

Il Direttore Generale
Leonida GrisendiTIPO ANNO NUMERO
Reg. PG | 2008 | 0171417

del 14 Luglio 2008

CIRCOLARE N. 2

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori Amministrativi
Ai Direttori di Distretto
Ai Direttori dei Dipartimenti delle Cure Primarie
Ai Direttori/Responsabili delle UU.OO. Medicina Legale
Ai Responsabili di Presidio Ospedaliero
Ai Referenti Aziendali del Programma Odontoiatria
Ai Referenti Organizzativi della Specialistica Ambulatoriale
Ai Referenti Informativi della Specialistica Ambulatoriale
Ai Responsabili del Sistema Informativo Aziendale
Ai Responsabili del Sistema Informatico

delle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna

- e, p.c. Ai Responsabili degli Uffici di Piano
Ai Responsabili degli Uffici di supporto alle Conferenze territoriali sociali e sanitarie (CTSS)
- e, p.c. Ai Referenti Aziendali della Tessera Sanitaria delle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna

Oggetto: Deliberazione di Giunta regionale del 27/03/2008 n°374 : Revisione del Programma Assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: Programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione dei livelli aggiuntivi di cui alla DGR 2678 del 2004.

Il programma di assistenza odontoiatrica, di cui alle DGR 2678/2004 e 374/2008, definisce la tipologia delle prestazioni e dei servizi da garantire ai cittadini della regione Emilia Romagna, nonché le forme e le modalità di partecipazione alla spesa. È stato avviato con la finalità di assicurare in modo uniforme ed omogeneo le cure odontoiatriche su tutto il territorio regionale, coerentemente con quanto previsto dal DPCM 29/11/2001 - allegato 2B - che, tra i livelli essenziali di assistenza (LEA), contempla i programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva e l'assistenza odontoiatrica e protesica verso soggetti in condizione di particolare vulnerabilità.

40127 Bologna – Viale Aldo Moro, 21
Tel. 051/6397161-2 - Fax 051/6397056
e-mail: dgsan@regione.emilia-romagna.it

TIPO	ANNO	NUMERO	INDICE	LIV.1	LIV.2	LIV.3	LIV.4	LIV.5	ANNO	NUMERO	SUB
a uso interno DP	2008		Classif. 3463	600	70	40	60		2008	3	

Il programma è stato predisposto in coerenza con il recente DPCM, dell'aprile u.s., riguardante la nuova definizione dei Livelli essenziali di assistenza del Servizio Sanitario Nazionale, in attesa di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Poiché la deliberazione n. 374/08, che si trasmette con la presente circolare, è stata pubblicata sul B.U.R. **del 4 Giugno u.s.**, le modificazioni introdotte trovano applicazione da quella data, come anticipato via mail ai referenti aziendali e alle stesse direzioni aziendali durante l'iter d'adozione e pubblicazione del provvedimento.

Nel biennio di sperimentazione¹ 2005 – 2007 sono state superate le principali disomogeneità che esistevano fra le Aziende nella fase iniziale ed è stata raggiunta l'erogazione delle cure previste dal programma regionale: conservativa e protesica in tutti gli ambiti distrettuali, ortodonzia con valenza sovradistrettuale.

Anche il raggiungimento dei destinatari del programma regionale (in maggioranza persone con caratteristiche socio-economiche disagiate che non consideravano prioritaria la salute del cavo orale) è stata una delle maggiori difficoltà riscontrate nella prima fase di attuazione; tuttavia, è proprio nei confronti degli utenti più disagiati che sono stati raggiunti i migliori risultati, con una copertura di circa il 73% dei vulnerabili attesi nella fascia di reddito <7.500 euro ISEE, rispetto ad un 39% rilevato per la generalità degli utenti attesi.

I risultati finora conseguiti costituiscono, pertanto, il punto di riferimento per la nuova fase del programma, adottato con la citata DGR 374/08, e per gli obiettivi delle Aziende per il 2008 con particolare attenzione a:

- Grado di copertura dei cittadini in fascia ISEE ¹ a confronto con la copertura raggiunta nel 1° semestre 07
- Numero di utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa, protesica e ortodonzia in rapporto al numero dei pazienti trattati.

Con l'obiettivo di fornire indicazioni operative per l'attuazione del nuovo programma e per dare risposta ai quesiti emersi nel biennio di sperimentazione, la presente circolare è accompagnata da un allegato tecnico articolato per i settori specifici d'intervento:

- regole generali e nuove classi di reddito,
- vulnerabilità sanitaria con riferimento specifico alla disabilità,
- superamento dell'attuale monitoraggio ad hoc utilizzato nel biennio di sperimentazione.

Fasi di sviluppo

Nel corso del 2008, come indicato nella DGR 374, dovranno essere emanate, in collaborazione con il Servizio Governo dell'integrazione Socio - Sanitaria e delle Politiche per la Non Autosufficienza, specifiche indicazioni che consentano alle Aziende la promozione di interventi specifici, per lo sviluppo di programmi di tutela della salute orale, rivolti agli ospiti di strutture residenziali per anziani.

Il Programma aziendale dell'assistenza odontoiatrica

Alcuni aspetti del nuovo programma regionale (aumento del numero dei destinatari, cure alle persone con gravi disabilità psico-fisiche) rendono necessaria una revisione dei programmi aziendali ai sensi della DGR 292/05, con particolare attenzione alla rideterminazione delle risorse necessarie a soddisfare la domanda di cure, rispettando i tempi di attesa fissati dalla DGR 2678/04.

L'aggiornamento del Programma aziendale dovrà tenere conto delle indicazioni riportate nell'allegato alla presente circolare (Parte prima e parte seconda), ed essere **inviato a firma del Direttore Sanitario dell'azienda USL entro il 30/10/2008**, al Responsabile del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari.

¹ Previsto DGR 2678 del 2004

È possibile l'invio del documento, sempre che fornito di numero di protocollo, anche all'indirizzo di **posta elettronica** della Dott.ssa Cristina Meneghini (cmeneghini@regione.emilia-romagna.it).

Si ricorda inoltre che, per l'adeguamento tecnologico ed impiantistico - funzionale relativo alle cure ai pazienti con gravi disabilità psico - fisiche, sono stati programmati fondi finalizzati per i quali è stato richiesto l'invio di una specifica programmazione aziendale (nota PG/2008/122828 del 15.05.2008).

Allo scopo di fornire alle aziende indicazioni in merito ai punti che dovranno essere sviluppati nei nuovi programmi aziendali ed eventuali informazioni sugli aspetti operativi che accompagnano la realizzazione del nuovo programma, in data 12 giugno u.s. è stato realizzato un apposito incontro con i referenti aziendali.

Disponibili per ogni eventuale, necessario chiarimento si inviano distinti saluti

Leonida Grisendi

Allegato n°1

**Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale,
Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari**

Il Dirigente Responsabile del Servizio

Antonio Brambilla

ALLEGATO TECNICO ALLA CIRCOLARE N° 2 DEL 14 LUGLIO 2008

Il presente provvedimento ha la finalità di fornire le prime indicazioni operative per l'applicazione, in maniera uniforme, della Deliberazione di Giunta Regionale del 27.3.2008 n. 374 relativa alla revisione del programma regionale per l'assistenza odontoiatrica, avviato nel 2005 a seguito della DGR 2678/2004.

L'allegato tecnico è articolato per i settori specifici d'intervento che riguardano:

- regole generali e nuove classi di reddito (parte prima),
- vulnerabilità sanitaria con riferimento specifico alla disabilità (parte seconda),
- superamento dell'attuale monitoraggio ad hoc utilizzato nel biennio di sperimentazione (parte terza).

Qui di seguito si sintetizzano i contenuti dei settori d'intervento preceduti, nella parte di dettaglio, da un indice degli argomenti trattati:

Parte prima L'ampliamento delle condizioni di vulnerabilità sociale - Il limite di reddito ISEE che identifica la condizione di vulnerabilità sociale è stato portato a 22.500 euro e, sulla base di quanto evidenziato dal confronto con le Aziende Sanitarie, le fasce intermedie e l'importo della partecipazione alla spesa sono stati rimodulati;

Parte Seconda L'ampliamento delle condizioni di vulnerabilità sanitaria - Sono state riviste le condizioni di vulnerabilità sanitaria, a suo tempo esplicitate con la circolare 13 del 2005. Gli aggiornamenti riguardano:

- I quadri patologici riconducibili alle gravi disabilità psico-fisiche correlate alle cure odontoiatriche.
- Il superamento del limite di età per alcune condizioni patologiche.
- Le cure odontoiatriche ai pazienti in trattamento con bifosfonati per via endovenosa nell'ambito di protocolli terapeutici per la chemioterapia di patologie neoplastiche;

Parte terza Il superamento dell'attuale sistema di monitoraggio - **L'utilizzo del flusso regionale** dedicato alla specialistica ambulatoriale (**ASA²**) permette di assolvere sia il debito informativo riguardante il volume e la tipologia di attività, sia quello relativo alla compensazione della mobilità infraregionale³, obbligatoria anche per all'assistenza odontoiatrica;

² Circolare n. 13 del 18/12/2006: "Specifiche tecniche relative alla trasmissione e tracciato del flusso relativo all' Assistenza Specialistica ambulatoriale (ASA) - anno 2007"

³ Circolare n. 3 del 22/02/2007: "Ordinamento della mobilità sanitaria interregionale ed infraregionale - Anno 2007"

Le indicazioni sul monitoraggio del programma, attuato tramite la rilevazione regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale (ASA) è stato elaborato in maniera congiunta con il Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali.

I referenti regionali sugli argomenti oggetto della circolare sono:

Per gli aspetti generali del programma

Dott.ssa Agatina Fadda Tel 051/6397307 afadda@regione.emilia-romagna.it

Dott.ssa Enrica Garuti Tel 051/6397306 egaruti@regione.emilia-romagna.it

Dott.ssa Maria Cristina Meneghini Tel 051/6397255 cmeneghini@regione.emilia-romagna.it

Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari

Per gli aspetti del programma relativi al flusso ASA

Dott.ssa Valentina Savioli Tel 051/ 6397425 vsavioli@regione.emilia-romagna.it

Dott.ssa Monica Merlin Tel 051/6397429 mmerlin@regione.emilia-romagna.it

Servizio Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali

Distinti saluti.

Antonio Brambilla

PARTE PRIMA : AMPLIAMENTO DELLE CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ SOCIALE 4

Indicazioni operative	4
Le modifiche al programma regionale:.....	4
Indicazioni relative all'elaborazione del nuovo Programma aziendale per l'assistenza odontoiatrica	5
Modalità di partecipazione alla spesa: prime indicazioni	5
Informazioni ai cittadini e verifiche sulle condizioni di reddito dichiarate	7

PARTE SECONDA : AMPLIAMENTO DELLE CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ SANITARIA 8

Indicazioni operative per la fase transitoria di applicazione	8
Modifiche alla circolare 13/2005	9
Indicazioni in merito al trattamento con bifosfonati	10
Aspetti organizzativi legati alla certificazione dei pazienti con grave disabilità'	11

Elenco delle condizioni patologiche di cui all'allegato 2 alla dgr 374 del 27.03.08 integrato con definizioni e codici della classificazione ICD IX 14

Criteri per l'individuazione della vulnerabilità socio-sanitaria in relazione alle cure odontoiatriche nelle persone in condizione di grave disabilità psico-fisica e sociale tabella a) di cui all'allegato 2 alla dgr 374 del 27.03.08 24

Quadro riepilogativo vulnerabilità sanitarie 25

FAC SIMILE Attestazione di vulnerabilità socio-sanitaria delle commissioni mediche 26

FAC SIMILE Attestazione di esenzione 26

PARTE TERZA : PROGRAMMA REGIONALE DI CURE ODONTOIATRICHE: INDICAZIONI DI CODIFICA PER IL MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA MEDIANTE IL FLUSSO DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE (ASA) 29

Indicazioni operative	29
Metodologia ed indicazioni di codifica.....	29

PARTE PRIMA : AMPLIAMENTO DELLE CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ SOCIALE

Indicazioni operative

La valutazione effettuata nel biennio di sperimentazione⁴ ha evidenziato che esiste una potenzialità di erogazione in parte non ancora utilizzata e questo ha supportato la scelta di procedere ad un **ampliamento del numero dei destinatari**.

Le modifiche al programma regionale hanno riguardato i seguenti punti:

A) Il limite di reddito ISEE⁵ che identifica la condizione di vulnerabilità sociale è stato **portato a 22.500 euro**, le fasce intermedie e l'importo della partecipazione alla spesa sono stati rimodulati (vedi tabella), poiché, come emerso nel biennio 2005 - 2007, l'entità della quota ticket può costituire un fattore limitante l'accesso alle cure per i redditi più bassi.

FASCIA DI REDDITO		MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA
ISEE 1	reddito <u>≤ 8.000</u>	esente
ISEE 2	> <u>8.000</u> e <u>≤ 12.500</u>	fino a <u>40 euro</u> a prestazione
ISEE 3	> <u>12.500</u> e <u>≤ 15.000</u>	fino a <u>60 euro</u> a prestazione
ISEE 4	> <u>15.000</u> e <u>≤ 20.000</u>	fino a <u>80 euro</u> a prestazione
ISEE 5	> <u>20.000</u> e <u>≤ 22.500</u>	Tariffa intera della prestazione

Le persone con reddito ISEE fino a 8.000 euro rientrano nel "Progetto speciale sociale e sanitario per l'assistenza protesica rivolta alla popolazione anziana e per la popolazione in condizioni di povertà" che prevede, oltre all'esenzione dal ticket per il trattamento sanitario, anche la copertura delle spese relative alle protesi fisse o mobili.

B) Le condizioni di vulnerabilità sanitaria, a suo tempo esplicitate con la circolare 13 del 2005, sono state riviste anche sulla base di segnalazioni pervenute da parte delle Associazioni dell'utenza.

Gli aggiornamenti hanno riguardato:

- I quadri patologici relativi alle persone con grave disabilità psico-fisica per le cure odontoiatriche,
- Il superamento del limite di età per alcune condizioni patologiche,
- L'inserimento delle cure odontoiatriche rivolte ai pazienti in trattamento con bifosfonati per via endovenosa nell'ambito di protocolli terapeutici per la chemioterapia di patologie neoplastiche.

Maggiori chiarimenti sulle vulnerabilità sanitarie sono contenute nella parte seconda del presente allegato.

⁴ Previsto DGR 2678 del 2004

⁵ Circ. 11 del 26/05/2005: Le **condizioni di vulnerabilità sociale**, sono attestate con riferimento all'indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.), che individua con migliore precisione il reddito effettivo di una famiglia; esso, infatti, si basa sul reddito da attività lavorative e finanziarie, a cui viene aggiunta la ricchezza della famiglia pesata; tiene conto inoltre della numerosità del nucleo familiare.

Il cittadino potrà ottenere la certificazione attraverso gli appositi uffici indicati dall'art. 4 del D.Lgs n. 109/1998 (comuni, centri di assistenza fiscale -C.A.F.-, ecc.), relativamente alla cui ubicazione sul territorio di competenza sarà opportuno assumere idonee iniziative di informazione all'utenza.

Indicazioni relative all'elaborazione del nuovo Programma aziendale per l'assistenza odontoiatrica

Le modifiche introdotte dalla DGR 374/08 porteranno ad un incremento stimato di oltre 200.000 assistiti per anno: si tratta di circa 170.000 persone in condizioni di vulnerabilità sociale e di 30.000 con gravi disabilità psico-fisiche.

Questo aspetto del nuovo programma regionale rende necessaria una **revisione dei Programmi aziendali** esistenti, come da DGR 292 del 2005⁶, con particolare attenzione alla rideterminazione delle risorse necessarie a soddisfare la domanda rispettando i tempi di attesa fissati dalla DGR 2678/04.

In particolare, nell'ambito del documento di programmazione, dovrà essere indicata:

- ♦ la stima del numero di assistiti che rientrano nelle attuali categorie di vulnerabilità. Come già avvenuto all'entrata in vigore della DGR 2678/04, è necessario che le aziende, alla luce dei dati e delle informazioni in loro possesso, rivedano e/o confermino le stime che sono alla base del programma,
- ♦ la rete di strutture erogatrici per distretto, specificando la tipologia di cure erogate (in particolare la protesica fissa e quelle a valenza sovradistrettuale: ortodonzia e cure ai disabili)
- ♦ il numero di riuniti esistenti e quello previsto dopo l'adeguamento legato alle cure ai disabili (specificando la sede e le ore di funzionamento/settimana),
- ♦ la necessità di ricorrere all'attivazione di nuovi contratti di fornitura con studi professionali o ambulatori odontoiatrici privati accreditati,
- ♦ le azioni per il programma di informazione e comunicazione ai cittadini ed agli operatori (aziendali e degli enti locali coinvolti), compreso le facilitazioni di pagamento adottate (rateizzazioni),
- ♦ le iniziative da sviluppare nel settore della prevenzione, alla luce dell'esperienza maturata nella fase sperimentale del programma,
- ♦ gli interventi di formazione destinate agli operatori (personale sanitario e tecnico - amministrativo di supporto) cui è affidata l'erogazione e la prenotazione delle cure (cure ai disabili, protesica fissa).

Di questo programma farà parte integrante anche il "**Piano per gli assistiti con grave disabilità**" (Parte seconda, pag. 12).

Modalità di partecipazione alla spesa: prime indicazioni

La DGR 374/08, come sopra illustrato, modifica le classi di reddito e le modalità di partecipazione alla spesa, a far data dal 4 giugno 2008, giorno di pubblicazione del provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione.

In premessa va evidenziato quanto già indicato nella DGR 2678/04 e nella relativa circolare regionale n. 11/05: per la visita odontoiatrica e per le prestazioni assicurate alla totalità della popolazione (v. TAB. A2 della citata DGR), l'importo del ticket dovrà essere calcolato con le modalità previste per la generalità delle prestazioni specialistiche. In questo caso saranno applicate, ad esempio, le esenzioni per età e reddito previste dalla normativa generale e non quelle del programma di assistenza odontoiatrica, collegate al reddito ISEE.

⁶ "Accreditamento istituzionale degli ambulatori e degli studi autorizzati all'esercizio dell'attività di odontoiatria"

Relativamente alle prestazioni erogate nell'ambito del programma, i nuovi importi per la partecipazione alla spesa decorrono dal 4 giugno. Qualora sia già stato redatto in data antecedente un piano terapeutico, potrebbe essere necessario rivalutarlo e redigere un nuovo piano, con decorrenza dall'entrata in vigore della DGR 374/08, al fine di adeguare l'entità del ticket ai nuovi importi, più favorevoli per i cittadini. In tal modo, un assistito con reddito ISEE di 8.000 euro, che come da DGR 2678/04 avrebbe pagato fino a 40 euro a prestazione, con il nuovo piano terapeutico sarà esentato dal pagamento del ticket.

Infatti, le cure odontoiatriche possono essere erogate:

- in un **singolo accesso**, analogamente ad altre attività sanitarie, con l'esecuzione della prestazione contenuta nella ricetta, come nel caso dell'estrazione dentale. In questo caso il ticket richiesto sarà quello in vigore al momento dell'erogazione della prestazione;
- sulla base di uno specifico **piano terapeutico**, che comporta una serie di prestazioni da eseguire in molteplici accessi programmati in un arco di tempo definito. In questi casi, le condizioni a cui fare riferimento sarebbero quelle in atto al momento dell'esecuzione della prima prestazione prevista dal piano terapeutico, quindi con gli importi ticket precedenti.

A regime, le condizioni soggettive che danno diritto all'accesso al programma, e alla definizione della relativa partecipazione alla spesa, sono quelle in atto al momento dell'esecuzione della prima prestazione prevista dal piano terapeutico; tali condizioni sono rilevabili attraverso la certificazione ISEE che ha validità annuale.

L'utente normalmente, dopo essere stato sottoposto a visita in corso della quale viene redatto l'eventuale piano terapeutico, accede successivamente alle cure ed in occasione del primo accesso o della prenotazione del primo accesso è tenuto ad esibire il certificato ISEE e, in base a quanto sopraddetto, tale certificato ha validità fino alla conclusione del piano di trattamento.

Di norma il paziente deve essere informato dei requisiti di accesso sia in fase di prenotazione della visita odontoiatrica - garantita alla generalità della popolazione - sia prima dell'effettuazione della prima prestazione.

Si ricorda che il programma regionale delle cure odontoiatriche, per quanto riguarda la durata dei piani terapeutici, ha stabilito, con la DGR n. 2678/04, i tempi entro i quali concludere i trattamenti ed ha indicato in:

- 150 giorni la conclusione del *trattamento protesico* avviato con la prima prestazione del piano terapeutico,
- 90 giorni la conclusione del *trattamento conservativo* avviato con la prima prestazione del piano terapeutico.

Un caso particolare è rappresentato dal *trattamento ortodontico* di durata almeno biennale, con un'unica prestazione sanitaria che si sviluppa in molteplici accessi, sulla base del piano terapeutico a valenza annuale⁷. Di conseguenza, qualsiasi variazione della condizione di vulnerabilità sociale avrà effetto al momento della rivalutazione annuale del piano. L'entità della partecipazione alla spesa dovrà essere quindi ridefinita facendo riferimento alle condizioni soggettive presenti all'avvio del nuovo piano terapeutico.

Analogamente, qualora venga superato il limite di reddito stabilito per la vulnerabilità sociale, il trattamento ortodontico sarà mantenuto fino alla conclusione, ma il paziente sarà tenuto al pagamento per intero della prestazione sanitaria del nuovo piano (il manufatto è comunque a carico dell'assistito per tutte le condizioni di vulnerabilità).

Fanno parte integrante dello specifico piano terapeutico i manufatti protesici, posti interamente a carico dell'assistito in quanto non previsti nei LEA, come indicato nel Nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali⁶. La DGR 374/08 ha innalzato da 7.500 a 8.000 euro il limite di reddito ISEE dei destinatari del "*Progetto speciale sociale e sanitario per l'assistenza protesica rivolta alla popolazione anziana e per la popolazione in condizione di povertà*", che comporta, tra l'altro, la fornitura gratuita dei manufatti protesici.

⁷ D.M. 22 luglio 1996 -Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Informazioni ai cittadini e verifiche sulle condizioni di reddito dichiarate

Le aziende sanitarie, in collaborazione con le associazioni delle utenze e gli enti locali, dovranno dare la *massima diffusione su quanto previsto dal programma di assistenza odontoiatrica*, sui requisiti che danno diritto all'accesso alle cure, sulle sedi erogative ed altre condizioni di interesse per l'utenza, quali le facilitazioni di pagamento previste (es. rateizzazioni).

Dovranno essere fornite inoltre tutte le informazioni necessarie sia in fase di prenotazione della visita odontoiatrica, sia al momento dell'effettuazione della prima prestazione del piano di trattamento.

Le Aziende sanitarie sono tenute ad effettuare verifiche periodiche sullo sviluppo dei piani terapeutici e verifiche a campione sulle esenzioni per reddito, anche prevedendo accordi con gli uffici competenti in materia fiscale.

Infine, si segnala che sono tuttora in corso gli approfondimenti riguardanti:

- Trattamenti propedeutici agli interventi di chirurgia maxillo facciale, in regime di ricovero, da destinare alla generalità della popolazione
- Impianti per i disabili
- Onere del manufatto in caso di implantologia nei casi previsti dalla DGR 2678/04.

PARTE SECONDA : AMPLIAMENTO DELLE CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ SANITARIA

Indicazioni operative per la fase transitoria di applicazione

Uno degli aspetti più rilevanti introdotti dalla Deliberazione di Giunta regionale del 27.3.2008 n. 374 riguarda gli ASSISTITI CON GRAVE DISABILITÀ PSICO-FISICA.

La revisione del Programma di cure odontoiatriche, operata a seguito delle risultanze del monitoraggio attuato da tutte le aziende della regione, aveva evidenziato, infatti, che alcune di queste persone non vedevano riconosciuto il proprio diritto alle cure odontoiatriche dopo il compimento del 18^{mo} anno, nonostante l'intendimento del Programma fosse quello di farli confluire in specifiche condizioni (S. di Down o Psicosi) per le quali non erano previsti limiti di età.

Le ragioni di tale difformità erano perlopiù da ricercarsi nella prassi certificativa adottata da questi utenti che, diversamente da quanto inizialmente ipotizzato, ricorrono in prevalenza alle certificazioni di invalidità e/o handicap grave ed usufruiscono raramente delle esenzioni ticket per patologia cronica o malattia rara.

Per poter riconoscere a queste persone il diritto di accedere alle cure odontoiatriche è stato di conseguenza necessario individuare differenti criteri di identificazione.

La complessità dei quadri clinici riconducibili all'”Handicap adulto” ha suggerito un approccio funzionale alla “diversa abilità” in campo odontoiatrico ed ha portato in primo luogo a definire le limitazioni che sono all'origine delle condizioni di maggior rischio:

- alterata o inesistente capacità di compiere le normali pratiche di igiene dentale, che impedisce una corretta prevenzione delle malattie odontoiatriche;
- ridotta o assente capacità di comunicazione, che comporta ritardo o addirittura impossibilità di giungere ad una diagnosi tempestiva;
- gravi alterazioni del comportamento, che richiedono spesso l'esecuzione di cure odontoiatriche in ambiente protetto.

Con il contributo dei Servizi aziendali dell'Handicap adulto, è stata quindi esaminata la tipologia di assistiti in carico ai servizi stessi e, su questa base, è stato elaborato l'elenco delle condizioni patologiche che, quando si presentano con elevata gravità prima dei 65 anni, sono di norma associate a tali limitazioni. Per ridurre i casi di esclusione causati da una possibile incompletezza dell'elenco, oltre ad entità nosologiche definite (Es.: Distrofia muscolare di Duchenne), sono stati inseriti anche sintomi o esiti di altre malattie (Es.: Paraplegia) e questo ha portato ad un ampliamento delle diagnosi inizialmente contemplate dalla DGR 2678/04.

Da questo approfondimento è emerso, inoltre, che la maggioranza dei pazienti seguiti dai Servizi di Handicap adulto vengono inizialmente presi in carico dalla Neuropsichiatria Infantile (NPI) e che, nei certificati in loro possesso, le diagnosi sono espresse attraverso i codici della classificazione ICD X. Per questo motivo, le condizioni patologiche descritte nell'elenco Allegato 2 alla delibera GR n. 374 del 27.3.2008 sono codificate secondo la classificazione ICD X ed articolate in base agli Assi della versione del 1996. Per facilitarne l'utilizzo, il documento n. 1 al presente allegato tecnico, riporta sia i codici ICD X, sia i codici ICD IX, meglio conosciuti in ambito sanitario.

Il diritto a ricevere cure odontoiatriche a carico del SSR è ora riconosciuto agli assistiti della Regione che presentano una delle condizioni patologiche richiamate in precedenza, insorta prima del 65° anno di età ed associata ad invalidità >2/3 o handicap grave ai sensi della L.104/92 art. 3 c. 3⁸.

I criteri indicati nella Tabella A, allegata alla DGR 374/2008 ed il il documento n. 2 al presente allegato tecnico, **definiscono la condizione di vulnerabilità socio sanitaria** e sostituiscono quelli indicati per i portatori di handicap psicofisico al punto 12 della Circolare 13/2005, portando al superamento del limite di età di 18 anni.

A questi assistiti sono garantite cure odontoiatriche di conservativa, igiene orale, ortodonzia e protesica.

Nell'ambito della revisione del programma è emersa, inoltre, la necessità di superare alcuni dei criteri fissati dalla circolare n.13/2005.

MODIFICHE ALLA CIRCOLARE 13/2005

Le considerazioni che hanno inizialmente portato ad indicare i limiti età per alcune categorie di vulnerabilità sanitaria, rispondevano all'esigenza di conciliare le risorse specialistiche esistenti in fase di avvio del programma alla necessità di dare priorità agli interventi nella fasce di età in cui il danno dentale si determina in misura prevalente.

Alla luce delle valutazioni emerse dal monitoraggio è stato possibile superare alcune delle limitazioni poste dalla circolare 13/05. A seguire sono indicate le principali variazioni intervenute ed il quadro riepilogativo della situazione attuale è riportato nella tabella documento n. 3 al presente allegato tecnico

1 Displasia ectodermica .

È abolito il limite di età, in quanto le segnalazioni pervenute hanno evidenziato che, per questi pazienti, gli interventi di riabilitazione protesico-ortodontica non sempre si esauriscono con il compimento del 18.o anno, nessuna variazione in merito alla tipologia di cure cui hanno diritto.

2 Cardiopatie congenite cianogene

Il livello di invalidità richiesto, in aggiunta all'esenzione con codice 002 ed alla lettera di invio da parte dei Servizi Cardiologici competenti, è passato da ">80%" a ">2/3".

3 Pazienti in attesa e post trapianto - Nessuna variazione

4 Anoressia e bulimia

È abolito il limite di età, in quanto le segnalazioni pervenute hanno evidenziato che il trattamento degli elementi dentari compromessi deve proseguire anche oltre i 25 anni di età, nessuna variazione in merito alla tipologia di cure cui hanno diritto.

5 Iposomia - Nessuna variazione.

6 Gravi patologie congenite

È abolito il limite di età, la tipologia di cure cui hanno diritto è estesa anche alla protesica fissa, quando indicata dal punto di vista clinico.

⁸ **Articolo 3 – comma 3 della legge 104/92** "Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici".

7 Epilessia con neuroencefalopatia

È abolito il limite di età, in quanto queste patologie rientrano tra le gravi disabilità di cui al punto 12 e ne condividono i requisiti per l'accesso alle cure.

8 Pazienti sindromici: sindrome di Down - Nessuna variazione.

9 Diabete giovanile - Nessuna variazione.

10 Emofilici - Nessuna variazione.

11 Bambini con patologia oncoematologica - Nessuna variazione.

12 Portatori di handicap psicofisico

È abolito il limite di età, i requisiti per l'accesso alle cure sono indicati nella seconda parte del presente allegato tecnico.

13 Tossicodipendenti (TD)

È abolito il limite di età

14 Pazienti HIV positivi

È abolito il limite di età

15 Pazienti in trattamento radioterapico (pre e post) a livello cefalico - Nessuna variazione.

16 Psicotici con gravi disturbi del comportamento

Anche per tutte le forme di autismo e per il disturbo di Asperger è abolito il limite di età

Per quanto riguarda la riabilitazione protesica, per le categorie di vulnerabilità cui è riconosciuto tale diritto, si ritiene di demandare allo specialista – sulla base della patologia e delle condizioni cliniche dell'assistito - l'indicazione in merito al tipo di riabilitazione (protesi mobile o fissa), in accordo con l'interessato.

INDICAZIONI IN MERITO AL TRATTAMENTO CON BIFOSFONATI

Durante il biennio di sperimentazione, oltre al monitoraggio del grado di realizzazione del programma, è proseguito il lavoro della Commissione tecnica⁹ per la valutazione di nuove categorie di vulnerabilità sanitaria.

Sulla base di quanto proposto da tale Commissione, nonostante non sia stata ancora raggiunta l'evidenza scientifica in merito al rapporto di causalità diretta tra somministrazione di bifosfonati e necrosi del mascellare, in via precauzionale ed in attesa di ulteriori conferme, si ritiene di dover dare indicazioni per il trattamento della seguente tipologia di pazienti:

17. Pazienti in trattamento con zoledronato e pamidronato per via endovenosa nell'ambito dei protocolli terapeutici per la chemioterapia di patologie neoplastiche (metastasi ossee, mieloma multiplo, ecc.).

Alla famiglia dei bifosfonati appartengono farmaci utilizzati da molti anni per la terapia degli esiti a carico della struttura ossea nelle metastasi ossee, nella malattia di Paget e nell'osteoporosi. Per i farmaci di più recente introduzione, oltre ai già noti effetti collaterali, sono stati recentemente segnalati in letteratura casi di osteonecrosi dell'osso mascellare che, nei pazienti trattati con bifosfonati, si sviluppano a seguito di infezioni del cavo orale o a trattamenti odontoiatrici.

⁹ Determinazione 8104 del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali in data 24 maggio 2005 : "Costituzione della Commissione Tecnica per l'emanazione di linee guida contenente protocolli terapeutici che definiscano la natura degli interventi nelle specifiche condizioni di vulnerabilità Delibera di G.R. 2678/2004"

Gli studi osservazionali pubblicati indicano che i danni insorgono principalmente in pazienti sottoposti a trattamenti con zoledronato e pamidronato ad alte dosi per via endovenosa, come terapia di metastasi ossee e mieloma multiplo.

Rare sono le segnalazioni di danni in caso di terapia per via orale a basse dosi.

La patogenesi è complessa ed è scarsa la tendenza alla guarigione: la prevenzione rimane di conseguenza la strategia più indicata e consiste nella bonifica del cavo orale prima dell'inizio del trattamento.

Al momento della pianificazione del trattamento con bifosfonati è di conseguenza indispensabile una consulenza odontoiatrica e una collaborazione tra l'oncologo e l'odontoiatra per formulare un piano di trattamento funzionale a prevenire le complicanze.

Identificazione

Il paziente è riconosciuto come esente in quanto è portatore di una lettera di invio da parte del Centro specialistico che lo ha in carico e possiede un attestato che fa riferimento alla patologia cronica ed invalidante sottoindicata :

patologia cronica ed invalidante	Codice patologia cronica ed invalidante
Soggetti affetti da patologie neoplastiche maligne e da tumori di comportamento incerto	048

Tipologia di trattamento

Al momento in cui viene programmato il trattamento chemioterapico e nei pazienti già in terapia ma asintomatici sono garantiti i trattamenti odontoiatrici di bonifica del cavo orale e adeguate istruzioni di igiene orale. Qualora insorga la complicanza di necrosi del mascellare, i pazienti saranno sottoposti tempestivamente alle cure di conservativa e protesica adeguate alla situazione individuale.

ASPETTI ORGANIZZATIVI LEGATI ALLA CERTIFICAZIONE DEI PAZIENTI CON GRAVE DISABILITA'

Le difficoltà legate alla tipologia di documenti certificativi in possesso degli assistiti con disabilità psico-fisica e sociale, segnalate nel primo anno di monitoraggio del Programma, hanno reso indispensabile precisare percorsi e procedure per il riconoscimento della vulnerabilità socio-sanitaria che, accogliendo anche le problematiche sollevate dalle associazioni dei disabili, comportassero minimi oneri burocratici per gli assistiti e/o le loro famiglie.

Per questo motivo, la delibera ha previsto che **l'identificazione e la certificazione dei nuovi assistiti** appartenenti a questa categoria di vulnerabilità venga fatta dalla Commissione aziendale per l'invalidità civile.

Nell'ambito del processo di valutazione complessiva di una domanda, tutte le volte che all'interessato verrà riconosciuta l'invalidità di grado >2/3 o la condizione di handicap grave ai sensi della L.104/92 art. 3 c. 3¹, la Commissione procederà d'ufficio a verificare il possesso dei requisiti indicati nella Tabella A allegata alla DGR 374/08 e trasmetterà agli uffici aziendali che si occupano di esenzioni ticket una certificazione complementare (vedi fac-simile documento n. 4 al presente allegato tecnico).

Tale certificazione, utilizzabile solo per il riconoscimento del diritto alle cure odontoiatriche e quindi non oggetto di riesame da parte delle Commissioni Mediche di verifica, riporterà il codice ICD X della diagnosi.

Dall'entrata in vigore della delibera, il procedimento sopra descritto dovrà essere applicato a tutti i nuovi casi che le Commissioni aziendali sottoporranno a visita medica per l'accertamento dello stato di invalidità civile e della condizione di handicap (ai sensi della L. 104/92 e s.m.i.) e, attraverso automatismi che non comportino oneri burocratici per l'assistito e/o la sua famiglia, si concluderà con il rilascio di un'attestazione di vulnerabilità socio sanitaria, valida per l'accesso alle cure presso tutte le aziende della regione (vedi fac-simile documento n. 5 al presente allegato tecnico).

Nella fase iniziale e transitoria, a istanza degli interessati, l'azienda USL rilascerà le attestazioni di vulnerabilità socio sanitaria a tutti gli assistiti che, all'entrata in vigore della delibera, siano già stati visitati dalle Commissioni aziendali per l'accertamento dello stato di invalidità civile e della condizione di handicap (ai sensi della L. 104/92 e s.m.i.) e siano in possesso dei requisiti indicati nella già citata Tabella A .

Sulla base delle proiezioni effettuate sui dati aziendali disponibili, si stima che nella regione possano esserci circa 30.000 persone in condizione di vulnerabilità socio-sanitaria per le cure odontoiatriche: una parte di essi sono seguiti dai servizi socio-sanitari del SSR – Enti locali (Neuropsichiatria infantile - NPI fino ai 18 anni, Handicap adulto oltre tale età), altri fanno riferimento alle associazioni dei disabili esistenti sul territorio.

Riaffermato l'obiettivo di ridurre al minimo gli oneri burocratici per gli assistiti e/o le loro famiglie, nella fase iniziale e transitoria le aziende devono, in via prioritaria, promuovere una concreta collaborazione tra i servizi che si occupano di gravi disabilità (sia che facciano capo alle aziende sanitarie o ai comuni), e, con il coinvolgimento delle associazioni dei disabili presenti sul territorio, giungere alla formulazione di un piano comune d'intervento.

Da questo approccio integrato dovranno scaturire strategie utili a definire gli interventi di informazione rivolti agli utenti ed anche sinergie che forniscano agli utenti ogni necessario supporto per l'accesso al percorso e per la verifica delle certificazioni in loro possesso¹⁰. Dovrà inoltre essere studiata la possibilità di realizzare meccanismi di presa in carico che comportino, per gli utenti in possesso dei requisiti l'inoltro automatico della pratica ai competenti uffici aziendali. Nel documento n. 6 al presente allegato tecnico sono evidenziati possibili percorsi.

In ogni caso, titolare del rilascio dell'attestazione di vulnerabilità socio-sanitaria valida per l'esenzione sono gli uffici dell'AUSL che rilasciano la generalità degli attestati di esenzione ticket.

Le aziende avranno cura di **predisporre gli strumenti necessari a rilevare il numero di tesserini rilasciati**, distinti in base all'iter della domanda (Commissione aziendale / percorsi predisposti ad hoc / accesso diretto dell'assistito agli sportelli di esenzione ticket).

PIANO PER GLI ASSISTITI CON GRAVE DISABILITÀ NEL PROGRAMMA AZIENDALE PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA

La DGR 374 del 27.03.08 ha posto alle aziende l'obiettivo di erogare cure odontoiatriche ai portatori di gravi disabilità che rispondono ai criteri stabiliti, nei tempi e nei modi previsti dal programma regionale di assistenza odontoiatrica. È di conseguenza necessario che, con il supporto integrato di tutti i servizi e le associazioni che si occupano di gravi disabilità, sia formulato e formalizzato un piano operativo, che contenga:

- ♦ la stima del numero di assistiti in possesso di invalidità >2/3 o certificazione di handicap grave che rientrano nelle condizioni patologiche indicate nell'elenco,
- ♦ le azioni pianificate, ed **in particolare le iniziative di informazione** rivolte ai portatori di grave disabilità che l'Azienda intende mettere in atto,
- ♦ i percorsi identificati per il rilascio dei tesserini per l'accesso alle cure odontoiatriche, a regime e nella fase transitoria, fase quest'ultima che potrà essere anche gestita in maniera graduale,
- ♦ i protocolli operativi semplificati, con il dettaglio di **servizi ed operatori coinvolti**, che saranno attivati nella fase transitoria per ridurre al minimo il carico burocratico che andrà a gravare sugli assistiti e/o sulle loro famiglie. **Si ricorda che tali procedure dovranno essere concordate con i servizi che si occupano di gravi disabilità (azienda e comuni) e con le associazioni dei disabili presenti sul territorio,**

¹⁰ Analogamente a quanto stabilito per le esenzioni ticket, viene considerata idonea la certificazione rilasciata da strutture pubbliche Circolare n. 13/2001

- ♦ le modalità di selezione e preparazione degli operatori (medici, odontoiatri, personale infermieristico, tecnico-sanitario e tecnico) cui è affidata l'erogazione delle cure (esperienza pregressa, iniziative di formazione ad hoc),
- ♦ il numero, la sede e le caratteristiche degli ambulatori "protetti" esistenti (collocati sia in **sede territoriale** che **ospedaliera**), e la loro attuale potenzialità operativa (ore/settimana), indicando una prima stima sull'eventuale incremento necessario per il trattamento del numero atteso di assistiti con disabilità.

Il "**Piano per gli assistiti con grave disabilità**" farà parte integrante della più ampia revisione del Programma aziendale dell'assistenza odontoiatrica, di cui alla DGR 292/05, come già indicato a pagina 5 della presente circolare.

ELENCO DELLE CONDIZIONI PATOLOGICHE DI CUI ALL'ALLEGATO 2 ALLA DGR 374 DEL 27.03.08 INTEGRATO CON DEFINIZIONI E CODICI DELLA CLASSIFICAZIONE ICD IX

La condizione di vulnerabilità socio-sanitaria è riconosciuta ai portatori delle condizioni patologiche in elenco che possiedono certificazione di invalidità >2/3 o di handicap grave (L.104/92 art.3, c.3), nei casi in cui la patologia sia insorta prima dei 65 anni di età.

ASSE 1 – DISTURBI PSICHIATRICI / PSICOLOGICI

psicosi: già inserite tra le vulnerabilità sanitarie senza limiti di età

ASSE 2- DISTURBI NEUROPSICOLOGICI

Diagnosi NON riconducibili alla vulnerabilità sanitaria

ASSE 3- RITARDO MENTALE

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>RITARDO MENTALE (317-319)</i>
F70.9	F70.9 Ritardo mentale lieve senza menzione di menomazione del comportamento	317	317 Ritardo mentale lieve Deficienza di alto grado Q.I. 50-70 Subnormalità mentale lieve
			<i>318 Altri ritardi mentali specificati</i>
F71.9	F71.9 Ritardo mentale di media gravità senza menzione di menomazione del comportamento	318.0	318.0 Ritardo mentale di media gravità Q.I. 35-49 Subnormalità mentale moderata
F72.9	F72.9 Ritardo mentale grave senza menzione di menomazione del comportamento	318.1	318.1 Ritardo mentale grave Q.I. 20-34 Subnormalità mentale grave
F73.9	F73.9 Ritardo mentale profondo senza menzione di menomazione del comportamento	318.2	318.2 Ritardo mentale profondo Q.I. < 20 Subnormalità mentale profonda
F79.9	F79.9 Ritardo mentale non specificato <i>F78 Ritardo mentale di altro tipo</i>	319	319 Ritardo mentale non specificato Deficienza mentale SAI Subnormalità mentale SAI

ASSE 4 - DISTURBI NEUROLOGICI

epilessia

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>345 Epilessie</i>
G40.4	G40.4 Altre epilessie e sindromi epilettiche generalizzate Epilessia con Assenze miocloniche		345.6 Spasmi infantili -Attacchi tipo Salaam -Ipsaritmia -Spasmi da stimolazione luminosa

	Crisi miocloniche-astatiche Spasmi infantili Sindrome di Lennox-Gastaut Attacchi di salaam Encefalopatia mioclonica precoce sintomatica Sindrome di West		Escl.: tic di Salaam (781.0) 345.60 Spasmi infantili, senza menzione di epilessia non trattabile 345.61 Spasmi infantili, con epilessia non trattabile
			<i>345.7 Epilessia parziale continua Epilessia di Kojevnikov</i>
G40.5	G40.5 Sindromi epilettiche speciali	345.70	345.70 Epilessia parziale continua, senza menzione di epilessia non trattabile
G40.5	G40.5 Sindromi epilettiche speciali	345.71	345.71 Epilessia parziale continua, con epilessia non trattabile

malattie SNA

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>336 Altre malattie del midollo spinale</i>
G95.0	G95.0 Siringomielia e siringobulbia	336.0	336.0 Siringomielia e siringobulbia
G95.1	G95.1 Mielopatie vascolari	336.1	336.1 Mielopatie vascolari -Edema del midollo spinale -Ematomielia -Infarto acuto del midollo spinale (embolico) (non embolico) -Mielopatia subacuta necrotica -Trombosi arteriosa del midollo spinale
G95.8	G95.8 Altre malattie specificate del midollo spinale	336.8	336.8 Altre mielopatie -Mielopatia: .indotta da farmaci .indotta da radiazioni
G95.9	G95.9 Malattia del midollo spinale non specificata	336.9	336.9 Malattie non specificate del midollo spinale -Compressione del midollo SAI -Mielopatia SAI Escl.: mielite (323.0-323.9) stenosi spinale (canale) (723.0, 724.00- 724.09)

sindromi degenerative

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>270 Malattie del metabolismo e del trasporto degli aminoacidi</i>
E70.0	E70.0 Fenilchetonuria classica	270.1	270.1 Fenilchetonuria -Iperfenilalaninemia
E70.8	E70.8 Altri disturbi del metabolismo degli aminoacidi aromatici	270.2	270.2 Altri disturbi del metabolismo degli aminoacidi aromatici -Albinismo -Alcaptonuria -Ocronosi alcaptonurica -Disturbi del metabolismo della tirosina e del triptofano -Difetti dell'acido omogentisinico -Idrossi-chinureninuria -Iper tirosinemia -Indicanuria -Difetti di chinureninasi -Oasthouse urine disease -Ocronosi -Tirosinosi

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			-Tirosinuria -Sindrome di Waardenburg Escl.: sindrome da carenza di vitamina B6 (266.1)
E70.8	E70.8 Altri disturbi del metabolismo degli aminoacidi aromatici	270.5	270.5 Disturbi del metabolismo dell'istidina -Aminoaciduria da imidazolo -Carnosinemia -Iperistidinemia -Istidinemia
E71.0	E71.0 Malattia delle urine a sciropo d'acero	270.3	270.3 Disordini del metabolismo degli aminoacidi a catena ramificata -Disturbi del metabolismo della leucina, isoleucina, e della valina -Ipervalinemia -Chetonuria intermittente -Ipoglicemia da ipersensibilità alla leucina -Leucinosi od intolleranza alla leucina -Malattia delle urine a sciropo d'acero
			<i>271 Disordini del metabolismo e del trasporto dei carboidrati</i>
E74.0	E74.0 Tesaurismi glicogenica	271.0	271.0 Glicogenosi -Glicogenosi di tipo I o malattia di von Gierke (deficit di glucosio-6-fosfatasi) -Glicogenosi di tipo II o malattia di Pompe (deficit di alfa-1,4-glicosidasi) -Glicogenosi di tipo III o malattia di Cori (deficit di amilo-1,6-glicosidasi) -Glicogenosi di tipo IV o malattia di Andersen (deficit di amilo-1,4 ^α -1,6-transglucosidasi)
E74.0	E74.0 Tesaurismi glicogenica (continua)	271.0	-Glicogenosi di tipo V o malattia di Mc Ardle (deficit fosforilasi muscolare)-Glicogenosi di tipo VI o malattia di Hers (deficit parziale di fosforilasi epatica) -Glicogenosi di tipo VII o malattia di Tarui (deficit di fosfo-fruttochinasi muscolare) -Glicogenosi di tipo VIII (deficit di fosforilasi-betachinasi)
E74.1	E74.1 Disturbi del metabolismo del fruttosio	271.2	271.2 Intolleranza ereditaria al fruttosio -Fruttosemia -Fruttosuria essenziale benigna
E74.2	E74.2 Disturbi del metabolismo del galattosio	271.1	271.1 Galattosemia -Carenza di galattosio-1-fosfato uridil trasferasi -Galattosuria
E74.8	E74.8 Altri disturbi specificati del metabolismo dei carboidrati	271.4	271.4 Glicosuria renale -Diabete renale
E74.8	E74.8 Altri disturbi specificati del metabolismo dei carboidrati	271.8	271.8 Altri disordini specificati del trasporto e del metabolismo dei carboidrati -Aciduria glicolica -Fucosidosi -Iperossaluria primaria tipo I -Iperossaluria primaria tipo II o aciduria glicerica -Mannosidosi -Pentosuria essenziale benigna -Xilosuria -Xilulosuria
E74.9	E74.9 Disturbo del metabolismo dei carboidrati non specificato	271.9	271.9 Disordini non specificati del metabolismo e del trasporto dei carboidrati
			<i>330 Degenerazioni cerebrali che si</i>

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>manifestano abitualmente nell'infanzia</i>
E75.2	E75.2 Altre sfingolipidosi	330.0	330.0 Leucodistrofia Leucodistrofia: .SAI .a cellule globoidi .metacromatica .sudanofila -Malattia di Krabbe -Malattia di Pelizaeus-Merzbacher -Sulfatidosi - Lipoidosi sulfatidica
E75.4	E75.4 Idiozia amaurotica	330.1	330.1 Lipidosi cerebrali -Idiozia amaurotica (familiare) -Gangliosidosi -Malattia: .Batten .Jansky-Bielschowsky .Kufs' .Spielmeyer-Vogt .Tay-Sachs
			<i>272 disordini del metabolismo dei lipidi</i>
E75.6	E75.6 Tesaurismosi lipidica, non specificata	272.7	272.7 Lipidosi -Lipidosi indotta chimicamente -Malattia da accumulo di trigliceridi tipo I o tipo II -Malattia da accumulo di trigliceridi tipo III o malattia di Wolman -Malattia da accumulo lipoide SAI -Malattia di Anderson -Malattia di Fabry -Malattia di Gaucher -Malattia di Niemann-Pick -Mucopolipidosi tipo I -Mucopolipidosi tipo II -Mucopolipidosi tipo III o malattia di pseudo-Hurler -Xantomatosi primaria familiare Escl.: lipidosi cerebrale (330.1) malattia di Tay-Sachs (330.1)
			<i>333 Altre malattie extrapiramidali e altri disturbi del movimento</i>
G10.	G10. Corea di Huntington	333.4	333.4 Corea di Huntington
			<i>334 Malattie spinocerebellari</i>
G11.1	G11.1 Atassia cerebellare ad esordio precoce	334.0	334.0 Atassia di Friedreich
G11.4	G11.4 Paraplegia spastica ereditaria	334.1	334.1 Paraplegia spastica ereditaria
G11.8	G11.8 Altre atassie ereditarie	334.8	334.8 Altre malattie spinocerebellari -Atassia-telangiectasia [sindrome di Louis-Bar] -Degenerazione corticostriale-spinale
G11.9	G11.9 Atassia ereditaria – Non specificata	334.9	334.9 Malattie spinocerebellari, non specificate

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
G11.9	G11.9 Atassia ereditaria – Non specificata	334.2	334.2 Degenerazione cerebellare primaria -Atassia cerebellare: .di Marie .Sanger-Brown -Degenerazione cerebellare primaria: .SAI .ereditaria .sporadica -Dissinergia cerebellare mioclonica
G11.9	G11.9 Atassia ereditaria – Non specificata	334.3	334.3 Altre atassie cerebellari -Atassia cerebellare SAI
G11.9	G11.9 Atassia ereditaria – Non specificata	334.4	334.4 Atassia cerebellare in malattie classificate altrove Codificare per prima la malattia di base: alcolismo (303.0-303.9) malattia neoplastica (140.0-239.9) mixedema (244.0-244.9)
			<i>335 Malattie delle cellule delle corna anteriori</i>
G12.0	G12.0 Atrofia muscolo spinale infantile, tipo I Werdnig-Hoffmann	335.0	335.0 Malattia di Werdnig-Hoffmann -Atrofia muscolare progressiva infantile -Atrofia muscolo spinale infantile
			<i>335.1 Atrofia muscolare spinale</i>
G12.1	G12.1 Altre atrofie muscolari spinali ereditarie	335.11	335.11 Malattia di Kugelberg-Welander -Atrofia muscolare spinale: .ereditaria giovanile
			<i>335.2 Malattia del motoneurone</i>
G12.2	G12.2 Malattia del motoneurone	335.20	335.20 Sclerosi laterale amiotrofica -Malattia del neurone motore (bulbare) (tipo misto)
G12.2	G12.2 Malattia del motoneurone	335.21	335.21 Atrofia muscolare progressiva -Atrofia muscolare di Aran-Duchenne -Atrofia muscolare progressiva (pura)
G12.2	G12.2 Malattia del motoneurone	335.22	335.22 Paralisi bulbare progressiva
G12.2	G12.2 Malattia del motoneurone	335.23	335.23 Paralisi pseudobulbare
G12.2	G12.2 Malattia del motoneurone	335.24	335.24 Sclerosi laterale primaria
G12.2	G12.2 Malattia del motoneurone	335.29	335.29 Altre malattie del motoneurone
G12.2	G12.2 Malattia del motoneurone	335.8	335.8 Altre malattie delle cellule delle corna anteriori
G12.2	G12.2 Malattia del motoneurone	335.9	335.9 Malattie delle cellule delle corna anteriori, non specificate
			<i>335.1 Atrofia muscolare spinale</i>
G12.8	G12.8 Altre atrofie muscolo spinali e sindromi correlate	335.19	335.19 Altre atrofie muscolari spinali -Atrofia muscolare spinale nell'adulto
G12.9	G12.9 Atrofia muscolo spinale SAI	335.10	335.10 Atrofia muscolare spinale, non specificata
			<i>333 Altre malattie extrapiramidali e altri</i>

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>disturbi del movimento</i>
G23.8	G23.8 Altre malattie degenerative specificate dei gangli della base	333.0	333.0 Altre malattie degenerative dei nuclei della base -Atrofia o degenerazione: .atrofia del pallido e del locus niger .atrofia striato-nigrica .olivopontocerebellare [sindrome Dèjèrine-Thomas] -Paralisi soprannucleare progressiva -Sindrome Parkinsoniana associata con: .ipotensione idiopatica ortostatica .ipotensione ortostatica sintomatica -Sindrome di Shy-Drager
			<i>ALTRI DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE (340-349)</i>
G35	G35 Sclerosi multipla	340	340 Sclerosi multipla -Sclerosi disseminata o multipla: .SAI .generalizzata .midollo .peduncolo cerebrale
			<i>341 Altre malattie demielinizzanti del sistema nervoso centrale</i>
G37.0	G37.0 Sclerosi diffusa	341.1	341.1 Malattia di Schilder -Sclerosi concentrica di Balo' -Encefalite periaassiale: .concentrica [di Balo'] .diffusa [di Schilder]
G37.8	G37.8 Altre malattie demielinizzanti specificate del Sistema Nervoso Centrale	341.8	341.8 Altre malattie demielinizzanti del Sistema Nervoso Centrale -Demyelinizzazione centrale del corpo calloso -Malattia di Marchiafava (-Bignami) -Milinosi Centrale Pontina
G37.9	G37.9 Malattia demielinizzante del sistema nervoso centrale, non specificata	341.9	341.9 Malattia demielinizzante del sistema nervoso centrale, non specificata
			<i>356 Neuropatie periferiche ereditarie ed idiopatiche</i>
G60.0	G60.0 Neuropatia ereditaria motoria e sensoriale	356.0	356.0 Neuropatia periferica ereditaria Malattia di Dèjèrine-Sottas
G60.0	G60.0 Neuropatia ereditaria motoria e sensoriale	356.1	356.1 Atrofia muscolare peroneale -Malattia di Charcot-Marie-Tooth -Atrofia muscolare neuropatica
G60.1	G60.1 Malattia di Refsum	356.3	356.3 Malattia di Refsum -Eredopatia atassica polineuritiforme
G60.3	G60.3 Neuropatia progressiva idiopatica	356.4	356.4 Polineuropatia idiopatica progressiva
G60.8	G60.8 Altre neuropatie ereditarie ed idiopatiche	356.8	356.8 Altre specificate neuropatie periferiche idiopatiche -Paralisi soprannucleare
G60.8	G60.8 Altre neuropatie ereditarie ed idiopatiche	356.2	356.2 Neuropatia sensoriale ereditaria
G60.9	G60.9 Neuropatia ereditaria ed idiopatica, non specificata	356.9	356.9 Neuropatia periferica idiopatica non specificata

paralisi cerebrale infantile

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>343 Paralisi cerebrale infantile(PCI)</i>
G80.1	G80.1 Diplezia spastica	343.0	343.0 Diplezia congenita -Diplezia congenita -Paraplegia congenita
G80.2	G80.2 Emiplegia infantile	343.1	343.1 Emiplegia congenita -Emiplegia congenita Escl.: emiplegia infantile SAI (343.4)
G80.2	G80.2 Emiplegia infantile	343.4	343.4 Emiplegia infantile -Emiplegia infantile (post-natale) SAI
G80.8	G80.8 Altra paralisi cerebrali infantile	343.8	343.8 Altre specificate paralisi cerebrali infantili
G80.8	G80.8 Altra paralisi cerebrali infantile	343.2	343.2 Quadriplegia congenita -Tetraplegia
G80.8	G80.8 Altra paralisi cerebrali infantile	343.3	343.3 Monoplegia congenita
G80.9	G80.9 Paralisi cerebrale infantile, non specificata	343.9	343.9 Paralisi cerebrale infantile, non specificata -Paralisi cerebrale SAI

emiplegia

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>342 Emiplegia e emiparesi</i>
			<i>342.0 Emiplegia flaccida</i>
G81.0	G81.0 Emiplegia flaccida	342.00	342.00 Emiplegia flaccida ed emiparesi a sede emisferica non specificata
G81.0	G81.0 Emiplegia flaccida	342.01	342.01 Emiplegia flaccida ed emiparesi dell'emisfero dominante
G81.0	G81.0 Emiplegia flaccida	342.02	342.02 Emiplegia flaccida ed emiparesi dell'emisfero non dominante
			<i>342.1 Emiplegia spastica</i>
G81.1	G81.1 Emiplegia spastica	342.10	342.10 Emiplegia spastica ed emiparesi a sede emisferica non specificata
G81.1	G81.1 Emiplegia spastica	342.11	342.11 Emiplegia spastica ed emiparesi dell'emisfero dominante
G81.1	G81.1 Emiplegia spastica	342.12	342.12 Emiplegia spastica ed emiparesi dell'emisfero non dominante
			<i>342.8 Altra emiplegia specificata</i>
G81.9	G81.9 Emiplegia non specificata	342.80	342.80 Altra emiplegia specificata ed emiparesi a sede emisferica non specificata
G81.9	G81.9 Emiplegia non specificata	342.81	342.81 Altra emiplegia specificata ed emiparesi dell'emisfero dominante
G81.9	G81.9 Emiplegia non specificata	342.82	342.82 Altra emiplegia specificata ed emiparesi dell'emisfero non dominante

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>342.9 Emiplegia, non specificata</i>
G81.9	G81.9 Emiplegia non specificata	342.90	342.90 Emiplegia non specificata ed emiparesi a sede emisferica non specificata
G81.9	G81.9 Emiplegia non specificata	342.91	342.91 Emiplegia non specificata ed emiparesi dell'emisfero dominante
G81.9	G81.9 Emiplegia non specificata	342.92	342.92 Emiplegia non specificata ed emiparesi dell'emisfero non dominante

paraplegia -tetraplegia

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>344 Altre sindromi paralitiche</i>
G82.20	G82.20 Paraplegia non specificata	344.1	344.1 Paraplegia -Paralisi di entrambi gli arti inferiori -Paraplegia (inferiore)
			<i>344.0 Quadriplegia e tetraparesi</i>
G82.50	G82.50 Tetraplegia non specificata	344.09	344.09 Altre quadriplegie
G82.50	G82.50 Tetraplegia non specificata	344.00	344.00 Quadriplegia, non specificata
G82.50	G82.50 Tetraplegia non specificata	344.01	344.01 Quadriplegia, C1 - C4, completa
G82.50	G82.50 Tetraplegia non specificata	344.03	344.03 Quadriplegia, C5 - C7, completa

spina bifida

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>741 Spina bifida</i>
			<i>741.0 Con idrocefalo Malformazione di Chiari, tipo II Sindrome di Arnold-Chiari, tipo II</i>
Q05.0	Q05.0 Spina bifida cervicale con idrocefalo	741.01	741.01 Con idrocefalo, regione cervicale
Q05.1	Q05.1 Spina bifida toracica con idrocefalo	741.02	741.02 Con idrocefalo, regione dorsale (toracica)
Q05.2	Q05.2 Spina bifida lombare con idrocefalo	741.03	741.03 Con idrocefalo, regione lombare
Q05.4	Q05.4 Spina bifida, non specificata, con idrocefalo	741.00	741.00 Con idrocefalo, regione non specificata
			<i>741.9 Senza menzione di idrocefalo Idromeningocele (spinale) Idromielocele Meningocele (spinale) Meningomielocele Mielocele Mielocistocele Rachischisi Siringomielocele Spina bifida (aperta)</i>
Q05.5	Q05.5 Spina bifida cervicale senza idrocefalo	741.91	741.91 Senza menzione di idrocefalo, regione cervicale

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
Q05.6	Q05.6 Spina bifida toracica senza idrocefalo	741.92	741.92 Senza menzione di idrocefalo, regione dorsale (toracica)
Q05.7	Q05.7 Spina bifida lombare senza idrocefalo	741.93	741.93 Senza menzione di idrocefalo, regione lombare
Q05.9	Q05.9 Spina bifida non specificata	741.90	741.90 Senza menzione di idrocefalo, regione non specificata

distrofia

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>359 Distrofie muscolari e altre miopatie Escl.: polimiosite idiopatica (710.4)</i>
G71.0	G71.0 Distrofia muscolare	359.1	359.1 Distrofia muscolare progressiva ereditaria -Distrofia muscolare: .SAI .di Erb .di Gower .distale .Duchenne .fascio-scapolo-omeroale .guaina dei cingoli .Landouzy- Dèjèrine .oculare .oculofaringea
G71.1	G71.1 Disturbi miotonici	359.2	359.2 Disturbi miotonici -Distrofia miotonica -Malattia di Eulenburg -Malattia di Steinert -Malattia di Thomsen -Miotonia congenita -Paramiotonia congenita
G71.2	G71.2 Miopatie congenite	359.0	359.0 Distrofia musc. congenita ereditaria -Malattia dei corpi di Nematina -Malattia del Central Core -Miopatia centronucleare -Miopatia congenita benigna -Miopatia miotubulare

(ASSE 4) - SINDROMI MALFORMATIVE

idrocefalo

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>742 Altre anomalie congen. del sistema nervoso</i>
Q03.9	Q03.9 Idrocefalo congenito non specificato	742.3	742.3 Idrocefalo congenito -Acquedotto di Silvio: .anomalia .ostruzione, congenita .stenosi -Atresia dei forami di Magendie e Luschka -Idrocefalo nel neonato

PROBLEMI CROMOSOMICI

	CLASSIFICAZIONE ICD X		CLASSIFICAZIONE ICD IX
			<i>758 Anomalie cromosomiche</i>
Q93.0	Q93.0 Monosomia (cromosomica) completa, non disgiunzione meiotica. Q93.1 Monosomia cromosomica completa, mosaicismo (non disgiunzione mitotica). Q93.2 Cromosomi ad anello o dicentrici	758.3	758.3 Sindromi da delezione autosomica -Sindrome da antimongolismo -Sindrome del Cri-du-chat
Q95.0	Q95.0 Traslocazione bilanciata ed inserzione in individuo normali	758.4	758.4 Traslocazione autosomica bilanciata in individui normali
Q95.2	Q95.2 Riarrangiamento autosomico bilanciato in individuo non normale	758.5	758.5 Altre condizioni dovute ad anomalie autosomiche -Autosomi accessori NIA
Q96.8	Q96.8 Altre varianti della sindrome di Turner	758.6	758.6 Disgenesia gonadica -Disgenesia dell'ovaio -Sindrome di Turner -Sindrome di XO Escl.: disgenesia gonadica pura (752.7)
Q98.4	Q98.4 Sindrome di Klinefelter, non specificata	758.7	758.7 Sindrome di Klinefelter -Sindrome XXY
Q98.8	Q98.8 Altre anomalie, specificate, dei cromosomi sessuali, fenotipo maschile	758.8	758.8 Altre condizioni dovute ad anomalie cromosomiche (.81 sessuali, .89 altro)
Q99.2	Q99.2 Sindrome del cromosoma X fragile	758.83	759.83 Sindrome dell'X fragile
Q99.9	Q99.9 Anomalia cromosomica, non specificata	758.9	758.9 Condizioni dovute ad anomalie di cromosomi non specificati

ASSE 5 – CONDIZIONI PSICOSOCIALI

Diagnosi NON riconducibili alla vulnerabilità socio-sanitaria

ASSE 6 – VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO PSICOSOCIALE

Diagnosi NON riconducibili alla vulnerabilità socio-sanitaria

Tabella A) DI CUI ALL'ALLEGATO 2 ALLA DGR 374 DEL 27.03.08

CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLA VULNERABILITÀ SOCIO-SANITARIA IN RELAZIONE ALLE CURE ODONTOIATRICHE NELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI GRAVE DISABILITÀ PSICO-FISICA E SOCIALE

LA VULNERABILITÀ È RICONOSCIUTA QUANDO SONO SODDISFATTI ENTRAMBI I CRITERI

1° CRITERIO, la patologia e l'età di insorgenza	Certificazione attestante una delle condizioni patologiche di cui all'elenco (allegato 1), insorta prima dei 65 anni di età
2° CRITERIO, la gravità	Invalidità civile > 2/3
	Oppure, in alternativa
	Handicap grave (L.104 / 92 art.3. comma 3)

Quadro riepilogativo vulnerabilità sanitarie

N.	Patologia	Certificazione sanitaria / Esenzione	Grado associato di invalidità	Limiti di età / di tempo	Tipologia di trattamento Igiene, conservativa, ortodonzia, protesica.			
					igiene	cons	ortod	prot
VS1	displasia ectodermica	Esenzione mal. rara RN0880			igiene	cons	ortod	prot
VS2	cardiopatie congenite cianogene	Esenzione mal. cron./inv. Cod. 002 più Lettera di invio ¹¹ dai Centri cardiologici	> 2/3	Fino alla risoluzione chirurgica	igiene	cons	ortod	NO
VS3a	pazienti in attesa di trapianto	Esenzione mal. cron./inv. Cod. 050		Fino al trapianto	igiene	cons	NO	NO
VS3b	pazienti post trapianto	Esenzione mal. cron./inv. Cod. 052		Fino a 2 anni post trapianto	igiene	cons	NO	prot
VS4	anoressia e bulimia	Esenzione mal. cron / inv. Cod. 05.307.1 - 05. 307.51			igiene	cons	NO	NO
VS5	iposomia	Lettera di invio ⁽¹²⁾ di centri specializzati con diagnosi e piano terapeutico ⁽¹²⁾		18 anni	igiene	cons	ortod	NO
VS6	gravi patologie congenite	Vedi Tabella 2 del programma DGR 2678/2004			igiene	cons	ortod	prot
VS7	epilessia con neuroencefalopatia §	Esenzione mal. rara RF0130 - RF0140	> 2/3		igiene	cons	ortod	NO
VS8	pazienti sindromici: sindrome di Down ¹³	Esenzione mal. rara RN0660			igiene	cons	ortod	prot
VS9	diabete giovanile	Esenzione mal. cron / inv. Cod. 013.250		18 anni	igiene	cons	ortod	NO
VS10	emofilici	Esenzione mal. rara RDG020			igiene	cons	ortod	NO
VS11	bambini con patologia oncoematologica	Cert. della patologia - più Esenzione mal. cron / inv. Cod. 048		18 anni	igiene	cons	ortod	NO
VS12	portatori di handicap psicofisico	Attestato di vulnerabilità Socio-sanitaria DGR 374/08	> 2/3 oppure Handicap grave (L.104/92 art.3,c.3)		igiene	cons	ortod	prot
VS13	Tossicodipendenti (TD)	Lettera di invio del SERT ⁽¹²⁾ più - Esenzione mal. cron / inv. Cod. 014.304			igiene	cons	NO	prot
VS14a	pazienti HIV positivi (AIDS conclamato)	Esenzione mal. cron / inv. Cod. 020.042 + 079.53			igiene	cons	ortod	prot
VS14b	Pz HIV positivi nati da madre HIVpositiva)	Lettera di invio ⁽¹²⁾ dai Centri			igiene	cons	ortod	prot
VS15a	pazienti in trattamento pre radioterapico a livello cefalico	Lettera di invio ⁽¹²⁾ dai Centri di Radioterapia Più			igiene	cons	NO	NO
VS15b	pazienti in trattamento post radioterapico a livello cefalico	Esenzione mal. cron / inv. Cod. 048			In fase di trattamento si esegue anche fluoroprofilassi topica			
VS16	psicotici con gravi disturbi del comportamento	Esenzione mal. cron / inv. Cod. 044	> 2/3		igiene	cons	ortod	prot
VS17	Pazienti in trattamento chemioterapico EV con Zoledronato Pamidronato	Lettera di invio ⁽¹²⁾ dai Centri più Esenzione mal. cron / inv. Cod. 048			igiene	cons	NO	prot

§ - Nel caso questi pazienti siano anche in possesso di **Attestato di vulner.Socio-sanitaria DGR 374/08**, rientrano nella **cat. VS12**

¹¹ Si tratta di Centri pubblici Universitari o Aziendali

¹² Si fa riferimento ai parametri utilizzati per la prescrizione, a carico del SSN, dell'ormone della crescita (somatotropina - GH) di cui alla Nota CUF 39.

¹³ Con l'entrata in vigore del DPCM sui nuovi Livelli essenziali di assistenza del Servizio Sanitario Nazionale, la sindrome di Down sarà inserita fra le patologie croniche invalidanti (cod. 065.758.0)

ASSISTENZA ODONTOIATRICA

ATTESTAZIONE DI VULNERABILITA' SOCIO-SANITARIA

Del. Reg. 374/2008

Si attesta che il/la sig.

Codice Fiscale

Residente a Via.....

Portatore di invalidità > 2/3 handicap grave Art. 3, c 3 della L. 104/92

Rientra nella condizione di **VULNERABILITÀ' SOCIO- SANITARIA** per l'assistenza odontoiatrica

La patologia di riferimento **cod. ICD X**

è compresa nell'allegato 2 alla DGR 374/08 ed è insorta prima dei 65 anni.

Data

La Commissione

**ASSISTENZA ODONTOIATRICA
ATTESTAZIONE PER VULNERABILITA' SOCIO-SANITARIA**

Del. Reg. 374/2008

Si attesta che il/la sig.

Codice Fiscale

Residente a Via.....

Rientra nella condizione di **VULNERABILITÀ' SOCIO- SANITARIA** per l'assistenza odontoiatrica

Patologia di riferimento cod. ICD X

Ha diritto a carico S.S.N. alle prestazioni odontoiatriche di: CONSERVATIVA, IGIENE,
ORTODONZIA*, PROTESI* (*N.B.: il costo dei manufatti è a carico del paziente)

Data

Il Dirigente medico

SEMPLIFICAZIONE / FACILITAZIONE DEI PERCORSI RILASCIO DELL'ATTESTAZIONE DI VULNERABILITA' SOCIO-SANITARIA

ULTERIORI INDICAZIONI / SUGGERIMENTI

ASSISTITI GIA' IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONE DI INVALIDITA' >2/3 / HANDICAP GRAVE (L104/92)

Il **coinvolgimento di tutti i Servizi** che hanno in carico pazienti portatori di gravi disabilità psico-fisiche – o che possiedano nei propri archivi certificazioni relative agli stessi pazienti - nonché la **collaborazione con le Associazioni** che rappresentano tali assistiti che siano disponibili e presenti nel territorio, è il primo e fondamentale passo per **costruire percorsi facilitati** che permettano di evitare, agli assistiti ed alle loro famiglie, gli oneri burocratici legati all'acquisizione degli attestati per l'accesso alle cure.

Il punto nodale del percorso è **la raccolta della documentazione necessaria all'identificazione** degli aventi diritto che richiedono l'attestato di vulnerabilità socio-sanitaria.

Per non gravare sugli assistiti, i Servizi¹⁴, e le Associazioni disponibili, si faranno parte attiva per selezionare le certificazioni significative ai fini del riconoscimento della vulnerabilità socio-sanitaria, esaminando in primis quelle esistenti nei propri archivi e integrandole, se necessario, con quelle già in possesso degli interessati.

La documentazione selezionata¹⁵ dovrebbe essere trasmessa agli uffici competenti dell'azienda USL che provvederanno ad inviare l'attestato direttamente agli interessati.

Esistono tuttavia possibili criticità: non tutti i servizi, e soprattutto solo rare associazioni, possono contare sulla collaborazione di personale sanitario in grado di valutare la documentazione nel caso la patologia non sia espressa in maniera chiara ed esplicita.

Per risolvere, nei limiti del possibile, questi casi **le aziende individueranno adeguati "punti di riferimento"** (specificando sedi ed orari) ai quali il personale che svolge il primo esame della documentazione possa rivolgersi per ottenere indicazioni e chiarimenti, utilizzando anche telefono, fax e posta elettronica nel rispetto dei vincoli della privacy.

Un'estesa attuazione delle procedure suggerite dovrebbe ridurre al minimo la necessità di sottoporre l'assistito a nuove valutazioni specialistiche.

ASSISTITI CHE VENGONO ESAMINATI DALLE COMMISSIONI PER IL RILASCIO DELL'INVALIDITA'

Ove sia fattibile, si suggerisce che **la Commissione stessa rilasci all'assistito l'attestato finale di vulnerabilità socio-sanitaria**, inviandone copia ai competenti uffici dell'azienda per le necessarie registrazioni.

¹⁴ Neuropsichiatria infantile, Handicap adulto, Servizi Sociali delle Aziende sanitarie e degli Enti Locali, Commissioni per il rilascio dell'invalidità civile, ecc.

¹⁵ Si ribadisce che, in analogia con quanto stabilito dalla Circolare n. 13/2001 a firma del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali in tema di esenzioni ticket, viene considerata idonea la certificazione rilasciata da strutture pubbliche.

PARTE TERZA : PROGRAMMA REGIONALE DI CURE ODONTOIATRICHE: INDICAZIONI DI CODIFICA PER IL MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA MEDIANTE IL FLUSSO DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE (ASA)

Indicazioni operative

Il programma regionale per l'assistenza odontoiatrica, fin dall'avvio delle attività, è stato oggetto di attenta vigilanza per rilevare diversi aspetti della sua realizzazione e accertare il grado di raggiungimento degli obiettivi da parte delle Aziende. Oltre che al rinnovo del patrimonio tecnologico, al ricorso a contratti di fornitura dal privato, alla congruità della partecipazione alla spesa da parte dei cittadini ecc., particolare attenzione è stata dedicata agli indicatori in grado di confermare la correttezza delle stime sul numero dei destinatari delle cure e nell'effettiva utilizzazione del programma.

Relativamente a quest'ultimo punto, al fine di misurare il ricorso ai servizi da parte delle categorie individuate dal progetto, si è ritenuto di rilevare prioritariamente le informazioni relative a:

1. livello di diffusione territoriale delle strutture che erogano prestazioni odontoiatriche,
2. numero di persone trattate per condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria,
3. numero di persone trattate per tipologie di trattamento, specificate come visita, conservativa, ortodonzia e protesica, garantite nei singoli distretti,
4. numero e costo dei manufatti protesici consegnati, distinti fissi e mobili,
5. numero di manufatti ortodontici consegnati,
6. tempi di realizzazione dei trattamenti, secondo gli standard indicati dal programma regionale.

Nella fase transitoria del programma, queste informazioni sono state rilevate attraverso un monitoraggio ad hoc, effettuato con periodicità semestrale, ma la maggior parte di esse può essere ottenuta attraverso modalità di rilevazione strutturate.

L'utilizzo del flusso regionale dedicato alla specialistica ambulatoriale (ASA)¹⁶ permette di assolvere al debito informativo riguardante il volume e la tipologia di attività.

Da sottolineare, in tutti i casi, che una corretta lettura dell'attività odontoiatrica deriva da una corretta codifica delle prestazioni, attraverso la compilazione delle variabili secondo le indicazioni date.

I dati del flusso ASA costituiscono, pertanto, il punto di riferimento per operare la valutazione rispetto agli obiettivi generali e specifici delle Aziende per il 2008, con particolare attenzione a:

- Grado di copertura dei cittadini in fascia ISEE 1 a confronto con la copertura raggiunta nel 1° semestre 07
- Numero di utenti non vulnerabili che ricevono trattamenti di conservativa, protesica e ortodonzia in rapporto al numero dei pazienti trattati.

Metodologia ed indicazioni di codifica

Uno specifico gruppo di lavoro¹⁷ ha predisposto una serie di indicazioni che permettono di superare il sistema di monitoraggio ad hoc utilizzando il tracciato del flusso ASA esistente, senza dover introdurre nuove variabili in una prima fase.

¹⁶ Circolare n. 13 del 18/12/2006: "Specifiche tecniche relative alla trasmissione e tracciato del flusso relativo all' Assistenza Specialistica ambulatoriale (ASA) - anno 2007"

¹⁷ Determinazione della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali n° 3832/08

Le seguenti indicazioni, allineate agli obiettivi del programma precedentemente indicati, illustrano le modalità con cui, a partire dalla data di entrata in vigore della DGR 374/2008, dovranno essere compilati alcuni, definiti campi del tracciato ASA¹⁵, al fine di consentire la corretta identificazione delle strutture eroganti, degli aventi diritto, della tipologia di trattamento, dei manufatti forniti e del grado di partecipazione alla spesa.

1. Livello di diffusione territoriale delle strutture che erogano prestazioni di natura odontoiatrica

In questo caso le informazioni necessarie sono quelle derivanti dall'anagrafica delle strutture, riconducibili al campo presente in ASA:

CODICE STRUTTURA EROGATRICE (tabella A, posizione 4)

La struttura erogatrice è identificata dal codice STS.11 della rilevazione ministeriale (D.M. 05/12/2006) (i codici STS 11 sono disponibili, per i soli operatori muniti di password, sul sito internet nella sezione dedicata all'ASA all'indirizzo <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/asa/tabelle.htm>)

2. Numero di persone trattate per condizioni di vulnerabilità sociale e sanitaria

In questo caso, le informazioni necessarie sono quelle derivanti dalle caratteristiche dell'assistito (quali dati anagrafici, residenza, ecc.) integrate con le specifiche informazioni per vulnerabilità sanitaria e sociale.

Le singole prestazioni essendo riconducibili ad un paziente, permettono di contare il numero degli assistiti che afferiscono alle singole strutture Aziendali, distinguendoli tra vulnerabili e non.

Indicazioni più specifiche sono riportate all'interno dei singoli paragrafi.

a) vulnerabilità sanitaria

La codifica del corretto codice di esenzione è il presupposto per indicare che la prestazione è stata erogata ad un assistito in condizione di vulnerabilità sanitaria; si tratta di una variabile che pur non impedendo l'ingresso della prestazione in banca dati, chiarisce la condizione di vulnerabilità.

Le indicazioni di codifica sono dettagliate, per singola condizione di vulnerabilità, nella tabella seguente:

	tabella A (pos. 62)	tabella A (pos. 163)	tabella B (pos. 30)	tabella A (pos. 165)	Tabella A (pos. 138)
LIVELLO DI CONTROLLO	<i>SCARTANTE</i>	<i>SCARTANTE</i>	<u><i>SEGNALAZIONE</i></u>	<i>SCARTANTE</i>	<i>SCARTANTE</i>
Campo					
Condizione di vulnerabilità sanitaria	regime di erogazione	posizione dell'assistito nei confronti del ticket	codice esenzione	importo ticket (tetto a prestazione)	Età (data di nascita)
VS1 - displasia ectodermica	01 ssn	22= esente per malattie rare	cod malattia rara: RN0880	€ -	-
VS2 - cardiopatie congenite cianogene	01 ssn	21= esente per patologia cronica	cod patologia: 002	€ -	
VS3 - pazienti in attesa e post trapianto	01 ssn	21= esente per patologia cronica	cod patologia: 050, 052	€ -	
VS4 - anoressia e bulimia	01 ssn	21= esente per patologia cronica	cod patologia: 005	€ -	-
VS5 - iposomia	01 ssn	21= esente per patologia cronica	cod patologia: 039	€ -	fino a 18 anni

	tabella A (pos. 62)	tabella A (pos. 163)	tabella B (pos. 30)	tabella A (pos. 165)	Tabella A (pos. 138)
LIVELLO DI CONTROLLO	<i>SCARTANTE</i>	<i>SCARTANTE</i>	<i>SEGNALAZIONE</i>	<i>SCARTANTE</i>	<i>SCARTANTE</i>
Condizione di vulnerabilità sanitaria	regime di erogazione	posizione dell'assistito nei confronti del ticket	codice esenzione	importo ticket (tetto a prestazione)	Età (data di nascita)
VS6 - gravi patologie congenite	01 ssn	22= esente per malattie rare	cod malattia rara: RN0790, RN1340, RNG030, RN0820, RN1410, RN1390, RN1150, RN0450, RN0850, RNG040, RCG160, RFG090, RN0880, RNG060, RP0040, RN0930, RN0060, RN1320, RN1000, RN1010, RN0910, RN1440, RN1040, RNG040, RN1670, RN1060, RP0010, RN1620, RN1080.	€ -	-
VS7 - epilessia con neuroencefalopatia	01 ssn	22= esente per malattie rare <i>oppure</i> 23= esente per invalidità totale	cod malattia rara: RF0130, RF0140 cod invalidità: C01, C02,C03, C04.	€ -	
VS8 - pazienti sindromici: sindrome di Down	01 ssn	22= esente per malattie rare	cod malattia rara: RN0660	€ -	
VS9 - diabete giovanile	01 ssn	21= esente per patologia cronica	cod patologia: 013	€ -	fino a 18 anni
VS10 - emofilici	01 ssn	22= esente per malattie rare	cod malattia rara: RDG020	€ -	
VS11 - bambini con patologia oncoematologica	01 ssn	21= esente per patologia cronica	cod patologia: 048	€ -	fino a 18 anni
VS12 – persone con grave disabilità psico-fisica	01 ssn	23= esente per invalidità totale	cod invalidità: C01, C02,C03, C04.	€ -	
VS13 - tossicodipendenti	01 ssn	21= esente per patologia cronica	cod patologia: 014	€ -	-
VS14* - pazienti HIV positivi	01 ssn	21= esente per patologia cronica	cod patologia. 020	€ -	
VS14** - figli sieropositivi di madri sieropositive	01 ssn	35= esente in quanto soggetti a rischio di infezioni HIV		€ -	
VS15 - pazienti in trattamento radioterapico (pre e post) a livello cefalico	01 ssn	21= esente per patologia cronica	cod patologia: 048	€ -	
VS16 - psicotici con gravi disturbi del comportamento	01 ssn	21= esente per patologia cronica	cod patologia: 044	€ -	
VS 17 - Pazienti in trattamento endovenoso con: Zoledronato	01 ssn	21= esente per patologia cronica	cod patologia: 048		

	tabella A (pos. 62)	tabella A (pos. 163)	tabella B (pos. 30)	tabella A (pos. 165)	Tabella A (pos. 138)
LIVELLO DI CONTROLLO	SCARTANTE	SCARTANTE	SEGNALAZIONE	SCARTANTE	SCARTANTE
Condizione di vulnerabilità sanitaria	regime di erogazione	posizione dell'assistito nei confronti del ticket	codice esenzione	importo ticket (tetto a prestazione)	Età (data di nascita)
Pamidronato Nell'ambito di protocolli terapeutici per il trattamento di ca metastatico alle ossa o mieloma multiplo					

* riguarda gli assistiti con tesserino di esenzione 020.042 e 020.042 + 079.53 e per ** i figli sieropositivi di madri sieropositive notificati da strutture regionali

b) vulnerabilità sociale

Il presupposto per identificare le condizioni di vulnerabilità sociale è quello di riportare il codice di esenzione così come dettagliato all'interno della tabella seguente:

	tabella A (pos. 62)	tabella A (pos. 163)	tabella B (pos. 30)	tabella A (pos. 165)
LIVELLO DI CONTROLLO	SCARTANTE	SCARTANTE	SEGNALAZIONE	SCARTANTE
Condizione di vulnerabilità sociale	regime di erogazione	posizione dell'assistito nei confronti del ticket	codice esenzione*	importo ticket (tetto a prestazione)
FASCIA ISEE 1 <= 8.000	01 ssn	12= esente per reddito	ISEE1	€ -
FASCIA ISEE 2 > 8.000 e <= 12.500	01 ssn	04= non esente	ISEE2	Fino a € 40,00
FASCIA ISEE 3 > 12.500 e <= 15.000	01 ssn	04= non esente	ISEE3	Fino a € 60,00
FASCIA ISEE 4 > 15.000 e <= 20.000	01 ssn	04= non esente	ISEE4	Fino a € 80,00
FASCIA ISEE 5 > 20.001 e <= 22.500	01 ssn	04= non esente	ISEE5	tariffa intera

* è previsto l'inserimento di questi nuovi codici ISEE, all'interno del campo codice esenzione

Si ricorda che, in presenza di una o più condizioni di vulnerabilità, dovrà essere applicata - valorizzando il campo corrispondente - quella che da luogo ai benefici maggiori per il cittadino.

c) Le urgenze odontoiatriche

Con la circolare 11 del 2005 sono stati forniti alcuni chiarimenti sull'argomento delle **urgenze odontoiatriche** ed in particolare si è stabilito che esse "vanno garantite alla generalità dei cittadini, anche se non destinatari del programma, compresi i cittadini stranieri temporaneamente presenti in Italia con tesserino sanitario STP, limitatamente alle urgenze infettive e/o algiche per le quali si ritenga necessario effettuare la medicazione del dente o dare corso a terapia farmacologica".

Dal monitoraggio regionale è emerso che alcune Aziende sono ricorse ad ulteriori soluzioni terapeutiche in urgenza (es. Estrazioni) fornendo agli assistiti la soluzione al problema ritenuta più efficace.

Nel caso di prestazioni eccezionalmente fatte in urgenza, per pazienti che non appartengono alle categorie di vulnerabilità previste dal programma, saranno codificati:

- il campo REGIME DI EROGAZIONE (tab A pos 62) con “03” (pagante in proprio)
- il campo MODALITÀ DI ACCESSO (tab A pos 161) con “03” (urgente) o “04” (urgente differibile);

d) Le visite e le prestazioni assicurate alla generalità della popolazione

Le visite e le prestazioni, della branca di Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo - Facciale, assicurate alla generalità della popolazione (TAB. A2 della DGR 2678/04) quali ad esempio le biopsie del cavo orale, saranno rilevate secondo i criteri e con le modalità di esenzione previste dalla normativa generale dell'assistenza specialistica ambulatoriale.

3. Numero di persone trattate per tipologie di trattamento: visite, conservativa, ortodonzia e protesica, garantite nei singoli distretti

Le informazioni necessarie sono quelle derivanti dalle caratteristiche dell'assistito (quali dati anagrafici, residenza, ecc.) e dalle prestazioni ricevute dal paziente aggregate per tipologie di trattamento riportate in allegato.

Le prestazioni a cui si fa riferimento sono quelle della branca di Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo - Facciale aggregate, per tipologia di cura, nei seguenti gruppi (vedi tabella in allegato 7):

- visite
- chirurgia
- conservativa
- estrazioni
- ortodonzia e trattamenti 0-14
- protesica fissa
- protesica mobile
- prestazioni assicurate alla generalità della popolazione
- implantologia

4. Numero di manufatti consegnati distinti fra ortodontici, protesici fissi e mobili, impianti.

Per superare alcune difficoltà interpretative incontrate con il monitoraggio ad hoc, si è convenuto che, all'interno del flusso ASA, ad alcune prestazioni coincida sempre la consegna / applicazione di un manufatto: sarà il sistema di elaborazione dei dati che permetterà di ricondurre ad ogni assistito il numero e il tipo di manufatti ricevuti.

La prestazione permette, inoltre, la determinazione della tipologia di manufatto (ortodontico/ protesico) e, nel caso della protesica, è possibile effettuare ulteriori diversificazioni in fissa o mobile, per tipologia di materiali utilizzati ecc.

L'impossibilità di rilevare gli importi dei manufatti con l'attuale flusso ASA costituisce, invece, un elemento di criticità, probabilmente superabili dall'aggiornamento del flusso ASA previsto per l'attività dell'anno 2009.

Si riportano di seguito le specifiche prestazioni a cui si fa riferimento per conteggiare i manufatti.

– **MANUFATTI ORTODONTICI**

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI (Per anno)	139,00
24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI (Per anno)	139,00
24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI Incluso: Trattamento con placca di svincolo (Per anno)	139,00

– **MANUFATTI DI PROTESICA FISSA**

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
23.41	APPLICAZIONE DI CORONA Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina	150,00
23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa	150,00
23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o di corona faccettata (Weneer) in lega aurea e porcellana	150,00
23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina o oro resina con perno moncone in lega aurea	200,00
23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o oro porcellana con perno moncone in lega aurea	200,00
234201	INSERZIONE DI PONTE FISSO Trattamento per applicazione di elemento fuso in lega aurea, oro resina o oro porcellana (Per elemento)	200,00
23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA Rimovibile o fissa (Per elemento)	20,00

– **MANUFATTI DI PROTESICA MOBILE**

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa (Per arcata)	155,00
23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro] (Per arcata) Incluso: Eventuali attacchi di precisione	98,00
23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA Rimovibile o fissa (Per elemento)	20,00

– MANUFATTI DI IMPLANTOLOGIA

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA Impianto dentale endoosseo	128,29
234202	INSERZIONE DI PONTE FISSO Trattamento per applicazione di elemento di sovrastruttura per corona su impianti endoossei (Per elemento)	200,00

5. Tempi di realizzazione dei trattamenti, secondo gli standard indicati dal programma regionale.

Come a suo tempo evidenziato, all'interno del programma di riorganizzazione dell'assistenza odontoiatrica le caratteristiche dei trattamenti odontoiatrici richiedono un approccio ai tempi d'attesa differente da quello utilizzato nel restante settore della specialistica ambulatoriale.

In campo odontoiatrico, infatti, è necessaria la formulazione di un piano terapeutico da realizzarsi in un arco di tempo predefinito, che comporta l'esecuzione di una molteplicità di trattamenti e si conclude con l'ultima prestazione indicata dal piano terapeutico.

Fermi restando i tempi già definiti di 30 giorni per l'accesso alla visita specialistica, 24 ore per le urgenze e 7 giorni per le urgenze differibili, per i tre settori più importanti sono stati stabiliti i seguenti standard di riferimento:

- Settore di cure protesiche: completamento dell'intero programma terapeutico entro 120/150 giorni a partire dalla visita;
- Settore di cure ortodontiche: un tempo complessivo di attesa di 150/180 gg entro il quale prendere in carico il bambino, formulare il piano terapeutico e avviare il programma degli interventi;
- Settore di cure odontoiatriche di tipo conservativo: completamento dell'intero programma terapeutico entro 60/90 giorni a partire dalla visita .

L'elemento identificativo del piano di trattamento, esistente all'interno del flusso ASA e utilizzabile per i tre diversi settori, è rappresentato dal **CODICE A BARRE DELLA RICETTA**.

Si stabilisce, pertanto, che la formulazione del piano di trattamento dovrà avvenire ricorrendo ad un'unica ricetta, anche in virtù del fatto che il programma prevede una partecipazione alla spesa da parte del cittadino - ticket - sulla base delle singole prestazioni, con la deroga al normale tetto delle 8 prestazioni per ricetta valido per tutta la restante attività specialistica ambulatoriale.

Le eventuali prestazioni aggiuntive, integrate nel piano terapeutico in corso, potranno essere rilevate attraverso il flusso ASA valorizzando il campo (tab A pos 23 del tracciato record) con lo stesso codice a barre della ricetta che riporta il piano di trattamento.

– TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO PROTESICO

Nel settore protesico il piano di cura riguarda l'intero trattamento ed il calcolo del tempo di realizzazione inizia dalla DATA DI EROGAZIONE (tab. B pos 47) della visita e finisce con l'ultima prestazione protesica erogata.

In questo caso è necessario compilare, pertanto, il campo DATA DI CHIUSURA (tab B pos 55) con la data di fine piano trattamento in corrispondenza dell'ultima prestazione protesica erogata.

– TEMPI DI REALIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO ORTODONTICO

Nel settore ortodontico il piano di cura riguarda l'intero trattamento e l'erogazione di un manufatto. Il calcolo del tempo di attesa inizia dalla DATA DI EROGAZIONE (tab. B pos 47) dell'ultima visita e finisce con la DATA

DI EROGAZIONE (tab. B pos 47) della prima prestazione del piano terapeutico, in questo caso non è necessario la compilazione del campo DATA DI CHIUSURA (tab B pos 55).

– TEMPI DI REALIZZAZIONE DEI TRATTAMENTI DI CONSERVATIVA

Nel settore della conservativa il piano di trattamento fa riferimento a quanto contenuto nella singola ricetta ed il calcolo del tempo di realizzazione inizia dalla DATA DI EROGAZIONE (tab. B pos 47) della visita e finisce con l'ultima prestazione di conservativa erogata.

In questo caso è necessario compilare, pertanto, il campo DATA DI CHIUSURA (tab B pos 55) con la data di fine piano trattamento in corrispondenza dell'ultima prestazione di conservativa erogata.

In generale comunque (ma in modo particolare per i trattamenti di conservativa) nel caso di prestazioni che prevedono più accessi la DATA DI EROGAZIONE per il flusso ASA corrisponde alla data del primo accesso.

Si ricorda nuovamente che, superato il sistema di monitoraggio ad hoc, dal 01.07.2008 il flusso ASA costituisce la base informativa utile a verificare lo stato di attuazione del programma regionale di assistenza odontoiatrica all'interno delle aziende.

I risultati del monitoraggio potranno essere utilizzati per ridefinire gli standard di riferimento dei tempi di attesa, anche adottando criteri di corrispondenza fra l'entità delle cure, soprattutto di natura conservativa, e durata del trattamento.

È richiesta pertanto una grande accuratezza nella codifica delle variabili indicate, sulle quali verranno introdotti controlli più stringenti e meglio specificati con successive comunicazioni.

PRESTAZIONI DI ODONTOIATRIA AGGREGATE PER TIPOLOGIA DI CURE

TAB. A1 DGR 2678/04	
	241901 - TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE

conservativa/endodonzia - TAB. A1 DGR 2678/04	
	23.20.1 - RICOSTRUZIONE DENTE CON OTTURAZIONE (2 SUPERFICI)
	23.20.2 - RICOSTRUZIONE DENTE CON OTTURAZIONE (3 O PIU'SUPERFICI)
	23.3 - RICOSTRUZIONE DENTE CON INTARSIO
	23.49.1 - ALTRA RIPZ DENTARIA
	23.5 - IMPIANTO DENTE
	23.71.1 - TRP CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO
	23.71.2 - TRP CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO
	23.73 - APICECTOMIA
	232001 - INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO DELLA POLPA E OTTURAZIONE PROVVISORIA
	232002 - RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI
	237101 APICIFICAZIONE
	96.54.1 - ABLAZIONE TARTARO

chirurgia - TAB. A1 DGR 2678/04	
	24.00.1 - GENGIVECTOMIA
	24.20.1 - GENGIVOPLASTICA (CHIRURGIA PARODONTALE)
	96.54.3 - CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE
	98.01 - RIMOZIONE CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA SZ INC
	99.97.1 - SPLINTAGGIO PER GRUPPO QUATTRO DENTI

estrazioni - TAB. A1 DGR 2678/04	
	23.09 - ESTRAZIONE DENTE PERMANENTE
	23.11 - ESTRAZIONE RADICE RESIDUA
	23.19 - ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DENTE
	24.39.1 - LEVIGATURA RADICI

ortodonzia e trattamenti 0-14 - TAB. A1 DGR 2678/04	
	24.70.1 - TRATT. ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI (per anno)
	24.70.2 - TRATT. ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI (per anno)
	24.70.3 - TRATT. ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI (per anno)
	24.80.1 - RIPZ APPARECCHIO ORTODONTICO
	247001 - TERAPIA GNATOLOGICA (per anno)
	23.01 - ESTRAZIONE DENTE DECIDUO
	96.54.2 - SIGILLATURA SOLCHI E FOSSETTE

protesica fissa - TAB. A1 DGR 2678/04	
	23.41 - APPL CORONA
	23.41.1 - APPL CORONA IN LEGA AUREA
	23.41.2 - ALTRA APPL CORONA
	23.41.3 - APPL CORONA E PERNO

protesica fissa - TAB. A1 DGR 2678/04	
	23.41.4 - ALTRA APPL CORONA E PERNO
	23.42 - INSER. PONTE FISSO (prestazione sostituita da 234201 e 234202)
	234201 - INSERZIONE DI PONTE FISSO (Per elemento)
	97.35 - RIMZ PROTESI DENTALE

protesica mobile - TAB. A1 DGR 2678/04	
	23.43.1 - INSER. PROTESI RIMOVIBILE (Per arcata)
	23.43.2 - ALTRA INSER. PROTESI RIMOVIBILE (Per arcata)
	23.43.3 - INSER. PROTESI PROVVISORIA (Per elemento)
	24.39.2 - INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO
	99.97.2 - TRATTAMENTI PER APPL PROTESI RIMOVIBILE

Prestazioni garantite alla generalità dei cittadini- TAB. A2 DGR 2678/04	
	22.71 - CHIUSURA FISTOLA OROANTRALE
	24.11 - BPS GENGIVA
	24.12 - BPS ALVEOLO
	24.31 - ASP. LESIONE O TESSUTO GENGIVA
	24.4 - ASP. LESIONE DENTARIA MANDIBOLA
	25.01 - BPS (AGOBPS) LINGUA
	25.91 - FRENULOTOMIA LINGUALE
	25.92 - FRENULECTOMIA LINGUALE
	26.0 - INC. GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI
	26.11 - BPS (AGOBPS) GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE
	26.91 - SPECILLAZIONE DOTTO SALIVARE
	27.21 - BPS PALATO OSSEO
	27.23 - BPS LABBRO
	27.24 - BPS BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA
	27.41 - FRENULECTOMIA LABIALE
	27.49.1 - ALTRA ASP. LESIONE BOCCA
	27.51 - SUTURA LACER. LABBRO
	27.52 - SUTURA LACER. ALTRA PARTE BOCCA
	27.91 - FRENULOTOMIA LABIALE
	76.01 - SEQUESTRECTOMIA OSSO FACCIALE
	76.2 - ASP. O DEM LOCALE LESIONE OSSA FACCIALI
	76.77 - RIDUZIONE APERTA FRATTURA ALVEOLARE

implantologia - TAB. A3 DGR 2678/04	
	23.6 - IMPIANTO PROTESI DENTARIA
	234202 - INSERZIONE DI PONTE FISSO (Per elemento)