 12 mesi, a 6 anni, a 13 anni).</p>	<p>(odontoiatra, ortodontista e igienista dentale) – di <b>raggiungere i risultati attesi dal Piano Provinciale della Prevenzione</b> (<i>informazione, formazione e comunicazione; individuazione del rischio in età evolutiva con lo screening scolare e le metodiche preventodontiche; presa in carico del paziente odontoiatrico pediatrico e gestione della malattia e sue complicitanze</i>).</p> <p>La adozione del <b>nuovo modello</b> organizzativo e gestionale <b>ad orientamento pedodontico</b>, nei diversi Distretti sanitari, <b>rappresenta una prima risposta alle criticità riscontrate nel corso dello screening 2010/2011</b> e, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mancato raggiungimento del valore standard per l'esenzione dalla carie (80%), previsto per il 2010 da OMS;</li> <li>- <i>disomogeneità operative sul territorio;</i></li> <li>- <i>mancato ritorno informativo dal 2° livello</i>).</li> </ul>	<p><b>odontoiatrico</b> – integrato nel libretto pediatrico – come supporto al <b>Piano Individuale di Prevenzione, deve essere "promosso"</b> dai diversi operatori sanitari che vengono a contatto con la famiglia e con il bambino.</p> <p><i>Attivazione di specifici percorsi per la diagnosi e le cure dentali rivolte all'età evolutiva</i> – all'interno dell'attività ambulatoriale della Rete odontoiatrica provinciale – <b>per assicurare miglioramento della qualità</b> mediante la <b>condivisione di standard clinici e organizzativi</b>.</p> <p><b>Percorso di aggiornamento unico</b> per le diverse figure professionali coinvolte: igienisti dentali, ostetriche, pediatri, assistenti sanitari, insegnanti.</p>
<p>A partire dal <b>2011</b>, coerentemente con le indicazioni delle Direttive provinciali, <b>si è programmato:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di lavorare alla costruzione di una <b>"comunità di pratica"</b> finalizzata a stimolare la condivisione delle conoscenze e la messa in atto di azioni e modalità operative orientate al miglioramento continuo;</li> <li>• di riservare in via esclusiva all'area dell'età evolutiva l'aumento di ore di specialistica ambulatoriale odontoiatrica stabilito dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 670/2010 ("Piano delle esigenze dell'attività specialistica convenzionata per l'odontoiatria") per costruire un <b>"gruppo di specialisti ad orientamento pedodontico"</b> in grado di assicurare adeguate competenze in ciascun Distretto sanitario (professionisti assegnatari delle ore aggiuntive individuati con selezione per capacità professionale);</li> <li>• di <b>investire in ambito ortodontico</b> – dato l'elevato numero di pazienti (alta incidenza di alterazioni oclusali rilevata in ambito di screening), la scarsa efficacia delle attività di valutazione di necessità e di verifica finora attuate, la lunga durata e l'elevato costo dei trattamenti (a partire dagli anni '90, l'impegno economico pubblico – per l'assistenza ortodontica in Trentino – è stato mediamente pari a 2 milioni di euro/anno, pur in contesti normativi ed organizzativi diversi (legge provinciale n. 20 del 1991 e legge provinciale n. 22 del 2007), la scarsa cultura della prevenzione ortodontica in ambito pubblico e la scarsa redditività nei contesti libero professionali (la comunità scientifica è concorde sul fatto che la acquisizione di competenze per attività di ortodonzia preventiva ed intercettiva non richieda percorsi</li> </ul>						

<p>formativi specialistici ed è orientata a sviluppare contesti organizzativi costituiti da “gruppi di odontoiatri ad indirizzo pedo/ortodontico”) – <b>attraverso percorsi formativi “sul campo” a vantaggio degli odontoiatri dell’Azienda sanitaria</b> e l’introduzione di nuove modalità e strumentazioni operative (<i>informatizzazione strutture ambulatoriali; tempario prestazioni odontoiatriche</i>).</p>
<p>Nel corso del <b>2012</b>, la <b>revisione ed integrazione dei libretti pediatrico ed odontoiatrico</b> potrà consentire di ottenere ulteriori miglioramenti dalla stretta collaborazione con i pediatri di libera scelta (in riferimento alle attività di promozione e prevenzione) e con gli odontoiatri pubblici e convenzionati (per gli accessi di secondo livello), con positiva ricaduta anche rispetto al <b>monitoraggio degli indicatori di salute orale</b> (rilevati sia in corso di screening che tramite i bilanci di salute inseriti nel libretto pediatrico).  <b>Il raccordo tra gli interventi di 1° livello</b> (promozione e prevenzione primaria) e <b>quelli assistenziali di 2° livello</b> (prevenzione secondaria/cure) <b>realizzati in ambito ambulatoriale pubblico, convenzionato e privato</b> rappresenta l’<b>aspetto di più difficile realizzazione</b> sul piano organizzativo <b>ma</b>, al contempo, <b>l’elemento fondamentale al fine di una valutazione di impatto delle diverse attività messe in campo</b> dall’Azienda sanitaria e tramite le convenzioni attivate con gli specialisti privati. Su questo fronte, il <b>ritorno informativo</b> deve rappresentare l’imprescindibile presupposto per tutti i livelli di attività e per tutti i servizi coinvolti.</p>
<p>Nel corso del <b>2013</b> è stata istituita la <b>Rete Odontoiatrica Provinciale</b> che può rappresentare l’<b>opportunità organizzativa</b> per definire un “<i>Progetto di Promozione della salute orale in età evolutiva</i>” <b>che declini efficacemente le attività di prevenzione primaria e che</b> – attraverso l’omogeneizzazione delle pratiche tecniche e organizzative, azioni di miglioramento della qualità delle prestazioni e di uniformità di accesso e trattamento – <b>crei le condizioni per attività di prevenzione secondaria caratterizzate da maggior appropriatezza clinica, efficacia ed efficienza organizzativa</b>.</p>
<p>A partire dal <b>2014 non risultano formalizzate “Raccomandazioni”</b> a seguito delle rilevazioni annuali.</p>

A febbraio 2018, il report sulla valutazione dello stato di salute del bambino trentino all’età dei 6 anni rappresenta la situazione della salute orale inerente alla **coorte di nascita 2009**.

<p><b>LO STATO DI SALUTE DEL BAMBINO alla valutazione dei 6 anni di età</b>  <b>(Trentino, Coorte di nascita 2009)</b> – Una rilevazione in pediatria di base                  Azienda provinciale per i servizi sanitari – <i>Dipartimento di Governance – Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa</i>                  (febbraio 2018)</p>										
<p>Questa rilevazione, pur consolidata da tempo al pari della sorveglianza ai 12 mesi, ha sempre fatto registrare una <b>ridotta copertura</b>: il numero di schede registrate nel sistema di APSS risulta, per le coorti di nascita 2000-2008, il seguente:</p>										
<i>Coorte di nascita</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	
<i>Schede registrate</i>	<i>277</i>	<i>944</i>	<i>1.744</i>	<i>1.803</i>	<i>1.772</i>	<i>1.969</i>	<i>3.101</i>	<i>3.257</i>	<i>3.354</i>	
<p>Il <b>costante incremento nel tempo del numero di schede compilate</b> dai pediatri di libera scelta e <b>registrate</b> dai Distretti, soprattutto dalla coorte di nascita 2006, <b>consente l’analisi</b> e la diffusione <b>dei risultati</b> relativi alla coorte di nascita del 2009 (<i>cioè a bambini residenti nati, in provincia o meno, nell’anno 2009 e visitati in occasione del bilancio di salute ai 6 anni, quindi negli anni 2014-2015 e la cui registrazione, presso i distretti sanitari è stata completata nel corso dell’anno 2016</i>).</p>										
<p>La <b>visita/bilancio di salute ai 6 anni</b>, con contestuale compilazione della <b>specificata scheda informativa</b>, può essere effettuata dal pediatra di libera scelta <b>da “entro 90 giorni” fino “a dopo 90 giorni”</b> rispetto alla data del <b>6° compleanno</b>.</p>										

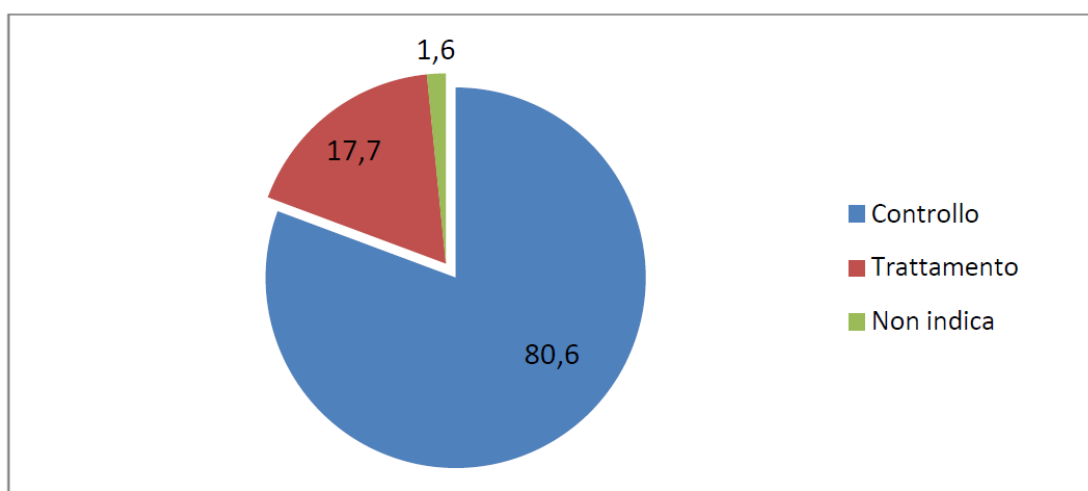


**Provincia di Trento. Bambini con pregresse visite odontoiatriche. Coorti di nascita 2006-2009**

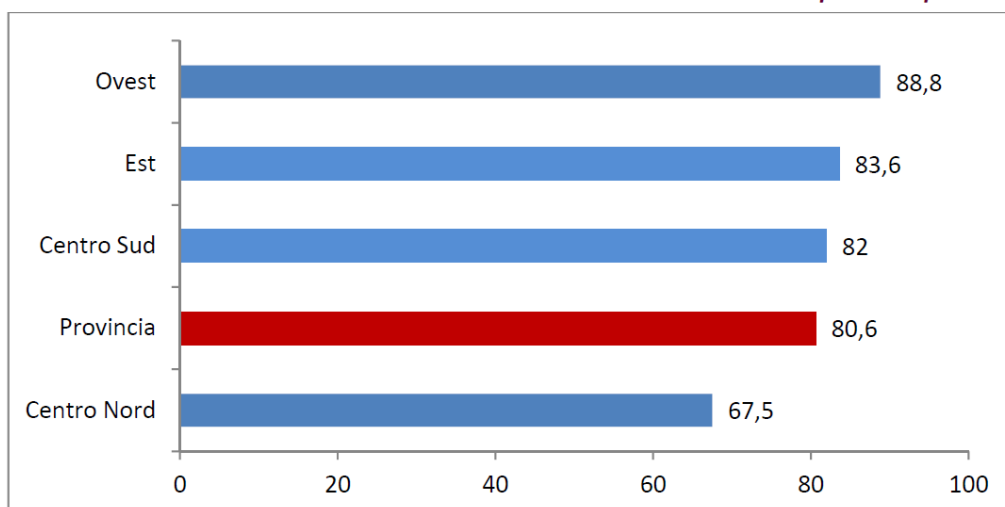
Coorte di nascita	Numero assoluto	Prevalenza %
2006	1.535	49,5
2007	1.570	48,2
2008	1.658	49,4
<b>2009</b>	<b>1.558</b>	<b>48,0</b>

Il valore nella coorte di nascita del 2009 è sostanzialmente in linea con quello delle coorti precedenti.

**Provincia di Trento. Motivo della visita odontoiatrica. Coorte di nascita 2009.**



**Provincia di Trento. Visite odontoiatriche di controllo. Coorte di nascita 2009. Proporzioni per distretto.**



**Provincia di Trento. Prevalenza di malocclusioni. Coorti di nascita 2006-2009.**

Coorte di nascita	Numero assoluto	Prevalenza %
2006	369	11,9
2007	460	14,1
2008	446	13,3
<b>2009</b>	<b>435</b>	<b>13,3</b>

**Provincia di Trento. Proporzioe bambini con malocclusioni in trattamento. Coorti di nascita 2006-09.**

Coorte di nascita	Bambini con mal occlusioni in trattamento	% sui bambini con malocclusione
2006	55	14,9
2007	68	14,8
2008	55	12,3
<b>2009</b>	<b>56</b>	<b>12,9</b>

**Provincia di Trento. Proporzioe bambini esenti carie ai denti decidui. Coorti di nascita 2006-2009.**

Coorte nascita	Prevalenza esenti carie ai denti decidui
2006	60,7
2007	71,4
2008	74,9
<b>2009</b>	<b>77,0</b>

La proporzioe degli esenti carie aumenta secondo le coorti di nascita, con un trend statisticamente significativo (chi quadrato per il trend:  $p < 0,001$ ); per la coorte 2009 è esente da carie ai decidui il 77,1% dei bambini ed il 76,9% delle bambine.

**Provincia di Trento. Proporzioe di bambini che si lava i denti almeno due volte al giorno. Coorti di nascita 2006-2008.**

Coorte di nascita	%
2006	69,5
2007	68,6
2008	71,8
<b>2009</b>	<b>76,1</b>

La proporzioe di bambini che si lava i denti almeno due volte/die aumenta con le coorti più recenti con un trend statisticamente significativo ( $p < 0,0001$ ).

**Provincia di Trento. Proporzioe bambini con carie ai denti permanenti. Coorti di nascita 2006-09**

Coorte di nascita	Bambini con carie ai permanenti	%
2006	33	1,0
2007	41	1,2
2008	46	1,4
<b>2009</b>	<b>38</b>	<b>1,2</b>

L'1,2% dei bambini della coorte del 2009 ha carie ai permanenti. Il dato è in linea con le coorti precedenti. *Non emergono differenze statisticamente significative tra i distretti.*

**Provincia di Trento. Proporzioni bambini con sigillatura primo molare. Coorti di nascita 2006-09.**

Coorte di nascita	% bambini con sigillature
2006	4,4
2007	3,6
2008	3,7
<b>2009</b>	<b>3,9</b>

Il 3,9% dei bambini della coorte 2009 ha fatto una sigillatura del primo molare; il dato è sostanzialmente in linea con le coorti precedenti. *Emerge un eccesso, statisticamente significativo ( $p < 0,05$ ), nei bambini residenti nel distretto Centro Sud.*

**Provincia di Trento. Proporzioni bambini con precedente fluoroprofilassi. Coorti di nascita 2006-2009.**

Coorte di nascita	Bambini che hanno seguito la fluoro profilassi	%
2006	1.260	41,8
2007	1.019	31,3
2008	995	29,6
<b>2009</b>	<b>1.007</b>	<b>31,0</b>

L'igiene orale e la fluoroprofilassi si confermano agenti protettivi rispetto al rischio di carie dei decidui.

L'igiene orale e la fluoro profilassi svolgono un effetto protettivo anche nei confronti del rischio di carie ai denti permanenti, considerando che: la prevalenza di carie ai permanenti è del 0,8% in chi si lava i denti due volte/die rispetto a chi se li lava meno (2,1%) ed è pari allo 0,9% in chi ha fatto fluoro profilassi rispetto a chi non ha fatto fluoro profilassi (1,2). Le differenze sono statisticamente significative ( $p < 0,05$ ).

**SINTESI**

- Il **50%** circa dei bambini ha fatto una visita odontoiatrica entro i 6 anni di età.
- **In 8 casi su 10**, la visita viene effettuata per controllo.
- La prevalenza delle visite odontoiatriche entro i 6 anni è in linea con quanto riportato per le coorti di nascita precedenti 2006-2008.
- **13 bambini su 100** presentano una condizione di malocclusione (come le precedenti coorti 2006-2008), per cui poco più di 1 caso su 10 risulta già in trattamento alla valutazione di 6 anni.
- **Quasi 8 bambini su 10** risultano esenti da carie ai denti decidui, valore migliorato rispetto a quanto riportato per le precedenti coorti di nascita 2006-2008.
- **Quasi 8 bambini su 10** si lavano i denti 2 volte al giorno (in miglioramento rispetto alle precedenti coorti di nascita 2006-2008). Chi non si lava i denti o se li lava meno di 2 volte al giorno presenta un rischio di carie ai decidui doppio rispetto a chi si lava i denti 2 volte al di.
- *1 bambino ogni 100 presenta carie ai denti permanenti che peraltro iniziano ad erompere (primo molare) appunto verso i 6 anni.*
- **4 bambini ogni 100** hanno già fatto delle sigillature ai denti permanenti.
- **Poco più del 30%** dei bambini ha praticato la fluoro profilassi, con una certa ripresa rispetto alla precedente coorte di nascita del 2008.

Il **protocollo di intesa<sup>32</sup> approvato nel 2017** – tra Provincia autonoma di Trento (*Assessorato alla salute e politiche sociali*) e Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Trento (*Commissione albo odontoiatri*) – per l'attivazione di una *collaborazione sperimentale finalizzata all'attuazione di interventi di prevenzione primaria odontoiatrica* **non risulta ancora attivato.**

L'attività di **prevenzione secondaria** (interventi curativi) **a favore delle persone in età evolutiva (0-18anni)** nel periodo **2010-2016** è rappresentata nella Figura seguente che indica l'andamento delle cure secondarie erogate in regime di assistenza pubblica DIRETTA, da parte dell'Azienda sanitaria e degli studi privati convenzionati col servizio sanitario provinciale.

Cure secondarie a persone in età <18 anni Assistenza DIRETTA, per Anno (2010-2016)								
ANNO	Azienda sanitaria			Studi odontoiatrici privati Convenzionati			TOTALE Cure secondarie per <18 anni	% su Totale generale
	Cure secondarie totali	(di cui) per <18 anni	%	Cure secondarie totali	(di cui) per <18 anni	%		
2010	76.187	n.d.	-	62.802	26.521	42,2	-	-
2011	71.192	n.d.	-	47.704	20.524	43,0	-	-
2012	73.480	32.298	43,9	59.016	26.786	45,4	59.084	44,6
2013	70.882	31.388	44,3	65.433	29.958	45,7	61.346	45,0
2014	75.407	33.725	44,7	61.712	29.882	48,4	63.607	46,4
2015	74.628	39.001	52,2	65.100	31.896	49,0	70.897	50,7
2016	71.742	35.965	50,1	62.086	32.079	51,6	68.044	50,8
2017	I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono stati resi disponibili							

<sup>32</sup> Il testo del **Protocollo di Intesa** (approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 471 del 24 marzo 2017) è riportato nell'Allegato 9 della APPENDICE 2 al documento "Valutazione degli effetti della legge provinciale n. 22 del 2007", cui si rinvia.

<b>ORTODONZIA INTERCETTIVA</b>				
Erogata secondo l'indice di necessità IOTN, gradi 3,4 e 5.				
(persone in età <18 anni) per Anno (2009-2016)				
ANNO	Modalità di Assistenza			Totale
	DIRETTA		INDIRETTA	
	Strutture <b>Azienda sanitaria</b>	Studi odontoiatrici privati <b>Convenzionati</b>	Studi odontoiatrici privati <b>Non convenzionati</b>	
<b>2009</b>		43	280	<b>323</b>
<b>2010</b>	<i>L'attività ortodontica svolta direttamente è finalizzata a fornire risposta assistenziale ai soggetti disabili:</i> ha rappresentato, nel periodo, <b>meno del 1,5% del totale della attività odontoiatrica erogata dalle strutture aziendali.</b>	687	448	<b>1.135</b>
<b>2011</b>		1.054	409	<b>1.463</b>
<b>2012</b>		1.393	299	<b>1.692</b>
<b>2013</b>		673	166	<b>839</b>
<b>2014</b>		1.105	119	<b>1.224</b>
<b>2015</b>		1.068	97	<b>1.165</b>
<b>2016</b>		1.120	85	<b>1.205</b>
<b>2017</b>	I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono stati resi disponibili			

Il grado di conseguimento della tutela odontoiatrica nei soggetti in età infantile ed evolutiva – sulla base degli andamenti delle variabili principali che hanno connotato, in vigenza della legge provinciale n. 22 del 2007 (periodo 2010-2016) questa tipologia di assistenza – risulta **sintetizzabile** come segue:

- la **prevenzione primaria** è stata realizzata con **modalità differenziate nel tempo**; in particolare, **dall'anno 2014 emerge la non corrispondenza tra le indicazioni provinciali contenute nelle Direttive annuali all'Azienda sanitaria** (*creazione della rete odontoiatrica pediatrica; personale dedicato; aumento ore specialistica ambulatoriale; sviluppo dell'ortodonzia; adozione del Programma Individuale di Prevenzione per integrare le attività di 1° livello con le cure del 2° livello*) e le **modalità operative poste in essere** per la mancata (o ritardata) implementazione delle medesime;
- le **prevenzione secondaria** (interventi curativi) hanno fatto registrare – sia nelle strutture dell'azienda sanitaria che negli studi privati convenzionati – un

**andamento crescente, in linea con le indicazioni formulate nelle Direttive annuali di attuazione della legge provinciale n. 22/2007;**

- la **riabilitazione odontoiatrica** (ortodonzia intercettiva) è stata **erogata inizialmente per la massima parte** con la modalità dell'**assistenza indiretta** (liberi professionisti non convenzionati) e, **successivamente, anche dai liberi professionisti convenzionati** col servizio sanitario provinciale attraverso l'impegno contrattuale ad aumentarne la quantità (ovvero la proporzione rispetto al totale delle prestazioni erogate); l'azienda sanitaria ha iniziato ad investire in questo ambito solo nel periodo più recente (a partire dal 2016), a seguito delle reiterate indicazioni contenute nelle Direttive annuali della Provincia.

Per perseguire l'obiettivo di assicurare le prestazioni di **assistenza odontoiatrica ai "Soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità"** (sanitaria e sociale) – con riferimento agli ambiti di tutela specificati, modificati ed integrati dalla Giunta provinciale nelle Direttive annuali<sup>33</sup> – **sono state realizzate le attività di seguito descritte.**

A favore dei soggetti in condizione di **vulnerabilità "sanitaria"** (persone con *disabilità* psichica e psicofisica, persone con *patologie generali gravi* e soggetti con *patologie specifiche*, persone ad *elevato rischio infettivo*), l'Azienda provinciale per i servizi sanitari – attraverso l'**Unità operativa di Chirurgia orale per disabili e Odontoiatria dell'Ospedale S. Lorenzo di Borgo Valsugana**, dedicata, in particolare, all'assistenza delle persone con disabilità e/o affette dalle patologie specificate nelle Direttive provinciali, svolgendo anche una attività specialistica multizonale presso le sedi ambulatoriali dei Distretti sanitari – **ha assicurato**, nel periodo 2010-2016, i seguenti volumi e tipologie di prestazioni.

<sup>33</sup> Le disposizioni originarie stabilite nelle Direttive e le successive modificazioni e integrazioni sono descritte nella APPENDICE 2 al documento " *Valutazione degli effetti della legge provinciale n. 22 del 2007*", cui si rinvia.

<b>Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS)</b> Prestazioni erogate* a persone in condizione di <b>vulnerabilità sanitaria</b> (SOGGETTI CON DISABILITÀ O PATOLOGIA SPECIFICA / GRAVE) per <b>Tipologia</b> , per Anno (2010 - 2016) *							
Tipologia di PRESTAZIONE	ANNO						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DIAGNOSTICA	6.965	6.532	7.698				
<i>prima visita</i>	5.180	4.535	n.d.				
<i>visita di controllo</i>	891	1.030	n.d.				
<i>radiografia</i>	894	967	n.d.				
IGIENE	3.372	2.675	2.972				
CURE	5.891	5.489	5.664				
PROTESICA / ORTODONZIA	1.046	942	1.062				
<b>TOTALE</b>	<b>17.274</b>	<b>15.638</b>	<b>17.936</b>	<b>19.076</b>	<b>21.132</b>	<b>20.792</b>	<b>21.156</b>
<b>Totale prestazioni APSS</b>	<b>77.391</b>	<b>72.325</b>	<b>74.694</b>	<b>71.984</b>	<b>76.402</b>	<b>75.436</b>	<b>72.583</b>
<i>Incidenza % delle prestazioni per soggetti vulnerabili (DISABILITÀ O PATOLOGIA SPECIFICA/GRAVE) sul Totale delle prestazioni erogate dalle strutture di APSS</i>	<i>22,3%</i>	<i>21,6%</i>	<i>24,0%</i>	<i>26,5%</i>	<i>27,6%</i>	<i>27,5%</i>	<i>29,1%</i>
* A cura della equipe della U.O. di Chirurgia orale per disabili e Odontoiatria dell'Ospedale di Borgo Valsugana, nelle diverse sedi distrettuali dell'Azienda sanitaria							
* I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.							

L'andamento crescente delle prestazioni odontoiatriche erogate complessivamente dalle strutture pubbliche dopo l'entrata in vigore della legge provinciale n. 22 del 2007 è concretamente dimostrato dal confronto con la situazione rilevata nell'anno 2005, rappresentata nella Tavola seguente, che consente di apprezzare anche l'aumento dell'assistenza odontoiatrica dedicata alle persone vulnerabili per condizione sanitaria.

<b>AZIENDA SANITARIA</b>						
<b>ATTIVITÀ ODONTOIATRICA – PRESTAZIONI per SEDE di erogazione, ANNO 2005</b>						
<b>DISTRETTO</b>	<b>ANNO 2005</b>					
	<b>Medici convenzionati interni (SUMAI)</b>			<b>U.O. Odontostomatologia per disabili Ospedale di Borgo Valsugana</b>		
	<b>Visite</b>	<b>Prestazioni</b>	<b>Totale</b>	<b>Visite</b>	<b>Prestazioni</b>	<b>Totale</b>
<i>Val di Fiemme</i>	298	726	1.024	42	124	166
<i>Primiero</i>	149	1.118	1.267	77	245	322
<i>Bassa Valsugana</i>	160	1.082	1.242	3.208	7.164	10.354
<i>Alta Valsugana</i>	1.519	5.437	6.956	186	573	759
<i>Trento</i>	3.176	6.041	9.217	190	300	490
<i>Valle di Non</i>	595	1.211	1.806	0	0	0
<i>Valle di sole</i>	123	477	600	58	175	233
<i>Giudicarie e Rendena</i>	276	594	870	54	179	233
<i>Alto Garda e Ledro</i>	1.361	4.449	5.810	103	224	327
<i>Vallagarina</i>	1.977	7.086	9.063	169	501	670
<i>Valle di Fassa</i>	190	270	460	30	75	105
<b>TOTALE</b>	<b>9.824</b>	<b>28.491</b>	<b>38.315</b>	<b>4.117</b>	<b>9.542</b>	<b>13.659</b>
<b>TOTALE complessivo</b>	<b>51.974</b>					

Con riferimento all'accesso alle cure odontoiatriche da parte delle persone in condizioni di vulnerabilità "sociale" – *persone appartenenti a nuclei familiari a bassa condizione economico-patrimoniale (comprese le persone in età >= 65anni) e donne in gravidanza* – l'accesso all'assistenza odontoiatrica prevista dalla legge provinciale n. 22 del 2007 è stato subordinato, in gran parte, alla valutazione della situazione economico/patrimoniale del nucleo familiare, effettuata mediante un indicatore ICEF impostato e calcolato sulla base di criteri specifici assunti per questa politica di welfare<sup>34</sup>, ed al possesso di un valore prestabilito del medesimo.

<sup>34</sup> Le modalità di calcolo dell'indicatore sono descritte nella APPENDICE 2 al documento "Valutazione degli effetti della legge provinciale n. 22 del 2007" (Allegato 2), cui si rinvia.



In particolare, l'accesso alle prestazioni odontoiatriche è stato così regolato:

- le **persone con valore dell'indicatore ICEF maggiore di 0,2000** sono escluse (ad eccezione dei minori in età 15-18 anni che possono accedere alle cure secondarie corrispondendo la tariffa piena stabilita nel nomenclatore);
- le **persone con valore dell'indicatore ICEF minore o uguale a 0,0950** accedono a **titolo completamente gratuito**;
- le **persone con valore dell'indicatore ICEF compreso tra 0,0950 e 0,2000** accedono **compartecipando alla spesa**.

I soggetti titolari di ICEF acquisiti in anagrafe sanitaria nel periodo 2010-2016<sup>35</sup> sono stati **127.830** e, di questi, **80.261** posseggono un valore dell'indicatore ICEF fino a **0,20** costituendo, pertanto, i potenziali beneficiari dell'assistenza odontoiatrica.

Degli **80.261** potenziali beneficiari dell'assistenza odontoiatrica: **22.927** hanno avuto un **indicatore ICEF inferiore o uguale a 0,0950** (con accesso alla prestazione a titolo completamente gratuito); **57.334** hanno avuto un **indicatore ICEF compreso tra 0,0950 e 0,2000** (che consente un accesso alla prestazione con compartecipazione). L'andamento delle domande di accesso con ICEF, nel periodo 2010 / 2016 è risultato il seguente.

Anno	Periodo	SOGGETTI	DOMANDE	SOGGETTI USCITI	DOMANDE USCITE
2010	luglio 2010 - giugno 2011	38.608	11.731	6.640	2.716
2011	luglio 2011 - giugno 2012	45.763	13.663	7.658	3.059
2012	luglio 2012 - giugno 2013	51.302	15.696	8.531	3.535
2013	luglio 2013 - giugno 2014	57.520	17.453	10.395	4.093
2014	luglio 2014 - giugno 2015	60.533	18.386	12.402	4.856
2015	luglio 2015 - giugno 2016	62.962	19.101	16.652	6.446
2016	luglio 2016 - giugno 2017	65.552	19.759	65.552	19.759
<b>TOTALI</b>		<b>382.240</b>	<b>115.789</b>	<b>127.830</b>	<b>44.464</b>

Anno : anno di attivazione del modulo ICEF basato sui redditi dell'anno precedente. Esempio: "anno = 2012" significa domande presentate a partire da luglio 2012 sulla base dei redditi 2011

Periodo : intervallo temporale in cui sono state presentate le domande (anno fiscale)

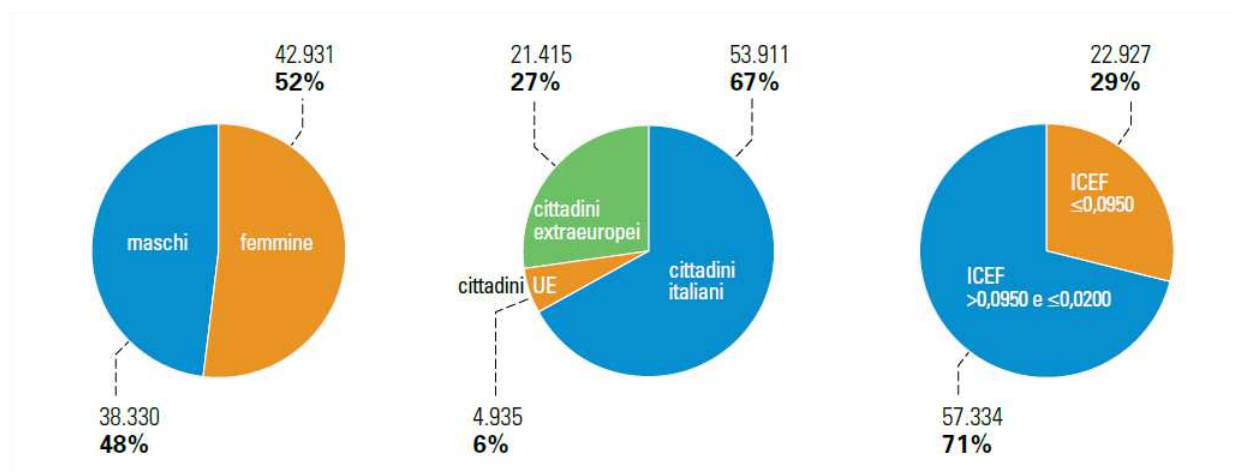
SOGGETTI : numero dei soggetti, depurato da chi ha dichiarato di non avere la residenza triennale

DOMANDE : numero delle domande regolarmente presentate

SOGGETTI USCITI : numero dei soggetti, depurato da chi ha dichiarato di non avere la residenza triennale, che non hanno presentato domanda negli anni successivi

DOMANDE USCITE : numero delle domande regolarmente presentate non ripresentate negli anni successivi

<sup>35</sup> Domande presentate, ai Centri di Assistenza Fiscale, dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2017.



Assistenza DIRETTA, per Anno (2009 / 2016)								
Prestazioni odontoiatriche erogate a persone in condizione di vulnerabilità sociale								
ANNO	Strutture Azienda sanitaria			Studi odontoiatrici privati Convenzionati			TOTALE generale prestazioni a persone in condizione di vulnerabilità sociale	
	Prestazioni totali	(di cui) a persone i in condizione di vulnerabilità sociale	%	Prestazioni totali	(di cui) a persone i in condizione di vulnerabilità sociale	%		
2009	75.136			17.599	11.177	63,5	n.d.	
2010	77.391	n.d.	n.d.	70.599	43.825	62,3		
2011	72.325			56.304	35.780	63,5		
2012	74.694	32.865	44	67.802	41.016	60,5	73.881	51,8 %
2013	71.984	31.673	44	73.542	43.584	59,3	75.257	51,7 %
2014	76.402	34.381	45	69.673	39.851	57,2	74.232	50,8 %
2015	75.436	39.227	52	71.533	39.637	55,4	78.900	53,7 %
2016	72.583	40.798	56,2	66.718	34.639	51,9	75.437	54,2 %
2017	I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili.							

Il **grado di conseguimento della tutela odontoiatrica delle persone in condizioni di particolare vulnerabilità**, rilevato – sulla base degli andamenti delle variabili principali che hanno connotato, in vigenza della legge provinciale n. 22 del 2007 (periodo 2010-2016), questa tipologia di assistenza – risulta **sintetizzabile** come segue:

- le **prestazioni a favore di persone disabili, di persone con patologie generali**, gravi e specifiche, e **di persone ad elevato rischio infettivo** (vulnerabilità sanitaria), hanno fatto registrare un **importante incremento**, passando dalle 13.659 dell'anno 2005, alle 17.274 del 2010 e alle 21.156 erogate nell'anno 2016;
- le **prestazioni a favore delle persone appartenenti a nuclei familiari con indicatore ICEF < 0,20** (vulnerabilità sociale), hanno costituito, mediamente nel periodo, **oltre la metà del totale delle prestazioni odontoiatriche erogate per anno** (nell'anno 2016, su un totale di 139.301 prestazioni, sono state 75.437 (54,2%).

Le prestazioni di **assistenza odontoiatrica alla generalità della popolazione** nel periodo 2009-2016 – nel rispetto degli ambiti di tutela specificati, modificati ed integrati dalla Giunta provinciale nelle Direttive annuali<sup>36</sup> – sono state assicurate dalle **strutture dell'azienda sanitaria che hanno corrisposto** – secondo il fabbisogno espresso, pur scontando il permanere di criticità rispetto ai tempi di attesa – **alle richieste di erogazione delle prestazioni odontoiatriche in regime di urgenza** (passate dal 22% sul totale delle prestazioni erogate nel 2009, al 32,2 % del 2014) e delle **prestazioni di chirurgia orale di particolare complessità** (prevalentemente con la modalità del day-surgery).

Sulla base di quanto verificato relativamente al **primo quesito valutativo** – *risultati conseguiti, in attuazione della legge provinciale n. 22 del 2007, in termini di tutela della salute odontoiatrica* – **si può sinteticamente considerare, che l'assistenza odontoiatrica DIRETTA ha mostrato un andamento complessivo crescente ed atteso tra il 2009 e il 2010** – in ragione dell'aumento del finanziamento messo a disposizione dalla Provincia e del conseguente e consistente aumento (da 5 a 18) del numero di accordi negoziali di convenzione stipulati con strutture odontoiatriche private – e una **successiva**

<sup>36</sup> Le disposizioni originarie stabilite nelle Direttive e le successive modificazioni e integrazioni sono descritte nella APPENDICE 2 al documento " *Valutazione degli effetti della legge provinciale n. 22 del 2007*", cui si rinvia.

**stabilizzazione nel periodo 2010-2016, con una media annua pari a circa 136.000 prestazioni complessive erogate agli aventi diritto.**

**L'Azienda sanitaria nel periodo 2009-2016, attraverso le proprie strutture il cui numero ed assetto organizzativo è rimasto pressoché invariato, ha erogato un numero sostanzialmente stabile di prestazioni, con una media annua pari a circa 74.500 prestazioni complessive erogate.**

**Gli studi odontoiatrici dei liberi professionisti convenzionati con il servizio sanitario provinciale, aumentati dai cinque del 2009, ai ventisette del 2016, hanno erogato, in linea con l'aumento del numero di strutture convenzionate, un crescente numero di prestazioni che si sono stabilizzate in una media annua pari a circa 62.000 prestazioni complessive.**

**L'assistenza odontoiatrica in modalità INDIRETTA erogata da studi di liberi professionisti privati non convenzionati con il servizio sanitario provinciale, ha mostrato – dopo una consistente presenza iniziale, soprattutto per l'erogazione delle prestazioni di ortodonzia intercettiva, – un andamento decrescente nel periodo 2010-2016, confermandosi “via residuale” coerentemente con quanto disposto dalla legge provinciale n. 22 del 2007.**

**La distribuzione, tra le fasce di popolazione, delle prestazioni erogate – seppure sostanzialmente stabile negli anni – appare coerente con le indicazioni formulate dalla Giunta provinciale nelle Direttive annuali di attuazione che hanno richiesto, e ribadito in particolare a partire dal 2013, di privilegiare le attività dedicate all'età evolutiva.**

**Il sostegno pubblico disposto per l'accesso, a titolo gratuito o con la compartecipazione su tariffe “agevolate”, alle cure odontoiatriche previste dalla legge provinciale n. 22 del 2007 – nelle strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (modalità DIRETTA PUBBLICA), in studi/ambulatori privati convenzionati col servizio sanitario provinciale (modalità DIRETTA PUBBLICA CONVENZIONATA) e, in via residuale, in studi/ambulatori privati non convenzionati col servizio sanitario provinciale (modalità INDIRETTA) – ha costituito:**

- **un aiuto sul piano della salute individuale alle persone destinatarie delle prestazioni odontoiatriche che avrebbero, altrimenti, dovuto sostenere maggiori costi per le cure o, come emerge a livello nazionale, avrebbero verosimilmente**

rinunciato o procrastinato le cure stesse, con un significativo pregiudizio complessivo dello stato di salute;

- **un effetto redistributivo della ricchezza per l'intera comunità trentina** determinando – nel periodo che è tra l'altro coinciso con la crisi economico-finanziaria generalizzata – per le famiglie una **maggiore disponibilità verso altre forme di spesa** con un beneficio economico indotto su altre categorie e componenti della comunità locale.

2 – **EFFICACIA DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO E OPERATIVO** PREVISTO DALLA LEGGE PROVINCIALE 12 DICEMBRE 2007, N. 22 *DISCIPLINA DELL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA IN PROVINCIA DI TRENTO* E STABILITO CON LE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA PROVINCIALE AI SENSI DELLA MEDESIMA LEGGE PROVINCIALE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE ATTIVITÀ ASSEGNATE AD APSS (DIPARTIMENTO PREVENZIONE, RETE ODONTOIATRICA PROVINCIALE E RETE ODONTOIATRICA PEDIATRICA).

I **compiti attuativi** relativi alla **predisposizione delle condizioni tecnico/organizzative necessarie** per applicare – nel quadro delle disposizioni nella legge provinciale n. 22 del 2007 – le indicazioni e misure via via approvate dalla Giunta provinciale con le Direttive annuali di attuazione sono stati **assegnati all'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS), con riferimento alle attività gestite in proprio (assistenza diretta pubblica), svolte da studi dei liberi professionisti convenzionati con il servizio sanitario provinciale (assistenza diretta pubblica convenzionata) e da studi di liberi professionisti non convenzionati (assistenza indiretta).**

Svolgendo i compiti assegnati per l'attuazione della legge provinciale l'**Azienda sanitaria** ha **predisposto** le *linee guida operative*<sup>37</sup> del settore odontoiatrico, i *protocolli di accesso* alle prestazioni, le *modalità di informazione, di prenotazione*<sup>38</sup> e di *gestione dei tempi di attesa*, il modello di “*nulla osta*” per l'accesso all'assistenza odontoiatrica in forma *indiretta*, le *indicazioni operative annuali ai Distretti sanitari e alle altre articolazioni aziendali interessate*, secondo le Direttive annuali provinciali.

37 L'erogazione delle attività della legge provinciale n. 22/2007 avviene con le modalità tecnico-sanitarie stabilite nelle **linee guida** che – elaborate dal **Dipartimento di Odontostomatologia dell'Azienda sanitaria** ed approvate con provvedimenti del Direttore generale della medesima (deliberazioni n. 1514 del 3 dicembre 2008 e n. 55 del 21 gennaio 2009) – sono parte integrante dell'Accordo negoziale fra Azienda sanitaria e studi/ambulatori convenzionati e sono altresì accettate (dichiarazione di adesione) dagli ambulatori/studi privati non convenzionati che intendono erogare l'assistenza in modalità indiretta.

Nel corso del 2013, la “*Commissione mista di controllo sulle attività erogate ai sensi della legge provinciale n. 22/2007*” istituita con deliberazione della Giunta provinciale n. 1385/2011 ha approvato la **revisione e l'aggiornamento** delle “*Linee guida per l'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento*” – anche sulla base delle nuove linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva 2013 – prevedendo anche la loro integrazione con il documento “*Il processo di ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili in ambito odontoiatrico*”.

38 Attraverso le attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e del Centro Unificato di Prenotazione (CUP).

Per governare l'assistenza DIRETTA convenzionata l'Azienda sanitaria ha attivato il sistema informativo IE Odontoiatria<sup>39</sup>, gli accordi negoziali annuali di convenzione con gli studi dei liberi professionisti, secondo le indicazioni della Provincia, il sistema dei controlli sulle attività interne e su quelle svolte dagli studi privati convenzionati; una specifica sezione informativa, nel proprio sito web istituzionale, dedicata all'assistenza odontoiatrica ed aperta alla cittadinanza e agli studi/ambulatori odontoiatrici privati. A partire dal 2016 ha inoltre stabilito<sup>40</sup> il numero degli studi privati da convenzionare sul territorio provinciale, tra quelli accreditati dalla Provincia<sup>41</sup>.

L'Azienda sanitaria ha parzialmente realizzato il “potenziamento della rete degli ambulatori pubblici per l'assistenza odontoiatrica presso gli Ospedali e i Distretti sanitari” per il quale è intervenuto anche il finanziamento dello Stato nell'ambito di un Accordo di programma con le regioni<sup>42</sup> e istituito la “rete odontoiatrica provinciale”<sup>43</sup>, per a migliorare la qualità delle prestazioni, omogeneizzare le pratiche tecniche ed organizzative, uniformare l'accesso e il trattamento in tutto il territorio provinciale.

Come previsto dalla legge provinciale n. 22 del 2007 l'Azienda ha collaborato alla redazione della relazione annuale della Giunta provinciale sull'attuazione della medesima, finalizzata a fornire informazioni alla competente commissione permanente del Consiglio provinciale.

L'assetto organizzativo, pur dimostrandosi efficace con riguardo al potenziamento complessivo dell'assistenza odontoiatrica in ambito provinciale – erogazione, agli aventi

39 Il gestionale di supporto è stato rilasciato nel gennaio 2009, accompagnato da specifica formazione per operatori interni ad APSS e per gli studi/ambulatori privati.

40 Fino al 2015 il numero massimo di contratti stipulabili con studi privati a cura dell'Azienda sanitaria è stato definito dalla Giunta provinciale. A partire dal 2016, la Giunta provinciale (con la deliberazione n. 2166 del 27 novembre 2015) ha stabilito di programmare, in termini di fabbisogno, solamente il numero di studi/ambulatori privati accreditati, non determinando invece il numero massimo di contratti stipulabili con dette strutture che è demandato all'azienda sanitaria insieme alle relative modalità di selezione delle strutture.

41 L'esercizio di attività sanitaria presuppone il possesso di requisiti generali, cui è legato in provvedimento di Autorizzazione: gli studi/ambulatori odontoiatrici sono sottoposti a detto istituto ai sensi del DPGP 27 novembre 2000, n. 30-48/Leg e della deliberazione della Giunta provinciale n. 2112 del 2009. Per ottenere l'Accreditamento istituzionale, le predette strutture devono possedere la citata autorizzazione, nonché i “requisiti ulteriori di qualità” stabiliti dalla Giunta provinciale (deliberazione n. 2082 del 22 agosto 2008 e successive modifiche).

42 Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari tra Ministero della Salute e Provincia autonoma di Trento, ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67. Decreto Dirigenziale del Ministero della Salute del 10 agosto 2010. Deliberazioni della Giunta provinciale n.1569 del 2010 e n. 2162 del 17.09.2010).

43 Con deliberazioni del Direttore generale n. 543 del 23 ottobre 2012 e n. 424 del 30 luglio 2013.

diritto, di un considerevole volume di prestazioni odontoiatriche (in media 130.000 per anno, nel periodo 2010-2016) – **mancano i riscontri dell'effettiva operatività della Rete odontoiatrica provinciale** (adozione del regolamento di funzionamento, dei programmi di lavoro, di proposte di miglioramento organizzativo). **Non è stata inoltre istituita e attivata la Rete odontoiatrica pediatrica**, prevista per definire adeguate modalità di esecuzione della prevenzione primaria e secondaria in età evolutiva, cui destinare personale dedicato per rendere operativo il *Programma Individuale di Prevenzione* e per *sviluppare l'ortodonzia*.

**Gli studi dei liberi professionisti convenzionati** con il servizio sanitario provinciale hanno assicurato l'erogazione dei volumi e delle tipologie di prestazioni odontoiatriche **concordati** negli accordi negoziali annuali sottoscritti con l'Azienda sanitaria.

**Gli studi dei liberi professionisti non convenzionati** con il servizio sanitario provinciale – 240 sul territorio provinciale – potenziali erogatori delle prestazioni odontoiatriche in modalità indiretta **secondo quanto stabilito dalla legge provinciale n. 22 del 2007** hanno costituito la “via residuale” di accesso all'assistenza odontoiatrica.



## CONSULTAZIONI DELLE PARTI INTERESSATE – ESITI DELLE AUDIZIONI

Sulla base di quanto previsto dalla legge provinciale n. 5 del 2013<sup>44</sup>, il Tavolo di coordinamento ha deciso di consultare – quali destinatari diretti delle norme e soggetti e organismi coinvolti nell'implementazione della disciplina sottoposta a valutazione – i seguenti:

- Azienda provinciale per i servizi sanitari;
- Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di Trento;
- Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI);
- Associazione Italiana Odontoiatri (AIO);
- Studi e ambulatori odontoiatrici privati Convenzionati con la Azienda provinciale per i servizi sanitari;
- Organizzazioni sindacali: Cgil, Cisl e Uil;
- Centro Ricerca e Tutela dei Consumatori e degli Utenti (CRTCU)<sup>45</sup> e Cittadinanza Attiva<sup>46</sup>.

Su indicazione del Tavolo di coordinamento, le consultazioni hanno assunto la forma del **confronto aperto** (senza una strumentazione formalizzata e strutturata) attraverso audizioni finalizzate ad assumere, dai soggetti interessati, le valutazioni e i giudizi relativamente ai **due quesiti valutativi** inerenti alla legge provinciale n. 22 del 2007, senza peraltro precludere osservazioni di carattere più generale sulla disciplina del settore o pertinenti ad aspetti particolari, ancorché esorbitanti dai due quesiti valutativi selezionati dal Tavolo di coordinamento.

44 Legge provinciale n. 5 del 2013 – Articolo 6 *“I cittadini, e in particolare i destinatari delle leggi o delle politiche pubbliche, sono consultati nell'ambito delle attività di controllo sull'attuazione delle leggi provinciali e di valutazione degli effetti...”*.

45 Il **Centro Ricerca e Tutela dei Consumatori e degli Utenti** non ha partecipato all'audizione, ma **ha comunicato**, con apposita nota del Direttore *Carlo Biasior*; **di non avere registrato da parte dei consumatori, negli anni, alcun dato su questo tema** che possa in qualche modo essere utile alla valutazione della legge provinciale n. 22 del 2007 ed ha **richiesto di essere notiziato del lavoro conclusivo**, in modo da conoscere il fenomeno e, se del caso, divulgarlo o permettere alla popolazione di esprimere eventuali istanze.

46 **Cittadinanza Attiva** non ha partecipato all'audizione, ma ha comunicato, con apposita nota del signor Meri Pederzoli, che il Movimento *Cittadinanzattiva del Trentino* presenta le proprie considerazioni in merito tramite la **Consulta provinciale per la salute**.

Le **audizioni** – che si sono svolte in data **7 maggio 2018** – sono servite a completare il quadro conoscitivo e ad assicurare prospettive di osservazione differenti da quelle dell'amministrazione provinciale, consentendo di acquisire informazioni, elementi e giudizi sull'attuazione e sugli effetti prodotti dalla normativa sottoposta a valutazione nonché proposte di miglioramento.

<p><b>QUESITO VALUTATIVO</b></p> <p><b>N. 1</b></p>	<p><b>RISULTATI CONSEGUITI</b> IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE PROVINCIALE 12 DICEMBRE 2007 N. 22 <i>DISCIPLINA DELL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA IN PROVINCIA DI TRENTO</i>, IN TERMINI DI <b>TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA</b> E, IN PARTICOLARE, NEI <b>SOGGETTI IN ETÀ INFANTILE ED EVOLUTIVA</b>, NEI <b>SOGGETTI IN CONDIZIONE DI PARTICOLARE VULNERABILITÀ</b> E NELLA <b>GENERALITÀ DELLA POPOLAZIONE</b>.</p>	
<p><b>TEMA RILEVATO</b></p>	<p><b>SOGGETTO CONSULTATO</b></p>	<p><b>ESITO</b></p>
<p><b>TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA NEI SOGGETTI IN ETÀ INFANTILE ED EVOLUTIVA</b></p>	<p><b>Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS)</b></p>	<p>Il Responsabile del Servizio Ospedaliero Provinciale (<i>Giovanni Maria Guarrera</i>) interviene, su incarico del Direttore generale dell'Azienda sanitaria, in sostituzione del dott. Luca Del Dot impossibilitato a presenziare (a causa della tardiva comunicazione dell'invito dovuta ad un disguido nella trasmissione postale interna ad APSS).</p> <p>Con riferimento al quesito proposto, ha rappresentato che il medesimo può essere incentrato – in generale – sulla “ACCESSIBILITÀ” ai servizi: <i>“i cittadini che rientrano nelle previsioni della norma possono accedere ai servizi?”</i></p> <p>La risposta è positiva e, da questo punto di vista, non ci sono particolari elementi critici. Infatti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il numero di cittadini che hanno potuto accedere ai servizi pubblici di APSS è sempre aumentato (nel 2017 è stato di 13.000; solo 298 persone hanno dovuto ricorrere alle prestazioni odontoiatriche in modalità indiretta);</li> <li>• nel 2017, le prestazioni complessive erogate – dalle strutture di APSS e dai 29 studi privati convenzionati – sono state circa 140.000 (di queste, circa il 55% dalla struttura pubblica e il 45% dai privati convenzionati; del totale, circa 41.000 visite, 5.000 radiografie, 32.000 igiene orale, curative 55.000, 5.000 protesiche).</li> </ul> <p>Nel merito specifico delle attività di promozione e prevenzione per i soggetti in età evolutiva, segnala che, nell'anno 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lo SCREENING ODONTOIATRICO ha evidenziato le seguenti grandezze: 1.778 bambini <i>valutati dall'odontoiatra</i> (30% della popolazione target) dei quali circa 2/3 inviati all'igienista dentale ed 1/3 alle cure dell'odontoiatra. Il 30% è un valore ritenuto adeguato anche perché i risultati di questa nuova modalità di gestione della prevenzione (<i>lettera di invito e accesso libero tramite CUP agli ambulatori pubblici</i>), si sono dimostrati – in</li> </ul>

		<p>termini di presa in carico – sovrapponibili a quelli delle precedenti modalità (<i>visita diretta a scuola da parte dell'igienista dentale</i>) e perché il monitoraggio della salute orale dei bambini trentini (ai 4 e ai 12 anni) ha presentato dati positivi rispetto ai bambini di altre aree geografiche italiane: l'indagine condotta, nel 2016 dalla prof.ssa Strohmeier, (esperto OMS), sui bambini di alcune regioni italiane, presenta per il Trentino valori confortanti e qualificanti del servizio: a 4 anni l'80% di bambini è senza carie; a 12 anni oltre il 90% dei bambini è senza carie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la funzione relativa alla ORTODONZIA potrà iniziare nella seconda parte del 2018, essendosi finalmente conclusa (nel novembre 2017) la procedura per l'acquisizione di un dirigente medico specialista in ortodonzia ed essendo in via di conclusione la gara di acquisizione dei presidi necessari;</li> <li>• con l'inizio dell'anno scolastico 2018/2019 prenderà il via in maniera significativa, una serie articolata di iniziative (di informazione, comunicazione e formazione) per migliorare ulteriormente la prevenzione odontoiatrica, nel quadro che costituisce il derivato del PROTOCOLLO DI INTESA sottoscritto nel marzo del 2017 – tra Provincia, Commissione Albo Odontoiatri e Azienda provinciale per i servizi sanitari – per l'attivazione di una collaborazione sperimentale finalizzata all'attuazione di interventi di prevenzione primaria odontoiatrica.</li> </ul>
	<p><b>Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS)</b></p>	<p>Il Direttore della Unità operativa di Chirurgia Maxillo facciale e Odontostomatologia dell'Ospedale di Trento (<i>Fulvio Campolongo</i>), intervenuto come responsabile – negli ultimi dieci anni e in ruoli diversi (*) – di alcune delle attività previste dalla legge provinciale n. 22 del 2007, ha consegnato al Tavolo di valutazione uno specifico documento nel quale viene rappresentata la “evoluzione cronologica” della attuazione della legge provinciale con riferimento alle attività di prevenzione primaria e secondaria nei soggetti in età infantile ed evolutiva perché queste rappresentano l'aspetto originale e prioritario indicato dalla legge provinciale n. 22 del 2007 (che ne individua anche gli strumenti, nel <i>libretto sanitario odontoiatrico</i> e nel <i>piano individuale di prevenzione</i>).</p> <p>Ha concentrato il proprio intervento sulla prevenzione odontoiatrica in età evolutiva, evidenziando che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nel 2008 sono stati eseguiti i primi approfondimenti tecnici (insieme con i rappresentanti di ANDI, AIO e CAO), in merito alle linee guida e alla definizione del piano individuale di prevenzione che ha trovato la sua prima definizione documentale nelle “<i>Schede di progetto</i>” elaborate dal Dipartimento di Odontostomatologia <i>per lo sviluppo di un Programma di tutela della salute orale in età evolutiva in provincia di Trento</i> e trasmesse (nel dicembre 2010);</li> <li>• una serie di ulteriori approfondimenti – via via acquisiti nelle Direttive annuali approvate dalla Giunta provinciale – hanno portato alla definizione compiuta delle attività di prevenzione primaria odontoiatrica in provincia di Trento con l'adozione della deliberazione</li> </ul>

		<p>della Giunta provinciale n. 1174 del 14 luglio 2014 che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rappresenta il riferimento concettuale per i programmi di prevenzione odontoiatrica nei soggetti in età infantile ed evolutiva coniugando normativa nazionale, linee guida di settore e previsioni della legge provinciale n. 22 del 2007;</li> <li>• individua il piano individuale di prevenzione e la rete odontoiatrica pediatrica quali <i>modelli organizzativi e gestionali</i> di riferimento;</li> </ul> <p>• i contenuti sono stati confermati, senza modifiche, nella deliberazione della Giunta provinciale n. 2166 del 27 novembre 2015 che reca le “<i>Direttive di attuazione 2015-2016</i>”, attualmente ancora in vigore.</p> <p>Sul piano organizzativo aziendale, ha osservato che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• a seguito della abolizione del Dipartimento di Odontostomatologia, è stata istituita la Rete Odontoiatrica Provinciale (deliberazione del Direttore Generale n. 543/2012) – finalizzata a omogeneizzazione le pratiche tecniche e organizzative, a individuare azioni di miglioramento della qualità delle prestazioni, a uniformare le modalità di accesso e di trattamento – e ne è stata definita la composizione individuando, tra l'altro, un <i>Responsabile della rete</i> e un <i>Referente clinico del Dipartimento di Prevenzione</i> per le attività di prevenzione odontoiatrica (deliberazione del Direttore Generale n. 424 del 2013);</li> <li>• nel corso del 2014 e in ragione della rilevazione di alcuni specifici elementi (<i>diminuzione del numero delle ore di specialistica ambulatoriale e del numero di prestazioni erogate dalle strutture pubbliche di APSS a parità di risorse impegnate, potenziamento strutturale “parzialmente conseguito”, assenza di documenti” comprovanti le modifiche organizzative dopo la attivazione della rete odontoiatrica provinciale e i relativi piani di attività, mancata attivazione della rete odontoiatrica pediatrica</i>) si fa strada, sul fronte politico, la percezione di un insufficiente grado di applicazione delle Direttive annuali;</li> <li>• la “Commissione mista di controllo sulle attività erogate ai sensi della legge provinciale n. 22/2007” (costituita con deliberazione n. 1385 del 24 giugno 2011) è stata sostituita con la Commissione per la verifica dell'attuazione della legge provinciale n. 22/2007” (deliberazione della Giunta provinciale n. 511/2015) che ha previsto, tra l'altro la trasmissione all'Assessora alla salute e solidarietà sociale, da parte del Presidente della Commissione di una relazione trimestrale; a fine 2015 la Commissione per la verifica dell'attuazione della legge è stata nuovamente ricostituita con un cambio della sua composizione;</li> <li>• nel settembre 2015 il Dipartimento di Prevenzione, ha attivato una nuova modalità di effettuazione dello screening odontoiatrico con la sostituzione degli igienisti dentali con gli odontoiatri: non più visite degli igienisti in tutte le seconde classi della scuola primaria, ma invio di una lettera di invito alla visita odontoiatrica presso</li> </ul>
--	--	--

		<p>gli ambulatori del Distretto; nell'ottobre 2015, il Referente clinico per il Dipartimento di Prevenzione, non condividendo la nuova modalità di effettuazione dello screening, comunica al Direttore generale la propria indisponibilità a continuare l'incarico;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il Piano Individuale di Prevenzione (PIP) – testato su un campione nell'ambito di una tesi di laurea dimostrandone l'efficacia in relazione al miglioramento dei fattori di rischio modificabili e la fattibilità, in un contesto organizzativo adeguato – non risulta adottato e applicato” negli ambulatori dei Distretti della azienda sanitaria nonostante la deliberazione della Giunta provinciale n. 1174 del 2014.</li> </ul> <p>Con riferimento al “Protocollo di intesa – tra Provincia autonoma di Trento, Azienda provinciale per i servizi sanitari e Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Trento – sottoscritto nel marzo 2017 per l'attivazione di una collaborazione sperimentale finalizzata all'attuazione di interventi di prevenzione primaria odontoiatrica”, ha sottolineato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ che a distanza di oltre un anno dalla sottoscrizione, nulla di quanto previsto risulta realizzato;</li> <li>◦ l'incoerenza delle modalità previste dal Protocollo (<i>...sulla base del bilancio di salute a 6 anni, il pediatra di libera scelta, specificatamente formato in tema di corretta identificazione dei parametri della salute orale in età evolutiva, valuta se inviare il bambino a visita odontoiatrica...</i>) con i contenuti delle linee guida e delle Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva” del Ministero della salute (<i>prima visita odontoiatrica a 3-4 anni di età indipendentemente dalla presenza o meno di problematiche dentali</i>“).</li> </ul> <p>(*)  <b>Incarichi assunti nel periodo di vigenza della legge provinciale n. 22 del 2007:</b>          Coordinatore del Tavolo tecnico con ANDI e AIO incaricato della stesura delle <i>Linee guida</i> in applicazione della LP 22/2007 (anno 2008); Coordinatore del Dipartimento di Odontostomatologia di APSS (2010-2011); Componente della Commissione mista di controllo sulle attività erogate ai sensi della legge provinciale 22/2007; (dGP n.1385/2011); Referente clinico Dipartimento Prevenzione di APSS (2013-2015);Presidente della Commissione per la verifica dell'attuazione della legge provinciale 22/2007 (dGP n. 511/2015); Professore a contratto presso Università degli Studi di Verona (scuola di specializzazione in Chirurgia Maxillo-facciale e Corso di Laurea in Igiene dentale)</p>
	<p><b>Associazione Nazionale Dentisti Italiani</b>  (ANDI)</p>	<p>Dopo avere ringraziato, per l'invito, i componenti del Tavolo di coordinamento ed avere presentato l'associazione medico sindacale nazionale, il Presidente ANDI <i>Tomaso Conci</i>, ha consegnato un documento e ha segnalato che l'Associazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ha accolto con estremo favore – fin dalla promulgazione della legge provinciale n. 22, nell'ormai lontano 2007 – la decisione della Provincia autonoma di Trento di destinare delle risorse per favorire l'accesso alle cure odontoiatriche delle fasce di cittadini in condizioni economiche difficili, in condizioni di particolare vulnerabilità nonché di porre maggiore attenzione alla tutela dei soggetti in età infantile ed evolutiva;</li> <li>• ha sottolineato allora e ribadisce oggi – alla luce dell'evidenza dell'esperienza maturata in questo decennio – che le risorse destinate, benché importanti, sono del</li> </ul>

		<p>tutto insufficienti a coprire le intere necessità odontoiatriche delle fasce della popolazione cui si rivolge l'intervento;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il peccato originale della legge provinciale n. 22 è che, in mancanza di risorse sufficienti a curare tutte le patologie delle fasce interessate, non si è voluto decidere quali priorità perseguire;</li> <li>• si è deciso di non scegliere precisi interventi per prevenire la patologia odontoiatrica, che rappresenta nelle sue due principali manifestazioni, la più diffusa malattia al mondo (la carie) e la 6<sup>a</sup> malattia più diffusa al mondo (la malattia parodontale);</li> <li>• si è confuso il pronto intervento, la risoluzione di emergenza, con la cura della patologia; la cura della carie non è l'otturazione; se noi tappiamo il buco, senza modificare il motivo per cui il processo è avvenuto, la persona continuerà ad essere affetta dalla patologia, che diverrà sempre più ingravescente, con un aumento di costi, sia biologici che economici; (un piccolo esempio per chiarire il concetto: è come se avessimo 10 figli affamati, bisognosi di una cura antibiotica, ma non avessimo le risorse per fornire loro la cura completa necessaria; la Provincia ha deciso di dare un paio di dosi di antibiotico a tutti e dieci, del tutto inefficaci, con l'esito di veder comunque aggravare le condizioni di salute di tutti e dieci);</li> <li>• si è deciso di destinare delle risorse senza indirizzarle a scopi precisi, ma per tamponare una situazione di emergenza, che però, dopo 10 anni, tale è rimasta;</li> <li>• la legge provinciale non ha minimamente raggiunto gli scopi auspicati per la mancanza di un piano sanitario con degli obiettivi prefissati a medio e lungo termine.</li> </ul> <p>Il Presidente <i>Tomaso Conci</i> ha altresì affermato che altro vizio congenito della norma, oltremodo fastidioso e che si ricorda nuovamente – è l'inspiegabile sperequazione (che in questi anni è incrementata di peso, passando dal 12,5 al 15,5% e che arriverà al 19% sottraendo così ulteriori risorse alla cura degli aventi diritto) costituita dalla differenza di trattamento economico fra odontoiatri convenzionati indirettamente e odontoiatri in convenzione diretta cui viene riconosciuto, a differenza dei primi, l'ulteriore rimborso della percentuale della quota B da versare all'ente previdenziale per eseguire la medesima prestazione.</p> <p>Il Presidente ANDI ha poi comunicato – con specifico riferimento ai quesiti proposti in sede di convocazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di non essere in grado di rispondere, perché non sono stati forniti i dati e i numeri (nonché le informazioni qualitative) su cui basare un parere;</li> <li>• di poter contribuire, in questa situazione, con "...un ragionamento basato sulla percezione personale di quanto accaduto in questi anni..." peraltro condivisa da un numero significativo di colleghi.</li> </ul> <p>In merito ai risultati conseguiti, il Presidente ANDI ha rappresentato che la tutela della salute odontoiatrica nei soggetti</p>
--	--	--

		<p>in età infantile ed evolutiva – <i>che è l'interesse principale della collettività</i> – rappresenta il vero punto fallimentare nell'attuazione della legge provinciale n. 22 del 2007 perché le modalità necessarie ed appropriate di trattamento di questi pazienti non sono compatibili col modello proposto dalle norme della legge provinciale n. 22.</p> <p>Infatti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i piccoli pazienti rappresentano una categoria estremamente particolare e prendersi cura di loro è una missione, non è remunerativo, ma è ciò che potrà fare la differenza per il futuro della salute orale della popolazione trentina;</li> <li>• tempestività di intervento, appropriatezza delle tecniche e conoscenza degli specifici protocolli per rispondere al esigenze dei piccoli pazienti non sono stati applicati sufficientemente né dall'Azienda né dai colleghi convenzionati. Ne è la prova il fatto che la stragrande maggioranza dei pazienti con meno di 15 anni, <i>...che potrebbe (avrebbe diritto di) essere curata gratuitamente nelle strutture pubbliche dell'Azienda sanitaria o negli studi e ambulatori dei colleghi convenzionati...</i> non usufruisce del servizio....evidentemente perché non risponde alle loro aspettative ed esigenze;</li> <li>• organizzare lo studio odontoiatrico per poter intervenire tempestivamente e appropriatamente a favore dei piccoli pazienti non rende compatibile la cura di questa categoria in contemporanea e con la stessa organizzazione prevista per gli altri pazienti: la presa in carico, l'alleanza terapeutica, il rapporto medico-paziente, l'empatia con bimbi e famiglie sono fondamentali; il tempo da dedicare all'approccio psicologico, alle spiegazioni e ai numerosi e brevi appuntamenti,</li> <li>• bisogna concedere la possibilità di scegliere il curante, anche per ridurre i tempi per la presa in carico – che in caso di trauma deve essere immediata e in caso di carie e problemi endodontici (ascessi) estremamente tempestivo (nell'ordine di ore, massimo giorni, non certo settimane) – e perché pensare che un bambino che sta soffrendo si affidi a persone sconosciute e si lasci trattare non è verosimile;</li> <li>• è dunque d'obbligo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• privilegiare un rapporto diretto e fiduciario tra le famiglie e il professionista cui decidono di affidare la salute dei loro figli;</li> <li>• prevedere degli incentivi e la promozione della prevenzione attraverso specifici programmi che sono l'unica via a lungo termine che la medicina propone per trattare questa fascia di età di pazienti;</li> <li>• aprire all'assistenza indiretta, per questa categoria, per conseguire un doppio vantaggio di <i>curare prima e meno e di avere, nel giro di qualche anno, una popolazione più sana</i>, con la <i>necessità di minori risorse</i> e la <i>possibilità di destinare le stesse al trattamento di altre fasce</i> o per affrontare <i>altri progetti</i> odontoiatrici che diventerebbero quindi, risolto questo a loro volta prioritari.</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--

		<p>Il Vice Presidente ANDI, <i>Fabrizio Pellegrini</i>, ha ribadito che è mancata una regia sulla legge provinciale e che è opportuno assicurare una attività di prevenzione in età evolutiva “... <i>corretta, fatta bene, fatta a tappeto a su tutti i ragazzi, in cui le sigillature e l'uso del fluoro siano attività standard...</i>”.</p> <p>Il Presidente ANDI <i>Tomaso Conci</i> sottolinea ancora come:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• non avendo la possibilità di curare tutti, è fondamentale “scegliere” di investire su quello che è l'interesse principale della collettività e, cioè, la prevenzione, che deve esserci e non può essere assicurata – data la dimensione di intervento richiesta (tutti i soggetti in età 4-15 anni, oltre 40.000) – solo con le strutture pubbliche e convenzionate;</li> <li>• bisogna sfruttare tutte le strutture esistenti, che ci sono (470 professionisti distribuiti in modo capillare sul territorio provinciale) e possono contribuire – tutte insieme – a fare ognuna qualcosa per il bene pubblico, con la disponibilità ad un accordo (tariffario) agevolato per la “<i>pazientela in età evolutiva</i>, distribuendo il carico, fra tutti, per ridurre l'impatto sul singolo professionista;</li> <li>• la bontà degli indicatori di salute orale (assenza di carie a 12 anni) rilevati in Trentino sono il risultato del lavoro dei liberi professionisti privati e non l'effetto della attività di prevenzione messe in campo dalla sanità pubblica.</li> </ul>
	<p><b>Associazione Italiana Odontoiatri</b>  (AIO)</p>	<p>Il Presidente AIO, <i>Pier Luigi Martini</i>, ha consegnato un documento, dichiarando inoltre che non dispone di dati oggettivi – sul numero di prestazioni erogate, sulla tipologia di prestazioni e di pazienti, fasce di età, e il tutto rapportato alle strutture erogatrici – e che può solamente riferire “...<i>quello che sente...</i>” dai propri soci/iscritti.</p> <p>Ha evidenziato, in particolare, che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• molti soggetti in età evolutiva non beneficiano della opportunità offerta dalla legge provinciale 22 del 2007, preferendo, i loro genitori, continuare a servirsi degli studi privati di fiducia, invece di rivolgersi gratuitamente alle strutture pubbliche, così vanificando quanto previsto dall'articolo 2 della legge provinciale;</li> <li>• molti pazienti che si sono rivolti agli studi convenzionati hanno lamentato insoddisfazione legata a:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>frettolosità nella esecuzione delle prestazioni,</i></li> <li>◦ <i>attese lunghissime,</i></li> <li>◦ <i>incostanza del servizio a causa dell'esaurimento del budget annuale dello studio,</i></li> <li>◦ <i>necessità di spostamenti sul territorio, costosi e disagiati.</i></li> </ul> </li> </ul> <p>Nel 2008, in audizione in Consiglio provinciale, l'Associazione aveva proposto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un potenziamento delle strutture pubbliche per assistere la popolazione meno agiata;</li> <li>• di consentire ai cittadini di scegliere mettendo sullo stesso piano assistenza “<i>diretta</i>” e assistenza “<i>indiretta</i>”;</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• di adottare un <i>questionario sul gradimento</i> per verificare la effettiva soddisfazione del cittadini.</li> </ul> <p>semplici provvedimenti che avrebbero evitato le criticità che si sono manifestate e che continuano ad esistere, <i>salvo smentita attraverso le evidenze e i dati oggettivi che avrebbero dovuto essere messi a disposizione di tutti</i>, tramite la loro pubblicazione.</p> <p>Dopo dieci anni di attuazione della legge provinciale n. 22, le perplessità rimangono le stesse manifestate nel 2008.</p>
	<p><b>Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di Trento</b></p> <p><b>Commissione Albo Odontoiatri</b></p>	<p>Il Presidente <i>Stefano Bonora (in carica dal gennaio 2018)</i> – dopo avere chiarito il ruolo non sindacale, ma “super partes”, della CAO (organo sussidiario dello Stato) – ha comunicato di non avere particolari segnalazioni da fare nel merito complessivo, salvo esprimere una forte perplessità in ordine alle attività di prevenzione odontoiatrica in ambito pubblico a favore delle fasce giovanili – settore prioritario in base alla legge provinciale n. 22 del 2007 – che non è risultato finora adeguatamente assicurate.</p> <p>In merito alla prevenzione, il Presidente CAO – dopo avere sottolineato che è un aspetto importante che la Provincia e l’Azienda sanitaria avrebbero dovuto curare, secondo la legge provinciale, fin da subito, ha dichiarato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di avere rilevato – sentiti i diversi interlocutori coinvolti nell’attuazione della legge provinciale n. 22/2007, in particolare la Provincia e l’Azienda sanitaria – che “...non siamo messi bene...” (anche a causa del deteriorarsi dei rapporti fra i diversi interlocutori – <i>responsabili aziendali, CAO, odontoiatri privati, igienisti dentali</i> – forse anche in seguito all’affidamento della parte operativa dello screening odontoiatrico agli igienisti dentali);</li> <li>• che, quindi, è nato il progetto di prevenzione di cui al Protocollo di intesa PAT, APSS e CAO – relativamente al quale la CAO cercherà di continuare a collaborare per portarlo avanti (anche considerate le richieste in tal senso formulate dall’Assessore Luca Zeni espressamente, e dall’Azienda sanitaria in particolare).</li> </ul>
	<p><b>Studi e ambulatori odontoiatrici privati Convenzionati con l’Azienda provinciale per i servizi sanitari</b></p>	<p>I rappresentanti dei dentisti convenzionati diretti – <i>Alessandra Carneri, Massimo Corradini, Ramy Ghazal e Giuliano Tasini</i> – hanno consegnato un documento sull’attuazione della legge provinciale e dichiarato che le ricadute sull’utenza del lavoro svolto dal 2009 al 2016 dai dentisti convenzionati, emergono chiarissime dal Report edito dalla Provincia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la compagine degli studi accreditati e convenzionati ha pareggiato con il pubblico erogando circa 70.000 prestazioni annue pur assorbendo solo un terzo dei finanziamenti totali (4,5 milioni di euro sui 12,5 stanziati complessivamente);</li> <li>• le prestazioni erogate sono prettamente cliniche e riabilitative (cure secondarie, protesi, chirurgia e ortodonzia), mentre quelle erogate dalle strutture della Azienda sanitaria sono per la maggioranza di tipo diagnostico (prime visite e visite di controllo);</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>in merito alla tipologia dei destinatari delle prestazioni odontoiatriche e alla quota di budget rispettivamente assorbita, ovviamente le prestazioni per adulti/anziani sono state più costose (anche se in numero inferiore) e comunque negli anni – una volta smaltita l'esigenza degli adulti/anziani aventi diritto in base alla legge provinciale n. 22 – si è andati nella direzione dell'aumento delle prestazioni per la popolazione in età giovanile.</li> </ul>
	<p><b>Organizzazioni sindacali</b> Cgil, Cisl, Uil</p>	<p>Il Rappresentante delle organizzazioni sindacali CGIL CISL e UIL, <i>Lorenzo Pomini</i>, consegnando un documento, ha evidenziato che i risultati fin qui conseguiti risultano sicuramente positivi – anche grazie ai correttivi alla disciplina attuativa della legge posti in essere durante questi primi dieci anni di vita della normativa – in merito agli interventi in campo odontoiatrico che la legge provinciale 22 del 2007 focalizza sulla prevenzione e sull'accesso alle cure dei soggetti più deboli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>solo nel 2016 le prestazioni erogate da strutture pubbliche o da quelle private convenzionate sono state oltre 139mila (di cui il 31% per la diagnostica, il 41% per le cure dentarie e il 24% per interventi di igiene) e i cittadini che hanno potuto godere di questi interventi nel corso del 2016 sono stati ben 30.092. Sono numeri significativi, ancorché leggermente in calo anche per la riduzione delle risorse stanziare sulla voce odontoiatria che sono passate dai 13,5 milioni del 2015 ai 12,5 milioni nel 2016;</li> <li>negli anni, nell'attuare la legge provinciale, si è provveduto ad orientare più correttamente le risorse dando priorità alla prevenzione e alla cura dei più giovani:             <ul style="list-style-type: none"> <li>su un totale di 72.500 prestazioni (di diagnostica, igiene, cura secondaria e assistenza protesica) erogate dalla Azienda provinciale per i servizi sanitari nel 2016 a circa 16.560 utenti, ben 35.900 prestazioni, pari al 49%, hanno riguardato minori;</li> <li>gli interventi di aggiustamento attraverso la modifica dei contratti di convenzionamento hanno progressivamente ridotto il peso sul budget complessivo delle prestazioni e attività di cura (in particolare quella protesica fissa e mobile) che sembravano drenare porzioni esorbitanti di risorse: si è passati dal 35,2% del 2012 al 20,3% del 2016 e, nello stesso periodo, il peso delle cure secondarie è invece salito dal 45,8% al 60,3%. Anche il valore delle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate a favore dei soggetti in età evolutiva (fino ai 18 anni) è cresciuto negli anni (col peso relativo sul budget che è passato dal 32,8% del 2010 al 45,3% del 2016) come le risorse destinate ai minori di 18 anni (che sono state via via incrementate passando da 1,8 milioni di euro del 2010 ai 2,2 milioni di euro del 2016) e gli interventi per questa specifica fascia di età (che sono cresciuti nello stesso periodo da 3.900 a circa 6.900).</li> </ul> </li> </ul>

<p><b>TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA NEI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ (SANTARIA E SOCIALE)</b></p>	<p><b>Azienda provinciale per i servizi sanitari</b> (APSS)</p>	<p>Il Responsabile della Unità operativa di Chirurgia Maxillo facciale e Odontostomatologia dell'Ospedale di Trento (<i>Fulvio Campolongo</i>) dichiara che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la VULNERABILITÀ SANITARIA (<i>persone con disabilità o con patologie specifiche o gravi</i>) è garantita, da sempre, da due unità operative ospedaliere;</li> <li>• la VULNERABILITÀ SOCIALE (<i>persone appartenenti a nuclei familiari con bassa condizione economico-patrimoniale</i>) non può non avere riscontri positivi dato lo stanziamento di specifico finanziamento (pari, mediamente nel periodo 2009-2017, a 5 milioni di euro) per attività da erogare in regime di convenzione.</li> </ul>
	<p><b>Associazione Nazionale Dentisti Italiani</b> (ANDI)</p>	<p>Il Presidente ANDI <i>Tomaso Conci</i> sottolinea – con riferimento ai soggetti in condizione di vulnerabilità “<i>sanitaria</i>” – l’ottimo lavoro svolto dall’azienda sanitaria, e soprattutto dal reparto dell’Ospedale di Borgo Valsugana diretto dal dottor Luca Del Dot, che pone la nostra provincia ai vertici nazionali e punto di riferimento per tutte le altre regioni.</p> <p>Sicuramente l’aumento o l’ottimizzazione delle risorse potrebbero migliorare ulteriormente l’apprezzatissimo lavoro svolto a favore di questa categoria di utenti: pazienti e odontoiatri sono concordi nel ritenere che, in questo segmento, siamo sulla buona strada.</p> <p>In merito alla assistenza odontoiatrica a favore dei soggetti vulnerabili “<i>per condizione sociale</i>” (indicatore ICEF), il Presidente ANDI dichiara che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i colleghi convenzionati diretti svolgono un importantissimo lavoro a favore delle fasce economicamente più deboli, per tutti i pazienti che, non avendo capacità di spesa anticipata out of pocket, si recano presso le loro strutture per ricevere le prestazioni odontoiatriche di cui necessitano;</li> <li>• non si capisce però perché i pazienti che partecipano alla spesa, siano costretti a rivolgersi solamente agli studi convenzionati o alle strutture dedicate dell’Azienda sanitaria e, solo dopo estenuanti insistenze o l’impossibilità di essere presi in carico dal sistema, possano accedere alle cure di cui necessitano (o che spettano loro), venendo privati della libertà di scelta del curante, di quella continuità e alleanza terapeutica che sono alla base del successo in medicina.</li> </ul>
	<p><b>Organizzazioni sindacali</b> Cgil, Cisl, Uil</p>	<p>Il Rappresentante delle organizzazioni sindacali CGIL Cisl e UIL, <i>Lorenzo Pomini</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ha evidenziato un carenza di informazione nella relazione annuale per il 2016 della Provincia che – con riferimento ai soggetti appartenenti a nuclei familiari con indicatore Icef pari o inferiore a 0,20 (vulnerabilità sociale) – a fornito:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ per le strutture in regime di convenzionamento sia il numero degli assistiti (passati da 2.940 del 2010 a 6.305 del 2016) che il numero delle prestazioni (che hanno subito una lieve contrazione nello stesso periodo da 34.662 a 34.278 con un picco registrato nel 2013 di 42.992);</li> <li>◦ per le strutture dell’Azienda sanitaria soltanto il</li> </ul> </li> </ul>

		<p>numero delle prestazioni (pari a 40.798);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ha dichiarato che per analizzare l'efficacia della legge per quanto riguarda i nuclei familiari più vulnerabili sono necessari ulteriori dati rispetto a quelli forniti;</li> <li>• ha rilevato come problematico il fatto che l'indicatore ICEF non è indicizzato al costo della vita, con la conseguenza che all'aumentare puramente nominale del redditi disponibili i nuclei familiari vedono aumentare il proprio indicatore ICEF: in pratica, se la formula di calcolo non include un adeguamento all'inflazione, nuclei familiari che anno su anno in termini reali risultano più poveri perché gli aumenti di reddito non pareggiano il costo della vita, vedono aumentare il proprio indicatore ICEF, sembrando quindi più ricchi. Dal 2009 al 2016 il tasso di inflazione composto risulta pari a circa il 9,3 - 9,4% che il sistema ICEF non ha inglobato. In virtù del solo fenomeno inflattivo nuclei familiari a reddito fisso (pensionati e lavoratori dipendenti) potrebbero aver perso in questi anni il requisito per beneficiare delle agevolazioni della legge 22 in forza di aumenti reddituali anche inferiori all'andamento dell'inflazione;</li> <li>• perché il sistema di rilevazione della condizione economica risulti effettivamente equo ogni politica deve prevedere l'adeguamento dell'indicatore al reale costo della vita: questo intervento risulta particolarmente urgente per quello che riguarda l'accesso ai sostegni previsti dalla legge provinciale sull'assistenza odontoiatrica.</li> </ul>
<p><b>TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA NELLA GENERALITÀ DELLA POPOLAZIONE</b></p>	<p><b>Azienda provinciale per i servizi sanitari</b>  (APSS)</p>	<p>Il Responsabile della Unità operativa di Chirurgia Maxillo facciale e Odontostomatologia dell'Ospedale di Trento (<i>Fulvio Campolongo</i>) dichiara che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le prestazioni in regime di URGENZA sono state assicurate, anche nei giorni festivi, a vantaggio di tutti i presenti sul territorio provinciale;</li> <li>• che le prestazioni di chirurgia orale di particolare complessità sono state assicurate agli aventi diritto.</li> </ul>
	<p><b>Associazione Italiana Odontoiatri</b>  (AIO)</p>	<p>La dottoressa <i>Caroli</i> evidenzia carenze delle strutture pubbliche riguardo alle attività "in urgenza" (tempi di attesa, modalità di reclutamento e di trattamento)</p>

<p style="text-align: center;"><b>QUESITO VALUTATIVO</b></p> <p style="text-align: center;">N. 2</p>	<p><b>EFFICACIA DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO E OPERATIVO</b> PREVISTO DALLA LEGGE PROVINCIALE 12 DICEMBRE 2007, N. 22 <i>DISCIPLINA DELL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA IN PROVINCIA DI TRENTO</i> E STABILITO CON LE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA PROVINCIALE AI SENSI DELLA MEDESIMA LEGGE PROVINCIALE, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE ATTIVITÀ ASSEGNATE AD APSS (DIPARTIMENTO PREVENZIONE, RETE ODONTOIATRICA PROVINCIALE E RETE ODONTOIATRICA PEDIATRICA).</p>
<p style="text-align: center;"><b>SOGGETTO CONSULTATO</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Esito</b></p>
<p><b>Azienda provinciale per i servizi sanitari</b>  (APSS)</p>	<p>Il Responsabile del Servizio Ospedaliero Provinciale (<i>Giovanni Maria Guarnera</i>) dichiara che l'Azienda provinciale per i servizi sanitari ha assicurato l'accessibilità alle prestazioni odontoiatriche previste dalla legge provinciale n. 22 del 2007:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sia nelle proprie strutture;</li> <li>• sia negli studi privati convenzionati col servizio sanitario provinciale per i quali – attraverso accordi negoziali annuali sottoscritti sulla base delle indicazioni della Provincia – ha altresì predisposto, gestito ed aggiornato le specifiche condizioni organizzative.</li> </ul> <p>In merito al Protocollo di intesa tra Provincia, Commissione Albo Odontoiatri e Azienda provinciale per i servizi sanitari – che non risulta avviato nei tempi previsti – rappresenta che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le attività assegnate ad APSS saranno avviate con l'inizio dell'anno scolastico 2018-2019;</li> <li>• più in generale, l'Azienda sanitaria non può incidere sulle eventuali difficoltà di altri soggetti sottoscrittori del Protocollo.</li> </ul> <p>In merito alle Relazioni annuali, previste dall'articolo 8 della legge provinciale n. 22 del 2007, l'Azienda sanitaria si impegna a fornire gli elementi necessari a consentire di "mettere in chiaro" le eventuali criticità emerse in fase di attuazione delle indicazioni formulate nelle Direttive annuali della Provincia.</p> <p>Il Responsabile della Unità operativa di Chirurgia Maxillo facciale e Odontostomatologia dell'Ospedale di Trento (<i>Fulvio Campolongo</i>) ritiene di sottolineare come in generale – e anche nel contesto locale – rimane la necessità di investire in termini di sviluppo della capacità organizzativa e operativa rispetto alla attuazione delle indicazioni di programmazione e rispetto alla assegnazione precisa delle responsabilità attuative cui si devono necessariamente accompagnare incentivi o penalizzazioni (per l'unità organizzativa e/o per l'operatore/professionista interessato): troppo spesso, la complessità istituzionale ed organizzativa e, in particolare, la pluralità dei livelli e momenti decisionali costituiscono alibi per giustificare inadempienze, scostamenti e ritardi nel conseguimento degli obiettivi assegnati.</p> <p>La mancata attuazione delle indicazioni formulate dalla Giunta provinciale con la deliberazione n. 1174 del 2014 in riferimento alle modalità di attuazione delle attività di promozione e prevenzione odontoiatrica nei soggetti in età evolutiva – <i>adozione e implementazione del Piano Individuale di Prevenzione (PIP), negli ambulatori dei Distretti della azienda sanitaria, come modalità per assicurare concretamente la presa in carico del soggetto in età evolutiva nell'ambito di un complessivo intervento di sorveglianza sullo stato di salute orale</i> – è paradigmatica di quanto sopra segnalato.</p>

	<p>In merito alle Informazioni sull'attuazione della legge e sulle criticità riscontrate in fase attuativa – che in base al dispositivo dell'articolo 8 della legge provinciale n. 22 del 2007 devono essere fornite dalla Giunta provinciale alla competente commissione permanente del Consiglio, mediante una RELAZIONE ANNUALE esplicativa – si deve rimarcare che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'ultima Relazione, relativa all'anno 2016, propone solo dati quantitativi e, in particolare, un grande dettaglio della attività svolta dagli studi privati convenzionati (48 pagine) e poche pagine in merito alla attività diretta delle strutture della APSS (10 pagine) confermando altresì il non allineamento delle modalità di rilevazione delle attività e la conseguente difficoltà di operare confronti sulla performance;</li> <li>• non segnala alcuna difficoltà o criticità attuativa;</li> <li>• il <i>"carattere prioritario"</i> riservato dalla legge provinciale n. 22/2007 (articolo 2 - comma 1) alla prevenzione e alla cura precoce delle malattie dentarie a favore dei soggetti in età infantile ed evolutiva ... si esaurisce...in 186 parole.</li> </ul> <p>In questo quadro, le strutture provinciali competenti devono prestare particolare attenzione allo sviluppo dei meccanismi di monitoraggio, controllo e verifica puntuale di quanto è in concreto stato realizzato rispetto ai singoli obiettivi operativi assegnati.</p>
<p><b>Associazione Nazionale Dentisti Italiani</b>  (ANDI)</p>	<p>Il Presidente ANDI <i>Tomaso Conci</i> ha affermato che in merito, in particolare, alla tutela della salute odontoiatrica nei soggetti in età infantile ed evolutiva (<i>che è l'interesse principale della collettività e il vero punto fallimentare nell'attuazione della legge provinciale</i>) è necessario cambiare modello organizzativo e, in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• privilegiare un rapporto diretto e fiduciario tra le famiglie e il professionista cui decidono di affidare la salute dei loro figli;</li> <li>• prevedere degli incentivi e la promozione della prevenzione attraverso specifici programmi che sono l'unica via d'uscita a lungo termine che la medicina propone per trattare questa fascia di età di pazienti;</li> <li>• aprire all'assistenza indiretta per assicurare una attività di prevenzione in età evolutiva <i>"... corretta, fatta bene, fatta a tappeto a su tutti i ragazzi, in cui le sigillature e l'uso del fluoro siano attività standard..."</i> sfruttando tutte le strutture esistenti (470 professionisti distribuiti in modo capillare sul territorio provinciale) che possono contribuire, tutte insieme, a fare ognuna qualcosa per la prevenzione odontoiatrica;</li> </ul> <p>Più in generale, rispetto a tutta l'assistenza odontoiatrica, bisognerebbe prendere coscienza del limite dell'attuale regolamentazione e trovare una nuova organizzazione che ottimizzi risorse e risultati e, quindi, la soddisfazione dei cittadini e degli operatori del settore per una riduzione della patologia e la promozione della salute orale dei cittadini della nostra provincia</p> <p>Un altro aspetto cui fare attenzione è quello relativo agli aspetti burocratici (<i>spendiamo, tutti, troppo tempo a compilare carte e ad organizzarci: oggi, nella professione odontoiatrica, il 38% del tempo dei medici è occupato da queste funzioni e solo il 62% è destinato alle cure</i>) che non devono distrarre troppo tempo medico ed aggravare i costi complessivi dell'assistenza.</p> <p>In ordine alle attività assegnate all'Azienda provinciale per i servizi sanitari, ANDI dichiara:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di non essere a conoscenza dell'esistenza del <i>Dipartimento di prevenzione</i> e di non essere stata destinataria di dati né di informazioni</li> </ul>

	<p>sulla relativa attività;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di non essere a conoscenza dell'esistenza delle entità organizzative “<i>Rete odontoiatrica provinciale</i>” e “<i>Rete odontoiatrica pediatrica</i>”;</li> <li>• di non essere stata coinvolta e interpellata e di non poter esprimere un parere circa l'efficacia della loro azione.</li> </ul>
<p><b>Associazione Italiana Odontoiatri</b> (AIO)</p>	<p>Il Presidente AIO, <i>Pier Luigi Martini</i>, riferisce che dopo dieci anni di attuazione della legge provinciale n. 22, le perplessità rimangono le stesse manifestate nel 2008 e ripropone la adozione dei provvedimenti che avrebbero evitato le criticità che si sono manifestate e che continuano ad esistere e, in particolare, di consentire la libera scelta dei cittadini mettendo sullo stesso piano l'assistenza “diretta” e l'assistenza “indiretta”.</p>
<p><b>Ordine dei medici e degli odontoiatri della provincia di Trento</b></p> <p><b>Commissione Albo Odontoiatri</b></p>	<p>Il Presidente CAO <i>Stefano Bonora</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ha riportato la segnalazione alcuni rilievi in merito alla applicazione dell'indicatore ICEF per l'accesso alle prestazioni e al valore tariffario di alcune prestazioni;</li> <li>• ha dichiarato che gli adempimenti (tecnici) che la legge provinciale 22/2007 ha posto in capo alla Commissione Albo Odontoiatri, comprese le attività di controllo, saranno assicurati nel modo adeguato;</li> <li>• ha sottolineato che la CAO deve essere il primo riferimento dei professionisti rispetto ai contatti con gli altri interlocutori.</li> </ul>
<p><b>Studi e ambulatori odontoiatrici privati Convenzionati</b> con la Azienda provinciale per i servizi sanitari</p>	<p>I rappresentanti dei dentisti convenzionati – <i>Alessandra Carneri, Massimo Corradini, Ramy Ghazal e Giuliano Tasini</i> – hanno dichiarato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di ritenere fondamentale, in qualità di operatori sul campo ormai da dieci anni, la loro esperienza maturata nel quotidiano;</li> <li>• di voler evidenziare, senza pregiudizi, il reale sostegno che questa legge ha apportato alle fasce deboli (il dentista, lo si sa, costa caro, e sempre più utenti non se lo possono permettere, così trascurando la cura della bocca), centrando a pieno le esigenze dei pazienti e le finalità e essendo la risultanza di un utilizzo etico dell'autonomia, da esportare in tutta Italia e oltre;</li> <li>• che la validità della legge provinciale n. 22 è supportata: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. dal <i>modello accreditamento e convenzionamento</i> mutuato dalle esperienze assistenziale anglosassone e nord-europee (il privato instaura un patto sociale divenendo partner del pubblico che svolge il ruolo mutualistico come terzo-pagante etico);</li> <li>2. dalla <i>crescente richiesta di cure odontoiatriche intese anche come welfare</i>, cioè riabilitazioni e cure estetico-funzionali (protesica e ortodonzia) cui non corrisponde sempre la capacità economica dell'utente medio, vista l'impossibilità della categoria di abbattere le tariffe senza pregiudizi sulla qualità;</li> <li>3. dall'<i>inaccessibilità a tali cure da parte dei ceti medi impoveriti</i>, poiché erogate per il 90% dai dentisti libero professionisti;</li> <li>4. dall'<i>incremento delle cure dentistiche in Trentino</i>, in percentuali e numeri maggiori rispetto alla media nazionale incongrua, accertata dai dati ISTAT 2015;</li> <li>5. dalla <i>riduzione delle umilianti migrazioni all'estero</i>, specie all'est Europa, lesive del diritto di normalità di accesso alle cure;</li> <li>6. dalla <i>scelta di attenzionare i bambini che ricevono le prestazioni di prevenzione secondaria, indipendentemente dal reddito</i>, in armonia con la vision condivisa dalla comunità scientifica odontoiatrica.</li> </ol> </li> </ul> <p>La Provincia autonoma di Trento ha creato un terzo polo assistenziale – il</p>

	<p>CONVENZIONATO ACCREDITATO – affiancandolo al pubblico e al privato e la modernità del progetto LP n. 22, esattamente così come è ora strutturato, è oggettiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• il “pubblico puro”, accessibile indistintamente a tutti, con gli ospedali e gli ambulatori pubblici, attende alle urgenze e alle patologie particolarmente gravi e/o di impegno clinico e funge da regista disinteressato per i programmi preventivi (raccolte epidemiologiche, screening, ecc.);</li> <li>• il “pubblico convenzionato-diretto”, negli ambulatori privati selezionati e documentatamente strutturati, attende alle terapie routinarie per chi non può permetterselo nel privato;</li> <li>• il “privato” offre prestazioni nel rispetto del diritto di libera scelta dell'utenza.</li> </ul> <p>I rappresentanti dei dentisti convenzionati hanno affermato inoltre che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la legge provinciale n. 22 del 2007 non venne, sin dall'inizio, gradita dalla categoria dei dentisti sostanzialmente perché <i>non piaceva l'essere “sotto controllo”</i>, mediante il sistema dell'accreditamento e convenzionamento, meccanismo non usuali nella libera professione tradizionale e per <i>il tariffario sociale concordato</i> con la Provincia (con ricarichi sui manufatti protesici molto limitati rispetto alla consuetudine e, relativamente all'ortodonzia, un abbattimento delle parcelle diffusamente in uso);</li> <li>• le giustificazioni ufficiali all'opposizione alla legge provinciale dichiarate dalla categoria dei dentisti furono ovviamente (e sono tuttora) ben altre: la <i>ingerenza nell'alleanza terapeutica medico-paziente</i>, lo <i>scadimento della qualità a causa delle tariffe basse</i>, il <i>vulnus al principio ippocratico della libertà di cure</i>;</li> <li>• a riprova di questo atteggiamento, proprio l'Ordine dei medici-CAO, irrispettamente, formulò già nel 2010 la prima proposta di modifica della legge provinciale n. 22, a mezzo del Consigliere provinciale Civettini (poi ricopiata in toto dal Consigliere Kaswalder nel 2014);</li> <li>• si è diffusa, di conseguenza, un ostilità ambientale pesantemente che è ricaduta in seno all'assessorato competente, soprattutto nell'attuale, ma ancora di più a livello di Azienda sanitaria la quale – in assenza di prese di posizione politiche da parte dell'assessore stesso, e in carenza di regolari direttive (previste a cadenza annuale) – ha sopperito in assoluta autonomia, senza alcuna concertazione con la componente convenzionata, in particolare:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ attuando politiche sanitarie lesive dei diritti dell'utente oltre che della dignità e dell'autonomia professionale dei dentisti convenzionati diretti come, l'introduzione di limitazioni all'attività protesica giustificate dal fatto che tale attività è fonte di maggior profitto per i convenzionati e dimenticando che i convenzionati esterni sono gli unici erogatori di tali prestazione nel panorama pubblico;</li> <li>◦ diffondendo, dall'interno, notizie di presunte inapproprietezze cliniche o di abusi (approdate anche in aula consiliare nella discussione DdL Kaswalder n. 35/2014) poi tardivamente negate dall'Assessore competente (nella risposta alla interrogazione n. 5.160 del 10 ottobre 2017).</li> </ul> </li> </ul> <p>Sostanzialmente i sindacati di categoria ANDI e AIO, supportati dalla CAO, vorrebbero modificare la norma potenziando l'assistenza indiretta, così trasformando la legge provinciale n. 22 “..da legge per la gente a legge per i dentisti...”.</p>
--	---



<p>Tuttavia, come dimostrano i dati, l'utenza ha già fatto una scelta e, con l'entrata a pieno regime della legge provinciale n. 22 mediante la attivazione del convenzionamento diretto, l'utilizzo dell'assistenza indiretta da parte dei pazienti è sempre stato marginale e decrescente fino a divenire quasi nullo a dimostrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• del <i>gradimento, della completezza e del buon funzionamento complessivo del servizio in assistenza diretta;</i></li> <li>• della <i>indisponibilità economica da parte di molti cittadini sia per l'anticipo della spesa nell'assistenza indiretta che per l'esborso della notevole differenza tra il tariffario sociale della Provincia e i tariffari privati in libera professione).</i></li> </ul> <p>I rappresentanti dei dentisti convenzionati hanno sostenuto che la legge provinciale n. 22 del 2007 è un'ottima legge per l'utenza, che subisce gli interessi delle fasce sindacalizzate della professione, solo per le potenziali ricadute economiche intracategoria ed hanno segnalato, nelle seguenti, le criticità del modello assistenziale indiretto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>rischio trust tariffario intracategoria</i>, con verosimile aumento tariffario medio pari al rimborsato;</li> <li>2. <i>annullamento dell'effetto calmierante del tariffario sociale della Provincia</i> sui tariffari di libera professione;</li> <li>3. <i>estensione della rimborsabilità a tutte le cure</i>, indipendentemente dal luogo di esecuzione, annullando i benefici della ricaduta fiscale locale con le società di capitale (con le sedi legali più disparate) che accorrerebbero in Trentino;</li> <li>4. <i>estrema difficoltà di programmazione preventiva della spesa</i> per l'APSS e di regolamentazione degli indirizzi prestazionali;</li> <li>5. <i>impossibilità dei controlli</i> di qualità e veridicità delle prestazioni erogate.</li> </ol> <p>Viene anche sottolineata la non applicazione della deliberazione del Direttore generale dell'Azienda sanitaria, n. 424/2013 istitutiva della "Rete odontoiatrica provinciale", che prevede "<i>il coinvolgimento dei professionisti dipendente della APSS e gli specialisti convenzionati</i>" e "<i>di demandare al Responsabile della rete la definizione di un regolamento di funzionamento che, col coinvolgimento dei professionisti dipendenti e convenzionati, garantista equità di accesso e standard adeguati di prestazioni odontoiatriche ai cittadini residenti sul territorio provinciale, ottimizzando e rendendo fruibili allo scopo le competenze disponibili</i>".</p> <p>I rappresentanti dei dentisti convenzionati hanno ribadito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'entità dei volumi di attività assicurati dagli studi convenzionati e la disponibilità e chiarezza dei dati e delle informazioni (anche qualitative) relativi alle attività svolte in attuazione delle legge provinciale n. 22 del 2007 (anche a fini comparativi con quelli degli studi privati dei liberi professionisti);</li> <li>• che negli studi convenzionati non ci sono diversità – di trattamenti o di materiali usati – a seconda che il paziente acceda in libera professione o in base alla legge provinciale n. 22, e che i requisiti di accreditamento assicurano e documentano la qualità del lavoro professionale e dei materiali utilizzati;</li> <li>• che il primo controllo di qualità lo fanno i pazienti – che accedono come aventi diritto alle prestazioni previste dalla legge provinciale n. 22 – che sono attenti alla qualità e, se insoddisfatti, si rivolgono all'Azienda sanitaria che interviene: infatti, nel periodo di vigenza della legge provinciale si è verificato un caso di revoca della convenzione (per eccesso di lamentele);</li> </ul>
---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• i controlli sulla attività dei singoli studi convenzionati è stata esercitata da due commissioni strutturate a ciò finalizzate – <i>una in sede provinciale</i> (sulla attuazione della legge 22) e <i>una in ambito aziendale</i> (sui contratti di convenzione) – che sono anche rivolte a considerare la appropriatezza clinica delle cure (<i>che deve peraltro essere basata solo su evidenze documentate nelle letteratura scientifica</i>);</li> <li>• che nessuno si è arricchito grazie alle attività svolte in attuazione di questa legge provinciale.</li> </ul> <p>I rappresentanti dei dentisti convenzionati hanno dichiarato, in conclusione, che la legge provinciale n. 22 del 2007 funziona grazie al gruppo di studi aderenti e che la stessa può essere migliorata ma, strutturalmente, deve essere mantenuta così com'è.</p>
<p><b>Organizzazioni sindacali</b> Cgil, Cisl, Uil</p>	<p>Il Rappresentante delle organizzazioni sindacali CGIL CISL e UIL, <i>Lorenzo Pomini</i>, – dopo avere ringraziato per l'invito ed avere sottolineato la grande importanza dell'opera di valutazione delle leggi provinciali per il buon funzionamento delle istituzioni locali e per il miglioramento costante delle politiche pubbliche della nostra provincia – ha dichiarato che la legge provinciale 22 del 2007 rappresenta ancora oggi un valido strumento normativo perché garantisce alle fasce più deboli della nostra società (nuclei familiari economicamente vulnerabili, anziani, bambini e giovani in età evolutiva) un valido sostegno pubblico nell'accesso alle cure odontoiatriche.</p> <p>In un Paese in cui prevenzione e cura delle più comuni patologie dei denti e del cavo orale sono per lo più lasciate esclusivamente all'offerta del mercato privato, la previsione legislativa provinciale ha introdotto una meritoria politica pubblica che ha portato fino ad oggi risultati positivi.</p> <p>La giustapposizione di servizi pubblici diretti e convenzionati con quelli offerti dal mercato privato ha arricchito l'offerta di servizi di cura e ampliato le possibilità di accesso ad essi attraverso un meccanismo di universalismo selettivo proprio di questa specifica politica pubblica.</p> <p>Come tutte le disposizioni normative, anche la legge provinciale n. 22 del 2007 è perfezionabile ma va considerato che la normativa stessa prevede strumenti di analisi e intervento con il fine di garantire un miglioramento progressivo degli interventi in campo odontoiatrico in Trentino:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'esistenza di una commissione di controllo sulle attività erogate;</li> <li>• la pubblicazione annua di un rapporto sullo stato di attuazione della legge stessa.</li> </ul> <p>Grazie a questi strumenti e al meccanismo delle Direttive annuali le modalità di attuazione della legge sull'assistenza odontoiatrica sono state modificate ed aggiornate nel tempo in modo da orientare il sistema di cura ad un uso sempre più appropriato delle risorse pubbliche.</p> <p>Per quanto riguarda l'assetto organizzativo previsto dalla legge, le Organizzazioni sindacali ritengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• che l'attuale impianto – fondato sull'offerta di prestazioni pubbliche gestite direttamente dall'APSS o da studi professionali convenzionati e con un sistema di tariffe fissate dalla Giunta provinciale – risulti soddisfacente;</li> <li>• che il fatto che l'utente possa scegliere tra l'offerta pubblica e quella convenzionata, ma non possa accedere ai sostegni se opta per professionisti operanti solo sul libero mercato rappresenta un limite accettabile in quanto finalizzato a garantire un'offerta regolata ed efficiente di servizi pubblici sul territorio;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• che andrebbe comunque adeguato lo stanziamento per l'attuazione degli obiettivi della legge: non solo è indispensabile tornare al budget originale di 13,5 milioni di euro, ma anche aumentare gli stanziamenti per ampliare, da una parte, la platea dei potenziali beneficiari e per garantire, dall'altra, l'adeguamento dell'indicatore ICEF al costo della vita.</li> </ul> <p>Il Rappresentante delle organizzazioni sindacali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ricorda che, sul tema dell'assistenza odontoiatrica, si va oggi consolidando un altro sistema di sostegno, fondato sul <i>welfare negoziale territoriale</i>, grazie al quale un numero crescente di aderenti al fondo di sanità integrativa Sanifonds Trentino può accedere solo in forza di clausole contrattuali, a rimborsi per le cure dentarie – fornite di medici odontoiatri in libera professione senza alcun vincolo – fino ai massimali di uno specifico nomenclatore;</li> <li>• sottolinea come i due pilastri – pubblico universale e contrattuale integrativo – possono offrire alla popolazione un sistema coordinato di assistenza in campo odontoiatrico con l'obiettivo di:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>ampliare la copertura della popolazione assistita,</i></li> <li>◦ <i>potenziare l'assistenza di tipo preventivo,</i></li> <li>◦ <i>migliorare la capacità del servizio sanitario pubblico e dei professionisti operanti sul libero mercato di operare in maniera coordinata per ridurre i costi gravanti sui cittadini.</i></li> </ul> </li> </ul>
--	---

## VALUTAZIONI FINALI DEL TAVOLO DI COORDINAMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLE LEGGI PROVINCIALI

L'attività condotta per la verifica sullo stato di attuazione e la valutazione degli effetti della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22, concernente *"Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento"*, ha permesso, con riferimento ai temi di approfondimento individuati dal Tavolo di coordinamento, di accertare il suo livello di attuazione, le criticità emerse e i risultati ottenuti.

La verifica e la valutazione hanno riguardato, in particolare, i risultati conseguiti in termini di tutela della salute odontoiatrica negli ambiti considerati prioritari – età evolutiva, persone in condizioni di particolare vulnerabilità (sanitaria e sociale) e popolazione generale – nonché l'efficacia dell'assetto organizzativo e operativo costruito sulla base della nuova disciplina dell'assistenza odontoiatrica.

Con riferimento alla normativa provinciale – che dal 2007 costituisce l'unica disciplina legislativa sull'assistenza odontoiatrica nel contesto nazionale – se ne riscontra l'avvenuta attuazione che, peraltro, ha fatto emergere alcune criticità applicative riferite, in particolare, allo sviluppo delle attività a favore della popolazione in età evolutiva.

Pur permanendo i diversi orientamenti sull'impianto normativo da parte delle componenti dell'odontoiatria provinciale, che fin dalla discussione preordinata all'approvazione della legge hanno rappresentato e sostenuto posizioni differenziate in merito alla scelta delle modalità di assistenza – erogazione in forma diretta o in forma indiretta delle prestazioni da parte dei liberi professionisti – le misure previste dalla legge provinciale hanno introdotto nuovi livelli di assistenza in grado di garantire, per un'ampia platea di cittadini, prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione odontoiatrica.

Va comunque rimarcato che non sembra esercitata in modo adeguato la regia dell'assistenza odontoiatrica da parte dell'Azienda sanitaria che, nonostante abbia provveduto a erogare le prestazioni di sua competenza, non ha sviluppato sistemi in grado di indirizzare efficacemente l'attività degli operatori coinvolti (pubblici, privati

convenzionati e privati) per permettere la completa realizzazione delle finalità della legge. A tal fine, oltre a considerare particolarmente importante che le direttive provinciali contengano indicazioni specifiche per lo svolgimento delle attività previste dalla legge, risulta in ogni caso necessario prevedere che l'attuazione delle medesime direttive sia costantemente monitorata, per verificarne l'attuazione da parte dell'Azienda sanitaria e per orientarne l'attività.

Dall'esame dei dati e delle informazioni ottenute per la valutazione della legge – suffragati anche dagli esiti delle consultazioni effettuate in base ai quesiti valutativi proposti – emerge un quadro generalmente positivo per quanto concerne la risposta ai bisogni di assistenza odontoiatrica delle persone in condizione di vulnerabilità sanitaria, soprattutto con riferimento alle prestazioni rese dall'Azienda sanitaria con l'Unità operativa dedicata dell'ospedale di Borgo Valsugana, e delle persone in condizione di vulnerabilità sociale, in particolare da parte dei liberi professionisti convenzionati con il sistema sanitario.

L'assistenza odontoiatrica assicurata dalle strutture dell'Azienda sanitaria e dagli studi dei liberi professionisti convenzionati nei confronti di persone in condizione di vulnerabilità sociale, evidenzia alcuni limiti che hanno riguardato, anche in ragione del livello di risorse destinate al finanziamento della legge, la quota di risorse assegnata alle diverse tipologie di utenza (giovani, adulti, anziani) nonché alle diverse tipologie di attività (prevenzione, cure secondarie, riabilitazione protesica). Va inoltre rilevata la mancata indicizzazione all'inflazione dell'indicatore ICEF per l'accesso all'assistenza, che potrebbe avere comportato l'esclusione dai benefici in forza di aumenti di reddito ancorché inferiori all'andamento del costo della vita.

Gli insufficienti riscontri per poter considerare adeguatamente realizzata la prevenzione odontoiatrica (primaria e secondaria) in età evolutiva, indicata anche dai rappresentanti dell'Associazione nazionale dentisti italiani (ANDI) e dell'Associazione italiana odontoiatri (AIO) quale vero punto debole nell'attuazione dalla legge provinciale n. 22 del 2007, evidenziano la necessità di istituire e rendere operativa la “rete odontoiatrica pediatrica”, anche per raggiungere i livelli di salute orale fissati dall'OMS già per il 2010.

La rete odontoiatrica pediatrica non risulta ancora operativa ancorché dovesse essere attivata, nell'ambito della rete odontoiatrica provinciale, a partire dal 2014, con l'individuazione e la destinazione di professionisti dedicati in via esclusiva, o comunque prevalente, alla popolazione in età 0-18 anni, per le attività di prevenzione e di assistenza odontoiatrica e ortodontica, privilegiando le condizioni più significative in termini di bisogno e rilevanza clinica.

Non è stato neppure dato corso al Protocollo d'intesa sottoscritto nel marzo 2017 – tra Provincia, Azienda sanitaria e la Commissione Albo Odontoiatri (CAO) – per la attivazione di una collaborazione sperimentale finalizzata alla attuazione di interventi di prevenzione primaria odontoiatrica.

La misura del finanziamento della legge provinciale (asestata nel periodo 2009-2015 in 13,5 milioni di euro e diminuita dal 2016 a 12,5 milioni di euro) imporrebbe la necessità – manifestata anche nelle consultazioni – di definire direttive più precise, e un sistema continuo di monitoraggio e di controllo, anche sulla qualità degli interventi effettuati, per ottimizzare la risposta e, in particolare, per circoscrivere il servizio a favore della popolazione adulta solo a specifici interventi. In questo modo potrebbe essere favorito maggiormente il sostegno alle attività di promozione e prevenzione, soprattutto per l'età giovanile, che nel tempo potranno migliorare lo stato di salute orale e limitare i bisogni di cura.

Per questi fini, gli interventi previsti dalla legge andrebbero meglio raccordati con le opportunità offerte dai fondi assicurativi sanitari, soprattutto con Sanifonds, in modo da eliminare eventuali aree di sovrapposizione o di concorrenza di strumenti rivolti ai destinatari delle prestazioni assicurate.

Allo scopo di permettere una immediata evidenza delle criticità presenti nel sistema e favorire la consapevolezza del contesto da parte di tutti gli operatori coinvolti, andrebbero anche riconsiderati la struttura e i contenuti della relazione annuale sullo stato di attuazione della legge provinciale, prevista dall'art. 8 della medesima, riportando, oltre alla rappresentazione dei dati quantitativi necessari per operare un confronto delle prestazioni rese dalle diverse tipologie di professionisti, anche le informazioni sull'andamento organizzativo del servizio.

Quanto rappresentato dalle diverse componenti dell'odontoiatria provinciale – Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine provinciale dei medici, liberi professionisti convenzionati, liberi professionisti (ANDI e AIO) e Azienda sanitaria – pare confermare la possibilità di ottenere ulteriori margini di miglioramento del livello di tutela odontoiatrica della popolazione trentina, a condizione di realizzare concretamente il maggiore coinvolgimento possibile degli operatori disponibili sull'intero territorio provinciale, incrementando il livello di collaborazione fra i medesimi.

Nel quadro normativo ed organizzativo definito dalla legge provinciale n. 22 del 2007, precisato e dettagliato dalle direttive annuali di attuazione della medesima approvate dalla Giunta provinciale, permane lo scarso riconoscimento reciproco tra le parti, tutte necessariamente coinvolte pur con ruoli diversi, e la presenza di letture parziali del contesto che ostacolano il proficuo confronto tra gli operatori (Azienda sanitaria, liberi professionisti convenzionati e non convenzionati) necessario per massimizzare, in termini di miglioramento della salute orale dei cittadini, il ritorno complessivo delle continue e consistenti risorse pubbliche impegnate.

La concreta realizzazione e operatività delle previste reti odontoiatriche, quali strumenti organizzativi e gestionali per il coordinamento delle attività, dovrebbe permettere la maggiore integrazione tra le strutture e il complessivo miglioramento delle prestazioni.

Sul piano sostanziale, anche in considerazione dell'evoluzione degli indirizzi attuativi formulati dalla Giunta provinciale, la legge provinciale sull'assistenza odontoiatrica si è rilevata comunque strumento efficace per aumentare la risposta ai bisogni di salute di fasce deboli della popolazione trentina – che altrimenti avrebbero dovuto sostenere maggiori costi per le cure ovvero, come emerso a livello nazionale, avrebbero potuto rinunciare o procrastinare le stesse con un pregiudizio complessivo dello stato di salute – assicurando un beneficio che indirettamente ha contribuito ad aumentare la capacità di spesa delle famiglie.