



INFORMATIVA TRATTAMENTO ORTODONTICO LP 22/2007 - ICEF

La PAT (Provincia Autonoma di Trento) con la Legge Provinciale 12 dicembre 2007 n. 22 ha disciplinato l'assistenza odontoiatrica nella nostra Provincia. Annualmente la PAT emana DIRETTIVE mediante Delibera di Giunta Provinciale (G.P.). Attualmente è in vigore la Delibera n. 682 del 9 maggio 2014, il cui testo è rinvenibile in internet sul sito della PAT www.provincia.tn.it ed anche sul sito della nostra Struttura (www.dentistimadonnabianca - LP22 - Direttive).

Tramite l'Azienda Sanitaria (APSS) è possibile fruire anche dei TRATTAMENTI ORTODONTICI (Apparecchi fissi e/o mobili) per curare la malocclusione (denti "storti").

Tali trattamenti in assistenza pubblica sono riservati però ai soli minori di 18 anni, residenti in Provincia da almeno tre anni, in possesso di idoneo valore ICEF e con un particolare INDICE di NECESSITA' di TRATTAMENTO ORTODONTICO (IOTN – Index Of Treatment Needed), raccomandato dalla British Orthodontic Society come strumento per individuare i casi da trattare a carico del Sistema Sanitario Pubblico Britannico (NHS) e adottato anche in provincia di Trento.

Ricapitolando sono necessari **6 requisiti** (tutti e 6!): 5 relativi al Paziente ed 1 relativo alla Struttura:

1. Età inferiore ai 18 anni
2. Residenza in provincia di Trento da almeno 3 anni
3. Grado di malocclusione IOTN 3-4-5
4. ICEF inferiore a 0,2000 (per l'ammissione alle cure in regime di assistenza agevolata APSS)
5. Adeguata motivazione alla cura e al mantenimento dell'igiene orale
6. Disponibilità di finanziamento (budget) assegnato dall'APSS

Sono quindi esclusi dal trattamento assistito i casi IOTN di grado 1 e grado 2, indipendentemente dal diritto ICEF.

Spetta all'Odontoiatra la diagnosi e l'individuazione del grado di necessità. Pertanto in questi casi (IOTN 1 e 2) i trattamenti ortodontici possono essere effettuati solo in regime LIBERO PROFESSIONALE (Tariffario specifico) senza nessun rimborso previsto da parte dell'APSS. In allegato nr. 02 pag. 42-43 alle Direttive 2014 (Delibera di GP n. 682/2014) è esplicitato tale disposto.

L'ICEF (Indicatore della Condizione Economica Familiare) è rilasciato gratuitamente da un CAF (Centro di Assistenza Fiscale) della Provincia di Trento. Gli indirizzi delle sedi CAF sono rinvenibili su internet: www.apss.tn.it in "assistenza Odontoiatrica" o in www.icef.provincia.tn.it nonché sul sito internet (www.dentistimadonnabianca – CAF/ICEF).

Si sottolinea che tale documento è specifico per l'assistenza odontoiatrica regolamentata dalla Legge Provinciale n. 22 del 2007. L'Utente deve presentare il documento ICEF in originale cartaceo, senza correzioni. L'ICEF ha validità annuale e scade il 30 giugno di ogni anno. L'Utente con ICEF idoneo (uguale o inferiore a 0,2000), ha diritto a fruire:

- del TARIFFARIO AGEVOLATO PAT

- di un eventuale compartecipazione alla spesa che viene liquidata direttamente dall'APSS alla Struttura Convenzionata. Tale quota può variare in base al valore ICEF sino anche ad azzerarsi. La compartecipazione, se dovuta, deve essere versata direttamente dall'Utente alla Struttura.

Si evidenziano alcune peculiarità gestionali attuali che richiedono all'utente un'attenta presa d'atto, una condivisione ed una fattiva compartecipazione al processo gestionale.

Si evidenziano **5 (cinque) variabili**:

1. Variazione ICEF in corso cure
2. Utilizzo dei finanziamenti APSS pro ortodonzia
3. Pagamento posticipato dell'APSS
4. Limitazione temporale trattamento: massimo tre anni più fase contenzone
5. Igiene Orale e Collaborazione Clinica

1. VARIAZIONI DELL'ICEF

La norma vigente prevede che l'AMMISSIONE IN CURA avvenga con il criterio ICEF, il cui valore dipende dalla certificazione presentata al MOMENTO DELLA 1° VISITA, che scade il successivo 30 di giugno.

Quindi ad ogni 1° di luglio, o comunque a ogni variazione documentata, l'Utente potrebbe trovarsi in una mutata situazione ICEF e quindi anche di compartecipazione diversa, sia in aumento che in diminuzione. Nel caso di superamento della soglia 0,2000 l'Utente ha diritto alla prosecuzione del trattamento a TARIFFARIO PAT (agevolato), ma con assunzione a carico dell'intera quota. In caso di variazione in ribasso il computo della quota a carico verrà calcolato in base al valore dell'ICEF effettivo in corso di validità. Si sottolinea che la contabilizzazione viene effettuata al termine del 1° anno di terapia effettivamente eseguita. Quindi, ad inizio cure, è assolutamente IMPREVEDIBILE o INGARANIBILE la definizione della QUOTA A CARICO. Al momento dell'erogazione, dopo un anno, per il computo dell'eventuale quota a carico, verrà utilizzato l'ultimo ICEF in corso di validità, rilasciato dal CAF dopo il 30 di giugno dell'anno successivo; si raccomanda pertanto di produrre tempestivamente il documento ICEF rinnovato, in quanto verrà utilizzato per la contabilità al termine di ogni anno di cura; se non prodotto la quota è ad intero carico del Paziente.

E' quindi necessario che vi sia l'idoneità ICEF al momento della presa in carico ortodontica e che questa venga mantenuta anche nel successivo anno di erogazione.



2. UTILIZZO DEL BUDGET PRO ORTODONZIA

L'APSS assegna il budget (bdg) in disponibilità a questa Struttura. Le norme contrattuali impongono una programmazione interna per differenziare e offrire all'Utenza una vasta gamma di prestazioni odontoiatriche oltre all'ortodonzia: cure conservative e protesiche. Pertanto viene attuata una programmazione interna (LISTA DI ATTESA) come già ampiamente in uso in sanità pubblica, non potendo disporre del bdg assegnato in modo squilibrato. Non sono quindi garantibili tempistiche certe non essendovi la certezza del numero di conclusioni ortodontiche che ne consento di nuove.

3. PAGAMENTO APSS

L'Azienda Sanitaria gestisce la convenzione diretta con questa Struttura erogatrice e provvede alla liquidazione dei compensi sulla scorta della rendicontazione periodica delle prestazioni.

Relativamente alle prestazioni di ortodonzia l'APSS ha stabilito la liquidazione al termine della prestazione che l'APSS considera annuale e così liquidando 12 mesi dopo l'avvio della terapia. Tale modalità implica che l'Utente avvia con un indice ICEF certo, ma poi al momento dell'erogazione della prestazione avrà un ICEF diverso con possibili variazioni di quota a carico rispetto al preventivo di inizio. Pertanto va ribadito che il PREVENTIVO è , come tale , un'indicazione non garantibile e che farà fede esclusivamente l'ICEF al momento dell'erogazione.

4. TEMPORALITA' DELLA CURA ORTODONTICA

Il Nomenclatore-Tariffario in Direttive (pag. Del. N. 682/2014) prevede un massimo di tre anni di cura. In caso di terapie che necessitano tempi maggiori, l'onere è a totale carico dell'Utente cui è garantito il tariffario calmierato PAT

5. PECULIARE MANTENIMENTO DELL'IGIENE ORALE e COLLABORAZIONE CLINICA

L'apparecchio ortodontico necessita di maggior scrupolo igienico. In mancanza del mantenimento di ottima igiene orale, secondo i protocolli validati dalla comunità scientifica, il terapeuta si riserva di sospendere il trattamento ortodontico per il bene del paziente stesso. Si richiede la massima diligenza e osservanza delle prescrizioni domiciliari, costante collaborazione e motivazione; in caso contrario il terapeuta dovrà sospendere la terapia, se del caso finanche ritirando/disinstallando l'apparecchio ortodontico.

Senza la perfetta comprensione e condivisione di queste 5 variabili (variazione ICEF, bdg in dotazione, pagamento APSS posticipato, assistenza APSS massimo triennale, mantenimento igienico), con apposizione di firma alla presente scrittura che assume impegno contrattuale, questa Struttura NON AVVIA LA TERAPIA ORTODONTICA.

Si ricorda inoltre che la legge provinciale consente a coloro che non sono presi in carico in regime diretto dalle strutture convenzionate, di ottenere un nulla osta che consentirà loro di ottenere un rimborso sulla scorta del tariffario di cui in Allegato 3 delle citate direttive pagg. 52-53.

L'elenco dei medici dentisti disponibili per queste prestazioni è disponibile sul sito APSS: www.apss.tn.it in "assistenza Odontoiatrica"

Il sottoscritto
nato/a il:/...../.....
residente a:
In qualità di [_] genitore [_] tutore di

dichiara

- di avere preso visione della Codesta Informativa e
- di acconsentirel'avvio del programma di cure.

Data

FIRMA