

XV LEGISLATURA

Legge provinciale 28 marzo 2013, n. 5

PROGRAMMA

*PER IL CONTROLLO SULL'ATTUAZIONE DELLE LEGGI PROVINCIALI
E PER LA VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DELLE POLITICHE PUBBLICHE*

PROGRAMMA 2015 - PRIMA SEZIONE

Leggi provinciali e politiche pubbliche individuate per il controllo dello stato di attuazione e la valutazione degli effetti

Legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 – Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento.

VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI

PREMESSA	PAG. 2
SINTESI del CONTESTO PREVIGENTE – (PERIODO 1990-2007)	PAG. 5
FINALITÀ e OBIETTIVI della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22	PAG. 8
RISULTATI CONSEGUITI in attuazione della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22	PAG. 9
OBIETTIVO SPECIFICO N° 1 – ASSICURARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA AI SOGGETTI IN ETA INFANTILE ED EVOLUTIVA	PAG. 28
OBIETTIVO SPECIFICO N° 2 – ASSICURARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA AI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI PARTICOLARE VULNERABILITÀ	PAG. 45
OBIETTIVO SPECIFICO N° 3 – ASSICURARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA A FAVORE DELLA GENERALITÀ DELLA POPOLAZIONE	PAG. 55
APPENDICE N. 1 – ASSISTENZA ODONTOIATRICA IN TRENTO NEL PERIODO 1990-2007 (ORGANIZZAZIONE, ATTIVITÀ, RISULTATI)	PAG. 60
APPENDICE N. 2 – LEGGE PROVINCIALE 12 DICEMBRE 2007, N. 22 – LE DIRETTIVE ANNUALI DI ATTUAZIONE (ADOTTATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 6)	PAG. 69

I dati e le informazioni utilizzati in questo documento sono contenuti in deliberazioni della Giunta provinciale o sono di proprietà dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

PREMESSA

Il **Servizio sanitario nazionale (SSN)** ha tradizionalmente dedicato un **impegno limitato** alla salute del cavo orale in senso lato, e al **settore dell'assistenza odontoiatrica** in particolare, nonostante le forti implicazioni – di carattere sanitario e sociale – collegate a questo tipo di assistenza, in termini di qualità della vita e di sostenibilità economica.

Unite agli alti costi delle prestazioni odontoiatriche offerte nel libero mercato, dette limitazioni del SSN hanno determinato **condizioni di disuguaglianza nell'accesso all'assistenza odontoiatrica** che dipende – conseguentemente, ed in via quasi esclusiva, – dal livello di reddito personale, dato che le prestazioni odontoiatriche preventive e, in particolare quelle terapeutiche, sono raramente ricomprese in maniera efficace fra i benefici coperti da assicurazioni volontarie.

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

Nel periodo 1991-2002, la vigente **normativa statale in materia di assistenza odontoiatrica** – costituita dal **decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502** (articolo 9), dal **decreto legislativo 229/1999** che definisce i *criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)* e disciplina il *funzionamento dei Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale*, e dal **DPCM 29/11/2001** di **“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”**¹ cioè dell'ambito delle garanzie che il SSN si impegna ad assicurare a tutta la popolazione in condizioni di uniformità sul territorio nazionale – **ha previsto che l'assistenza odontoiatrica a carico del Servizio sanitario nazionale sia rivolta a specifiche fasce di utenti** (programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'**età evolutiva**; assistenza odontoiatrica a categorie di **soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità**; visite odontoiatriche per la diagnosi precoce *di patologie neoplastiche del cavo orale e trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche per infezioni acute e dolore acuto per tutti i cittadini*) – **affidando ai Fondi integrativi del SSN l'assistenza odontoiatrica per i servizi complementari.**

In questo quadro, si è assistito – su tutto il territorio nazionale – ad **iniziative volte a dare uniformità ed omogeneità alle cure odontoiatriche**, attraverso la definizione della tipologia di prestazioni da garantire da parte di tutte le Aziende sanitarie delle Regioni, e allo **sviluppo di reti di servizi per le cure**, gestiti direttamente o in convenzione.

La Provincia autonoma di Trento ha definito i **livelli di assistenza assicurati dal servizio sanitario provinciale (SSP)** – con la **deliberazione n. 3276 di data 23 dicembre 2002** *“Livelli essenziali di assistenza: recepimento del D.P.C.M. 29 novembre 2001 e linee guida provinciali”* – distinguendo quelli **Essenziali** (erogati agli iscritti al SSN, con specifiche eccezioni per garantire prestazioni già in essere in sede locale, ma escluse dallo Stato) e quelli **Aggiuntivi**² (erogati agli iscritti al SSP e residenti in Trentino): nello specifico dell'**assistenza odontoiatrica**, la citata deliberazione ha stabilito che **le relative prestazioni continuassero ad essere erogate secondo le modalità già in corso**, in ragione della necessità di ulteriori e specifici approfondimenti, anche in dipendenza del fatto che la Provincia autonoma di Trento aveva già esercitato

1 Il **12 gennaio 2017** è stato approvato il DPCM di *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*.

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

la propria competenza legislativa in materia³ approvando la **legge provinciale 31 agosto 1991, n. 20** finalizzata a favorire, con la **concessione di contributi alla spesa**, l'accesso a prestazioni di **assistenza protesica per soggetti anziani** (in età 60 anni ed oltre) e l'accesso all'**assistenza ortodontica per soggetti in età evolutiva** (in età 6-16 anni).

A seguito di un lungo e complesso percorso istruttorio, la Giunta provinciale **ha definito, nel 2004, i livelli di assistenza dell'Area odontoiatrica a carico del Fondo sanitario provinciale**, unitamente alle **indicazioni** all'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) **per la riorganizzazione delle risorse umane e strumentali dedicate al settore ed ha provveduto al monitoraggio della applicazione** nonché ad introdurre – negli anni successivi e tramite specifiche deliberazioni – le **modificazioni, integrazioni e gli aggiornamenti tecnici**, anche finalizzati a definire ed implementare la rete dei servizi odontoiatrici pubblici.

In data 5 dicembre 2007, il **Consiglio provinciale ha approvato** – a conclusione di un iter che ha visto la **unificazione**, in Commissione, di **quattro disegni di legge** presentati nel corso della **XIII legislatura**⁴ – la **legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22** (*Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento*) che ha definito un **organico quadro normativo** (e organizzativo) **volto a qualificare e migliorare l'efficacia degli interventi negli ambiti odontoiatrici considerati prioritari** in quanto **più rispondenti a finalità di salute pubblica**.

La Giunta provinciale ha approvato, **nel luglio 2008, le prime Direttive di attuazione** per dare concretezza operativa, sul piano organizzativo ed erogativo, alle previsioni della legge provinciale.

Nel corso della **XIV legislatura**, è stato presentato, il **Disegno di legge 24 novembre 2010, n. 164**⁵ d'iniziativa dei consiglieri Claudio **Civettini**, Alessandro Savoi, Franca Penasa, Mario Casna, Luca Paternoster e Giuseppe Filippin (Lega Nord Trentino), concernente "*Modificazioni della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 (Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento)* che è stato **respinto dalla Quarta commissione** permanente del Consiglio provinciale in data 11 luglio 2011.

Nel corso della **XV legislatura**, è stato presentato, il **Disegno di legge 8 luglio 2014, n. 35**⁶ d'iniziativa dei consiglieri Walter **Kaswalder**, Luca Giuliani, Graziano Lozzer, Lorenzo Baratter e Chiara Avanzo (Partito Autonomista Trentino Tirolese),

3 Il Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1972, n. 670 - Approvazione del testo unico delle leggi costituzionali concernenti lo statuto speciale per il Trentino - Alto Adige ha attribuito alla Provincia autonoma di Trento la competenza legislativa in materia di "*igiene e sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria e ospedaliera*" (articolo 9, n. 10).

4 *Disegno di legge 18 marzo 2004, n. 40*, di iniziativa del consigliere Sergio Muraro (Autonomisti - Casa dei Trentini); *Disegno di legge 22 aprile 2004, n. 48*, d'iniziativa dei consiglieri Paolo Barbacovi, Mauro Bondi, Roberto Pinter, Giuseppe Parolari (Sinistra democratica e riformista del Trentino per l'Ulivo); *Disegno di legge 11 ottobre 2004, n. 79*, d'iniziativa della Giunta provinciale (su proposta dell'assessore Remo Andreolli) e *Disegno di legge 7 marzo 2007, n. 224* d'iniziativa del consigliere Pino Morandini (U.D.C. - Unione dei Democratici Cristiani e dei Democratici di Centro).

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

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

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

concernente *“Modificazioni della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 (Disciplina dell’assistenza odontoiatrica in provincia di Trento)”* che è stato **respinto dalla Quarta commissione** permanente del Consiglio provinciale in data 6 settembre 2017.

La legge provinciale n. 22 del 2007 – che ha definito un quadro normativo volto a riqualificare e a migliorare l’efficacia degli interventi negli ambiti odontoiatrici considerati prioritari in quanto più rispondenti a finalità di salute pubblica – **è rimasta, nel periodo di vigenza (10 anni), sostanzialmente invariata** ed oggetto di 2 sole modifiche testuali, di carattere tecnico.

Nonostante il manifestarsi, e il perdurare, della crisi economico-finanziaria negli anni immediatamente successivi alla sua approvazione – che ha comportato una contrazione delle risorse a disposizione del bilancio provinciale – **la Giunta provinciale ha confermato, nel periodo 2009-2015, lo stanziamento delle risorse finanziarie necessarie ad assicurare l’erogazione delle prestazioni odontoiatriche previste dalla legge provinciale n. 22 del 2007. A partire dall’anno 2016, il finanziamento destinato all’erogazione dei livelli di assistenza odontoiatrica (13,5 mli di euro) è stato diminuito a 12,5 milioni di euro.**

SINTESI del CONTESTO PREVIGENTE – (PERIODO 1990-2007)

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

Nel periodo antecedente l'approvazione della legge provinciale n. 22 del 2007, l'assistenza odontoiatrica realizzata in Trentino – pur non dissimile, sul piano organizzativo ed in termini quantitativi e qualitativi, da quella assicurata a livello nazionale – si è differenziata, in positivo, grazie agli **interventi disposti dalla legge provinciale 31 agosto 1991, n. 20** che ha assicurato specifiche *concessioni contributive per protesi dentarie mobili agli ultrasessantenni e per cure ortodontiche a soggetti in età evolutiva (6-16 anni)* ed alla **specificata modalità operativa dedicata alla gestione delle problematiche odontoiatriche delle persone disabili**.

La **legge provinciale 31 agosto 1991, n. 20** – *“Interventi volti ad agevolare l'accesso a prestazioni di assistenza odontoiatrica protesica e ortodontica”*⁷ – ha stabilito che, nell'ambito delle **prestazioni socio-assistenziali di carattere economico**, la Provincia autonoma di Trento effettua a proprio carico specifici interventi – a favore di particolari categorie di soggetti residenti nel territorio provinciale e il cui reddito, riferito al nucleo familiare, non ecceda i limiti stabiliti in legge e rivalutabili annualmente – finalizzati a **sostenere la spesa privata** assunta per prestazioni odontoiatriche **mediante la concessione di un contributo** per l'applicazione di **protesi dentarie mobili** a favore di **soggetti di età superiore a 60 anni** e per l'effettuazione di **cure ortodontiche** a favore di **soggetti di età compresa tra i 6 ed i 16 anni**.

In merito alla gestione delle problematiche odontoiatriche **delle persone disabili** va evidenziata la scelta, assunta dalla Giunta provinciale, con **deliberazione n. 16541 del 20 dicembre 1990**, di costituire una specifica *“Unità operativa di odontostomatologia per disabili con funzione multizonale”* presso il presidio ospedaliero S. Lorenzo di Borgo Valsugana, per svolgere attività di prevenzione, cura e riabilitazione protesica a favore de disabili di tutta la provincia di Trento⁸.

Per un **approfondimento** inerente all'organizzazione delle **attività odontoiatriche** e ai **risultati conseguiti nel periodo antecedente** alla approvazione della legge provinciale n. 22 del 2007, si rinvia alla **APPENDICE N. 1**⁹ al presente documento.

Riconosciuta e condivisa la necessità di assicurare una maggiore e più omogenea tutela della salute odontoiatrica nell'ambito del Servizio Sanitario Provinciale con oneri a carico del Fondo sanitario provinciale, è stato costituito già nel corso del **2001** un apposito **Gruppo di lavoro interdisciplinare** per affrontare la problematica nei suoi diversi aspetti.

7 Approvata dal Consiglio provinciale il 23 luglio 1991, a seguito della unificazione dei seguenti due disegni di legge provinciale: Disegno di legge 30 marzo 1989, n. 23, d'iniziativa del consigliere Paolo Tonelli (D.P.), concernente *“Provvedimenti relativi all'assistenza odontoiatrica”*; Disegno di legge 10 agosto 1989, n. 45, d'iniziativa del consigliere Franco Tretter (P.A.T.T.), concernente *“Norme per l'assistenza odontoiatrica”*.
La legge provinciale n. 20 del 1991 è stata abrogata dall'articolo 9 della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22.

8 L'Unità operativa è stata dotata di 5 medici. La multizonalità del servizio comporta una organizzazione del personale sanitario in equipe (odontoiatra, infermiera professionale, igienista dentale) che si sposta nelle diverse strutture della provincia di Trento: 10 ambulatori odontoiatrici – approntati utilizzando ove possibile le strutture poliambulatoriali dei Distretti: Predazzo, Tonadico, Borgo, Pergine, Levico, Levico/Centro Don Ziglio, Trento, Trento/Casa Serena, Cles, Riva del Garda, Rovereto e Pozza di Fassa).

9 **APPENDICE N. 1 – ASSISTENZA ODONTOIATRICA IN TRENTINO NEL PERIODO 1990-2007 (ORGANIZZAZIONE, ATTIVITÀ, RISULTATI).**

A seguito di un lungo e complesso percorso istruttorio, la **Giunta provinciale** – con la **deliberazione n. 1788 del 6 agosto 2004** "Assistenza odontoiatrica: Livelli Essenziali ed Aggiuntivi¹⁰ di Assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Provinciale e direttive all'Azienda provinciale per i servizi sanitari per la riorganizzazione del settore" – ha **approvato** la definizione dei **livelli di assistenza dell'Area odontoiatrica a carico del Fondo sanitario provinciale** (per soggetti in **età evolutiva**, per soggetti in **condizioni di particolare vulnerabilità sanitaria, sociale ed economica**, e per la **popolazione generale**) unitamente alle **indicazioni all'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) per la riorganizzazione delle risorse umane e strumentali dedicate al settore.**

Nella direzione di **aumentare l'impegno del servizio pubblico nell'ambito della tutela della salute odontoiatrica della popolazione trentina** – ed allo scopo di accompagnare il processo di implementazione dei nuovi Livelli Essenziali ed Aggiuntivi per **riorganizzazione l'assistenza odontoiatrica erogata dal Servizio sanitario provinciale** – la Giunta provinciale ha altresì inserito la realizzazione della **transizione al nuovo sistema¹¹** di erogazione stabilito con la citata deliberazione n. 1788 del 2004 tra gli obiettivi specifici¹² assegnati all'Azienda provinciale per i servizi sanitari per l'esercizio 2005.

Modificazioni, integrazioni ed aggiornamenti tecnici della disciplina introdotta con la deliberazione n. 1788 del 2004, anche finalizzati a implementare la rete dei servizi odontoiatrici, sono stati poi approvati **con la deliberazione della Giunta provinciale n. 436 del 13 marzo 2006** e – precorrendo le indicazioni assunte in sede nazionale col **DPCM 28 aprile 2008 di aggiornamento dei LEA – con le deliberazioni del 25 maggio 2007, n. 1059 (Assistenza odontoiatrica: Livelli Essenziali ed Aggiuntivi di Assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Provinciale) e n. 1060 (Approvazione dei criteri e delle modalità per l'introduzione del modello ICEF¹³ per l'assistenza odontoiatrica erogata dal Servizio Sanitario Provinciale).**

In parallelo alla descritta attività amministrativa, si è svolto nel corso della **XIII legislatura** un articolato dibattito politico sul tema dell'assistenza odontoiatrica che ha visto, tra l'altro, la presentazione di **4 progetti di legge provinciale¹⁴** che – a

10 I livelli **Essenziali** sono erogati agli iscritti al SSN, con specifiche eccezioni per garantire prestazioni già in essere in sede locale, ma escluse dallo Stato. I livelli **Aggiuntivi** sono erogati agli iscritti al SSP e residenti in Trentino da almeno 3 anni.

11 Transizione che comporta un grande impatto organizzativo, sia sul versante organizzativo aziendale che su quello dei cittadini.

12 Con deliberazione n. 2740 del 26 novembre 2004, (ai sensi dell'articolo 7, comma 5, della L.P. n. 10/1993).

13 Indicatore della Condizione Economica Familiare, per l'accesso ai servizi e alle provvidenze pubbliche.

14 **DISEGNO DI LEGGE 18 MARZO 2004, N. 40**, di iniziativa del consigliere Sergio **Muraro** (Autonomisti - Casa dei Trentini), concernente "**NORME PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA**" che si componeva di **8 articoli** e **proponeva**, in particolare:

- la possibilità di erogare prestazioni curative anche in forma indiretta;
- l'estensione degli interventi per protesi a tutti i cittadini al di sotto di un certo reddito;
- la gratuità delle cure odontoiatriche fino ai 18 anni;
- l'elevazione notevole dei limiti del reddito di riferimento;
- l'attribuzione alla Giunta provinciale del compito di definire le ulteriori modalità di applicazione delle norme nonché la fase di sperimentazione per quantificare gli oneri di spesa sul bilancio provinciale.

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

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

DISEGNO DI LEGGE 11 OTTOBRE 2004, N. 79, d'iniziativa della **Giunta provinciale** (su proposta dell'assessore Remo **Andreoli**) concernente "**NUOVA DISCIPLINA DELL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA IN PROVINCIA DI TRENTO**" che – approvato dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 2340 di data 8 ottobre 2004 – si componeva di **9 articoli** e **proponeva una disciplina finalizzata**, in particolare **a**:

- abrogare la legge provinciale n. 20/1991, facendo salve, fino ad esaurimento, le procedure di erogazione delle prestazioni di assistenza odontoiatrica già impegnate e le procedure relative a domande già avanzate;
- individuare l'ambito di intervento, riservando una particolare attenzione alla *tutela della salute odontoiatrica nell'età infantile ed evolutiva* ed alla *tutela della salute odontoiatrica dei soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità* (soggetti che per motivi sociali/sanitari/economici abbiano più necessità dell'intervento del servizio pubblico) e stabilendo anche determinate *prestazioni in favore della generalità della popolazione*;

conclusione di un iter caratterizzato dalla loro **unificazione**, in Commissione¹⁵ – ha consentito la approvazione da parte del **Consiglio provinciale**, in data 5 dicembre 2007, **della legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22** (*Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento*) che ha definito un **organico quadro normativo** (e organizzativo) **volto a qualificare e migliorare l'efficacia degli interventi negli ambiti odontoiatrici considerati prioritari in quanto più rispondenti a finalità di salute pubblica.**

La Giunta provinciale ha approvato, **nel luglio 2008, le prime Direttive di attuazione**¹⁶ per dare avvio e concretezza operativa, sul piano organizzativo ed erogativo, alle previsioni della legge provinciale.

L'anno 2010 è l'esercizio che vede completamente "a regime" l'assetto normativo ed organizzativo, previsto dalla legge provinciale n. 22 del 2007.

- qualificare gli interventi che dovranno rientrare nei *livelli essenziali di assistenza* (come tali da garantire agli assistiti in condizione di uniformità nell'ambito del SSN) e quali interventi invece dovranno intendersi "*prestazioni aggiuntive*" da garantire ai soli residenti in Trentino e assistiti del servizio sanitario provinciale;
- subordinare il *concorso nelle spese* alla valutazione economico-patrimoniale del nucleo familiare di riferimento cui appartiene il beneficiario delle prestazioni;
- favorire la nascita di attività mutualistiche, anche di tipo cooperativistico, (*fondi integrativi*) per far fronte alle prestazioni aggiuntive e/o parzialmente escluse dai livelli di assistenza.

DISEGNO DI LEGGE 7 MARZO 2007, n. 224 d'iniziativa del consigliere Pino **Morandini** (U.D.C. - Unione dei Democratici Cristiani e dei Democratici di Centro), concernente "**NUOVA DISCIPLINA DEGLI INTERVENTI VOLTI AD AGEVOLARE L'ACCESSO A PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA**" che si componeva di **8 articoli** e **proponeva**, in particolare, di:

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

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

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

FINALITÀ e OBIETTIVI della LEGGE PROVINCIALE 12 dicembre 2007, N. 22

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

La nuova disciplina definita con la **legge provinciale 12 dicembre 2007 n. 22** si caratterizza, per quanto concerne **finalità, obiettivi generali e obiettivi specifici**¹⁷, come segue.

FINALITÀ	DISCIPLINARE L’ASSISTENZA ODONTOIATRICA, ORTODONTICA E PROTESICA ASSICURATA NELLA PROVINCIA DI TRENTO, PER TUTELARE LA SALUTE ODONTOIATRICA NEI SOGGETTI IN ETA INFANTILE ED EVOLUTIVA, NEI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI PARTICOLARE VULNERABILITÀ (SANITARIA, SOCIALE, ECONOMICA) E NELLA POPOLAZIONE GENERALE	
Obiettivo GENERALE	POTENZIARE E QUALIFICARE GLI INTERVENTI NEGLI AMBITI ODONTOIATRICI CONSIDERATI PRIORITARI IN QUANTO PIÙ RISPONDENTI A FINALITÀ DI SALUTE PUBBLICA	
Obiettivi SPECIFICI	1	ASSICURARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA AI SOGGETTI IN ETA INFANTILE ED EVOLUTIVA <ul style="list-style-type: none"> • ATTIVITÀ DI PREVENZIONE PRIMARIA (<i>visite periodiche, anche annuali, su classi di età campione, fluoroprofilassi, promozione, formazione e informazione sull’igiene orale</i>) (Livello essenziale) • ATTIVITÀ DI PREVENZIONE SECONDARIA (<i>fornitura di interventi curativi</i>) (Livello aggiuntivo riservato agli iscritti al SSP e residenti in Trentino da almeno 3 anni) • ORTODONZIA (<i>concorso nelle spese di fornitura di apparecchi ortodontici</i>) (Livello aggiuntivo riservato agli iscritti al SSP e residenti in Trentino da almeno 3 anni)
	2	ASSICURARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA AI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ (sanitaria, sociale) <ul style="list-style-type: none"> • ATTIVITÀ DI PREVENZIONE PRIMARIA (<i>promozione, formazione e informazione sull’igiene orale</i>) (Livello essenziale) • ATTIVITÀ DI PREVENZIONE SECONDARIA (<i>fornitura di interventi curativi</i>) (Livello aggiuntivo riservato agli iscritti al SSP e residenti in Trentino da almeno 3 anni) • PROTESICA (<i>fornitura di protesi fisse e mobili; concorso nelle spese di fornitura di protesi fisse e mobili</i>) (Livello aggiuntivo riservato agli iscritti al SSP e residenti in Trentino da almeno 3 anni)
	3	ASSICURARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA ALLA GENERALITÀ DELLA POPOLAZIONE <ul style="list-style-type: none"> • URGENZA ODONTOIATRICA (<i>prestazioni necessarie per risolvere specifici problemi acuti</i>) (Livello essenziale) • CHIRURGIA ORALE AMBULATORIALE DI PARTICOLARE COMPLESSITÀ (<i>grave quadro clinico</i>) (Livello aggiuntivo riservato agli iscritti al SSP e residenti in Trentino da almeno 3 anni)

¹⁷ Individuabili nel testo originario e rilevabili anche sulla base di quanto segnalato nei lavori preparatori e nelle relazioni illustrative ai diversi disegni di legge da cui è originata la legge provinciale in esame.

RISULTATI CONSEGUITI IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE PROVINCIALE 12 DICEMBRE 2007, N. 22

La legge provinciale n. 22 del 2007 è entrata in vigore il giorno **11 gennaio 2008** rendendo operativa la nuova disciplina finalizzata ad **assicurare la tutela della salute odontoiatrica** – tramite l'erogazione di specifiche prestazioni – **ai soggetti in età infantile ed evolutiva, ai soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità, e alla popolazione generale.**

Per il perseguimento delle finalità e degli obiettivi indicati, **la legge provinciale n. 22 del 2007:**

- ha **individuato i destinatari degli interventi** e i **rispettivi livelli di assistenza odontoiatrica da assicurare;**
- ha **stabilito**, con riferimento a **modalità e soggetti erogatori**, che le prestazioni sono erogate:
 - in via **“diretta”** da **strutture sanitarie operanti nell'ambito del territorio provinciale: ospedali pubblici, da ambulatori odontoiatrici pubblici** (che devono trovare adeguata collocazione in ogni Distretto sanitario), **ambulatori e studi odontoiatrici privati convenzionati** con il servizio sanitario provinciale;
 - in via **“indiretta”** da **ambulatori e studi odontoiatrici privati non convenzionati** (nel caso di superamento dei tempi di attesa massimi prestabiliti per l'accesso in modalità “diretta”);
- ha **demandato alla Giunta provinciale la individuazione**, annuale e per ciascuna tipologia di prestazione, delle **condizioni, dei limiti e delle modalità di accesso** e, in particolare, il **compito di specificare i soggetti destinatari** degli interventi previsti e di **determinare:**
 - gli **indirizzi per la valutazione della situazione economico-patrimoniale del nucleo familiare** di riferimento¹⁸ (valore dell'indicatore ICEF per l'accesso ai benefici) e **per l'articolazione della eventuale compartecipazione alla spesa** da parte degli assistiti;
 - le **tariffe** a remunerazione delle prestazioni erogate in regime privato;
 - le **prestazioni qualificate come “aggiuntive”** rispetto ai livelli essenziali di assistenza definiti dalla normativa nazionale, da riservare agli iscritti al servizio sanitario provinciale residenti in Trentino;
 - gli **indirizzi per organizzare gli interventi di prevenzione primaria** (in collaborazione fra l'azienda sanitaria e gli altri enti ed istituzioni operanti sul territorio provinciale).

La Giunta provinciale **ha determinato tutti gli elementi ad essa riservati dalla legge provinciale** e – con la **deliberazione n. 1886 del 25 luglio 2008** recante le **prime Direttive di attuazione**¹⁹ della legge provinciale n. 22 del 2007 – **ha dato avvio al “nuovo assetto normativo ed organizzativo dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento”** come rappresentato nella due Figure che seguono.

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

19 **Le Direttive di attuazione stabiliscono e specificano**, in maniera puntuale:

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



GIUNTA PROVINCIALE



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

e le trasmette

AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI



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

DIREZIONI

COORDINAMENTO FUNZIONALE di AREA ODONTOIATRICA

Dipartimento di Prevenzione

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

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

RETE odontoiatrica provinciale

(deliberazione del DG n. 543 del 23 ottobre 2012) deve garantire:

- miglioramento della qualità delle prestazioni
- uniformità di accesso e trattamento in tutto il territorio
- omogeneizzazione pratiche tecniche e organizzative

Distretti sanitari

Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Ambulatori **pubblici** (Assistenza DIRETTA PUBBLICA)

15 SEDI

Ospedale Borgo	Rovereto	Mezzolombardo
Fergine	Riva del Garda	Ospedale Tione
Levico	Ala	Predazzo
CSS - Trento	Ospedale Cles	Pozza di Fassa
Ospedale - Trento	Malè	Tonadico Primiero

Sistema informativo
Database amministrativo / sanitari
IE Odontoiatria
Ippocrate cassa Aduvat

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

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



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

Studi e ambulatori privati

Convenzionati (Assistenza DIRETTA CONVENZIONATA)

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

NON convenzionati (Assistenza INDIRETTA)

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

260 sedi sul territorio
253
Professionisti aderenti



Corso di Laurea
Igiene Dentale

AMBITI DI TUTELA ODONTOIATRICA, ORTODONTICA E PROTESICA

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

La Provincia, per accompagnare l'attuazione della nuova disciplina²⁰ – e per favorire conoscenza ed accessibilità ai nuovi benefici – ha provveduto a realizzare una prima **campagna informativa nel 2007**, poi rinforzata nel **2011**.



²⁰ La Provincia ha presentato il nuovo assetto normativo ed organizzativo dell'assistenza odontoiatrica in Trentino, mediante una specifica conferenza stampa in data **28 luglio 2008**; ha inoltre organizzato – tramite il competente Servizio dell'Assessorato ed in collaborazione con l'Azienda sanitaria – due **incontri informativi** aperti a tutti gli studi/ambulatori odontoiatrici privati operanti sul territorio provinciale, in data **9 settembre 2008 a Trento** e in data **11 settembre 2008 a Rovereto**.

Il nuovo impianto organizzativo per l'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento – definito secondo le indicazioni della legge provinciale n. 22 del 2007 – è risultato a regime con l'esercizio 2010 ed è stato modificato e implementato con ulteriori misure specificate nelle Direttive di attuazione che la Giunta provinciale ha approvato con riferimento agli anni successivi.

Gli elementi ed aspetti più tecnici e di dettaglio operativo definiti nelle Direttive annuali approvate dalla Giunta provinciale – (*beneficiari, attività e condizioni di accesso, determinazione delle modalità di compartecipazione alla spesa secondo l'indicatore ICEF, schema-tipo di domanda per l'accesso all'assistenza, nomenclatore delle prestazioni e delle relative tariffe, schema-tipo certificazione ICEF, schema-tipo di Accordo negoziale per il convenzionamento delle strutture private, modalità di accesso e di assistenza DIRETTA e INDIRETTA, schema-tipo di libretto sanitario odontoiatrico (LSO), Protocollo di Intesa per la attivazione di una collaborazione sperimentale finalizzata all'attuazione di interventi di prevenzione primaria odontoiatrica*) – sono descritti nella APPENDICE N. 2²¹ al presente documento cui si rinvia per un utile approfondimento.

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

L'Azienda sanitaria svolgendo il proprio compito attuativo – sia in termini di pianificazione che di operatività – ha, in particolare:

➤ **predisposto:**

- le *linee guida operative*²² del settore odontoiatrico ed i *protocolli di accesso* alle prestazioni;
- le *modalità di informazione, di prenotazione*²³ e di *gestione dei tempi di attesa*;
- il modello di “*nulla osta*” per l'accesso all'assistenza odontoiatrica in forma *indiretta*;
- le *indicazioni operative annuali, ai Distretti sanitari e alle altre articolazioni aziendali interessate*, in merito alla applicazione delle Direttive annuali e, in particolare, alla implementazione delle modificazioni e integrazioni via via introdotte;

➤ **attivato:**

- il *sistema informativo IE Odontoiatria*²⁴ per la gestione dei rapporti e delle attività in convenzione;
- gli *accordi negoziali annuali di convenzione* con gli studi/ambulatori privati, secondo le indicazioni della Provincia;

21 APPENDICE N. 2 – LEGGE PROVINCIALE N. 22 DEL 2007 - LE DIRETTIVE ANNUALI DI ATTUAZIONE (ADOTTATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 6)

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

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

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

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

- il **sistema dei controlli** sulle attività interne e su quelle svolte dagli studi privati convenzionati;
- nel proprio **sito web istituzionale**, una specifica **sezione informativa** dedicata all'**assistenza odontoiatrica** ed aperta alla cittadinanza e agli studi/ambulatori privati;
- **realizzato** il "**potenziamento della rete degli ambulatori pubblici** per l'assistenza odontoiatrica presso gli Ospedali e i Distretti sanitari" secondo quanto previsto dal relativo intervento finanziato dallo Stato²⁵;
- **istituito** la "**rete odontoiatrica provinciale**"²⁶, per a migliorare la qualità delle prestazioni, omogeneizzare le pratiche tecniche ed organizzative, uniformare l'accesso e il trattamento in tutto il territorio provinciale;
- **stabilito**²⁷, a partire dal 2016, il **numero di studi/ambulatori privati da convenzionare** sul territorio provinciale, tra quelli accreditati dalla Provincia²⁸;
- **collaborato alla** redazione della **relazione annuale** sull'attuazione della legge provinciale n. 22 del 2007 – di competenza della Giunta provinciale – finalizzata a fornire informazioni alla competente commissione permanente del Consiglio provinciale.

Come già segnalato, la legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 recante la "*Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento*" ha previsto TRE MODALITÀ DI EROGAZIONE dell'assistenza:

- ✓ DIRETTA PUBBLICA, a cura dell'**Azienda provinciale per i servizi sanitari** (presso ambulatori dei Distretti sanitari e presso specifiche Unità operative ospedaliere);
- ✓ DIRETTA PUBBLICA CONVENZIONATA, da parte di **studi/ambulatori privati convenzionati col servizio sanitario provinciale (SSP)**, che accettano Nomenclatore delle prestazioni e relativo tariffario, linee guida operative e protocolli, budget annuale assegnato;
- ✓ INDIRETTA – in via residuale, SOLO SE l'Azienda sanitaria e gli studi/ambulatori convenzionati col SSP non avviano il Piano di cura entro il 45° giorno dalla prenotazione della prestazione presso il CUP²⁹ aziendale – da parte di **studi/ambulatori privati NON convenzionati col servizio sanitario provinciale** e previo "nulla osta" rilasciato dal Distretto sanitario di riferimento territoriale;

e, con riferimento ad esse, si fornisce – di seguito – la rappresentazione degli **andamenti complessivi delle prestazioni erogate** e delle **risorse destinate** all'assistenza odontoiatrica in vigenza della legge provinciale n. 22/2007.

25 Ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari tra Ministero della Salute e Provincia autonoma di Trento, sottoscritto in data 23 dicembre 2009 (deliberazione della Giunta provinciale n.1569 del 2010).
Intervento ammesso a finanziamento con Decreto Dirigenziale del Ministero della Salute del 10 agosto 2010 come maggiore entrata vincolata a scopi specifici (deliberazione della Giunta provinciale n. 2162 di data 17 Settembre 2010).

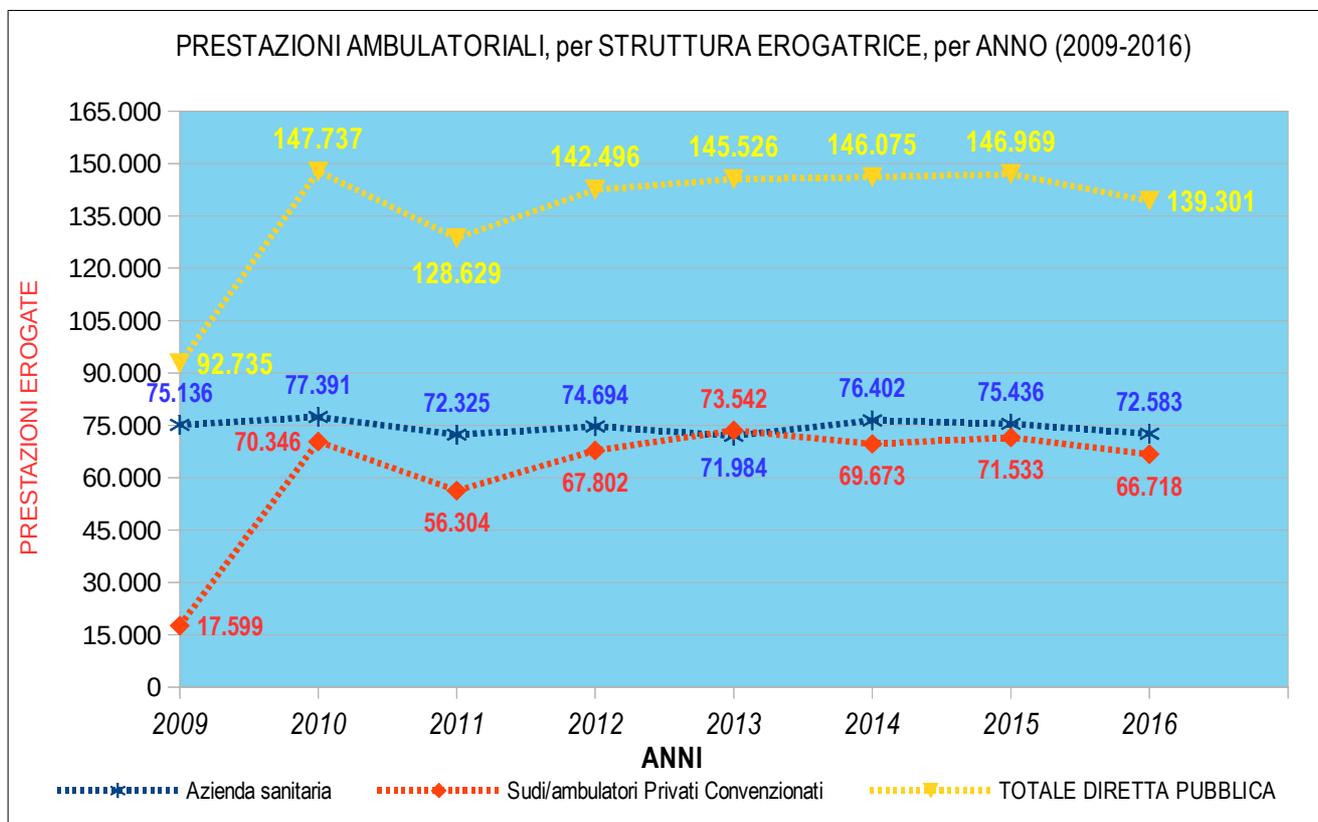
26 Con **deliberazione** del Direttore generale **n. 543 del 23 ottobre 2012** e deliberazione **n. 424 del 30 luglio 2013**.

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

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

29 Centro Unico di Prenotazione.

L'andamento complessivo dei volumi delle **PRESTAZIONI EROGATE**, nel periodo di vigenza³⁰ della legge provinciale n. 22 del 2007, nella MODALITÀ **DIRETTA (pubblica e convenzionata)** – secondo le indicazioni organizzative stabilite dalla Giunta provinciale con le Direttive annuali di attuazione – è rappresentato nella Figura che segue.



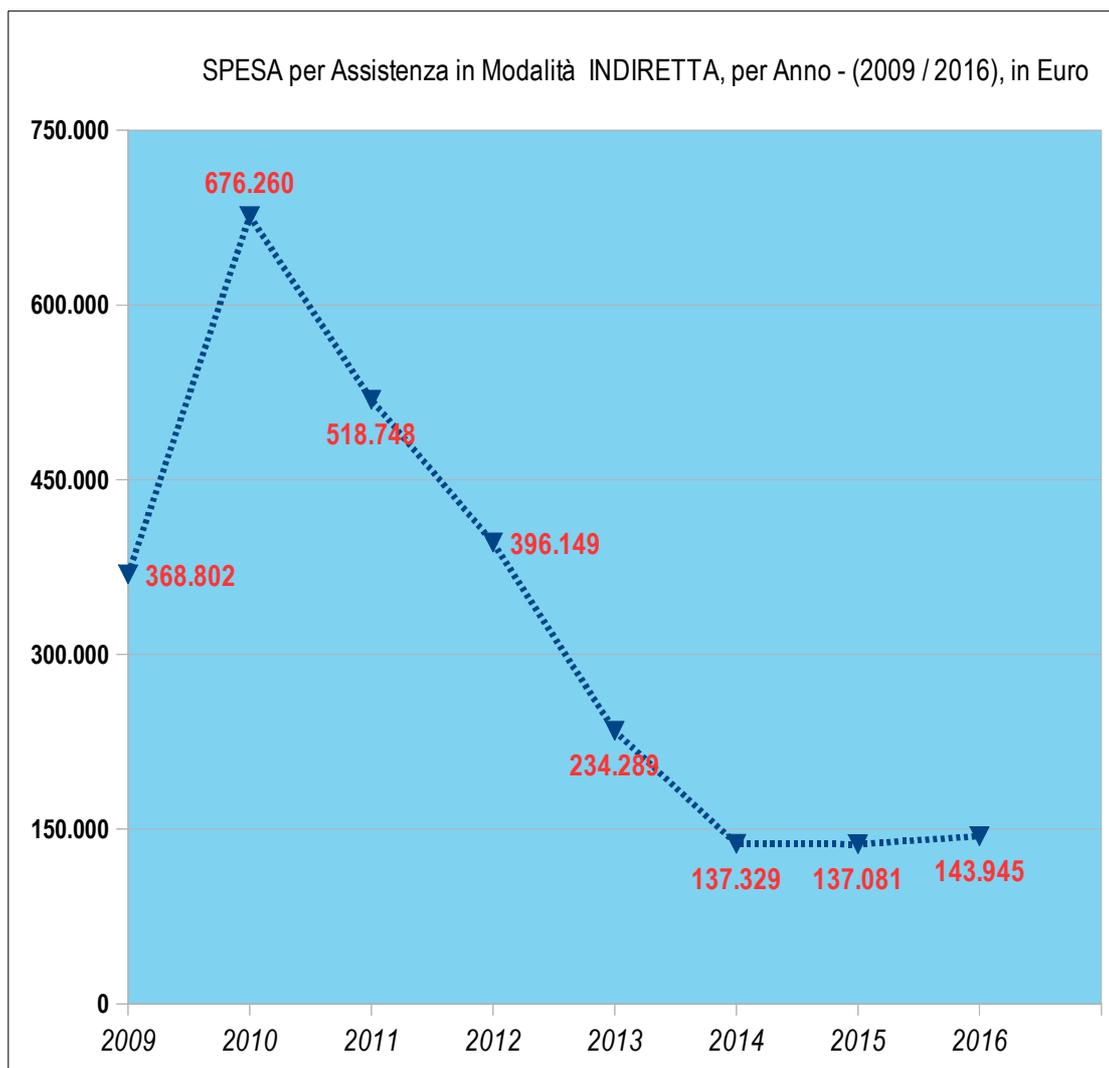
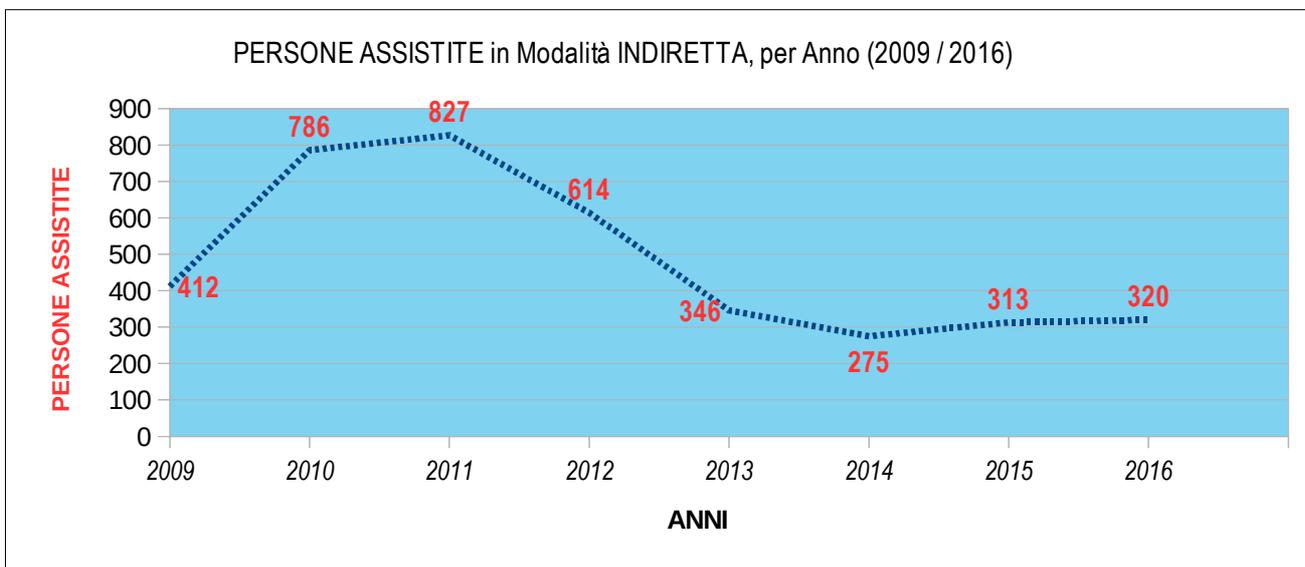
L'assistenza odontoiatrica **DIRETTA** ha mostrato un **andamento complessivo crescente ed atteso tra il 2009 e il 2010** – in ragione dell'aumento del finanziamento messo a disposizione dalla Provincia e del conseguente e consistente aumento (da 5 a 18) del numero di accordi negoziali di convenzione con strutture private odontoiatriche – e una **successiva stabilizzazione nel periodo 2010-2016**, con una **media annua** pari a circa **136.000 prestazioni complessive** erogate agli aventi diritto.

Riguardo alle **strutture erogative dell'Azienda sanitaria** – il cui **numero ed assetto organizzativo è rimasto pressoché invariato** – si è rilevato un **andamento sostanzialmente stabile nel periodo 2009-2016**, con una **media annua** pari a circa **74.500 prestazioni complessive** erogate.

Con riferimento agli **studi/ambulatori odontoiatrici privati convenzionati** col servizio sanitario provinciale, si è registrato un **andamento crescente ed atteso** delle prestazioni erogate – in linea con l'aumento del numero di strutture convenzionate negli anni (da 5 nel 2009, a 27 nel 2016), e una **successiva stabilizzazione**, negli anni più recenti, con una **media annua** pari a circa **62.000 prestazioni complessive** erogate nel periodo 2010-2016.

30 I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora disponibili.

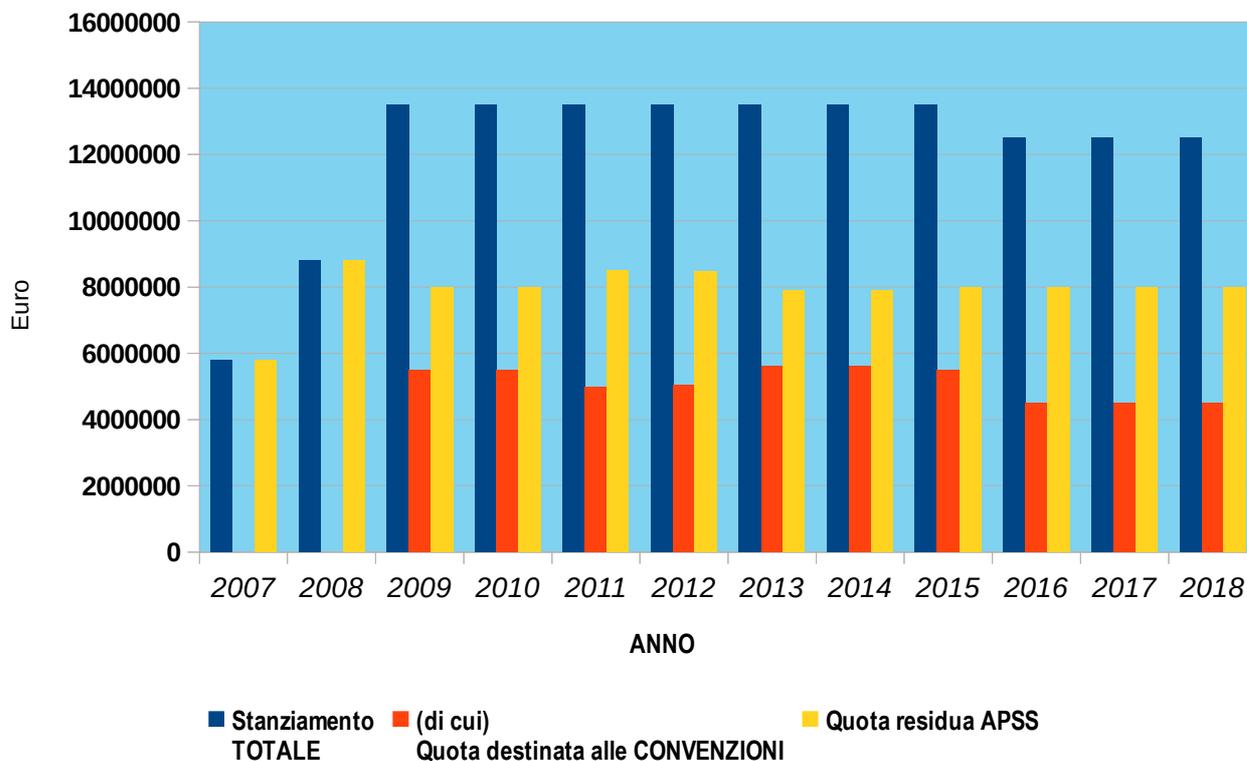
L'ATTIVITÀ EROGATA nel periodo di vigenza³¹ della legge provinciale n. 22 del 2007 nella MODALITÀ **INDIRETTA** (da studi privati **NON convenzionati**) – secondo le indicazioni stabilite nelle Direttive annuali – è rappresentata nelle seguenti due Figure. Mostrando un **andamento nel complesso decrescente** nel periodo 2009-2016, la **modalità di assistenza “INDIRETTA”** si conferma **“via residuale”** coerentemente con la connotazione stabilita dalla legge provinciale n. 22/2007.



31 I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora disponibili.

Nella Figura seguente è rappresentato l'andamento delle **RISORSE FINANZIARIE** – definito nell'ambito del riparto del Fondo sanitario provinciale di parte corrente relativo ad ogni anno di vigenza della legge provinciale – che la **Giunta provinciale ha messo a disposizione per l'erogazione dei livelli di assistenza odontoiatrica** (essenziali ed aggiuntivi) ed assegnato all'**Azienda sanitaria** con le deliberazioni recanti le "Disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio sanitario provinciale".

RISORSE FINANZIARIE DESTINATE ALL'ASSISTENZA ODONTOIATRICA

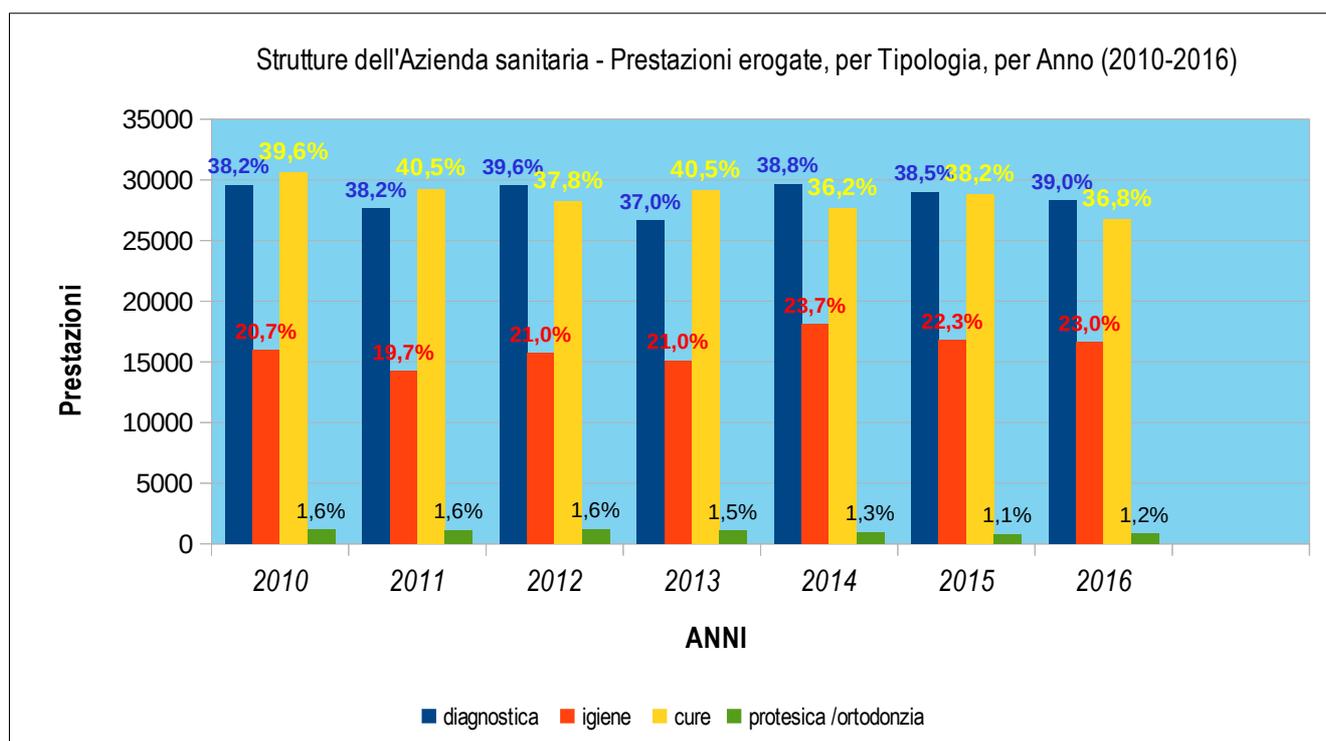


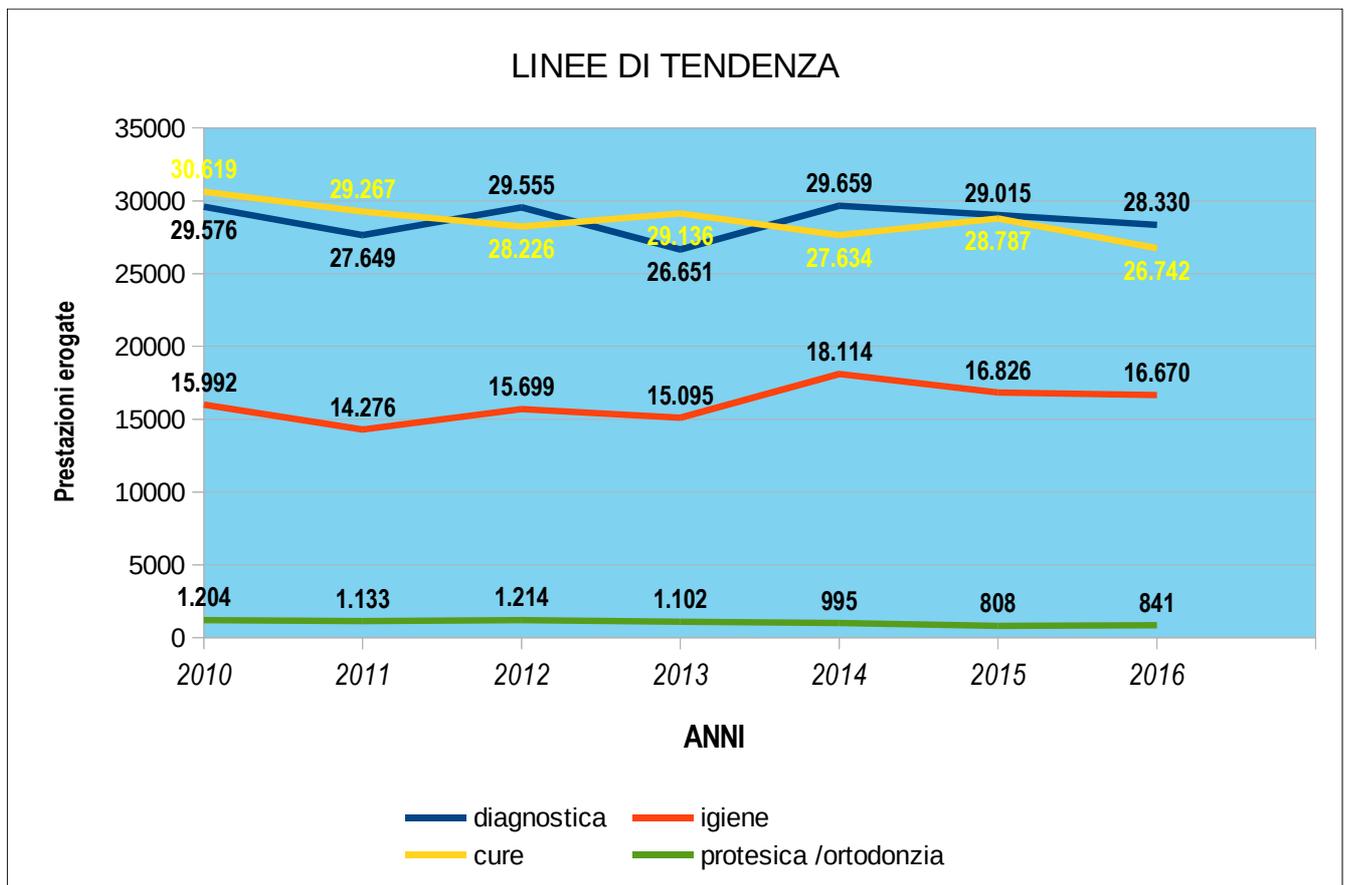
Andamento RISORSE FINANZIARIE stanziare in vigenza della LP n. 22 del 2007, per ANNO, in Euro				
ANNO	Stanziamiento TOTALE	(di cui) Quota destinata alle CONVENZIONI con Studi privati	Quota residua APSS	La ripartizione delle risorse, tra le diverse modalità di assistenza previste prevede che:
2007 Assistenza odontoiatrica pubblica	5.800.000,00	-	5.800.000,00	il budget complessivo per singola struttura convenzionata è fissato nell'accordo annuale e può essere rideterminato in corso d'anno, per garantire la continuità delle cure in ambito distrettuale;
2008 Avvio nuovi LEA odontoiatria (+ 3 mli)	8.800.000,00	-	8.800.000,00	
2009 Stanziamento consolidato, a regime.	13.500.000,00	5.500.000,00	8.000.000,00	ciascuna struttura privata convenzionata ottiene la liquidazione delle somme dovute (da parte del Distretto sanitario di riferimento) subordinatamente alla puntuale rendicontazione mensile della spesa sostenuta a fronte delle prestazioni erogate all'utenza;
2010	13.500.000,00	5.500.000,00	8.000.000,00	
2011	13.500.000,00	4.981.800,00	8.518.200,00	
2012	13.500.000,00	5.029.842,00	8.470.158,00	
2013	13.500.000,00	5.600.637,00	7.899.363,00	
2014	13.500.000,00	5.603.942,00	7.896.058,00	una quota di risorse costituisce riserva per l'assistenza indiretta (non programmabile a inizio anno).
2015	13.500.000,00	5.500.000,00	8.000.000,00	
2016 lo stanziamento viene ridotto di 1 mli	12.500.000,00	4.500.000,00	8.000.000,00	
2017	12.500.000,00	4.500.000,00	8.000.000,00	
2018	12.500.000,00	4.500.000,00	8.000.000,00	

L'andamento dei volumi delle **PRESTAZIONI EROGATE** in regime di assistenza **DIRETTA PUBBLICA (Azienda provinciale per i servizi sanitari)** – distinto per **Anno**, per **Tipologia** di prestazione, per **SEDE** di erogazione e secondo la **Fascia di età** dei beneficiari – è rappresentato nelle Tavole e Figure che seguono.

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

* I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora disponibili





Strutture AZIENDA sanitaria - PRESTAZIONI odontoiatriche per SEDE di erogazione , per Anno (2009-2016) *

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

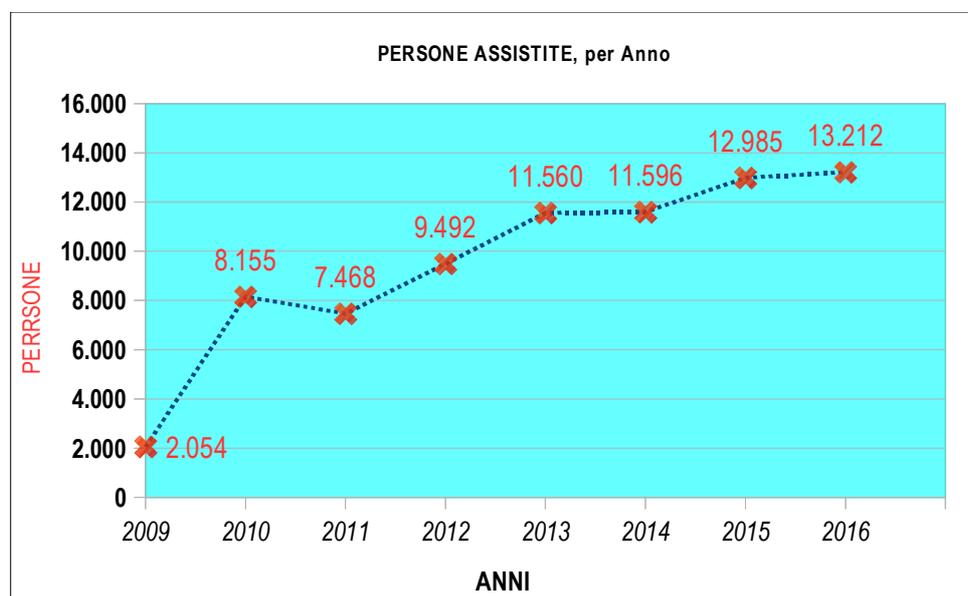
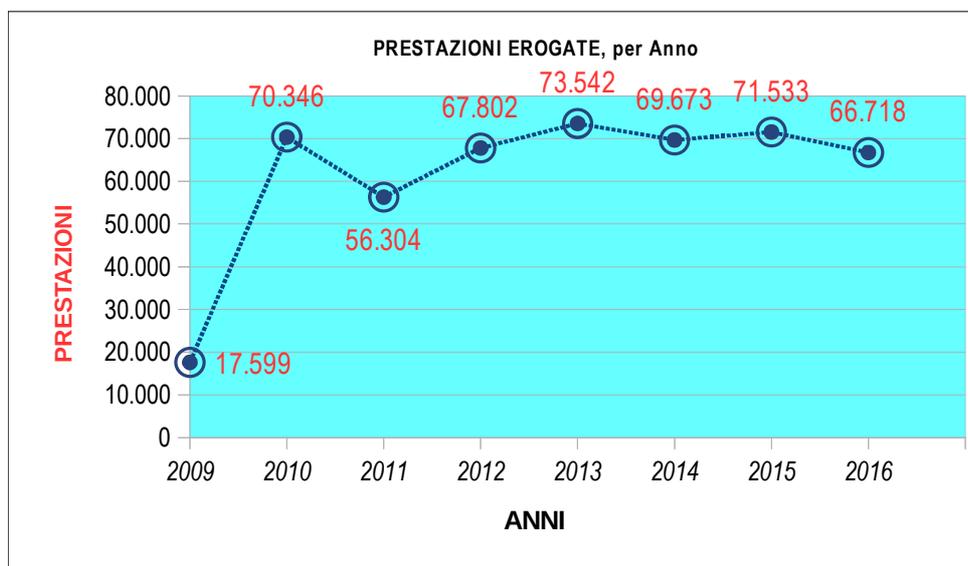
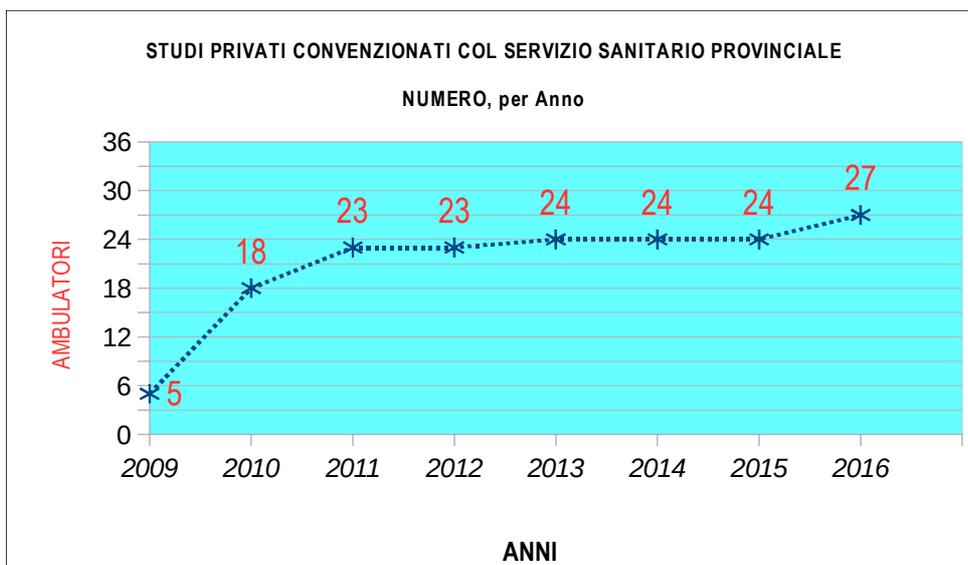
* I dati di attività dell'anno 2017 non sono ancora stati resi disponibili

Strutture dell'Azienda sanitaria – PRESTAZIONI odontoiatriche erogate, per Fascia di età, per Anno (2010-2016)

ANNO	Fascia di Età						TOTALE	
	0-17 anni		18-65 anni		oltre 65 anni			
2010	nd	nd	nd	nd	nd	nd	77.391	100%
2011	nd	nd	nd	nd	nd	nd	72.325	100%
2012	32.298	46,0%	34.572	44,50%	7.824	9,5%	74.694	100%
2013	31.388	46,75%	34.056	45,0%	6.540	8,2%	71.984	100%
2014	33.725	47,50%	34.405	43,25%	8.272	9,25%	76.402	100%
2015	39.001	55,50%	31.442	39,0%	4.993	5,50%	75.436	100%
2016	35.965	53,25%	30.959	40,25%	5.659	6,50%	72.583	100%
2017	I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora disponibili							

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

L'andamento dei volumi delle **PRESTAZIONI EROGATE** in regime di assistenza **DIRETTA PUBBLICA CONVENZIONATA** (**studi privati convenzionati col SSP**) è rappresentato nelle Tavole e Figure che seguono.



Assistenza DIRETTA PUBBLICA **CONVENZIONATA** – Prestazioni erogate, per **Tipologia**, per **Anno** (2010-2016) *

Tipologia di PRESTAZIONE	ANNO						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DIAGNOSTICA	16.570	10.170	13.890	16.028	13.929	15.128	14.723
<i>prima visita</i>	<i>7.201</i>	<i>4.939</i>	<i>6.562</i>	<i>8.078</i>	<i>6.923</i>	<i>7.850</i>	<i>7.308</i>
<i>visita di controllo</i>	<i>952</i>	<i>961</i>	<i>1.640</i>	<i>2.314</i>	<i>2.728</i>	<i>3.620</i>	<i>3.956</i>
<i>radiografia</i>	<i>8.417</i>	<i>4.270</i>	<i>5.688</i>	<i>5.636</i>	<i>4.278</i>	<i>3.658</i>	<i>3.459</i>
IGIENE	10.244	9.249	13.315	14.597	15.264	17.532	17.025
CURE	36.094	28.301	31.811	34.902	32.519	32.440	30.338
PROTESICA / ORTODONZIA	7.438	8.584	8.786	8.844	7.961	6.433	4.632
TOTALE	70.346	56.304	67.802	73.524	69.673	71.533	66.718

Le prestazioni di **protesica e ortodonzia** sono effettuate per il% del totale dalle strutture Convenzionate.

Le prestazioni di protesica sono in decrescita sulla base della indicazione in tal senso stabilita con le Direttive annuali del 2014.

* I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora disponibili

Assistenza DIRETTA PUBBLICA **CONVENZIONATA** – Tipologia di beneficiari, per Anno (2009 / 2016)

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

I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora disponibili

Assistenza DIRETTA PUBBLICA **CONVENZIONATA** – Assistiti, Prestazioni, Spesa, per Anno (2009 / 2016)

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

Assistenza DIRETTA PUBBLICA **CONVENZIONATA** – Assistiti, Prestazioni, Spesa, per Anno (2009 / 2016)

ANNO / Tipologia beneficiari	Numero ASSISTITI	Numero PRESTAZIONI	VALORE delle prestazioni in Euro	Quota SPESA a carico di APSS	Quota SPESA a carico dell'Assistito Compartecipazione (%)
2013					
Donne in gravidanza (> 3° mese)	12	40	1.635,00	1.387,00	248,00 (15,2)
Persone in Nuclei familiari con ICEF<=0,20	5.569	42.992	3.800.975,00	3.212.039,00	588.936,00 (15,5)
Persone in età >=65anni	110	552	86.892,00	59.307,50	27.584,50 (31,7)
Persone in età <18 anni	5.923	29.958	1.667.619,00	1.536.104,50	131.514,50 (7,9)
Totale *	11.560	73.542	5.557.121,00	4.808.838,00	748.283,00 (13,5)
2014					
Donne in gravidanza (> 3° mese)	2	14	706,00	706,00	0,00 (0,0)
Persone in Nuclei familiari con ICEF<=0,20	5.588	39.550	3.587.814,00	3.004.638,00	583.176,00 (16,2)
Persone in età >=65anni	73	287	49.041,00	30.982,50	18.058,50 (36,8)
Persone in età <18 anni	6.010	29.822	2.034.173,00	1.807.766,00	226.407,00 (11,1)
Totale *	11.596	69.673	5.671.734,00	4.844.092,50	827.641,50 (14,6)
2015					
Donne in gravidanza (> 3° mese)	7	42	2.060,00	1.828,00	232,00 (11,3)
Persone in Nuclei familiari con ICEF<=0,20	6.471	39.291	3.261.205,00	2.716.219,00	544.986,00 (16,7)
Persone in età >=65anni	69	304	45.119,00	31.695,50	13.423,50 (29,7)
Persone in età <18 anni	6.518	31.896	2.089.760,00	1.875.212,00	214.548,00 (10,3)
Totale *	12.985	71.533	5.398.144,00	4.624.964,50	773.189,50 (14,3)
2016					
Donne in gravidanza (> 3° mese)	8	16	715,00	589,00	126,99 (17,6)
Persone in Nuclei familiari con ICEF<=0,20	6.305	34.278	2.612.054,00	2.182.124,50	429.929,50 (16,4)
Persone in età >=65anni	73	345	40.247,00	28.741,50	11.505,50 (28,6)
Persone in età <18 anni	6.889	32.079	2.198.048,00	1.957.230,50	240.817,50 (11,0)
Totale *	13.212	66.718	4.851.064,00	4.168.685,50	682.378,50 (14,1)
2017 L'Azienda provinciale per i servizi sanitari non ha ancora reso disponibili, ad aprile 2018, i dati di attività relativi all'anno 2017.					
* Ogni persona (assistito / beneficiario) è conteggiata una sola volta, anche se può avere avuto più Piani di cura.					
La compartecipazione , al costo delle prestazioni fruite, da parte delle persone assistite è risultata inizialmente (anni 2009 e 2010) pari al 10% , è aumentata a partire dal 2011 (con modificazione delle Direttive annuali), per stabilizzarsi intorno al 14% del costo totale.					

Assistenza DIRETTA PUBBLICA **CONVENZIONATA****Valore delle Prestazioni** (in Euro), per **Tipologia di beneficiario**, per Anno (2009 / 2016)

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

I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora disponibili

Assistenza DIRETTA PUBBLICA **CONVENZIONATA**
Costo medio per beneficiario, per Anno (2009 / 2016)

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

Assistenza DIRETTA PUBBLICA **CONVENZIONATA, per Anno (2009 / 2016)**

ANNO	Studi privati convenzionati	Variatz. su anno precedente	Assistiti				Partecipazione alla spesa da parte degli assistiti (%)	Prestazioni erogate	
			Variatz. su anno precedente	Ogni 1.000 residenti	in età <=18 anni	in Nuclei familiari con ICEF <= 0,20		Numero Totale	Variatz. su anno precedente
2009	5	-	-	-	-	-	9,8	17.599	-
2010	18	+ 13	+ 297 %	16	48,0 %	47,0 %	10,0	70.346	+ 300 %
2011	23	+ 5	- 8,4 %	14	49,4 %	49,0 %	14,2 ^	56.304	- 20,0 %
2012	23	-	+ 27 %	18	51,0 %	48,0 %	14,2	67.802	+ 20,5 %
2013	24	+ 1	+ 22 %	22	51,0 %	48,0 %	13,5	73.542	+ 8,4 %
2014	24	-	+ 0,3 %	22	52,0 %	48,0 %	14,59	69.673	- 5,3 %
2015	24	-	+ 12 %	24	50,0 %	50,0 %	14,32	71.533	+ 2,6%
2016 *	27	+ 3	+ 1,7 %	25	52,0 %	48,0 %	14,07	66.718	- 6,7%
2017	L'Azienda provinciale per i servizi sanitari non ha ancora reso disponibili, ad aprile 2018, i dati di attività relativi all'anno 2017.								

^ Per effetto dell'assoggettamento ad ICEF di prestazioni prima erogate a titolo gratuito.

* A partire dall'anno 2016 è diminuito il finanziamento della Provincia destinato alla Assistenza Diretta CONVENZIONATA (da 5,5 mli a 4,5 mli di Euro)

La Tavola che segue rappresenta l'andamento dei volumi delle **PRESTAZIONI EROGATE** in modalità di ASSISTENZA **INDIRETTA (studi privati NON convenzionati)**.

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

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

La Tavola seguente rappresenta il numero di **persone che hanno, complessivamente, beneficiato delle prestazioni di assistenza odontoiatrica** nelle diverse modalità stabilite dalla legge provinciale n. 22 del 2007.

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

Obiettivo specifico N° 1

ASSICURARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA AI **SOGGETTI IN ETÀ INFANTILE ED EVOLUTIVA**

Con riferimento alla ETÀ INFANTILE ED EVOLUTIVA, la **Giunta provinciale ha specificato** – nelle **prime Direttive annuali** di attuazione della legge provinciale n. 22/2007 – gli **AMBITI DI TUTELA** come rappresentati nella seguente Figura.

TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA A FAVORE DEI SOGGETTI IN ETÀ EVOLUTIVA	
DESTINATARI	Popolazione con età minore di anni 18 alla data di richiesta delle prestazioni sanitarie e/o degli interventi economici.
OGGETTO DELL'ATTIVITÀ	<p>Prevenzione primaria Analisi epidemiologica e attività di screening sulla situazione dentaria di bambini in “età filtro” da individuarsi con specifici protocolli. Promozione dell'igiene orale. Fluoroprofilassi. Controllo dell'alimentazione. Coinvolgimento dei pediatri di famiglia al fine della informativa inerente la profilassi della carie dentaria. Realizzazione attività di formazione e di informazione sull'igiene orale ed alimentare specificamente rivolta ai genitori e agli insegnanti della scuola primaria e secondaria.</p> <p>Prevenzione secondaria Interventi curativi: le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica previste dal vigente Nomenclatore tariffario.</p> <p>Ortodonzia – Assistenza protesica</p>
LIVELLO DI ASSISTENZA	<p>Gli interventi di <u>prevenzione primaria</u> compresi in quest'area costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sono erogati, <u>a titolo gratuito, a beneficio di tutti i soggetti presenti sul territorio provinciale;</u></p> <p>Gli interventi di <u>prevenzione secondaria</u> compresi in questa area costituiscono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono erogati – <u>a titolo gratuito – a beneficio degli iscritti al servizio sanitario provinciale, con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale.</u></p> <p>Gli interventi di <u>ortodonzia e protesica</u> compresi in quest'area costituiscono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono erogati – secondo l'articolazione tariffaria definita mediante l'indicatore ICEF – <u>a beneficio degli iscritti al servizio sanitario provinciale, con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale.</u></p>
MODALITÀ DI ACCESSO	<p>Prevenzione primaria Organizzazione delle attività a cura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, con accesso diretto o in regime di screening.</p> <p>Prevenzione secondaria Organizzazione delle attività a cura:</p> <ul style="list-style-type: none">- dei Distretti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, con accesso diretto;- di studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP;- di studi privati non convenzionati, in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia.

	<p>Ortodonzia e Assistenza protesica Organizzazione delle attività, secondo l'indice di necessità IOTN per l'ortodonzia, a cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - delle strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari con riferimento ai soggetti disabili; - di Studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP; - di Studi privati non convenzionati, in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia.
SEDE DI EROGAZIONE	<p>Prevenzione primaria Strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.</p> <p>Prevenzione secondaria, ortodonzia e assistenza protesica Strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP. Studi odontoiatrici privati non convenzionati in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia.</p>

La legge provinciale n. 22 del 2007 prevede che la prevenzione e **le prestazioni per l'età evolutiva sono inserite in un Piano Individuale di Prevenzione (PIP) – formulato secondo un diario clinico peculiare per fascia di età, e con formulazione e riscontro delle indicazioni terapeutiche, all'interno di uno specifico Libretto Sanitario Odontoiatrico (LSO)³²** che costituisce **parte integrante del Libretto Sanitario Pediatrico**, già in dotazione all'Azienda sanitaria.

Analogamente a quanto previsto dal libretto sanitario pediatrico, anche con riferimento all'assistenza odontoiatrica sono formulate – attraverso il LSO – indicazioni di carattere generale sulle problematiche odontoiatriche dell'età infantile ed evolutiva ed è definito il piano individuale di prevenzione (PIP) comprendente specifiche **check-list di controllo a scadenze predefinite**. La redazione del LSO è ad esclusiva cura dei genitori nei primi 3 anni di vita, a cura dei genitori e degli operatori sanitari (odontoiatra, ortodontista, igienista dentale) nelle età successive.

Le verifiche sul PIP – previste alle età di **4 anni, 7 anni** (attraverso lo screening odontoiatrico provinciale), **9 anni, 12 anni e 16 anni** – sono effettuate presso le strutture pubbliche e presso strutture private (odontoiatra di fiducia) che si impegnano ad inviare, alle strutture del Distretto sanitario di riferimento territoriale, la scheda informativa redatta dallo specialista.

Questa modalità consente di: monitorare l'adesione al modello proposto; prevedere azioni di richiamo; effettuare valutazioni di tipo epidemiologico

La Giunta provinciale ha introdotto, con le **Direttive annuali** degli **anni successivi**, le **modifiche e integrazioni** di seguito descritte.

A DECORRERE DALL'ANNO 2009:

- con riferimento all'**accesso alle cure ortodontiche** – per il quale è stato adottato il modello di valutazione delle malocclusioni definito "*indice di necessità di trattamento ortodontico*" – **sono stati inclusi anche i soggetti identificati con il grado di necessità 3** (oltre ai gradi 4 e 5 già previsti originariamente).

³² Redatto, su indicazione della Provincia, a cura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari e consultabile sul sito istituzionale (www.apss.tn.it). Lo **schema** adottato costituisce l'Allegato 8 della **APPENDICE 2** al presente documento.

Index of Treatment di Brook e Shaw Grado IOTN	NECESSITA' di terapia	Situazioni cliniche che si possono presentare – (grado correlato)
1	NESSUNA	lievi malposizioni o rotazioni dentarie - scivolamento ("displacement") < 1 mm
2	LIEVE	2.a overjet aumentato > 3,5 mm e < 6 mm con labbra competenti a riposo 2.b overjet negativo > 0 mm e < 1 mm 2.c cross bite laterale o anteriore con scivolamento della mandibola < 1 mm fra la posizione di precontatto e la massima intercuspideazione 2.d spostamento dei denti dal perimetro di arcata > 1 mm e < 2 mm 2.e open bite laterale o anteriore > 1 mm e < 2 mm 2.f over bite > 3,5 mm senza contatto gengivale 2.g occlusione pre-post normale senza alcuna altra anomalia (fino a discrepanza di mezza unità)
3	MODERATA	3.a overjet aumentato > 3,5 mm e < 6 mm con labbra incompetenti a riposo 3.b overjet negativo > 1 mm e < 3,5 mm 3.c cross bite laterale o anteriore con scivolamento della mandibola > 1 mm e < 2 mm fra la posizione di precontatto e la massima intercuspideazione 3.d spostamento dei denti dal perimetro di arcata > 2 mm e < 4 mm 3.e open bite laterale o anteriore > 2 mm e < 4 mm 3.f over bite aumentato e completo, senza trauma gengivale o palatino
4	GRANDE	4.a overjet aumentato > 6 mm e < 9 mm 4.b overjet negativo > 3,5 mm senza difficoltà alla masticazione e alla fonazione 4.c cross bite anteriore o laterale con scivolamento della mandibola > 2 mm fra la posizione di precontatto e la massima intercuspideazione 4.d spostamento dei denti dal perimetro di arcata > 4 mm 4.e open bite anteriore o laterale > 4 mm 4.f overbite aumentato e completo, con trauma gengivale o palatino 4.h ipodontia lieve, con necessità di terapia preprotetica o di chiusura degli spazi per ovviare alla necessità di protesi 4.i cross bite posteriore, senza contatto occlusale funzionale in uno o ambedue i segmenti latero-posteriori 4.m overjet negativo > 1 mm e < 3,5 mm con difficoltà documentabili alla fonazione e alla masticazione 4.t denti parzialmente erotti, inclinati o impattati contro denti adiacenti
5	ESTREMA	5.a overjet aumentato > 9 mm 5.h ipodontia diffusa con necessità di terapia preprotetica (più di un elemento mancante per emiarcata) 5.i inclusioni dentarie (escluso il 3° molare), dovute ad affollamento, spostamento, denti sovranumerari, ritenzione di denti decidui o cause patologiche 5.m overjet negativo > 3,5 mm con difficoltà alla masticazione e alla fonazione 5.p cheilognatopalatoschisi o anomalie craniofacciali 5.s denti decidui sommersi (anchilosati)

A DECORRERE DALL'ANNO 2010:

- il tempo massimo per la “presa in carico” in assistenza DIRETTA (presso ambulatori dell'Azienda sanitaria e studi/ambulatori privati convenzionati col SSP) – trascorso il quale è possibile accedere (previo “nulla osta” del Distretto di riferimento) all'assistenza in modalità INDIRETTA (presso ambulatori/studi privati NON convenzionati) – è stato abbassato dai 60 giorni ai 45 giorni;
- i soggetti minori temporaneamente domiciliati presso strutture residenziali socio-educative che insistono sul territorio provinciale possono accedere alle prestazioni odontoiatriche prescindendo dal requisito della residenza (stabilito dalla normativa provinciale in vigore – almeno 3 anni).

A DECORRERE DALL'ANNO 2011:

- le prestazioni relative alla prevenzione secondaria (interventi curativi) relativamente alle classi di età 15-18 sono erogate con la compartecipazione alla spesa da parte del beneficiario, secondo l'articolazione tariffaria definita con l'indicatore ICEF.

A DECORRERE DALL'ANNO 2012:

- il minore adottato o in affidamento residente da meno di tre anni al momento della richiesta può accedere alle cure odontoiatriche se i genitori hanno la residenza da almeno tre anni;
- il minore residente da meno di tre anni al momento della richiesta può accedere alle cure odontoiatriche qualora i genitori ai quali si ricongiunge abbiano la residenza da almeno tre anni.

A DECORRERE DALL'ANNO 2013:

- APSS ha definito nuove modalità di integrazione del libretto sanitario odontoiatrico (LSO) nel libretto sanitario pediatrico stabilendo, in particolare, le modalità operative di inserimento in quest'ultimo dei dati sulle

problematiche odontoiatriche dell'età evolutiva, utili ai fini epidemiologici, tramite nuove **ulteriori rilevazioni** nelle **schede di bilancio di salute a 12 mesi, 6 anni, 13 anni**.

A DECORRERE DALL'ANNO 2014:

- le **indicazioni di carattere generale sulle problematiche odontoiatriche dell'età evolutiva, compresa la definizione del piano individuale di prevenzione (PIP)** – non più ricomprese, dal 2013, nel libretto sanitario odontoiatrico (LSO) – **dovranno trovare** (nel corso del 2014) una loro **specifico formalizzazione in un documento redatto a cura del Dipartimento di Prevenzione di APSS e condiviso con il Dipartimento materno-infantile/area pediatrica** in relazione alle **attività afferenti alla “rete odontoiatrica pediatrica”** e adottate con la deliberazione della Giunta provinciale n, 1174 del 14 luglio 2014.

La **introduzione delle nuove modalità operative di esecuzione dell'attività di prevenzione primaria** a cura di APSS e, in particolare, del **Piano Individuale di Prevenzione (PIP)** – che, finalizzato alla presa in carico del minore da parte della **“rete odontoiatrica pediatrica”** nell'ambito di un complessivo intervento di sorveglianza sullo stato di salute orale, si concretizza in azioni coordinate e consequenziali che prendono l'avvio con la prima visita odontoiatrica all'età di 3/4 anni (*Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia del Ministero della Salute*) e si sviluppano con la valutazione del rischio carie e con la personalizzazione del piano di prevenzione odontoiatrica – hanno richiesto la coerente **revisone della originaria scheda relativa agli AMBITI di TUTELA relativi all'età infantile ed evolutiva** con la approvazione della seguente.

TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA A FAVORE DEI SOGGETTI IN ETA' EVOLUTIVA	
DESTINATARI	Popolazione con età minore di anni 18 alla data di richiesta delle prestazioni sanitarie e/o degli interventi economici.
OGGETTO DELL'ATTIVITÀ	<p>Prevenzione primaria * Analisi epidemiologica e attività di screening sulla situazione dentaria di bambini in “età filtro” da individuarsi con specifici protocolli. Promozione dell'igiene orale. Fluoroprofilassi. Controllo dell'alimentazione. Coinvolgimento dei pediatri di famiglia al fine della informativa inerente la profilassi della carie dentaria. Realizzazione attività di formazione e di informazione sull'igiene orale ed alimentare specificamente rivolta ai genitori e agli insegnanti della <i>scuola dell'infanzia e primaria</i>. <i>Visita odontoiatrica</i> <i>Definizione del rischio carie</i> <i>Sigillatura dei solchi</i></p> <p>Prevenzione secondaria Interventi curativi: le prestazioni d'assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica previste dal vigente Nomenclatore tariffario.</p> <p>-</p> <p>Ortodonzia – Assistenza protesica</p>

<p style="text-align: center;">LIVELLO DI ASSISTENZA</p>	<p>Gli interventi di <u>prevenzione primaria</u> compresi in quest'area costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sono erogati, <u>a titolo gratuito, a beneficio di tutti i soggetti presenti sul territorio provinciale.</u> La prestazione "<i>sigillatura dei solchi</i>" è erogata a titolo gratuito a beneficio dei soli soggetti iscritti al servizio sanitario provinciale e residenti in provincia di Trento.</p> <p>Gli interventi di <u>prevenzione secondaria</u>, compresi in questa area, costituiscono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono erogati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per le classi di età 0-14 a titolo gratuito a beneficio degli iscritti al servizio sanitario provinciale con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale; - per le classi di età 15-18, secondo l'articolazione tariffaria definita mediante l'indicatore ICEF (con Icef > 0,20 corrispondendo la tariffa piena prevista dal Nomenclatore tariffario) a beneficio degli iscritti al servizio sanitario provinciale con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale vigente. <p>Gli interventi di <u>ortodonzia e protesica</u>, compresi in quest'area, costituiscono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono erogati – secondo l'articolazione tariffaria definita mediante l'indicatore Icef – a beneficio degli iscritti al servizio sanitario provinciale, con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale vigente.</p> <p>Possono accedere alle prestazioni prescindendo dal requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale vigente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i minori frequentanti la classe 2^a elementare inviati al secondo livello nell'ambito dello screening provinciale; - il minore temporaneamente domiciliato presso strutture residenziali socio-educative ubicate sul territorio provinciale; - il minore adottato o in affidamento residente da meno di tre anni al momento della richiesta se i genitori hanno la residenza da almeno tre anni; - il minore residente da meno di tre anni al momento della richiesta, se i genitori ai quali si ricongiunge hanno la residenza da almeno tre anni.
<p style="text-align: center;">MODALITÀ DI ACCESSO</p>	<p>Prevenzione primaria Organizzazione delle attività a cura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, con accesso diretto o in regime di screening.</p> <p>Prevenzione secondaria Organizzazione delle attività a cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dei Distretti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, con accesso diretto; - di studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP; - di studi privati non convenzionati, in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia. <p>Ortodonzia e Assistenza protesica Organizzazione delle attività, secondo l'indice di necessità IOTN per l'ortodonzia, a cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - delle strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari: <ul style="list-style-type: none"> ☞ Unità operativa di Chirurgia orale per disabili e Odontoiatria dell'Ospedale S. Lorenzo Borgo Valsugana; ☞ Unità operativa di Chirurgia Maxillo-facciale e Odontostomatologia – Ospedale di Trento; - di Studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP; - di Studi privati non convenzionati, in regime di assistenza indiretta secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia.

SEDE DI EROGAZIONE	<p>Prevenzione primaria Strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.</p> <p>Prevenzione secondaria, ortodonzia e assistenza protesica Strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP. Studi odontoiatrici privati non convenzionati in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia. Il minore temporaneamente domiciliato presso strutture residenziali socio-educative ubicate sul territorio provinciale, è assistito dalle Strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.</p>
<p>*</p> <p>La sorveglianza sullo stato di salute orale dei soggetti in età evolutiva, in carico alla <i>rete odontoiatrica pediatrica</i>, si concretizza attraverso azioni coordinate e consequenziali rivolte a tutta la popolazione pediatrica che prendono l'avvio con la prima visita odontoiatrica all'età di tre/quattro anni. <i>(L'elevata prevalenza della patologia cariosa nella popolazione infantile italiana ci porta a considerare l'intera popolazione come potenzialmente a rischio di carie e, pertanto, bisognosa di interventi preventivi di tipo estensivo". "E' consigliabile che la prima visita odontoiatrica venga fatta a completamento della dentizione decidua (3-4 anni di età) indipendentemente dalla presenza o meno di problematiche dentali" (Ministero della salute - Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia – gennaio 2014).</i></p> <p>Nel corso della prima visita, l'odontoiatra deve valutare lo stato di salute della bocca, dei tessuti duri e molli, dell'articolazione temporo-mandibolare; controllare che la formula dentaria sia corretta e compatibile con l'età del paziente e che i denti presenti siano sani e in corretta occlusione. Va inoltre controllata la presenza di abitudini viziate (persistenza dell'uso del ciuccio e del succhiamento del dito) che possono alterare lo sviluppo armonici dei mascellari.</p> <p>L'igienista dentale collabora con l'odontoiatra in occasione della prima visita (contestualmente o successivamente alla stessa) per spiegare ai genitori e al piccolo paziente i principi fondamentali della prevenzione primaria in particolare della patologia cariosa.</p> <p>La carie è una malattia infettiva a carattere cronico-degenerativo, trasmissibile, ad eziologia multifattoriale che interessa i tessuti duri dentali determinandone la distruzione.</p> <p>I fattori eziologici che concorrono alla formazione di carie sono principalmente tre, presenti contemporaneamente nel tempo per determinare la patologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - flora batterica (biofilm) cariogena, - dieta ricca di carboidrati fermentabili, - suscettibilità dell'ospite. <p>È quindi necessario fornire ai genitori informazioni e indicazioni rispetto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - igiene orale domiciliare per il controllo di placca quotidiano; - igiene alimentare per la prevenzione delle patologie orali; - fluoroprofilassi in base al rischio individuale di carie; - aspetti organizzativi del servizio odontoiatrico pediatrico e modalità di accesso all'assistenza odontoiatrica. <p>La rimozione dei depositi molli dalle superfici orali è importante per il mantenimento della salute di denti e gengive.</p> <p>Per le manovre di igiene orale domiciliare, si consiglia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per i bambini di età inferiore ai 6 anni, le manovre devono essere eseguite dal genitore o sotto la sua diretta supervisione dal bambino stesso, in base alla manualità del bambino; - per i bambini dai 6 anni in su, le manovre possono essere eseguite direttamente dal bambino con la supervisione del genitore. <p>Le indicazioni per il mantenimento di una dieta acariogena devono comprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ruolo dei carboidrati nella formazione della carie, - suggerimenti per snack e fuori-pasto scarsamente cariogeni e per utilizzo dei "cibi funzionali" (contenenti Stevia rebaudiana, xilitolo, ...), - frequenza dei pasti e dei fuori-pasto correlati al rischio carie. <p>L'assunzione di bevande e cibi contenenti carboidrati semplici è sconsigliata fuori dai pasti principali; in particolare, l'uso del succhiotto edulcorato e l'uso non nutrizionale del biberon contenente bevande zuccherine devono essere fortemente sconsigliati.</p> <p>La fluoroprofilassi, intesa come metodica di prevenzione della carie attraverso l'utilizzo di fluoro, è necessaria in tutti gli individui. Può essere effettuata per via sistemica o per via topica. Il mezzo di somministrazione più idoneo sarà indicato dallo specialista in base al rischio carie individuale. L'igienista dentale, in occasione della prima visita, procede al calcolo</p>	

del rischio carie del bambino. Il rischio individuale di sviluppare lesioni cariose si può calcolare valutando i numerosi fattori che intervengono nello sviluppo della patologia cariosa: esperienza di carie, abitudini alimentari e di igiene orale, fluoroprofilassi, stato di salute generale, stato socioeconomico della famiglia.

In base al rischio carie individuato e a quanto rilevato dall'odontoiatra in occasione della visita, **si personalizza il piano individuale di prevenzione** prevedendo le fasi successive di presa in carico attraverso schemi differenziati di protocolli clinici professionali. È opportuno ri-calcolare periodicamente (in occasione dei controlli periodici) il rischio carie del bambino in modo da modulare gli interventi di prevenzione e/o terapeutici in base al rischio calcolato.

Il rischio carie viene valutato con gradi diversi di intensità: basso, medio e alto.

In base al grado di intensità e all'età del bambino vengono formulati **interventi preventivi differenziati** che comprendono l'igiene orale (controllo domiciliare della placca), l'igiene alimentare, la fluoro profilassi, le sigillature dei solchi e fossette ed eventuali interventi terapeutici. Tutti i soggetti a medio e alto rischio carie richiedono misure preventive aggiuntive.

L'applicazione del piano individuale di prevenzione, oltre a sviluppare azioni di prevenzione primaria (educazione e counselling individuale sugli stili di vita), è finalizzata a identificare situazioni di rischio e a **diagnosticare precocemente le patologie in fase iniziale** per sviluppare un percorso preventivo/terapeutico adeguato con miglioramento della qualità della vita.

In tale contesto i costi sanitari risultano ridotti per il minor carico assistenziale necessario e rappresentano una adeguata modalità di sviluppo della prevenzione in tutte le declinazioni: primaria, secondaria e terziaria. Infatti si va ad agire anche sui pazienti con esperienza di carie attivando, oltre al piano terapeutico, una modalità di prevenzione atta a ridurre il rischio di insorgenza di nuove lesioni modificando il rischio carie da alto a moderato.

La sorveglianza sullo stato di salute orale dei soggetti in età evolutiva è rivolta anche alla prevenzione della **malocclusione** e, pertanto, la prima visita odontoiatrica all'età di tre/quattro anni è finalizzata non solo alla valutazione del rischio carie ma anche alla valutazione del rischio di malocclusione.

- con riferimento alle modalità di **accesso**, di **erogazione** delle prestazioni e di **compartecipazione alla spesa** da parte del beneficiario determinata dal coefficiente ICEF³³, **si precisa che:**
 - l'utente corrisponde, rispetto alle prestazioni fruite ai sensi della legge provinciale n.22/2007, la quota di compartecipazione alla spesa dovuta per le prestazioni erogate ad ogni singolo accesso in base al proprio coefficiente ICEF tempo per tempo vigente;
 - nel caso in cui nel corso del piano di cura vengano meno i requisiti di accesso per le prestazioni a carico del SSP (ad esempio, nuovo coefficiente ICEF superiore alla soglia del 0,20), l'utente può completare il piano di cura pagando la tariffa intera prevista dallo specifico Nomenclatore.

Soggetti DESTINATARI	PRESTAZIONI riconosciute	STRUTTURA erogatrice			Valutazione economico-patrimoniale del nucleo familiare di riferimento	
		Pubblica / DIRETTA		Privata / INDIRETTA	Indicatore ICEF	
		APSS	Studi Convvenz.ti	Se presa in carico DIRETTA > 45 giorni		
Soggetti in età infantile ed evolutiva	Prevenzione primaria	X				
	Prevenzione secondaria	X	X	X	Classe di età 15-18anni X (articolazione tariffaria)	Con ICEF>0,20 = tariffa piena
	Ortodonzia e protesica	X (disabili)	X	X	X (articolazione tariffaria)	

33 Parametro per individuare i nuclei in condizione economico-patrimoniale bassa (vulnerabilità per reddito) e relativa soglia di accesso.

Per perseguire l'obiettivo di assicurare le prestazioni di **assistenza odontoiatrica ai SOGGETTI IN ETÀ INFANTILE ED EVOLUTIVA** (nelle diverse modalità previste) – in esecuzione delle indicazioni contenute nelle Direttive annuali della Giunta provinciale – **sono state realizzate le attività di seguito descritte.**

In merito alla **PREVENZIONE PRIMARIA**, affidata dalla normativa provinciale all'Azienda provinciale per i servizi sanitari, va segnalato che la **salute orale in età evolutiva** è stata **monitorata**, fin dal 1998, adottando lo **screening odontoiatrico scolastico** che rappresenta una modalità per verificare, nel confronto con le indagini epidemiologiche precedenti, il raggiungimento o meno degli obiettivi che il servizio sanitario provinciale persegue in termini di miglioramento della salute orale identificando prevalenza e intensità delle patologie, per orientare scelte della programmazione sanitaria basate su dati oggettivi che definiscono le priorità di intervento.

Le **modalità di effettuazione dello screening odontoiatrico scolastico** – universale o campionario (per le classi in età 6-9-12 anni, o per le classi 2^a elementare) – si sono **differenziate negli anni** e sono riconducibili ai **3 periodi** seguenti:

- nell'intervallo **1998-2008** la rilevazione dello stato di salute orale si è basata sulla valutazione eseguita *a cura degli assistenti sanitari* dei Distretti di riferimento, con **accesso diretto agli istituti scolastici**;
- negli anni **2009-2013** l'attività di screening odontoiatrico è consistita nella **valutazione endorale a scuola**, effettuata dall'**igienista dentale** (gruppo professionale istituito nel 2009), **degli scolari delle seconde classi elementari** (circa 5.000 bambini), finalizzato a valutare lo stato di salute orale e la necessità di invio al secondo livello per eventuali sigillature e cure;
- nel periodo **2014-2017** la modalità di effettuazione dello screening odontoiatrico è **stata nuovamente modificata** prevedendo il coordinamento del *Dipartimento di Prevenzione* di APSS e il supporto del *Responsabile della Rete odontoiatrica provinciale*: **i genitori dei bambini della 2^a classe della scuola primaria di 1^o grado (elementare) sono invitati, per il tramite degli istituti scolastici** (invio lettera), **a prenotare, tramite CUP, una visita odontoiatrica per i propri figli presso gli ambulatori pubblici dei Distretti sanitari di riferimento.**

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

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

malocclusioni La rilevazione può essere influenzata dal giudizio soggettivo degli operatori.	59,9% (di cui il 19,4% in trattamento)	43,4% (di cui il 7,2% in trattamento)	47,3% (di cui il 21% in trattamento)	46,7% (di cui il 20,7% in trattamento)	46,9% (di cui il 19,8% in trattamento)	48,7% (di cui il 59,2% in trattamento)	43,1% (di cui il 60,8% in trattamento)	
Inviati all'odontoiatra (2° livello) per: carie 54,6% malocclus. 53,6% tartaro 7,7% altro 28,62%	44,5%	44,8% per: sigillature 26,7% carie 53,0% malocclus. 54,8%	40,8% per: sigillature 29,2% carie 49,7% malocclus. 60,0%	43,3% per: sigillature 31,7% carie 53,2% malocclus. 54,5%	57,6% per: sigillature 32,0% carie 48,2% malocclus. 56,5%	92,3% per: igiene 62,5% sigillature 68,8% carie 35,5% malocclus. 52,8%	88,4% per: igiene 58,5% sigillature 70,6% carie 36,2% malocclus. 48,7%	Visitati dall'odontoiatra 1.529 (28,4%) (dei quali) inviati all'igienista dentale 964 (63%) presi in cura da odontoiatra 593 (39,0%)
Ritorno informativo (dati parziali) Lo scarso ritorno informativo non consente di valutare la qualità della diagnosi in occasione dello screening scolastico, né l'effettiva presa in carico da parte del secondo livello.	8,2%	20,9% conferma, da parte dell'odontoiatra, delle diagnosi di invio degli operatori dei Distretti sanitari = 79,4% dei casi	17,6% conferma, da parte dell'odontoiatra, delle diagnosi di invio degli operatori dei Distretti sanitari = 73,6% dei casi	27,9% conferma, da parte dell'odontoiatra, delle diagnosi di invio degli operatori dei Distretti sanitari = 29,3% dei casi	17,7% conferma, da parte dell'odontoiatra, delle diagnosi di invio degli operatori dei Distretti sanitari = 91,3% dei casi			
Indici epidemiologici L'indice dmft/DMFT è la somma dei denti (t/T = teeth), cariati (d/D = decayed), mancanti m/M e otturati (f/F = filled) riscontrati diviso il numero dei bambini visitati. La prevalenza della patologia cariosa in una popolazione può essere espressa come percentuale di soggetti colpiti (o indenni) oppure con l'indice dmft per i denti decidui (6 anni) o DMFT per i denti permanenti (12 anni). L'indice DMFT esprime la morbilità dentale: se la componente d/D (carie) di questo indice è prevalente significa che gli interventi preventivi ed il livello di assistenza sono carenti. In condizioni di ottimale accesso ai servizi, l'indice di urgenza totale dovrebbe essere il più BASSO possibile e l'indice di assistenza totale il più ALTO possibile.	dmft a 6 anni obiettivi OMS: anno 2000 50% esente da carie anno 2010 80% esente da carie	1,8 obiettivo OMS raggiunto	1,7 obiettivo OMS raggiunto	1,49 (esenti da carie 62,6%) obiettivo OMS raggiunto	1,5 (esenti da carie 61,2%) obiettivo OMS raggiunto	1,48 (esenti da carie 63,1%) obiettivo OMS raggiunto	1,45 (esenti da carie 67,2%) obiettivo OMS NON raggiunto	1,40 (esenti da carie 68,0%) obiettivo OMS NON raggiunto
	DMFT a 12 anni obiettivi OMS: anno 2000 DMFT < 3 anno 2010 DMFT < 1	1,5 obiettivo OMS raggiunto	1,3 obiettivo OMS raggiunto	1,0 obiettivo OMS raggiunto	0,99 obiettivo OMS raggiunto	0,95 obiettivo OMS raggiunto	obiettivo OMS NON raggiunto	obiettivo OMS NON raggiunto
	Indice di urgenza totale Incidenza (%) denti cariati, da trattare, sul totale dei denti dmft/DMFT						64,1	64,7
	Indice di assistenza totale Incidenza (%) denti già trattati (otturati), sul totale dei denti dmft/DMFT						27,2	26,1
@ Anno scolastico 2015-16: Inviati alla visita 5.430 ; Visitati dall'odontoiatra 1.598 (29,4%); inviati all'igienista dentale 989 (62%); presi in cura dall'odontoiatra 489 (31%). Anno scolastico 2016-17: I dati di attività relativi non sono ancora disponibili								
# L'Organizzazione Mondiale per la Salute ha posto due obiettivi da raggiungere per l'anno 2000 : 1) a 6 anni di età il 50% della popolazione deve essere esente da carie; 2) a 12 anni il DMFT (numero medio per soggetto di denti otturati, persi per carie e carciati) deve essere inferiore a 3.								
* Scuola elementare, classi 1ª e 4ª – Scuola media, classe 2ª								
^ Monitoraggio campionario – Tenuto conto dei favorevoli indicatori consolidatisi nel periodo 1998/2001, la rilevazione non ha ora necessità di essere gestita attraverso uno screening che riguardi in modo sistematico tutta la popolazione a rischio. Indicazione ai Distretti di effettuare una rilevazione non più universale, ma campionaria rispetto alle classi di età 6-9-12 anni.								
§ L'Organizzazione Mondiale per la Salute ha posto due obiettivi da raggiungere per l'anno 2010 : 1) a 6 anni di età l'80% della popolazione deve essere esente da carie; 2) a 12 anni il DMFT (numero medio per soggetto di denti otturati, persi per carie e carciati) deve essere inferiore a 1.								

RACCOMANDAZIONI

formulate a seguito delle singole rilevazioni annuali

ANNO

1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2004-2005	2010-2011	2011-2012	2014-2015
<p>Migliorare la copertura della fluoroprofilassi</p> <p>Standardizzare le procedure di rilevamento dell'igiene orale e delle malocclusioni</p> <p>Migliorare il ritorno informativo, coinvolgendo odontoiatri pubblici e privati, operatori dei Distretti e famiglie</p> <p>Verificare l'effettivo accesso dei soggetti inviati al secondo livello</p>	<p>Sostenere la fluoroprofilassi, rivedendo le modalità d'offerta poiché la consegna alle famiglie non sembra dare i risultati attesi</p> <p>Rivalutare gli interventi d'informazione e educazione alla salute nella scuola</p> <p>Migliorare il ritorno informativo dagli odontoiatri e dalle famiglie</p> <p>Prevedere aggiornamento e standardizzazione procedure degli operatori</p> <p>Effettuare uno studio per accertare la reale afferenza al 2° livello da parte dei soggetti inviati a seguito dello screening</p>	<p>Ripensare la strategia della fluoroprofilassi con maggiore sensibilizzazione delle famiglie. La gestione da parte dei servizi pubblici è in grado di raggiungere una maggior quota di soggetti, soprattutto quelli appartenenti alle categorie più a rischio</p> <p>Omogeneizzare i criteri operativi tra i Distretti, in particolare sulla classificazione dei livelli di igiene orale e delle malocclusioni</p>	<p>Ripensare la strategia della fluoroprofilassi</p> <p>Apportare adeguamenti alla scheda odontoiatrica</p> <p>Migliorare il collegamento con il 2° secondo livello</p> <p>Verificare con uno studio ad hoc, la compliance nell'accesso al secondo livello in relazione alla proposta di invio fatta dagli operatori dei Distretti</p>	<p>Al 2005, gli indicatori epidemiologici sono, a livello provinciale, pari ai migliori dati europei (www.who.ch). Ciononostante, è necessario, per quanto dicono gli indicatori di urgenza ed assistenza, agire su disponibilità e accesso alle cure odontoiatriche. Si evidenzia il superamento della prevalenza e degli invii per malocclusione rispetto alla carie.</p> <p>Si ritiene opportuno, anche per ragioni di economicità, che la rilevazione degli indicatori di salute orale in età evolutiva sia racchiusa nelle schede pediatriche compilate ordinariamente dai pediatri di libera scelta (a 12 mesi, a 6 anni, a 13 anni).</p>	<p>La verifica dell'effettivo accesso al secondo livello specialistico rappresenta un'esigenza ineludibile per valutare l'effettiva adesione al modello proposto.</p> <p>Dovranno essere definite le modalità di integrazione dei diversi ambiti odontoiatrici (preventivi e assistenziali) (che trovano sintesi nel Dipartimento di Odontostomatologia ora eliminato) ed instaurati stretti rapporti con il nuovo Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>Le azioni di coordinamento e integrazione del personale dedicato dovrebbero garantire – con la sinergia delle diverse figure (odontoiatra, ortodontista e igienista dentale) – il raggiungimento dei risultati attesi dal Piano Provinciale della Prevenzione (informazione, formazione e comunicazione; individuazione del rischio in età evolutiva mediante lo screening scolare e le metodiche preventodontiche; presa in carico del paziente odontoiatrico pediatrico e gestione della malattia e delle sue complicanze).</p> <p>La adozione del nuovo modello organizzativo e gestionale ad orientamento pedodontico, nei diversi Distretti sanitari, rappresenta una prima risposta alle criticità riscontrate nel corso dello screening 2010/2011 (mancato raggiungimento del valore standard per l'esenzione dalla carie dell'80% previsto per il 2010 da OMS, disomogeneità operative sul territorio e mancato ritorno informativo dal 2° livello).</p>	<p>Realizzare una campagna d'informazione specifica, sugli aspetti preventivi complessivi, rivolta ai diversi target: scuola, famiglie, operatori del servizio sanitario. Connettere in un network comunicativo tutti i soggetti che hanno la possibilità di svolgere un'azione per la promozione della salute, per veicolare modalità operative. per sviluppare attività formative e competenze nell'ambito della prevenzione.</p> <p>L'utilizzo del libretto sanitario odontoiatrico – integrato nel libretto pediatrico – come supporto al Piano Individuale di Prevenzione, deve essere "promosso" dai diversi operatori sanitari che vengono a contatto con la famiglia e con il bambino.</p> <p>Attivazione di specifici percorsi per la diagnosi e le cure odontoiatriche rivolte all'età evolutiva – all'interno dell'attività ambulatoriale della rete odontoiatrica provinciale – per assicurare il miglioramento della qualità attraverso la condivisione di standard clinici e organizzativi.</p> <p>Percorso di aggiornamento unico per le diverse figure professionali coinvolte (igienisti dentali, ostetriche, pediatri, assistenti sanitari, insegnanti).</p>	

A partire dal **2011**, coerentemente con le indicazioni delle Direttive provinciali, **si è programmato**:

- di lavorare alla costruzione di una **"comunità di pratica"** finalizzata a stimolare la condivisione delle conoscenze e la messa in atto di azioni e modalità operative orientate al miglioramento continuo;
- di riservare in via esclusiva all'area dell'età evolutiva l'aumento di ore di specialistica ambulatoriale odontoiatrica stabilito dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 670/2010 ("Piano delle esigenze dell'attività specialistica convenzionata per l'odontoiatria) per costruire un **"gruppo di specialisti ad orientamento pedodontico"** in grado di assicurare adeguate competenze in ciascun Distretto sanitario (professionisti assegnatari delle ore aggiuntive individuati con selezione per capacità professionale);
- di **investire in ambito ortodontico** – dato l'elevato numero di pazienti (alta incidenza di alterazioni oclusali rilevata in ambito di screening), la scarsa efficacia delle attività di valutazione di necessità e di verifica finora attuate, la lunga durata e l'elevato costo dei trattamenti (a partire dagli anni '90, l'impegno economico pubblico – per l'assistenza ortodontica in Trentino – è stato mediamente pari a 2 milioni di euro/anno, pur in contesti normativi ed organizzativi diversi (legge provinciale n. 20 del 1991 e legge provinciale n. 22 del 2007), la scarsa cultura della prevenzione ortodontica in ambito pubblico e la scarsa redditività nei contesti libero professionali (la comunità scientifica è concorde sul fatto che la acquisizione di competenze per attività di ortodonzia preventiva ed intercettiva non richieda percorsi formativi specialistici ed è orientata a sviluppare contesti organizzativi costituiti da "gruppi di odontoiatri ad indirizzo pedo/ortodontico") – **attraverso percorsi formativi "sul campo" a vantaggio degli odontoiatri dell'Azienda sanitaria** e l'introduzione di nuove modalità e strumentazioni operative (informatizzazione strutture ambulatoriali; tempario prestazioni odontoiatriche).

Nel corso del **2012**, la **revisione ed integrazione dei libretti pediatrico ed odontoiatrico** potrà consentire di ottenere ulteriori miglioramenti dalla stretta collaborazione con i pediatri di libera scelta (in riferimento alle attività di promozione e prevenzione) e con gli odontoiatri pubblici e convenzionati (per gli accessi di secondo livello), con positiva ricaduta anche rispetto al **monitoraggio degli indicatori di salute orale** (rilevati sia in corso di screening che tramite i bilanci di salute inseriti nel libretto pediatrico).

Il **raccordo tra gli interventi di 1° livello** (promozione e prevenzione primaria) e **quelli assistenziali di 2° livello** (prevenzione secondaria/cure) **realizzati in ambito ambulatoriale pubblico, convenzionato e privato** rappresenta l'aspetto di **più difficile realizzazione** sul piano organizzativo **ma, al contempo, l'elemento fondamentale al fine di una valutazione di impatto delle diverse attività messe in campo** dall'Azienda sanitaria e tramite le convenzioni attivate con gli specialisti privati. Su questo fronte, il **ritorno informativo** deve rappresentare l'imprescindibile presupposto per tutti i livelli di attività e per tutti i servizi coinvolti.

Nel corso del **2013** è stata istituita la **Rete Odontoiatrica Provinciale** che può rappresentare l'**opportunità organizzativa** per definire un **"Progetto di Promozione della salute orale in età evolutiva"** che **declini efficacemente le attività di prevenzione primaria** e che – attraverso l'omogeneizzazione delle pratiche tecniche e organizzative, azioni di miglioramento della qualità delle prestazioni e di uniformità di accesso e trattamento – **crei le condizioni per attività di prevenzione secondaria caratterizzate da maggior appropriatezza clinica, efficacia ed efficienza organizzativa.**

A **febbraio 2018**, l'azienda sanitaria ha pubblicato il **Report** relativo alla **valutazione dello stato di salute del bambino trentino all'età dei 6 anni**, inerente alla **coorte di nascita 2009**, nel quale è – tra l'altro – rappresentata la situazione concernente la **salute orale**, come sintetizzata nella Tavola che segue.

LO STATO DI SALUTE DEL BAMBINO alla **valutazione dei 6 anni di età** (Trentino, **Coorte di nascita 2009**)

Una rilevazione in pediatria di base

Azienda provinciale per i servizi sanitari – *Dipartimento di Governance* – **Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa** (febbraio 2018)

Questa rilevazione, pur consolidata da tempo al pari della sorveglianza ai 12 mesi, ha sempre fatto registrare una **ridotta copertura**: il numero di schede registrate nel sistema di APSS risulta, per le coorti di nascita 2000-2008, il seguente:

Coorte di nascita	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Schede registrate	277	944	1.744	1.803	1.772	1.969	3.101	3.257	3.354

Il **costante incremento nel tempo del numero di schede compilate** dai pediatri di libera scelta e **registrate** dai Distretti, soprattutto dalla coorte di nascita 2006, **consente l'analisi** e la diffusione **dei risultati** relativi alla coorte di nascita del 2009 (cioè a **bambini residenti nati, in provincia o meno, nell'anno 2009 e visitati in occasione del bilancio di salute ai 6 anni, quindi negli anni 2014-2015 e la cui registrazione, presso i distretti sanitari è stata completata nel corso dell'anno 2016**).

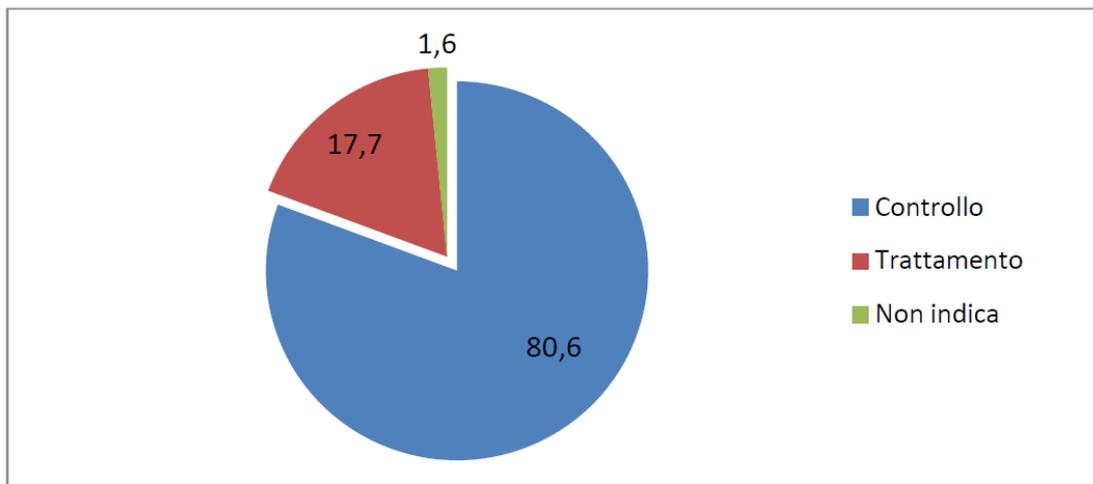
La visita/bilancio di salute ai 6 anni, con contestuale compilazione della specifica scheda informativa, può essere effettuata dal pediatra di libera scelta da "entro 90 giorni" fino "a dopo 90 giorni" rispetto alla data del 6° compleanno.

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

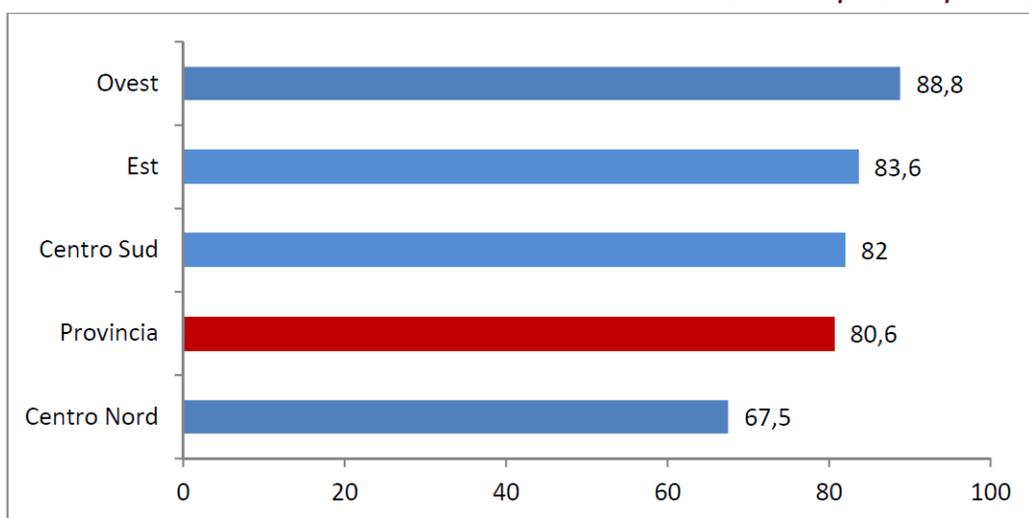
Coorte di nascita	Numero assoluto	Prevalenza %
2006	1.535	49,5
2007	1.570	48,2
2008	1.658	49,4
2009	1.558	48,0

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

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



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



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

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

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

Coorte di nascita	Bambini con malocclusioni in trattamento	% sui bambini con malocclusione
2006	55	14,9
2007	68	14,8
2008	55	12,3
2009	56	12,9

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SINTESI

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

Ancora con riferimento alla prevenzione odontoiatrica primaria, si rappresenta che è **stato approvato**, nel **2017**, un **protocollo di intesa**³⁴ – tra Provincia autonoma di Trento (*Assessorato alla salute e politiche sociali*) e Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Trento (*Commissione albo odontoiatri*) – **per l'attivazione di una collaborazione sperimentale finalizzata all'attuazione di interventi di prevenzione primaria odontoiatrica**.

Nel merito dei contenuti e impegni del protocollo, si rileva che – trascorso oltre 1 anno dalla firma – **non risulta ancora attivata alcuna forma di collaborazione sul piano operativo**.

Rispetto alla attività di PREVENZIONE **SECONDARIA** (INTERVENTI CURATIVI) la Figura seguente rappresenta l'**andamento delle cure secondarie** (erogate in regime di assistenza pubblica DIRETTA da parte di APSS e degli studi privati convenzionati col servizio sanitario provinciale **a favore delle persone in età evolutiva** (0-18anni) nel periodo **2010-2017**.

34 Il testo del **Protocollo di Intesa** è riportato nell'**Allegato 9 della APPENDICE 2** al presente documento.

Cure secondarie a persone in età <18 anni							
Assistenza DIRETTA, per Anno (2009-2016)							
ANNO	Azienda sanitaria			Studi odontoiatrici privati Convenzionati			TOTALE generale Cure secondarie
	Cure secondarie totali	(di cui) per <18 anni	%	Cure secondarie totali	(di cui) per <18 anni	%	
2009					6.422		6.422
2010	76.187			62.802	26.521	42	26.521
2011	71.192			47.704	20.524	43	20.524
2012	73.480	32.298	44	59.016	26.786	45	59.084
2013	70.882	31.388	44	65.433	29.958	46	61.346
2014	75.407	33.725	45	61.712	29.882	48	63.607
2015	74.628	39.001	52	65.100	31.896	49	70.897
2016	71.742	35.965	50	62.086	32.079	52	68.044
2017	I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora disponibili						

Con riguardo alla attività di **ORTODONZIA**, la Figura seguente rappresenta l'**andamento delle prestazioni**, nel periodo **2009-2016**, per **modalità di assistenza e struttura erogatrice**.

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

Per sintetizzare il **grado di conseguimento dell'obiettivo specifico N° 1 in termini di tutela odontoiatrica in età infantile ed evolutiva**, si rileva – sulla base degli andamenti delle variabili principali che hanno connotato, in vigenza della legge provinciale n. 22 del 2007 (periodo 2010-2017), l'assistenza odontoiatrica a favore dei SOGGETTI IN ETA' INFANTILE ED EVOLUTIVA – quanto segue:

- la **prevenzione primaria** è stata realizzata con **modalità differenziate negli anni**; si rileva, in particolare, la non corrispondenza tra le indicazioni contenute nelle Direttive annuali più recenti (2014-2016: *creazione della rete odontoiatrica pediatrica; personale dedicato; aumento ore specialistica ambulatoriale; sviluppo dell'ortodonzia; adozione del Programma Individuale di Prevenzione per integrare le attività di 1° livello con le cure del 2° livello*) e la concreta modalità operativa implementata dall'Azienda sanitaria;
- le **cure secondarie** hanno fatto registrare – sia nelle strutture dell'azienda sanitaria che negli studi privati convenzionati – un **andamento crescente**, in linea con le indicazioni formulate nelle Direttive annuali di attuazione della legge provinciale n. 22/2007;
- l'**ortodonzia** (intercettiva) è stata erogata principalmente **in via indiretta** (studi privati non convenzionati) **nella fase iniziale** del periodo e **successivamente** è stata erogata **anche dagli studi privati convenzionati** col SSP con l'impegno contrattuale ad aumentarne la quantità (la proporzione rispetto al totale delle prestazioni erogate); **l'azienda sanitaria** ha investito in questo ambito **solo nel periodo più recente** (a partire dal 2016), sulla base della reiterata indicazione nelle Direttive annuali della Provincia.

Obiettivo specifico N° 2

ASSICURARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA AI **SOGGETTI IN CONDIZIONE DI PARTICOLARE VULNERABILITÀ**

Con riferimento alle CONDIZIONI DI PARTICOLARE VULNERABILITÀ (sanitaria, sociale), la **Giunta provinciale ha specificato** – nelle prime Direttive annuali di attuazione della legge provinciale n. 22/2007 – gli **AMBITI DI TUTELA** come rappresentati nella seguente Figura.

TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA A FAVORE DEI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI PARTICOLARE VULNERABILITÀ	
Soggetti disabili psichici e psicofisici	
DESTINATARI	<p>Soggetti che presentano una sintomatologia esclusivamente o prevalentemente ricollegabile a disturbi psichici o ritardo mentale connessi a malattie geneticamente trasmissibili, o a malattie congenite, o a situazioni patologiche prenatali, perinatali o dell'infanzia/adolescenza, e che risultano in un grave e certificato deficit intellettivo, nonché soggetti affetti da disturbi patologici cronicizzati che risultano in carico ai servizi territoriali competenti.</p> <p>Disabili psichici:</p> <ul style="list-style-type: none">- Sindromi e disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici (cod. da F00 a F09)- Schizofrenia- Sindrome schizotipica e sindromi deliranti (codici da F20 a F29)- Sindrome schizoaffettiva (cod. F25)- Sindromi affettive con sintomi psicotici (codici F30.2 – F31.2 – F31.5 – F32.3 – F33.3)- Disturbi di personalità (cod.F60.0)- Ritardo mentale (cod. da F70 a F79) <p>Disabili psicofisici</p> <ul style="list-style-type: none">- Soggetti affetti da handicap psicofisici in situazione di gravità così come definita dall'art. 3, comma 3 della Legge 5/02/1992, n. 104- Sclerosi sistemica progressiva (cod. 047)- Sclerosi multipla (cod. 046)- Miastenia grave(cod.034)- Malattia di Alzheimer (cod 029)- Demenze (cod. 011)- Trisomia 21- Epilessia (certificazione di crisi di Grande Male)- Anoressia e bulimia- Soggetti affetti da malattie rare (escluse sprue celiaca e difetti ereditari della coagulazione)- Cecità binoculare (cecità assoluta o residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi, con eventuale correzione, o residuo perimetrico binoculare inferiore al 3% (cecità assoluta) o inferiore al 10% (cecità parziale); (Legge n. 138/2001)- Sordomutismo
OGGETTO DELL'ATTIVITÀ	<p>Prevenzione secondaria Interventi curativi: le prestazioni d'assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica previste dal vigente Nomenclatore tariffario. Trattamenti odontoiatrici in narcosi.</p> <p>Ortodonzia – Assistenza protesica</p> <ul style="list-style-type: none">- Protesi fissa e mobile;- Attività implantologica;- Attività ortodontica secondo indicatore IOTN.

LIVELLO DI ASSISTENZA	Gli interventi compresi in quest'area costituiscono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono erogati - <u>a titolo gratuito - a beneficio degli iscritti al servizio sanitario provinciale, con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale.</u>
MODALITÀ DI ACCESSO	Certificazione dei Servizi di Salute Mentale, con indicato il codice della patologia. Certificazione ai sensi della legge 104/92. Possesso di tesserino di esenzione: - per patologie croniche ai sensi del D.M. 329/1999; - per patologie rare ai sensi del D.M. 279/2001 e ss.mm.
SEDE DI EROGAZIONE	Prevenzione secondaria Strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Assistenza ortodontica e protesica: Unità Operativa Multizonale di Odontostomatologia dell'Ospedale S. Lorenzo Borgo Valsugana.

Soggetti con **patologie generali Gravi** e Soggetti con **patologie Specifiche**

DESTINATARI	<p>Soggetti la cui situazione generale di salute e/o di terapia può comportare complicazioni durante e/o dopo le sedute odontoiatriche ordinarie, per i quali il quadro clinico richiede trattamento odontoiatrico in ambiente protetto.</p> <p>Soggetti con patologie generali gravi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soggetti in attesa di trapianto (di rene, cuore, polmone, fegato, pancreas, midollo) (cod. 0.50) - Grave e certificata reazione allergica a sostanze d'impiego odontostomatologico (es: lattice, anestetici locali) tale da richiedere procedure da eseguirsi in ambiente ospedaliero - Morbo di Parkinson ed altre malattie extrapiramidali (cod. 038) - Fibrosi cistica (cod. 018) - Patologie cardiovascolari (cod.021) (insufficienza cardiaca di tipo III e IV NYHA) - Deficit immunologici: immunodeficienze determinanti gravi difetti delle difese immunitarie con infezioni recidivanti - Soggetti sottoposti a trapianto (rene-polmoni-cuore-fegato-pancreas-midollo) (cod. 052) - Neoplasie orali o delle V.A.D.S. con previsto o pregresso trattamento radiante delle aree del capo e del collo - Quadri di emopatie comportanti chemioterapia o radioterapia con grave depressione del sistema immunitario ed infezioni recidivanti - Pazienti sottoposti ad emodialisi (cod. 0.23) - Infarto miocardico < 3 mesi (ASA III – IV) - Angina pectoris instabile (ASA III – IV) - Insufficienza respiratoria grave (ASA III – IV) - Diabete giovanile <p>Soggetti con patologie specifiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disordini emocoagulativi: malattie da difetti della coagulazione - Patologie dell'emostasi: emofilia A e B - Malattia di Von Willebrand - Trombocitopenia - Trattamento con anticoagulanti orali (limitatamente all'attività chirurgica)
OGGETTO DELL'ATTIVITÀ	<p>Prevenzione secondaria: Interventi curativi: le prestazioni d'assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica previste dal vigente Nomenclatore tariffario.</p> <p>Assistenza protesica:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protesi fissa e mobile; - Attività implantologica.

LIVELLI DI ASSISTENZA	Le prestazioni riguardanti la prevenzione secondaria sono erogate a titolo gratuito. Gli interventi di assistenza protesica compresi in quest'area costituiscono Livelli aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono erogati – secondo l'articolazione tariffaria definita mediante l'indicatore ICEF – <u>a beneficio degli iscritti al servizio sanitario provinciale, con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale.</u>
MODALITÀ DI ACCESSO	Certificazione specialistica attestante la patologia. Possesso di tesserino di esenzione per patologia cronica, ai sensi del D.M. 329/1999.
SEDE DI EROGAZIONE	Prevenzione secondaria Strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Assistenza protesica Unità Operativa Multizonale di Odontostomatologia dell'Ospedale S. Lorenzo Borgo Valsugana.

Soggetti a elevato rischio infettivo	
DESTINATARI	Soggetti che necessitano di trattamento odontoiatrico protetto: <ul style="list-style-type: none"> - Soggetti HIV positivi - Tossicodipendenti sieropositivi in Comunità e/o in trattamento presso il SERT dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari
OGGETTO DELL'ATTIVITÀ	Prevenzione secondaria: Interventi curativi: le prestazioni d'assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica previste dal vigente Nomenclatore tariffario. Assistenza protesica: <ul style="list-style-type: none"> - Protesi fissa e mobile; - Attività implantologica; - Attività medico specialistica preparatoria all'applicazione della protesi
LIVELLO DI ASSISTENZA	Gli interventi compresi in quest'area costituiscono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono erogati – a titolo gratuito - <u>a beneficio degli iscritti al servizio sanitario provinciale, con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale</u>
MODALITÀ DI ACCESSO	Indicazione Unità operativa di Medicina/Malattie Infettive dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Certificazione del SERT. Possesso di tesserino di esenzione per patologia cronica ai sensi del D.M. 329/1999.
SEDE DI EROGAZIONE	Prevenzione secondaria e Assistenza protesica Unità Operativa Multizonale di Odontostomatologia dell'Ospedale S. Lorenzo Borgo Valsugana.

Soggetti appartenenti a nuclei familiari a bassa condizione economico-patrimoniale	
DESTINATARI	Soggetti in età superiore ai 18 ed inferiore ai 65 anni di età, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo lordo, riferito all'anno precedente la richiesta e fruizione della prestazione, compatibile con l'indicatore ICEF
OGGETTO DELL'ATTIVITÀ	<p>Prevenzione secondaria: Interventi curativi: le prestazioni d'assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica previste dal vigente Nomenclatore tariffario.</p> <p>Assistenza protesica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protesi fissa e mobile; - Attività implantologica.
LIVELLO DI ASSISTENZA	Gli interventi di <u>prevenzione secondaria</u> e gli interventi d' <u>assistenza protesica</u> compresi in quest'area costituiscono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono erogati – secondo l'articolazione tariffaria definita mediante l'indicatore ICEF – <u>a beneficio degli iscritti al servizio sanitario provinciale, con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale.</u>
MODALITÀ DI ACCESSO	<p>Prevenzione secondaria Organizzazione delle attività a cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dei Distretti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, con accesso diretto; - di studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP; - di studi privati non convenzionati, in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia. <p>Assistenza protesica Organizzazione delle attività a cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP; - di studi privati non convenzionati, in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia.
SEDE DI EROGAZIONE	<p>Prevenzione secondaria Strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.</p> <p>Prevenzione secondaria e Assistenza protesica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP. - Studi odontoiatrici privati non convenzionati in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia.

Soggetti anziani	
DESTINATARI	Soggetti che hanno compiuto i 65 anni d'età alla data di richiesta delle prestazioni sanitarie e/o degli interventi economici
OGGETTO DELL'ATTIVITÀ	<p>Prevenzione secondaria: Interventi curativi: le prestazioni d'assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica previste dal vigente Nomenclatore tariffario.</p> <p>Assistenza protesica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protesi fissa e mobile; - Attività implantologica.

<p>LIVELLO DI ASSISTENZA</p>	<p>Gli interventi di <u>prevenzione secondaria</u> compresi in questa area costituiscono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono <u>erogati a titolo gratuito</u>.</p> <p>Gli interventi d'assistenza <u>protesica</u> compresi in quest'area costituiscono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono erogati secondo l'articolazione tariffaria definita mediante l'indicatore ICEF e secondo Linee guida.</p> <p>Le predette prestazioni sono erogate <u>a beneficio degli iscritti al servizio sanitario provinciale, con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale</u>.</p>
<p>MODALITÀ DI ACCESSO</p>	<p>Prevenzione secondaria Organizzazione delle attività a cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dei Distretti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, con accesso diretto; - di studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP; - di studi privati non convenzionati, in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia. <p>Assistenza protesica Organizzazione delle attività a cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP; <p>di studi privati non convenzionati, in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia.</p>
<p>SEDE DI EROGAZIONE</p>	<p>Prevenzione secondaria Strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.</p> <p>Prevenzione secondaria e Assistenza protesica Studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP. Studi odontoiatrici privati non convenzionati in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia.</p>

<p style="text-align: center;">Donne in gravidanza</p>	
<p>DESTINATARI</p>	<p>Donne in stato di gravidanza, oltre il 3° mese</p>
<p>OGGETTO DELL'ATTIVITÀ</p>	<p>Prevenzione primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventi d'igiene orale; - Individuazione di uno spazio dedicato all'igiene orale nell'ambito dei corsi di preparazione al parto. <p>Prevenzione secondaria: Interventi curativi: le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale odontoiatrica previste dal vigente Nomenclatore tariffario.</p>
<p>LIVELLO DI ASSISTENZA</p>	<p>Gli interventi di <u>prevenzione primaria</u> compresi in quest'area costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sono erogati, <u>a titolo gratuito, a beneficio di tutti i soggetti presenti sul territorio provinciale</u>.</p> <p>Gli interventi di <u>prevenzione secondaria</u> compresi in questa area costituiscono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono erogati - <u>a titolo gratuito, a beneficio degli iscritti al servizio sanitario provinciale, con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale</u>.</p>

<p style="text-align: center;">MODALITÀ DI ACCESSO</p>	<p>Prevenzione primaria Organizzazione delle attività a cura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, con accesso diretto.</p> <p>Prevenzione secondaria Organizzazione delle attività a cura:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dei Distretti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, con accesso diretto; - di studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP; - di studi privati non convenzionati, in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia.
<p style="text-align: center;">SEDE DI EROGAZIONE</p>	<p>Prevenzione primaria Strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.</p> <p>Prevenzione secondaria Strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Studi odontoiatrici privati autorizzati, accreditati e convenzionati con il SSP. Studi odontoiatrici privati non convenzionati in regime di <u>assistenza indiretta</u> secondo le modalità stabilite dalle direttive in materia.</p>

La Giunta provinciale ha introdotto, con le **Direttive annuali** degli anni successivi, le **modifiche e integrazioni** di seguito descritte.

A DECORRERE DALL'ANNO 2010:

- il **tempo massimo per la “presa in carico” in assistenza DIRETTA** (presso ambulatori dell'Azienda sanitaria e studi/ambulatori privati convenzionati col SSP) – **trascorso il quale è possibile accedere** (previo “nulla osta” del Distretto di riferimento) **all’assistenza in modalità INDIRETTA** (presso ambulatori/studi privati NON convenzionati) – è stato **abbassato dai 60 giorni ai 45 giorni**.

A DECORRERE DALL'ANNO 2014:

- con riferimento alle modalità di **accesso**, di **erogazione** delle prestazioni e di **compartecipazione alla spesa** da parte del beneficiario determinata dal coefficiente ICEF³⁵, **si precisa che:**
 - l'utente corrisponde, rispetto alle prestazioni fruite ai sensi della legge provinciale n.22/2007, la quota di compartecipazione alla spesa dovuta per le prestazioni erogate ad ogni singolo accesso in base al proprio coefficiente ICEF tempo per tempo vigente;
 - nel caso in cui nel corso del piano di cura vengano meno i requisiti di accesso per le prestazioni a carico del SSP (ad esempio, nuovo coefficiente ICEF superiore alla soglia del 0,20), l'utente può completare il piano di cura pagando la tariffa intera prevista dallo specifico Nomenclatore.

Per perseguire l'obiettivo di assicurare le prestazioni di **assistenza odontoiatrica ai SOGGETTI IN CONDIZIONI DI PARTICOLARE VULNERABILITÀ** (SANITARIA, SOCIALE) – in esecuzione delle indicazioni contenute nelle Direttive annuali della Giunta provinciale – **sono state realizzate le attività di seguito descritte.**

³⁵ Parametro per individuare i nuclei in condizione economico-patrimoniale bassa (vulnerabilità per reddito) e relativa soglia di accesso.

In merito all'assistenza odontoiatrica a favore dei soggetti in condizione di **vulnerabilità sanitaria** (persone con *disabilità* psichica e psicofisica, persone con *patologie generali gravi* e soggetti con *patologie specifiche*, persone ad *elevato rischio infettivo*), l'Azienda sanitaria, attraverso l'**Unità operativa di Chirurgia per disabili e Odontoiatria dell'Ospedale S. Lorenzo di Borgo Valsugana** – che è dedicata, in particolare, all'assistenza delle persone con disabilità e/o affette dalle patologie specificate nelle Direttive provinciali, svolgendo anche una attività specialistica multizonale presso le sedi ambulatoriali dei Distretti sanitari) – **ha assicurato**, nel periodo 2010-2017, i volumi e le tipologie di prestazioni descritti nella Tavola seguente.

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

Il **confronto con la situazione rilevata all'anno 2005**, rappresentata nella Tavola che segue, consente di apprezzare l'**andamento crescente** di questo tipo di assistenza che è stata riservata, in via esclusiva, all'azienda provinciale per i servizi sanitari.

AZIENDA SANITARIA – ATTIVITÀ ODONTOIATRICA – PRESTAZIONI per SEDE di erogazione , ANNO 2005

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

Con riferimento ai soggetti in condizione di **vulnerabilità sociale** è utile precisare che **l'accesso all'assistenza odontoiatrica** prevista dalla legge provinciale n. 22 del 2007 è **legato alla valutazione della situazione del nucleo familiare effettuata**, mediante un indicatore ICEF impostato e calcolato sulla base di criteri specifici assunti per questa politica di welfare³⁶, ed al possesso di un valore prestabilito.

In particolare, per la modalità di accesso per Indicatore ICEF, è stabilito che:

LE PERSONE CON VALORE DELL'INDICATORE ICEF **MAGGIORE DI 0,2000** SONO ESCLUSE

(ad eccezione dei minori in età 15-18 anni che possono accedere alle cure secondarie corrispondendo la tariffa piena stabilita nel Nomenclatore);

LE PERSONE CON VALORE DELL'INDICATORE ICEF **MINORE O UGUALE A 0,0950** ACCEDONO A TITOLO COMPLETAMENTE GRATUITO;

LE PERSONE CON VALORE DELL'INDICATORE ICEF **COMPRESO TRA 0,0950 E 0,2000** ACCEDONO COMPARTICIPANDO ALLA SPESA.

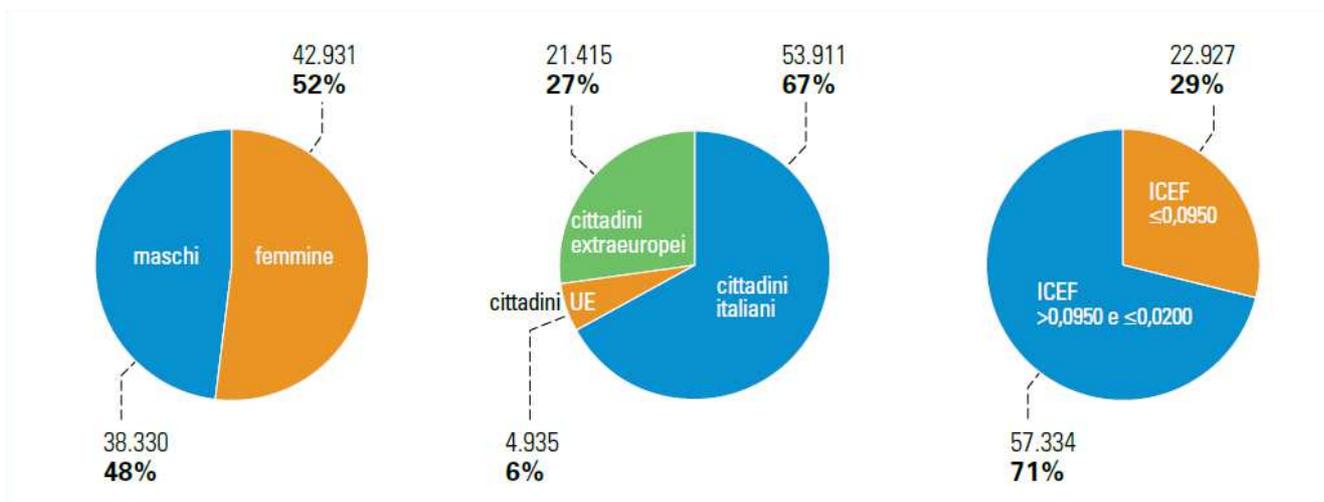
I soggetti titolari di ICEF acquisiti in anagrafe sanitaria nel periodo 2010-2016³⁷ risultano essere **127.830** e, di questi, 80.261 hanno un valore dell'indicatore ICEF fino a 0,20 e costituiscono i potenziali beneficiari dell'assistenza odontoiatrica.

Degli **80.261 potenziali beneficiari** dell'assistenza odontoiatrica:

³⁶ Le modalità di calcolo sono descritte nell'Allegato 2, alla APPENDICE 2 al presente documento.

³⁷ Domande presentate, ai Centri di Assistenza Fiscale, dal 1° luglio 2010 al 30 giugno 2017.

- **22.927** hanno un indicatore **ICEF INFERIORE O UGUALE A 0,0950** (quindi, accesso a titolo completamente gratuito);
- **57.334** hanno un indicatore ICEF **COMPRESO TRA 0,0950 E 0,2000** (quindi, accesso con compartecipazione).



L'andamento, nel periodo 2009/2016, delle domande di accesso con ICEF è rappresentato nella Tavola che segue.

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

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

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

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

DOMANDE : numero delle domande regolarmente presentate

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

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

Alle persone in condizione di vulnerabilità sociale – *persone appartenenti a nuclei familiari a bassa condizione economico-patrimoniale (comprese le persone in età ≥ 65anni) e donne in gravidanza* – sono state assicurate, nel periodo 2010-2016, le prestazioni descritte, per tipologia, nella Tavola seguente.

Prestazioni odontoiatriche erogate a persone in condizione di **vulnerabilità sociale**

PERSONE (ANZIANI COMPRESI) APPARTENENTI A NUCLEI FAMILIARI A BASSA CONDIZIONE ECONOMICO-PATRIMONIALE (ICEF<=0,20) E DONNE IN GRAVIDANZA
Assistenza DIRETTA, per Anno (2009-2016)

ANNO	Strutture Azienda sanitaria			Studi odontoiatrici privati Convenzionati			TOTALE generale prestazioni a persone in condizione di vulnerabilità sociale
	Prestazioni totali	(di cui) a persone i in condizione di vulnerabilità sociale	%	Prestazioni totali	(di cui) a persone i in condizione di vulnerabilità sociale	%	
2009	75.136			17.599	11.177	63,5	
2010	77.391			70.599	43.825	62,32	
2011	72.325			56.304	35.780	63,5	
2012	74.694		44	67.802	41.016	60,5	
2013	71.984		44	73.542	43.584	59,3	
2014	76.402		45	69.673	39.851	57,2	
2015	75.436		52	71.533	39.637	55,4	
2016	72.583	40.798	56,2	66.718	34.639	51,9	
2017	I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora disponibili						

Per sintetizzare il **grado di conseguimento dell'obiettivo specifico N° 2** in termini di **tutela odontoiatrica delle persone in condizioni di vulnerabilità**, si rileva – sulla base degli **andamenti delle variabili principali** che hanno connotato, in vigenza della legge provinciale n. 22 del 2007 (**periodo 2010-2017**), l'assistenza odontoiatrica a favore dei SOGGETTI IN CONDIZIONI DI PARTICOLARE VULNERABILITÀ (sanitaria, sociale) – che:

- le prestazioni a favore di persone in condizione di **vulnerabilità sanitaria** hanno fatto registrare un **importante incremento** anche in ragione della **più vasta platea di destinatari potenziali** individuati dalla legge provinciale e specificata nelle Direttive annuali (disabili psichici e psicofisici, persone con patologie generali gravi e con patologie specifiche, persone ad elevato rischio infettivo);
- le prestazioni a favore delle **persone appartenenti a nuclei familiari con indicatore ICEF <0,20** hanno costituito **oltre la metà del totale complessivo delle prestazioni odontoiatriche erogate ogni anno.**

Obiettivo specifico N° 3

ASSICURARE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA ALLA **POPOLAZIONE GENERALE**

Con riferimento alla GENERALITÀ DELLA POPOLAZIONE, la **Giunta provinciale ha specificato**, nelle Direttive annuali di attuazione della legge provinciale n. 22/2007, gli **AMBITI DI TUTELA** come rappresentati nella seguente figura.

TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA A FAVORE DELLA POPOLAZIONE GENERALE																																					
Chirurgia orale																																					
DESTINATARI	Tutta la popolazione residente sul territorio provinciale ed iscritta al Servizio sanitario provinciale.																																				
OGGETTO DELLA ATTIVITÀ	<p>Visita odontoiatrica per patologie orali.</p> <p>Visita odontoiatrica per patologie della ATM.</p> <p>Visita specialistica di consulenza odontoiatrica.</p> <p>Visita specialistica propedeutica a prestazioni di <u>chirurgia orale di particolare complessità</u>, effettuate in regime ambulatoriale e/o di day surgery, che rispondono a <u>specifico grave quadro clinico</u>.</p> <p>Prestazioni di chirurgia orale:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>23.01</td><td>ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE DECIDUO</td></tr> <tr><td>23.09</td><td>ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE</td></tr> <tr><td>23.11</td><td>ESTRAZIONE INDAGINOSA DI DENTE O RADICE</td></tr> <tr><td>23.19.1</td><td>ESTRAZIONE DI ELEMENTO DENTARIO IN INCLUSIONE OSSEA PARZ.</td></tr> <tr><td>23.19.2</td><td>ESTRAZIONE DI ELEMENTO DENTARIO SOVRANUMERARIO IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE - GERMECTOMIA</td></tr> <tr><td>23.19.3</td><td>ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO A SCOPO ORTOD.</td></tr> <tr><td>76.2</td><td>EXERESI NEOFORMAZIONE CISTICA ODONTOGENA DEI MASCELLARI</td></tr> <tr><td>24.4</td><td>EXERESI LESIONE ODONTOGENA DELLA MANDIBOLA</td></tr> <tr><td>23.73</td><td>APICECTOMIA CON OTTURAZIONE RETROGRADA</td></tr> <tr><td>24.4</td><td>EXERESI LESIONE ODONTOGENA DELLA MANDIBOLA</td></tr> <tr><td>24.31</td><td>EXERESI NEOFORMAZIONE GENGIVALE</td></tr> <tr><td>24.39.2</td><td>INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO</td></tr> <tr><td>26.0</td><td>ASPORTAZIONE DI CALCOLI DEL DOTTO SALIVARE</td></tr> <tr><td>27.49.1</td><td>ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONI DEL CAVO ORALE</td></tr> <tr><td>25.02</td><td>BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE</td></tr> <tr><td>26.11</td><td>AGOBIOPSIA DOTTO SALIVARE</td></tr> <tr><td>27.21</td><td>BIOPSIA DEL PALATO OSSEO</td></tr> <tr><td>24.11</td><td>BIOPSIA DELLA GENGIVA</td></tr> </tbody> </table> <p>Limitazione: su prescrizione del medico di base o del medico specialista, per</p>	23.01	ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE DECIDUO	23.09	ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE	23.11	ESTRAZIONE INDAGINOSA DI DENTE O RADICE	23.19.1	ESTRAZIONE DI ELEMENTO DENTARIO IN INCLUSIONE OSSEA PARZ.	23.19.2	ESTRAZIONE DI ELEMENTO DENTARIO SOVRANUMERARIO IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE - GERMECTOMIA	23.19.3	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO A SCOPO ORTOD.	76.2	EXERESI NEOFORMAZIONE CISTICA ODONTOGENA DEI MASCELLARI	24.4	EXERESI LESIONE ODONTOGENA DELLA MANDIBOLA	23.73	APICECTOMIA CON OTTURAZIONE RETROGRADA	24.4	EXERESI LESIONE ODONTOGENA DELLA MANDIBOLA	24.31	EXERESI NEOFORMAZIONE GENGIVALE	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO	26.0	ASPORTAZIONE DI CALCOLI DEL DOTTO SALIVARE	27.49.1	ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONI DEL CAVO ORALE	25.02	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	26.11	AGOBIOPSIA DOTTO SALIVARE	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA
23.01	ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE DECIDUO																																				
23.09	ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE																																				
23.11	ESTRAZIONE INDAGINOSA DI DENTE O RADICE																																				
23.19.1	ESTRAZIONE DI ELEMENTO DENTARIO IN INCLUSIONE OSSEA PARZ.																																				
23.19.2	ESTRAZIONE DI ELEMENTO DENTARIO SOVRANUMERARIO IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE - GERMECTOMIA																																				
23.19.3	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO A SCOPO ORTOD.																																				
76.2	EXERESI NEOFORMAZIONE CISTICA ODONTOGENA DEI MASCELLARI																																				
24.4	EXERESI LESIONE ODONTOGENA DELLA MANDIBOLA																																				
23.73	APICECTOMIA CON OTTURAZIONE RETROGRADA																																				
24.4	EXERESI LESIONE ODONTOGENA DELLA MANDIBOLA																																				
24.31	EXERESI NEOFORMAZIONE GENGIVALE																																				
24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO																																				
26.0	ASPORTAZIONE DI CALCOLI DEL DOTTO SALIVARE																																				
27.49.1	ASPORTAZIONE NEOFORMAZIONI DEL CAVO ORALE																																				
25.02	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE																																				
26.11	AGOBIOPSIA DOTTO SALIVARE																																				
27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO																																				
24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA																																				

le necessarie attività di monitoraggio preliminare e successivo del paziente e per la presenza di rischi conseguenti al medesimo intervento	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO
	27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA
	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE
	25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE
	25.92	FRENULOTOMIA LINGUALE
	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE
	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE
	22.71.1	CHIUSURA DI COMUNICAZIONE ORO-ANTRALE
	24.39.2	APPROFONDIMENTO DI FORNICE
	24.39.3	ALLUNGAMENTI DI CORONA CLINICA
	24.39.4	TUBERECTOMIE
	24.00.1	INTERVENTI DI CHIRURGIA PARADONTALE AVANZATA
	24.00.8	CHIRURGIA MUCO GENGIVALE (DIFETTO DENTE SINGOLO)
	24.00.2	CHIRURGIA MUCO GENGIVALE (DIFETTI MULTIPLI)
	24.00.3	CHIRURGIA MUCOGENGIVALE + INNESTO EPITELIO-CONNETTIVALE (DIFETTO DENTE SINGOLO)
	24.00.4	CHIRURGIA MUCOGENGIVALE + INNESTO EPITELIO-CONNETTIVALE (DIFETTI MULTIPLI)
	24.00.5	CHIRURGIA OSSEA RESETTIVA
24.00.6	CHIRURGIA OSSEA RIGENERATIVA	
24.00.7	RIGENERAZIONE TISSUTALE MEDIANTE MEMBRANA	
23.6	IMPIANTO OSTEOINTEGRATO	
LIVELLO DI ASSISTENZA	Gli interventi compresi in quest'area costituiscono Livelli Aggiuntivi di Assistenza sanitaria e sono erogati – con compartecipazione alla spesa secondo il regime vigente – <u>a beneficio degli iscritti al servizio sanitario provinciale, con il requisito della residenza stabilito dalla normativa provinciale</u>	
MODALITÀ DI ACCESSO	Su invio da parte del proprio medico di medicina generale o da parte del Medico specialista nel rispetto della limitazione prevista (grave quadro clinico, complessità prestazione e/o rischio).	
SEDE DI EROGAZIONE	Chirurgia orale (complessa) U.O. multizonale Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia – Ospedale di Trento. U.O. multizonale Odontostomatologia – Ospedale Borgo Valsugana.	

Urgenze odontoiatriche							
DESTINATARI	Tutta la popolazione presente sul territorio provinciale.						
OGGETTO DELL'ATTIVITÀ	Prestazioni ritenute necessarie a risolvere i problemi acuti di seguito elencati: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">Pulpite</td> <td> Visita Rx (ove indicata) apertura della camera pulpare pulpotomia medicazione antalgica otturazione provvisoria terapia medica </td> </tr> <tr> <td>Paradentite acuta – necrosi endodontica</td> <td> Visita Rx (ove indicata) apertura della camera pulpare sondaggio canale otturazione provvisoria terapia analgesica e antibiotica </td> </tr> <tr> <td>Disodontiasi con pericoronite</td> <td> Visita incisione eventuale raccolta ascessuale terapia analgesica e antibiotica </td> </tr> </table>	Pulpite	Visita Rx (ove indicata) apertura della camera pulpare pulpotomia medicazione antalgica otturazione provvisoria terapia medica	Paradentite acuta – necrosi endodontica	Visita Rx (ove indicata) apertura della camera pulpare sondaggio canale otturazione provvisoria terapia analgesica e antibiotica	Disodontiasi con pericoronite	Visita incisione eventuale raccolta ascessuale terapia analgesica e antibiotica
Pulpite	Visita Rx (ove indicata) apertura della camera pulpare pulpotomia medicazione antalgica otturazione provvisoria terapia medica						
Paradentite acuta – necrosi endodontica	Visita Rx (ove indicata) apertura della camera pulpare sondaggio canale otturazione provvisoria terapia analgesica e antibiotica						
Disodontiasi con pericoronite	Visita incisione eventuale raccolta ascessuale terapia analgesica e antibiotica						

		Traumi dello smalto	Visita
		Traumi interessanti la dentina:	visita Rx (ove indicata) isolamento tubuli otturazione provvisoria terapia medica
		Traumi con esposizione pulpare:	visita Rx (ove indicata) incappucciamento diretto otturazione provvisoria terapia medica
	Traumi dentari (denti permanenti)	Traumi con esposizione pulpare:	visita Rx (ove indicata) apertura camera sondaggio canale otturazione provvisoria terapia medica
		Traumi con frattura della radice:	visita fissazione elemento dentario terapia medica
		Traumi con lussazione dentaria:	visita fissazione elemento dentario terapia medica
		Traumi con avulsione:	visita reimpianto immediato e fissazione terapia medica
	Traumi dentari (denti decidui)	Traumi dento alveolari	Visita terapia medica
	Impossibilità recupero elemento dentario	Visita estrazione terapia medica	
	Emorragie Dento alveolari	Visita toilette della sede tamponamento con emostatico sutura esami ematochimici terapia medica	
	Alveolite	Visita toilette lavaggio antibiotico terapia medica	
	Urgenze ortodontiche	Visita Eliminazione dell'evento traumatico	
LIVELLO DI ASSISTENZA	Gli interventi compresi in quest'area costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sono erogati – a titolo gratuito – a beneficio di tutti i soggetti presenti sul territorio provinciale.		
MODALITÀ DI ACCESSO	Diretta, o su invio da parte del proprio medico di medicina generale.		
SEDE DI EROGAZIONE	Urgenze odontoiatriche Strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.		

Per perseguire l'obiettivo di assicurare le prestazioni di **assistenza odontoiatrica alla GENERALITÀ DELLA POPOLAZIONE** – in esecuzione delle indicazioni contenute nelle Direttive annuali della Giunta provinciale – **sono state realizzate le attività di seguito descritte.**

Le **strutture dell'azienda sanitaria** hanno assicurato l'erogazione delle **prestazioni odontoiatriche in regime di urgenza** nelle **quantità** rappresentate nella Tavola seguente.

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

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

Le prestazioni di **“chirurgia orale di particolare complessità”**, che rispondono a specifico grave quadro clinico, sono state erogate dall'Azienda sanitaria mediante **ricoveri in regime di day surgery**, come descritto nella Tavola che segue.

Azienda sanitaria – Attività erogata in regime di DEGENZA, per Anno (2010 / 2016)							
Ricoveri in Day Surgery *	ANNO						
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Numero DIMESSI							
U.O. Maxillofacciale – Ospedale S. Chiara di Trento ^	298	288	298	269	300	330	299
U.O. Chirurgia orale e Odontoiatria – Ospedale di Borgo Valsugana ^^	105	96	122	94	89	83	76
Totale	403	384	420	363	389	413	375

* I ricoveri si riferiscono ai seguenti DRG's
 187 – Estrazioni e Riparazioni dentali
 169 – Interventi sulla bocca senza complicanze
 185 – Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età>17 anni

^ La U.O. effettua inoltre una media di 90 interventi/anno relativi ad altri DRG's riconducibili a questa area.
 ^^ La U.O. effettua inoltre una media di 20 interventi/anno su pazienti disabili ricoverati presso le UU.OO. di Pediatria e di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale di Rovereto.

I dati di attività relativi all'anno 2017 non sono ancora disponibili

Per sintetizzare il **grado di conseguimento dell'obiettivo specifico N° 3** in termini di **tutela odontoiatrica della popolazione generale**, si rileva che, in vigenza della legge provinciale n. 22 del 2007 (periodo 2009-2016), **le competenti strutture dell'azienda sanitaria hanno corrisposto** – secondo il fabbisogno espresso – alla erogazione delle **prestazioni in regime di urgenza** e delle **prestazioni di chirurgia orale di particolare complessità** previste a beneficio potenziale della generalità della popolazione.

In termini complessivi e generali si è rilevato che il sostegno pubblico disposto per l'accesso, *a titolo gratuito o con la compartecipazione su tariffe "agevolate"*, alle cure odontoiatriche previste dalla legge provinciale n. 22 del 2007 – nelle strutture dell'**Azienda provinciale per i servizi sanitari** (modalità DIRETTA PUBBLICA), in **studi/ambulatori privati convenzionati** col servizio sanitario provinciale (modalità DIRETTA PUBBLICA CONVENZIONATA) e, in via residuale, in **studi/ambulatori privati NON convenzionati** col servizio sanitario provinciale (modalità INDIRETTA) – ha sicuramente costituito:

- un **significativo aiuto sul piano della salute individuale delle persone** destinatarie/beneficiarie **che avrebbero, altrimenti, dovuto sostenere maggiori costi per le cure o**, come rilevato in altre parti del nostro Paese, **avrebbero verosimilmente rinunciato o procrastinato le cure stesse, con un significativo pregiudizio complessivo del proprio stato di salute;**
- un **beneficio**, seppure **indiretto**, per **l'intera comunità trentina** determinando un effetto redistributivo della ricchezza – nel periodo che è tra l'altro coinciso con la crisi economico-finanziaria generalizzata – che ha consentito una **maggiore disponibilità verso altre forme di spesa** con un beneficio economico indotto su altre categorie e componenti della comunità locale.

VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI

APPENDICE N. 1

ASSISTENZA ODONTOIATRICA IN TRENTO NEL PERIODO 1990-2007
(ORGANIZZAZIONE, ATTIVITÀ, RISULTATI)

Nel **periodo 1990-2007**, l'attività odontoiatrica viene erogata nelle seguenti **modalità**:

- medicina specialistica **convenzionata interna**
- medicina specialistica **convenzionata esterna**
- **unità operative ospedaliere**
- **liberi professionisti aderenti alle disposizioni della legge provinciale n. 20 del 1991** recante "Interventi volti ad agevolare l'accesso a prestazioni di assistenza odontoiatrica protesica e ortodontica".

Le **prestazioni erogate** sono le seguenti:

- di **urgenza** (trattamento della odontalgia e successiva cura dell'elemento dentario);
- di **odontoiatria conservativa** in favore di tutte le fasce di età;
- prevenzione, cura e riabilitazione protesica a favore dei **disabili psichici**;
- a favore di **anziani ospiti in casa di riposo** (nel Distretto di Trento);
- a favore di **portatori di patologie ad elevato rischio infettivo** (in alcuni Distretti sanitari);
- **ortodonzia a favore della fascia di età 4-14** (in alcuni Distretti sanitari);
- assistenza **protesica e ortodontica in forma indiretta, ai sensi della LP n. 20 del 1991**.

La situazione relativa alla **MEDICINA SPECIALISTICA CONVENZIONATA INTERNA** è rappresentata nella Tavola che segue.

MEDICINA SPECIALISTICA CONVENZIONATA INTERNA				
ANNO 1995				
DISTRETTO	Popolazione	N° Medici convenzionati (SUMAI) ^^	N° ore settimanali	N° ore settimanali / 10.000 residenti
Val di Fiemme	17.669	1	16	9
Primiero	9.686	1 *	12	12,3
Bassa Valsugana	24.770	4	31	12,5
Alta Valsugana	42.434	11	104	24,5
Trento	153.581	10	156,50	10,1
Valle di Non	35.676	3	27	7,5
Valle di sole	14.623	1	8	5,4
Giudicarie e Rendena	34.394	0	0	0
Alto Garda e Ledro	39.702	4	100	25,1
Vallagarina	78.282	8	119	15,2
Valle di Fassa	8.793	1	4	4,5
TOTALE	459.610	32 **	577,5	12,5 ***

* Medico proveniente da USL di Feltre.
 ** Alcuni medici operano in più Distretti sanitari.
 *** Ore totali / popolazione totale PAT. **La distribuzione delle ore/settimana*10.000 residenti risulta molto variabile tra i Distretti.**

^^ Questi medici erogano tutte le prestazioni, ad esclusione di quelle per disabili psichici e di quelle prevista dalla LP n. 20 del 1991.

In ordine alla **MEDICINA SPECIALISTICA CONVENZIONATA ESTERNA** per la branca di **odontostomatologia**, è presente 1 solo Studio convenzionato – nel Distretto di Trento (comune di Mezzocorona) con rapporto di convenzione instaurato dal 1988 – che esegue prestazioni di odontoiatria conservativa ed estrazioni dentarie, a favore di tutte le fasce di età, previa richiesta/proposta del medico di medicina generale e preventiva autorizzazione del Distretto sanitario di riferimento.

UNITÀ OPERATIVE OSPEDALIERE

Presso l'**Ospedale S. Lorenzo di Borgo Valsugana** è attiva una *Unità operativa di Odontostomatologia per disabili psichici, con funzione multizonale (senza posti letto)* e dotata di una équipe di 5 medici compreso il primario, che svolge le seguenti attività:

- prevenzione primaria, nelle scuole materne, elementari e medie site nell'ambito territoriale del Distretto Bassa Valsugana;
- ambulatoriale – per urgenze odontoiatriche, visite e consulenze specialistiche – per la popolazione del Distretto (20 ore /settimanali);
- ambulatoriale presso il Distretto Alta Valsugana (3 ore /settimanali);
- servizio multizonale in équipe (medico odontoiatra, infermiera professionale, igienista dentale) in ambulatori appositamente attrezzati presso le diverse sedi delle strutture per disabili dislocate sul territorio provinciale e utilizzando, quando possibile, i poliambulatori dei Distretti sanitari; il disabile non collaborante viene indirizzato al servizio di anestesia generale e trattato in regime di day-hospital nei presidi ospedalieri di Borgo Valsugana e di Rovereto.

Presso l'**Ospedale S. Chiara di Trento** è attiva una *Unità operativa di Chirurgia maxillo-facciale*, dotata di una équipe di 7 medici compreso il primario, che – oltre alle attività di chirurgia maxillo-facciale – eroga le seguenti prestazioni specialistiche odontoiatriche:

- pronto soccorso odontoiatrico (per urgenze odontostomatologiche, traumi dentari,..) con reperibilità notturna e festiva;
- estrazioni dentarie per pazienti a rischio (cardiopatici, nefropatici, coagulopatici, alto rischio infettivo,..);
- estrazioni in anestesia generale per pazienti non collaboranti (bambini, adulti , disabili psico-fisici);
- consulenza odontoiatrica per pazienti affetti da diabete mellito giovanile;
- consulenza per la concessione dei contributi previsti per le prestazioni della LP n. 20 del 1991.

Dall'analisi dei report sui raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) emerge che i 3 DRG relativi alle malattie dei denti e del cavo orale rappresentano il 65% del case-mix trattato da questa unità operativa.

UNITÀ OPERATIVA DI CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE - DRG			
ANNO 1995			
DRG	Raggruppamento omogeneo di diagnosi	N° di casi	%
185 e 186	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione	191	13,2
187	Estrazioni e riparazioni dentali	747	51,7
Totale		938	64,9

Il volume complessivo delle prestazioni odontoiatriche erogate dalle strutture dell'Azienda sanitaria, suddiviso per Distretto, è rappresentato nella Tavola seguente.

AZIENDA SANITARIA – ATTIVITÀ ODONTOIATRICA – PRESTAZIONI per SEDE di erogazione		
DISTRETTO	ANNO 1995	
	Visite	Prestazioni *
Val di Fiemme	220	453
Primiero	691	1.378
Bassa Valsugana	2.915 [^]	4.665 [^]
Alta Valsugana	1.736	17.455
Trento	5.664	n.d.
Valle di Non	n.d.	n.d.
Valle di sole	209	817
Giudicarie e Rendena	0	0
Alto Garda e Ledro	1.477	6.455
Vallagarina	1.470	15.113
Valle di Fassa	141	360
TOTALE	14.523	46.696
TOTALE complessivo		61.219
[^] Attività dei medici convenzionati interni (SUMAI); esclusa l'attività della Unità operativa di Odontostomatologia per disabili dell'Ospedale di Borgo * Non è disponibile la descrizione della tipologia delle singole prestazioni.		
Il servizio pubblico offre una risposta parziale ed insufficiente rispetto ai bisogni dell'utenza: <ul style="list-style-type: none"> • solamente il 5/6% della popolazione residente si rivolge ai medici convenzionati interni; • i tempi di attesa per accedere alle prestazioni odontoiatriche sono, di norma, di 4/6 mesi; • si opera in assenza di linee guida e protocolli operativi e senza verifica di qualità delle prestazioni rese agli utenti. 		

In merito alla PREVENZIONE ODONTOIATRICA primaria e secondaria, si rileva una **situazione di forte disomogeneità**, con Distretti che attuano programmi specifici (di educazione alla salute e all'igiene, fluoroprofilassi) e che dedicano un congruo numero di ore di attività specialistica odontoiATRICA alle cure dentarie in età evolutiva (fascia 4-14anni)³⁸, ed altri Distretti in cui tali attività non vengono effettuate e sono effettuate solo parzialmente, determinando un forte disparità nella presa in carico degli utenti in età evolutiva.

La legge provinciale 31 agosto 1991, n. 20 – *"Interventi volti ad agevolare l'accesso a prestazioni di assistenza odontoiATRICA protesica e ortodontica"*³⁹ – ha stabilito che, nell'ambito delle **prestazioni socio-assistenziali di carattere economico**, la Provincia autonoma di Trento effettua a proprio carico specifici interventi – a favore di particolari categorie di soggetti

38 Circa 49.000 persone = 10% della popolazione trentina.

39 Approvata dal Consiglio provinciale il 23 luglio 1991, a seguito della unificazione dei seguenti due disegni di legge provinciale: Disegno di legge 30 marzo 1989, n. 23, d'iniziativa del consigliere Paolo Tonelli (D.P.), concernente "Provvedimenti relativi all'assistenza odontoiATRICA"; Disegno di legge 10 agosto 1989, n. 45, d'iniziativa del consigliere Franco Tretter (P.A.T.T.), concernente "Norme per l'assistenza odontoiATRICA".

residenti nel territorio provinciale e il cui reddito⁴⁰, riferito al nucleo familiare, non ecceda i limiti stabiliti in legge e rivalutabili annualmente – finalizzati a **sostenere la spesa privata** assunta per prestazioni odontoiatriche mediante la **concessione di un contributo**, in misura pari all'80 per cento della spesa ritenuta ammissibile, per l'applicazione di **protesi dentarie mobili, anche parziali**, a favore di **soggetti di età superiore a 60 anni** e per l'effettuazione di **cure ortodontiche**, a favore di **soggetti di età compresa tra i 6 ed i 16 anni**.

Per attuare la **disciplina** recata dalla legge provinciale n. 20 del 1991, **la Giunta provinciale ha approvato** – con la deliberazione n. 3996 del 30 marzo 1992 – le **prime direttive**⁴¹ per l'applicazione della legge provinciale che hanno:

- **individuato**, in maniera articolata e puntuale, **criteri, modalità e procedure** per l'attribuzione, agli aventi diritto, dei singoli benefici previsti dalla legge provinciale e **per la concessione ed erogazione del contributo**;
- **fornito indicazioni** ai Comprensori per la gestione degli interventi e alle Unità Sanitarie Locali per l'effettuazione degli accertamenti e delle **convalde di tipo sanitario**⁴²;
- **disciplinato** gli aspetti concernenti l'**accertamento della situazione economica dei richiedenti** (con riferimento a quanto stabilito dalla legge provinciale ed alle ulteriori indicazioni di competenza della Giunta provinciale), le **modalità di erogazione**⁴³ delle prestazioni nonché la possibilità, da parte del richiedente, di delegare il professionista alla riscossione del contributo spettante;
- **individuato le tariffe uniformi concordate**⁴⁴ sulla base delle quali è determinata la misura del contributo.

40 I **limiti di reddito familiare** sono stabiliti con riferimento al numero dei componenti il nucleo; le entrate del richiedente sono considerate al 100%, mentre le entrate degli altri componenti al 70%; per le entrate da lavoro dipendente, da lavoro autonomo, da impresa e da capitale si considera il reddito imponibile ai fini IRPEF diminuito dell'imposta netta, mentre per le entrate da coltivazione dei terreni e dall'allevamento si considerano il volume di affari risultante dalla dichiarazione dell'Iva al netto delle spese per la produzione; ai fini della valutazione della situazione economica del nucleo familiare sono considerate le spese per l'abitazione; è prevista una detrazione per ogni componente che non ha avuto reddito.

41 La predisposizione delle **Direttive** per l'individuare le **modalità tecniche ed organizzative per l'erogazione delle prestazioni** ha implicato l'**acquisizione** delle previste **intese** (Ordine dei medici; associazioni maggiormente rappresentative dei medici specialisti e degli odontoiatri che operano in attività libero-professionale).

42 La **concessione** dei contributi è subordinata all'**autorizzazione da parte dell'Azienda sanitaria** (già Unità Sanitaria Locale):

- nel caso di **protesi dentarie** la verifica dei presupposti tecnico-funzionali è effettuata ad un medico specialista del **Distretto sanitario di residenza** del richiedente ovvero da altro Distretto sanitario d'intesa con quello di residenza qualora non disponga dello specialista;
- nel caso di **cure ortodontiche** la verifica della sussistenza dei presupposti di ordine sanitario-funzionale e della congruità del piano di lavoro è effettuata dal Distretto sanitario della Valle dell'Adige che vi provvede attraverso l'**Unità operativa maxillo-facciale presso il presidio ospedaliero S. Chiara** di Trento.

L'**erogazione** dei contributi è invece subordinata:

- nel caso di **protesi dentarie**, all'effettuazione del **riscontro da parte del medico specialista di rispondenza, sotto il profilo funzionale e qualitativo**, dell'apparecchio protesico fornito, che si intende operato con esito positivo qualora da attestazione rilasciata dal professionista risulti corrispondenza tra elementi protesici autorizzati ed applicati, nonché risulti parimenti espresso il **gradimento del soggetto interessato** in ordine alla prestazione ottenuta;
- nel caso di **cure ortodontiche**, all'effettuazione del **riscontro di rispondenza, sotto il profilo funzionale e qualitativo, della cura ortodontica**, che si intende operato con esito positivo qualora da attestazione rilasciata dal professionista risulti completata la cura stessa, secondo la proposta ed il piano di lavoro autorizzati, e contemporaneamente risulti espresso il **gradimento del soggetto interessato** in ordine alla prestazione effettuata.

Le **verifiche ed i riscontri di rispondenza** sono eseguiti di **norma su base documentale**, senza accertamenti diretti nei confronti del soggetto interessato. Il sanitario del Distretto competente può procedere peraltro a diretti accertamenti nei confronti dell'interessato, espressamente chiamato in tal caso a visita individuale, qualora la documentazione risulti insufficiente ovvero risultino controindicazioni di ordine tecnico-sanitario nonché su richiesta dell'Ente gestore in sede di riscontro di rispondenza, qualora all'atto della corresponsione del contributo non trovi rispondenza tra prestazioni autorizzate e quanto fatturato dallo specialista, oppure su richiesta dell'utente, che si dichiari insoddisfatto della prestazione; in caso di non gradimento del paziente, il Distretto sanitario informa il professionista, il quale può richiedere ed avere un confronto col medico pubblico.

43 In seguito alla comunicazione da parte dell'Ente gestore del rilascio della autorizzazione da parte del Distretto sanitario competente, **l'assistito può rivolgersi ad un qualsiasi professionista abilitato all'esercizio dell'attività odontoiatrica ai sensi delle norme vigenti** (medico specialista in odontoiatria, odontoiatra oppure altro professionista equiparato ai sensi della L. 409/85), al fine di usufruire delle prestazioni protesiche ed ortodontiche come autorizzate. Ai sensi dell'articolo 5 della L.P. 20/91, è **reso pubblico** dai Distretti sanitari **l'elenco dei professionisti che si impegnano ad osservare le tariffe uniformi** concordate ed approvate dalla Giunta provinciale, fatta **salva la libertà del soggetto di recarsi presso professionisti non compresi nell'elenco**, fermo restando che, in ogni caso, la misura del contributo da erogare rimane conforme a quella prevista.

A fronte della prestazione autorizzata ed effettuata, l'assistito provvede alla corresponsione del dovuto nei confronti del professionista, il quale rilascia la relativa fattura. Al fine di ottenere la corresponsione del contributo, l'assistito deve presentare all'Ente gestore la documentazione di spesa (fattura saldata), dalla quale risultino specificamente le **prestazioni rese** dal professionista e gli **importi erogati** per le stesse. La fattura, firmata dal medico, deve essere controfirmata dall'assistito per **accettazione, da intendersi quale espressione di gradimento** in ordine alle prestazioni eseguite.

Le **prestazioni di natura specialistica e medico-legale** eventualmente erogate sono soggette alla vigente disciplina della compartecipazione alla spesa sanitaria (l'assistito verserà l'importo previsto a titolo di ticket sulla visita specialistica), fatte salve eventuali esenzioni di carattere personale previste per legge.

44 Con l'Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Trento, ai sensi dell'articolo 5 della legge provinciale, ed ai fini della determinazione della spesa ammissibile.

La Giunta provinciale ha inoltre provveduto:

- con la deliberazione n. 16953 del 19 novembre 1993, a **rivalutare i limiti di reddito** e ad **aggiornare** – con un aumento del 17%⁴⁵ – **le tariffe uniformi**⁴⁶, a far data **dal 1° gennaio 1994**, nei seguenti importi:

<i>Protesi dentarie mobili</i>		in £
Protesi dentarie mobili superiore e inferiore totali in resina		2.350.000
Protesi dentaria mobile superiore totale in resina		1.400.000
Protesi dentaria scheletrata mobile parziale in cromo cobalto, massimo 6 elementi		930.000
<i>Cure ortodontiche</i>		in £
Per il primo anno di cura (comprensiva anche della diagnosi iniziale):		
con apparecchiature mobili o funzionali		2.450.000
con apparecchiature fisse o miste		2.800.000
Per gli anni successivi al primo:		
con apparecchiature mobili o funzionali		2.000.000
con apparecchiature fisse o miste		2.350.000

- con la deliberazione n. 8027 del 30 dicembre 1999, a **rivalutare nuovamente i limiti di reddito** per l'accesso agli interventi previsti dalla legge provinciale 20 del 1991, applicando **dal 1° gennaio 2000** un **aumento complessivo dei limiti di reddito pari al 14,23%**⁴⁷;
- con la deliberazione n. 3471 di data 21 dicembre 2001, **ad adeguare nuovamente** le disposizioni per la concessione e l'erogazione dei contributi, da parte degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali delegate ai sensi della legge provinciale n. 14 del 1991, (Comprensori e Comuni di Trento e di Rovereto), per **aggiornare i limiti di reddito**⁴⁸, **disporre la conversione in Euro** dei limiti di reddito e delle tariffe uniformi, in relazione all'entrata in vigore della **nuova valuta** dal 1° gennaio 2002, e per **determinare le tariffe uniformi**, a valere **dal 1° gennaio 2002**⁴⁹, nelle seguenti:

<i>Protesi dentarie mobili</i>		in €
Protesi dentarie mobili superiore e inferiore totali in resina		1.214,00
Protesi dentaria mobile superiore totale in resina		724,00
Protesi dentaria scheletrata mobile parziale in cromo cobalto, massimo 6 elementi		481,00
Il contributo concesso per l'applicazione di protesi dentaria è rinnovabile soltanto qualora si verificano rilevanti modificazioni anatomiche che rendono inefficace la prestazione protesica precedentemente ammessa a contributo.		
<i>Cure ortodontiche</i>		in €
Per il primo anno di cura (comprensiva anche della diagnosi iniziale):		
con apparecchiature mobili o funzionali		1.266,00
con apparecchiature fisse o miste		1.447,00

45 Tasso di inflazione *effettivo* medio annuo del triennio 1991-1993 (= 6,4% nel 1991 + 5,4% nel 1992 + 4,3% nel 1993).

46 La **limitata adesione alle tariffe** uniformi sarebbe dovuta, **secondo i professionisti**, alla **scarsa remuneratività** delle medesime tariffe, in particolare quelle relative alla protesi: i professionisti che, al 2004, hanno aderito alle tariffe uniformi, sottoscrivendo un **formale atto di adesione** e che hanno dato la disponibilità a ricevere, su delega dell'interessato, il contributo concesso è stato molto limitato e pari, a **57**, mentre coloro che si sono resi disponibili a ricevere direttamente il contributo sono stati solamente 29.

47 Tasso di inflazione *programmato* relativo agli anni dal 1994 al 2000 (= 3,5% nel 1994, 2,5% nel 1995, 3,5% nel 1996, 1,7% nel 1997, 1,8% nel 1998, 1,3% nel 1999 e 1,2% nel 2000).

48 Applicando il tasso programmato di inflazione per gli anni 2001 (1,7%) e 2002 (1,7%).

49 Rimaste poi invariate.

Per gli anni successivi al primo:	
con apparecchiature mobili o funzionali	1.033,00
con apparecchiature fisse o miste	1.214,00
Nel caso di cura ortodontica di durata superiore a 2 anni, è prevista la concessione di un acconto pari al 50% del contributo spettante: il soggetto interessato (o l'esercente la patria potestà in caso di minore età) inoltra formale richiesta all'Ente gestore, richiamando l'autorizzazione avuta e documentando la richiesta stessa con l'attestazione del professionista che fornisce la cura ortodontica la quale certifi che il piano di lavoro previsto ed autorizzato è stato realizzato nella misura di almeno il 60%. L'attestazione del professionista è trasmessa dall'Ente gestore al competente Distretto sanitario per la convalida e restituita da quest'ultimo all'Ente gestore. In sede di convalida è fatta salva la facoltà del Distretto sanitario di procedere a controlli diretti nei confronti del soggetto interessato. Il contributo concesso per l'effettuazione di cure ortodontiche, non è rinnovabile.	

Sul piano sostanziale, il conseguimento degli obiettivi fissati dalla legge provinciale n. 20 del 1991 si è concretizzato nella realizzazione degli interventi programmati e previsti dalla Giunta provinciale nel periodo di vigenza.

Nel merito va segnalato che **dopo i primi anni di applicazione** della legge provinciale n. 20 del 1991 si è evidenziata **una netta prevalenza delle cure ortodontiche** rispetto all'applicazione di protesi dentarie mobili e anche la spesa complessiva è stata largamente determinata dai contributi per cure ortodontiche. Inoltre, sempre con riferimento alle **cure ortodontiche**, si è osservato che **la durata delle cure si prolunga, in molti casi, oltre il termine stabilito nel piano di lavoro iniziale**, con effetti sulla spesa che non sono quindi prevedibili.

Per quanto riguarda gli **interventi a favore delle persone ultrasessantenni**, la disciplina è risultata, in concreto, inadeguata risultando, infatti, sempre minore il numero delle persone che necessitano dell'applicazione di protesi mobili, a fronte dell'aumentato bisogno espresso di un intervento per sostenere l'applicazione di protesi fisse.

In termini più generali, si è ancora evidenziato che:

- l'**autorizzazione** del piano di lavoro, e il seguente **riscontro di rispondenza**, effettuate solo su base documentale **non risultano efficaci**: infatti, non risultando che l'esercizio dell'attività di autorizzazione abbia promosso interventi volti a modificare o integrare il piano di lavoro presentato dal professionista, si può ritenere che, di fatto, questa costituisca una mera presa d'atto del piano di lavoro proposto dal professionista;
- **gli Enti gestori** (comprensori e comuni di Trento e di Rovereto) si trovano nella posizione di dover provvedere alla concessione e all'erogazione dei contributi e alle connesse attività amministrative, sulla base di valutazioni poste in capo all'Azienda sanitaria: i medesimi Enti hanno **proposto**, pertanto, **che gli interventi** previsti dalla legge provinciale n. 20 del 1991 **siano portati nell'ambito delle prestazioni rese dall'Azienda provinciale per i servizi sanitari**, individuando, attraverso idonee misure, altre modalità d'intervento a favore delle fasce deboli.

La rappresentazione – in termini tipologici, quantitativi e di spesa – relativa all'attuazione della legge provinciale n. 20 del 1991, nel periodo 1993-2002, è descritta nella Tavola seguente.

Legge provinciale n. 20 del 1991 – Numero CONTRIBUTI CONCESSI e relativa SPESA * – Anni 1993 / 2002					
Anno	Cure ortodontiche		Protesi mobili		Spesa Totale
	Numero	Spesa	Numero	Spesa	
1993	342	£ 1.234.065.666	414	£ 474.357.531	£ 1.708.423.197
1994	482	£ 2.052.324.027	503	£ 560.284.235	£ 2.612.608.262

1995	566	£ 2.586.233.476	410	£ 654.803.600	£ 3.241.037.076
1996	638	£ 3.061.565.537	399	£ 504.928.950	£ 3.566.494.487
1997	667	£ 2.777.664.085	290	£ 388.205.360	£ 3.165.869.445
1998	691	£ 3.101.356.870	248	£ 352.724.080	£ 3.454.080.950
1999	752	£ 3.674.565.326	244	£ 396.976.000	£ 4.071.541.326
2000	742	£ 4.017.253.905	269	£ 395.049.000	£ 4.412.302.905
2001	888	£ 4.610.332.316	275	£ 463.950.000	£ 5.074.282.316
2002	958	€ 2.832.493,37	283	€ 216.263,22	€ 3.048.756,59
2003	1015	€ 2.466.628,12			
2004	855	€ 2.713.329,19			
2005	670	€ 2.724.735,90			
2006	726	€ 2.500.931,05		€ 134.021,68	2.634.952,73
2007	736	€ 2.637.670,10		€ 150.577,11	2.788.247,21

* A carico del Fondo socio-assistenziale della Provincia

Fonte: Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali delegate (Comprensori e Comuni di Trento e di Rovereto)

La legge provinciale 31 agosto 1991, n. 20 *“Interventi volti ad agevolare l’accesso a prestazioni di assistenza odontoiatrica protesica e ortodontica”* è stata **abrogata** dall’articolo 9 della legge provinciale 12 dicembre 2007 che ha **fatti salvi i diritti acquisiti** (fino ad esaurimento, le procedure di erogazione delle prestazioni di assistenza odontoiatrica già prenotate o impegnate presso l’Azienda sanitaria e presso le strutture convenzionate nonché quelle relative a domande avanzate per la concessione dei contributi). Si segnala, in proposito, che **risultano ancora in corso, al 2017** – quindi, a distanza di 10 anni dalla abrogazione della legge provinciale – **procedimenti amministrativi inerenti a contributi riferiti alle cure ortodontiche di minori previsti dalla legge provinciale n. 20 del 1991**.

Nel 1998, allo scopo di pianificare ed omogeneizzare gli interventi su scala provinciale, viene costituito il Dipartimento di Odontostomatologia, (che comprende la medicina specialistica convenzionata interna dei Distretti sanitari e le Unità operative ospedaliere di Odontostomatologia di Borgo Valsugana e di Chirurgia maxillo-facciale dell’Ospedale di Trento), come supporto tecnico – alla programmazione delle attività di odontoiatria dell’Azienda sanitaria – propositivo in merito a linee guida, protocolli operativi e utilizzo ottimale del personale, delle strutture e delle attrezzature.

Alla luce della situazione esistente, ed a seguito di un lungo e complesso percorso istruttorio, **la Giunta provinciale** – con la **deliberazione n. 1788 del 6 agosto 2004** *“Assistenza odontoiatrica: Livelli Essenziali ed Aggiuntivi⁵⁰ di Assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Provinciale e direttive all’Azienda provinciale per i servizi sanitari per la riorganizzazione del settore”* – ha **approvato** la definizione dei **livelli di assistenza dell’Area odontoiatrica a carico del Fondo sanitario provinciale** (per soggetti in **età evolutiva**, per soggetti in **condizioni di particolare vulnerabilità** sanitaria, sociale ed economica, per la **popolazione generale**) unitamente alle **indicazioni** all’Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) **per la riorganizzazione delle risorse umane e strumentali dedicate al settore**.

50 I livelli **Essenziali** sono erogati agli iscritti al SSN, con specifiche eccezioni per garantire prestazioni già in essere in sede locale, ma escluse dallo Stato. I livelli **Aggiuntivi** sono erogati agli iscritti al SSP e residenti in Trentino.

Nella Tavola seguente è rappresentato il **volume complessivo delle prestazioni odontoiatriche erogate dalle strutture dell'Azienda sanitaria**, suddiviso per Distretto, relativamente all'anno 2005.

AZIENDA SANITARIA – ATTIVITÀ ODONTOIATRICA – PRESTAZIONI per SEDE di erogazione , ANNO 2005						
DISTRETTO	ANNO 2005					
	Medici convenzionati interni (SUMAI)			U.O. Odontostomatologia per disabili Ospedale di Borgo Valsugana		
	Visite	Prestazioni	Totale	Visite	Prestazioni	Totale
Val di Fiemme	298	726	1.024	42	124	166
Primiero	149	1.118	1.267	77	245	322
Bassa Valsugana	160	1.082	1.242	3.208	7.164	10.354
Alta Valsugana	1.519	5.437	6.956	186	573	759
Trento	3.176	6.041	0.217	190	300	490
Valle di Non	595	1.211	1.806	0	0	0
Valle di sole	123	477	600	58	175	233
Giudicarie e Rendena	276	594	870	54	179	233
Alto Garda e Ledro	1.361	4.449	5.810	103	224	327
Vallagarina	1.977	7.086	9.063	169	501	670
Valle di Fassa	190	270	460	30	75	105
TOTALE	9.824	28.491	38.315	4.117	9.542	13.659
TOTALE complessivo			51.974			

Legge provinciale 27 dicembre 2007, n. 22 – *Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento.*

VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI

APPENDICE N. 2

LEGGE PROVINCIALE 12 DICEMBRE 2007, N. 22

LE DIRETTIVE ANNUALI DI ATTUAZIONE (ADOTTATE AI SENSI DELL'ARTICOLO 6)

La predisposizione delle **deliberazioni della Giunta provinciale per l'attuazione della legge provinciale n. 22 del 2007 (Direttive annuali)** ha implicato un **complesso e articolato processo istruttorio** – condotto dalla competente Struttura provinciale⁵¹, anche costituendo un apposito *Gruppo di lavoro*, in collaborazione con l'*Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS)* e con le *Rappresentanze dell'Ordine dei medici e chirurghi di Trento e degli odontoiatri (Commissione CAO)*, *degli Odontotecnici, degli Igienisti dentali e degli Studi privati Convenzionati* – **finalizzato a valutare e conciliare specifiche esigenze e aspettative di ordine tecnico-sanitario, organizzativo, economico-finanziario e a rispondere a necessità di continuativo aggiustamento e miglioramento** in ragione della:

- *complessità* della disciplina (livelli di assistenza essenziali e aggiuntivi);
- *pluralità dei beneficiari* potenziali (età evolutiva, disabili psicofisici, soggetti affetti da patologie specifiche e/o gravi, nuclei a bassa condizione economico-patrimoniale, anziani, donne in gravidanza, popolazione generale) e delle rispettive *condizioni di accesso e trattamento* (gratuità, ICEF, compartecipazione);
- *pluralità degli erogatori* potenziali (APSS, studi convenzionati con SSP, studi privati non convenzionati) e delle tre modalità *erogative previste* (diretta pubblica, diretta convenzionata, indiretta).

Le Direttive attuative annuali (risultato del processo istruttorio) **stabiliscono e specificano puntualmente:**

- i **beneficiari**, le **attività erogate** e le rispettive **condizioni di accesso**;
- gli **ambiti di attività**, distinti per tipologia di beneficiario (età evolutiva, persone in condizioni di vulnerabilità, popolazione generale) e per tipologia di erogatore (pubblico, privato convenzionato, privato non convenzionato);
- gli **strumenti a supporto delle attività odontoiatriche** (linee guida operative, protocollo per l'accesso all'ortodonzia IOTN, libretto sanitario odontoiatrico LSO);
- il **valore** (soglia di accesso) **dell'indicatore ICEF** e le modalità di **compartecipazione alla spesa** da parte dei beneficiar/assistiti;
- il **regime di assistenza "diretta"** (modalità di accesso, di presa in carico, di cura);
- il **regime di assistenza "indiretta"** (modalità di accesso, di presa in carico, di cura);
- il **nomenclatore delle prestazioni** e le relative **tariffe**⁵²;
- il **fabbisogno di strutture odontoiatriche** (programmazione e localizzazione territoriale);
- i **requisiti di autorizzazione all'esercizio** di attività sanitaria;
- i **requisiti per l'accreditamento** degli studi e ambulatori odontoiatrici privati;
- i **criteri di convenzionamento** degli studi e ambulatori odontoiatrici privati col servizio sanitario provinciale;
- lo **schema di accordo negoziale** (tra Azienda sanitaria e singolo studio convenzionato: contratto e budget annuale);
- le **risorse finanziarie** disponibili (stanziamenti del bilancio annuale della Provincia per l'attuazione della LP n. 22 del 2007 e relative assegnazioni all'Azienda provinciale per i servizi sanitari);
- le **modalità di monitoraggio** e di **controllo** (commissione mista).

51 Servizio economia e programmazione sanitaria.

52 Rispetto alle **tariffe** individuate, si segnala che:

- la Rappresentanza degli Odontoiatri non ha condiviso la proposta ritenendola non adeguatamente remunerativa delle prestazioni richieste;
- le Rappresentanze degli odontotecnici hanno espresso il loro parere positivo, aderendo alla proposta formulata per l'anno 2008;
- gli approfondimenti condotti dal Servizio Economia e programmazione sanitaria in collaborazione con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, hanno confermato che i valori tariffari sono da ritenersi congrui, avuto riguardo alle informazioni derivabili dagli studi di settore, al tariffario dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani, ai tariffari che trovano applicazione presso studi odontoiatrici privati in realtà regionali limitrofe.

LE DIRETTIVE DI ATTUAZIONE PER L'ANNO 2008 (CON DECORRENZA 25 LUGLIO 2008) – hanno costituito la **prima disciplina**, assoggettabile a monitoraggio e, all'occorrenza, a sistematica revisione, dato atto che la legge provinciale n. 22 del 2007 dispone che la Giunta provinciale le adotti annualmente. La **spesa stimata sull'esercizio 2008** ammontava ad euro **5.800.000,00** e risultava già ricompresa nel Fondo Sanitario Provinciale (e nelle assegnazioni agli enti gestori per il completamento delle cure, già attivate ai sensi dell'abrogata legge provinciale n. 20 del 1991). La **spesa aggiuntiva derivante dalle Direttive**, per il periodo 1 ottobre 2008-31 dicembre 2008, è stata quantificata in euro **3.000.000,00** (per il potenziamento delle prestazioni odontoiatriche già in essere, per l'attivazione delle cure ortodontiche e per le protesi mobili). La **attivazione** delle prestazioni di assistenza **protesica fissa**, non già assicurate dai livelli di assistenza del Servizio sanitario provinciale al 1 gennaio 2008, è stata **rinvia a successivo provvedimento** data la necessità di redigere le *linee guida operative* di settore e il *modello ICEF* per determinare le relative condizioni di accesso, **così come** la disciplina riguardante l'**attivazione di fondi integrativi** per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche da qualificarsi come aggiuntive ai livelli stabiliti dalle Direttive.

LE DIRETTIVE DI ATTUAZIONE PER L'ANNO 2009 (CON DECORRENZA 1 LUGLIO 2009) – assunte a seguito del **continuativo confronto tecnico**, coordinato dal competente servizio della Provincia, **con le diverse Rappresentanze** interessate⁵³ finalizzato ad individuare le modalità per migliorare la sinergia pubblico/privato – **hanno disposto, a integrazione delle precedenti direttive**, in particolare:

- **la trasformazione** della denominazione dell'Unità Operativa del Presidio Ospedaliero S. Chiara di Trento, da "*Unità Operativa di Chirurgia maxillo-facciale*" a "*Unità Operativa multizonale di Chirurgia maxillo-facciale e Odontostomatologia*"⁵⁴;
- **la assegnazione** all'Azienda provinciale per i servizi sanitari di **1 Dirigente medico nella disciplina "odontoiatria"** da destinare prevalentemente alle attività connesse con lo *sviluppo della prevenzione primaria e dell'ortodonzia e, più in generale, alle attività di supporto al monitoraggio dell'applicazione della legge provinciale n. 22 del 2007*;
- **la assegnazione** all'Azienda provinciale per i servizi sanitari di maggiori **risorse finanziarie**, per l'attuazione della legge provinciale n. 22 del 2007, per euro **5.500.000,00**.

LE DIRETTIVE DI ATTUAZIONE PER L'ANNO 2010 (CON DECORRENZA 1 GENNAIO 2010) – che costituiscono la "**messa a regime**" del nuovo assetto organizzativo secondo le tre modalità di erogazione previste (Assistenza DIRETTA PUBBLICA da parte di ambulatori dei distretti sanitari e unità operative ospedaliere), Assistenza DIRETTA CONVENZIONATA da parte di studi e ambulatori privati che accettano nomenclatore tariffario, linee guida e budget, Assistenza INDIRETTA da parte di studi e ambulatori privati non convenzionati, previo nulla osta del Distretto sanitario di riferimento e solo se Azienda sanitaria e studi

53 Degli Odontoiatri (19 febbraio 2009, 4 -17 - 24 e 31 marzo 2009), degli Odontotecnici (7 e 28 aprile 2009), degli Igienisti dentali (14 maggio 2009) e degli Studi privati convenzionati con il SSP (25 e 27 maggio 2009).

54 Preso atto che la medesima svolge anche attività di odontostomatologia in regime di ricovero e ambulatoriale (assistenza odontoiatrica in regime di urgenza nelle giornate festive, assistenza per pazienti pediatrici odontofobici, igiene dentale rivolta a pazienti a rischio per trattamenti radianti e chemioterapici, attività di verifica dei piani di trattamento ortodontici, attività di consulenza per il Pronto soccorso e per altre Unità Operative, attività di alta specializzazione - chirurgia orale e patologia orale -, assistenza odontoiatrica agli ospiti delle Case di Riposo della Provincia di Trento in base a specifica convenzione).

convenzionati non avviano il piano di cura entro il 45° giorno dalla prenotazione della prestazione presso il CUP aziendale) – **hanno disposto, a integrazione delle precedenti direttive**, in particolare:

- **la adozione** del nuovo “*Schema di modulo di domanda per l’accesso*” alle prestazioni odontoiatriche erogate dal Servizio sanitario provinciale⁵⁵ e **l’allineamento** con l’anno solare della **decorrenza** (gennaio-dicembre);
- **l’accesso** alle prestazioni odontoiatriche **prescindendo dal requisito della residenza in Trentino** per gli ospiti della Comunità tossicodipendenti San Patignano di Pergine Valsugana⁵⁶;
- specifiche **modifiche tecniche al Nomenclatore** delle prestazioni odontoiatriche;
- **l’incremento dell’offerta di specialistica odontoiatrica erogata negli ambulatori odontoiatrici pubblici**, per potenziare – con un aumento delle ore dedicate – l’assistenza odontoiatrica distrettuale e per migliorare l’omogeneità di erogazione negli ambiti territoriali;
- **l’assegnazione** all’Unità Operativa multizonale di Chirurgia maxillo-facciale e Odontostomatologia del Presidio ospedaliero S. Chiara di Trento, di 1 Dirigente medico nella disciplina “Chirurgia maxillo-facciale”, a supporto della attività multizonale per la disciplina della chirurgia orale.

Le **risorse finanziarie** per l’anno 2010 sono state **quantificate nell’importo di euro 13.500.000,00**⁵⁷.

LE DIRETTIVE DI ATTUAZIONE PER L’ANNO 2011⁵⁸ (CON DECORRENZA 1 GENNAIO 2011) – adottate sulla base dei **riscontri operativi registrati nell’esercizio 2010** (primo anno di piena attuazione dell’assetto organizzativo complessivamente predisposto per l’attuazione della legge provinciale) e di **ulteriori valutazioni** (riferite al numero potenziale ed effettivo dei beneficiari, alla tipologia di prestazioni e alle relative modalità d’erogazione in regime diretto pubblico, diretto convenzionato e in regime indiretto, alla sostenibilità organizzativa e finanziaria dell’impianto codificato nella legge provinciale e nelle relative Direttive annuali d’attuazione) – **hanno confermato**, nel complesso, – per l’esercizio 2011 – **l’assetto organizzativo in essere** per l’attuazione della legge e, **provveduto, in via integrativa, a:**

- **codificare, in maniera puntuale** e coerente con le disponibilità finanziarie complessive annuali, **gli aspetti relativi:**
 - **alla programmazione** (*epidemiologia, fabbisogno di cure, offerta complessiva e distribuzione territoriale della rete di studi/ambulatori odontoiatrici pubblici e delle strutture private da convenzionare, il cui numero è stabilito in 23*);
 - **all’accreditamento istituzionale e agli accordi negoziali** per l’erogazione dell’assistenza odontoiatrica, in nome ed a carico del Servizio sanitario provinciale, da parte di studi privati convenzionati;

55 La **modulistica in vigore non risultava conforme alle scadenze temporali previste per la totalità delle politiche di welfare adottate dalla Provincia autonoma di Trento** e basate, con riferimento all’accesso ai benefici da parte degli aventi diritto, sulla Dichiarazione ICEF con validità annuale, corrispondente al periodo 1 luglio-30 giugno) rilasciata di Centri di assistenza Fiscale convenzionati con la Provincia stessa.

56 Per i quali si dispone che le cure odontoiatriche sono erogate agli ospiti prescindendo dal requisito della residenza in Trentino (soggetti temporaneamente domiciliati con alto fabbisogno assistenziale), che l’impegno dell’Azienda sanitaria è limitato al mantenimento del medico specialista ambulatoriale e le prestazioni sono limitate all’attività chirurgica, che rimane in carico alla Comunità ogni rimanente spesa e, in caso di eventuali cure erogate a tossicodipendenti stranieri, la Comunità si deve fare carico della quota “pagante in proprio” secondo il tariffario provinciale.

57 Con deliberazione della Giunta Provinciale n. 2941 di data 3 dicembre 2009 recante le *Disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio sanitario provinciale per il triennio 2010-2012*. In merito, le strutture competenti per materia dell’Assessorato alla salute e politiche sociali e dell’Azienda provinciale per i servizi sanitari, attivano le opportune **procedure per garantire il monitoraggio dei flussi di spesa, anche al fine di opportunamente rideterminare le Direttive nel caso in cui si verificassero dinamiche di spesa non compatibili con i volumi di finanziamento previsti** dalla Giunta provinciale.

58 Sono state emendate, per correzione di errore materiale, con deliberazione della Giunta provinciale n. 337 del 25 febbraio 2011.

- **assegnare agli studi e ambulatori odontoiatrici convenzionati** con il SSP i **budget trimestrali**, per assicurare il monitoraggio delle attività erogate e il rispetto dei vincoli di bilancio fissati dalla Provincia;
- **apportare** specifiche **modifiche tecniche al Nomenclatore** delle prestazioni odontoiatriche;
- prevedere che, a partire dall'esercizio 2011, **le prestazioni relative alla prevenzione secondaria** (interventi curativi) relativamente ai **soggetti con età uguale o maggiore di anni 65** e alle **donne in gravidanza oltre il terzo mese** sono erogate con la **compartecipazione alla spesa** da parte del beneficiario, **secondo l'articolazione tariffaria** definita con l'indicatore ICEF;
- **disporre** la costituzione della "**Commissione mista di controllo sulle attività erogate ai sensi della legge provinciale n. 22/2007**" (composta anche da Rappresentanti di APSS, degli studi convenzionati con il SSP, dell'Ordine dei Medici (Commissione Albo Odontoiatri), da attivare entro 90 giorni.

Le risorse finanziarie, per l'anno 2011, sono state **confermate nell'importo di euro 13.500.000,00**⁵⁹.

LE DIRETTIVE DI ATTUAZIONE PER L'ANNO 2012 (CON DECORRENZA 1 GENNAIO 2012) – adottate sulla base dei **riscontri operativi** registrati negli esercizi precedenti, delle **criticità emerse**, di **specifiche valutazioni** riferite al ruolo e alle attività concretamente svolte nelle diverse modalità d'erogazione (regime *diretto pubblico, diretto convenzionato, indiretto*) e delle **indicazioni di modifica ed integrazione proposte** dalla "**Commissione mista di controllo sulle attività erogate ai sensi della legge provinciale n. 22/2007**"⁶⁰ – **hanno confermato**, nel complesso, – per l'esercizio 2012 – **l'assetto organizzativo in essere e provveduto, in via integrativa, a:**

- **ricalibrare** – in maniera coerente con la revisione dell'assetto territoriale dei Distretti sanitari definito dalla deliberazione della Giunta provinciale n. 350/2011 e con le disponibilità finanziarie complessive annuali – **gli aspetti relativi alla programmazione** (*epidemiologia, fabbisogno di cure, offerta complessiva e distribuzione territoriale della rete di studi/ambulatori odontoiatrici pubblici e delle strutture private da convenzionare, il cui numero è stabilito in 23* tenendo conto della nuova articolazione dei Distretti sanitari), all'**accreditamento istituzionale** e agli **accordi negoziali** per l'erogazione dell'assistenza odontoiatrica da parte di studi privati convenzionati;
- **apportare variazioni al Nomenclatore** delle prestazioni odontoiatriche e **a specifiche tariffe**;
- **fissare precisi "tempi massimi per la chiusura del piano di cura"**⁶¹ (conclusione delle prestazioni/cure) che devono essere rispettati dall'intera rete di erogazione (pubblica, convenzionata, indiretta);

59 Con deliberazione della Giunta Provinciale n. 2690 di data 26 novembre 2010 recante le *Disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio sanitario provinciale per il triennio 2011-2013*.

60 **Organismo tecnico/consultivo e non ispettivo** istituito – come disposto dalle Direttive annuali per il 2011 – con la deliberazione della Giunta provinciale n. 1385 del 24 giugno 2011. Nella composizione è disposta la presenza di Rappresentanti di APSS, degli studi privati convenzionati col SSP, dell'Ordine dei medici (CAO), dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI) e dell'Associazione Italiana Odontoiatri (AIO). La Commissione è stata convocata, nel corso del 2011, in 4 sedute (28 settembre, 27 ottobre, 1° dicembre e 13 dicembre).

61 Per favorire la fruibilità dell'assistenza al maggior numero di utenti possibile nell'ambito del contingente definito dal budget annuale, si stabiliscono i seguenti **"tempi massimi per la chiusura del piano di cura"**:

- **6 mesi dalla prima visita** (presa in carico) per le cure conservative, l'endodonzia e la chirurgia;
- **1 anno dalla prima visita** (presa in carico) per la protesica e l'implantologia;
- **2 anni dalla prima visita** (presa in carico) per l'ortodonzia.

Qualora i suddetti tempi massimi siano, a giudizio del professionista, non coerenti con le esigenze del singolo paziente, lo stesso può derogare ai tempi massimi fissati redigendo una specifica relazione sanitaria da conservare ed esibire, a richiesta, in fase di controllo dell'attività erogata.

Il sistema informativo dedicato – *IE odontoiatria* per gli erogatori convenzionati e *SIT Odontoiatria* per APSS – devono consentire la **verifica dei tempi di conclusione delle cure per singolo beneficiario**.

- **assegnare un periodo limitato di validità⁶² al “nulla osta”** rilasciato dal Distretto per l'accesso al regime di assistenza indiretta;
- **precisare l'ambito di azione e le funzioni della Commissione mista di controllo⁶³;**
- **stabilire che** – con riferimento alla necessità, costantemente richiamata nelle Direttive annuali, di *assicurare carattere di priorità alle attività di prevenzione odontoiatrica in età evolutiva⁶⁴* – **l'Azienda sanitaria deve assicurare⁶⁵ la disponibilità continuativa di 1 dirigente medico odontoiatra destinato prevalentemente alle attività connesse con lo sviluppo della prevenzione primaria e dell'ortodonzia e al monitoraggio delle attività rese in ambito pubblico nonché l'assunzione di 3 operatori sociosanitari da destinare alla funzione di assistenza alla poltrona in coerenza col potenziamento degli ambulatori odontoiatrici dell'Azienda sanitaria realizzato – all'interno dell'Accordo di programma finanziato dallo Stato ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 – col progetto “Strutture di assistenza odontoiatrica: potenziamento della rete degli ambulatori pubblici per l'assistenza odontoiatrica presso gli Ospedali e i Distretti della provincia” per il quale la Giunta provinciale, con deliberazione n. 2162 del 17 Settembre 2010, ha assegnato all'Azienda provinciale per i servizi sanitari la somma di euro 997.152,00.**

Le risorse finanziarie destinate, per l'anno 2012 sono state **confermate nell'importo di euro 13.500.000,00⁶⁶**.

LE DIRETTIVE DI ATTUAZIONE PER L'ANNO 2013 (CON DECORRENZA 1 GENNAIO 2013) – adottate sulla base dei **riscontri operativi** registrati negli **esercizi precedenti** e delle **valutazioni espresse dalla “Commissione mista di controllo sulle attività erogate ai sensi della legge provinciale n. 22/2007⁶⁷”** – **hanno confermato** nel complesso – anche per l'esercizio 2013 – **l'assetto organizzativo in essere** ed hanno **stabilito, ad integrazione di quanto già progressivamente disposto nelle direttive dagli anni 2008 al 2012** e con la deliberazione della Giunta provinciale n. 666 del 2012, di:

- **fissare in 30, su scala provinciale, il numero di strutture cui è possibile conferire l'accreditamento istituzionale** per l'erogazione dell'assistenza odontoiatrica ai sensi delle legge provinciale 22/2007 come contingente che consente il bilanciamento fra l'esigenza di governare la domanda di prestazioni e l'esigenza di disporre di un numero potenziale di erogatori (autorizzati e accreditati) compatibile con il **numero di accordi negoziali annuali fissato in 25** in funzione della **localizzazione distrettuale** delle rispettive sedi, per l'erogazione delle prestazioni in nome ed a carico del servizio sanitario provinciale;
- **precisare i criteri** da utilizzare, da parte dell'Azienda sanitaria, **per la scelta degli erogatori privati** con cui stipulare l'accordo negoziale annuale;

62 Validità temporale limitata ad **1 anno dal rilascio**, per favorire la corretta gestione dell'indicatore ICEF e dei piani di cura nonché per l'efficace gestione degli impegni finanziari destinati ai rimborsi.

63 La Commissione mista, a carattere tecnico/consulativo e non ispettivo:

- **svolge funzioni di verifica dell'andamento complessivo dell'assetto organizzativo predisposto** per l'attuazione della legge provinciale n. 22/2007;
- formula **proposte**, in ordine ad aspetti clinici, organizzativo-amministrativi ed economico-finanziari, **per la modifica e l'integrazione delle direttive annuali di attuazione** delle citata legge;
- esprime **pareri su specifiche istanze e/o problematiche attinenti all'attuazione della legge provinciale n. 22 del 2007 ed all'applicazione delle direttive.**

64 Di competenza dell'Azienda sanitaria, sia per gli aspetti organizzativi che erogativi.

65 Nell'ambito delle risorse aggiuntive per il 2012 assegnate dalla Giunta provinciale, con riferimento alla voce di bilancio relativa al “personale”.

66 Con deliberazione della Giunta Provinciale n. 2754 di data 14 dicembre 2011 recante le *Disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio sanitario provinciale per il triennio 2012-2014.*

67 Convocata, nel corso del 2012, in 5 sedute (6 marzo, 15 maggio, 29 agosto, 26 settembre e 6 dicembre).

- **introdurre specifiche variazioni al Nomenclatore** delle prestazioni odontoiatriche per migliorarne l'appropriatezza, l'estensione e l'efficienza, con particolare riferimento ai *settori della conservativa e dell'ortodonzia*;
- assegnare alla Commissione mista di controllo il compito di provvedere alla **revisione e all'aggiornamento delle linee guida operative** del settore odontoiatrico⁶⁸;
- **prevedere che l'Azienda sanitaria deve assicurare in via prioritaria:**
 - le attività di *prevenzione odontoiatrica in età evolutiva*,
 - il *monitoraggio di tutte le attività rese in ambito pubblico*,
 - tramite la **rete odontoiatrica provinciale** – *istituita con la deliberazione del DG n. 543 del 23 ottobre 2012 (assetto organizzativo per la erogazione dell'assistenza odontoiatrica da parte delle articolazioni aziendali – per il coordinamento dei professionisti APSS – Distretti, Dipartimento prevenzione, SOP, Dipartimenti, e per la necessaria integrazione con strutture private convenzionati) – l'aumento della produttività delle proprie strutture erogative*, anche in coerenza con il realizzato potenziamento degli ambulatori odontoiatrici (Accordo di programma ex articolo 20, legge 67/1988), il *miglioramento della qualità* delle prestazioni odontoiatriche, *l'uniformità di accesso e di trattamento* in tutto il territorio provinciale e *l'omogeneizzazione delle pratiche tecniche e organizzative*.

Le **risorse finanziarie**, per l'anno 2013 sono state **confermate nell'importo di euro 13.500.000,00**⁶⁹.

Il Governo provinciale uscente⁷⁰, essendo l'anno 2013 l'ultimo della XIV Legislatura, ha disposto – con deliberazione n. 2850 del 30 dicembre 2013 – che, per garantire la continuità dei servizi, **le Direttive approvate per l'anno 2013 continuano ad applicarsi** anche a decorrere dal 1° gennaio 2014 e **fino all'adozione di nuovo provvedimento di approvazione delle Direttive per l'anno 2014**⁷¹.

LE DIRETTIVE DI ATTUAZIONE PER L'ANNO 2014 (CON DECORRENZA 1 LUGLIO 2014) – adottate sulla base dei **riscontri operativi** registrati circa l'andamento complessivo delle attività negli esercizi precedenti, delle **osservazioni e valutazioni** espresse dalla "**Commissione mista di controllo**"⁷² e tenendo conto anche degli **sviluppi organizzativi che hanno interessato**

68 Nel corso del 2013 la Commissione mista, ha approvato la revisione e l'aggiornamento delle "*Linee guida per l'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento*" – anche sulla base delle nuove linee guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva 2013 – prevedendo anche la loro integrazione col documento "*Il processo di ricondizionamento dei dispositivi medici riutilizzabili in ambito odontoiatrico*".

69 Con deliberazione della Giunta Provinciale n. 2679 di data 7 dicembre 2012 recante le *Disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio sanitario provinciale per il triennio 2013-2015*.

70 La Giunta provinciale:

- ha proposto un **bilancio "tecnico" 2014** in grado di assicurare la *continuità della gestione finanziaria* nei primi mesi del 2014 *in attesa che il nuovo Esecutivo approvi un bilancio definitivo* sulla base della nuova impostazione programmatico-finanziaria;
- ha approvato il **Documento tecnico di accompagnamento e specificazione del bilancio di previsione 2014** e pluriennale 2014-2016 (Deliberazione n. 1711 del 23 agosto 2013);
- **ha disposto** – in sede di determinazione della spesa per le complessive funzioni del servizio sanitario provinciale relativa al triennio 2014-2016 (deliberazione n. 2528 del 5 dicembre 2013) – **che il finanziamento 2014 comprende le risorse destinate all'attuazione della legge provinciale n. 22 del 2007 sull'assistenza odontoiatrica nell'esercizio 2014, che sono provvisoriamente quantificate nell'importo di euro 13,5 milioni di euro** (fermo restando che la conferma di tale finanziamento annuale potrà avvenire solo ad avvenuta esecutività dell'assestamento al bilancio 2014 con il provvedimento di riparto definitivo delle risorse del servizio sanitario provinciale).

71 Ad avvenuta adozione del disegno di legge di assestamento del bilancio di previsione 2014 e delle disposizioni di riparto della spesa sanitaria provinciale 2014-2016. La Giunta provinciale ha confermato dette risorse (**euro 13,5 milioni di euro**) in sede di assestamento del bilancio provinciale 2014-2016 (deliberazione n. 310/2014) e con la deliberazione n. 594 del 17 aprile 2014 recante la "*Rideterminazione del finanziamento delle funzioni ed attività del servizio sanitario provinciale per il triennio 2014-2016*".

72 Convocata, nel 2013, in 4 sedute (27 febbraio, 17 aprile, 30 luglio e 19 dicembre) e nel 2014 in 3 sedute (15 gennaio, 12 febbraio e 20 marzo).

l'assetto dell'Azienda sanitaria nel corso del 2013 (nuovi Distretti sanitari, istituzione della Rete odontoiatrica provinciale) – **hanno confermato**, nel complesso – anche per l'esercizio 2014 – **l'assetto organizzativo in essere e, ad integrazione di quanto già progressivamente disposto nelle direttive adottate dagli anni 2008 al 2013, hanno provveduto a:**

- **adattare** lo “*Schema di modulo di domanda per l'accesso*” alle prestazioni odontoiatriche erogate dal Servizio sanitario provinciale;
- **allungare**, da 2 a 3 anni dalla prima visita (presa in carico), il “*tempo massimo per la chiusura del piano di cura*” per l'ortodonzia;
- **fissare in 34, su scala provinciale**, il numero di **strutture cui è possibile conferire l'accreditamento istituzionale** per l'erogazione dell'assistenza odontoiatrica ai sensi della legge provinciale 22/2007 come contingente consente il bilanciamento fra l'esigenza di governare la domanda di prestazioni e l'esigenza di disporre di un numero potenziale di erogatori (autorizzati e accreditati) compatibile con il **numero di accordi contrattuali annuali** per l'erogazione delle prestazioni in nome ed a carico del servizio sanitario provinciale che viene **confermato nel numero di 25** in funzione della localizzazione distrettuale delle rispettive sedi⁷³;
- **specificare che** – nel rispetto dei criteri generali e delle indicazioni programmatiche e finanziarie definiti dalla Giunta provinciale, e nel rispetto delle risorse complessive rispettivamente assegnate – **ciascun Distretto sanitario di APSS:**
 - **può adottare** – in ragione di specifiche e concrete situazioni organizzative dei singoli distretti/ambiti territoriali (es: presenza e tipologia dell'offerta pubblica diretta APSS, numero effettivo di soggetti accreditati) – **ulteriori specificazioni ai parametri valutativi per la scelta degli erogatori** con cui stipulare l'accordo negoziale annuale e/o **rimodulare i budget** dei medesimi (in base al numero di contratti effettivamente operativi nell'esercizio) nel rispetto del tetto di risorse destinato al relativo Distretto;
 - **deve assicurare:**
 - che la quota destinata all'**assistenza protesica** non superi tendenzialmente il limite del 35% e che in detta macro-area di assistenza sia privilegiata la protesica mobile o rimovibile;
 - che la quota destinata all'**assistenza ortodontica** non sia inferiore tendenzialmente al 15% del budget assegnato;
- **realizzare l'allineamento** (formale e contenutistico) della **reportistica sulle attività di assistenza odontoiatrica** svolte direttamente dall'**Azienda sanitaria** con la reportistica abitualmente fornita per le attività svolte dai **soggetti convenzionati**⁷⁴;
- **aggiornare** le “*linee guida operative*” predisposte con le deliberazioni del Direttore generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari n. 1514/2008 e n. 55/2009);
- **puntualizzare gli aspetti organizzativi ed erogativi riferiti alla promozione e prevenzione odontoiatrica** – sulla base del recupero delle indicazioni specifiche già formulate in merito dalla Giunta provinciale nelle Direttive annuali 2009, 2010 e 2011 e della proposta tecnica trasmessa dal Direttore del Dipartimento di prevenzione di APSS – **assegnando all'Azienda sanitaria, a partire dall'esercizio 2014, i seguenti compiti:**

73 Anche in considerazione del fatto che nell'anno 2013, a fronte di un numero di contratti programmato in 25, sono stati effettivamente stipulati 23 accordi negoziali con studi privati).

74 Al fine di consentire la confrontabilità delle rispettive attività nonché la definizione di indicatori di performance e standard di riferimento condivisi.

- **costruzione e attivazione di un modello organizzativo odontoiatrico per l'età evolutiva** (rete odontoiatrica pediatrica) che preveda l'individuazione e destinazione di *professionisti dedicati in via esclusiva o prevalente* (monte ore) alla popolazione in età 0-18 anni – per le attività di prevenzione, assistenza odontoiatrica e ortodontica – e all'interno di detta fascia, ai target più significativi in termini di bisogno e rilevanza clinica; detto modello, predisposto *all'interno della "Rete odontoiatrica provinciale"* potrà – a seconda della disponibilità di risorse professionali, strutturali e organizzative – essere **implementato da subito in ogni Distretto, oppure dapprima sperimentato in un Distretto pilota e successivamente esteso** a tutti i 4 Distretti sanitari e, quindi, all'intero ambito territoriale provinciale;
- **realizzazione di una campagna di informazione, promozione e sensibilizzazione** (1° modulo = alimentazione, igiene dentale, fluoroprofilassi, sigillatura solchi, visite periodiche; 2° modulo = aspetti organizzativi, formazione operatori, accesso, altro) e, per la medesima, *assegnazione di specifico budget* al Dipartimento di prevenzione;
- **evidenziare e consuntivare**, nell'ambito delle *risorse finanziarie destinate* ad APSS per l'attuazione dell'assistenza odontoiatrica pubblica a gestione diretta (dipartimento di prevenzione, ambulatori dei distretti sanitari, unità operative ospedaliere), la **quota destinata alla rete odontoiatrica pediatrica** quale area prioritaria di intervento individuato dalla legge provinciale n. 22 del 2007;

Le risorse finanziarie destinate, per l'anno 2014, sono state **confermate nell'importo di euro 13.500.000,00**⁷⁵.

Le Direttive per l'anno 2014 sono state **integrate** – con la deliberazione della Giunta provinciale n. 1174 del 14 luglio 2014⁷⁶ – **per introdurre**, in funzione della prevista costruzione e attivazione della *"Rete odontoiatrica pediatrica"*, **nuove modalità operative di esecuzione dell'attività di prevenzione primaria** a cura dell'Azienda sanitaria e, in particolare, **il Piano individuale di prevenzione (PIP)**⁷⁷.

LE DIRETTIVE DI ATTUAZIONE PER GLI ANNI 2015 E 2016 (CON DECORRENZA DICEMBRE 2015) – adottate sulla base dei **riscontri operativi** registrati negli esercizi precedenti circa l'andamento complessivo delle attività e delle **osservazioni e valutazioni espresse dalla "Commissione per la verifica dell'attuazione della legge provinciale n. 22/2007"**⁷⁸ – **hanno confermato sostanzialmente** – anche per gli anni 2015 e 2016 – **l'assetto organizzativo in essere** per l'attuazione della legge

75 Con deliberazioni della Giunta Provinciale n. 2528 del 5 dicembre 2013 recante le *"Disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio sanitario provinciale per il triennio 2014-2016"* e n. 594 del 17 aprile 2014 recante la *"Rideterminazione del finanziamento delle funzioni ed attività del servizio sanitario provinciale per il triennio 2014-2016"*.

76 Legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 recante "Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento" – Integrazione della deliberazione della Giunta provinciale n. 682 del 9 maggio 2014 recante le Direttive di attuazione per l'anno 2014.

77 **Sostituzione** della vigente **scheda** relativa alla **"TUTELA DELLA SALUTE ODONTOIATRICA A FAVORE DEI SOGGETTI IN ETÀ EVOLUTIVA"** con modificazione dell'Allegato n. 1 (ambiti di tutela odontoiatrica, ortodontica e protesica) contenuto nell'allegato A.
Il **Piano Individuale di Prevenzione (PIP)**, finalizzato – nell'ambito di un complessivo intervento di sorveglianza sullo stato di salute orale – alla **presa in carico del minore da parte della rete odontoiatrica pediatrica**, si concretizza in **azioni coordinate e consequenziali** che prendono l'avvio con la **prima visita odontoiatrica all'età di tre/quattro anni** (come previsto dalle Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia del Ministero della salute) e si sviluppano con la **valutazione del rischio carie individuale** e con la **personalizzazione del piano di prevenzione odontoiatrica**.

78 Organismo istituito (in sostituzione della *"Commissione mista di controllo sulle attività erogate ai sensi della legge provinciale n. 22/2007"* operante nel periodo 2011/2014) con deliberazione della Giunta provinciale n. 511/ del 30 marzo 2015, modificata con deliberazione n. 2087 del 20 novembre 2015 e assegnatario dei seguenti compiti:

- **monitoraggio e verifica dell'attuazione dell'assetto organizzativo** complessivo previsto dalla legge provinciale n. 22/2007 e **delle misure ed interventi stabiliti**, per l'attuazione, **nell'ambito delle direttive annuali** formulate dalla Giunta provinciale;
- **supporto alla predisposizione della relazione** prevista dall'articolo 8 della legge provinciale n. 22 del 2007;
- **proposta e supporto in ordine ad eventuali modificazioni o integrazioni delle direttive annuali di attuazione** (su aspetti clinici, organizzativi, amministrativi ed economico-finanziari), nel rispetto della disciplina della legge provinciale n. 22/2007, in particolare dell'articolo 6).

provinciale e, ad integrazione di quanto già progressivamente disposto nelle direttive adottate dagli anni 2008 al 2014, hanno stabilito di:

- **confermare e rinnovare** l'assegnazione dei **seguenti compiti all'Azienda** provinciale per i servizi sanitari:
 - adozione degli **strumenti informatici** per assicurare la produzione di una **reportistica efficace** sulle attività erogate **dalla rete** odontoiatrica provinciale;
 - **potenziamento dell'offerta assistenziale** con l'**incremento delle ore di specialistica interna**, in particolare dedicate all'**area pediatrica**;
 - **assunzione** di un medico odontoiatra **specialista in ortodonzia**, finalizzata all'**attivazione di un servizio di ortodonzia intercettiva pubblico**⁷⁹ e dedicato all'attività clinica sull'intero territorio provinciale;
 - **attivazione** di un modello organizzativo odontoiatrico per l'età evolutiva (**rete odontoiatrica pediatrica**) che preveda l'individuazione e destinazione di professionisti dedicati in via esclusiva o prevalente (monte ore) alla popolazione in età 0-18 anni – per le attività di prevenzione, assistenza odontoiatrica e ortodontica – e all'interno di detta fascia, ai target più significativi in termini di bisogno e rilevanza clinica, **con evidenza e consuntivazione**, nell'ambito delle risorse finanziarie destinate ad APSS per l'assistenza odontoiatrica pubblica a gestione diretta, **della quota destinata alla rete odontoiatrica pediatrica**, area prioritaria di intervento secondo la legge provinciale;
- **fissare**⁸⁰ in **34 su scala provinciale**, il numero di **strutture cui è possibile conferire l'accreditamento istituzionale** per l'erogazione dell'assistenza odontoiatrica ai sensi delle legge provinciale n. 22 del 2007 come contingente – peraltro **incrementabile al massimo di ulteriori 2 accreditamenti**, per necessità relative alla soddisfazione della domanda sul territorio provinciale e all'ottimizzazione dei livelli di accessibilità delle prestazioni – che consente il bilanciamento fra l'esigenza di governare la domanda e quella di disporre di un numero adeguato di soggetti accreditati da selezionare ai fini dell'accordo contrattuale;
- **rimettere all'Azienda provinciale** per i servizi sanitari⁸¹, anche sulla base delle indicazioni fornite dal responsabile della Rete Odontoiatrica Provinciale:

79 Lo sviluppo dell'assistenza ortodontica pubblica era già previsto nelle precedenti disposizioni della Giunta provinciale (deliberazione n. 682 del 9 maggio 2014) costituendo la risposta ad un bisogno di cura molto sentito.

80 Con riferimento agli **aspetti relativi alla programmazione** (epidemiologia, fabbisogno di cure, offerta complessiva, localizzazione e distribuzione territoriale della rete di studi/ambulatori odontoiatrici nonché necessità di assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate). Per quanto riguarda il **fabbisogno di strutture odontoiatriche necessario a erogare i livelli essenziali ed aggiuntivi di cui alla legge provinciale n. 22/2007**, valutati gli aspetti relativi alla programmazione (popolazione residente stimata, assetto dei Distretti sanitari, epidemiologia, fabbisogno di cure, offerta complessiva, attuale rete di offerta pubblica disponibile sul territorio trentino, nonché necessità di assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate), e **riscontrata l'adeguatezza del contingente previsto nelle Direttive degli scorsi due esercizi**, per il periodo di efficacia delle presenti direttive il **numero di strutture cui è possibile conferire l'accreditamento istituzionale per l'erogazione dell'assistenza odontoiatrica** ai sensi delle legge provinciale n. 22/2007 si conferma come di seguito riportato: **Distretto ovest n. 7 accreditamenti possibili, Distretto centro-nord n. 8 accreditamenti possibili, Distretto est n. 8 accreditamenti possibili, Distretto centro-sud n. 11 accreditamenti possibili, per un totale massimo di n. 34 strutture accreditabili su scala provinciale che potrà essere superato**, anche sentita l'Azienda, **al massimo di 2 accreditamenti**.

Si ritiene che il contingente sopra definito consenta l'ottimale **bilanciamento tra l'esigenza di governare la domanda di prestazioni e l'esigenza di disporre di un numero adeguato di soggetti accreditati da selezionare** ai fini dell'accordo contrattuale da parte dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

81 Le Direttive provinciali per gli anni 2015 e 2016 – adottate con la deliberazione della Giunta provinciale n. 2166 del 27 novembre 2015 – assegnano spazi di **discrezionalità decisionale all'Azienda Provinciale** per i Servizi Sanitari (APSS) in relazione a i seguenti aspetti:

- ✓ ripartizione del finanziamento fra le diverse forme di assistenza e rispetto ai diversi ambiti territoriali;
- ✓ parametrizzazione delle risorse per tipologia di cure e limitazioni della protesica fissa;
- ✓ numero e distribuzione degli studi/ambulatori convenzionabili nei diversi ambiti territoriali della provincia, nel limite programmato dalle disposizioni provinciali.

- **la parametrizzazione delle risorse per le diverse tipologie di prestazioni**⁸² (ortodonzia, cure secondarie, protesica) e, in particolare, il mandato:
 - di *privilegiare l'assistenza ortodontica e le cure secondarie* e, al contempo, di *limitare la protesica fissa* e riorientare le risorse verso quella mobile o rimovibile;
 - di ripartire il finanziamento tra le diverse macro-aree di prestazioni, *riequilibrando il peso finanziario delle prestazioni a favore delle cure dentarie conservative e per un maggior numero di utenti*, attraverso la riduzione su base storica della protesica fissa (privilegiando la protesica mobile o rimovibile);
- **la determinazione del numero e della distribuzione territoriale degli studi/ambulatori convenzionabili** nel limite programmato (numero di strutture accreditate dalla Provincia, popolazione residente nei vari ambiti territoriali, numero di domande di convenzionamento presentate) per meglio rispondere alle necessità dell'utenza, alle esigenze di flessibilità ed efficienza gestionale;
- la definizione delle **modalità di selezione** (tra le strutture accreditate dalla Provincia, per ambito territoriale) **delle strutture private da convenzionare**, nel rispetto dei criteri generali previsti nelle Direttive della Giunta provinciale⁸³.

L'Azienda sanitaria ha adottato – per definire il numero di strutture da convenzionare per ciascun ambito territoriale della provincia, in funzione del rispettivo bacino d'utenza – il coefficiente “**numero strutture convenzionabili ogni 1000 residenti**” pari a **0,0625** (n. 34 studi / 544.072*1000 = 0,0625) col quale ha individuato il numero di studi in rapporto alla popolazione residente, quale parametro di riferimento per attivare o meno il convenzionamento.

La Tabella seguente descrive l'**assetto 2016**, confrontabile con la situazione vigente a fine 2015, evidenziando anche le aree territoriali carenti, a copertura delle quali i Distretti sanitari possono attivare contratti con nuovi studi odontoiatrici privati: nell'ipotesi che nessuno studio manifestasse interesse negli ambiti carenti/disagiati, il

82 Verbale di deliberazione del Direttore Generale n. 487 del 15 dicembre 2015.

Le previgenti Direttive provinciali anno 2014 avevano previsto parametri % di finanziamento da dedicare alle diverse tipologie di cure (macro-aree), da rispettare contrattualmente da parte degli studi convenzionati e, in particolare:

- ortodonzia rivolta a soggetti in età evolutiva = non inferiore al 15% del budget assegnato a ciascuna struttura;
- protesica = tetto massimo del 35% del budget assegnato, con privilegio per la protesica mobile rispetto a quella fissa.

Tali misure parametriche hanno tuttavia sortito effetti limitati.

Conseguentemente, **si sono eliminate le percentuali obiettivo per macro-area e si è previsto che APSS** – anche sulla base delle indicazioni fornite dal responsabile della Rete odontoiatrica provinciale:

- **indica le quote** destinate all'assistenza ortodontica e protesica, avuto riguardo alla specificità dei singoli Distretti e alle indicazioni di carattere generale per un aumento dell'assistenza ortodontica e delle cure secondarie e per una riduzione della protesica fissa;
- **provvede a indirizzare la minore spesa per la protesica fissa a favore delle cure conservative**, rivedendo i contratti 2016: i dati di attività rendicontata dagli studi convenzionati nel 2015 mostrano che la protesica fissa assorbe circa il 17,7% delle risorse finanziarie, la protesica mobile l'8,6% e l'ortodonzia il 14,7%. La spesa annua del 2015 per la protesica fissa si stima a circa 800.000,00 euro, ed è fruita da circa 750 utenti. In particolare, i dati sull'attività convenzionata 2015 confermano che la **prestazione cod. 23.41.1 -“corona fusa”**- è risultata essere quella che incide di più sulla spesa per la protesica fissa, anche in rapporto al numero di elementi dentari per singolo paziente. E' stato, quindi, introdotto un criterio di “appropriatezza economica” – prevedendo l'erogazione con oneri a carico del SSP di un **massimo di 5 corone per singolo paziente**, con vincolo di **non ripetibilità per almeno 5 anni** – stimando che detta limitazione, a valenza generale sia per la prestazione erogata in ambito pubblico che per quella erogata in convenzione ed in forma indiretta, potrà rendere disponibili, a regime, circa 300.000,00 euro/anno da trasferire alle cure conservative, per almeno 800-900 utenti in più.

L'intento è di **equilibrare l'onere capitaro dell'attività protesica**, perlopiù fruita da soggetti di età avanzata, **a favore di una maggior efficacia curativa ed una maggior equità** generazionale e quindi di soggetti giovani, introducendo un **limite individuale quantitativo di corone fuse** e nel contempo stornandone il risparmio a favore delle cure conservative verso un **maggior numero di utenti**.

83 Vedi Allegato n. 5 alla presente APPENDICE.

Nell'ipotesi che vi siano più strutture private interessate ad occupare un ambito territoriale carente – ma anche per aumentare le possibilità di scelta e di opzione da parte dell'utente – è **necessario prevedere criteri puntuali, trasparenti ed imparziali per individuarne il titolare**.

Correlata all'incremento del numero di contratti attivabili (fino a 34) vi è la necessità di ripartire appropriatamente il finanziamento disponibile – complessivamente diminuito a partire dal 2016 – per riallineare progressivamente la concentrazione oltre che disporre di una riserva in caso di nuovi convenzionamenti.

Sebbene l'incremento dei fornitori possa realizzarsi con gradualità ed in prospettiva vanno sviluppate le possibilità di scelta dello studio, da parte dell'utente e una virtuosa competizione fra le strutture convenzionate.

Distretto sanitario di riferimento ha la facoltà di dare comunque la risposta assistenziale richiesta utilizzando il proprio budget per assegnarlo agli studi convenzionati nelle zone contigue.

TERRITORI			parametro in funzione popolazione		STUDI CONVENZIONATI a fine 2015		convenzioni fine 2015		incremento rispetto a zone carenti attuali		
distretto	ambito territoriale	popolaz. resid.*	34 studi		denominazione	sede operativa	per ambito territoriale	per distretto			
			per ambito territoriale	per distretto							
EST	Alta Valsugana	54.387	3,40	8	FIRMANI - SIGHELE	BASELGA DI PINO	3,00	6			
					RSA PERGINE	PERGINE					
					FAVARO ANDREA	VIGOLO VATTARO					
	Bassa Vals.	27.992	1,75		ODONT TRENTINA	SCURELLE				1,00	
	Fassa	10.066	0,63		SCARDANZAN MAURO	POZZA DI FASSA				1,00	
	Fiemme	20.221	1,26		IOANNIS KOUMOULIS	CAVALESE				1,00	
Primiero	10.386	0,65						1			
OVEST	Non	40.243	2,52	7	ODONT TRENTINA	CLES	1,00	3	2		
	Sole	16.041	1,00		BELLA GIOVANNI	PELIZZANO	1,00				
	Rotaliana	29.646	1,85		IOANNIS KOUMOULIS	MEZZOLOMBARDO	1,00				
	Cembra	11.713	0,73								1
	Paganella	4.961	0,31								1
C.SUD	Vallagarina	91.076	5,69	11	NICOLODI SANDRO	ROVERETO	4,00	8	2		
					TASINI GIULIANO	MORI					
					ZANINI BARBARA	ROVERETO					
					CUSINA TO FABIO	FOLGARIA					
	Alto Garda	49.971	3,12		ALTO GARDA	ARCO				3,00	
					ONDERKOVA JANKA	RIVA					
					DUTTO CLAUDIO	LEDRO RIVA					
Altopiano Lav. Lus. Fol. Giudicarie	4.597	0,29									
	38.712	2,42	ODONT TRENTINA	TIONE	1,00			1			
C.NORD	Adige	123.252	7,70	8	ODONT TRENTINA	TRENTO	6,00	6	1		
					MADONNA BIANCA	TRENTO					
					GHAZAL RAMY	TRENTO					
					LA MARCA VINCENZO	TRENTO					
					CECCHIN ROBERTO	TRENTO					
					TAROLLI GIORGIO	COGNOLA					
	Valle Laghi	10.808	0,68								
TOTALE	544.072	34,00	34			23	23	11			

* delibera giunta provinciale 682/2014

Le risorse finanziarie destinate all'attuazione della legge provinciale n. 22 del 2007 sono state:

- confermate e quantificate per l'anno 2015 nell'importo di euro 13.500.000,00⁸⁴;
- rideterminate, per l'anno 2016, in euro 12.500.000,00.

La ripartizione del finanziamento complessivo tra le diverse modalità di assistenza (diretta pubblica, diretta convenzionata, indiretta) è determinata considerando l'andamento storico e il peso relativo di ciascuna modalità che risulta così articolato:

- euro 7.400.000,00 per la gestione diretta da parte dell'Azienda sanitaria (Unità operative ospedaliere e ambulatori pubblici nei Distretti sanitari);
- euro 4.500.000,00 per l'assistenza diretta convenzionata⁸⁵;
- euro 300.000,00 per l'assistenza indiretta (studi privati non convenzionati);
- euro 300.000,00 a riserva (residuo passivo per piani di cura in corso).

La riduzione del budget per l'anno 2016 – in attuazione delle disposizioni provinciali – esplicitandosi prevalentemente sul settore convenzionato (da euro 8,7/pro capite residente ad euro 7,7/pro capite residente), ha determinato l'assegnazione finanziaria ai Distretti sanitari, per la stipula dei contratti negoziali relativi all'esercizio 2016, rappresentata nella Tavola seguente.

84 Con deliberazione della Giunta provinciale n. 2372 del 22 dicembre 2014 recante le Disposizioni per il finanziamento delle funzioni ed attività del servizio sanitario provinciale per il triennio 2015-2017.

85 Poiché la programmazione finanziaria provinciale – e la assegnazione delle risorse da destinare alle attività odontoiatriche previste dalla legge provinciale n. 22 del 2007 (da ripartire tra assistenza diretta pubblica, pubblica convenzionata ed indiretta) – è annuale, il budget annuale assegnato alla singola struttura convenzionata col SSP non costituisce soglia minima da garantire per l'anno successivo.

DISTRETTO	POP. RES.	IMPORTO NEGOZIABILE CON GLI STUDI CONVENZIONATI (al netto ENPAM)	BUDGET INDIRETTA
EST	123.052	950.000	68.000
CENTRO NORD	134.060	1.035.000	74.000
OVEST	102.604	790.000	56.000
CENTRO SUD	184.356	1.425.000	102.000
TOTALE NETTO	544.072	4.200.000	300.000
ONERI PREVIDENZIALI A CARICO APSS		300.000	
TOTALE COMPLESSIVO		4.500.000	

PER L'ANNO 2017 HANNO CONTINUATO AD OPERARE LE DIRETTIVE VIGENTI, approvate con la deliberazione n. 2166 del 27 novembre 2015, non avendo la Giunta provinciale adottato nuove disposizioni in materia.

In questo quadro, il **Direttore Generale di APSS ha deliberato⁸⁶**, per l'anno 2017, le seguenti indicazioni:

- le **competenze** relative alla stipula dei contratti e alla gestione e monitoraggio delle attività erogate dagli studi privati convenzionati nonché e la gestione dell'assistenza indiretta, sono delegate ai Direttori delle Unità Operative Cure Primarie dei vari Ambiti Territoriali (Ovest / Centro Nord / Centro Sud / Est)⁸⁷;
- l'ammontare complessivo delle **risorse** messe a disposizione per l'assistenza odontoiatrica ai sensi della legge provinciale n. 22/2007⁸⁸ per l'esercizio 2017 – pari a euro 12,5 milioni – è ripartito fra le diverse forme di assistenza (diretta pubblica, diretta pubblica convenzionata, indiretta), in modo analogo all'anno precedente, nel seguente modo:
 - **7,4 milioni** per la gestione diretta da parte dell'**Azienda sanitaria** (Unità operative ospedaliere e ambulatori pubblici nei Distretti sanitari);
 - **4,5 milioni** per l'assistenza **convenzionata** (compresi gli oneri previdenziali a carico di APSS);
 - **0,3 milioni** per l'assistenza **indiretta** (studi privati non convenzionati);
 - **0,3 milioni a riserva.**

DISTRETTO	POP. RES.	IMPORTO NEGOZIABILE CON GLI STUDI CONVENZIONATI (al netto ENPAM)	BUDGET INDIRETTA
EST	123.052	950.000	68.000
CENTRO NORD	134.060	1.035.000	74.000
OVEST	102.604	790.000	56.000
CENTRO SUD	184.356	1.425.000	102.000
TOTALE NETTO	544.072	4.200.000	300.000
ONERI PREVIDENZIALI A CARICO APSS		300.000	
TOTALE COMPLESSIVO		4.500.000	

86 Verbale di deliberazione del Direttore Generale di APSS n. 23 del ...gennaio 2017 recante "Assistenza odontoiatrica convenzionata ex L.P. 22/2007 – indirizzi anno 2017".

87 Sulla scorta della deliberazione del Direttore Generale dell'APSS n. 601 del 30 dicembre 2016, recante la "Nuova organizzazione aziendale – fase transitoria".

88 Con la deliberazione della Giunta provinciale n. 2413 del 20 dicembre 2016, recante le "Disposizioni per il finanziamento per le funzioni ed attività del Servizio Sanitario Provinciale (SSP) dell'anno 2017".

- l'articolazione del finanziamento tra i diversi Ambiti Territoriali della provincia è la seguente:

ASSISTENZA CONVENZIONATA E INDIRETTA – PREVISIONI BUDGET 2017

AMBITI TERRITORIALI	TERRITORI	pop. res. *	CONVENZIONATA	INDIRETTA
EST	FIEMME	20.081	157.000	11.200
	FASSA	10.116	79.000	5.600
	PRIMIERO	9.911	77.000	5.500
	VALSUGANA E TESINO	27.179	212.000	15.200
	ALTA VALSUGANA	54.259	424.000	30.300
	TOTALE AMBITO TERR. EST	121.546	949.000	67.800
CENTRO NORD	VAL ADIGE	121.492	948.000	67.700
	VALLE DEI LAGHI	10.915	85.000	6.100
	TOTALE AMBITO TERR. CENTRO NORD	132.407	1.033.000	73.800
OVEST	VALLE DI NON	39.510	308.000	22.000
	VALLE DI SOLE	15.725	123.000	8.800
	CEMBRA	11.272	88.000	6.300
	ROITALIANA	29.853	233.000	16.600
	PAGANELLA	4.910	38.000	2.700
	TOTALE AMBITO TERR. OVEST	101.270	790.000	56.400
CENTRO SUD	GIUDICARIE E R.	37.473	292.000	20.900
	ALTO GARDA	50.297	393.000	28.000
	VALLAGARINA	90.625	707.000	50.500
	ATOPIANI CIBRI	4.605	36.000	2.600
	TOTALE AMBITO TERR. CS	183.000	1.428.000	102.000
TOTALE COMPLESSIVO	538.223	4.200.000	300.000	

- poiché l'Azienda sanitaria deve **dare priorità all'assistenza ortodontica e alle cure secondarie** e, nel contempo, **limitare l'assistenza protesica fissa** (orientando le risorse verso quella mobile o rimovibile)⁸⁹, si mantengono – per le contrattazioni 2017 – i seguenti indirizzi/parametri⁹⁰ come % del budget complessivo:
 - protesica fissa <= al 17 %
 - cure secondarie >= al 59%
 - ortodonzia >= 14%
 - protesica mobile >= al 9%.
- la **limitazione sulla prestazione 23.41.1 "corona fusa"** (massimo di 5 corone a paziente, con vincolo di non ripetibilità per almeno 5 anni) è **confermata** – sentito il responsabile della Rete Odontoiatrica Provinciale – in quanto ritenuta coerente e sinergica rispetto agli altri indirizzi;
- il **numero di studi privati convenzionabili per ciascun ambito territoriale**, è individuato adottando – in continuità col precedente anno 2016 – il coefficiente **"numero strutture convenzionabili ogni 1000 residenti" pari a 0,0632** (n. 34 studi / 538.223*1000 = 0,0632) e, pertanto, **l'assetto 2017** risulta articolato come descritto nella seguente

89 I dati di **attività** rilevati nel **2016** – a fronte di una riduzione del finanziamento complessivo degli studi convenzionati avvenuta nel 2016 (4.200.000 euro nel 2016 vs. 4.750.000 euro del 2015) – hanno evidenziato, **rispetto al 2015**:

- un incremento delle cure secondarie (63,6% vs. obiettivo 59%) e dell'ortodonzia (16,5% vs. obiettivo 14%)
- una contrazione della protesica fissa (11,4% vs. obiettivo 17%).
- un incremento del numero complessivo di pazienti curati (n. 11.729 vs. n. 10.865).

90 Da intendersi come **parametri obiettivo** a livello di **ambito territoriale**, gestiti considerando le particolarità dei singoli territori e della relativa struttura di offerta.

Tavola, che evidenzia anche i territori carenti che potrebbero vedere l'attivazione di contratti con nuovi soggetti accreditati.

AMBITI TERRITORIALI	TERRITORI	pop. res. *	parametro provinciale	parametro aziendale convenzioni 2017 in funzione pop. res.			situazione convenzioni a fine 2016		zone carenti
			nr max accred	per terr	per amb terr	arrotondato	per terr	per amb terr	
EST	Alta Valsugana	54.259	8	3,43	7,68	8	3	6	
	Bassa Valsug.	27.179		1,72			0,72		
	Fassa	10.116		0,64					
	Fiemme	20.081		1,27					
	Primiero	9.911		0,63					+
OVEST	Non	39.510	7	2,50	6,40	7	2	5	
	Sole	15.725		0,99					
	Rotaliana	29.853		1,89			0,89		
	Cembra	11.272		0,71					
	Paganella	4.910		0,31					+
C.SUD	Val Lagarina	90.625	11	5,72	11,56	11	3	9	2,72
	Altopiano	4.605		0,29					
	Folgaria Lavarone								
	Alto Garda	50.297		3,18					
	Giudicarie	37.473		2,37			0,37		
C.NORD	Adige	121.492	8	7,67	8,36	8	6	7	1,67
	Valle Laghi	10.915		0,69					
TOTALE COMPLESSIVO		538.223	34	34,00	34	34		27	

* annuario statistica popolazione al 31/12/2015

+ zone totalmente sprovviste di strutture convenzionate

Il Direttore Generale di APSS ha altresì deliberato⁹¹ la ripresa – dopo l'interruzione nell'anno 2016 – delle **funzioni di controllo e vigilanza sull'attività degli studi/ambulatori convenzionati**⁹² per l'assistenza odontoiatrica ai sensi della legge provinciale n. 22/2007, riattivando – ai sensi dell'articolo 8octies commi 1 e 3 del DLgs. n. 502/1992 e dell'art. 23 comma 2 lettera d) della legge provinciale n. 16 del 2010 – l'apposita Commissione aziendale⁹³ e specificandone composizione e modalità di funzionamento⁹⁴.

91 Verbale di deliberazione del Direttore Generale di APSS, n. 135 del 27 marzo 2017 recante "Controlli sull'attività odontoiatrica erogata dagli studi/ambulatori privati convenzionati con l'APSS". La commissione effettua ciascun anno controlli campionari su otto strutture convenzionate (2 strutture per ogni Distretto sanitario), verbalizzando l'esito dei controlli e le eventuali anomalie riscontrate con il supporto amministrativo degli ex Distretti sanitari.

92 In precedenza attivate con la deliberazione del Direttore Generale di APSS, n. 572/2011 che ha costituito una **Commissione aziendale** avente una composizione mista – con specialisti odontoiatri in rappresentanza di APSS e degli studi privati convenzionati – che ha operato per 4 anni, dal 2012 al 2015, e controllato tutti (n. 25) gli studi privati allora convenzionati con il SSP (controlli campionari sui piani di cura, sopralluoghi concordati presso le strutture private). Va segnalato che nello *schema di contratto* utilizzato per la stipula è prevista una *specificata clausola* (art. 8) che riserva ad APSS la facoltà di effettuare controlli sulla regolare e corretta erogazione delle prestazioni di assistenza odontoiatrica.

93 La Commissione risulta composta da **2 membri permanenti** (1 in rappresentanza di APSS e 1 in rappresentanza degli studi privati convenzionati) e da **1 membro variabile**, in rappresentanza dell'ambito territoriale competente della gestione del contratto (responsabile medico della U.O. di Cure Primarie o suo delegato). Il **Responsabile della Rete Odontoiatrica Provinciale** (Luca Del Dot) agirà in seno alla Commissione in rappresentanza di APSS ed assumerà le funzioni di coordinatore. Un collaboratore amministrativo dell'Ambito Territoriale dove ha sede lo studio convenzionato oggetto di controllo, con funzioni di segretario (componente variabile).

94 **Protocollo su criteri e modalità dell'attività di controllo e vigilanza** (verbalizzazione, verifiche documentali, sopralluoghi). I controlli mireranno ad acquisire una *visione conoscitiva dell'attività svolta* da parte degli studi convenzionati privati, procedendo con un *approccio collaborativo e di supporto*, salvo particolari anomalie riscontrate, volto a *stimolare l'autovalutazione interna* da parte degli studi convenzionati, a condividere con gli stessi fattori di miglioramento, anche in termini di miglior utilizzo delle risorse disponibili.
L'attività di vigilanza in parola integra il sistema di controlli automatici attualmente implementati nel sistema informativo di supporto all'attività in convenzione con APSS (sistema IE - Odontoiatria).

ALLEGATI (INDICE)

1	ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – BENEFICIARI, ATTIVITÀ EROGATE E CONDIZIONI DI ACCESSO
2	ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – DETERMINAZIONE DELLA COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA SECONDO L'INDICATORE ICEF: INDIVIDUAZIONE DEGLI ELEMENTI VARIABILI DA CONSIDERARE NELLA VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE ECONOMICO-PATRIMONIALE FAMILIARE
3	ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – SCHEMA DI MODULO DI DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSISTENZA
4	ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI E RELATIVE TARIFFE
5	ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – SCHEMA DI ACCORDO NEGOZIALE, TRA AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI E SINGOLO STUDIO/AMBULATORIO PRIVATO CONVENZIONATO COL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE
6	ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – MODULO DI CERTIFICAZIONE ICEF PER L'ACCESSO ALL'ASSISTENZA
7	ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – MODALITÀ DI ACCESSO, PRESA IN CARICO E CURA: ASSISTENZA DIRETTA E ASSISTENZA INDIRETTA
8	ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – SCHEMA DI LIBRETTO SANITARIO ODONTOIATRICO (LSO) PARTE INTEGRANTE DEL LIBRETTO SANITARIO PEDIATRICO IN DOTAZIONE ALL'AZIENDA SANITARIA
9	ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – PROTOCOLLO DI INTESA TRA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI E ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO PER LA ATTIVAZIONE DI UNA COLLABORAZIONE SPERIMENTALE FINALIZZATA ALL'ATTUAZIONE DI INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA ODONTOIATRICA

ALLEGATO 1

ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – BENEFICIARI, ATTIVITÀ EROGATE E CONDIZIONI DI ACCESSO

Le prestazioni d'assistenza odontoiatrica, ortodontica e protesica disciplinate dalla legge provinciale n. 22/2007 sono **erogate in via diretta** dalle seguenti **strutture sanitarie operanti nell'ambito del territorio provinciale**:

- a) strutture **ospedaliere pubbliche**;
- b) **ambulatori odontoiatrici pubblici**, che devono trovare adeguata collocazione **in ogni distretto sanitario**;
- c) **ambulatori e studi odontoiatrici privati convenzionati** con il servizio sanitario provinciale; la convenzione stabilisce in particolare le linee guida, i protocolli e le tariffe da applicare alle prestazioni previste.

L'**accesso all'assistenza indiretta** presso ambulatori e studi odontoiatrici privati non convenzionati è **ammesso nel caso in cui non sono rispettati i tempi d'attesa massimi prestabiliti per la presa in carico dei pazienti**, nel rispetto delle linee guida e dei protocolli applicati dal Servizio sanitario provinciale e secondo le modalità specificamente definite.

In merito all'individuazione dei beneficiari della presente legge si richiamano le disposizioni di cui all'articolo 16, comma 5, della legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 precisando, in proposito, che la condizione di cui al citato articolo, di seguito indicata, è richiesta per le prestazioni che si qualificano come aggiuntive rispetto ai livelli di assistenza stabiliti a livello statale.

I **beneficiari delle prestazioni aggiuntive** nell'ambito dell'assistenza odontoiatrica del servizio sanitario provinciale sono individuati negli **assistiti iscritti all'anagrafe sanitaria trentina, residenti in provincia di Trento da non meno di tre anni al momento della richiesta di accesso** alle predette prestazioni, con le seguenti **deroghe e precisazioni**:

- per il computo dei suddetti tre anni, i periodi caratterizzati da cambio di residenza derivante dall'esecuzione di misure restrittive della libertà personale (che comportano detenzione in carcere, in ospedale psichiatrico giudiziario, ecc.) non interrompono il periodo necessario a maturare il requisito della residenza;
- il minore adottato o in affidamento residente da meno di tre anni al momento della richiesta può accedere alle cure odontoiatriche se i genitori hanno la residenza da almeno tre anni;
- il minore residente da meno di tre anni al momento della richiesta, può accedere alle cure odontoiatriche qualora i genitori ai quali si ricongiunge abbiano la residenza da almeno tre anni.

La legge provinciale n. 22/2007, all'articolo 3, comma 5, individua l'indicatore **ICEF come parametro per individuare i nuclei in condizione economico-patrimoniale bassa** (vulnerabilità per reddito), rinviando alla Giunta provinciale la **determinazione della soglia di accesso**.

A questo proposito e nell'ambito della disciplina dell'assistenza odontoiatrica erogata ai sensi della legge provinciale n. 22/2007, **si precisa** – con riferimento alle modalità di erogazione e alla compartecipazione dell'utente alla spesa delle prestazioni determinata dal coefficiente ICEF – **che**:

1. *l'utente corrisponde, rispetto alle prestazioni fruitive ai sensi della legge provinciale n. 22/2007, la quota di compartecipazione alla spesa dovuta per le prestazioni erogate ad ogni singolo accesso in base al proprio coefficiente ICEF tempo per tempo vigente;*
2. *nel caso in cui nel corso del piano di cura vengano meno i requisiti di accesso per le prestazioni a carico del SSP (ad esempio nuovo coefficiente ICEF superiore alla 0,2000), l'utente può completare il piano di cura pagando la tariffa intera prevista dallo specifico Nomenclatore.*

In merito alle attività di verifica delle domande di accesso all'assistenza odontoiatrica ai sensi della legge provinciale n. 22/2007, si stabilisce che la **verifica della veridicità delle dichiarazioni ICEF è demandata al competente Nucleo provinciale**.

ALLEGATO 2

ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – DETERMINAZIONE DELLA COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA SECONDO L'INDICATORE DELLA CONDIZIONE ECONOMICO-PATRIMONIALE ICEF: INDIVIDUAZIONE DEGLI ELEMENTI VARIABILI DA CONSIDERARE NELLA VALUTAZIONE DELLA CONDIZIONE ECONOMICA FAMILIARE

La presente disciplina individua gli elementi variabili da considerare per la valutazione della condizione economica familiare del nucleo familiare richiesta ai fini dell'accesso all'assistenza odontoiatrica prevista dalla provinciale n. 22/2007.

Per quanto non indicato si applicano le disposizioni per la valutazione della condizione economica dei richiedenti interventi agevolativi ai sensi dell'articolo 6 della legge provinciale 1° febbraio 1993, n. 3 (di seguito "Disposizioni ICEF"), in vigore al momento della presentazione della domanda per l'accesso all'assistenza odontoiatrica.

Individuazione del soggetto autorizzato alla presentazione della domanda, dei soggetti beneficiari dell'assistenza odontoiatrica e della composizione del nucleo familiare da valutare

Considerata la diversa tipologia di beneficiari dell'assistenza odontoiatrica erogata dal servizio sanitario provinciale, il nucleo familiare da valutare è composto da:

- il soggetto maggiorenne, che presenta la relativa domanda per i componenti del proprio nucleo familiare (di seguito il richiedente). Il richiedente è anche il soggetto in relazione al quale si definiscono le relazioni di parentela fra i componenti il medesimo nucleo familiare da valutare (di seguito il soggetto di riferimento);
- il coniuge del richiedente anche se risiede altrove, salvo nei casi di esclusione del coniuge previsti dalle Disposizioni ICEF;
- gli altri soggetti che al momento della presentazione della domanda compongono la famiglia anagrafica del richiedente, come definita dall'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223, ad esclusione di quelli per i quali è stata avviata la procedura di cancellazione;
- anche se non residenti con il richiedente, i soggetti affidati, le persone accolte nel nucleo familiare in via residenziale con provvedimento amministrativo o dell'autorità giudiziaria.

La persona che presta, con regolare contratto di lavoro, attività di assistenza ad uno o più componenti il nucleo familiare da valutare è da escludere da tale nucleo familiare, anche se residente con il richiedente; questa persona, con gli eventuali suoi familiari presenti nel nucleo familiare anagrafico del soggetto di riferimento, forma nucleo familiare da valutare a sé stante.

Si applicano altresì le norme per la **composizione del nucleo familiare** da valutare previste dalle Disposizioni ICEF per determinati **casi particolari** (soggetti in convivenza anagrafica e presenza di più famiglie nello stesso nucleo anagrafico, in quanto risiedono nel nucleo figli riconducibili a coppie di genitori diversi).

Le **modificazioni** della composizione del nucleo familiare da valutare (aggiornamenti) durante il periodo di validità della domanda, non comportano la modifica né dell'indicatore ICEF né dell'importo del beneficio.

Fermo restando quanto previsto dagli articoli 23, comma 4 e 24, comma 10, della Disciplina ICEF in relazione alla possibilità di regolarizzare le dichiarazioni ICEF solo finché le stesse sono utilizzabili e purché non siano sottoposte a controllo, il richiedente può spontaneamente rettificare eventuali errori od omissioni presenti nelle dichiarazioni contenute nella domanda per l'accesso all'assistenza odontoiatrica o nelle dichiarazioni ICEF ad essa connesse.

In caso di variazione del coefficiente ICEF dovuto a **ravvedimento su iniziativa del cittadino**:

- pur ricalcolando il nuovo valore del coefficiente ICEF per la determinazione della compartecipazione, l'eventuale maggior beneficio non è mai riconosciuto;

- fatti salvi gli eventuali termini di prescrizione e i casi di rinuncia alla riscossione di entrate di modesta entità previsti dalle norme di contabilità, l'eventuale minor beneficio è recuperato se di importo superiore ad euro 15,00.

Periodo di validità della domanda

La misura della compartecipazione alla spesa per le prestazioni odontoiatriche, risultante dalla relativa domanda, è valida per tutte le prestazioni erogate/fruite nell'anno fiscale di riferimento.

Peso del reddito e del patrimonio in relazione alla parentela con il soggetto di riferimento

Il reddito ed il patrimonio dei componenti il nucleo familiare da valutare sono valutati al 100%.

Altri parametri ICEF (valori in Euro):

Franchigia sul valore dell'abitazione di residenza FAR	150.000,00
Franchigia sul patrimonio mobiliare familiare FPM	0,00
Limite superiore del primo scaglione sul patrimonio mobiliare e immobiliare familiare, esclusa franchigia su patrimonio mobiliare e sull'abitazione di residenza LS1	30.000,00
Limite superiore del secondo scaglione sul patrimonio mobiliare e immobiliare familiare, esclusa l'abitazione di residenza LS2	30.000,00
Prima aliquota di conversione del patrimonio complessivo in reddito equivalente AL1	20%
Seconda aliquota di conversione del patrimonio complessivo in reddito equivalente AL2	60%
Terza aliquota di conversione del patrimonio complessivo in reddito equivalente AL3	60%

Calcolo dell'indicatore della condizione economica familiare

L'indicatore della condizione economica familiare è calcolato considerando i dati contenuti nelle dichiarazioni ICEF dei componenti il nucleo familiare da valutare, dei parametri fissati dalle disposizioni ICEF e dei parametri fissati da queste disposizioni, utilizzando l'algoritmo di calcolo approvato con deliberazione della Giunta provinciale.

Limite dell'indicatore ICEF per l'accesso all'assistenza odontoiatrica e modulazione del beneficio in relazione all'indicatore ICEF

Possono accedere all'assistenza odontoiatrica erogata dal servizio sanitario provinciale, i beneficiari appartenenti ad un nucleo familiare da valutare con un indicatore ICEF non superiore al valore di **0,20**.

A titolo esemplificativo, tenendo conto della scala d'equivalenza prevista dalle Disposizioni ICEF, un indicatore ICEF pari a 0,20 corrisponde ai limiti di reddito netto in funzione della numerosità del nucleo familiare descritti nella tabella seguente.

Componenti il nucleo familiare	scala di equivalenza	limite di reddito netto
1	1,00	10.000
2	1,57	15.700
3	2,04	20.400
4	2,46	24.600
5	2,85	28.500
Per ogni componente in più...	0,35	3.500

Note:

- per reddito netto si intende il reddito complessivo lordo da dichiarare ai fini ICEF al netto delle deduzioni previste da Disposizioni ICEF;
- si presuppone una situazione patrimoniale pari a zero o il possesso di un patrimonio inferiore alle franchigie previste da questa politica agevolativa.

La compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito al servizio sanitario provinciale è determinata in relazione ai valori dell'indicatore ICEF di seguito indicati:

<i>Indicatore ICEF</i>	<i>Misura della compartecipazione alla spesa</i>
0 - 0,095	Nessuna compartecipazione alla spesa.
> 0,095 - 0,20	L'assistito compartecipa alla spesa in maniera crescente e continua, rispetto all'ICEF, fino ad un massimo del 70%.

Calcolo del beneficio

La misura della compartecipazione alla spesa con riferimento alla tariffa massima, per ICEF compreso tra 0,095 e 0,20 è il seguente:

1) Calcolo della compartecipazione massima

$$C_MAX = \text{ARROTONDA.ECCESSO} (0,7 * \text{TARIFFA} ; 0,50)$$

dove:

C_MAX = compartecipazione massima ovvero il 70% della tariffa da convenzione, arrotondato ai 50 centesimi di euro per eccesso.

TARIFFA = tariffa da convenzione

2) Calcolo della percentuale rispetto alla compartecipazione massima C_MAX in funzione dell'ICEF dell'assistito.

$$P = \text{ARROTONDA} ((\text{ICEF} - 0,095) / (0,2 - 0,095) ; 3)$$

dove:

P = percentuale di compartecipazione dell'assistito in funzione dell'ICEF (percentuale tra 0% e 100% con 1 decimale).

ICEF = valore ICEF del nucleo di riferimento a 4 decimali.

3) Calcolo della compartecipazione

$$C = \text{ARROTONDA.DIFETTO} (P * C_MAX ; 0,50)$$

$$\text{SE} (C \leq 5) \text{ ALLORA } 0 \text{ ALTRIMENTI } C$$

dove

C = compartecipazione dell'assistito

P = percentuale di compartecipazione dell'assistito in funzione dell'ICEF (percentuale tra 0% e 100% con 1 decimale).

C_MAX = compartecipazione massima ovvero il 70% della tariffa da convenzione, arrotondato ai 50 centesimi di euro per eccesso.

La tariffa utente non è dovuta per importi inferiori o uguali ad euro 5,00 (fascia esenzione).

La formula di calcolo va applicata alla singola prestazione odontoiatrica richiesta (inclusa nel Nomenclatore).

ALLEGATO 3

ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP n. 22 DEL 2007 – SCHEMA DI MODULO DI DOMANDA DI ACCESSO ALL'ASSISTENZA

SCHEMA di MODULO di domanda
PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (LP n. 22/2007)

Barcode	Esente da bollo ai sensi del DPR 642/72	All'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Via Degasperri, 79 - 38123 - Trento
---------	---	---

**DOMANDA PER L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA
EROGATE DAL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE**
(Legge provinciale n. 22/2007)

Il/la sottoscritto/a _____, sesso _____
(cognome e nome del/la richiedente; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)
nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno __/__/_____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)
residente nel Comune di _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)
frazione _____, via _____, n. _____
Codice fiscale N_A
cittadinanza _____ telefono ____/____ e-mail/PEC _____

CHIEDE

l'accesso all'assistenza odontoiatrica erogata dal Servizio sanitario provinciale ai sensi della L.P. 22 2007, per sé e per gli altri componenti del proprio nucleo familiare come sotto identificati e riportati

• in qualità di componente del nucleo familiare beneficiario

Oppure

se il richiedente non è componente del nucleo familiare beneficiario:

- ai sensi dell'art. 5 D.P.R. 445/2000, in qualità di:
 - genitore, persona esercente la potestà genitoriale o persona affidataria del beneficiario;
 - tutore/curatore del beneficiario se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere.

per il Sig./ra _____, sesso _____
(cognome e nome del beneficiario; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)
nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno __/__/_____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)
residente nel Comune di _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)
frazione _____, via _____, n. _____
Codice fiscale N_A
cittadinanza _____ telefono ____/____ e-mail/PEC _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

A) SEZIONE NUCLEO FAMILIARE DA VALUTARE ⁽¹⁾

che il nucleo familiare beneficiario è composto dai seguenti componenti che hanno presentato una dichiarazione ICEF per l'anno _____:

(1) E' necessario indicare tutti i componenti del nucleo familiare anagrafico applicando le eccezioni previste dalla DGP n. 1345 del 01/07/2013

Cognome Nome	Data nascita	Grado di parentela rispetto al beneficiario	Studente ⁽²⁾	Dichiarazione ICEF n.	Presentata a, il	Residenza ⁽³⁾
	__/__/__		-		__/__/__	-
	__/__/__		-		__/__/__	-
	__/__/__		-		__/__/__	-

è composto altresì dai seguenti componenti che nell'anno _____ non hanno avuto redditi e non possedevano patrimonio finanziario, immobiliare e autoveicoli con l'eccezione di un eventuale patrimonio finanziario non superiore a 5.000 Euro e/o di eventuali terreni agricoli con redditi dominicali complessivi non superiori a 50 Euro:

Cognome Nome	Data nascita	Codice fiscale	Grado di parentela rispetto al beneficiario	Studente ⁽²⁾	Identificativo n.	Residenza ⁽³⁾
	__/__/__			-		-
	__/__/__			-		-
	__/__/__			-		-
	__/__/__			-		-
	__/__/__			-		-

(2) Può essere indicato come 'studente' ogni componente del nucleo familiare di età inferiore a 25 anni (fiscalmente a carico con un reddito inferiore a Euro 2.840,51) iscritto alla scuola elementare, media, superiore, università, master, dottorato.

(3) Indicare se il componente del nucleo familiare, alla data di presentazione della domanda, ha i requisiti di residenza in provincia di Trento stabiliti nelle vigenti "Direttive annuali di attuazione della LP 22/07".

- *(in presenza di figli minori o equiparati)*, che entrambi i genitori hanno svolto nell'anno _____ attività di lavoro dipendente e assimilato o autonomo o di impresa per almeno sei mesi;
- *(in presenza di figli minori o equiparati)*, che alla data di presentazione della domanda il richiedente risiede con almeno un figlio minore o equiparato in assenza del coniuge/convivente;
- che sono presenti n. _____ componenti di sesso femminile che hanno svolto nell'anno _____ attività lavorativa per dodici mesi;
- che nel nucleo familiare sono presenti i seguenti soggetti non autosufficienti:

ID soggetto	Classe di non autosufficienza al 31/12/____ (4)	Spese per la non autosufficienza sostenute nell'anno _____

(4) 1) Invalidi non deambulanti o con bisogno di assistenza continua e ciechi assoluti; 2) Sordi e ciechi con residuo visivo; 3) Invalidi civili al 100% ed equiparati; 4) Invalidi civili da 66% a 73%; 5) Invalidi civili da 74% a 99%; 6) Minori invalidi con assegno; 7) Altri invalidi 65 anni e oltre.

- che alla data del 31/12/____ l'abitazione di residenza ⁽⁵⁾ era di _____ mq calpestabili

(5) Abitazione dove si risiede a qualsiasi titolo (proprietà, altro diritto reale, locazione, comodato, ecc.). Il dato va arrotondato alla decina inferiore.

ANNOTAZIONI

Dichiara infine di aver compilato una domanda costituita da pagine, identificata da:

PROTOCOLLO ICEF N. _____ **CODICE DI CONTROLLO-** _____

Informativa ai sensi del decreto legislativo 196/2003, articolo 13:

- i dati forniti verranno trattati esclusivamente per le seguenti finalità: gestione del procedimento per il quale ha presentato la documentazione;
- il trattamento sarà effettuato con supporto cartaceo e/o informatico;
- il conferimento dei dati è obbligatorio per dar corso alla procedura di Suo interesse;
- titolare del trattamento è l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari;
- responsabili del trattamento sono i soggetti pubblici o privati che collaborano al procedimento di acquisizione e gestione della domanda;
- in ogni momento potranno essere esercitati nei confronti del titolare del trattamento i diritti di cui all'art. 7 del d.lgs.196/2003.

_____ (luogo)

_____ (data sottoscrizione)

_____ (firma)

* * * * *

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, si attesta che la presente domanda è stata:

- sottoscritta, previa identificazione dell'interessato, in presenza del dipendente addetto _____ (indicare il nome del dipendente addetto)
- consegnata da terzi o inviata all'ufficio con copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità dell'interessato

- Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra _____ identificato/a mediante _____ il/la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.

_____ (data)

_____ (timbro dell'ufficio e firma)

- Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinnanzi a me dal/la sig./ra _____ identificato/a mediante _____ il/la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di _____ che il sig./ra _____ si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute.

_____ (data)

_____ (timbro dell'ufficio e firma)

RISERVATO ALL'UFFICIO - ATTESTAZIONE DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

DOMANDA **DELL'ENTE**

lo sottoscritto/a..... addetto/a all'ufficio.....

attesto che:

è stata presentata domanda per l'accesso all'assistenza odontoiatrica erogata dal Servizio sanitario provinciale da parte del/la Sig./ra _____ costituita da _____ pagine identificate da:

PROTOCOLLO ICEF N. _____ **CODICE DI CONTROLLO** _____

_____ (luogo)

_____ (data)

_____ (timbro dell'ente e firma dell'addetto)

Copia della presente domanda è disponibile, per eventuali controlli, presso questo ufficio, e le informazioni in essa contenute sono trasmesse e conservate elettronicamente nell'apposita banca dati ICEF presso Informatica Trentina S.p.A.

ALLEGATO 4

ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI E RELATIVE TARIFFE

Le prestazioni assicurate dal servizio sanitario provinciale attraverso la disciplina recata dalla legge provinciale n. 22/2007 e nel rispetto dei livelli essenziali d'assistenza – avuto quindi anche riguardo alle attività specialistiche di chirurgia maxillo-facciale e alle attività d'urgenza – sono individuate, elencate e tariffate nel Nomenclatore Allegato alle presenti direttive.

Le medesime tariffe costituiscono il riferimento massimo per la contribuzione pubblica nell'ambito dell'istituto dell'assistenza indiretta.

Rispetto al tariffario delle prestazioni erogabili, si segnala, in particolare, che sono state sentite – a norma dell'articolo 6, comma 2, lettera b) della legge provinciale n. 22/2007 – le rappresentanze provinciali degli odontoiatri, degli odontotecnici, degli igienisti dentali e degli studi odontoiatrici privati convenzionati con il servizio sanitario provinciale; l'attuale nomenclatore tariffario è stato a suo tempo condiviso dalla Commissione mista istituita con deliberazione della Giunta provinciale n. 1385/2011 e non viene modificato con le presenti direttive.

NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA ODONTOIATRICA AI SENSI DELLA LEGGE PROVINCIALE n. 22 del 2007		
CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA in €
DIAGNOSTICA CLINICA e RADIOLOGICA		
89.71	VISITA ODONTOIATRICA <u>(non ripetibile entro i primi 6 mesi dal medesimo erogatore)</u> Ogni seduta finalizzata a: riscontro della situazione clinica, acquisizione di elementi diagnostici, individuazione dei problemi e della terapia, informazione del nuovo paziente.	20,00
89.01.1	VISITA DI CONTROLLO <u>(non ripetibile entro i primi 6 mesi dal medesimo erogatore)</u> Riesame della situazione clinica in corso di trattamento; verifica dello stato di salute orale ed intercettazione di eventuali nuove patologie in un paziente già trattato.	20,00
87.12.2	RX ENDORALE Radiografia endorale eseguita su un singolo sestante o gruppo di denti.	8,00
IGIENE		
24.39.1	IGIENE ORALE <u>(max 2 prestazioni per paziente in ragione d'anno, con distanza di almeno 6 mesi).</u> In caso di particolari ed ulteriori necessità la prestazione è erogabile a cura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS). Seduta in cui possono essere eseguite ablazione del tartaro sopragengivale, scaling e levigatura delle radici.	45,00
96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI <u>limitatamente ai denti permanenti</u> <u>(singolo dente) (non ripetibile entro il primo anno)</u> Procedura finalizzata alla chiusura dei solchi anatomici di un singolo dente, a scopo di prevenzione della carie.	23,00
PARODONTOLOGIA		
99.97.1	LEGATURA EXTRACORONALE CON MATERIALE PREFABBRICATO per gruppo di 4 denti <u>(non ripetibile entro il primo anno)</u> Solidarizzazione (splintaggio) di elemento dentale ad elementi contigui, al fine di ridurne la mobilità secondaria (per rapporto sfavorevole corona clinica/radice) o prevenirne la migrazione (per recidiva dopo	45,00

	trattamento ortodontico), ottenuta con varie metodiche, materiali e dispositivi prefabbricati applicati alla superficie del dente.	
24.00.1	GENGIVECTOMIA/GENGIVOPLASTICA per gruppo di 4 denti (la prestazione include l'anestesia) (non ripetibile entro i primi 2 anni) Procedura chirurgica finalizzata alla rimozione della parte gengivale di una tasca parodontale o al rimodellamento morfologico del tessuto gengivale; comprensiva dell'eventuale applicazione di impacco chirurgico e conteggiata per sestante.	60,00
CONSERVATIVA		
Tutte le prestazioni includono l'anestesia ove necessaria e non sono ripetibili entro 18 MESI dalla prima esecuzione. Su ogni elemento dentario è possibile l'applicazione, per ogni ciclo di cure, di un solo codice di quelli ammessi. (detta limitazione non riguarda il codice 23.20.4 – incappucciamento diretto dente permanente).		
23.20.1	OTTURAZIONE IN AMALGAMA - 1 SUPERFICIE Restauro definitivo di cavità in amalgama d'argento, di prima o, quinta classe di Black o che comunque coinvolge un'unica superficie del dente.	50,00
23.20.5	OTTURAZIONE IN COMPOSITO - 1 SUPERFICIE Restauro definitivo di cavità in materiale a base resinosa, di prima o, quinta classe di Black o che comunque coinvolge un'unica superficie del dente.	60,00
23.20.6	OTTURAZIONE IN AMALGAMA - 2 SUPERFICI Restauro definitivo di cavità in amalgama d'argento, di seconda classe di Black o che comunque coinvolge due superfici contigue del dente.	70,00
23.20.7	OTTURAZIONE IN COMPOSITO - 2 SUPERFICI Restauro definitivo di cavità in materiale a base resinosa, di seconda classe di Black o che comunque coinvolge due superfici contigue del dente.	80,00
23.20.2	OTTURAZIONE IN AMALGAMA - 3 SUPERFICI Restauro definitivo di cavità in amalgama d'argento di seconda classe di Black o che comunque coinvolge tre superfici contigue del dente.	85,00
23.20.8	OTTURAZIONE IN COMPOSITO - 3 SUPERFICI Restauro definitivo di cavità in materiale a base resinosa, di terza classe di Black o che comunque coinvolge tre superfici contigue del dente anteriore.	90,00
23.20.9	RICOSTRUZIONE IN AMALGAMA Restauro definitivo di cavità in amalgama d'argento, che coinvolge più di tre superfici contigue del dente.	95,00
23.21.1	RICOSTRUZIONE IN COMPOSITO Restauro definitivo di cavità in materiale a base resinosa, che coinvolge più di tre superfici contigue od un angolo del dente.	100,00
23.20.3	OTTURAZIONE PROVVISORIA (ripetibile 3 volte per elemento)	10,00
23.20.4	INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO DENTE PERMANENTE Isolamento definitivo della polpa camerale esposta. E' effettuato nel corso di un'altra prestazione, la quale viene programmata e conteggiata a parte.	30,00
ENDODONZIA		
Tutte le prestazioni includono le RX diagnostiche e di controllo e l'anestesia ove necessaria; escludono intervento provvisorio, temporaneo e definitivo sulla corona e non sono ripetibili per lo stesso elemento.		
23.71.1	TRATTAMENTO ENDODONTICO - 1 CANALE Accesso alla camera pulpare ed al sistema monocalare, con sondaggio, completa rimozione del contenuto, sagomatura e otturazione definitiva del canale, compresa RX endorale di controllo.	120,00
23.71.2	TRATTAMENTO ENDODONTICO - CANALE AGGIUNTIVO	40,00
23.71.4	TRATTAMENTO ENDODONTICO - ALTRO CANALE AGGIUNTIVO	40,00
23.71.3	RITRATTAMENTO ENDODONTICO - 1 CANALE Accesso alla camera pulpare ed al sistema monocalare già sottoposti a un precedente trattamento endodontico (già devitalizzato) con sondaggio, rimozione del precedente materiale di otturazione canale, sagomatura e sigillatura definitiva del canale, compresa RX endorale di controllo	130,00

23.71.6	RITRATTAMENTO ENDODONTICO - CANALE AGGIUNTIVO	50,00
23.71.7	RITRATTAMENTO ENDODONTICO - ALTRO CANALE AGGIUNTIVO	50,00
PERNI <u>Non ripetibili entro i 3 anni dalla prima esecuzione</u>		
23.4	PERNO ENDOCANALARE PREFABBRICATO Dispositivo prefabbricato alloggiato all'interno del canale radicolare, per ancoraggio dell'otturazione, ricostruzione coronale.	20,00
PEDODONZIA		
23.01	ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE DECIDUO Lussazione e rimozione dell'elemento dentario deciduo dalla sua sede alveolare, senza apertura di un lembo e/o sezione delle radici e/o manovre di osteotomia e/o sutura.	30,00
23.02	ESTRAZIONE INDAGINOSA DI DENTE O RADICE DECIDUO Lussazione e rimozione dell'elemento dentario deciduo dalla sua sede alveolare, con apertura di un lembo e/o sezione delle radici e/o manovre di osteotomia e/o sutura.	50,00
23.02.1	OTTURAZIONE SEMPLICE DECIDUO Restauro conservativo che coinvolge una sola superficie di un dente deciduo, realizzato senza il ricorso ad una matrice, indipendentemente dal materiale impiegato.	50,00
23.02.2	OTTURAZIONE COMPLESSA DECIDUO Restauro conservativo che coinvolge due o tre superfici contigue di un dente deciduo, realizzato con il ricorso ad una matrice, indipendentemente dal materiale impiegato.	60,00
23.02.3	RICOSTRUZIONE DECIDUO Restauro conservativo che coinvolge più di tre superfici contigue di un dente deciduo, realizzato con il ricorso ad una matrice od altro ausilio preformato ed indipendentemente dal materiale impiegato.	60,00
23.02.4	PULPOTOMIA CON INCAPPUCCIAMENTO DELLA POLPA CANALARE DECIDUO Manovre cliniche di accesso al sistema camerale e/o canalare di un dente deciduo, con rimozione del contenuto ed isolamento definitivo della polpa canalare esposta. Escluso intervento conservativo sulla corona.	50,00
23.02.6	TRATTAMENTO ENDODONTICO DECIDUO Accesso alla camera pulpare ed al sistema monocalare di un dente deciduo, con sondaggio, rimozione del suo contenuto, sagomatura e introduzione di materiale idoneo all'uso sui denti decidui. Escluso intervento conservativo sulla corona	75,00
23.02.7	APECIFICAZIONE E/O APICOGENESI per seduta Applicazione di medicamento endocanalare, finalizzata al completamento della formazione radicolare e del forame apicale di un dente immaturo. Comprensiva delle manovre di accesso al sistema endodontico. Si conteggia per seduta.	30,00
PROTESI FISSA <u>Non ripetibili entro i 5 anni dalla prima esecuzione</u>		
23.41.1	CORONA O ELEMENTO DI PROTESI FISSA IN LEGA ODONTOIATRICA CERTIFICATA, FUSA O RIVESTITA (per elemento) Di cui euro 150,00 per prestazioni di odontotecnica*. Dispositivo medico su misura per il ripristino morfologico e funzionale di un moncone dentario naturale, protesico o su impianto, oppure di un elemento dentario mancante; realizzato in laboratorio, mediante fusione in lega odontoiatrica certificata.	400,00
23.43	PERNO ENDOCANALARE FUSO Di cui euro 70,00 per prestazioni di odontotecnica*. Dispositivo su misura in lega odontoiatrica certificata, alloggiato all'interno del canale radicolare, costituito dal perno endocanalare e da un moncone protesico o da una cappetta sopraradicolare fusi in un'unica struttura metallica (anche per sovrافusione su componente endocanalare prefabbricato). Può servire da ancoraggio per una protesi fissa o per il sistema ritentivo di una protesi rimovibile (overdenture), che vengono conteggiati a parte.	150,00
23.43.3	PRIMO PROVVISORIO Di cui euro 30,00 per prestazioni di odontotecnica*.	70,00

	Dispositivo medico prefabbricato e personalizzabile del commercio ovvero realizzato su misura, per il ripristino morfologico e funzionale del dente/elemento intermedio subito dopo la limatura del/dei monconi a fini protesici. Necessita di adattamento e ribasatura alla poltrona con resina auto e/o fotopolimerizzante.	
PROTESI MOBILE - PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE		
23.43.1	<p>PROTESI MOBILE TOTALE (<u>per arcata</u>) (<u>non ripetibile nei primi 5 anni</u>) <i>Di cui euro 330,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i></p> <p>Dispositivo medico su misura amovibile, finalizzato alla sostituzione funzionale ed estetica dell'intera arcata dento-alveolare (denti e tessuti adiacenti). E' realizzato in resina e denti del commercio.</p>	800,00
23.43.5	<p>PROTESI MOBILE INFERIORE SU IMPIANTI <i>Di cui euro 330,00 per prestazione odontotecnica (protesi) e euro 140,00 per prestazioni di odontotecnica (pilastri transmucosi); se solo rettifica = euro 40,00)*.</i></p> <p>Protesi mobile inferiore stabilizzata alla cresta alveolare atrofica riabilitata mediante n. 2 impianti. Esclusi minimpianti. Limitazione: in numero non superiore al 30% del totale di protesi mobili inferiori erogate da ogni struttura.</p>	1.700,00
23.43.2	<p>PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE CON BASE IN RESINA (<u>per arcata</u>) (<u>non ripetibile nei primi 5 anni</u>) <i>Di cui euro 280,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i></p> <p>Dispositivo medico su misura amovibile, finalizzato alla sostituzione funzionale ed estetica di parte dell'arcata dento-alveolare (denti e tessuti adiacenti). Viene realizzato con denti del commercio e corpo protesico in resina senza struttura metallica, ancorato a denti residui mediante dispositivi di ritenzione.</p>	600,00
23.44.1	<p>PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE SCHELETRATA CON GANCI (<u>per arcata</u>, indipendentemente dal numero di denti e di ganci) (<u>non ripetibile nei primi 5 anni</u>) <i>Di cui euro 310,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i></p> <p>Dispositivo medico su misura amovibile, finalizzato alla sostituzione funzionale ed estetica di parte dell'arcata dento-alveolare (denti e tessuti adiacenti). Viene realizzato in laboratorio con denti del commercio e corpo protesico in resina, applicato su una struttura metallica portante individuale, a sua volta ancorata a denti residui mediante ganci.</p>	630,00
23.44.7	<p>PROTESI MOBILE TOTALE PROVVISORIA (<u>per arcata</u>) (<u>non ripetibile</u>) <i>Di cui euro 200,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i></p> <p>Dispositivo medico su misura amovibile, finalizzato alla sostituzione funzionale ed estetica dell'intera arcata dento-alveolare (denti e tessuti adiacenti) realizzato in via provvisoria e successivo a bonifica del cavo orale (minimo 5 estrazioni dentarie) in attesa di regolarizzazione delle creste alveolari per protesizzazione definitiva. E' realizzato in resina e denti del commercio.</p>	400,00
23.43.4	<p>RIBASAMENTO (DIRETTO) (<u>per arcata</u>) (<u>non ripetibile nei primi 6 mesi</u>)</p> <p>Modifica alla poltrona di una protesi mobile o rimovibile pre-esistente mediante apposizione diretta di resina autopolimerizzante sul versante gengivale, allo scopo di migliorarne l'adattamento alla morfologia delle selle edentule.</p>	80,00
23.44.2	<p>RIBASAMENTO (INDIRETTO) (<u>per arcata</u>) (<u>non ripetibile nei primi 6 mesi</u>) <i>Di cui euro 70,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i></p> <p>Modifica in laboratorio di una protesi mobile o rimovibile pre-esistente, allo scopo di migliorarne il sigillo periferico e l'adattamento alla morfologia delle selle edentule; comprensivo di rimontaggio e molaggio selettivo su articolatore in laboratorio.</p>	120,00
23.44.3	<p>AGGIUNTA O SOSTITUZIONE GANCIO FUSO IN LEGA ODONTOIATRICA CERTIFICATA (<u>non ripetibile nei primi 2 anni</u>)</p> <p>Realizzazione ed applicazione in laboratorio, ad una protesi parziale rimovibile preesistente, di un dispositivo di ritenzione su misura fuso in lega odontoiatrica certificata, per l'ancoraggio alla dentatura residua mediante adattamento elastico ai sottosquadri della corona dentaria. Il dispositivo viene solidarizzato con resina al corpo protesico. Qualora venga saldato alla struttura metallica pre-esistente, la saldatura e l'eventuale smontaggio/rimontaggio delle selle vengono conteggiati a parte (vedi voce "Saldatura della struttura metallica con rifacimento della base in resina" (N.d.R.).</p>	70,00
	RIPARAZIONE SEMPLICE	

23.43.6	<i>Di cui euro 40,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i> Intervento volto a ripristinare in laboratorio la continuità della base in resina fratturata di una protesi totale o parziale rimovibile, mediante ricomposizione frammenti preesistenti senza necessità di impronta di posizione.	60,00
23.44.4	RIATTACCO DENTE <i>(non ripetibile nei primi 2 anni stesso elemento)</i> <i>Di cui euro 30,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i> Riposizionamento e fissazione in laboratorio di un dente pre-esistente mobilizzatosi dalla propria sede in una protesi mobile o rimovibile.	50,00
23.44.5	SOSTITUZIONE DENTE <i>(non ripetibile nei primi 2 anni stesso elemento)</i> <i>Di cui euro 45,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i> Posizionamento e fissazione in laboratorio di un dente nuovo in una protesi mobile o rimovibile, in sostituzione di un dente pre-esistente della protesi stessa.	65,00
23.44.6	AGGIUNTA DENTE <i>(non ripetibile nei primi 2 anni)</i> <i>Di cui euro 20,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i> Posizionamento e fissazione in laboratorio di un ulteriore dente protesico in una protesi rimovibile.	40,00
23.43.7	RIPARAZIONE O MODIFICA CON IMPRONTA <i>Di cui euro 40,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i> Intervento volto a ripristinare od a modificare in laboratorio la continuità e/o l'anatomia della base in resina di una protesi totale o parziale rimovibile, con l'ausilio di un'impronta di posizione.	60,00
23.43.8	SALDATURA DELLA STRUTTURA METALLICA SENZA RIFACIMENTO DELLA BASE IN RESINA <i>Di cui euro 50,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i> Intervento volto a ripristinare, mediante saldatura in laboratorio, la continuità e la funzione della struttura metallica fratturata di una protesi parziale rimovibile oppure ad applicarvi un dente a supporto metallico od un gancio, senza smontaggio/rimontaggio delle selle in resina e dei denti pre-esistenti.	70,00
23.43.9	SALDATURA DELLA STRUTTURA METALLICA CON RIFACIMENTO DELLA BASE IN RESINA <i>Di cui euro 75,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i> Intervento volto a ripristinare, mediante saldatura in laboratorio, la continuità e la funzione della struttura metallica fratturata di una protesi parziale rimovibile oppure ad applicarvi un dente a supporto metallico od un gancio, con smontaggio/rimontaggio delle selle in resina e dei denti pre-esistenti.	105,00
23.45.1	RIPARAZIONE FACCIETTA <i>(non ripetibile nei primi 2 anni)</i> <i>Di cui euro 40,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i> Intervento finalizzato al ripristino del materiale estetico (faccetta, cuspidi, cresta marginale) di una corona protesica pre-esistente, effettuato alla poltrona od in laboratorio.	70,00
CHIRURGIA ORALE		
23.09	ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE Procedura chirurgica che non comporta particolari difficoltà tecniche, osteotomia, odontotomia o sutura, finalizzata all'avulsione dalla sede alveolare di un elemento dentario erotto.	50,00
23.11	ESTRAZIONE INDAGINOSA DI DENTE O RADICE Procedura chirurgica che comporta particolari difficoltà tecniche e/o osteotomia e/o odontotomia e/o sutura, finalizzata all'avulsione dalla sede alveolare di un elemento dentario erotto o incluso.	70,00
23.19.3	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO A SCOPO ORTODONTICO Procedura chirurgica finalizzata all'esposizione di una porzione coronale di elemento dentario incluso ed al posizionamento intraoperatorio di un ancoraggio ortodontico.	140,00
23.73	APICECTOMIA CON OTTURAZIONE RETROGRADA <i>(non ripetibile su stesso elemento)</i> Procedura chirurgica consistente nella rimozione della porzione apicale della radice di un dente, gravato da insuccesso della terapia ortograde, e nell'otturazione retrograda della rimanente sezione di taglio canalare e di eventuali canali accessori.	140,00
23.19.1	ESTRAZIONE DI ELEMENTO DENTARIO IN INCLUSIONE OSSEA PARZIALE Procedura chirurgica che comporta l'esecuzione di un lembo muco gengivale, osteotomia e/o odontotomia e sutura, finalizzata all'avulsione dalla sede alveolare di un terzo molare parzialmente incluso nel tessuto	120,00

	osseo.	
23.19.2	ESTRAZIONE DI ELEMENTO DENTARIO IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE - GERMECTOMIA Procedura chirurgica che comporta l'esecuzione di un lembo muco gengivale, osteotomia e/o odontotomia e sutura, finalizzata all'avulsione dalla sede alveolare di un terzo molare totalmente incluso nel tessuto osseo o asportazione del germe e relativi tessuti pericoronarici di un terzo molare.	140,00
CHIRURGIA IMPLANTARE - PROTESI SU IMPIANTI		
Prestazioni finalizzate alla riabilitazione protesica di creste edentule arcata inferiore con protesi overdenture (massimo di n. 2 impianti). <u>Non ripetibile su stesso paziente entro i 5 anni dalla prima esecuzione.</u>		
23.6	IMPIANTO OSTEOINTEGRATO Procedura chirurgica finalizzata al posizionamento di un impianto osteointegrabile nella cresta ossea edentula comprensiva dell'eventuale intervento di accesso al sistema di connessione. Esclusi minimpianti.	300,00
23.7.1	PILASTRO TRANSMUCOSO PREFABBRICATO <i>Di cui euro 70,00 per prestazioni di odontotecnica*. (Se solo rettifica = euro 20)</i> Dispositivo prefabbricato di collegamento (abutment standard, conico, angolato, ecc.) interposto fra l'impianto e i dispositivi di ancoraggio della parte protesica rimovibile.	150,00
ORTODONZIA		
Tutte le prestazioni ortodontiche sono <u>comprensive</u> di visita specialistica ortognatodonica, valutazione diagnostica e del percorso terapeutico, e delle visite di controllo.		
<u>Le prestazioni ortodontiche NON sono ripetibili per medesimo paziente.</u>		
Le prestazioni di ORTODONTICA-ORTOGNATICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA possono durare MAX 3 ANNI, ANCHE in PIÙ FASI e con PERIODI DI SOSPENSIONE.		
Il paziente già preso in carico che perde il diritto di accesso in dipendenza della variazione dell'indicatore ICEF (non più inferiore a 0,20) può completare i trattamenti programmati corrispondendo le relative tariffe piene previste in questo Nomenclatore.		
24.71.3	STUDIO DEL CASO <u>(non ripetibile)</u> Nel caso non sia seguito da trattamento ortodontico e liquidabile solo a fronte di relazione accompagnatoria alla richiesta di rimborso con dichiarazione degli esami strumentali eseguiti secondo linee guida.	100,00
24.70.1	TERAPIA ORTODONTICA-ORTOGNATICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA - PRIMO ANNO <i>Di cui euro 320,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i> Cicli di terapia ortodontica con applicazione di apparecchiature fisse o rimovibili per risolvere problemi dentali e correggere la crescita dei mascellari.	1.200,00
24.70.6	TERAPIA ORTODONTICA-ORTOGNATICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA - SECONDO ANNO Cicli di terapia ortodontica con applicazione di apparecchiature fisse o rimovibili per risolvere problemi dentali e correggere la crescita dei mascellari.	800,00
24.70.7	TERAPIA ORTODONTICA-ORTOGNATICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA - TERZO ANNO Cicli di terapia ortodontica con applicazione di apparecchiature fisse o rimovibili per risolvere problemi dentali e correggere la crescita dei mascellari.	800,00
24.70.9	CONTENZIONE E VALUTAZIONE POST-TERAPIA Applicazione di apparecchi fissi o rimovibili adatti a stabilizzare i risultati delle terapie ortodontiche ed impedire la recidiva, e controllo della stabilità oclusale a fine trattamento con studio di esami diagnostici quali modelli in gesso, analisi cefalometrica e fotografie cliniche, e visite periodiche per valutare l'efficacia dei dispositivi di contenzione utilizzati.	400,00
24.71.1	TERAPIA ORTODONTICA FINALIZZATA ALLA CHIRURGIA ORTOGNATICA - PRIMO ANNO <u>(comprensiva di visita specialistica ortognatodonica)</u> <i>Di cui euro 520,00 per prestazioni di odontotecnica*.</i> Cicli di terapia ortodontica con applicazione di apparecchiature fisse o rimovibili per risolvere problemi dentali e le discrepanze tra i mascellari, mirati alla preparazione delle arcate dentarie in vista di un intervento chirurgico maxillo-facciale e alla finalizzazione e stabilizzazione delle arcate post-intervento.	1.200,00
24.71.2	TERAPIA ORTODONTICA FINALIZZATA ALLA CHIRURGIA	800,00

	ORTOGNATICA - SECONDO ANNO (comprensiva di visita specialistica ortognatodontica)	
24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO (non ripetibile)	70,00
24.80.2	SOSTITUZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO (non ripetibile)	30,00 + 150,00 importo massimo per costo apparecchio

NOTE:

* Quota indicativa, se e in quanto dovuta, rispetto al grado di coinvolgimento della competenza odontotecnica.

DISPOSIZIONI APPLICATIVE

Tenuto conto del quadro normativo nazionale di riferimento di cui alla L. 23 agosto 2004 n. 243 e al D.P.R. 23 marzo 1988 n. 119, relativo alla contribuzione ENPAM (*Ente nazionale di previdenza ed assistenza medici*) per l'erogazione di prestazioni specialistiche sanitarie da parte di professionisti convenzionati esterni nei loro studi privati, le prestazioni odontoiatriche previste dalla l.p. 22/2007 sono soggette a tale contribuzione.

In particolare, ai sensi dell'art.1, commi 39 e 40 della L. 23 agosto 2004 n. 243, "le società professionali mediche ed odontoiatriche, in qualunque forma costituite, e le società di capitali" versano esse stesse "un contributo pari al 2% del fatturato annuo attinente alle prestazioni specialistiche rese nei confronti del Servizio sanitario nazionale" all'ENPAM; mentre "restano fermi i vigenti obblighi contributivi relativi agli altri rapporti di accreditamento per i quali è previsto il versamento del contributo previdenziale ad opera delle singole regioni e province, quali gli specialisti accreditati ad personam per la branca a prestazione o associazioni fra professionisti o società di persone".

In quest'ultimo caso, ai sensi di quanto disposto dagli articoli 6 e 7 del D.P.R. 23 marzo 1988 n. 119, al professionista convenzionato spetta per ciascuna prestazione autorizzata il compenso onnicomprensivo specificato nel nomenclatore tariffario. Sui compensi - ovvero le tariffe previste dal presente nomenclatore - verranno applicate le aliquote ENPAM al netto della quota parte riferita al costo dei materiali e delle spese generali pari al 40% delle tariffe. L'APSS è tenuta a versare periodicamente all'ENPAM il contributo previsto (attualmente del 22%, di cui il 13% a carico dell'APSS ed il 9% a carico del professionista).

ALLEGATO 5

ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – SCHEMA DI ACCORDO NEGOZIALE, TRA AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI E SINGOLO STUDIO/AMBULATORIO PRIVATO CONVENZIONATO COL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE

ACCORDO CONTRATTUALE

per l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche per l'anno

Preso atto della deliberazione G.P. n del 2015, che ha diramato le vigenti disposizioni attuative della l.p. 22/2007 in materia di assistenza odontoiatrica, l'Azienda provinciale per i servizi sanitari può negoziare con gli studi ed ambulatori accreditati le prestazioni odontoiatriche, prevedendo:

- il fabbisogno di prestazioni, per tipologia e quantità, nonché le modalità dei controlli per il rispetto dei protocolli e della qualità delle prestazioni;
- il livello massimo di spesa programmato.

tra

il Distretto (di seguito denominato Distretto), quale ripartizione organizzativa dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (di seguito definita APSS), con sede in - Via C.F. e P.Iva 01429410226, nella persona del direttore dott. domiciliato per la carica presso la sede del Distretto medesimo, e

lo studio "....." / ambulatorio odontoiatrico ".....", via.....,, partita IVA, di seguito definito struttura, nella persona del suo legale rappresentante dott....., si conviene e si stipula quanto segue

Art.1

(criteri di autorizzazione ed accreditamento)

1. La struttura, in quanto accreditata ex determinazione del competente Dirigente provinciale n.....del.....opera in nome e per conto del Servizio Sanitario Provinciale, ex art. 8 D.Lgs 502/92 e s.m. ed i.;
2. L'accreditamento è efficace a condizione del mantenimento dei requisiti previsti dal suddetto provvedimento, che debbono altresì rimanere invariati per tutta la durata del presente accordo.
3. La struttura è tenuta ad erogare le prestazioni nel rispetto delle incompatibilità previste:
 - a) ex art. 1, commi da 5 a 19, della legge 662/1996 e successive modifiche ed integrazioni,
 - b) ex art. 4, comma 7, legge 412/1991 come specificate dai rispettivi accordi di lavoro dei medici di Medicina generale, Pediatri di libera scelta, Specialisti ambulatoriali

Art. 2

(tipologia e quantità delle prestazioni)

1. Ferma restando la facoltà di libera scelta operata dal cittadino nei confronti delle strutture pubbliche e private accreditate, il presente accordo definisce la tipologia ed i rispettivi volumi finanziari di prestazioni odontoiatriche da erogare nell'ambito dei livelli di assistenza previsti dalla legge provinciale n. 22/2007, in favore di assistiti iscritti al Servizio Sanitario Provinciale (SSP) e residenti in PAT da almeno tre anni (salvo eccezioni previste) ed in

particolare per le seguenti categorie di soggetti come definiti dalle vigenti direttive provinciali di cui a deliberazione G.P. n. 682/2014:

cat.	soggetti	Prestazioni riconosciute
a	b	c
1	minori di anni 18	a) prevenzione secondaria b) ortodonzia secondo l'indice IOTN grado 3, 4 e 5 c) assistenza protesica fissa e mobile
2	Nuclei a bassa condizione econ./patrim	a) prevenzione secondaria b) assistenza protesica fissa a) assistenza protesica mobile
3	donne in gravidanza	a) prevenzione secondaria
4	anziani	c) prevenzione secondaria d) assistenza protesica fissa e) assistenza protesica mobile

2. In attuazione delle vigenti direttive provinciali la struttura, fermo restando il limite massimo di finanziamento assegnato, è tenuta ad erogare la tipologia e quantità di prestazioni indicate nella seguente tabella:

cat.	Tipologia di prestazione	Quantità di prestazioni obiettivo		Specifiche
		Percentuale	Importo	
1	Cure secondarie	Percentuale	Importo	
2	Ortodonzia			
3	Protesica			protesica fissa non più di % _____ Importo _____ _____ del totale della protesica
TOTALE COMPLESSIVO				

3. La struttura è tenuta ad erogare le prestazioni odontoiatriche alle tariffe del Nomenclatore tariffario, tempo per tempo vigenti.

4. Non sono poste a carico del SSP le prestazioni:

- a) non comprese nel Nomenclatore tariffario,
- b) eventualmente rese nei confronti di soggetti non aventi titolo alle prestazioni odontoiatriche ex LP n. 22/2007, come specificati dalle vigenti direttive provinciali e s.m. ed i.,

c) effettuate in supero al limite finanziario assegnato.

5. La struttura organizza autonomamente la propria attività assicurandone la programmazione con rispetto:

- i. del limite finanziario annuale assegnato,
- ii. salvaguardando la continuità delle cure definite dal piano di cura e la conclusione dei piani di cura attivati nell'anno precedente ed in subordine quelle afferenti l'arruolamento di nuovi pazienti;
- iii. dei seguenti tempi massimi per la chiusura del piano di cura:
 1. mesi 6 dalla prima visita per le cure conservative, endodonzia e chirurgia,
 2. anni 1 dalla prima visita, per la protesica ed implantologia,
 3. anni 2 dalla prima visita, per ortodonzia.

Qualora le condizioni cliniche del paziente non consentissero il rispetto dei tempi massimi, ne è consentita la deroga con specifica e motivata relazione clinica.

iv. l'assunzione in cura di nuovi utenti rapportata al limite finanziario che residua rispetto alle garanzie di cui ai precedenti punti.

6. Le parti sono tenute ad adottare tempestivamente le direttive provinciali attuative della LP n. 22/2007, nel caso subissero variazioni nel corso della validità del contratto.

Art. 3

(limite finanziario)

1. Le prestazioni oggetto del presente accordo sono commisurate alle risorse disponibili, agli obiettivi e priorità di cura previsti dalla programmazione provinciale e pertanto la struttura è tenuta a commisurare la propria attività convenzionata per un ammontare massimo di finanziamento di **Euro000,00**,

2. Qualora l'ammontare della spesa di cui al comma precedente determinasse il superamento del limite finanziario complessivo, le parti possono convenire l'interruzione anticipata del contratto.

3. E' ammessa l'eventuale rinegoziazione dell'ammontare massimo di finanziamento nei casi:

a) il Distretto proponga l'aumento del limite finanziario negoziato, avuto riguardo delle risorse finanziarie disponibili,

b) intervenute modifiche del Nomenclatore Tariffario che comportino significative variazioni economiche.

4. Il limite finanziario come sopra stabilito non costituisce riferimento per gli eventuali rinnovi del contratto.

5. Fermo restando l'ammontare massimo di finanziamento di cui al comma 1 del presente articolo, qualora la struttura non raggiungesse gli obiettivi, per tipo di prestazione di cui all'art. 2, comma 2, i relativi importi non possono essere compensati tra loro.

Art. 4

(accesso alle prestazioni)

1. La struttura dovrà garantire almeno n. ___ appuntamenti mensili per nuovi utenti per l'intero anno prenotabili tramite il sistema CUP.

2. L'accesso dell'utente alle prestazioni odontoiatriche è diretto, previa esibizione della Tessera sanitaria ai fini dell'identificazione dell'avente titolo (requisiti di residenza, iscrizione SSP, età anagrafica), per particolari gruppi di popolazione; è altresì previsto il possesso di ulteriori requisiti che attestino il diritto di accesso alle prestazioni odontoiatriche previste dalla L.P. n. 22/2007.

3. In tutti i casi la struttura, all'atto dell'accettazione dell'utente, rileva preliminarmente ogni informazione di carattere amministrativo (ICEF, status o condizione) ed informativo (anagrafica utente) necessaria ai fini dell'accertamento del diritto alle prestazioni ed all'ammissione alle cure, al pagamento della quota di compartecipazione ed al rimborso delle prestazioni a carico del SSP.

4. La struttura cura la tenuta e registrazione delle prestazioni erogate, conservandone idonea documentazione amministrativa (eventuali autocertificazione, copia attestazioni ICEF nel caso non sia verificata dal sistema) e clinica individuale, ai fini di ogni rendiconto richiesto dall'APSS o altro organismo di controllo.

Art. 5

(livelli di assistenza)

1. Per la corretta erogazione delle prestazioni disciplinate dal presente accordo la struttura è tenuta ad adottare:
- a) le annuali direttive provinciali ed aziendali attuative della l.p. 22/2007,
 - b) le linee guida ed i protocolli di accesso vigenti tempo per tempo,
 - c) i sistemi di autocontrollo interno sull'attività odontoiatrica convenzionata ai sensi del D.Lgs 231/2001.

Art. 6

(rendiconti ed addebiti)

1. Il riscontro delle prestazioni oggetto del presente accordo è effettuato mediante sistema informatico aziendale con rilevazione analitica delle prestazioni erogate nel mese di competenza (corredate di tutte le informazioni necessarie e per ogni finalità di carattere amministrativo ed informativo).
2. La struttura assicura la corretta gestione della rendicontazione, secondo le modalità, gli standard ed i tempi previsti, ed espressamente formalizzati negli indirizzi aziendali annuali; in particolare la segnatura della data di erogazione delle prestazioni ed il coefficiente ICEF.
3. L'Azienda assicura per conto della struttura l'elaborazione e l'invio agli Enti esterni dei dati di attività, secondo modalità, standard e tempi previsti dalle vigenti norme (monitoraggio della spesa sanitaria e oneri ENPAM).
4. La struttura trasmette entro il quinto giorno del mese successivo a quello dell'erogazione della prestazione gli addebiti delle prestazioni rese e riscontrate nella contabilità prodotta col sistema gestionale aziendale.
5. Gli addebiti a carico dell'Azienda sono al netto delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico dei cittadini che sono trattenute direttamente dalla struttura.
6. Sono escluse dal pagamento e, se già eseguito, sono scontate dai successivi addebiti, ovvero verranno ripetute, le prestazioni erogate in favore di assistiti non aventi titolo alle prestazioni oggetto del presente accordo (SSP).
7. In caso di ritardi o carenze che determinassero inadempienze contrattuali, il Distretto:
 - a) effettua rivalsa delle eventuali sanzioni ricevute e relative spese accessorie,
 - b) procede alla risoluzione dell'accordo, previa contestazione degli addebiti.

Art. 7

(pagamenti)

1. La struttura fattura mensilmente al Distretto le prestazioni erogate e contabilizzate, che ne provvede al pagamento a 60 giorni dalla chiusura del mese di competenza.
2. Le prestazioni oggetto del presente accordo sono soggette alle ritenute fiscali e previdenziali di legge.
3. Ai fini fiscali le parti dichiarano che le prestazioni oggetto della presente convenzione costituiscono operazioni esenti da IVA e pertanto il presente atto è soggetto a registrazione solo nel caso d'uso, ai sensi dell'art. 5, comma 2°, del D.P.R. 26.04.1986 n. 131.
4. L'imposta di bollo sul presente atto è a carico della struttura, salvo esenzione a norma di legge. L'imposta di bollo verrà assolta direttamente da APSS in maniera virtuale ed il relativo importo pari a euro... successivamente versato dalla struttura sul conto aziendale di tesoreria presso Unicredit Banca spa sede di Trento IBAN nr IT50X0200801820000000770802 specificando nella causale l'assolvimento dell'imposta di bollo relativa al contratto repertorio nr ... ed il Distretto Sanitario competente.

Art. 8

(vigilanza e controlli)

1. Ai sensi dell'art. 8-octies del DLgs 502/1992 e s.m. ed i. e nell'ambito del rapporto contrattuale l'APSS effettua il controllo e la vigilanza di tipo contrattuale sulla struttura, con le modalità ritenute idonee, in specie sulla regolare e corretta erogazione delle prestazioni di assistenza odontoiatrica conformemente alle previsioni ex LP n. 22/2007.
2. In caso di riscontro di importi impropriamente corrisposti:
 - a) il Distretto ne effettua il recupero, addebitando alla struttura l'ulteriore onere pari al 10% delle somme non dovute, a titolo di danno da disservizio.
 - b) le percentuali di incidenza dei recuperi per mancata applicazione della normativa, nonché gli oneri per danno da disservizio, vengono calcolate sugli importi fatturati dalla struttura per tutte le mensilità precedenti a quella oggetto di controllo.

Art. 9

(trattamento dati personali)

1. In aderenza alle disposizioni in materia di sicurezza sul trattamento dei dati ex DLgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" la struttura è tenuta ad adottare il "Disciplinare per lo scambio informativo tra APSS e soggetti "Contitolari" o "Responsabili esterni" di trattamenti di dati personali", di cui a deliberazione del Direttore Generale n. 139/2012, allegato alla presente convenzione.
2. Sono individuati quali "Contitolari" nel trattamento dei dati personali con APSS per le disposizioni ex D.lgs. 196/2003 le strutture accreditate con il SSP.

Art. 10

(durata)

1. Il presente accordo decorre dal fino al o in data antecedente in relazione all'eventuale scadenza dell'accREDITAMENTO provvisorio.
2. Ciascuna delle parti può recedere dal medesimo in ogni momento, salvo preavviso scritto di almeno 60 giorni.

Li.....

STUDIO/AMBULATORIO ODONTOIATRICO

Il Legale rappresentante

Dott.....

AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI

Il Direttore del Distretto

Dott.

Agli effetti dell'art. 1341 codice civile le parti dichiarano di conoscere le condizioni di contratto e di approvare specificamente le clausole degli articoli 2, 3, 5, 8, 9 e 11.

STUDIO/AMBULATORIO ODONTOIATRICO

Il Legale rappresentante

Dott.....

AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI

Il Direttore del Distretto

Dott.

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI CONTRATTUALI – (Direttive annuali 2015)

Ai sensi dell'art. 8-quinquies del DLgs. n. 502/1992, dell'art. 22, comma 2, della legge provinciale n. 16/2010 e dell'art. 11, comma 6, del regolamento emanato con D.P.G.P. 27 novembre 2000 n. 30-48/Leg., la qualità di soggetto accreditato è presupposto necessario ma non sufficiente per l'instaurazione di accordi contrattuali con l'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Gli accordi contrattuali con gli studi privati rispondono e sono coerenti con i seguenti **orientamenti generali**:

1. **facoltà di libera scelta** operata dal cittadino nei confronti delle strutture pubbliche e private accreditate;
2. **distribuzione territoriale**: è necessario assicurare facilità ed equità nell'accesso e, pertanto tendere alla localizzazione diffusa sul territorio delle strutture odontoiatriche in funzione dei bacini di utenza potenziale; s'intende consentire all'utente la possibilità di scelta, nell'ambito di ciascun distretto, fra più erogatori;
3. **garanzia dell'equilibrio economico-organizzativo della struttura erogatrice**.

Rispetto ai **parametri di programmazione** di cui al precedente punto, in ordine ai quali il fabbisogno provinciale tiene conto anche della necessità di assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate, **nonché al vincolo di finanziamento previsto** nei provvedimenti con cui vengono stabilite le risorse e **considerata l'autonomia imprenditoriale dell'Azienda rispetto alla definizione degli accordi contrattuali in un'ottica di appropriatezza e di corretta integrazione nella rete dei servizi**, si esplicitano di seguito alcuni **criteri di riferimento per la selezione, tra le strutture accreditate, di quelle con cui stipulare accordi contrattuali e per la definizione dei volumi di attività**:

a) Integrazione e complementarietà dell'offerta in relazione al fabbisogno e alla specificità delle prestazioni richieste, tenuto conto di:

- livelli quali-quantitativi delle prestazioni erogate;
- localizzazione e distribuzione territoriale dei punti di offerta, anche considerando la presenza e la tipologia dell'offerta pubblica erogata da strutture a gestione diretta APSS;
- programmi di nuove realizzazioni, ovvero interventi di riconversione/riqualificazione dell'offerta pubblica esistente;
- previsioni di tendenza relative alla domanda.

b) Configurazione organizzativa dei servizi offerti, tenuto conto di:

- assetto organizzativo della struttura richiedente (struttura complessa/ambulatorio o struttura semplice/studio; presenza in organico o rapporto di collaborazione con igienista dentale e specialista in ortodonzia) e fatturato della singola sede di erogazione relativo al precedente triennio di attività;
- tipologia di offerta (l'erogazione dell'intera gamma di prestazioni prevista dal nomenclatore garantisce una maggiore continuità di cura/trattamento);
- qualificazione tecnologica (caratteristiche tecniche, grado di obsolescenza, appropriatezza d'utilizzo di dotazioni strumentali, apparecchiature ecc.);
- disponibilità di servizi ulteriori relativi al percorso diagnostico/assistenziale erogato al paziente e complementari all'attività già erogata dal servizio sanitario provinciale;
- flessibilità gestionale e operativa (es. aperture serali e festive).

c) Garanzia di compatibilità e collegamento ai sistemi informativi aziendali/provinciali tenuto conto anche di quanto indicato nell'art. 24, comma 3, della legge provinciale n. 16/2010;

d) In riferimento alle strutture già oggetto di accordo contrattuale:

- rispetto degli accordi contrattuali relativi all'attività svolta;
- competenza acquisita nell'esercizio dell'attività sanitaria di riferimento;
- garanzia dei livelli di appropriatezza e qualità delle prestazioni richiesti;
- qualità del servizio offerto valutata in relazione alla puntualità di presa in carico, al rispetto dei tempi massimi per la chiusura del piano di cura", al grado di soddisfazione degli utilizzatori dei servizi e all'assenza di lamentele da parte degli utenti.

Si osserva al riguardo che, come ha avuto modo di affermare la giurisprudenza in materia, **la ripartizione del budget tra i soggetti accreditati dovrebbe essere operata a prescindere dal fatto che essi abbiano o meno sottoscritto in precedenza un contratto**: la sottoscrizione di un precedente contratto può costituire un criterio per l'assegnazione delle

risorse disponibili ma non può giustificare, anche nel caso di risorse decrescenti, l'esclusione a tempo indefinito dal mercato di altri soggetti che si è ritenuto di poter accreditare e **non è possibile, quindi, far riferimento solo al criterio della spesa storica.**

Per essere convenzionato con il servizio sanitario provinciale al fine di erogare le prestazioni indicate dalla legge provinciale n. 22/2007, lo studio/ambulatorio odontoiatrico autorizzato e accreditato deve accettare:

- i *protocolli operativi ed organizzativi* di cui al precedente paragrafo 3;
- le *linee guida per l'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento* di cui al precedente paragrafo 3;
- il *modello tariffario* di cui al precedente paragrafo 4;
- il *sistema dei controlli e gli ulteriori impegni e condizioni dettati dall'Accordo negoziale* approvato sulla base dello schema che costituisce l'Allegato n. 4 alle presenti direttive.

Nel rispetto dei criteri generali e delle indicazioni programmatiche sopra definiti, l'APSS – anche sulla base delle indicazioni fornite dal responsabile della Rete odontoiatrica provinciale – indica le quote destinate all'assistenza ortodontica e protesica, avuto riguardo della specificità dei singoli Distretti e delle indicazioni di carattere generale di aumento dell'assistenza ortodontica e delle cure secondarie e riduzione, su base storica, della protesica fissa, privilegiando la protesica mobile o rimovibile.

ALLEGATO 6

ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – MODULO DI CERTIFICAZIONE ICEF PER L'ACCESSO ALL'ASSISTENZA

ASSISTENZA ODONTOIATRICA AI SENSI DELLA LEGGE PROVINCIALE N. 22/2007				
CERTIFICAZIONE ICEF				
CON QUOTA DI COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA				
DA PARTE DELL'UTENTE E DA PARTE DEL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE				
Dati identificativi del NUCLEO FAMILIARE (componenti)				(da inserire)
Indicatore ICEF rilevato				(da inserire)
Percentuale di compartecipazione alla spesa				(calcolata in automatico in base all'ICEF posseduto)
CODICE	DESCRIZIONE	TARIFF A *	Quota SSP **	Quota utente ***
89.71	VISITA ODONTOIATRICA	20,00		
89.01.1	VISITA DI CONTROLLO	20,00		
87.12.2	RX ENDORALE	8,00		
24.39.1	IGIENE ORALE	45,00		
96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI – singolo dente	23,00		
99.97.1	LEGATURA EXTRACORONALE CON MATERIALE PREFABBRICATO	45,00		
24.00.1	GENGIVECTOMIA/GENGIVOPLASTICA	60,00		
23.20.1	OTTURAZIONE IN AMALGAMA - 1 SUPERFICIE	50,00		
23.20.5	OTTURAZIONE IN COMPOSITO - 1 SUPERFICIE	60,00		
23.20.6	OTTURAZIONE IN AMALGAMA - 2 SUPERFICI	70,00		
23.20.7	OTTURAZIONE IN COMPOSITO - 2 SUPERFICI	80,00		
23.20.2	OTTURAZIONE IN AMALGAMA - 3 SUPERFICI	85,00		
23.20.8	OTTURAZIONE IN COMPOSITO - 3 SUPERFICI	90,00		
23.20.9	RICOSTRUZIONE IN AMALGAMA	95,00		
23.21.1	RICOSTRUZIONE IN COMPOSITO	100,00		
23.20.3	OTTURAZIONE PROVVISORIA	10,00		
23.20.4	INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO DENTE PERMANENTE	30,00		
23.71.1	TRATTAMENTO ENDODONTICO - 1 CANALE	120,00		
23.71.2	TRATTAMENTO ENDODONTICO (CANALE AGGIUNTIVO)	40,00		
23.71.4	TRATTAMENTO ENDODONTICO (ALTRO CANALE AGGIUNTIVO)	40,00		
23.71.3	RITRATTAMENTO ENDODONTICO - 1 CANALE	130,00		
23.71.6	RITRATTAMENTO ENDODONTICO (CANALE AGGIUNTIVO)	50,00		
23.71.7	RITRATTAMENTO ENDODONTICO (ALTRO CANALE AGGIUNTIVO)	50,00		
23.4	PERNO ENDOCANALARE PREFABBRICATO	20,00		
23.01	ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE DECIDUO	30,00		
23.02	ESTRAZIONE INDAGINOSA DI DENTE O RADICE DECIDUO	50,00		

23.02.1	OTTURAZIONE SEMPLICE DECIDUO	50,00		
23.02.2	OTTURAZIONE COMPLESSA DECIDUO	60,00		
23.02.3	RICOSTRUZIONE DECIDUO	60,00		
23.02.4	PULPOTOMIA	50,00		
23.02.6	TRATTAMENTO ENDODONTICO DECIDUO	75,00		
23.02.7	APECIFICAZIONE E/O APICOGENESI - per seduta	30,00		
23.41.1	CORONA O ELEMENTO DI PROTESI FISSA IN LEGA ODONTOIATRICA CERTIFICATA, FUSA O RIVESTITA - per elemento	400,00		
23.43	PERNO ENDOCANALARE FUSO	150,00		
23.43.3	PRIMO PROVVISORIO	70,00		
23.43.1	PROTESI MOBILE TOTALE - per arcata	800,00		
23.43.5	PROTESI MOBILE INFERIORE SU IMPIANTI	1.700,00		
23.43.2	PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE CON BASE IN RESINA - per arcata	600,00		
23.44.1	PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE SCHELETRATA CON GANCI - per arcata	630,00		
23.44.7	PROTESI MOBILE TOTALE PROVVISORIA	400,00		
23.43.4	RIBASAMENTO (DIRETTO) - per arcata	80,00		
23.44.2	RIBASAMENTO (INDIRETTO) - per arcata	120,00		
23.44.3	AGGIUNTA/SOSTITUZIONE GANCIO FUSO IN LEGA ODONTOIATRICA CERTIFICATA	70,00		
23.43.6	RIPARAZIONE SEMPLICE	60,00		
23.44.4	RIATTACCO DENTE	50,00		
23.44.5	SOSTITUZIONE DENTE	65,00		
23.44.6	AGGIUNTA DENTE	40,00		
23.43.7	RIPARAZIONE O MODIFICA CON IMPRONTA	60,00		
23.43.8	SALDATURA STRUTTURA METALLICA SENZA RIFACIMENTO BASE IN RESINA	70,00		
23.43.9	SALDATURA STRUTTURA METALLICA CON RIFACIMENTO BASE IN RESINA	105,00		
23.45.1	RIPARAZIONE FACCIETTA	70,00		
23.09	ESTRAZIONE SEMPLICE DI DENTE O RADICE	50,00		
23.11	ESTRAZIONE INDAGINOSA DI DENTE O RADICE	70,00		
23.19.1	ESTRAZIONE DI ELEMENTO DENTARIO IN INCLUSIONE OSSEA PARZIALE	120,00		
23.19.2	ESTRAZIONE DI ELEMENTO DENTARIO IN INCLUSIONE OSSEA TOTALE - GERMECTOMIA	140,00		
23.19.3	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO A SCOPO ORTODONTICO	140,00		
23.73	APICECTOMIA CON OTTURAZIONE RETROGRADA	140,00		
23.6	IMPIANTO OSTEOINTEGRATO	300,00		
23.7.1	PILASTRO TRANSMUCOSO PREFABBRICATO	150,00		
24.71.3	STUDIO DEL CASO	100,00		
24.70.1	TERAPIA ORTODONTICA-ORTOGNATICA DELL'ETÀ' EVOLUTIVA – 1° ANNO	1.200,00		
24.70.6	TERAPIA ORTODONTICA-ORTOGNATICA DELL'ETÀ' EVOLUTIVA – 2° ANNO	800,00		
24.70.7	TERAPIA ORTODONTICA-ORTOGNATICA DELL'ETÀ' EVOLUTIVA – 3° ANNO	800,00		
24.70.9	CONTENZIONE E VALUTAZIONE POST-TERAPIA	400,00		
24.71.1	TERAPIA ORTODONTICA FINALIZZATA ALLA CHIRURGIA ORTOGNATICA - 1° ANNO	1.200,00		
24.71.2	TERAPIA ORTODONTICA FINALIZZATA ALLA CHIRURGIA ORTOGNATICA - 2° ANNO	800,00		
24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	70,00		

24.80.2	SOSTITUZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	30,00 + 150,00 max per costo apparecchio		
NOTE				
*	Descrizione della prestazione di cui al Nomenclatore delle prestazioni ex LP 22/2007			
**	Limite massimo di partecipazione a carico del Servizio sanitario provinciale a prescindere dalla tipologia di erogatore.			
***	Importo determinato direttamente dall'algoritmo, sulla base dell'indicatore ICEF. La quota a carico dell'utente segnalata nel prospetto corrisponde alla spesa dovuta nel caso di ricorso alle strutture pubbliche o private convenzionate con il Servizio sanitario provinciale (SSP). Nel caso di ricorso all'assistenza indiretta la predetta quota deve ritenersi solo indicativa poiché dipende dal livello delle tariffe applicato autonomamente (onorario) dai liberi professionisti.			
INFORMATIVA				
LE PRESTAZIONI DI CUI SOPRA SONO EROGATE AI SOGGETTI APPARTENENTI AL NUCLEO FAMILIARE SE ED IN QUANTO DOVUTE (IN BASE ALLE SINGOLE SITUAZIONI, ETA', PATOLOGIA, REDDITO) AI SENSI DELLA L.P. N. 22/2007.				
L'ELENCO DEGLI STUDI PRIVATI CONVENZIONATI CON IL SERVIZIO SANITARIO PROVINCIALE PER LE PRESTAZIONI SOPRA ESPOSTE E' DISPONIBILE PRESSO LA SEDE DI DISTRETTO SANITARIO				

ALLEGATO 7

ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – MODALITÀ DI ACCESSO, PRESA IN CARICO E CURA: ASSISTENZA DIRETTA E ASSISTENZA INDIRETTA

ASSISTENZA DIRETTA

Ogni distretto sanitario rende disponibile e consultabile l'elenco provinciale degli studi odontoiatrici convenzionati con il servizio sanitario provinciale per l'attuazione della legge provinciale n. 22/2007.

L'utente può scegliere, in maniera libera e trasparente, l'operatore sanitario cui rivolgersi, contattando direttamente lo studio odontoiatrico convenzionato e accordarsi per l'accesso alle cure.

Per la fruizione delle prestazioni assoggettate a compartecipazione alla spesa in funzione dell'indicatore ICEF, l'utente accede allo studio odontoiatrico munito di una apposita certificazione ICEF il cui schema costituisce l'Allegato n. 5 alle presenti direttive.

L'accesso del paziente – presa in carico – implica necessariamente la prima visita che è, pertanto, obbligatoria.

L'odontoiatra, in sede di prima visita, elabora il piano di cura e prenota i singoli accessi dell'utente – anche con riferimento ai tempi massimi stabiliti per la conclusione del piano di cura – oltre ad eseguire, se possibile, le prime prestazioni del predetto piano.

Ogni singolo accesso – nel quale possono essere erogate fino a 4 prestazioni – determina il pagamento della quota di compartecipazione alla spesa (se e in quanto dovuta) da parte dell'utente. Il pagamento è riscosso direttamente dallo studio.

ASSISTENZA INDIRETTA

L'articolo 5, comma 2, della legge n. 22/2007 prevede che le prestazioni d'assistenza odontoiatrica disciplinate dalla legge sono erogate, in via indiretta, a favore della popolazione residente e iscritta al servizio sanitario provinciale, presso ambulatori e studi odontoiatrici privati non convenzionati *“nel caso di superamento dei tempi di attesa massimi prestabiliti, nel rispetto delle linee guida e dei protocolli applicati dal servizio sanitario provinciale e secondo le modalità definite con i provvedimenti attuativi adottati ai sensi dell'articolo 6”*; i rimborsi sono eseguiti nel limite delle tariffe di cui al comma 1, lettera c) del predetto articolo 5.

In questo quadro è necessario individuare le direttive procedurali volte alla regolamentazione dell'accesso all'assistenza indiretta in caso di superamento dei tempi d'attesa massimi stabiliti, dando atto che il servizio sanitario provinciale assicura, in ogni caso, la priorità d'accesso alle prestazioni a carattere d'urgenza nella fattispecie garantite tramite le strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari a tutta la popolazione presente sul territorio provinciale (vedi Allegato – scheda urgenze odontoiatriche).

L'accesso all'assistenza indiretta, presso ambulatori e studi odontoiatrici privati non convenzionati, è ammesso – nel rispetto delle linee guida e dei protocolli applicati dal servizio sanitario provinciale e secondo le modalità definite nel presente paragrafo – solo in caso di superamento dei tempi d'attesa massimi prestabiliti per la presa in carico dei pazienti. A tal fine, il tempo d'attesa massimo per la presa in carico è fissato al 45° giorno decorrente dalla prenotazione della prestazione presso il centro unico di prenotazione (CUP) dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Per l'eventuale attività resa in regime d'assistenza indiretta, in favore dei pazienti del servizio sanitario provinciale aventi titolo, i predetti ambulatori e studi privati non convenzionati sono tenuti a comunicare alla CAO dell'Ordine dei medici, chirurghi e degli odontoiatri – ad inizio esercizio – la dichiarazione di adesione alle citate linee guida e protocolli operativi.

La Commissione albo odontoiatri assicura l'attività necessaria per rendere conoscibile, all'utenza e all'Azienda provinciale per i servizi sanitari, l'elenco degli ambulatori e studi privati non convenzionati che aderiscono all'erogazione delle cure odontoiatriche in regime di assistenza indiretta, ai fini dell'attuazione della legge provinciale n. 22/2007.

L'accesso del paziente implica necessariamente la prima visita che è, pertanto, obbligatoria.

L'odontoiatra, in sede di prima visita elabora il piano di cura e prenota i singoli accessi dell'utente – anche con riferimento ai tempi massimi stabiliti per la conclusione del piano di cura – oltre ad eseguire, se possibile, le prime prestazioni del predetto piano (presa in carico).

PROCEDURE APPLICATIVE E MODALITÀ PER IL RIMBORSO IN ASSISTENZA INDIRETTA

Beneficiari

Possono beneficiare dell'assistenza indiretta, di cui al comma 2 dell'art. 5 della legge provinciale n. 22/2007, i cittadini iscritti al servizio sanitario provinciale, con il requisito della residenza previsto al paragrafo 1 delle presenti direttive, che abbiano sostenuto direttamente gli oneri delle prestazioni di cui al successivo punto.

Prestazioni ammissibili all'assistenza indiretta

Costituiscono prestazioni ammissibili le prestazioni specialistiche di cui al Nomenclatore allegato alle presenti direttive.

Condizioni e criteri

Qualora, entro 45 giorni consecutivi dalla richiesta dell'assistito al Centro unico di prenotazione, non sia possibile eseguire la "presa in carico" presso le strutture del servizio sanitario provinciale attive nel distretto sanitario di residenza del paziente, questo può beneficiare dell'assistenza odontoiatrica in forma indiretta con le modalità di cui al punto successivo.

Per i sopraddetti fini, il CUP deve intendersi come sistema formalizzato ed unitario del servizio sanitario provinciale, in cui convergono tutte le prenotazioni effettuate attraverso il *call center* e gli sportelli aziendali di prenotazione.

Le prestazioni per le quali si chiede l'assistenza indiretta devono essere state erogate da strutture o soggetti privati che non intrattengono alcun rapporto negoziale con il servizio sanitario nazionale per l'assistenza diretta: la verifica di tale requisito è demandata, per il rispettivo ambito territoriale, a ciascun distretto sanitario dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari che deve provvedere ad individuare l'eventuale incompatibilità di singoli professionisti.

Adempimenti, spesa ammissibile e ammontare del rimborso

Il momento della richiesta al CUP da parte dell'assistito avente titolo all'assistenza indiretta dovrà risultare da apposite evidenze che costituiscono momento fondamentale per il riconoscimento del diritto. Pertanto, all'assistito che si rivolge al *call center* o agli sportelli aziendali e non ottiene dal servizio sanitario provinciale la prenotazione della prima visita – presa in carico – entro i termini di cui sopra (45 giorni) nell'ambito del distretto sanitario di residenza – fatta salva la possibilità per il medesimo di accettare l'erogazione della prestazione in altro distretto dell'APSS in ambulatorio pubblico/convenzionato – deve essere rilasciato, a cura dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, un apposito "nulla osta per l'accesso all'assistenza indiretta" di cui alle presenti direttive.

L'assistito avente titolo che si è rivolto preventivamente al *call center* del CUP deve essere successivamente indirizzato agli sportelli aziendali per ottenere il predetto nulla osta.

Per consentire la corretta gestione dell'indicatore ICEF e dei piani di cura nonché per la certezza degli impegni finanziari destinati ai rimborsi e per il rispetto dei tempi massimi stabiliti per la conclusione delle cure, il "nulla osta" per l'accesso all'assistenza indiretta rilasciato dal distretto ha una validità temporale limitata a 1 anno dal rilascio.

Il concorso massimo alla spesa, nei limiti di quella documentata ed ammessa, è determinato, per ciascuna prestazione avente titolo, dalla corrispondente tariffa del Nomenclatore.

Domanda di concorso alla spesa

La domanda deve essere presentata dal richiedente l'assistenza indiretta, a pena di decadenza, all'Azienda provinciale per i servizi sanitari, entro 1 mese dalla data di conclusione delle prestazioni, con allegati:

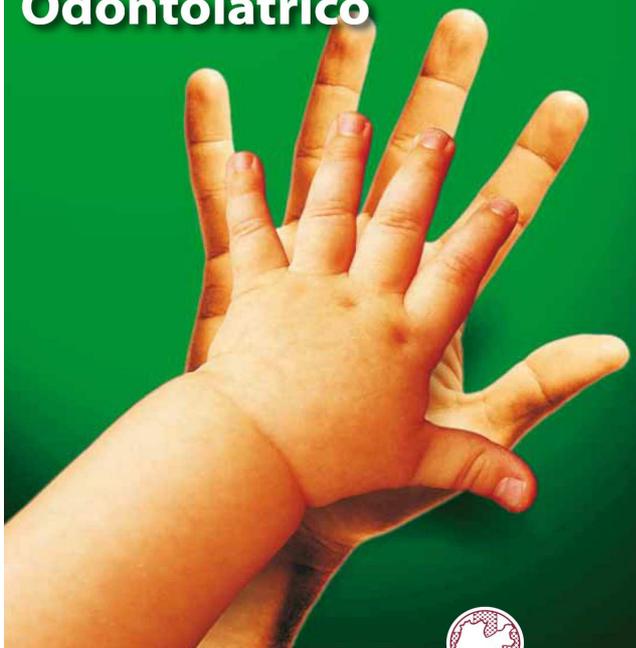
- a) il nulla osta rilasciato nelle modalità di cui sopra;
- b) la documentazione delle spese sostenute, tramite fattura quietanzata recante i codici prestazionali del nomenclatore approvato con il presente provvedimento, con indicazione dell'elemento dentario trattato.

Per l'assistenza ortodontica con piani di cura di durata pluriennale, la domanda di concorso alla spesa deve essere presentata per la liquidazione entro l'anno di riferimento.

ALLEGATO 8

ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP N. 22 DEL 2007 – SCHEMA LIBRETTO SANITARIO ODONTOIATRICO (LSO) PARTE INTEGRANTE DEL LIBRETTO SANITARIO PEDIATRICO IN DOTAZIONE ALL'AZIENDA SANITARIA

Libretto Sanitario Odontoiatrico



**Azienda Provinciale
per i Servizi Sanitari**
Provincia Autonoma di Trento

PRESENTAZIONE

Il Servizio sanitario nazionale ha tradizionalmente dedicato un impegno limitato alla salute del cavo orale e all'assistenza odontoiatrica, nonostante siano rilevanti le implicazioni sanitarie e sociali che caratterizzano quest'ambito di tutela, soprattutto in termini di qualità della vita e di sostenibilità economica degli interventi.

La Provincia autonoma di Trento, ritenendo strategico l'intervento pubblico nel settore dell'assistenza odontoiatrica, ha approvato la legge provinciale 22 del 12 dicembre 2007 "Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento" finalizzata alla tutela odontoiatrica - in particolare in età infantile ed evolutiva - attraverso specifiche attività di promozione dell'igiene orale, di formazione, di informazione, di prevenzione e di cura, assicurate a titolo gratuito.

La particolare attenzione riservata ai bambini ed alle famiglie - tramite il potenziamento dell'organizzazione sanitaria pubblica dedicata all'assistenza odontoiatrica e la sinergia con il settore privato - rappresenta un investimento della comunità provinciale in risposta ad un bisogno sanitario rilevante, sia sul piano individuale che collettivo.

Ugo Rossi
Assessore provinciale alla Salute
e alle politiche sociali

Numero Libretto
sanitario Pediatrico

codice sanitario

cognome

nome

nato/a a

data di nascita

indirizzo

telefono

variazioni di indirizzo

PREVENZIONE ODONTOIATRICA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (APSS) ha promosso, in applicazione della Legge Provinciale 12 dicembre 2007, n. 22 (Disciplina della Assistenza Odontoiatrica in Provincia di Trento), un progetto specifico a valenza provinciale di prevenzione primaria odontoiatrica dell'età pediatrica. Scopo della prevenzione primaria odontoiatrica è attuare interventi di natura sanitaria, sociale, economica e educativa che possono ridurre il rischio di insorgenza delle patologie odontoiatriche. Il progetto di "prevenzione primaria odontoiatrica dell'età evolutiva" rappresenta lo strumento più importante per favorire un miglioramento dello stato di salute orale durante l'età pediatrica.

PER I BAMBINI E I RAGAZZI

PREVENZIONE PRIMARIA. Nella prevenzione primaria rientrano la visita odontoiatrica, l'istruzione all'igiene orale, l'igiene orale professionale, la fluoroprofilassi. Possono usufruire gratuitamente delle prestazioni di prevenzione primaria erogate dalle strutture dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) tutti i minori di 18 anni residenti sul territorio provinciale da almeno 3 anni. Rientra nel progetto di prevenzione anche la sigillatura dei solchi e delle fosse.

CURE SECONDARIE. Le cure secondarie comprendono interventi odontoiatrici curativi, come per esempio otturazioni, estrazioni dentarie, cure canalari. Possono usufruire gratuitamente delle cure secondarie, se erogate presso le strutture dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari o presso gli studi privati convenzionati, tutti i minori di 18 anni residenti sul territorio provinciale da almeno 3 anni. Qualora l'APSS non sia in grado di farsi carico del paziente entro i tempi previsti dalla normativa, l'utente potrà rivolgersi al proprio dentista di fiducia, anche non convenzionato, previa richiesta di nulla osta del distretto sanitario di appartenenza. La differenza fra il tariffario stabilito dalla Provincia e l'onorario praticato dal dentista prescelto saranno a carico dell'utente.

CURE ORTODONTICHE. Per cure ortodontiche si intendono le prestazioni per la valutazione delle malocclusioni e l'applicazione di apparecchi dentari fissi e mobili. Possono usufruire delle cure ortodontiche tutti i minori di 18 anni residenti sul territorio provinciale da almeno 3 anni in possesso di indicatore ICEF uguale o inferiore a 0,20. Le prestazioni saranno in forma gratuita o con partecipazione alla spesa proporzionalmente al proprio indicatore ICEF, se erogate presso le strutture dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari o presso gli studi privati convenzionati. L'utente (comunque in possesso di indicatore ICEF uguale o inferiore a 0,20) può scegliere di rivolgersi al proprio dentista di fiducia anche non convenzionato, previa autorizzazione del Distretto, ma la differenza fra il tariffario stabilito dalla Provincia e l'onorario praticato dal dentista prescelto saranno a carico dell'utente.

Per informazioni rivolgersi al proprio Distretto.
Per prenotazioni telefonare al CUP (848 816 816).

IL LIBRETTO SANITARIO ODONTOIATRICO

Il "Libretto Sanitario Odontoiatrico" viene individuato quale nuovo strumento a supporto delle attività odontoiatriche (Direttive della Giunta Provinciale per l'attuazione della Legge Provinciale 12 Dicembre 2007, N. 22 - Anno 2009) e costituisce parte integrante del Libretto Sanitario Pediatrico.

Attraverso il Libretto Sanitario Odontoiatrico sono formulate indicazioni di carattere generale inerenti le problematiche odontoiatriche dell'età evolutiva e viene definito il piano individuale di prevenzione comprendente specifiche check-list di controllo a scadenze predefinite.

Le verifiche sul piano individuale di prevenzione - previste a cadenza annuale - sono effettuate presso le strutture pubbliche o presso strutture private (dentisti convenzionati o dentisti di fiducia).

Lo scopo di questo libretto è quello di fornire ai genitori informazioni utili a tenere sotto controllo la salute orale dei propri bambini, grazie ad un'attenta prevenzione domiciliare e ai controlli annuali dal dentista.

Il libretto individua un percorso diagnostico-terapeutico specifico per ciascun bambino attraverso la programmazione di visite a cadenza predefinita; la compilazione del libretto da parte del professionista di riferimento permette di avere una situazione sempre aggiornata e puntuale dello stato di salute orale del bambino.

In questo libretto la parte di colore verde dovrà essere compilata dai genitori e la parte di colore grigio è destinata alla compilazione da parte degli operatori sanitari (odontoiatra, ortodontista, igienista dentale).

La parte di colore azzurro si riferisce ad un programma specifico di "screening odontoiatrico provinciale".

La scheda informativa, redatta dallo specialista per il successivo invio alle strutture del distretto sanitario di riferimento, è inserita come foglio staccabile all'interno del libretto odontoiatrico. Il rimborso delle prestazioni erogate da dentisti privati e non convenzionati è subordinato all'invio della scheda compilata da parte dello specialista.

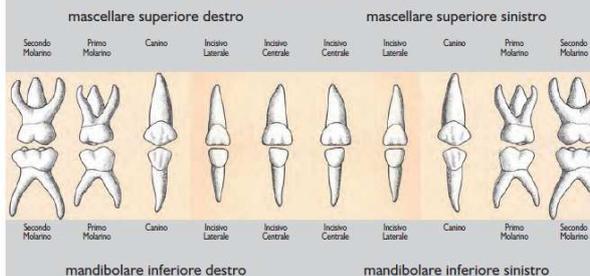
La prima pagina dovrà essere compilata con i dati anagrafici del bambino e con il numero del Libretto Sanitario Pediatrico.

La corretta compilazione del Libretto Sanitario Odontoiatrico e l'adesione alle indicazioni del «Piano di Prevenzione Individuale» potranno garantire il mantenimento nel tempo di una buona salute orale.

5

INDICAZIONI GENERALI SULLO SVILUPPO DELLA DENTIZIONE

DENTATURA DECIDUA



DENTATURA PERMANENTE



6

INDICAZIONI GENERALI SULLO SVILUPPO DELLA DENTIZIONE

All'età di sei mesi compaiono i primi denti: sono gli elementi della dentatura decidua, altrimenti detti "da latte", destinati ad essere sostituiti dalla dentatura permanente a partire dall'età di sei anni (l'epoca di comparsa è soggettiva e può variare notevolmente). Questo fenomeno viene definito permuta dentaria, durante il quale la dentatura è definita **dentatura mista**. La **dentatura decidua** è caratterizzata dalla presenza degli incisivi, centrali e laterali, dei canini e dei molarini da latte, per complessivi 20 denti, mentre quella **permanente** dalla presenza di incisivi, centrali e laterali, dei canini, dei premolari e dei molari, per complessivi 32 denti.

Attenzione: tutti i molari permanenti erompono dall'età di 5-6 anni senza essere preceduti dalla perdita di un corrispondente dente da latte. I molarini da latte saranno sostituiti nella dentizione permanente dai premolari.

Età indicative dell'eruzione della dentatura decidua

Incisivo centrale: 8-10 mesi

Incisivo laterale: 11-13 mesi

Canino: 19-20 mesi

Primo molare: 16-18 mesi

Secondo molare: 27-29 mesi

Età indicative dell'eruzione della dentatura permanente

Incisivo centrale: 6-7 anni

Incisivo laterale: 7-8 anni

Canino: 10-12 anni

Primo premolare: 10-11 anni

Secondo premolare: 11-12 anni

Primo molare: 5-6 anni

Secondo molare: 12-13 anni

Terzo molare: dopo i 18 anni

7

PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Le principali patologie dentarie dell'età pediatrica sono la **carie**, le **malposizioni dentarie**. Queste patologie compaiono sia in dentizione decidua che in dentizione permanente ed è necessario il loro trattamento per la salute orale.

CARIE

La carie è un processo distruttivo che colpisce i tessuti duri del dente, la sua formazione è dovuta all'azione degli acidi prodotti dalla placca batterica.

Per potersi sviluppare la carie necessita della presenza contemporanea di tre fattori: predisposizione del dente alla carie, dieta ricca di zuccheri e presenza di batteri.

Predisposizione del dente alla carie

Le caratteristiche strutturali dei denti incidono notevolmente sulla possibilità di formazione della carie, ad esempio se il dente presenta solchi molto accentuati si avrà un maggiore ristagno di residui alimentari e di batteri (placca batterica) che sono i fattori scatenanti di un processo carioso.

Un'altra condizione in cui si determina un accumulo di placca difficilmente rimovibile si ha in caso di affollamento dentario (denti che si sovrappongono), poichè si formano delle nicchie che difficilmente le setole dello spazzolino riescono a raggiungere.

Dieta ricca di zuccheri

Gli zuccheri sono un elemento fondamentale per la formazione della carie, essi sono trasformati in acidi da alcuni tipi di batteri normalmente presenti nel cavo orale.

Tali acidi provocano la demineralizzazione del dente, e quindi l'inizio del processo carioso. La frequenza con cui gli zuccheri vengono assunti, più che la dose complessivamente assunta, sembra essere l'elemento più importante nella formazione della carie.

Batteri

L'insieme dei residui alimentari e della proliferazione dei batteri del cavo orale costituiscono quella patina che aderisce ai denti chiamata placca batterica.

I batteri responsabili della lesione cariosa, normalmente presenti nel cavo orale, in presenza degli zuccheri di cui sono ricchi i dolci e le caramelle, ma anche il pane, la pasta e molti altri alimenti, producono un acido che attacca la superficie dura del dente e ne intacca l'integrità. Alla nascita il cavo orale del bambino è sterile. Successivamente, i batteri responsabili delle patologie orali vengono trasmessi attraverso la saliva delle persone che si prendono cura del bambino, con un contatto diretto come un bacio o indiretto come l'uso di posate comuni per l'assaggio della pappa o il contatto salivare con tettarelle e succhiotti.

È consigliabile quindi per la mamma e le persone a contatto con il bambino avere una bocca sana o risanata in modo da ridurre la quantità di batteri nella saliva che possono contaminare il cavo orale del bambino e condizionarne il rischio di carie futuro.

Per valutare il rischio soggettivo di carie il dentista e l'igienista dentale considerano la struttura e la condizione dei denti e del resto della bocca, le abitudini alimentari, la qualità dell'igiene orale, la storia personale di carie, i valori rilevati dalla misura del livello di batteri cariogeni nella bocca.

Il risultato di questa analisi consente di stabilire se il paziente ha un rischio di carie basso, moderato o alto. Il trattamento è in funzione del livello soggettivo di rischio.

Ha un basso rischio di carie chi ha un basso livello di batteri cariogeni orali, non mangia tanti dolci e merendine, non ha avuto carie nell'ultimo anno.

8

PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DELL'ETÀ EVOLUTIVA

MALPOSIZIONI DENTARIE E MALOCCLUSIONI

Per malocclusione dentale si intende una alterata chiusura dei denti delle due arcate. Può essere dovuta ad un insufficiente allineamento dei denti stessi nelle arcate dentali oppure ad una discrepanza in senso verticale, antero-posteriore e/o trasversale delle basi ossee che sostengono i denti. I fattori che causano le malocclusioni sono numerosi e possono essere associati. Essi possono essere ereditari e ambientali.

Fattori ereditari

Tra i fattori ereditari si considerano: l'affollamento dentario, i diastemi interdentali (spazi tra i denti), i denti soprannumerari, le agenesie (mancata formazione del dente), crescita alterata delle ossa mascellari.

Fattori ambientali

Tra i fattori ambientali si possono annoverare le abitudini viziate (tra cui l'uso del ciuccio, il succhiamento del dito o altro, la respirazione orale e la postura anomala della lingua), i traumi ai denti e al viso, la perdita prematura dei denti decidui o permanenti. Particolare importanza rivestono nello sviluppo delle malocclusioni le abitudini viziate, e in particolare:

- **deglutizione atipica:** la deglutizione avviene normalmente con le arcate dentarie in occlusione, labbra a contatto, muscolatura periorale a riposo e lingua appoggiata al palato. Nel neonato, la mancanza dei denti viene compensata dalla lingua che si interpone tra le gengive. Con il completamento della prima dentizione, questo tipo di deglutizione, chiamata infantile, si modifica. Se l'interposizione linguale perdura (deglutizione atipica), è frequente il riscontro di uno spazio anteriore tra le due arcate definito morso aperto.
- **respirazione orale:** la respirazione orale può essere dovuta ad un vizio orale, come conseguenza dell'interposizione della lingua, oppure al fatto che le prime vie aeree superiori sono ostruite per adenoidi ingrossate. Il bambino respiratore orale, per lo stato di tensione delle guance, va incontro ad un restringimento del palato; inoltre, la lingua, per consentire la respirazione, assume una posizione bassa sul pavimento orale, non svolgendo alcuna azione di modellamento sul mascellare superiore. Il sigillo orale anteriore (chiusura delle labbra) non viene mantenuto dalle labbra, il che consente lo sventagliamento degli incisivi superiori.

9

PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DELL'ETÀ EVOLUTIVA

PREVENZIONE DELLA CARIE

La prevenzione è l'insieme di accorgimenti necessari a prevenire l'insorgenza e la progressione di una patologia.

La carie può essere prevenuta:

- con una corretta igiene alimentare
- con una corretta igiene orale
- con la fluoroprofilassi
- con i controlli periodici dal dentista/igienista dentale che potrà consigliare l'eventuale sigillatura dei solchi e delle fossette dei denti a rischio carie

Corretta igiene alimentare

Gli zuccheri rivestono un ruolo fondamentale nella formazione della carie. Essi sono presenti non solo nei dolci e nelle caramelle, ma in molti altri alimenti quali il pane, la pasta, le patate. Essi non devono necessariamente essere eliminati dalla dieta; infatti, al fine di prevenire la carie, è sufficiente una corretta igiene orale dopo l'assunzione.

Molto importante è la consistenza degli zuccheri ingeriti. Risultano infatti maggiormente dannosi gli alimenti molto viscosi come marmellata, miele, caramelle o cioccolato, i quali aderiscono ai denti aumentando così la loro permanenza nel cavo orale.

Nel bambino piccolo la causa principale della carie è l'assunzione di bevande zuccherate o di latte specialmente nelle ore notturne, quando il flusso della saliva è fortemente ridotto; è consigliabile quindi non dare al bambino il biberon contenente bevande zuccherate e non intingere il succhiotto nello zucchero o nel miele. È possibile la somministrazione del biberon nelle ore notturne, se questo aiuta il sonno, con il solo contenuto di acqua.

È sconsigliata l'assunzione di bevande e cibi contenenti zuccheri fuori dai pasti.

Corretta igiene orale

Una corretta igiene orale è di fondamentale importanza per evitare la formazione della carie, il suo scopo è l'allontanamento dal cavo orale delle sostanze cariogene, rappresentate dai residui alimentari e dalla placca batterica. Per ottenere tale risultato i denti vanno lavati dopo ogni pasto e con particolare cura la sera, in quanto durante la notte eventuali residui alimentari sono facilmente trasformati in acido dai batteri presenti nella placca.

Il corretto spazzolamento dei denti, almeno due volte al giorno, previene carie e gengivite. L'igiene orale per i bambini da 0 a 3 anni deve essere effettuata dai genitori. Prima della crescita dei denti, dopo la poppata, si raccomanda la pulizia delle gengive con una garzina umida.

Dalla comparsa del primo dente da latte, i denti vanno accuratamente puliti con una garza o il dito di gomma. L'utilizzo dello spazzolino va iniziato il più presto possibile anche con il solo scopo di far prendere confidenza al bambino.

È importante che i genitori diano il buon esempio: il bambino che vede i genitori lavarsi i denti quotidianamente più volte al giorno è spontaneamente portato ad imitarli.

L'igiene orale dei bambini dai 4/5 anni deve essere fatta, sotto la supervisione dei genitori, con uno spazzolino morbido a testa piccola, utilizzando possibilmente una tecnica insegnata dal dentista o dall'igienista dentale.

L'uso del filo interdentale è sconsigliato prima dei 7 anni. Il suo utilizzo è indicato al termine del cambio dei denti da latte e sempre su consiglio del dentista o dell'igienista dentale.

10

PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DELL'ETÀ EVOLUTIVA

Fluoroprofilassi

Il fluoro si è rivelato un elemento particolarmente efficace nella protezione dei denti dalla carie.

L'assunzione quotidiana di compresse di fluoro durante il periodo di mineralizzazione dei denti determina la formazione di smalto maggiormente resistente agli acidi prodotti dai batteri.

L'uso topico del fluoro, attraverso l'utilizzo di dentifrici contenenti fluoro, risulta efficace a qualsiasi età. Il fluoro, infatti, se applicato direttamente sui denti, oltre a rendere lo smalto più resistente, è in grado di inibire la formazione di acido da parte dei batteri.

La fluoroprofilassi sistemica consiste nell'assunzione di fluoro per bocca (in gocce o in compresse) ed è raccomandata per tutti i bambini dai 6 mesi ai 3 anni. Il pediatra, l'odontoiatra e l'igienista dentale sapranno consigliare il dosaggio più adeguato.

La fluoroprofilassi può iniziare dal terzo mese di gravidanza con la somministrazione alla madre (su indicazione del ginecologo).

La somministrazione di fluoro per via topica, attraverso l'uso di dentifricio a basso contenuto di fluoro, è raccomandata dai 3 ai 6 anni, due volte al giorno.

La quantità di dentifricio raccomandata per i bambini sotto i 6 anni deve essere minima, pari alla grandezza di una lentichia. Perché il corretto dosaggio sia rispettato è indispensabile la supervisione di un adulto; in nessun caso il dentifricio dovrà essere lasciato all'uso autonomo del bambino.

Dopo i 6 anni, l'uso di un dentifricio contenente fluoro due volte al giorno è di fondamentale importanza nella prevenzione della carie e può costituire l'unica forma di fluoroprofilassi.

La fluoroprofilassi può essere effettuata anche attraverso l'applicazione topica professionale: il dentista e l'igienista dentale potranno consigliare la strategia preventiva più corretta per il singolo paziente.

Sigillature

Le sigillature consistono nell'applicazione da parte del dentista o dell'igienista dentale di una resina composita nei solchi profondi e nelle fossette presenti principalmente su molari e premolari e in alcuni casi sulla superficie interna degli incisivi superiori. Le sigillature hanno lo scopo di diminuire la profondità dei solchi presenti su tali superfici poiché è proprio da qui che frequentemente inizia il processo carioso.

La loro efficacia nel prevenire la carie è massima se vengono effettuate nei 2 anni successivi alla comparsa dei denti e la loro integrità va controllata ogni 6-12 mesi.

Controlli periodici dal dentista e dall'igienista dentale

Le visite di controllo effettuate ogni 6-12 mesi, rappresentano un criterio di prevenzione che, pur non impedendo la formazione della carie, consente una terapia precoce, evitando così lesioni dentarie di maggiore gravità.

Infine bisogna ricordare che è oggi possibile determinare il rischio di carie al quale si è esposti, mediante un'analisi dei batteri presenti nella saliva, e quindi di seguire un programma di prevenzione individuale, avendo così la sicurezza di mantenere il più possibile denti sani. Il dentista e l'igienista dentale sono i professionisti che possono individuare precocemente la carie e suggerire le modalità più corrette per la sua prevenzione.

11

PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE ODONTOIATRICHE DELL'ETÀ EVOLUTIVA

PREVENZIONE DELLE MALOCCLUSIONI

Le malposizioni dentarie devono essere individuate precocemente per prevenire possibili situazioni di aggravamento. Il corretto sviluppo dei denti da latte e della dentatura mista (da latte e permanente) è fondamentale per la salute orale, perché contribuisce ad una chiusura dentaria stabile, funzionale ed esteticamente armonica.

L'identificazione e la valutazione delle cause che determinano la malocclusione dovrebbero essere effettuate prima possibile.

Il professionista che si occupa della terapia delle malocclusioni è l'ortodontista.

I principali obiettivi del trattamento ortodontico sono:

- una funzione masticatoria efficiente
- un corretto allineamento dei denti
- una buona estetica del sorriso e del viso

Volendo schematizzare, basandosi sull'età del bambino, si possono distinguere 3 periodi evolutivi:

Dalla nascita a 3 anni – L'allattamento materno ha un'azione favorevole sullo sviluppo delle ossa del viso, svolta dalla muscolatura durante la suzione. Dopo lo svezzamento, durante l'eruzione dei denti decidui, il passaggio ad un'alimentazione solida facilita un armonico sviluppo delle arcate.

Da 4 anni a 6 anni – In questo periodo bisogna prestare la massima attenzione alla dentatura decidua e allo sviluppo dei mascellari, soprattutto per intervenire sulle abitudini viziate che causano malocclusioni se si prolungano oltre i 3 anni (succhiamento del dito, del succhiotto o altro, respirazione orale e postura anomala della lingua).

L'eliminazione precoce delle abitudini viziate può ripristinare le normali condizioni occlusali. Per togliere il vizio del succhiamento è preferibile non rimproverare il bambino mentre succhia ma lodarlo quando non lo fa. L'assistenza psicologica per i bambini ed i genitori e la terapia logopedica o con dispositivi ortodontici possono essere necessari per ripristinare corrette funzioni orali.

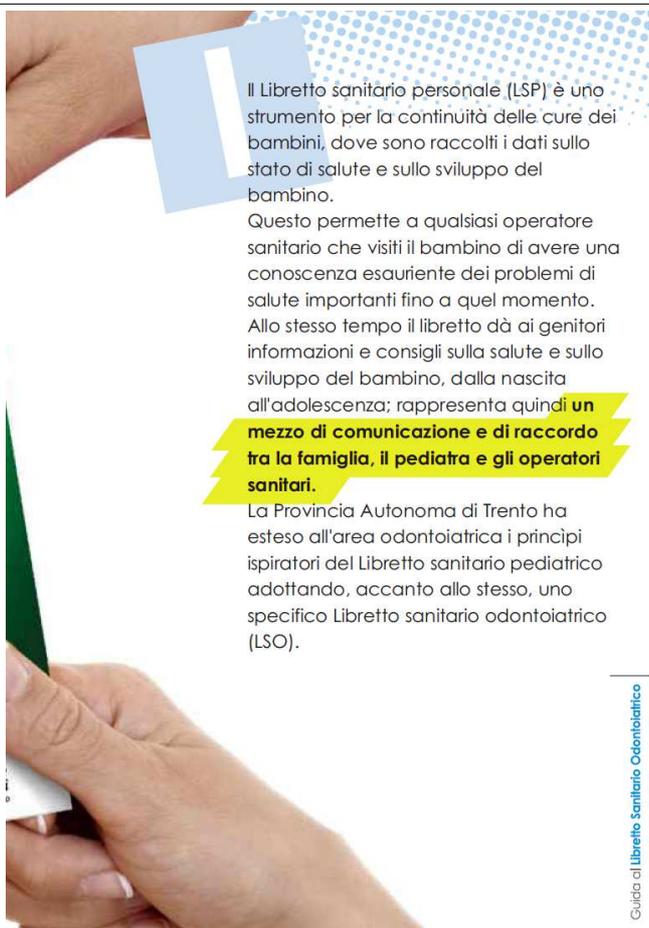
La terapia, iniziata precocemente, sarà volta a rieducare ad una funzione corretta e a recuperare ortodonticamente eventuali discrepanze già in atto.

Dopo i 6 anni – Il bambino presenta una dentizione mista (denti decidui e denti permanenti in arcata) che si protrarrà fino al completamento della dentatura permanente (12-13 anni). La crescita dei denti permanenti in sostituzione dei denti da latte va seguita con particolare attenzione. La presenza dei denti da latte deve essere tutelata il più possibile fino all'età fisiologica di permuta. È inoltre importante sottolineare che le carie possono essere responsabili della formazione di accessi in grado di influenzare la permuta e la formazione del corrispondente dente permanente.



Guida al Libretto Sanitario Odontoiatrico

Un importante punto d'incontro tra la **famiglia**, il **pediatra** e gli **operatori sanitari**



Il Libretto sanitario personale (LSP) è uno strumento per la continuità delle cure dei bambini, dove sono raccolti i dati sullo stato di salute e sullo sviluppo del bambino.

Questo permette a qualsiasi operatore sanitario che visiti il bambino di avere una conoscenza esauriente dei problemi di salute importanti fino a quel momento. Allo stesso tempo il libretto dà ai genitori informazioni e consigli sulla salute e sullo sviluppo del bambino, dalla nascita all'adolescenza; rappresenta quindi **un mezzo di comunicazione e di raccordo tra la famiglia, il pediatra e gli operatori sanitari**.

La Provincia Autonoma di Trento ha esteso all'area odontoiatrica i principi ispiratori del Libretto sanitario pediatrico adottando, accanto allo stesso, uno specifico Libretto sanitario odontoiatrico (LSO).



Analogamente a quanto previsto dal Libretto sanitario pediatrico, attraverso il Libretto sanitario odontoiatrico sono formulate indicazioni di carattere generale inerenti le problematiche odontoiatriche dell'età evolutiva e viene definito il **Piano individuale di prevenzione (PIP)** comprendente specifiche check list di controllo a scadenze predefinite.

DENTATURA PERMANENTE

PIANO INDIVIDUALE DI PREVENZIONE

6 ANNI

A cura dell'odontoiatra

Risorgibilità: assente tipica (dentifica di Bacci)

Abitudine a: protrusione linguo-alveolare protrusione labiale protrusione labiale protrusione labiale

Consiglio visita specialistica multidisciplinare: sì no

Parenti dentati: _____

A cura dell'igiene dentale

Rischio care per alimentazione: basso medio alto

Igiene orale: scarsa sufficiente buona ottima

Uso dello spazzolino con Fluo-Id e se gestore: no regolarmente occasionalmente più volte al giorno

Segnatura: _____

Note: _____



Gli interventi preventivi, affinché possano avere la massima efficacia, necessitano dell'interazione sinergica di tutte le professionalità deputate al mantenimento e al ripristino della salute orale.

In quest'ottica il Libretto sanitario odontoiatrico permette di fornire alle diverse professionalità sanitarie (ginecologi, neonatologi, pediatri, logopedisti, odontoiatri, igienisti ed igienisti dentali) coinvolte nella prevenzione e cura delle patologie del cavo orale in età evolutiva, indicazioni univoche e condivise.

Con lo stesso strumento, ai genitori sono fornite le informazioni necessarie per monitorare la salute orale dei propri bambini, grazie ad una attenta prevenzione domiciliare e ai controlli annuali dallo specialista.



L

La redazione del Libretto sanitario odontoiatrico è ad esclusiva cura dei genitori nei primi 3 anni di vita, intendendo

in questo modo individuare un diario odontoiatrico del bambino in una fascia di età in cui difficilmente egli possa giungere all'osservazione dello specialista, e a cura dei genitori e degli operatori sanitari nelle età successive.

L'aspetto innovativo del Libretto sanitario odontoiatrico è la possibilità da parte dei genitori del bambino di contribuire alla definizione del piano individuale di prevenzione attraverso la compilazione attenta e puntuale delle sezioni a essi dedicate.

Le verifiche sul Piano individuale di prevenzione - previste annualmente a partire dai 4 anni d'età - sono effettuate presso le strutture pubbliche o presso strutture private (strutture odontoiatriche convenzionate o odontoiatri privati in regime di assistenza indiretta) che s'impegnano alla redazione della scheda informativa contenuta nel libretto.

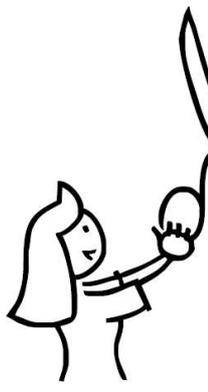


A

Ai 7 anni, per gli scolari della seconda classe della scuola primaria, è previsto un programma di screening odontoiatrico

provinciale effettuato da Igienisti dentali dell'APSS nelle scuole.

Ai fini epidemiologici è utile confrontare i dati dello screening con quelli contenuti nel Libretto odontoiatrico. Ecco perché ai sette anni il libretto contiene una scheda informativa staccabile per l'invio alle strutture del Distretto sanitario di riferimento.



7 ANNI

A cura dell'odontoiatra

Fluoroprofilassi assente topica (identificata al fluorio) topica professionale

Classe scheletrica CL1 CL2 CL3 CL4

Melioramento si no

Morso profondo si no

Morso aperto si no

Morso inverso anteriore si no

Morso crociato laterale si no

Perdita precoce degli elementi decidui si no

Altre lesioni visibili postura lingua e attacco della lingua respirazione orale surdamento

Consiglia visita specialistica otorinolaringoiatra si no

Trasferi dentali: si no

Consiglia visita specialistica ortodontica si no

Tempo ortodontica si no

A cura dell'igiениста dentale

Rischio carie per abitudini: basso medio alto

Igiene orale scarsa sufficiente buona ottima

Uso dello spazzolino con l'aiuto di un genitore mai occasionalmente quotidianamente più volte al giorno

Segnature si no

Fluoroprofilassi topica si no

Guida al Libretto Sanitario Odontoiatrico

L

Le verifiche sul Piano all'età di 6 e 13 anni sono affidate al pediatra di libera scelta nell'ambito dei bilanci di salute obbligatori. Il pediatra di libera scelta

viene individuato, per i frequenti contatti con il bambino, quale figura professionale strategica per la salvaguardia dello stato di salute anche in campo odontostomatologico, attraverso l'intercezione dei fattori di rischio e delle patologie orali ad alta priorità di trattamento e l'invio alle figure professionali di riferimento. Questa modalità di utilizzo del Libretto sanitario odontoiatrico consente di monitorare l'adesione al modello proposto, di effettuare valutazioni di tipo epidemiologico e di prevedere azioni di richiamo attraverso l'individuazione di un percorso preferenziale per l'inserimento in un programma di prevenzione secondaria strutturato.



N

Nel corso del 2010 sono state attivate iniziative (convegno e incontri con pediatri) finalizzate alla promozione dell'uso del Libretto sanitario odontoiatrico ed è obiettivo dell'anno 2010 individuare una corretta modalità di integrazione tra il Libretto sanitario pediatrico e il Libretto sanitario odontoiatrico

in modo tale da far confluire in uno strumento unico tutte le informazioni relative allo stato di salute orale del bambino. L'adozione del Libretto sanitario odontoiatrico orienta ad un'attività clinica più omogenea riducendo la variabilità dei comportamenti, consentendo di "modulare" la risposta assistenziale e orientando le attività secondo una politica attenta ai criteri di efficacia e qualità; inoltre costituisce valido strumento di supporto per monitorare e curare lo sviluppo e le condizioni di salute dei bambini e quindi per investire sulla salute dei futuri adulti.



Guida al Libretto Sanitario Odontoiatrico

ANGOLO RAGAZZI

PIÙ FORTI CON DENTISANI!

BASTANO POCHE GESTI QUOTIDIANI PER RENDERE IL TUO SORRISO FORTE, BELLO E SANO. SEGUI QUESTE PICCOLE REGOLE E ANCHE TU AVRAI UN SORRISO IMBATTIBILE. PAROLA DI **DENTMAN & DENTWOMAN!**

LAVATI I DENTI DOPO OGNI PASTO. SPAZZOLALI PER ALMENO DUE MINUTI.

PREFERISCI LA FRUTTA A DOLCI E MERENDINE.

SCEGLI L'ACQUA PIUTTOSTO CHE BIBITE ZUCCHERATE E SUCCHI DI FRUTTA.

NO!
NON FARE CONTINUI SPUNTINI DURANTE LA GIORNATA.

CAMBIA SPESSE SPAZZOLINO. USA DENTIFRICIO AL FLUORO.

VAI DAL DENTISTA DUE VOLTE ALL'ANNO.

RICORDATI: PIÙ SANI I TUOI DENTI, PIÙ FORTE IL TUO CORPO!

IL "CRUCI-DENT"

ADESSO, METTI ALLA PROVA LA TUA "SUPER VISTA" E TROVA LE SEGUENTI PAROLE NEL "CRUCI-DENT" SOTTO.

BUONA FORTUNA!

S	P	A	Z	Z	O	L	I	N	O	D
P	G	E	N	G	I	V	A	A	V	G
L	D	E	N	T	I	S	T	A	E	C
A	D	P	P	A	F	E	O	D	N	A
C	X	O	C	M	I	R	X	E	T	N
C	D	C	L	D	O	Y	U	N	I	I
A	O	H	I	C	I	L	F	T	E	N
B	K	C	A	R	I	E	A	E	T	O
S	P	A	Z	Z	O	L	A	R	E	A
I	N	C	I	S	I	V	O	S	E	P
D	E	N	T	I	F	R	I	C	I	O

SOLUZIONE NEL RETRO DI COPERTINA

© Copyright 2010 - diritti riservati
 Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
 Testi a cura del Dipartimento di Odontostomatologia
 Seconda Edizione

Coordinamento editoriale del Servizio relazioni interne ed esterne

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
 Via Degasperì, 79 - 38123 Trento
 www.apss.tn.it

Stampa: Litografica Editrice Saturnia - Trento

Finito di stampare nel mese di novembre 2011

ALLEGATO 9

ASSISTENZA ODONTOIATRICA EX LP n. 22 DEL 2007 – PROTOCOLLO DI INTESA TRA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO, AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI E ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO PER LA ATTIVAZIONE DI UNA COLLABORAZIONE SPERIMENTALE FINALIZZATA ALL'ATTUAZIONE DI INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA ODONTOIATRICA

PROTOCOLLO DI INTESA tra - PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO - ASSESSORATO ALLA SALUTE E POLITICHE SOCIALI (di seguito anche "Provincia"); - AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI (di seguito anche "APSS"); - ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO (di seguito anche "Ordine") – COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI (di seguito anche "CAO"), di seguito definite congiuntamente "le Parti".

PREMESSO CHE

1. Dalla definizione di salute data dall'Organizzazione mondiale della sanità, "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo assenza di malattia o infermità", deriva che con il termine "salute orale" non si vuole intendere solo assenza di malattia. Lo stato di salute orale rappresenta infatti una condizione che influenza fortemente anche lo stato di salute e di benessere generale della persona; esistono, ad esempio, correlazioni tra malocclusione dentale e alterazioni della postura corporea, tra parodontopatie e patologie dell'apparato cardiovascolare e diabete, tra infezione del cavo orale quali granulomi e ascessi ed effetti su altri organi vitali. Le malattie del cavo orale che colpiscono la maggior parte della popolazione italiana sono strettamente legate agli stili di vita (igienici e alimentari) e sono provocate in larga misura da batteri contenuti nella placca dentaria. La mancanza di adeguati interventi di prevenzione conduce frequentemente a elevati valori di presenza di carie e di parodontopatie che possono provocare la perdita precoce degli elementi dentari con conseguente edentulismo (parziale o totale) e i relativi disagi funzionali ed estetici. Le principali malattie dei denti e dei loro tessuti di sostegno sono determinate da condizioni ben individuate e controllabili. La carie dentaria e la malattia parodontale, tra le patologie più diffuse, vedono nella placca batterica il principale fattore responsabile; la malocclusione, invece, è frequentemente determinata, o comunque aggravata, dall'insorgere di abitudini viziate nel paziente in crescita, quali il succhiamento del dito o del ciuccio, o di disfunzioni che possono esserne collegate, quali la respirazione orale, allergie ecc.

La prevenzione delle malattie dei denti e delle gengive si fonda sull'adozione e la pratica quotidiana di precise norme di comportamento legate a pratiche di igiene orale e igiene alimentare. Inoltre, periodiche visite specialistiche permettono il precoce intercettamento di eventuali processi patologici. Il tutto deve essere affiancato da un'opera educativa diffusa. Cattiva alimentazione, fumo e abuso di alcool sono solo alcuni dei fattori di rischio che accomunano le malattie del cavo orale alle principali categorie di malattie croniche. Se a questo uniamo il dato dell'incidenza dell'assistenza odontoiatrica sulla spesa sanitaria pubblica, è evidente la necessità di alzare il livello di attenzione della popolazione sull'importanza e sul valore della prevenzione.

2. Le linee guida nazionali del Ministero della salute per la promozione della salute orale e la prevenzione delle patologie orali in età evolutiva evidenziano come la promozione della salute, ivi compresa quella orale, rappresenti un fattore di crescita socio-culturale che deve basarsi "su interventi multidisciplinari con il coinvolgimento dei diversi attori (pediatri, neonatologi, odontoiatri, ostetriche, igienisti dentali, insegnanti, genitori, caregiver). Corretti atteggiamenti e comportamenti adottati sin dall'età pediatrica permetteranno al bambino di maturare le decisioni più idonee per migliorare il proprio stile di vita, tutelando così la salute. La promozione dell'allattamento al seno, di stili di vita salutari, di una dieta appropriata, rappresentano tutti fattori importanti per favorire e mantenere una buona salute generale e orale. In considerazione del fatto che, tramite il pediatra di libera scelta, il SSN garantisce agli individui in età evolutiva l'assistenza sanitaria primaria, ciò consente di attivare in modo capillare, già dall'età pediatrica, strategie di prevenzione delle più importanti patologie sì da favorire un miglior livello di salute".

3. L'obiettivo della prevenzione è quello di controllare in modo accurato e continuativo le condizioni di salute del cavo orale e di sviluppo della dentizione e delle ossa di supporto nei bambini per individuare il più precocemente possibile alterazioni e patologie.

4. La Provincia riconosce importanza strategica alla promozione della salute del cavo orale e alla prevenzione e cura precoce delle malattie del cavo orale a favore di soggetti in età infantile ed evolutiva. In particolare, in base

alla legge provinciale 12 dicembre 2007, n. 22, recante "Disciplina dell'assistenza odontoiatrica in provincia di Trento", la Provincia assicura l'attività di prevenzione primaria avente a oggetto l'analisi epidemiologica, da svolgere tramite visite periodiche, anche annuali, su classi di età campione, la fluoroprofilassi nonché la formazione e l'informazione sull'igiene orale.

5. Il monitoraggio dello stato di salute orale in età evolutiva è in atto in APSS da circa 20 anni. Lo strumento di rilevamento è rappresentato dalla scheda OMS di base (opportunamente adattata per le necessità locali) per le indagini di popolazione che sono sempre state finalizzate alla stima degli indicatori epidemiologici di base che sono: per i 6 anni la proporzione di esenti carie ai denti decidui e ai 13 anni il DMFT sui denti permanenti. Il monitoraggio effettuato dal Servizio epidemiologia clinica e valutativa dell'APSS ha documentato un aumento nel tempo dei livelli di salute orale, sia per i 6 anni, sia per i 12-13 anni. I dati aggiornati al 2013/2014 indicano che a 6 anni la proporzione dei denti esenti carie è vicina allo standard indicato dall'OMS per il 2020 (=> 80%), che, peraltro, è stato raggiunto a 12-13 anni (DMFT inferiore a 1).

6. Le direttive emanate dalla Giunta provinciale ai sensi dell'art. 6 della citata legge prevedono l'attivazione da parte dell'APSS di un modello organizzativo odontoiatrico per l'età evolutiva con professionisti dedicati in via esclusiva o prevalente alla popolazione in età 0-18 anni per le attività di prevenzione primaria, cure e ortodontica.

7. Attualmente lo screening odontoiatrico condotto dall'APSS, coordinato dal Dipartimento di prevenzione con il supporto del coordinatore della rete odontoiatrica provinciale, è rivolto ai bambini di tutte le seconde classi della scuola primaria della provincia. In particolare, per il tramite degli istituti scolastici, i genitori dei bambini ricevono l'invito ad aderire allo screening prenotando tramite il CUP una visita odontoiatrica negli ambulatori pubblici aziendali. In esito alla visita odontoiatrica, i bambini accedono agli interventi di prevenzione (igiene orale, sigillature dei solchi, fluoro profilassi) e/o cure odontoiatriche delle patologie, qualora presenti.

CONSIDERATO CHE

un progetto di prevenzione efficace deve basarsi, come confermato anche dalle citate linee guida nazionali del Ministero della salute, su un approccio multidisciplinare prevedendo il coinvolgimento di tutti gli attori che dovranno operare attraverso azioni coordinate e continuative nel tempo si conviene quanto segue

Art. 1

1. È avviato un progetto sperimentale di prevenzione odontoiatrica che si propone l'obiettivo di migliorare la salute del cavo orale della popolazione trentina, attraverso l'azione congiunta di Provincia autonoma di Trento, Azienda provinciale per i servizi sanitari e Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Trento e che prevede il coinvolgimento dei soggetti chiamati a operare nel progetto stesso attraverso azioni coordinate e continuative nel tempo: cittadini, istituzioni, associazioni, odontoiatri, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, igienisti dentali, educatori, partner economici ecc.. Per gli aspetti di competenza, l'Ordine individua la Commissione albo odontoiatri quale organo preposto all'attuazione delle azioni e delle iniziative previste nel presente accordo indicando, in tale specifico ambito, il presidente di detta Commissione quale interlocutore istituzionale nei rapporti con la Provincia e con l'APSS.

2. Il progetto **si sviluppa** attraverso **tre azioni principali**:

A) campagna di informazione e di comunicazione alla popolazione mirata alla promozione di corretti stili di vita;

B) interventi di formazione rivolti a operatori sanitari (pediatri di libera scelta, medici di medicina generale, odontoiatri, igienisti dentali, ostetriche), insegnanti, educatori;

C) attività professionali di odontoiatri e igienisti dentali.

3. Il progetto ha natura sperimentale e avrà durata di tre anni con inizio delle attività dalla data di sottoscrizione del presente protocollo di intesa. **Entro il primo quadrimestre del 2017 saranno definite** dalle Parti, in base al presente protocollo di intesa, **la progettazione e la programmazione delle attività, delle azioni e degli interventi di cui al precedente punto 2.**

Allo scopo di dare conto dei risultati conseguiti e in un'ottica di miglioramento continuo dei livelli di assistenza erogati, **la progettazione dovrà prevedere obiettivi standard (quantitativi e qualitativi), azioni di monitoraggio, verifica e valutazione. Le attività inerenti alle azioni e agli interventi di cui al precedente punto 2 avranno inizio dal secondo quadrimestre del 2017.**

Art. 2

1. La comunicazione rappresenta un elemento strategico per diffondere a tutti i livelli della popolazione e in modo efficace la cultura e il valore della prevenzione. I contenuti della comunicazione sono definiti e condivisi dalle Parti. La campagna di comunicazione e di informazione è progettata, coordinata e realizzata congiuntamente dall'APSS e dalla CAO con il supporto dell'Ufficio stampa della Provincia.
2. La campagna informativa avrà la durata di tre anni, decorrenti dalla data di sottoscrizione del presente protocollo di intesa. I relativi costi, inizialmente stimati in euro 65.000,00 (di cui 35.000 euro per il primo anno ed euro 15.000,00 rispettivamente per i successivi due) sono sostenuti dall'APSS (€ 50.000) e dall'Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Trento (€ 15.000). Il predetto budget iniziale potrà essere incrementato in funzione delle esigenze di comunicazione che si manifestassero durante la campagna informativa.
3. La CAO si riserva di individuare e proporre, con l'accordo dell'APSS, eventuali partner economici disponibili ad aderire al Progetto anche attraverso l'erogazione di risorse economiche a copertura dei suddetti costi.

Art. 3

1. L'APSS e la CAO individuano e condividono i contenuti della formazione destinata a Pediatri di libera scelta (PLS), Medici di medicina generale (MMG), ostetriche, insegnanti ed educatori.
2. La formazione destinata a PLS e a MMG, previa condivisione con l'APSS delle relative modalità, è programmata, organizzata e realizzata dalla CAO attraverso proprie risorse. Essa si propone l'obiettivo di migliorare le competenze dei PLS e dei MMG nella promozione e nel monitoraggio della salute orale in età evolutiva anche attraverso l'identificazione dei relativi parametri.
3. La formazione destinata alle ostetriche, previa condivisione dei contenuti con la CAO, è programmata, organizzata e realizzata dall'APSS, attraverso proprie risorse, nell'ambito del "percorso nascita".
4. La formazione di insegnanti ed educatori, previa condivisione dei contenuti con la CAO, è programmata, organizzata e realizzata dall'APSS nell'ambito e secondo le modalità dell'educazione e promozione della salute.
5. Gli interventi formativi previsti dal presente articolo saranno programmati dal secondo trimestre del 2017. Le attività orientate alla formazione degli insegnanti e degli educatori saranno avviate con l'anno scolastico 2017-18.

Art. 4

1. Sulla base del bilancio di salute a 6 anni, il PLS, specificatamente formato in tema di corretta identificazione dei parametri della salute orale in età evolutiva, valuta se inviare il bambino a visita odontoiatrica che sarà effettuata gratuitamente e previa prenotazione tramite CUP. Le visite dei bambini verranno eseguite da parte di odontoiatri dell'APSS e/o da parte di odontoiatri iscritti all'albo odontoiatri della provincia di Trento che, su base volontaria e coordinati dalla CAO, si renderanno disponibili ad aderire al presente Progetto, a seguito dell'illustrazione e presentazione di tutti gli aspetti delineati dal presente accordo.
2. Le visite erogate su base volontaria dagli odontoiatri che aderiranno al Progetto, di cui al precedente comma 1, sono rese a titolo gratuito e conseguentemente l'APSS non corrisponderà ad essi alcun corrispettivo.
3. Le visite eseguite dagli odontoiatri iscritti all'albo odontoiatri che aderiranno al presente progetto saranno svolte, nel rispetto della normativa in materia di sicurezza sul lavoro e di trattamento dei dati personali, presso gli ambulatori pubblici distribuiti sul territorio provinciale messi gratuitamente a disposizione dall'APSS, in fasce orarie concordate con la stessa e con la CAO, utilizzando la dotazione strumentale aziendale. L'APSS metterà inoltre a disposizione degli stessi, senza oneri a loro carico, il personale sanitario aziendale di supporto eventualmente necessario.
4. **Fermi restando i livelli di assistenza garantiti in base alla legge provinciale n. 22 del 2007**, ai bambini di cui al presente articolo è garantito, in relazione all'esito della visita odontoiatrica, l'accesso tramite CUP alle prestazioni gratuite di igiene orale e sigillatura erogate dall'APSS, ovvero l'accesso tramite CUP alle cure gratuite presso gli ambulatori pubblici di APSS, presso ambulatori e studi odontoiatrici convenzionati, presso ambulatori e studi odontoiatrici non convenzionati, in, in regime di assistenza **indiretta, secondo le modalità previste dalle direttive provinciali per l'attuazione della citata legge.**