

Il Direttore Generale

Franco Rossi

Protocollo N°. ASS/DIR/05/ 20396

Data 26/05/2005

AP-AF

CIRCOLARE n. 11

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
delle Aziende Sanitarie
della Regione Emilia Romagna

Ai Direttori di Distretto
Ai Responsabili di Presidio Ospedaliero
Ai Referenti Organizzativi della
Specialistica Ambulatoriale
Delle Aziende USL
della Regione Emilia Romagna

Loro Sedi

OGGETTO: Deliberazione di Giunta regionale del 20/12/2004 n° 2678 avente per oggetto: l'assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione di livelli aggiuntivi relativamente all'assistenza odontoiatrica

Si fa seguito alla nota n. 16566¹ del 22/04/2005 e agli incontri con i referenti aziendali per l'odontoiatria del 7 e 8 aprile u.s. per fornire chiarimenti ed indicazioni per l'applicazione della delibera di cui all'oggetto, in particolare per la gestione della fase transitoria.

Il programma approvato dalla Giunta, in applicazione dell'allegato 2B del DPCM 29.11.2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", ha l'obiettivo prioritario di assicurare l'assistenza odontoiatrica in modo uniforme su tutto il territorio regionale attraverso:

- l'identificazione delle condizioni di vulnerabilità per le quali viene garantito l'accesso alle cure odontoiatriche nell'ambito dei livelli di assistenza;
- l'individuazione delle prestazioni assicurate dal programma, che dovranno essere erogate in tutte le Aziende USL della regione nel rispetto dei tempi di attesa definiti;
- l'individuazione delle forme e delle modalità di partecipazione alla spesa da parte degli utenti e del pagamento dei relativi manufatti;
- l'organizzazione della rete dei servizi per le cure odontoiatriche.

¹ Oggetto: Deliberazioni di Giunta Regionale n. 292 "Accreditamento istituzionale degli ambulatori e degli studi autorizzati all'esercizio dell'attività di odontoiatria" e n. 293 "Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno".

Per la complessità della riorganizzazione della rete dell'assistenza odontoiatrica indicata dal programma la Giunta ha stabilito un approccio sperimentale con tempi di realizzazione di due anni a partire dalla data di pubblicazione del provvedimento.

Poiché, come già segnalato nella nota sopra citata, la deliberazione sarà pubblicata sul B.U.R. del 31 maggio p.v., le modificazioni introdotte dalla stessa trovano applicazione dal **1 giugno p.v.**

Le **prestazioni** che debbono essere **assicurate** all'interno del programma sono quelle contenute nell'**allegato A1** della delibera, riguardanti solo una parte delle prestazioni della branca di odontostomatologia- chirurgia maxillo facciale. Le prestazioni di implantologia (allegato A3) sono garantite solo a particolari tipologie di pazienti che hanno subito gravi traumi facciali, interventi demolitivi delle ossa della faccia, ovvero che siano portatori di patologie strettamente correlate ad interventi di chirurgia maxillo facciale.

Si evidenzia che con la DGR 2678/04 nel ridefinire le tariffe delle prestazioni incluse nella branca specialistica di odontostomatologia (all. A1 - A2), si è proceduto anche alla rideterminazione delle tariffe di alcune prestazioni relative alle branche di ortopedia e diagnostica per immagini (all. B). Queste ultime, unitamente alle prestazioni di cui all'allegato A2 ed alla visita specialistica, riguardano prestazioni specialistiche incluse nei livelli di assistenza, che come tali sono da riconoscere a tutti i cittadini.

La visita specialistica, per i cittadini non destinatari del programma, avrà principalmente finalità diagnostiche e non di definizione del piano di trattamento.

Destinatari del programma sono gli assistiti della regione che si trovino nelle condizioni di vulnerabilità sanitaria o sociale individuate dal programma.

Per le condizioni di **vulnerabilità sanitaria** il programma ha individuato le patologie che necessitano di cure in quanto presentano specifici problemi di natura odontoiatrica o sono suscettibili di complicanze derivanti da problemi di natura odontoiatrica.

Le linee di indirizzo con i protocolli terapeutici e le prestazioni necessarie per la specifica patologia, la cui elaborazione da parte di un'apposita Commissione tecnico-scientifica è già terminata, saranno trasmesse quanto prima e riporteranno anche le modalità per l'attestazione di esenzione delle prestazioni stesse dalla partecipazione alla spesa.

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.

Le condizioni reddituali a cui si fa riferimento, distinguendole per classi di reddito, sono le seguenti:

- inferiori a 7.500,00 euro l'anno,
- comprese fra 7.500,00 euro e 12.500,00 euro l'anno,
- oltre i 12.500,00 euro e fino ad un massimo di 15.000,00 euro l'anno.

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.

Le modalità di partecipazione alla spesa sono diversificate per le 3 classi di reddito:

- *se inferiore a 7.500,00 euro l'anno o appartenenti ad una delle condizioni di vulnerabilità sanitaria individuate:*
 - esenzione dal pagamento del ticket;
- *se fra 7.500,00 euro e 12.500,00 euro l'anno:*
 - pagamento del ticket fino ad un massimo di 40,00 Euro a prestazione;
- *se oltre i 12.500,00 euro e fino ad un massimo di 15.000,00 euro anno:*
 - pagamento del ticket fino ad un massimo di 80,00 Euro a prestazione.

La condizione di esenzione dal pagamento del ticket sulla ricetta sarà attestata mediante la barratura della casella contrassegnata dalla lettera "R". L'acquisizione della relativa certificazione I.S.E.E. avverrà secondo le modalità individuate a livello locale.

Per quanto riguarda, infine, l'attività protesica sia fissa che mobile, il nomenclatore della specialistica ambulatoriale prevede, come noto, che le prestazioni sanitarie finalizzate alla preparazione della bocca vengano erogate a carico del SSN con o senza compartecipazione alla spesa, mentre la fornitura del manufatto è a totale carico dell'assistito.

In regione Emilia-Romagna, fin dal 1993², sono state date indicazioni alle Aziende per consentire la fornitura di manufatti con tariffe calmierate e con modalità di pagamento agevolato. Queste indicazioni sono state riprese ed aggiornate all'interno del provvedimento di cui si tratta.

Con la deliberazione in esame si è provveduto inoltre all'approvazione di un *"Progetto speciale sociale e sanitario per l'assistenza protesica rivolta alla popolazione anziana e per la popolazione in condizione di povertà"* rivolto ai soggetti appartenenti a classi di reddito I.S.E.E. inferiore a 7.500,00 euro l'anno, per i quali, accanto all'esenzione per il trattamento sanitario, è prevista anche la copertura delle spese relative alle protesi fisse o mobili.

Per quanto riguarda il trattamento delle **urgenze odontoiatriche** si ritiene utile ricordare che esso va garantito 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.

Indicazioni relative all'elaborazione del programma aziendale per l'assistenza odontoiatrica

Con la deliberazione n. 292/2005 la Giunta ha definito le modalità ed i tempi per l'avvio del complesso delle iniziative necessarie per la realizzazione del programma, stabilendo che le aziende, dopo aver effettuato una stima del fabbisogno, procedano all'elaborazione di un programma aziendale di riorganizzazione degli ambulatori esistenti, valutando, in tale contesto, anche la necessità di potenziare l'offerta attraverso l'attivazione di nuovi rapporti con studi professionali o ambulatori odontoiatrici privati. Il medesimo provvedimento dà indicazioni sulle modalità per avviare il relativo processo di accreditamento.

Il programma aziendale dovrà essere predisposto attraverso il coinvolgimento, oltre che dei professionisti interessati, delle rappresentanze dell'utenza e delle organizzazioni sindacali. Tale programma, elaborato in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di riferimento e proiettato nell'arco temporale del biennio, dovrà essere sottoposto al parere dei Comitati di distretto e delle Conferenze sanitarie territoriali ed essere redatto sulla base di indicazioni che formano oggetto di una "griglia" predisposta anche sulla base di elementi tratti dalle bozze di programma finora pervenute da parte delle aziende, ed inviata ai referenti aziendali.

Poiché la richiamata deliberazione 292/2005 pone il 15 giugno p.v. quale data dalla quale gli studi e gli ambulatori interessati potranno avanzare domanda di accreditamento, sarà necessario che gli adempimenti di cui al paragrafo precedente siano posti in essere in tempi brevi, al fine di consentire una valutazione delle domande con riferimento al fabbisogno evidenziato dal programma.

E' evidente come già nella fase di avvio del programma e di gestione delle liste di attesa, i distretti valutino adeguatamente le iniziative cui dar corso per una corretta informazione all'utenza sia sulle possibilità di risposta immediata, sia sui contenuti del programma sia sui relativi tempi di attuazione.

2 n. 2700 del 15 giugno del 1993 "Attività ortesica e protesica: indirizzi programmatici e ridefinizione dei livelli di concorso nella spesa da parte degli utenti"

Per quanto riguarda in particolare il Progetto speciale sociale e sanitario, di cui al punto 5 del programma regionale, si ritiene opportuno far presente che con deliberazione n. 615/04³ il Consiglio regionale ha stanziato l'importo di 1 milione di euro sul capitolo 57107.

Problematiche della fase transitoria

Come prima accennato, quali destinatari del programma vanno intesi i cittadini assistiti in regione che siano nelle condizioni di vulnerabilità sanitaria o sociale indicate.

I pazienti, il cui trattamento è stato avviato secondo le vecchie modalità di partecipazione alla spesa, avranno titolo a continuare con le vecchie modalità a meno che si accerti la loro appartenenza ad una delle categorie comportanti l'esenzione dal ticket. In questo caso, infatti, vale la regola di maggior favore per il cittadino.

Il principio di maggior favore è ovviamente limitato alla fase transitoria e non è estensibile agli eventuali successivi trattamenti.

L'opportunità di limitare nel tempo la fase transitoria comporta la necessità che gli specialisti, ove i piani di trattamento riguardino una molteplicità di elementi dentali con tempi di esecuzione protratti per mesi, ridefiniscano i piani stessi limitandoli al/agli elemento/i dentale/i già in effettivo trattamento alla data del 1° Giugno. I pazienti relativamente ai quali si è accertata l'appartenenza ad una delle condizioni di vulnerabilità potranno continuare a fruire delle terapie anche per i successivi piani di trattamento, mentre i cittadini che non rientrano nelle categorie individuate dal programma termineranno il trattamento sulla base del piano così riformulato.

I cittadini in possesso di prenotazione che non abbiano ancora avviato i trattamenti, se non destinatari del programma, accedono alla sola visita specialistica e sono tenuti al pagamento del relativo ticket con l'importo fissato per la generalità delle visite specialistiche.

I cittadini destinatari del programma, invece, avranno titolo alla formulazione del piano di trattamento necessario e, se dovuto, dovranno corrispondere il relativo ticket con le modalità ed entro i limiti stabiliti dal programma.

Premesso che l'**assistenza ortesica** è rivolta alla popolazione in età pediatrica (fino a 14 anni) e valutato che la stessa è normalmente di durata almeno biennale, i bambini già in cura al 1° giugno proseguiranno il trattamento con le modalità in atto fino alla fine dello stesso. Per quanto riguarda le tariffe cui far riferimento, le stesse rimarranno invariate fino alla fine dell'anno in quanto, ove il trattamento debba essere protratto nell'anno successivo, da gennaio 2006 si applicheranno quelle nuove. E' evidente che anche per questa tipologia di prestazioni, vale, nel caso venga accertata l'appartenenza ad una delle categorie incluse nel programma, il principio del maggior favore.

Qualora nel corso del trattamento si accerti una variazione del reddito ISEE con conseguente fuoriuscita dalla condizione di vulnerabilità sociale, il soggetto concluderà comunque il trattamento, ma sarà tenuto al pagamento dello stesso per intero, anche per quello che riguarda la parte strettamente sanitaria del trattamento.

La verifica puntuale circa l'attuazione uniforme dei programmi aziendali su tutto il territorio regionale riguarderà, in particolare, le differenti fasi del programma e sarà curata da parte di un apposito gruppo individuato con atto della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. Fra 6 mesi lo stato di avanzamento dei progetti dovrà essere, inoltre, oggetto di uno specifico confronto con le OO.SS. interessate.

3 "programma integrato socio - sanitario per l'assistenza protesica a favore di soggetti in condizioni di povertà, in particolare anziani"

Si comunica, infine, che sono in corso approfondimenti circa la possibilità di erogare prestazioni, ove ne esistano le condizioni e secondo modalità da definire, anche a favore di categorie non incluse nel programma e si fa riserva di intervenire in merito successivamente, anche sulla base dei contenuti dei programmi aziendali.

Distinti saluti.

Franco Rossi