RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° X / 6006 Seduta del 19/12/2016

Presidente **ROBERTO MARONI**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
VALENTINA APREA
VIVIANA BECCALOSSI
SIMONA BORDONALI
FRANCESCA BRIANZA
CRISTINA CAPPELLINI
LUCA DEL GOBBO
GIOVANNI FAVA
GIULIO GALLERA
MASSIMO GARAVAGLIA
MAURO PAROLINI
ANTONIO ROSSI
ALESSANDRO SORTE
CLAUDIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

DISPOSIZIONI IN ORDINE ALL'APPROPRIATEZZA E MODALITA' DI EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE IN AMBITO AMBULATORIALE E DI RICOVERO

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Dirigente Nadia Da Re

Il Direttore Generale Giovanni Daverio

L'atto si compone di 83 pagine

di cui 77 pagine di allegati

parte integrante

RegioneLombardia
LA GIUNTA

VISTA la l.r. 23/15 "*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*";

VISTA la DGR n 5954 del 05.12.2016 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017*") in particolare l'allegato A al punto 5.4.1 "*Appropriatezza*" con la quale si individuano i contenuti del presente atto in ordine alla rendicontazione e all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie in ambito di ricovero e ambulatoriale;

VISTE le:

- DGR 3313 del 02.02.2001 "Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla l.r. 12.08.1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio e all'attività di prelievo";
- DGR 5640 del 20.7.2001 "*Integrazione alla DGR VII/3313 del 2.02.2001 "Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla l.r. 12.08.1999 n. 15, art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio e all'attività di prelievo""*;
- DGR 19688 del 3.12.2004 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2005*"; Allegato 11 "*Controlli e verifiche*";
- DGR n. 7612 del 11.7.2008 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2008 - 2° provvedimento*";
- DGR n. 1479 del 30.03.2011 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 – II provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario*", in particolare l'allegato 3 "*Macroattività ambulatoriali complesse e ad alta integrazione di risorse*";
- DGR n. 2057 del 28.07.2011 "*Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011 - III provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario*", in particolare l'allegato A "*Aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera SDO*";
- DGR n. 2946 del 25.01.2012 "*Precisazioni in ordine alla DGR n. IX/2633 del 06 dicembre 2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012""*, in particolare l'allegato 4 "*Tariffe pacchetti di Macroattività ambulatoriale complessa e ad alta integrazione di risorse (MAC)*";

- DGR 4716 del 23.01.2013 "*Ulteriori determinazioni in merito alla DGR IX/4605 del 28.12.2012 "Prima attuazione della legge 135/2012, "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" art. 15 comma 13 lettera C) ed ulteriori indicazioni per l'esercizio 2013 correlate all'elenco dei 108 DRG a rischio di inappropriatezza di cui al vigente patto per la salute*"" in particolare gli:
  - Allegato B "*Prestazioni di Genetica Medica*" e "*Prestazioni di Onco-ematologia e Oncologia molecolare*";
  - Allegato C "*Procedura richiesta ed accettazione prestazioni di genetica medica di cui all'allegato B*";
- DGR n 1185 del 20.12.2013 " *Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014* " in particolare l'allegato 3 ai:
  - Sub-allegato B "*Controlli*", punto 2 "*Prestazioni di specialistica ambulatoriale*", capoverso "*Medicina di Laboratorio*";
  - Sub allegato C "*Attività riabilitative*", punto 6 "*Riconoscimento dell'appropriatezza e della complessità delle attività di riabilitazione sulla base delle codifiche sulla SDO*";
- DGR n. 1520 del 20.03.2014 "*Determinazioni in ordine ai requisiti di accreditamento per le attività riabilitative*";
- DGR n. 2989 del 23.12.14 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2015*", in particolare l'allegato B: "*Regole di sistema 2015: ambito sanitario*";
- DGR n. 3393 del 4.08.2015 "*Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2015*", in particolare gli:
  - Allegato A, punto 4.3 "*Prelievi di materiali biologici a completamento di altre prestazioni sanitarie*";
  - Allegato A, punto 5.2 "*Appropriatezza prescrittiva dei marcatori cardiaci*";

VISTO il DDG 32856 del 19.12.2000 "*Linee guida su «Controllo di qualità interno nel servizio di medicina di laboratorio*";

CONSIDERATA la nota del Ministero della Salute n. 30216 del 19.10.2016, con particolare riferimento agli allegati "*Linee Guida codifica IMA*" e "*Linee Guida codifica TAVI e altre procedure TC*", per quanto riguarda le indicazioni di codifica, rispettivamente, delle prestazioni di ricovero per infarto miocardico acuto N-STEMI (cod. 410.) e dei ricoveri per impianto di valvola aortica trans-catetere (TAVI) e per altri interventi strutturali trans-catetere sulle valvole cardiache;

RICHIAMATE le:

- Circolare 30/SAN del 25.05.2001 Delibera di Giunta Regionale VII/3313 del 2.02.2001"*Approvazione delle direttive in ordine alle disposizioni di cui alla l.r. 12.08.1999 n.15, art 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio e all'attività di prelievo*";
- Nota della DG Salute n. 10644 del 02.03.2005 di definizione dei criteri clinici per la codifica dell'infarto miocardico acuto, come parzialmente aggiornati dalla DGR n. X/3993/2015, nel merito dell'appropriatezza prescrittiva dei marcatori cardiaci;
- Circolare 13/SAN del 28.05.2013 "*Indicazioni sulle procedure per l'esecuzione delle Analisi di medicina di laboratorio di genetica medica di cui alla DGR n.IX/74716/2013*";

ATTESA la contiguità della presente disciplina con l'attività di vigilanza e controllo il cui coordinamento è affidato dalla l.r. 23/15, ad apposita Agenzia di Controllo del Sistema Sociosanitario Lombardo, si invita la stessa a considerarne i contenuti nell'ambito e ai fini della predisposizione del Piano annuale dei controlli e relativi protocolli che sarà proposta alla Giunta Regionale entro il mese di dicembre per l'approvazione, previo parere della competente commissione consiliare;

PRESO ATTO di quanto raccomandato dall'Expert Consensus Document ("Terza definizione universale dell'infarto miocardico") elaborato dalla European Society of Cardiology nel 2012;

CONSIDERATO di dare attuazione a quanto disposto dalla DGR n 5954 del 05.12.2016 in ambito di appropriatezza erogativa in diversi campi sanitari secondo quanto delineato negli allegati e sub allegati sotto riportati:

- Allegato 1: "Appropriatezza delle prestazioni di odontoiatria":
  - ➢ Sub allegato 1a: "Prestazioni odontoiatriche";

- Allegato 2: "Codifica riabilitazione di alta complessità ed intensiva";
- Allegato 3: "Codifica infarto miocardico acuto N-STEMI";
- Allegato 4: "Appropriatezza generica dei ricoveri in regime di day hospital per chemioterapia";
- Allegato 5: "Codifica impianto di valvola aortica trans-catetere (TAVI) e di altri interventi strutturali trans-catetere sulle valvole cardiache";
- Allegato 6: "Indicazioni in ambito di appropriatezza erogativa dei servizi di medicina di laboratorio";

RITENUTO, pertanto, di approvare gli Allegati 1, 2, 3, 4, 5, 6 di cui sopra ed i relativi sub allegati, parti integranti del presente provvedimento;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it;

All'unanimità dei voti espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate:

1. di approvare i seguenti allegati parte integrante del provvedimento:
    - Allegato 1: "Appropriatezza delle prestazioni di odontoiatria":
        - ➢ Sub allegato 1a: "Prestazioni odontoiatriche";
    - Allegato 2: "Codifica riabilitazione di alta complessità ed intensiva";
    - Allegato 3: "Codifica infarto miocardico acuto N-STEMI";
    - Allegato 4: "Appropriatezza generica dei ricoveri in regime di day hospital per chemioterapia";
    - Allegato 5: "Codifica impianto di valvola aortica trans-catetere (TAVI) e di altri interventi strutturali trans-catetere sulle valvole cardiache";
    - Allegato 6: "Indicazioni in ambito di appropriatezza erogativa dei servizi di medicina di laboratorio";

2. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Regione Lombardia www.regione.lombardia.it.

IL SEGRETARIO
FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

ALLEGATO 1

APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI DI ODONTOIATRIA

Nel merito della materia attualmente oggetto di indagine penale in riferimento ad alcuni servizi odontoiatrici lombardi, nonché a seguito delle risultanze delle attività svolte dalla Commissione d'inchiesta regionale istituita con Decreto del Segretario Generale n. 984 del 16.02.2016, si condivide un documento di approfondimento tecnico, come riportato nel sub-allegato 1.a "Prestazioni odontoiatriche", parte integrante del presente atto.
Il suddetto documento tecnico è stato redatto dal Gruppo di Lavoro coordinato della Direzione Generale Welfare, su mandato della citata Commissione d'inchiesta, con il coinvolgimento di specialisti del settore e referenti dell'Agenzia di Controllo (ACSS).
Lo scopo del documento in questione è di fornire al territorio, tramite una lettura ragionata delle disposizioni vigenti, un supporto tecnico-scientifico che, muovendo dai dettami del nomenclatore tariffario e dall'impianto normativo attuale, favorisca le verifiche di competenza sul fronte del controllo delle prestazioni sanitarie da parte degli operatori dei nuclei di controllo delle ATS e trovi applicazione anche nell'ambito delle verifiche per la predisposizione ed il mantenimento dei contratti dei "service" odontoiatrici.

Di seguito, gli ambiti di approfondimento trattati:
- Sintesi della relazione tecnica della Commissione di inchiesta regionale (Decreto del Segretario Generale n. 984 del 16.02.2016);
- Indicazioni per l'utilizzo del nomenclatore tariffario;
- Nomenclatura denti e settori orali;
- Indicazioni sulle branche odontoiatriche;
- Documentazione clinica e radiografica minima per ogni paziente;
- Atrofie ossee mascellari;
- Nomenclatore Tariffario Regionale (NTR) delle prestazioni odontostomatologiche e maxillo-facciali.

SUB-ALLEGATO 1.a

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

SINTESI DELLA RELAZIONE TECNICA DELLA COMMISSIONE DI INCHIESTA REGIONALE (DECRETO DEL SEGRETARIO GENERALE N. 984 DEL 16.02.2016)

Si condividono alcuni elementi emersi in seno alle attività della Commissione d'inchiesta regionale istituita con Decreto del Segretario Generale n. 984 del 16.02.2016, sulla materia attualmente oggetto di indagine penale in riferimento ad alcuni servizi odontoiatrici lombardi. In particolare si ritiene utile riportare una sintesi delle analisi sui flussi di rendicontazione delle prestazioni odontoiatriche poste a carico del SSR nell'arco di un anno di attività (luglio 2013 - giugno 2014).

Il quadro regionale complessivo SSR

Preliminarmente all'esame dei dati forniti dalle strutture sanitarie esaminate, si è proceduto a valutare i dati complessivi di produzione ambulatoriale odontoiatrica a carico del SSR, presenti nell'archivio dati della Direzione Generale (DG) Welfare, consolidato con la rendicontazione di attività di tutti gli erogatori accreditati e a contratto con il SSR. Ciò al fine di disporre di parametri di riferimento sui volumi e sulle caratteristiche della produzione da esaminare, utili ad evidenziare eventuali scostamenti significativi.

La produzione complessivamente a carico del sistema sanitario lombardo nel periodo luglio 2013 - giugno 2014, selezionata tramite il codice disciplina 35 (Odontostomatologia), consta di 1.446.003 prestazioni per un valore lordo di 34.286.902 €.

Nel periodo considerato, il totale della produzione ambulatoriale SSR ammontava a 149.307.857 prestazioni per un valore complessivo di 2.641.503.635 €, rappresentando quindi l'odontostomatologia lo 0,9% di detta produzione ed il 2,6% del suo valore economico complessivo.

Case-mix SSR

Le Aziende esaminate rappresentano da sole più di un terzo dell'intera produzione regionale del periodo considerato, sia in termini di volumi che di valore economico, con il maggior contributo di 2 Aziende, con, rispettivamente, 13 e 26 punti di erogazione ambulatoriale in un contesto regionale complessivo di 264 strutture ambulatoriali eroganti prestazioni odontoiatriche per il SSR.

L'esame dei data base regionali nel periodo considerato è proseguito con la valutazione del case-mix delle strutture sanitarie analizzate, posto a confronto con il resto della produzione odontoiatrica ambulatoriale lombarda: è emersa una peculiarità nella distribuzione della citata produzione a carico di 3 delle strutture sanitarie esaminate, che fa sì che le stesse si differenzino dal panorama regionale per volumi e tipologie di prestazioni maggiormente rendicontate. In particolare, ci si riferisce alla presenza, come prima prestazione effettuata, della "levigatura di radici" (cod. 24.39.1): per le strutture in questione si registrano quote di produzione intorno al 13-15% della totalità della propria attività (e con numeri assoluti importanti), a differenza di quanto si rileva a carico delle restanti strutture sanitarie, per le quali risultano maggiormente rappresentate prestazioni che possiamo definire "di accesso", ovvero le visite di inquadramento e la diagnostica radiologica.

La numerosità delle citate levigature di radici, in controtendenza con quanto registrato sul resto del territorio nonché, per le stesse strutture sanitarie, con quanto effettuato in regime di solvenza, imporrebbe una verifica sulla reale effettuazione di queste prestazioni, la quale potrebbe essere potenzialmente desumibile (anche se non direttamente verificabile) dal riferimento nella documentazione clinica all'utilizzo dell'anestesia locale (per distinguere la levigatura radicolare da una semplice ablazione del tartaro) e dalla presenza di rilievi radiografici oggettivanti una patologia parodontale che possa beneficiare del descritto trattamento radicolare.

Altre prestazioni ampiamente rappresentate solo per queste strutture, seppure in una quota di casi inferiore al 10% del totale dei rispettivi volumi complessivi, sono, ad esempio, "altra irrigazione di ferita" (cod. 96.59) e "rimozione punti di sutura" (cod. 97.89), ovvero prestazioni "accessorie" difficilmente verificabili a posteriori e che andrebbero rapportate, nel corso di un'eventuale verifica di approfondimento, all'effettuazione di altrettante procedure principali, es. estrazioni (cfr. indicazioni riportate di seguito al paragrafo "*Indicazioni per l'utilizzo del Nomenclatore Tariffario - Prestazioni ambulatoriali di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale*" del presente documento tecnico).

Percorsi pazienti SSR

In relazione a quanto detto sinora circa la presenza di numerose prestazioni "accessorie" di cui si renderebbe necessario un inquadramento nel complesso dei trattamenti terapeutici prestati, si è valutato di condurre, a scopo esplorativo, una prima verifica sui percorsi assistenziali dei pazienti di una delle strutture esaminate.

Si riporta di seguito qualche considerazione su alcuni dei percorsi osservati (indicati convenzionalmente con una numerazione progressiva), citati a titolo di esempio del tipo di approfondimenti che si renderebbero necessari nel corso di un'eventuale ispezione tesa a verificare l'effettiva sussistenza di tutte le prestazioni rendicontate:

- paziente 8: la gengivo-plastica potrebbe essere già "ricompresa" all'interno della procedura di inserimento dell'impianto; l'inserimento di un impianto solitamente richiede già un lembo chirurgico e quindi, dopo l'inserimento del medesimo, una modellazione della gengiva prima dei punti di sutura; l'effettuazione della gengivo-plastica non è oggettivabile a posteriori e fa parte generalmente della medesima prestazione globale dell'inserimento dell'impianto (escludendo i casi di inserimenti multipli o di particolari situazioni anatomiche);
- paziente 22: la levigatura radicolare è già parte della cura della stomatite e della gengivite che si avvale, nella sua completezza, di sondaggio, radiografie, collutori, eventuali antibiotici, rimozione tartaro superficiale e levigatura, cioè rimozione del tartaro sottogengivale; l'irrigazione di ferita chirurgica, inoltre, appare poco comprensibile in assenza di estrazioni o di effettuazione di lembi chirurgici; peraltro si tratta di una prestazione complementare a qualsiasi ferita chirurgica;
- paziente 24: lembo chirurgico gengivale e intervento chirurgico pre-protesico; il primo è necessario e propedeutico all'intervento chirurgico pre-protesico, che pertanto lo ricomprende;
- paziente 58: altra irrigazione di ferita, in assenza di estrazioni (vedi sopra, paziente 22);
- paziente 66: inserzione ponte fisso, con indicazione di una sola corona protesica; un "ponte" richiede almeno 3 corone protesiche, quindi non può essere usato per una sola corona;
- paziente 77: gengivo-plastica associata all'estrazione dentaria; situazione assimilabile a quanto già descritto sopra per il paziente 8;
- paziente 141: rimozione corona protesica di un dente che deve essere estratto; è prestazione che ha dignità di essere rendicontata a sé, solo se il dente-pilastro sottostante alla corona protesica viene mantenuto;
- paziente 154: applicazione di protesi totale ("dentiera") con lavorazione su articolatore semi-individuale (prestazione non oggettivabile a posteriori impiegata raramente); di solito i modelli in gesso sono montati su semplici occlusori;
- paziente 478: posizionamento diga in solvenza e otturazione dente in regime SSN;
- paziente 519: intervento di rialzo del seno mascellare non associato a impianto (l'intervento è necessariamente correlato all'implantologia, o contestualmente o dopo 9 mesi), ma solo a visita, 1 otturazione, 2 ablazioni del tartaro, 1 curettage e 1 "splintaggio";

- ecc.

Il descritto esame del percorso dei pazienti di una delle strutture sanitarie esaminate nei 12 mesi considerati ha evidenziato anche un utilizzo delle impegnative che andrebbe approfondito, rilevandosi in parecchi casi la presenza di più prescrizioni per paziente in riferimento a date di contatto ravvicinate di alcuni mesi. Ciò richiederebbe quindi la ricostruzione della storia clinica dei pazienti in questione per valutare la congruenza della modalità di impiego delle suddette impegnative.

Conclusioni

Le caratteristiche della produzione osservata, sia a carico del SSR che in regime di solvenza, suggeriscono l'opportunità di condurre un approfondimento di verifica sui fronti di seguito indicati:

- rispetto dei requisiti LEA di accesso alle prestazioni odontoiatriche ai sensi della DGR n. VIII/3111/2006 e succ. (criteri di patologia e socio-economici), verificabili tramite ricerca di specifici codici di esenzioni o di altra documentazione comprovante gli stati di patologia cronica e/o di urgenza previsti dalla suddetta normativa;
- corretto impiego della prescrizione medica in relazione ai piani di trattamento impostati, con particolare riferimento alle quantità di prestazioni previste ed indicate sulle relative impegnative;
- congruenza dei codici di prestazione rendicontati in relazione a prestazioni "accessorie" potenzialmente ricomprese nelle prestazioni principali effettuate (es. gengivoplastica);
- reale effettuazione delle prestazioni non oggettivabili a posteriori e presenti in un numero rilevante di casi (es. levigatura radicolare, ablazione del tartaro, irrigazione di ferita, rimozione di punti di sutura ecc.), indagabili in maniera indiretta tramite l'acquisizione di informazioni circa:
    - la dotazione professionale in relazione al numero di ore lavorate (es. igienisti per ablazione del tartaro),
    - le quantità di presidi acquistati (es. punti di sutura),
    - la presenza di referti radiologici sintomatici per patologia parodontale (es. levigatura di radici),
    - l'effettuazione contestuale di procedure principali potenzialmente responsabili di talune condizioni accessorie rendicontate, seppur ricomprese nelle stesse (es. estrazioni con irrigazione di ferita).

Il presente allegato tecnico è stato redatto dal Gruppo di Lavoro coordinato della Direzione Generale Welfare, su mandato della citata Commissione d'inchiesta, con il coinvolgimento di specialisti del settore e referenti dell'Agenzia di Controllo (ACSS).
Lo scopo del documento in questione è di fornire al territorio, tramite una lettura ragionata delle disposizioni vigenti, un supporto tecnico-scientifico che, muovendo dai dettami del nomenclatore tariffario e dall'impianto normativo attuale, favorisca le verifiche di competenza sul fronte del controllo delle prestazioni sanitarie da parte degli operatori dei nuclei di controllo delle ATS e trovi applicazione anche nell'ambito delle verifiche per la predisposizione ed il mantenimento dei contratti dei "service" odontoiatrici.

INDICAZIONI PER L'UTILIZZO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO PRESTAZIONI AMBULATORIALI DI ODONTOSTOMATOLOGIA E CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

In Regione Lombardia, partendo dalle premesse contenute nel DPCM del 29 novembre 2001, con la DGR n. VIII/3111 del 1° agosto 2006, sono stati individuati come aventi diritto ai Livelli Essenziali di Assistenza in campo odontoiatrico, in regime ambulatoriale, alcuni gruppi di popolazione, come di seguito indicati:

1. soggetti appartenenti alla fascia d'età dai 0 ai 14 anni (fascia estesa a 16 anni dal 2010, con la DGR n. VIII/10946/2009);
2. donne gravide (controllo delle patologie dento-parodontali);
3. soggetti con labio-palato-schisi o affetti da malformazioni cranio-facciali congenite (cure odontoiatriche complete);
4. soggetti nati con condizioni di gravi deficit fisici, sensoriali e neuropsichici;
5. soggetti affetti da patologie o trattamenti sistemici (come da relativi elenchi di riferimento) che aggravano le patologie oro-dentali o che rendono le cure odontoiatriche a rischio o di particolare complessità;
6. soggetti portatori di malattie rare, di cui al DPR n. 279/2001;
7. soggetti che non possano usufruire di cure convenzionali (ndr. trattamenti conservativi), quali gli edentuli affetti da gravi atrofie dei mascellari ed i portatori di deficit anatomici conseguenti a perdita di tessuti molli e/o duri per neoplasie o traumi;
8. cittadini afferenti a categorie disagiate dal punto di vista socio economico (come da relativi elenchi di riferimento).

La suddetta DGR n. 3111/2006 prevede che le strutture accreditate e a contratto con il Sistema Sanitario Regionale (SSR) debbano assicurare il trattamento delle emergenze algiche e di quelle legate a processi infiammatori acuti e a traumi dentali, garantendo al contempo l'assistenza odontoiatrica (valutazione iniziale e relativo follow-up) a tutti i soggetti affetti da patologie delle mucose orali che non guariscono spontaneamente entro 14 giorni dalla comparsa dei primi segni e sintomi: ciò al fine di attuare la prevenzione del carcinoma intra-orale e di altre gravi patologie, come da raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

È opportuno inoltre ricordare in questa sede, con particolare riferimento al punto 7 del precedente elenco, che la normativa vigente garantisce (esclusivamente ai cittadini lombardi, in possesso delle caratteristiche sin qui definite) un livello di assistenza odontoiatrica e protesica conservativo, non esteso quindi a tutte le tipologie di trattamenti ricostruttivi; nello specifico la chirurgia pre-protesica (chirurgia ricostruttiva ossea da osso autologo o sintetico) e implantologica sono riservate unicamente alle gravi atrofie dei mascellari, non risolvibili con le tradizionali tecniche di protesi

mobile, e alle mancanze di struttura ossea in pazienti post-traumatici o sottoposti a demolizioni oncologiche. In tutti i suddetti casi, i costi relativi ai dispositivi implantari e protesici risultano comunque a carico del paziente.
Per quanto riguarda la corretta individuazione delle gravi atrofie del mascellare si rimanda alla scheda "Atrofie ossee mascellari" del presente documento tecnico: l'individuazione della classe di atrofia registrata, la sua oggettivazione per imaging nonché la relazione con l'impossibilità di procedere con trattamenti protesici conservativi, devono esplicitamente essere riportati nella documentazione sanitaria.

Come già esplicitato nel Decreto della DG Sanità n. 32731/2000 ("*Linee guida per la corretta applicazione del nomenclatore tariffario*"), si ribadisce altresì che per le prestazioni contraddistinte dai codici compresi tra 23.41 e 23.43.3, tra 24.70.1 e 24.80.1 e dai codici 23.6 e 99.97.2, le tariffe si riferiscono al solo trattamento.
Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche, anche laddove non espressamente indicato nella relativa descrizione, includono il costo dell'anestesia eventualmente praticata. Lo stesso dicasi per tutti gli atti procedurali costitutivi della prestazione stessa e quindi in essa necessariamente ricompresi, intendendosi che la tariffa è riconosciuta per l'effettuazione completa della prestazione di cui alla relativa denominazione.
Le tariffe escludono sempre il costo delle protesi, che rimane a carico dell'assistito, con le modalità indicate nella DGR n. VI/39897/1998 "*Indirizzi funzionali e organizzativi in Odontostomatologia*".

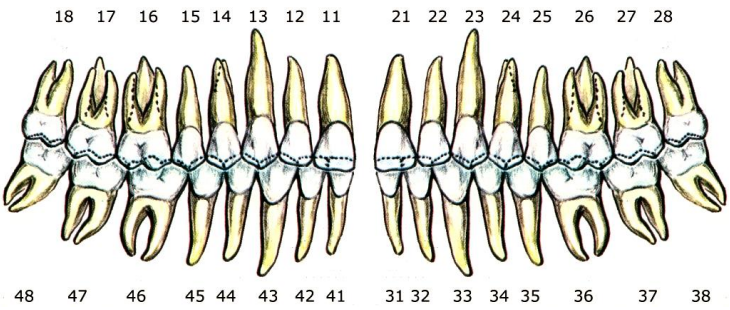
Nel merito delle prestazioni di irrigazione di ferita e di rimozione di punti di sutura (cod. 96.59 e cod. 97.89, branca "altre prestazioni"), citate precedentemente al paragrafo "*Sintesi della relazione tecnica della Commissione di inchiesta regionale (Decreto del Segretario Generale n. 984 del 16.02.2016)*", se usate in ambito odontoiatrico, è da dire quanto segue:

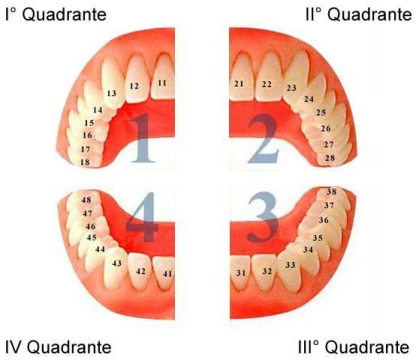
- l'irrigazione di ferita (cod. 96.59) è solitamente ricompresa nella procedura principale effettuata e quindi da non rendicontare singolarmente;
- la rimozione di punti di sutura (cod. 97.89), riferita prevalentemente ad un accesso dedicato post-procedura, può essere eventualmente rendicontata in quantità massima di 1 per seduta, a seguito della verifica della presenza nella documentazione clinica del riferimento circa l'avvenuta applicazione degli stessi punti di sutura, con indicazione del tipo e del calibro del filo di sutura utilizzato.

NOMENCLATURA DENTI E SETTORI ORALI

Anche se esistono varie nomenclature per identificare univocamente gli elementi dentari (decidui e permanenti), il sistema più utilizzato in Italia è il **sistema di numerazione internazionale della F.D.I.** (Fédération Dentaire International) che numera il dente con due cifre: la prima rappresenta il quadrante (numerato da 1 a 4 iniziando da quello in alto a destra del paziente e procedendo in senso orario) e l'altra il dente (numerato da 1 a 8, iniziando dall'incisivo centrale). Nella dentizione decidua i quadranti si indicano dal 5 all'8 – sempre in senso orario – e il numero dei denti è di 5 per ogni quadrante, per cui l'incisivo centrale dell'emi-arcata superiore di destra è indicato con il numero 51. Pertanto la numerazione del dente deciduo si ottiene sommando 40 al numero del corrispondente dente permanente.

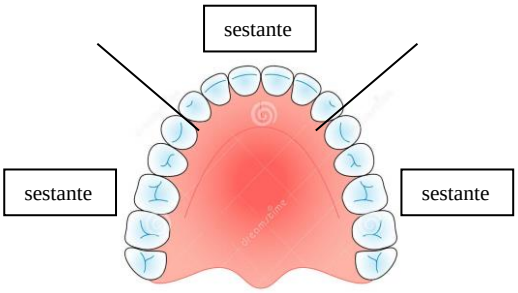
ODONTOGRAMMA





<u>sestante</u>: ogni arcata viene divisa a volte per comodità in 3 parti:
- 8-7-6-5-4 destra;
- 3-2-1-1-2-3 centro;
- 4-5-6-7-8 sinistra.

Quindi nel cavo orale ci sono in tutto **6 sestanti**.



INDICAZIONI SULLE BRANCHE ODONTOIATRICHE

Implantologia

L'implantologia è quella branca dell'odontoiatria che si occupa di sostituire i denti mancanti con radici artificiali in titanio (impianti, cod. 23.6) infisse nell'osso.

L'unità implanto-protesica è composta dall'impianto (radice artificiale in titanio) inserito direttamente nell'osso, dal moncone sovra-implantare (o "abutment", cioè la struttura intermedia che collega l'impianto alla corona protesica) e dalla corona protesica (la "capsula" vera e propria).

Il trattamento prevede la necessaria esecuzione di accertamenti radiografici di primo livello (panoramica OPT e endorali) e, in casi particolari, l'esecuzione di esame TAC tridimensionale.

Gli impianti dentali posso anche essere utilizzati per stabilizzare protesi rimovibili parziali o totali. Inoltre una tecnica moderna consiste nel posizionare un numero ridotto di impianti per sostenere una arcata protesica fissa di 10-12 elementi protesici ("all on four", "Toronto-Bridge").

Ortodonzia o Ortognatodonzia

Tra le branche dell'odontoiatria, l'ortodonzia è quella che si preoccupa di studiare soluzioni atte a risolvere il non corretto posizionamento dei mascellari tra loro e dei denti all'interno delle ossa mascellari, allo scopo di ripristinare quanto più possibile non solo l'estetica, ma anche la fisiologica funzione masticatoria. L'ortodontista:

- può recuperare con l'aiuto del chirurgo un dente incluso, portandolo in arcata;
- può sacrificare denti, in caso di affollamento dentario (carenza di spazio nell'arcata), per fare in modo che gli altri denti possano allinearsi correttamente;
- può allineare i denti attraverso apparecchio ortodontico fisso o mascherine rimovibili progressive trasparenti (cod. 24.70.2);
- può correggere il posizionamento delle basi ossee mascellari attraverso apparecchio ortodontico rimovibile, solo in pazienti ancora in fase di crescita (cod. 24.70.1).

Prima di ogni terapia ortodontica è indispensabile lo studio preliminare ortodontico (parte costitutiva della cartella), che serve per giungere alla corretta diagnosi clinica, costituito necessariamente da fotografie intra- ed extra-orali, modelli in gesso, radiografia panoramica OPT e tele-radiografia latero-laterale del cranio su cui effettuare il tracciato cefalometrico (serie di misurazioni sulla radiografia per valutare la "previsione di crescita"), a cui possono aggiungersi ulteriori accertamenti radiografici come la radiografia del polso (per valutare i picchi di crescita ossea residua nei giovani soggetti) e la tele-radiografia del cranio in proiezione postero-anteriore (per valutare eventuali asimmetrie facciali).

Endodonzia

È la branca dell'odontoiatria che si occupa delle patologie cariose e traumatiche della polpa dentaria (la parte più interna e profonda del dente, costituita da vasi sanguigni e terminazioni nervose). La pratica endodontica più conosciuta è senz'altro la cosiddetta "devitalizzazione" o anche "trattamento canalare" che consiste nell'eliminazione della polpa dolente, nella detersione e disinfezione del canale o dei canali radicolari e nella conseguente sigillatura degli stessi (con coni di guttaperca e cemento endodontico). È necessario eseguire radiografie endorali diagnostiche pre-devitalizzazione e di controllo post-trattamento.

Le "devitalizzazioni" si distinguono in:

- cod. 23.71.1 terapia canalare dente mono-radicolato (per gli incisivi, i canini, i premolari inferiori e i secondi premolari superiori);
- cod. 23.71.2 terapia canalare dente pluri-radicolato (per i molari superiori e inferiori e i primi premolari superiori);

Gnatologia
La gnatologia è la branca odontoiatrica che studia le patologie funzionali, la funzione delle ossa mascellari durante la masticazione, la fonazione e la deglutizione. Sono interessati i rapporti occlusali tra i denti, i muscoli responsabili della masticazione, la lingua e le articolazioni temporo-mandibolari (ATM).
La diagnosi si avvale di un'anamnesi mirata, di un esame clinico accurato e di vari esami strumentali, tra cui la radiografia panoramica OPT, la RMN delle articolazioni temporo-mandibolari (per i tessuti molli), eventuale TAC tridimensionale (tessuti duri), i modelli in gesso delle arcate dentarie e l'elettromiografia dei muscoli masticatori.
Si avvale delle seguenti terapie:
- cod. 23.49.1 i molaggi selettivi (rimozione con strumenti rotanti di minime parti delle superfici di contatto dei denti antagonisti);
- cod. 24.70.3 apparecchi funzionali rimovibili tipo "bite-plane" (apparecchi rimovibili che hanno la funzione di svincolare i contatti di occlusione, a proteggere le superfici occlusali dentali, a favorire un rilassamento muscolare e, di conseguenza, a proteggere l'Articolazione Temporo-Mandibolare);
- fisioterapia (esercizi di mobilizzazione attiva e passiva della muscolatura masticatoria).

Odontoiatria Conservativa
La branca si pone lo scopo di conservare i denti danneggiati da carie, da traumi, da erosioni chimiche e da abrasioni meccaniche, procedendo con ripristino delle parti mancanti del dente tramite otturazioni. A seconda dell'estensione del difetto dentale, i restauri si distinguono in:
- cod. 23.20.1 otturazioni fino a 2 superfici (per denti non fortemente compromessi);
- cod. 23.20.2 otturazioni fino a 3 superfici (per denti molto compromessi);
- ricostruzioni con perni di ancoraggio; per estese otturazioni, nel caso di denti devitalizzati, si procede prima dell'otturazione all'inserimento nel canale radicolare di un perno;
- cod. 23.3 ricostruzione di estese parti mancanti del dente mediante intarsi (otturazione indiretta eseguita dal laboratorio che viene cementata sul difetto del dente);

La diagnosi è clinica e radiografica (radiografie endorali apposite dette "bite-wing": 2 sole radiografie permettono di vedere nel dettaglio le corone dentali di almeno 16 denti).

Pedodonzia od odontoiatria pediatrica
La branca dell'odontoiatria che si occupa delle patologie dentarie dei bambini:
- prevenzione dalle carie (cod. 96.54.2 sigillature, cioè la laccatura superficiale dei solchi dentali per evitare l'insorgenza della carie);
- estrazioni denti decidui (cod. 23.01);
- otturazioni (cod. 23.20.1);
- trattamento dei traumi e delle malocclusioni dentarie.

Igiene orale e Parodontologia
La parodontologia è la branca che studia i tessuti duri e molli di sostegno del dente. I tessuti del parodonto sono la gengiva, l'osso alveolare sottostante, il cemento radicolare che ricopre le radici e il legamento parodontale che unisce la radice del dente all'osso.
Questi tessuti possono essere bersaglio di differenti patologie, come la gengivite (infiammazione limitata ai soli tessuti superficiali – gengive) e la parodontite (infiammazione estesa ai tessuti profondi di sostegno dei denti – osso alveolare).
Le terapie più comuni sono:
- 96.54.1 l'ablazione tartaro (o "detartraggio", cioè la rimozione del tartaro sopra-gengivale con strumenti manuali o ad ultrasuoni, in genere senza anestesia locale in una seduta per tutta la bocca);

- 24.39.1 le levigature radicolari (o “curettage” o “root-planing”, cioè la rimozione del tartaro sotto-gengivale a cielo **chiuso** (senza lembo di accesso chirurgico), quasi sempre con anestesia locale, in genere in più sedute, una per quadrante;
- 24.20.1 le levigature radicolari (o “curettage” o “root-planing”, cioè la rimozione del tartaro sotto-gengivale a cielo **aperto** (con lembo di accesso chirurgico; oggi si intende tipicamente l’intervento chirurgico parodontale con lembo di Widmann modificato); comprende anestesia locale e sutura.

Odontoiatria protesica

È la branca dell’odontoiatria e si occupa di ripristinare i denti mancanti con protesi fisse o mobili, sostenute da denti naturali, impianti endossei o semplicemente dalla base mucosa edentula.
Le protesi dentarie, in base alle indicazioni del dentista (prescrizione protesica – CEE 93/42) e delle impronte dentali, sono costruite manualmente dall’odontotecnico che fornisce la dichiarazione di conformità protesica che deve essere conservata in cartella (obbligo di legge CEE 93/42).
Possiamo distinguere:

- **Protesi fisse** (corona protesica o “capsula”, ponti protesici su denti naturali, ponti protesici su impianti, ma anche “Maryland Bridge”);
  - cod. 23.41 di regola prima della capsula definitiva viene realizzata ed applicata sul dente preparato con le frese, una capsula provvisoria interamente in resina avente la funzione di permettere buona guarigione della gengiva intorno al pilastro preparato con strumenti rotanti, proteggendo al tempo stesso il moncone dentale fino all’incorporazione della protesi definitiva;
  - cod. 23.42 sui denti-pilastro opportunamente preparati con frese viene applicato un ponte protesico fisso, costituito da almeno 3 elementi uniti;
  - cod. 23.41.1 le “capsule” possono avere la struttura completamente in lega preziosa, senza nessun rivestimento estetico bianco, oppure possono avere la struttura in lega preziosa, con un rivestimento estetico bianco (solitamente resina) solo sul versante vestibolare esterno;
  - cod. 23.41.2 le “capsule” possono anche avere la struttura in lega preziosa, con rivestimento estetico bianco su tutte le superfici (solitamente porcellana), oppure con struttura interamente in porcellana, senza nessuna sottostruttura metallica di supporto;
  - cod. 23.41.3 contestualmente all’applicazione delle “capsule”, nel caso di pilastri dentali molto compromessi con perdita di gran parte o di tutta la corona dentaria, si prevede l’alloggiamento di un perno di ancoraggio (il cosiddetto perno-moncone) in lega nel canale radicolare con lo scopo di ottenere un pilastro idoneo al supporto e alla ritenzione della “capsula”;
- **Protesi mobili** (solitamente individuate nella classica “dentiera” o protesi totale rimovibile cod. 23.43.1, ma comprende anche la protesi parziale rimovibile con ganci cod. 23.43.2, sia con struttura interamente in resina che con struttura in metallo, detta per questo “protesi scheletrata”).

Esistono poi protesi mobili chiamate “overdenture” che sono mantenute in sede da radici naturali opportunatamente lavorate dal dentista o da impianti dentali che provvedono alla ritenzione del manufatto protesico.

Chirurgia orale

La chirurgia orale comprende una vasta gamma di interventi chirurgici che si svolgono in bocca e nelle ossa mascellari. Solitamente, la chirurgia orale viene eseguita da un odontoiatra, ma spesso gli interventi più estesi ed “importanti” vengono eseguiti dal chirurgo maxillo-facciale. Molti degli interventi possono essere eseguiti anche in ambulatorio in anestesia locale, senza la necessità di sottoporre il paziente all’anestesia generale o alla sedazione cosciente in struttura protetta.

Quelli che seguono sono alcuni degli interventi chirurgici che si svolgono in regime ambulatoriale sotto anestesia locale del dentista:

- estrazioni di denti o radici dentarie – singole o multiple, semplici (cod. 23.09 – cod. 23.11) o complesse, con procedure di alveolo-plastica sui tessuti duri o molli (cod. 23.11.B);
- estrazioni dei denti del giudizio inclusi, con o senza procedure di alveolo-plastica (cod. 23.19 – cod. 23.19.B);
- biopsie dei tessuti duri o molli per lo "screening" di patologie cistiche o tumorali (cod. 24.11 gengiva – cod. 24.12 osso – cod. 25.01 – cod. 26.11 dotto salivare – cod. 27.21 palato);
- interventi sui frenuli (cod. 25.91 – cod. 25.92);
- interventi di apicectomia (cod. 23.73), cioè la rimozione con frese dell'apice della radice infetta e la revisione della cavità, dopo un trattamento canalare fallito;
- chirurgia pre-protesica come le procedure alveolo-plastica (cod. 24.5) o le gengivectomie (cod. 24.00.1);
- chirurgia parodontale (cod. 24.20.1);
- impianti endossei (cod. 23.6);
- chirurgia del seno mascellare (a scopo implantologico);
- innesti ossei con prelievi di osso autologo da sedi orali o extra-orali (per risolvere le atrofie delle ossa mascellari a scopo implantologico);
- rimozione di cisti e tumori del cavo orale;
- esposizione dei denti inclusi non erotti in arcata a fini ortodontici.

Le procedure chirurgiche devono essere attuate sempre con idonei accertamenti radiografici. Se per le estrazioni di denti o radici dentarie possono essere sufficienti accertamenti radiografici di primo livello come la panoramica OPT e le endorali, per l'estrazione di "denti del giudizio" inclusi è indispensabile l'esame TAC. Per cisti o tumori serve la biopsia e in ogni caso l'istologico post-operatorio.

DOCUMENTAZIONE CLINICA E RADIOGRAFICA MINIMA PER OGNI PAZIENTE

La cartella ambulatoriale è lo strumento imprescindibile per la ricostruzione a posteriori della storia clinica del paziente. Nelle strutture sanitarie accreditate e a contratto con il SSR è base informativa essenziale per la continuità assistenziale e per la tracciabilità delle azioni terapeutiche svolte.

Per ogni paziente deve essere redatta una cartella accurata, chiara, completa ed accessibile. Tra le informazioni che devono essere registrate vi sono ad esempio i dati anagrafici, il disturbo lamentato, l'anamnesi familiare e personale, l'anamnesi patologica prossima, i risultati dell'esame obiettivo e di ulteriori valutazioni specifiche quali i consulti, gli esami di laboratorio, i referti radiografici, il sospetto diagnostico che va aggiornato nel corso dell'inquadramento, i trattamenti medico-chirurgici eseguiti, i referti istologici, il diario assistenziale, la diagnosi, il follow-up.

Ai suddetti requisiti minimi generali della cartella ambulatoriale, si aggiungono elementi specifici dell'Odontoiatria, come ad esempio l'odontogramma all'inizio che documenti lo stato dentale di arrivo del paziente nella struttura sanitaria o i certificati di conformità protesica in caso di confezionamento di manufatti protesici eseguiti dal laboratorio odontotecnico.

La documentazione di minima nelle varie branche odontoiatriche:

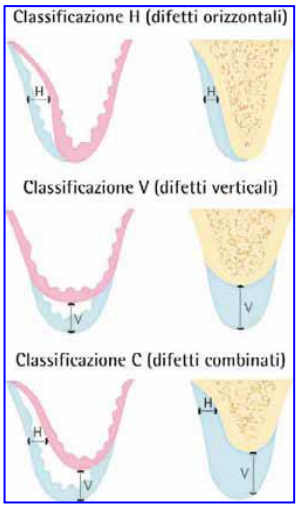
- conservativa: radiografie endorali diagnostiche tipo "bite-wing";
- endodonzia: radiografia endorale diagnostica pre-trattamento e di controllo post-trattamento;
- chirurgia orale: radiografia panoramica OPT, endorali mirate, eventuale TAC mascellari;
- parodontologia: radiografia panoramica OPT, status radiografico endorale, cartella parodontale con sondaggio;
- protesi: radiografia panoramica OPT, endorali mirate, modelli in gesso;
- implantologia: radiografia panoramica OPT, endorali mirate;
- ortodonzia: radiografia panoramica OPT, tele-radiografia latero-laterale del cranio, fotografie e modelli in gesso.

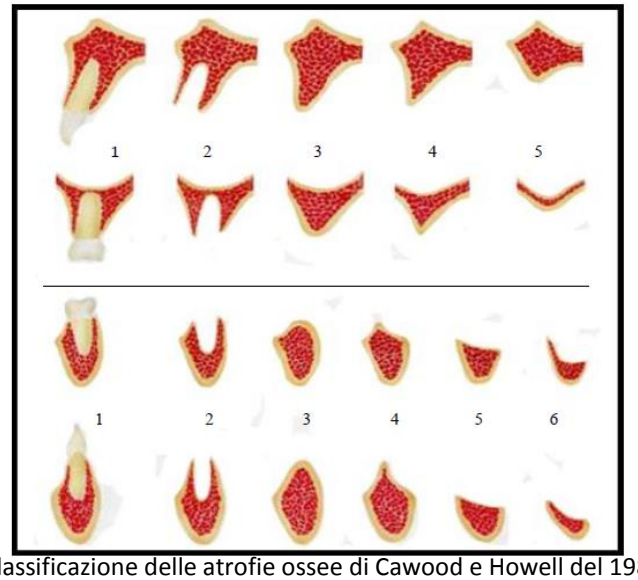
ATROFIE OSSEE MASCELLARI

L'atrofia delle ossa mascellari è conseguenza della perdita traumatica oppure fisiologica dei denti, con il riassorbimento di tutti i tessuti di sostegno, duri e molli, dove essi risiedono. L'assenza di elementi dentari può causare problemi molto importanti non solo di tipo deglutitorio e di tipo masticatorio, quindi legati all'alimentazione e alla digestione, ma anche all'estetica del volto.
Più nel dettaglio, l'origine di questi difetti può essere traumatica, da avulsione dentarie con o senza fratture alveolari; iatrogena, dall'uso incongruo di protesi mobili a supporto mucoso; esito di parodontopatie, che sono le più frequenti e rapide perché supportate da infezioni batteriche; di carattere metabolico (per osteoporosi, diabete, menopausa, fumo).
Cawood e Howell hanno suddiviso i quadri di atrofia in 5 classi per il mascellare superiore e 6 per la mandibola:

- Classe I: dentatura presente;
- Classe II: cresta alveolare post-estrattiva immediata;
- Classe III: cresta alveolare post-estrattiva tardiva con ri-ossificazione dell'alveolo post-estrattivo e processo alveolare arrotondato ma adeguato in altezza e spessore;
- Classe IV: cresta con altezza adeguata ma spessore insufficiente, definita "a lama di coltello";
- Classe V: cresta piatta, inadeguata sia in altezza che in spessore;
- Classe VI: (solo per la mandibola) cresta depressa, con atrofia dello stesso osso basale.

Le varie classi si associano a morfologie ossee differenti a seconda della sede (mascellare anteriore o posteriore, mandibola anteriore o posteriore). Inoltre settori diversi dello stesso mascellare possono presentare simultaneamente differenti classi di atrofia.





Classificazione delle atrofie ossee di Cawood e Howell del 1988

NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE (NTR) DELLE PRESTAZIONI ODONTOSTOMATOLOGICHE E MAXILLO-FACCIALI

codice	nota	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
22.71	P	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE; Chiusura di fistola del seno nasale	79,17

La fistola oro-antrale è una comunicazione fra cavo orale e seno mascellare, solitamente a seguito di estrazione dentaria superiore, che non tende alla riparazione spontanea. Le cause di questa condizione patologica sono di origine infettiva, traumatica, dentale, ematologica. Solo sui denti superiori posteriori, è intervento unico, eseguito anche dopo rimozione di impianto fallito o malposizionato.

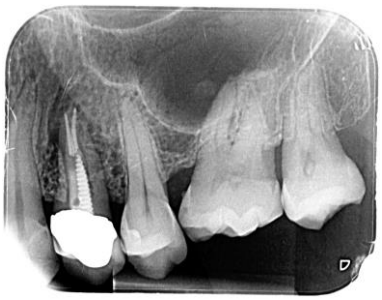
Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO; Incluso: Anestesia	11,60

Estrazione di dente "da latte", per la maggior parte delle volte in anestesia locale. Non richiede solitamente punti di sutura, a meno di estrazioni multiple contigue. Si ricorre all'estrazione dei decidui prima della caduta fisiologica per la normale permuta dentaria, in caso di carie destruenti o traumi dentari che abbiano portato ad ascessi o infezioni peri-apicali.

I due incisivi "da latte" 51-61, discromici e con fistole vestibolari agli apici radicolari, comparse a seguito di trauma avvenuto nei mesi precedenti. Nella radiografia endorale sono ben evidenti sia i denti decidui che i sottostanti corrispondenti incisivi permanenti 11-21; nell'ultima immagine si rileva l'avvenuta estrazione dei decidui, senza applicazione di punti di sutura

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE; Estrazione di altro dente NAS; Incluso: Anestesia	16,35

L'estrazione (o avulsione) dentale è una procedura chirurgica che prevede la rimozione di un dente dall'alveolo, cioè la naturale cavità ossea mandibolare/mascellare in cui alberga. Un dente viene sottoposto ad estrazione quando per motivi patologici la permanenza nella sua sede naturale creerebbe un danno maggiore. È bene sottolineare che un dente viene estratto esclusivamente quando necessario, e solo se non può essere salvato o trattato mediante altri metodi conservativi (es. devitalizzazione, otturazione, apicectomia).
L'estrazione semplice prevede l'esecuzione di un'adeguata anestesia locale, la recisione delle fibre ligamentose che collegano la mucosa gengivale al dente tramite sindesmotomo o leva, e la lussazione del legamento parodontale che trattiene la radice all'osso alveolare, tramite leva adeguata, e/o utilizzando la corretta pinza da estrazione. I movimenti da eseguire dipendono dal tipo di dente e dalla forma radicolare, e richiedono l'applicazione di una forza piuttosto decisa ma sempre necessariamente controllata, per evitare la frattura delle radici, o danni alle strutture anatomiche e/o dentali circostanti. Nel caso di dente pluri-radicolato, dotato di radici curve, in opposizione, o molto divergenti, può rendersi necessaria l'odontotomia con strumenti rotanti e l'estrazione delle sezioni così ottenute separatamente. La procedura comprende anestesia, “curettage” alveolare, irrigazioni, applicazione e rimozione punti di sutura.



Prima e dopo l’estrazione del primo premolare sup. sin. 24, elemento dentario devitalizzato e ricoperto con corona protesica fissa per probabile frattura radicolare

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA; Incluso: Anestesia	16,35

Estrazione di radice di dente permanente, con applicazione di punti di sutura. La procedura può prevedere la realizzazione di un lembo di accesso chirurgico e l'osteotomia.

Prima e dopo l'estrazione della radice del primo premolare sup. sin. 24, ormai irrecuperabile.

codice	nota	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.11.B	IHca	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA; Incluso: visita anestesiologica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, eventuale alveolo-plastica (cod. 24.5), medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo; (per settore)	500,00

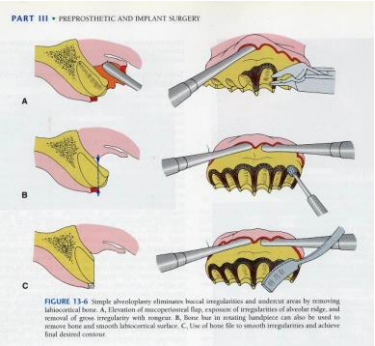
Estrazione di radice di dente permanente; la procedura è comprensiva di anestesia, alveoloplastica, cioè la modellazione chirurgica e correzione dei margini dell'alveolo dopo l'estrazione del dente, solitamente in previsione di protesizzazione e può richiedere odontotomia con strumenti rotanti.

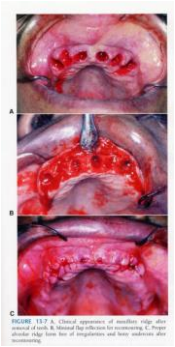
Alveoloplastica (cod. 24.5)

Definizione: per **alveoloplastica** (quello che in inglese viene chiamato "recontouring of alveolar ridges" – letteralmente "ricontorno delle creste alveolari") si intende in sintesi la modellazione chirurgica e correzione dei margini dell'alveolo dentario dopo l'estrazione del dente, per favorire la riabilitazione ottimale dell'arcata dentaria tramite protesi mobili o tramite impianti.

Le irregolarità dell'osso alveolare che emergono al momento dell'estrazione del dente o dopo un periodo di iniziale guarigione richiedono la rimodellazione della cresta, ovviamente sempre cercando di conservare quanto più tessuto osseo possibile, prima della sovrastante riabilitazione protesica. Da un lato infatti tali procedure, eliminando le irregolarità e i sottosquadri, permettono l'inserimento e l'applicazione di protesi mobili, migliorandone inoltre la superficie di appoggio mucoso e dall'altro permettono l'ottimale inserimento di impianti endossei osteointegrati.

Alveoloplastica associata con plurime avulsioni dentarie: è la più semplice forma di alveolo-plastica e consiste nella compressione delle pareti ossee laterali del sito estrattivo dopo semplice estrazione dentaria. Per la maggior parte dei casi, nell'estrazione di un singolo elemento dentario, la semplice compressione manuale è già di per sé sufficiente a rimodellare adeguatamente il profilo osseo e pertanto l'alveoloplastica non si rende necessaria. Invece, nel caso di plurime estrazioni dentarie, compaiono spesso plurime irregolarità ossee, che richiedono pertanto adeguato intervento di modellazione (alveolo-plastica). Le aree ossee che devono essere rimodellate devono essere esposte tramite ampi lembi chirurgici "a busta" o eventualmente con incisioni di rilascio degli stessi per l'ottimale esposizione delle creste. Per la rimodellazione si utilizzano sia strumenti manuali (come le pinze ossivore) che strumenti rotanti (frese) montati su apposito manipolo a basso numero di giri, con abbondanti irrigazioni locali di soluzione salina fisiologica (per evitare il surriscaldamento dell'osso). Al termine della procedura si procede all'accollamento dei lembi e alla sutura con punti riassorbibili.





<u>Alveoloplastica di cresta ossea a “lama di coltello”</u>: procedura eseguita in cresta ossea già edentula per profilo della stessa sfavorevole all’applicazione di protesi mobili o impianti.

<u>Alveoloplastica intra-settale</u>: in alternativa alla precedente, in plurime estrazioni dentarie e nei casi in cui la cresta vestibolare, pur avendo minime irregolarità e altezza adeguata, presenti però notevoli sottosquadri, la procedura, nota anche come “tecnica di Dean”, consiste nella rimozione dei setti ossei inter-alveolari e nel riposizionamento della corticale ossea vestibolare. La rimozione dei setti ossei può essere eseguita sia con strumenti manuali (come le ossivore) sia con strumenti rotanti. In seguito la compressione manuale della cresta ossea è sufficiente per causare la frattura della corticale ossea vestibolare, che può essere pertanto “accollata” a quella palatina o linguale, prima di procedere con l’accollamento dei lembi e sutura. I vantaggi sono rappresentati in particolare, in valutazioni a lungo termine, dal ridotto riassorbimento osseo post-operatorio e dal mantenimento pertanto di buona altezza crestale. Lo svantaggio principale è rappresentato dalla riduzione dello spessore della cresta che a volte può compromettere l’inserimento di impianti.

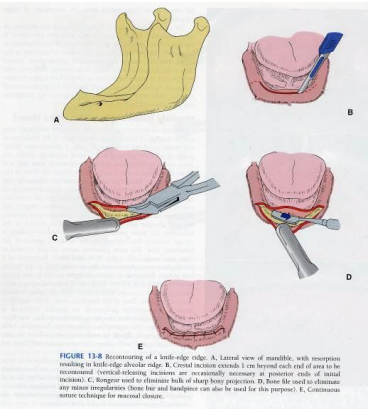


FIGURE 13-8 Recontouring of a knife-edge ridge. A, Lateral view of mandible, with resorption resulting in knife-edge alveolar ridge. B, Crestal incision extends 1 cm beyond each end of area to be recontoured (vertical-releasing incisions are occasionally necessary at posterior ends of initial incision). C, Rongeur used to eliminate bulk of sharp bony projection. D, Bone file used to eliminate any minor irregularities (bone bur and handpiece can also be used for this purpose). E, Continuous suture technique for mucosal closure.

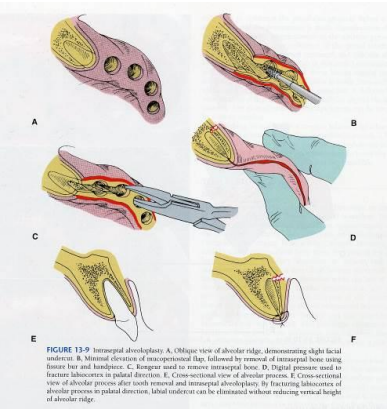
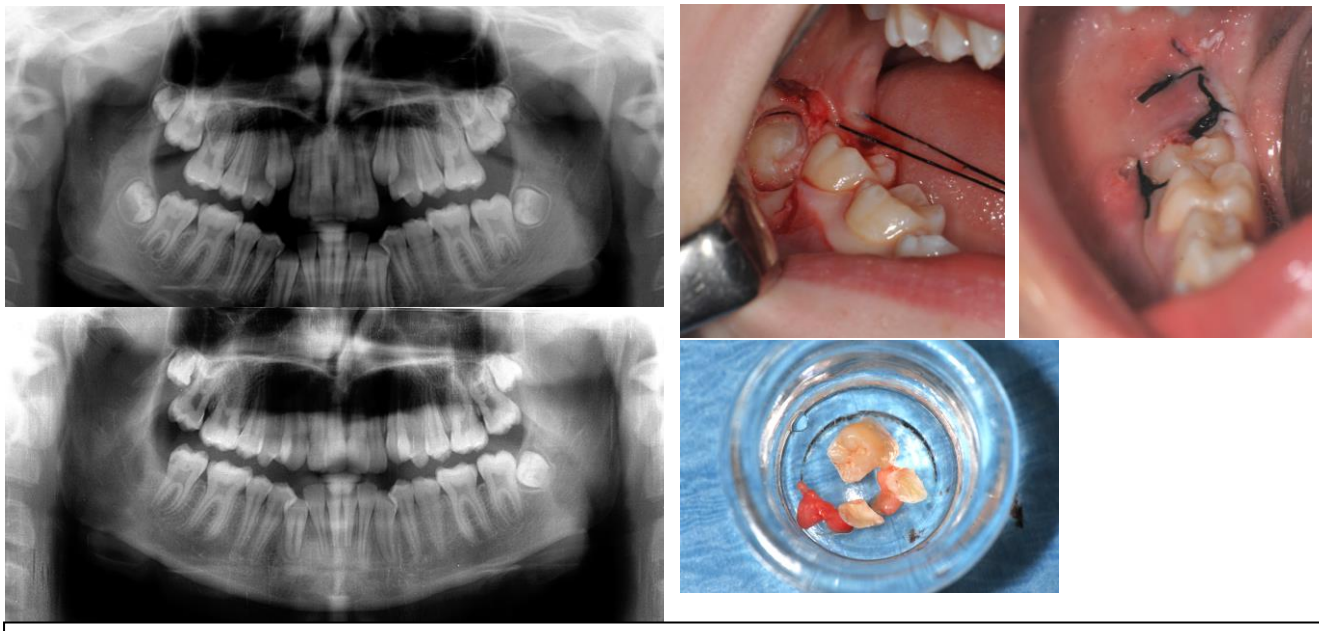


FIGURE 13-9 Intraseptal alveoloplasty. A, Oblique view of alveolar ridge, demonstrating slight facial undercut. B, Minimal elevation of mucoperiosteal flap, followed by removal of intraseptal bone using fissure bur and handpiece. C, Rongeur used to remove intraseptal bone. D, Digital pressure used to fracture labiocortex in palatal direction. E, Cross-sectional view of alveolar process. F, Cross-sectional view of alveolar process after tooth removal and intraseptal alveoloplasty. By fracturing labiocortex of alveolar process in palatal direction, labial undercut can be eliminated without reducing vertical height of alveolar ridge.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE; Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia; estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale; Incluso: Anestesia	30,60

Voce utilizzata per estrazione di denti in inclusione ossea totale o comunque ritenuti (cioè non erotti fisiologicamente in arcata), tipicamente i "denti del giudizio" o terzi molari, ma può riguardare qualunque altro elemento dentario. La procedura è comprensiva di lembo chirurgico, osteotomia e odontotomia con strumenti rotanti, medicazioni e irrigazioni dell'alveolo e sutura. L'estrazione chirurgica prevede l'anestesia locale, l'incisione dei tessuti molli e l'elevazione di un lembo muco-periosteo allo scopo di esporre il dente/radice altrimenti non accessibile, assieme al tessuto osseo che quasi sempre deve essere eliminato per permettere l'estrazione (osteotomia). Questo viene eseguito nei casi più favorevoli con uso di strumenti manuali come pinze ossivore e leve, ma più frequentemente con manipoli a bassa velocità raffreddati tramite soluzione fisiologica sterile. Negli ultimi tempi sono stati introdotti strumenti alternativi che sfruttano le vibrazioni a frequenza ultrasonica, potenzialmente meno aggressivi. In molti casi anche l'elemento dentario da estrarre richiederà una separazione in più parti (odontotomia), soprattutto nei casi di malposizionamento del dente molto sfavorevole.
Alla fine dell'intervento il lembo viene solitamente ricollocato nella posizione originaria e suturato.
Tale voce viene utilizzata anche per la **rimozione chirurgica di un impianto endosseo** (nei casi di malposizionamento spaziale dello stesso o di lesione di strutture anatomiche da rispettare come il seno mascellare). Sovente, data l'integrazione dell'impianto nell'osso, la procedura implica necessariamente l'osteotomia circonferenziale all'impianto tramite frese rotanti ("carotatura").

Germectomia: la voce si applica anche per l'asportazione di un dente non ancora completamente formato, privo cioè dell'apparato radicolare (germe). In questo caso può rendersi necessaria sia l'osteotomia che l'odontotomia.



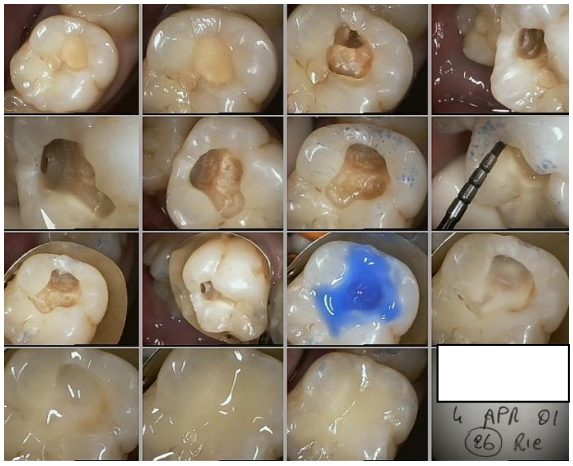
Germe del terzo molare inferiore destro 48 alla panoramica OPT; incisione lembo, scollamento ed esposizione germe tramite osteotomia; successiva odontotomia ed avulsione; applicazione di sutura; panoramica OPT di controllo

codice	nota	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.19.B	IHca	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE; Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione del lembo muco-periostale; Incluso. Visita anestesiologia ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, eventuale alveolo-plastica (cod. 24.5), medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo; (per settore)	500,00

Come la voce precedente (cod. 23.19) per l'estrazione di denti in inclusione ossea totale o comunque ritenuti (cioè non erotti fisiologicamente in arcata), tipicamente i "denti del giudizio" o terzi molari, ma può riguardare qualunque altro elemento dentario e anche per le germectomie.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE; Fino a due superfici; Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	19,00

Si tratta di prestazione per ripristinare un dente non molto compromesso, con gran parte della corona dentaria conservata.
Ricostruzione di dente fratturato o cariato con materiale da otturazione eseguita direttamente dal dentista alla poltrona; la ricostruzione interessa al massimo 2 superfici, quella masticante e quella interprossimale. Nella procedura è compreso l'eventuale incappucciamento indiretto della polpa, cioè l'applicazione, nelle cavità molto profonde vicino al nervo, di un materiale da sottofondo protettivo prima dell'applicazione del materiale da otturazione vero e proprio.



Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE; A tre o più superfici e/o applicazione di perno endocanalare; Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	35,35

Si tratta di prestazione per ripristinare un dente gravemente compromesso, che ha perso quasi tutta la corona dentaria. Ricostruzione di dente fratturato o cariato con materiale da otturazione eseguita direttamente dal dentista alla poltrona; la ricostruzione interessa 3 o più superfici, quella masticante e quelle interprossimali. Nella procedura è compreso l'eventuale incappucciamento indiretto della polpa, cioè l'applicazione, nelle cavità molto profonde vicino al nervo, di un materiale da sottofondo protettivo prima dell'applicazione del materiale da otturazione vero e proprio.
La voce si applica anche se, al fine di "armare" la ricostruzione della corona dentaria, si inserisce anche un perno di ancoraggio endocanalare prefabbricato del commercio, avvitato (attivo) o cementato (passivo) all'interno del canale radicolare di un dente (necessariamente già sottoposto a terapia canalare).

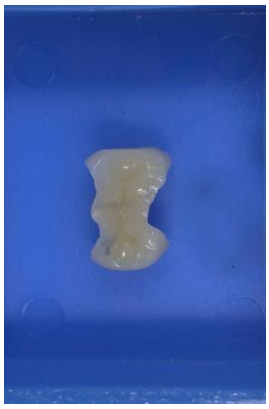
Ricostruzione di dente a 3 superfici in composito

Ricostruzione di dente a 3 superfici mediante perni di ancoraggio endocanalari e composito

codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO; Ricostruzione di dente fratturato	35,35

L'intarsio è una ricostruzione indiretta di una parte di dente mancante per carie o per trauma eseguita dal laboratorio odontotecnico. Il medico, dopo aver opportunamente lavorato il dente con frese, prende una impronta della cavità, la invia al laboratorio che esegue la parte mancante di dente in materiale oro, composito o ceramica. L'intarsio dentale viene inserito nella cavità, cementandolo, ricostruendo in tal modo la forma originaria del dente. Si utilizza nei molari e nei pre-molari. Essendo un manufatto realizzato dal laboratorio, dispositivo medico su misura, deve esistere la prescrizione del medico al laboratorio e il certificato di conformità protesica del laboratorio (CEE 93/42). Tale certificazione, che non è obbligatorio consegnare al paziente, deve essere però tenuta a disposizione sia del medico che del laboratorio in apposito fascicolo.
L'intarsio può anche essere eseguito direttamente dal medico al paziente, senza commissionare il manufatto al laboratorio (in questo caso può essere realizzato solo in composito) e pertanto non serve il certificato di conformità; la procedura come tempi e difficoltà è paragonabile ad una ricostruzione di dente a 2 o più superfici. Ed ancora, l'intarsio può essere eseguito in composito o ceramica anche tramite macchina fresatrice in studio; il manufatto in questo caso non richiede certificazione di laboratorio, ma la procedura è sicuramente più complessa e costosa.
La prestazione è assimilabile ad una otturazione, seppur complessa.

OSSERVAZIONI
- documentazione minima:
    - radiografia endorale diagnostica pre-intervento e radiografia endorale di controllo post-cementazione;
    - prescrizione del medico e certificato di conformità protesica del laboratorio;
- la prestazione comprende: anestesia, applicazione diga di gomma, eventuale terapia canalare nel ciclo di cure e cementazione.



Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.41	APPLICAZIONE DI CORONA	APPLICAZIONE DI CORONA; Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina	31,65

Applicazione di corona protesica di laboratorio **provvisoria** in resina. Per la sua costruzione sono necessarie le impronte delle arcate dentarie, su cui il laboratorio realizza i modelli in gesso, sui quali vengono realizzate le corone provvisorie, limando e riducendo i denti in gesso.
Essendo un manufatto realizzato dal laboratorio, dispositivo medico su misura, deve esistere la prescrizione del medico al laboratorio e il certificato di conformità protesica del laboratorio (CEE 93/42). Tale certificazione, che non è obbligatorio consegnare al paziente, deve essere però tenuta a disposizione sia del medico che del laboratorio in apposito fascicolo.

Preparazione del dente con frese rotanti; applicazione corona protesica provvisoria in resina (con forma, dimensioni e colore di compromesso) e successiva applicazione di corona protesica definitiva in ceramica

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA; Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa	31,65

Applicazione di corona protesica di laboratorio con struttura completamente in oro, in lega aurea con il solo versante esterno in resina o corona protesica a ricopertura parziale in lega aurea.
La procedura prevede la limatura e riduzione del dente con strumenti rotanti e la presa dell'impronta, su cui il laboratorio costruirà il manufatto. Essendo un manufatto realizzato dal laboratorio, dispositivo medico su misura, deve esistere la prescrizione del medico al laboratorio e il certificato di conformità protesica del laboratorio (CEE 93/42). Tale certificazione, che non è obbligatorio consegnare al paziente, deve essere però tenuta a disposizione sia del medico che del laboratorio in apposito fascicolo.

Applicazione di corona protesica con struttura completamente in oro e di corona protesica faccettata in resina con struttura in oro

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA; Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana; o di corona faccettata (Weneer) in lega aurea e porcellana	39,58

Applicazione di corona protesica di laboratorio con struttura completamente in porcellana, o in lega aurea con il versante esterno in resina o in lega aurea e porcellana. La procedura prevede la limatura e riduzione del dente con strumenti rotanti e la presa dell'impronta, su cui il laboratorio costruirà il manufatto. Essendo un manufatto realizzato dal laboratorio, dispositivo medico su misura, deve esistere la prescrizione del medico al laboratorio e il certificato di conformità protesica del laboratorio (CEE 93/42). Tale certificazione, che non è obbligatorio consegnare al paziente, deve essere però tenuta a disposizione sia del medico che del laboratorio in apposito fascicolo.
Non esiste la corona protesica faccettata in porcellana.

Applicazione di corona protesica con struttura completamente in porcellana

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO; Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina o oro resina; con perno moncone in lega aurea	44,87

Applicazione di corona protesica provvisoria in resina o di corona protesica definitiva in oro-resina o di perno-moncone in lega.

Perno-moncone: la protesi con perno moncone è un sostituto dentale, che sostituisce la corona del dente o una parte di essa con l'aiuto di un perno cementato nel canale radicolare. Con questo metodo possiamo restaurare i denti che hanno difetti estesi della corona. Si può mettere il perno esclusivamente in dente devitalizzato. Il compito del perno è l'ancoraggio della corona. Come l'intarsio, può essere diretto, cioè eseguito alla poltrona o indiretto, cioè realizzato dal laboratorio odontotecnico previa presa dell'impronta del canale radicolare con perno calcinabile.

Dente fratturato e ricostruito con perno-moncone in oro di laboratorio, cementato all'interno del canale radicolare; sul dente così ricostruito viene applicata la corona protesica fissa

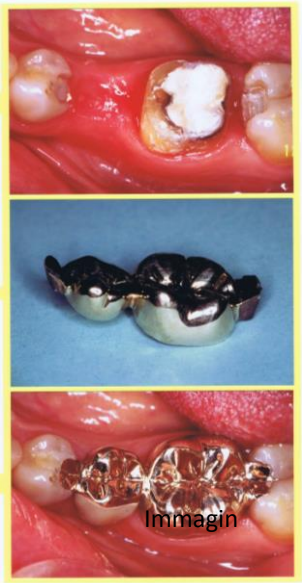
Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO; Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o oro porcellana; con perno moncone in lega aurea	44,87

Applicazione di corona protesica provvisoria in porcellana o di corona protesica definitiva in oro-porcellana o di perno-moncone in lega.

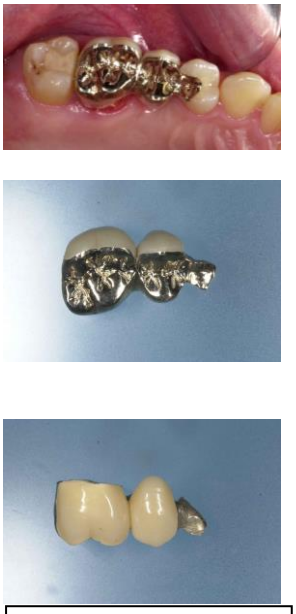
Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.42	INSERZIONE DI PONTE FISSO	INSERZIONE DI PONTE FISSO; Trattamento per applicazione di elemento fuso in lega aurea, oro resina o oro porcellana; e/o elemento di sovrastruttura per corona su impianti endoossei; (Per elemento)	71,25

Applicazione di ponte protesico (manufatto supportato da 2 o più pilastri naturali) o corona protesica di laboratorio definitiva in oro fusa, in lega aurea-porcellana, in lega aurea-resina, anche su impianti endossei.
Essendo un manufatto realizzato dal laboratorio, dispositivo medico su misura, deve esistere la prescrizione del medico al laboratorio e il certificato di conformità protesica del laboratorio (CEE 93/42). Tale certificazione, che non è obbligatorio consegnare al paziente, deve essere però tenuta a disposizione sia del medico che del laboratorio in apposito fascicolo.

Applicazione di ponte protesico fisso di 6 elementi uniti nel settore frontale superiore da canino a canino, dopo preparazione dei denti anteriori con frese



Applicazione di corona con struttura in oro



Applicazione di corona faccettata in resina con struttura in oro (oro-resina)

Applicazione di corona in ceramica con struttura in oro (oro-porcellana)

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE; Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa (Per arcata)	131,95

Applicazione di protesi totale rimovibile di laboratorio, cioè di una "dentiera". La procedura comprende tutte le precedenti sedute effettuate che portano alla costruzione della dentiera (dalle impronte, alla prova di masticazione con i valli in cera, alla prova dei denti montati, alla consegna del manufatto al paziente, con funzionalizzazione in bocca).
Essendo un manufatto realizzato dal laboratorio, dispositivo medico su misura, deve esistere la prescrizione del medico al laboratorio e il certificato di conformità protesica del laboratorio (CEE 93/42). Tale certificazione, che non è obbligatorio consegnare al paziente, deve essere però tenuta a disposizione sia del medico che del laboratorio in apposito fascicolo.

Esempio di protesi totale rimovibile inferiore in resina (“dentiera”)

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE; Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale; [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro]; (Per arcata); Incluso: Eventuali attacchi di precisione	82,86

Applicazione di protesi parziale rimovibile di laboratorio, cioè protesi con scheletro in metallo e ganci o attacchi metallici. La procedura comprende tutte le precedenti sedute effettuate che portano alla costruzione della protesi parziale o scheletrata (dalle impronte, alla prova di masticazione con i valli in cera, alla prova dei denti montati, alla consegna del manufatto al paziente, con funzionalizzazione in bocca). Essendo un manufatto realizzato dal laboratorio, dispositivo medico su misura, deve esistere la prescrizione del medico al laboratorio e il certificato di conformità protesica del laboratorio (CEE 93/42). Tale certificazione, che non è obbligatorio consegnare al paziente, deve essere però tenuta a disposizione sia del medico che del laboratorio in apposito fascicolo.

- Esempio di protesi parziale “scheletrata” inferiore con struttura metallica e ganci estetici in nylon, oppure con struttura e ganci in metallo
- Esempio di protesi parziale rimovibile inferiore in resina con ganci metallici

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA; Rimovibile o fissa; (Per elemento)	16,35

Applicazione di protesi provvisoria, mobile (dentiera o protesi parziale) o di corona protesica provvisoria. Essendo un manufatto realizzato dal laboratorio, dispositivo medico su misura, deve esistere la prescrizione del medico al laboratorio e il certificato di conformità protesica del laboratorio (CEE 93/42). Tale certificazione, che non è obbligatorio consegnare al paziente, deve essere però tenuta a disposizione sia del medico che del laboratorio in apposito fascicolo.

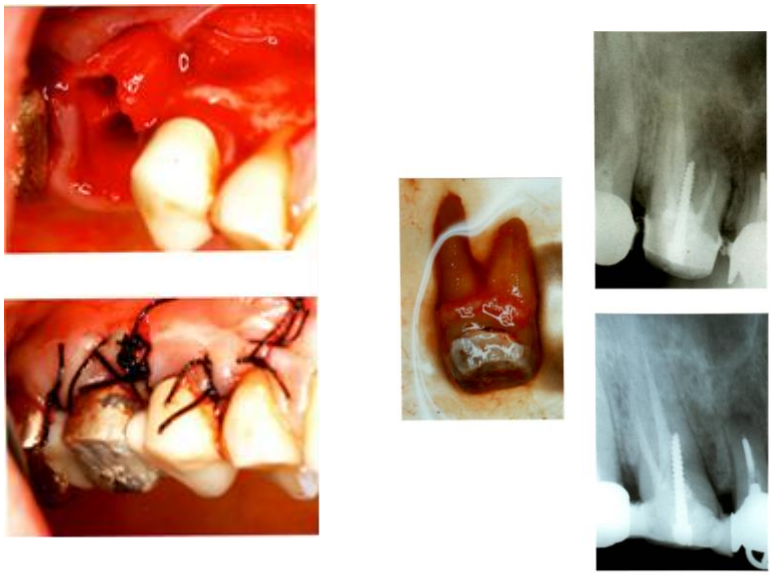
Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA; Molaggio selettivo dei denti; (Per seduta)	16,35

Il molaggio selettivo o corono-plastica è una procedura di rimodellamento delle superfici occlusali dei denti che l'odontoiatra attua con strumenti rotanti.
È un trattamento irreversibile e in quanto tale da usare con estrema prudenza, dopo aver escluso altri possibili interventi meno lesivi. I ritocchi alle corone dentarie altrimenti strutturalmente sane devono essere condotti nello spessore dello smalto per non dar luogo a ipersensibilità o a un successivo deterioramento, mentre più libertà d'azione può essere riservata a superfici protesiche e restaurate.
Molto abusato nel passato, oggi si tende ad applicarlo sui denti naturali con molto giudizio, per lo più localmente e per scopi esclusivamente terapeutici e mai profilattici.
Terapia praticata spesso in gnatologia.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.5	IMPIANTO DI DENTE	IMPIANTO DI DENTE; Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi	11,60

Procedura chirurgica in anestesia locale finalizzata al riposizionamento di un elemento dentale nella propria sede alveolare, perché avulso a seguito di un trauma, perché avulso per ripristinare un dente mancante in altra sede, oppure per eseguire una terapia canalare "retrograda", altrimenti impossibile per via "ortograda". La procedura può comportare e quindi ricomprendere: anestesia, lembo chirurgico, irrigazione, curettage alveolare e punti di sutura. Sempre associata alla prestazione di "splintaggio" rigido con filo metallico e composito per bloccare temporaneamente il dente.
Sicuramente necessarie le radiografie in cartella (se non TAC, almeno endorali, panoramica o lastre del cranio).

OSSERVAZIONI
- la prestazione può essere associata ad eventuale terapia canalare pre-reimpianto.

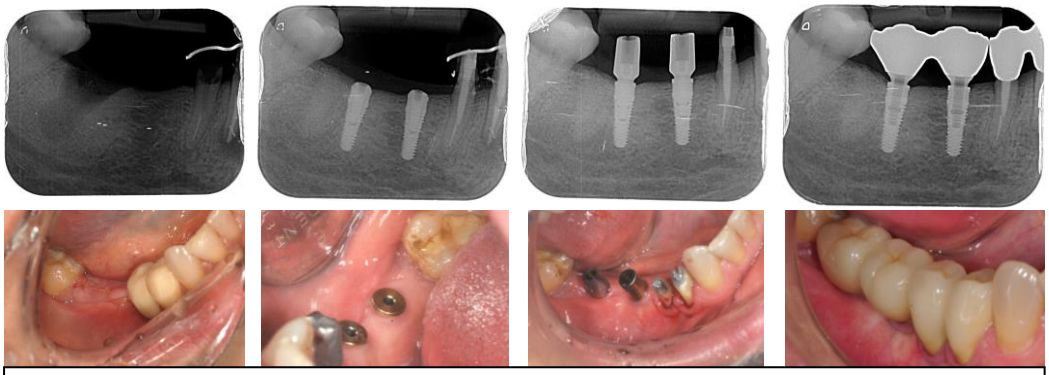


Estrazione dente compromesso e re-impianto intenzionale dopo rizectomia

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA; Impianto dentale endoosseo	82,86

Gli impianti sono delle "viti" di titanio che vengono inserite nell'osso della mandibola o della mascella per sostituire i denti mancanti o quelli che devono essere estratti perché gravemente compromessi. La procedura, in anestesia locale, prevede l'incisione con bisturi della mucosa, la preparazione di una cavità ossea con le frese apposite, l'avvitamento dell'impianto e la sutura del lembo a fine procedura. Raramente può rendersi necessaria la modellazione della mucosa (gengivo-plastica) o della cresta ossea (osteoplastica).
Mentre gli impianti transmucosi non richiedono ulteriori interventi chirurgici per essere protesizzati, gli impianti sommersi richiedono un secondo intervento di "riapertura" prima di procedere con protesi.
Le specifiche degli impianti con marca, modello, numero di lotto, misure e sedi orali in cui sono stati inseriti sono riportate sulle etichette nelle confezioni, che devono essere applicate sia nel diario clinico in cartella che nel cosiddetto passaporto implantologico consegnato al paziente.
Sugli impianti viene avvitata una struttura metallica (moncone implantare o "abutment") sul quale sarà cementata o avvitata la corona protesica.

OSSERVAZIONI
- documentazione minima:
    - radiografie diagnostiche pre-intervento e post-intervento;
    - diario clinico con specifiche degli impianti inseriti;
    - "passaporto" implantare;
- la prestazione comprende: anestesia e sutura;
- prestazione associata a prestazioni protesiche (applicazione di corone e ponti fissi o applicazione di protesi mobili).



Inserimento 2 impianti nel settore inferiore destro: situazione iniziale, inserimento impianti e viti di guarigione, applicazione "abutment" e applicazione corone protesiche fisse

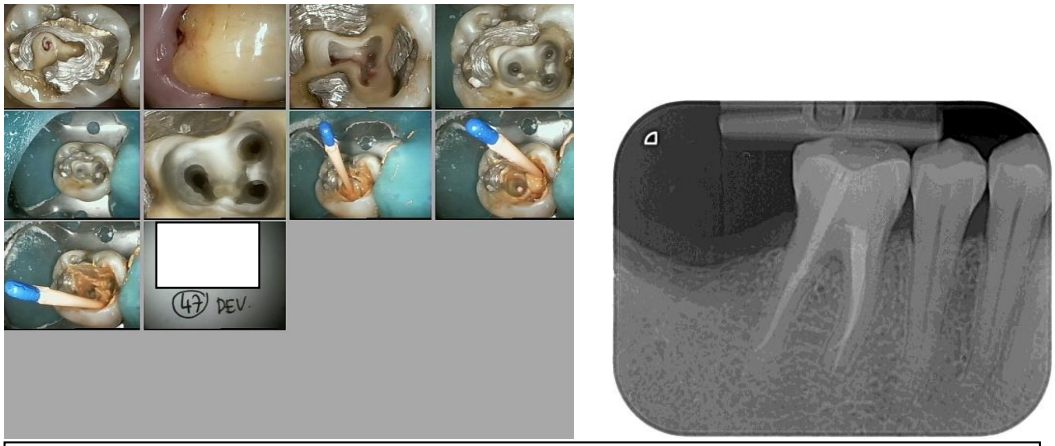
Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO; Trattamento o pulpotomia; Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)	35,35

La cura canalare (detta anche trattamento endodontico o devitalizzazione) consiste nella rimozione della polpa dentale e dei residui batterici dall'interno del canale radicolare, attraverso l'allargamento dello stesso e la successiva detersione e disinfezione, a cui fa seguito il riempimento del canale con materiale inerte, in modo da evitare la proliferazione di batteri al suo interno. Con la cura canalare denti anche molto danneggiati, possono essere salvati evitando l'estrazione. La procedura viene eseguita con l'applicazione della diga di gomma. La procedura è applicabile, per la maggior parte dei casi, solo su incisivi e canini di entrambe le arcate dentarie, sui secondi premolari superiori e sui primi e secondi premolari inferiori.

Devitalizzazione di dente mono-canalare, con sigillatura del canale radicolare; immagine radiografica prima e dopo la devitalizzazione

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO; Trattamento o pulpotomia; Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)	54,37

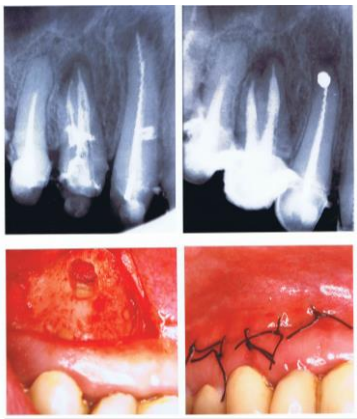
La cura canalare (detta anche trattamento endodontico o devitalizzazione) consiste nella rimozione della polpa dentale e dei residui batterici dall'interno del canale radicolare, attraverso l'allargamento dello stesso e la successiva detersione e disinfezione, a cui fa seguito il riempimento del canale con materiale inerte, in modo da evitare la proliferazione di batteri al suo interno. Con la cura canalare denti anche molto danneggiati, possono essere salvati evitando l'estrazione. La procedura viene eseguita con l'applicazione della diga di gomma. La procedura è applicabile solo sui molari di entrambe le arcate dentarie e sui primi premolari superiori.



Devitalizzazione di dente pluri-canalare, con sigillatura 3 canali radicolari; immagine radiografica dopo la devitalizzazione (in cui si vede anche la ricostruzione coronale con perno di ancoraggio distale)

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
23.73	APICECTOMIA	APICECTOMIA; Incluso: Otturazione retrograda	44,87

L'apicectomia è la rimozione chirurgica della parte apicale della radice del dente, seguita da un curettage chirurgico dei tessuti circostanti la zona della resezione apicale, al fine di rimuovere qualsiasi forma di infezione o coinvolgimento di tutto quanto si trovi attorno alla radice e all'apice del dente. In alcune particolari situazioni, infatti, una convenzionale terapia canalare, pur corretta, può non essere sufficiente a trattare con successo una patologia infettiva peri-apicale (granuloma); in questi casi, quindi, viene eseguita un'apicectomia, con successiva necessaria otturazione retrograda del canale radicolare.
Documentazione minima: radiografia endorale.



Apicectomia del canino sup. dx. 13: le radiografie documentano la situazione clinica prima e dopo il taglio dell'apice radicolare e l'otturazione retrograda; le fotografie evidenziano il taglio dell'apice radicolare e la sutura

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
24.00.1	GENGIVECTOMIA	GENGIVECTOMIA; (Per gruppo di 4 denti); Incluso: Innesto libero o peduncolato	28,50

Gengivectomia: asportazione tasche gengivali mediante rimozione chirurgia di tessuto; la gengivectomia può essere integrata da gengivoplastica. Nella stessa operazione si elimina la tasca, ma viene data anche forma più fisiologica alla gengiva. Contrariamente ad altri interventi parodontali estesi, la gengivectomia è indicata soprattutto in interventi limitati e circoscritti sulla gengiva marginale (iperplasie gengivali da farmaci, tasche gengivali sopra-alveolari, motivi endodontici o protesici - **allungamento di corona clinica pre-protesico**).

Innesto libero: spostamento di lembo di mucosa palatina autologa staccata completamente dal sito originario (solitamente palato) e deposta sul sito ricevente (solitamente incisivi inferiori) dove si necessita di ricostruire la banda di gengiva aderente cheratinizzata; **terapia indicata per le recessioni gengivali** su denti parodontopatici, ma oggi usata anche per ottenere adeguata gengiva cheratinizzata intorno ai denti da spostare ortodonticamente, da protesizzare e anche intorno al collo degli impianti.

Innesto peduncolato: anche questa terapia è indicata per le recessioni gengivali. Si incide il lembo di gengiva senza staccarlo completamente dal sito donatore, che poi viene adattato al difetto del dente adiacente ("posizionamento coronale" o "scivolamento laterale").

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	BIOPSIA DELLA GENGIVA	14,25

Prelievo di una porzione o di un frammento di tessuto gengivale per l'analisi al fine di escludere o confermare un sospetto di malattia, cioè per arrivare a una diagnosi istopatologica, definendone con precisione le caratteristiche (gravità, estensione, possibili terapie).

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	14,25

Prelievo di una porzione o di un frammento di tessuto osseo per l'analisi al fine di escludere o confermare un sospetto di malattia, cioè per arrivare a una diagnosi istopatologica, definendone con precisione le caratteristiche (gravità, estensione, possibili terapie).

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
24.20.1	GENGIVOPLASTICA (CHIRURGIA PARODONTALE)	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE]; Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee; applicazione di osso o membrane, osteoplastica (Per sestante);	59,11

Lembo di Widman modificato: intervento chirurgico parodontale, detto anche "curettage a cielo aperto", con cui ci si propone la guarigione delle tasche infra-alveolari (con profondità dai 4-6 mm) con levigatura radicolare sotto controllo visivo e asportazione della porzione più coronale della gengiva. Procedura comprensiva di anestesia, curettage, sutura, unica seduta, di solito sui 6 denti anteriori. Possono essere associati interventi di osteo-plastica.

Applicazione membrane e osso sintetico: vi sono tecniche chirurgiche per ripristinare il volume osseo, una di queste è la rigenerazione ossea guidata (Guided Bone Regeneration o GBR) che consiste nel posizionamento di una barriera (membrana) tra il tessuto connettivo e il difetto osseo alveolare. Tale barriera ha lo scopo di prevenire il collasso dei tessuti molli nel difetto e di creare uno spazio in cui si possa organizzare un coagulo ematico con conseguente formazione di nuovo osso.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA; Asportazione di epulidi; Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)	28,50

Epulide: termine clinico aspecifico con significato topografico (sopra la gengiva) privo di connotazioni istologiche. Nella pratica è utilizzato per indicare neoformazioni benigne localizzate e originate solo dai tessuti gengivali. La buona pratica clinica impone l'esame istologico associato per la sicura diagnosi.

Epulide sulla gengiva linguale; rimozione chirurgica e invio del "pezzo" operatorio fissato in formaldeide per l'esame istologico

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI	LEVIGATURA DELLE RADICI; Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto; (Per sestante)	23,75

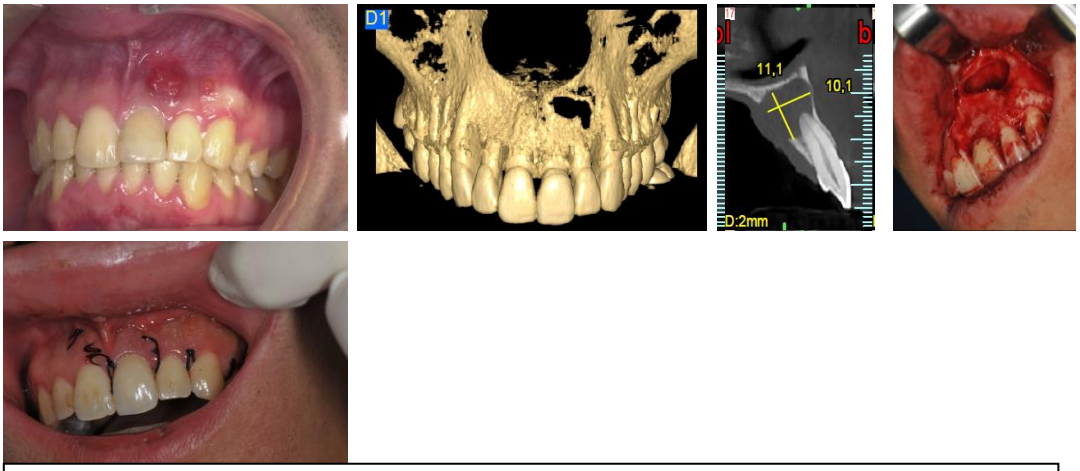
La procedura di levigatura radicolare, chiamata anche “scaling” o “root-planing”, consiste nel rimuovere la placca e il tartaro sotto-gengivale adeso alle radici degli elementi dentali e nell’asportazione di sottili strati di cemento radicolare infetto e di materiale necrotico dalle tasche gengivali che i batteri stessi hanno creato e nelle quali si nascondono. La levigatura radicolare è un approfondimento della pulizia dei denti per quei soggetti che presentano recessioni e tasche gengivali. La procedura viene eseguita necessariamente in anestesia locale e in genere servono 4 sedute per l'intera bocca (una per quadrante), ma può essere eseguita anche in un'unica seduta (“full mouth disinfection”).
Indispensabile sondaggio parodontale (sondaggio minimale - PSR, periodontal screening record - per ogni quadrante, con registrazione della tasca gengivale maggiormente profonda ed eventuale ulteriore sondaggio approfondito) e status radiografico endorale in corrispondenza delle tasche con profondità maggiore ai 5 mm.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO; (Per emi-arcata)	21,10

Per intervento pre-protesico si intende qualsiasi “rimodellamento” chirurgico dell’osso o delle gengive per permettere corretta applicazione, inserimento o stabilizzazione di protesi fisse o rimovibili, come già descritto, ad esempio, per il codice 24.5 “alveoloplastica”, prestazione comprensiva ovviamente del lembo di accesso chirurgico e della sutura.

codice	nota	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
24.4	P	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA; Asportazione di lesione odontogenica	131,95

Voce utilizzata comunemente per indicare l'asporto di lesioni cistiche di origine dentaria, intendendo per cisti una lesione generalmente intra-ossea caratterizzata da una cavità centrale rivestita da una parete interna epiteliale e da un rivestimento esterno di natura connettivale. Il lume cistico può contenere liquido misto a materiale solido. Il percorso diagnostico prevede accertamenti radiografici anche di secondo livello e sempre il prelievo intra-operatorio per l'esame cito-istologico, l'unico a permettere di confermare la diagnosi clinica e radiografica iniziale. La procedura di asporto completo della lesione viene detta anche "enucleazione" o "cistectomia".
Necessario l'esame istologico e sovente anche la TAC.



Lesione cistica coinvolgente i 2 incisivi centrali superiori sinistri 21-22, ben evidente alla TAC; intervento chirurgico in anestesia locale per l'enucleazione completa della cisti

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI; (Per anno)	118,76

La voce si utilizza per trattamenti ortodontici con applicazione di apparecchi ortodontici rimovibili, come quello in figura. Vi sono innumerevoli tipi diversi di apparecchi mobili, che hanno però in comune la medesima caratteristica, cioè quella di agire e indirizzare lo sviluppo delle basi ossee mascellari, avendo un effetto minimo o pressoché nullo sul posizionamento dei denti. Pertanto tali apparecchi, chiamati anche apparecchi "ortopedico-funzionali", sono efficaci e devono essere utilizzati solo in pazienti in crescita (generalmente, al massimo in soggetti femmine di 11-13 anni e maschi di 12-14 anni).

Come per ogni tipo di trattamento ortodontico, per la diagnosi e quindi per la terapia è indispensabile lo studio preliminare ortodontico, composto da fotografie, modelli in gesso delle arcate dentarie, radiografia panoramica OPT, tele-radiografia latero-laterale del cranio e tracciato cefalometrico (a questi si possono aggiungere ulteriori accertamenti peculiari per ogni caso, come la tele-radiografia del cranio postero-anteriore o la radiografia del polso).

Essendo un manufatto realizzato dal laboratorio, dispositivo medico su misura, deve esistere la prescrizione del medico al laboratorio e il certificato di conformità protesica del laboratorio (CEE 93/42). Tale certificazione, che non è obbligatorio consegnare al paziente, deve essere però tenuta a disposizione sia del medico che del laboratorio in apposito fascicolo.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI; (Per anno)	118,76

La voce si utilizza per trattamenti ortodontici con applicazione di apparecchi ortodontici fissi, cioè quelli che il paziente non può rimuovere in alcun modo autonomamente. Contrariamente agli apparecchi mobili funzionali, gli apparecchi fissi (costituiti da bande, attacchi e archi, come in figura), hanno in comune la caratteristica di agire non sulle ossa mascellari, ma esclusivamente sull'allineamento dei denti. Tali apparecchi possono essere usati sia su soggetti in crescita, anche in combinazione con apparecchi mobili, sia su soggetti adulti. La prestazione viene riconosciuta solo per soggetti fino a 16 anni di età.

Come per ogni tipo di trattamento ortodontico, per la diagnosi e quindi per la terapia è indispensabile lo studio preliminare ortodontico, composto da fotografie, modelli in gesso delle arcate dentarie, radiografia panoramica OPT, tele-radiografia latero-laterale del cranio e tracciato cefalometrico (a questi si possono aggiungere ulteriori accertamenti peculiari per ogni caso, come la tele-radiografia del cranio postero-anteriore o la radiografia del polso).

Essendo un manufatto realizzato dal laboratorio, dispositivo medico su misura, deve esistere la prescrizione del medico al laboratorio e il certificato di conformità protesica del laboratorio (CEE 93/42). Tale certificazione, che non è obbligatorio consegnare al paziente, deve essere però tenuta a disposizione sia del medico che del laboratorio in apposito fascicolo.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI; Incluso: Trattamento con placca di svincolo; (Per anno)	118,76

La placca di svincolo o apparecchio tipo "bite" è un dispositivo intraorale superiore o inferiore atto alla terapia delle disfunzioni cranio mandibolari. “Bite” significa morso, e si usa nella terminologia corrente per indicare i vari tipi di placca che si possono utilizzare. La placca può servire a svincolare i contatti di occlusione, a proteggere le superfici occlusali dentali, a favorire un rilassamento muscolare e, di conseguenza, a proteggere l'Articolazione Temporo-Mandibolare.

La voce è congrua per essere utilizzata con gli apparecchi rimovibili inter-occlusali tipo "bite-plane", ma non deve essere utilizzata per i trattamenti ortodontici con apparecchi mobili, perché gli apparecchi ortodontici rimovibili sono già primariamente e sostanzialmente apparecchi ortopedico-funzionali (che agiscono cioè sullo sviluppo delle ossa mascellari).

Essendo un manufatto realizzato dal laboratorio, dispositivo medico su misura, deve esistere la prescrizione del medico al laboratorio e il certificato di conformità protesica del laboratorio (CEE 93/42). Tale certificazione, che non è obbligatorio consegnare al paziente, deve essere però tenuta a disposizione sia del medico che del laboratorio in apposito fascicolo.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	26,90

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	19,50

Prelievo, tramite ago, di una porzione o di un frammento di tessuto per l'analisi al fine di escludere o confermare un sospetto di malattia, cioè per arrivare a una diagnosi istopatologica, definendone con precisione le caratteristiche (gravità, estensione, possibili terapie).

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE	FRENULOTOMIA LINGUALE; Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)	14,75

Il frenulo linguale è la piega mucosa che connette la linea mediana della superficie inferiore della lingua al pavimento della cavità buccale.
Per frenulotomia si intende il riposizionamento più apicale (quindi verso l'alto) del frenulo.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE	FRENULECTOMIA LINGUALE; Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)	14,75

Il frenulo linguale è la piega mucosa che connette la linea mediana della superficie inferiore della lingua al pavimento della cavità buccale.
Per frenulectomia si intende la rimozione chirurgica completa del frenulo attraverso incisione chirurgica dello stesso.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI; Asportazione di calcoli del dotto salivare	19,50

La rimozione del calcolo avviene chirurgicamente con apertura del dotto previo posizionamento di un punto di sutura a monte del calcolo onde impedire una sua migrazione più posteriore. Il dotto verrà incannulato e la cannula sarà fissata alla mucosa del pavimento orale per ottenere una guarigione senza esiti cicatriziali che comportino ostruzioni salivari.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	14,75

Prelievo di una porzione o di un frammento di tessuto per l'analisi al fine di escludere o confermare un sospetto di malattia, cioè per arrivare a una diagnosi istopatologica, definendone con precisione le caratteristiche (gravità, estensione, possibili terapie).

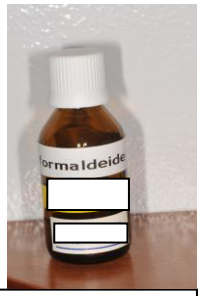
Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	14,75

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
27.21	BIOPSIA PALATO OSSEO	BIOPSIA PALATO OSSEO	14,25

Prelievo di una porzione o di un frammento di tessuto per l'analisi al fine di escludere o confermare un sospetto di malattia, cioè per arrivare a una diagnosi istopatologica, definendone con precisione le caratteristiche (gravità, estensione, possibili terapie).

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	BIOPSIA DEL LABBRO	14,25

Prelievo di una porzione o di un frammento di tessuto per l'analisi al fine di escludere o confermare un sospetto di malattia, cioè per arrivare a una diagnosi istopatologica, definendone con precisione le caratteristiche (gravità, estensione, possibili terapie).



Biopsia escissionale del labbro e invio frammento sospetto per diagnosi istologica

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA	14,25

Prelievo di una porzione o di un frammento di tessuto per l'analisi al fine di escludere o confermare un sospetto di malattia, cioè per arrivare a una diagnosi istopatologica, definendone con precisione le caratteristiche (gravità, estensione, possibili terapie).

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
27.41	FRENULECTOMIA LABIALE	FRENULECTOMIA LABIALE; Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	14,75

Per frenulectomia si intende la rimozione chirurgica completo del frenulo attraverso incisione chirurgica dello stesso.

Codice	Nota	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
27.49.1	P	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA; Asportazione neoformazioni del cavo orale	63,33

Voce utilizzata per indicare l'asporto chirurgico di tumori del cavo orale, sia dei tessuti molli che dei tessuti duri. Il percorso diagnostico prevede accertamenti radiografici anche di secondo livello e sempre la biopsia pre-intervento, escissionale o incisionale, con esame cito-istologico intra-operatorio obbligatorio.

Sono pertanto escluse le cisti, per le quali esistono già voci specifiche.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	SUTURADI LACERAZIONE DEL LABBRO	19,50

Applicazione di punti di sutura sul labbro.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA	19,50

Applicazione di punti di sutura in altra parte della bocca.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
27.91	FRENULOTOMIA LABIALE	FRENULOTOMIA LINGUALE; Sezione del frenulo labiale; Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	14,75

Codice	Nota	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
76.01	P	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE; Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	79,17

Le infezioni dopo le avulsioni dentarie nella maggior parte dei casi sono eventi che si manifestano tra la seconda e la quarta settimana dopo l'avulsione. In genere sono sub-periostali e sono dovute a residuo di detriti, prodotto delle fasi di osteotomia e odontotomia oppure a residui di cibo che determinano infezione e comparsa di ascessi, gonfiore e dolore. Compaiono frequentemente in casi di avulsione di elementi inclusi in cui avviene guarigione per prima intenzione. L'infezione richiede sicuro re-intervento mediante incisione, drenaggio del materiale purulento e lavaggio della cavità residua (medicazione). Tali infezioni a volte possono evolvere in sequestro osseo, cioè frammento di tessuto osseo infetto e non più vitale che viene espulso dal resto dell'osso sano nel tentativo di circoscrivere l'infezione. Il sequestro radiograficamente appare come un'area radiopaca circondata da un'area radiotrasparente ed è spesso conseguente a trauma osseo durante le fasi chirurgiche di avulsione, con conseguente distacco e perdita della vascolarizzazione. I sequestri sono anche conseguenza di osteonecrosi da bifosfonati o da fratture per traumi.
La procedura comprende l'anestesia, i lavaggi e le medicazioni, l'applicazione e la rimozione della sutura. Se vi sono sequestri di grandi dimensioni è indicato intervento chirurgico di competenza maxillo-facciale eseguito in anestesia generale.

codice	nota	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
76.2	H	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI; Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare	100,29

Voce utilizzata comunemente per indicare l'asporto di lesioni cistiche anche non di origine dentaria, intendendo per cisti la rimozione di una lesione generalmente intra-ossea caratterizzata da una cavità centrale rivestita da una parete interna epiteliare e da un rivestimento esterno di natura connettivale. Il lume cistico può contenere liquido misto a materiale solido. Il percorso diagnostico prevede a volte accertamenti radiografici di secondo livello tridimensionali CBCT e sempre il prelievo intra-operatorio per l'esame cito-istologico, l'unico a permettere di confermare la diagnosi clinica e radiografica iniziale.
La marsupializzazione, diversamente dall'enucleazione completa della cisti, prevede l'apertura della cisti e la creazione di una comunicazione con il cavo orale, che viene lasciata aperta tramite l'inserimento di una garza medicata fino alla guarigione.
La marsupializzazione comporta spesso più sedute di controllo ripetute nel tempo.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE; Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	19,50

Codice	Nota	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
89.01.E	I	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO-FACCIALE DI CONTROLLO	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO-FACCIALE DI CONTROLLO	17,90

Codice	Nota	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
89.7B.5	I	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO-FACCIALE	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO-FACCIALE. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	22,50

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
96.54.1	ABLAZIONE TARTARO	ABLAZIONE TARTARO	9,50

L'ablazione del tartaro o detartrasi consiste nella rimozione meccanica dei depositi di placca e tartaro sopra-gengivali sulle superfici dentarie, utilizzando strumenti manuali o ad ultrasuoni che frantumano i depositi di tartaro. La finalità è l'eliminazione degli agenti eziologici che causano infiammazione alle gengive.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE	3,70

Procedura semplice e veloce, senza anestesia. La sigillatura dei denti è una procedura dentistica raccomandata per prevenire la formazione di carie, da eseguire non appena i denti da latte lasciano il posto a quelli permanenti. La sigillatura dei denti è consigliata, in particolare, per prevenire lo sviluppo di processi cariogeni nei molari. Difatti, questi denti sono più esposti al rischio di carie dato che presentano numerosi e profondi solchi, al cui interno la placca e i batteri possono facilmente annidarsi e creare danno.
L'intervento consiste nell'applicazione, sulla superficie masticatoria dei molari, di una speciale resina fluida in grado di proteggere lo smalto dentale da eventuali processi cariogeni futuri.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE; Per seduta	5,80

La stomatite è un processo infiammatorio, acuto o cronico, che interessa la cavità orale di individui di qualunque fascia di età.
Tale infiammazione può essere localizzata in un punto preciso della mucosa orale o interessarla in maniera diffusa e generalizzata. La stomatite può comportare differenti sintomi, tutti localizzati nel cavo orale: gonfiore, arrossamento, ulcere orali (afte), e, in alcuni casi, perdite di sangue. Questi segni sono associati ad una sensazione di dolore. Cause: malattie sistemiche, abbassamento difese, carenze alimentari, allergie, scarsa igiene.

L'alveolite post-estrattiva è una complicanza molto fastidiosa che può seguire ad un'estrazione dentaria. Dopo l'estrazione del dente l'alveolo viene a comunicare direttamente con la cavità orale. Il dolore tende a diminuire progressivamente nei primi giorni dopo l'estrazione, ma inaspettatamente, dopo il 4°-5° giorno, un dolore si localizza nella zona cruentata ed aumenta di intensità. Il dolore è spontaneo, intenso, persistente, di tipo gravativo, soprattutto notturno, tende ad irradiarsi verso le zone limitrofe all'alveolo interessato Nell'eziologia sembrano essere esclusi processi infettivi: l'uso di antibiotici per via sistemica infatti non sortisce effetti apprezzabili. È necessario quindi intervenire soprattutto localmente, con un cauto curettaggio e lavaggio dell'alveolo, previa anestesia locale se necessario, e l'applicazione di una medicazione antidolorifica nell'alveolo stesso.

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE; Rimozione di corona isolata, Rimozione di elemento protesico	6,30

Rimozione di corona protesica fissa su dente-pilastro o impianto. Non è applicabile pertanto quando si parla di protesi mobili. Si procede alla rimozione della corona protesica mediante martelletto a caduta o taglio della struttura protesica mediante frese rotanti.
Si esegue ad esempio quando si vuole rimuovere la protesi danneggiata, vetusta o inadeguata in termini di occlusione con l'arcata antagonista, per sostituirla con una nuova. È chiaro che la prestazione ha dignità di rendicontazione autonoma solo se si intende mantenere i pilastri naturali o implantari. In altri termini, la prestazione non è applicabile se, contestualmente alla rimozione protesica, deve essere eseguita anche l'estrazione del dente o la rimozione dell'impianto sottostante.

Rimozione di ponte protesico fisso inferiore destro con strumenti rotanti per impreciso accoppiamento con i pilastri dentari sottostanti che saranno mantenuti per supportare il nuovo manufatto protesico

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE	8,40

Rimozione manuale o con strumenti non chirurgici di corpi estranei dal cavo orale (ad esempio frammenti di vetro).

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI	13,70

Lo splintaggio ortodontico è una metodica di stabilizzazione della posizione dentaria. Il suo utilizzo ha 3 indicazioni principali: alla conclusione di una cura ortodontica per prevenire la recidiva, dopo un trauma per permettere la ripresa dei denti lussati nel trauma e per stabilizzare denti mobili fortemente parodontopatici per ridotto tessuto osseo di supporto.

Di solito si impiega sui 4 incisivi (superiori o inferiori) collegando rigidamente 6 denti (cioè estendendo l'ingessatura fino ai canini adiacenti). Viene eseguito direttamente dal dentista tramite applicazione di barre metalliche e composito sulla superficie interna dei denti, ma può anche essere di laboratorio e in tal caso richiede come sempre la conformità protesica (CEE 93/42).

"Splintaggio" degli incisivi inferiori parodontopatici, con filo metallico e composito sulla superficie interna dei denti

"Splintaggio" degli incisivi superiori parodontopatici, con barra palatale in metallo realizzata dal laboratorio sulla superficie interna dei denti

Codice	descrizione breve	descrizione completa	tariffa in euro (agg. al 1° marzo 2016)
99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE; Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci; riparazione di protesi fratturata, ricementazione di corona o ponte	13,70

La ribasatura delle protesi mobili è il procedimento con il quale il dentista stabilizza nuovamente la protesi in bocca al paziente. Dopo un periodo di tempo variabile da soggetto a soggetto, la protesi mobile tende a non rimanere stabile come lo era nei primi periodi successivi alla consegna. A modificarsi sono i punti di appoggio della protesi mobile ovvero i tessuti osteogengivali (riassorbimento dell'osso e recesso gengivale), quindi il soggetto portatore avverte una eccessiva mobilità della protesi soprattutto durante la masticazione e nel parlare.

Ribasatura immediata nello studio del dentista: in questo caso, l'odontoiatra versa della resina a freddo e autopolimerizzante alla base della protesi mobile (la parte che appoggia sulle gengive) e la riposiziona in bocca al paziente in modo tale che il nuovo materiale possa andare a colmare i vuoti che si sono creati per effetto della recessione dei tessuti e ripristinare la stabilità del manufatto protesico.

Ribasatura in laboratorio: la ribasatura della protesi mobile in laboratorio viene effettuata, di regola ogni 2 anni, sulla base di nuove impronte dentali. In altre parole, il dentista rileva le nuove impronte che danno all'odontotecnico la possibilità di aggiungere resina là dove necessita in funzione della nuova conformazione dei tessuti del paziente.

Tale voce viene utilizzata anche per le ri-cementazioni nel tempo dei manufatti protesici fissi e per le riparazioni delle protesi mobili fratturate. È importante però comprendere che tale voce è inapplicabile quando associata alla voce per applicazione di nuove protesi mobili (totale, parziale o scheletrata), in quanto la procedura di ribasatura è già compresa nelle fasi di lavorazione (e nelle sedute) che portano alla consegna del manufatto protesico finito.

Esempio di riparazione di protesi mobile esistente per distacco di dente artificiale in resina

Legenda Note*:

FLAG	Descrizione
I	indica le prestazioni di nuovo inserimento nel nomenclatore tariffario regionale
P	indica le procedure con tariffe ridefinite in relazione a quelle vigenti per il DH o il ricovero ordinario di un giorno
IHca	erogabili solo in contesto ospedaliero e subordinato alla contemporanea presenza nell'assetto accreditato della "macro attività chirurgica a bassa complessità operativa ed assistenziale"

ALTRI SIMBOLI
[ ]: La parentesi quadra include sinonimi o termini esplicativi.
( ): La parentesi tonda include termini descrittivi della prestazione che non implicano una variazione della scelta del codice.
NAS: Non altrimenti specificato. Le prestazioni recanti la dizione "NAS" (Non Altrimenti Specificato), vanno utilizzate esclusivamente quando la specifica prestazione prescritta non sia presente.

*cfr. Decreto DG Sanità n. 32731/2000

ALLEGATO 2

CODIFICA RIABILITAZIONE DI ALTA COMPLESSITÀ ED INTENSIVA

Le DGR nn. X/1185/2013 e X/1520/2014 hanno introdotto il tema della complessità assistenziale delle degenze in Riabilitazione (alta complessità e intensiva) e del corretto riconoscimento del relativo consumo di risorse. Modificando quindi l'orientamento normativo precedente, è stato disposto che la rendicontazione delle prestazioni di ricovero tenesse principalmente conto della disabilità trattata e delle risorse professionali impiegate e non più appena della patologia di base del paziente: "*la diagnosi principale deve essere descrittiva del quadro clinico che ha determinato il maggior assorbimento di risorse e coerente con il progetto riabilitativo svolto durante il ricovero".* L'incongruenza tra le citate indicazioni e la tabella di codifica contenuta nelle stesse DGR, costituiscono un refuso.
Per questi motivi, come già anticipato nell'ambito del Gruppo di Lavoro regionale "*Accreditamento, Appropriatezza e Controlli*" (cfr. Verbale del 09.10.2015, Punto 4), si conferma l'utilizzo di una codifica maggiormente orientata al corretto riconoscimento del consumo di risorse e si rivede la tabella di codifica contenuta nella DGR n. X/1520/2014 (Allegato B), integralmente sostituita dalla tabella "Codifica riabilitazione neuro-motoria", parte integrante del presente atto, di cui si dettagliano di seguito i contenuti di nuova introduzione.

Riabilitazione Neuromotoria

1. trattamento riabilitativo delle emiplegie: nel merito delle indicazioni di codifica vigenti per le emiplegie, si chiarisce che nel caso in cui l'evento ictale non abbia una genesi vascolare (es. neoplastico, chirurgico ecc.), la rappresentazione corretta è la seguente:
   - I diagnosi, cod. 342_ emiplegia ed emiparesi
   - II diagnosi, cod. della causa dell'evento (es. tumore);
2. trattamento riabilitativo della sclerosi multipla: è possibile indicare in I diagnosi le codifiche relative alla paraplegia/tetraplegia qualora, a seguito della somministrazione della scala EDDS (Expanded Disability Status Scale, range 1-10), si sia ottenuto un punteggio ≥ 6.5;
3. trattamento riabilitativo delle patologie del Sistema Nervoso Periferico:
   - sindrome di Guillain-Barrè:
     I diagnosi, 344.09 "altre quadriplegie"
     II diagnosi 357.0 "polineurite infettiva acuta";
   - neuropatie infiammatorie e tossiche, mononeuriti, disturbi radicolari dei plessi: la I diagnosi può essere selezionata tra i codici di plegia qualora si sia ottenuto
   - un punteggio ≤ 25 nella scala BIM (Barthel Index Modificato, range 0-100)
     oppure
   - un punteggio ≤ 60 nella scala FIM (Functional Independence Measure, range 18-126);
4. trattamento riabilitativo dei pazienti con malattie delle cellule delle corna anteriori, neuropatie periferiche ereditarie, distrofie muscolari e miopatie ed esiti di poliomielite: anche in questi casi la I diagnosi può essere selezionata tra i codici di plegia qualora si sia ottenuto
   - un punteggio ≤ 25 nella scala BIM (Barthel Index Modificato, range 0-100)
     oppure
   - un punteggio ≤ 60 nella scala FIM (Functional Independence Measure, range 18-126);
5. trattamento riabilitativo dei pazienti con esiti di amputazione traumatica: per la codifica di questi ricoveri, occorre distinguere i casi in cui il trattamento riabilitativo è indirizzato all'utilizzo del moncone dai casi in cui invece durante il trattamento riabilitativo viene effettuato l'addestramento all'uso di una protesi di arto, in particolare
   - per il ricovero senza addestramento all'uso della protesi di arto è prevista la codifica in I diagnosi del cod. 905.9 *postumi di amputazione traumatica* che produce il DRG 249 *Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo*; il suddetto codice 905.9 può essere utilizzato anche nei casi amputazione *non* traumatica, indicando in II diagnosi la patologia di base;

- per tutti i ricoveri con addestramento all'uso della protesi di arto è possibile indicare in I diagnosi il codice V43.7 *arto sostituito con altri mezzi* che conduce al DRG 256 *Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo*;

6. trattamento riabilitativo di pazienti con sostituzioni articolari: in questi casi è possibile distinguere il caso in cui la causa della sostituzione articolare sia una frattura da quello in cui segua ad un'artrosi articolare, in particolare
   - per la riabilitazione del paziente protesizzato post-frattura, la I diagnosi è individuata tra i codici di frattura;
   - per la riabilitazione del paziente protesizzato a seguito di artrosi articolare (es. coxartrosi), la I diagnosi è rappresentata dal codice V43.6_ *articolazione sostituita con altri mezzi*;
7. trattamento riabilitativo dei pazienti con malattie del connettivo, artrite reumatoide, spondilopatie infiammatorie, sindrome post-laminectomia, stenosi del canale vertebrale cervicale o lombare: la I diagnosi può essere selezionata tra i codici di plegia qualora si sia ottenuto
   - un punteggio ≤25 nella scala BIM (Barthel Index Modificato, range 0-100)
     oppure
   - un punteggio ≤ 60 nella scala FIM (Functional Independence Measure, range 18-126);
8. trattamento riabilitativo dei pazienti con patologia della cauda non traumatica: per la codifica di questi ricoveri, indicare in I diagnosi il codice 344.9 *paralisi non specificata* (DRG 035 *Altre malattie del sistema nervoso senza CC*, soglia di 40 giorni).

Quanto sopra è stato condiviso con il GdL regionale per l'Autorizzazione, l'Accreditamento, l'Appropriatezza e la Codifica delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie nell'incontro del 27 ottobre 2016

ALLEGATO 2

Tabella "CODIFICA RIABILITAZIONE NEURO-MOTORIA"

Codifica riabilitazione neuro-motoria							
MDC	**Situazione clinica**	**Diagnosi I e II**	**DRG**	**Descrizione**	**Soglia (gg)**	**Note**	**Scale di valutazione e integrazioni**
Neurolesioni:							
01	Emiplegia in esiti di ictus cerebri	**438._** *"postumo di mal. cerebrovascolare"* (I diagnosi) **342._** "*Emiplegia ed emiparesi*" (II diagnosi)	**012**	*Malattie degenerative del sistema nervoso*	60	Il cod. **438._** è utilizzato non solo per il danno motorio (es. emiparesi) ma anche per gli altri tipi di postumo (cognitivo, del linguaggio ecc.) quando questi rappresentino la condizione principalmente responsabile del bisogno di trattamento. Nel caso in cui l'evento ictale non abbia una genesi vascolare (es. neoplastico, chirurgico ecc.), la rappresentazione corretta è la seguente: - I diagnosi, cod. **342_** emiplegia ed emiparesi - II diagnosi, cod. della causa dell'evento (es. tumore).	
01	Sclerosi multipla	**340** *"sclerosi multipla"*	**013**	*Sclerosi multipla e atassia cerebellare*	60	L'evento indice da solo non rappresenta la necessità di cure in regime di ricovero per patologie croniche evolutive: utilizzare le diagnosi secondarie per motivare la scelta del setting.	**EDSS (expanded disability status scale): se il punteggio risulta ≥ 6.5, la DP può essere selezionata tra i codici di plegia.**
01	Atassia cerebrale	**331.89** *"altre degenerazioni cerebrali"*	**012**	*Malattie degenerative del sistema nervoso*	60		
01	Atassia cerebellare	**334._** *"mal. spinocereb."*	**013**	*Sclerosi multipla e atassia cerebellare*	60		
01	Patologia extrapiramidale	**332._** *"morbo di Parkinson"* oppure **333.0** *"altre mal. degen. dei nuclei della base"*	**012**	*Malattie degenerative del sistema nervoso*	60		
01	Patologia del SNP	**353._** *"dist. delle radici e dei plessi nerv."* oppure	**018 / 019**	*Malattie dei nervi cranici e periferici*	50		**- BIM (Barthel Index Modificato punteggio 0-100): se punteggio ≤ 25/100, la DP può essere selezionata tra i codici**

		355._ *"mononeuriti dell'arto inf. e di sede non spec."* oppure		*(con cc e senza cc)*	40		**di plegia.** **e/o** **- FIM (Functional Independence Measure punteggio 18-126): se punteggio ≤ 60/126, la DP può essere selezionata tra i codici di plegia.**
		357._ "neuropatie infiamm. e tossiche"					
		344.09 "*altre quadriplegie*"(I diagnosi) **357.0** *"polineurite infettiva acuta"(II diagnosi)*	**009**	*Malattie e traumatismi del midollo spinale*	180		
altro:							
01	Mal. delle cell. delle corna ant.	**335.**_ *"mal. delle cell. delle corna ant."*	**012**	*Malattie degenerative del sistema nervoso*	60		**- BIM (Barthel Index Modificato punteggio 0-100): se punteggio ≤ 25/100, la DP può essere selezionata tra i codici di plegia.** **e/o** **- FIM (Functional Independence Measure punteggio 18-126): se punteggio ≤ 60/126, la DP può essere selezionata tra i codici di plegia.**
01	Neuropatie perif. ereditarie	**356.**_ *"neurop. perif. eredit. e idiop."*	**018 / 019**	*Malattie dei nervi cranici e periferici (con cc e senza cc)*	50		
					40		
01	Distrofie muscolari e miopatie	**359.**_ *"distrofie musc. e altre miopatie"*	**034 / 035**	*Altre malattie del sistema nervoso (con cc e senza cc)*	40		
	Esiti di poliomielite	**138** *"postumi della poliomielite acuta"*			40		
Patologia muscolo-scheletrica:							
01/08	Postumi traumatismi sist. osteomuscolare e tess. connettivo	**905.**_ *"postumi di traumatismi del sist. osteomuscolare e del tess. connettivo"*	**DRG vari**			L'utilizzo del codice **905.**_ è confermato per i postumi di fratture sottoposte ad intervento, in caso di concessione del carico.	**Per la codifica dei ricoveri riabilitativi a seguito di amputazione traumatica occorre distinguere i casi in cui durante il trattamento riabilitativo non viene effettuato l'addestramento all'uso della protesi ed i casi in cui durante il trattamento riabilitativo viene effettuato l'addestramento all'uso della protesi.** **- SENZA addestramento all'uso della protesi:** **DP 905.9 "***postumi di amputazione*
08		**805.**_ *"frattura della col. vert. sz menzione di lesione del m. spinale"*	**243**	*Affezioni mediche del dorso*	18	Per l'utilizzo dei codici di frattura (**805.**_ ecc.), da utilizzare in caso di mancata concessione di carico, occorre differenziare i casi sottoposti ad intervento chirurgico dai restanti casi: nell'immediata fase post-intervento, infatti, la mancata concessione	
		820._ *"frattura del collo del femore"*	**236**	*Fratture dell'anca e della pelvi*	40		

		829._ *"fratture di ossa non specif."*	**250 / 251**	*Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 aa (con cc e senza cc)*	15	del carico in genere è riferita ad insufficiente incompetenza meccanica della stabilizzazione del focolaio di frattura associata o meno a trofismo osseo scadente mentre nel caso di mancata stabilizzazione chirurgica (es. fratture del bacino) la concessione del carico segue la fisiologica riparazione del focolaio di frattura. Nel primo caso, salvo rare eccezioni (es. fratture bilaterali), il mancato carico non controindica la possibilità di effettuare la verticalizzazione ed il training per conservare lo schema del passo . Nel secondo caso, invece, l'insufficiente consolidamento limita o impedisce la maggior parte delle procedure riabilitative pertanto l'utilizzo dei relativi codici dovrà essere necessariamente associato ad un setting di riabilitazione estensiva. I codici **905.0**, **905.1**, **905.2**, **905.6**, **905.7** e **905.8** non appaiono giustificati per il setting di ricovero. Il codice **905.9** si intende relativo ai postumi di amputazione traumatica.	*traumatica*" **DRG 249** *Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo* **- CON addestramento all'uso della protesi:** **DP V43.7 "***arto sostituito con altri mezzi***"** **DRG 256** *Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo.* ---------- **Il codice 905.9 può essere utilizzato anche nei casi di amputazione** *non* **traumatica, indicando in seconda posizione la patologia di base.**
08	Sostituzioni articolari	**V43.6**_ "*articolazione sostituita con altri mezzi*"	**256**	*Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del sistema connettivo*	22		**- Riabilitazione in sostituzione articolare in artrosi articolare (es. coxartrosi): la DP è individuata con il cod. V43.6_ (DRG 256 con v. soglia 22 gg).- Riabilitazione in sostituzione articolare in frattura: la DP è individuata con il cod. di frattura (es. cod. 820 "frattura del collo del femore", DRG 236 v. soglia 40 gg).**
	Artrite reumatoide	**714.0** "*artrite reumat.*"	**240 / 241**	*Malattie del tessuto connettivo (con cc e senza cc)*	15	Per le patologie cronico-evolutive, la codifica del solo evento indice non è in grado di rappresentare la necessità di cure in regime di ricovero: occorre quindi utilizzare le diagnosi secondarie per motivare la scelta del setting assistenziale.	**- BIM (Barthel Index Modificato punteggio 0-100): se punteggio ≤ 25/100, la DP può essere selezionata tra i codici di plegia.** **e/o** **- FIM (Functional Independence Measure**
	Mal. diffuse del connettivo	**710.**_ "*mal. diffuse del tess. connettivo*"					

	Spondilite anchilosante e altre spondilop. infiamm.	**720.**_ *"Spondilite anchilosante e altre spondilopatie infiamm."*	**243**	*Affezioni mediche del dorso*	18		**punteggio 18-126): se punteggio ≤ 60/126, la DP può essere selezionata tra i codici di plegia.**
	Sindrome post-laminectomia	**722.8**_ "*sindrome post-laminectomia*"	**243**	*Affezioni mediche del dorso*	18	Per le patologie cronico-evolutive, la codifica del solo evento indice non è in grado di rappresentare la necessità di cure in regime di ricovero: occorre quindi utilizzare le diagnosi secondarie per motivare la scelta del setting assistenziale.	
	Stenosi del canale vertebrale cervicale	**723.0** "*stenosi del canale vertebrale cervicale*"					
	Stenosi del canale vertebrale lombare	**724.02** "*stenosi del canale vertebrale lomb.*"					
	Decadim. musc. ed atrofia da inattività	**728.2** "*atrofia musc. da inatt. non classif. altrove*"	**248**	*Tendinite, miosite, borsite*	15		
	Artrogriposi multipla congenita	**754.89** "*altro*"	**256**	*Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del sistema connettivo*	22		
23	Presenza postchir. di artrodesi	vedi codifica *"Postumi traumatismi sist. osteomuscolare e tess. connettivo"*	**467**	*Altri fattori che influenzano lo stato di salute*	20	In merito ai casi di presenza postchirurgica di artrodesi o di altro stato post-chirurgico, si ricorda che la DGR n. VII/20774 del 16.02.2005, al punto 4 recita testualmente: *"Di modificare le indicazioni di codifica per la riabilitazione - contenute nella DGR VII/2418 del 1/12/00 - laddove prevedono di utilizzare i codici V45.4 (presenza postchirurgica di artrodesi) e V45.89 (altro stato post-chirurgico, es. osteosintesi) e che quindi questi stati postchirurgici devono essere codificati con i codici indicati nella stessa delibera per i postumi di traumatismi del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo."* Con ciò si intende che nei casi in cui, invece, non vi siano stati traumatismi ma gli stati postchirurgici siano conseguenti ad interventi programmati (es. per decompressione cervicale oppure per trattamento di spondilolistesi, lordosi, cifosi, discopatia degenerativa, stenosi canale vertebrale ecc.), occorre indicare in diagnosi	
	Altro stato postchirurgico (es. osteosintesi)						

						principale i codici delle rispettive patologie trattate.	
Patologia midollare *(consecutiva a traumi - ASIA scale)*:							
01	Frattura colonna vertebrale con lesione mid. spinale	**806.**_ "*frattura colonna vertebrale con lesione del midollo spinale*"	**009**	*Malattie e traumatismi del midollo spinale*	180	Allo scopo di distinguere e meglio rappresentare le diverse modalità di gestione dell'evento ricovero per questi trattamenti riabilitativi, si ritiene opportuno specificare che: - in caso di accesso per riabilitazione post-acuzie (entro 6 mesi dal trauma) occorre utilizzare i codici sopra riportati come diagnosi principale; - in caso di accesso più lontano nel tempo (dopo 6 mesi dal trauma) occorre assegnare in diagnosi principale, per entrambe le situazioni ossia , il cod. **907.2** ("postumi di traumatismo del midollo spinale") seguito dai rispettivi codd. **806.**_ o **952.**_ , identificativi della patologia che ha determinato il bisogno di trattamento riabilitativo.	**Trattamento riabilitativo dei pazienti con patologia della cauda non traumatica: indicare in prima posizione il codice 344.9** *paralisi non specificata* **(DRG 035** *Altre malattie del sistema nervoso senza CC*, **soglia di 40 giorni).**
	Traumatismo del midollo spinale senza segni di lesione vertebrale:	**952.**_ "*traumatismo del midollo spinale senza segni di lesione vertebrale*"					
	Traumatismo cauda equina	**952.4** "*traumatismo della coda equina*"					
Patologia midollare *(non consecutiva a traumi - lesioni secondarie a tumori o a problemi vascolari, ecc. - ASIA scale)*:							
01	Paraplegia	**344.1** "*paraplegia*"	**009**	*Malattie e traumatismi del midollo spinale*	180	I pazienti (adulti od in età pediatrica) affetti da esiti di lesioni del SNC (lesioni cerebrali o midollari di origine vascolare o traumatica) che sono stati sottoposti ad interventi di chirurgia funzionale nell'ambito di un programma specifico di riabilitazione, finalizzato ad emendare o contenere le problematiche funzionali, devono essere classificati con il codice idoneo a identificare in I diagnosi la patologia neurologica che	
01	Siringomielia	**336.0** "*siringomielia e siringobulbia*"	**012**	*Malattie degenerative del sistema nervoso*	60		
01	Siringomielocele con idrocefalo	**741.0**_ "*spina bifida con idrocefalo*"	**034 / 035**	*Altre malattie del sistema nervoso*	40		

01	Locked in state ed altro	**344.8** "*altre sindromi paralitiche specificate*"		*(con cc e senza cc)*	40	necessita di trattamento riabilitativo ed in diagnosi secondaria il codice **V45.89** ad indicare la presenza di stato post-chirurgico.	
Stato vegetativo *(di origine traumatica - pazienti a minima responsività con GCS < 13)*:							
01	Lacerazione e contusione cerebrale	**851.-6** "*lacerazione e contusione cerebrale*"	**027**	*Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora*	180	Indicare i codici relativi ai postumi trattati in <u>diagnosi secondaria</u>.	
	Emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale, altre e NAS emorragie intracraniche	**852.-6** "*emorragia subaracnoidea, subdurale ed extradurale consecutive a traumatismo*" Oppure					
		853.-6 "*altre e non specificate emorragie intracraniche consecutive a traumatismo*"					
	Traumatismi intracranici di altra e non specificata natura	**854.-6** "*traumatismi intracranici di altra e non specificata natura*"					
Stato vegetativo *(di origine <u>non</u> traumatica - pazienti a minima responsività con GCS < 13)*:							
01		**780.03** *"stato vegetativo persistente"*	**023**	*Stato stuporoso e coma di origine non traumatica*	180	I codici **780.01** di <u>coma</u> e **780.03** di <u>stato vegetativo persistente</u> sono utilizzabili in <u>I diagnosi</u> quando all'ingresso è presente un <u>GCS < 13</u> e quando il progetto riabilitativo ha preso in considerazione i molteplici aspetti della sindrome post-comatosa, i quali andranno indicati tra le diagnosi secondarie: tra le stesse diagnosi secondarie, codificare prima eventuali codici di alta complessità, poi diagnosi/segni e sintomi interagenti.	

19	Ricovero di pazienti in stato confusionale di tipo psicomotorio post-coma/stato vegetativo descritto dai livelli 4 e 5 della scala di valutazione internazionale LCF	**293.1** "*delirium subacuto*" in I diagnosi; come II diagnosi: - **907.0** *"postumi di traumat. intracr. sz menzione di fratt. del cranio"* oppure - **438.**_ *"postumi delle mal. cerebrovasc."*	**425**	*Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale*	30	Il codice **293.1** è utilizzabile in I diagnosi quando il progetto riabilitativo ha preso in considerazione solo il singolo postumo cognitivo.	

Legenda MDC

01 Malattie e disturbi del sistema nervoso

08 Malattie e disturbi dell'apparato osteo-muscolare e connettivo

19 Malattie e disturbi mentali

23 Fattori influenzanti stato di salute e ricorso ai servizi sanitari

Riabilitazione Cardio-Respiratoria

A seguito dell'approfondimento condotto anche nel merito della riabilitazione cardio-polmonare, si precisa che la corretta rappresentazione dei quadri di insufficienza respiratoria in corso di ricovero per riabilitazione pneumologica, contempla, nei casi previsti dalla normativa vigente, la codifica in I diagnosi dell'insufficienza respiratoria (cod. 518.8_).

La suddetta insufficienza respiratoria sarà prevalentemente di natura cronica. Eventuali episodi di insufficienza respiratoria acuta, temporaneamente gestiti all'interno dello stesso ricovero riabilitativo con il supporto specialistico del caso, possono essere rappresentati come tali nei casi in cui ricorrano gli elementi già definiti dalla DGR n. IX/2057/2011 (Allegato A "*Aggiornamento delle linee guida per la codifica delle informazioni cliniche della scheda di dimissione ospedaliera SDO*", pag. 36), sulla base delle alterazioni documentate mediante i parametri emogasanalitici arteriosi (PaO_2, $PaCO_2$, pH e bicarbonato), come elaborati dal gruppo AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) - SIMeR (Società Italiana di Medicina Respiratoria).

ALLEGATO 2

ALLEGATO 3

CODIFICA INFARTO MIOCARDICO ACUTO N-STEMI (cod. 410._)

Congruentemente con i contenuti della DGR n. X/3993/2015, nel merito dell'appropriatezza prescrittiva dei marcatori cardiaci, nonché in riferimento alle recenti "*Linee Guida codifica IMA*", di cui alla nota del Ministero della Salute n. 30216 del 19.10.2016, si dispone la revisione delle indicazioni di codifica delle prestazioni di ricovero per infarto miocardico acuto N-STEMI (cod. 410._), di cui alla nota della ex-DG Sanità n. 10644 del 02.03.2005. Ciò anche alla luce delle evoluzioni in campo diagnostico registrate negli anni trascorsi dalla sua emanazione e all'introduzione nella pratica clinica di test di troponinemia ad alta sensibilità, il cui impiego potrebbe spiegare la prevalenza delle diagnosi di infarto attualmente registrata sul territorio regionale.

La indicazioni di seguito riportate tengono conto delle raccomandazioni dell'Expert Consensus Document ("*Terza definizione universale dell'infarto miocardico*") elaborato dalla European Society of Cardiology nel 2012:

Criteri per infarto miocardico acuto (cod. 410.71, N-STEMI IMA)

Curva on-off (o in discesa) della troponina, in associazione con almeno uno dei seguenti elementi:

a) sintomi di ischemia (dolore, dispnea, sincope, malessere ecc.);
b) alterazioni elettrocardiografiche (refertazione di nuove alterazioni del tratto ST e/o dell'onda T, presenza di onde Q anomale o di BBS);
c) imaging positivo per perdita di miocardio vitale e/o per alterazione della cinesi (es. ecocardiografia ecc.), non riscontrato in precedenza.

Criteri per infarto miocardico post intervento percutaneo coronarico (IMA post-procedurale, MI tipo 4a)

1) pazienti con livelli di troponinemia pre-procedura nella norma:
   incremento della troponina > 5 volte il valore del 99° percentile, del valore massimo di riferimento verificatosi entro 48 ore dalla procedura + evidenza di prolungata ischemia come dimostrato da uno dei seguenti elementi:
   a) dolore toracico prolungato (durata ≥ 20 min);
   b) modificazioni ischemiche del tratto ST o nuove onde Q patologiche o nuovo BBS;
   c) evidenza angiografica di complicanze limitanti il flusso;
   d) evidenza all'imaging di nuova perdita di miocardio vitale o nuove anomalie della cinesi regionale;
2) pazienti con livelli di troponinemia pre-procedura elevati, stabili o in discesa:
   incremento della troponinemia > del 20% dei valori precedenti.

Criteri per angine/SCA (cod.411.1) e/o altra diagnosi

Sintomi e/o segni strumentali di ischemia miocardica in associazione con valori di troponinemia nella norma o con movimenti anomali di troponina non configurabili nell'andamento a curva tipico dell'IMA.

Quanto sopra è stato condiviso con con il GdL regionale per l'Autorizzazione, l'Accreditamento, l'Appropriatezza e la Codifica delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie nell'incontro del 27 ottobre 2016.

ALLEGATO 4

APPROPRIATEZZA GENERICA DEI RICOVERI IN REGIME DI DAY HOSPITAL PER CHEMIOTERAPIA

La normativa vigente sulla costituzione e definizione del regime ambulatoriale complesso (MAC) pone indicazione all'esecuzione della chemioterapia in un setting prevalentemente ambulatoriale (Allegato 3 alla DGR n. IX/1479/2011, Circolare n. 14/SAN del 29.12.2011, Allegato 4 alla DGR n. IX/2946/2012).
A questo proposito, l'esperienza mutuata dagli organi di controllo delle ATS, dalla quale si evince come la varietà e la complessità di gestione delle problematiche cliniche e terapeutiche tra i vari Erogatori, costituisca nell'insieme un quadro disomogeneo, suggerisce l'opportunità di definire puntualmente in quali casi e in quali eventualità la somministrazione di chemioterapia possa avvenire in maniera da considerarsi organizzativamente appropriata anche in un setting di ricovero ospedaliero.
Tali condizioni vengono esplicitate di seguito, con esclusivo riferimento ai day hospital eseguiti unicamente al fine di somministrare la chemioterapia in un regime protetto e non ai casi in cui alla somministrazione di chemioterapia si aggiungano altre manovre o procedure interventistiche, quali ad esempio digiuno/gastro/nefrostomie, posizionamento di protesi intestinali, cateteri pielostomici od altri abbinamenti con altre prestazioni.

1. Performance status del paziente, valutato tramite la scala ECOG[1], di grado ≥ 3, ovvero nelle condizioni in cui il paziente (che sia almeno *costretto a letto o sulla sedia totalmente o comunque per più del 50% delle ore di veglia*) non è più gestibile ambulatorialmente, necessitando di allettamento.
   La performance status ECOG[1], riportata di seguito, è una scala usata per valutare l'impatto della progressione di malattia sul mantenimento delle abilità di vita quotidiana del paziente, e quindi entra in gioco nella definizione sia del trattamento che della prognosi dei singoli casi:

ECOG Performance Status*

Grade	ECOG
0	**Fully active**, able to carry on all pre-disease performance without restriction.
1	Restricted in physically strenuous activity but **ambulatory** and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work.
2	**Ambulatory** and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours.
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours.
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair.
5	Dead.

* Oken MM, Creech RH, Tormey DC et-al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. Am. J. Clin. Oncol. 1983;5 (6): 649-55.

2. Particolari condizioni psicofisiche del paziente per cui si renda necessario l'allettamento, ad esempio handicap motori gravi, complicanze scheletriche comportanti lisi o fratture patologiche ecc..
3. Necessità di assistenza e di monitoraggio in regime di ricovero protetto, ad esempio per pregresse reazioni allergiche/rechallenge, disturbi psichiatrici importanti, diatesi emorragica, emesi importante, profilassi della sindrome da lisi tumorale, cardiopatie di III classe NYHA ecc..
4. Chemioterapia concomitante a radioterapia, per le tossicità cumulative attese dalla combinazione dei trattamenti.
5. Trattamenti complessi, quali:
   - trattamenti (chemioterapia + ev. sostegno) di durata complessivamente superiore alle 8 ore;
   - chemioterapia da somministrare in infusione continua nelle 24 ore (ad esempio trabectidina, MTX, taxolo o platino in infusione continua, PEI, TIP, TPF, EPOCH, DHAP ecc.);
   - necessità di terapia idratante/antidoto specifico per un intervallo di tempo di durata superiore alle 8 ore (ad esempio ifosfamide + MESNA);
   - chemioterapici somministrati ad alte dosi (ad esempio ciclofosfamide o ARA-C, Melphalan, BEAM ad alte dosi nei trapianti di cellule staminali), con particolare riferimento all'onco-ematologia.

ALLEGATO 4

La presenza di una o più delle condizioni descritte deve essere chiaramente rintracciabile nella documentazione clinica di ricovero.

Quanto sopra è stato condiviso con il GdL regionale per l'Autorizzazione, l'Accreditamento, l'Appropriatezza e la Codifica delle Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie nell'incontro del 27 ottobre 2016.

[1] *La compagnia statunitense Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) è una delle principali organizzazioni operanti nel campo della ricerca in oncologia e conduce sperimentazioni cliniche in tutti i tipi di tumori degli adulti.*

ALLEGATO 5

CODIFICA IMPIANTO DI VALVOLA AORTICA TRANS-CATETERE (TAVI) E DI ALTRI INTERVENTI STRUTTURALI TRANS-CATETERE SULLE VALVOLE CARDIACHE

In recepimento della "*Linee Guida codifica TAVI e altre procedure TC*", di cui alla nota del Ministero della Salute n. 30216 del 19.10.2016, si dispone la parziale modifica dei disposti della DGR n. VIII/7612/2008 in riferimento al codice di procedura convenzionalmente utilizzato per indicare il trattamento chirurgico trans-catetere della patologia valvolare cardiaca in alternativa al trattamento cardiochirurgico tradizionale.

In particolare, facendo proprie le citate Linee Guida, si definisce quanto segue.

1. Il primo codice da utilizzare per le diverse tipologie di trattamento trans-catetere farà riferimento all'intervento cardiochirurgico "equivalente", che viene sostituito dall'intervento trans-catetere. Ad esempio per la TAVI, l'impianto trans-catetere di una protesi valvolare biologica in posizione aortica, sarà rappresentato dal codice ICD-9-CM specifico per l'intervento cardiochirurgico tradizionale di sostituzione valvolare aortica con protesi biologica, ovvero il codice 35.21 *sostituzione della valvola aortica con bioprotesi*.
2. Per distinguere l'intervento trans-catetere dall'intervento cardiochirurgico tradizionale si assocerà, per convenzione, al suddetto codice, anche il codice 37.22 *cateterismo cardiaco del cuore sinistro*, in considerazione della via di accesso più utilizzata, ovvero trans-arteriosa, per lo più trans-femorale, con successivo cateterismo del ventricolo sinistro.
3. Per identificare gli interventi trans-catetere con accesso cardiochirurgico mediante toracotomia, sternotomia o mini-sternotomia per via trans-apicale, trans-atriale o trans-aortica senza circolazione extracorporea, si aggiungerà, per convenzione, ai due codici precedenti anche un terzo codice, ovvero il codice 37.11 *cardiotomia*.
4. La diagnosi clinica di valvulopatia verrà codificata regolarmente utilizzando i codici specifici della classificazione ICD-9-CM, senza necessità di codici o combinazioni da adottare per convenzione.
5. Se gli interventi trans-catetere vengono eseguiti su protesi valvolari biologiche malfunzionanti, protesi precedentemente impiantate con intervento cardiochirurgico tradizionale o con intervento trans-catetere, l'intervento viene definito di "Valve In Valve" (VIV, Valvola in Valvola). Questi interventi Valve In Valve saranno quindi distinti dagli interventi trans-catetere sulle valvole native grazie alla diagnosi clinica di malfunzionamento della protesi, e cioè 996.02 *complicazioni meccaniche da protesi valvolare cardiaca* o 996.61 *infezione e reazione infiammatoria da protesi, impianti e innesti cardiaci* o 996.71 *altre complicazioni da protesi valvolari cardiache*.

A seguito del nuovo assetto di codifica, al fine di preservare la previsione di cui alla citata DGR n. VIII/7612/2008, secondo cui il rimborso complessivo (DRG + protesi) di questi episodi di ricovero non debba superare il valore degli interventi di cardiochirurgia tradizionale, si definisce che le suddette tipologie di ricovero, pur confluendo nel DRG 104 *Interventi su valvole cardiache con cateterismo cardiaco*, saranno tariffate con la medesima tariffa attualmente riconosciuta al DRG 518 *Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA (con cod. interv. 35.96)*. Il riconoscimento delle procedure in questione ai fini dell'attribuzione tariffaria sarà condotto tramite la ricerca, in abbinamento al DRG 104, del codice di procedura 37.22.

ALLEGATO 5

Schema di codifica

Valvola aortica
Valvola nativa
I diagnosi: 424.1 o 395.0/1/2/9 o 396.0/1/2/3/8/9
Procedure: TAVI - Impianto di protesi valvolare biologica trans-catetere
TAVI trans-femorale o per via succlavia: 35.21 + 37.22
TAVI trans-apicale o trans-aortica: 35.21 + 37.22 + 37.11

Protesi valvolare aortica biologica degenerata
I diagnosi: 996.02 o 996.61 o 996.71
Procedure: VIV aortica - Impianto di protesi valvolare biologica trans-catetere su protesi degenerata
VIV trans-femorale o per via succlavia: 35.21 + 37.22
VIV trans-apicale o trans-aortica: 35.21 + 37.22 + 37.11

Valvola mitralica
Valvola nativa
I diagnosi: 424.0 o 394.0/1/2/9 o 396.0/1/2/3/8/9
Procedure: Impianto di protesi valvolare biologica trans-catetere
Impianto trans-femorale o per via succlavia: 35.23 + 37.22
Impianto trans-apicale o trans-aortico: 35.23 + 37.22 + 37.11
Procedure: Valvuloplastica trans-catetere
Valvuloplastica con MitraClip: 35.12 + 37.22
Sistema di riduzione dell'anello valvolare: 35.12 + 37.22
Impianto trans-apicale di neo corde: 35.12 + 37.22 + 37.11

Protesi valvolare biologica degenerata
I diagnosi: 996.02 o 996.61 o 996.71
Procedure: VIV mitralica - Impianto di protesi valvolare biologica trans-catetere su protesi degenerata
VIV trans-femorale o per via succlavia: 35.23 + 37.22
VIV trans-apicale o trans-aortica: 35.23 + 37.22 + 37.11

Valvola tricuspide
Valvola nativa
I diagnosi: 424.2 o 397.0
Procedure: Impianto di protesi valvolare biologica trans-catetere
Impianto trans-femorale o per via succlavia: 35.27 + 37.22
Procedure: Valvuloplastica trans-catetere
Valvuloplastica con Clip o anuloplastica: 35.14 + 37.22

Protesi valvolare biologica degenerata
I diagnosi: 996.02 o 996.61 o 996.71
Procedure: VIV tricuspidale - Impianto di protesi valvolare biologica trans-catetere su protesi degenerata
VIV per via venosa trans-femorale o trans-giugulare: 35.27 + 37.22
VIV con toracotomia e accesso trans-atriale destro: 35.27 + 37.22 + 37.11

Valvola polmonare
Valvola nativa
I diagnosi: 424.3 o 397.1
Procedure: Impianto di protesi valvolare biologica trans-catetere
Impianto per via venosa trans-femorale: 35.25 + 37.22

Protesi valvolare biologica degenerata
I diagnosi: 996.02 o 996.61 o 996.71
Procedure: VIV polmonare - Impianto di protesi valvolare biologica trans-catetere su protesi degenerata
VIV per via venosa trans-femorale: 35.25 + 37.22.

ALLEGATO 6

INDICAZIONI IN AMBITO DI APPROPRIATEZZA EROGATIVA DEI SERVIZI DI MEDICINA DI LABORATORIO

Modalità organizzative

La Regione Lombardia attraverso la propria normativa di settore, a partire dalla dgr. n. 3313/2001 e s.m.i., ha inteso:

- garantire la qualità delle prestazioni di laboratorio a partire dalla fase preanalitica (modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali biologici)
- garantire all'utente ambulatoriale con l'accesso ad un unico punto della rete, anche mediante il "service", le prestazioni per cui il laboratorio è in grado di assicurare correttamente il prelievo, la conservazione e il trasporto.

È necessario ribadire la cogente necessità del rispetto di alcune modalità operative ed organizzative relative alla produzione e alla fornitura delle prestazioni di medicina di laboratorio, come precisazioni rispetto alle modalità di assolvimento di requisiti minimi già in vigore, così come di seguito riportato.

Preanalitica

Il requisito minimo autorizzativo organizzativo specifico OSLAB12, laddove recita: *"Esiste manuale delle procedure diagnostiche, contenente per ogni esame almeno: a) preparazione dell'utente agli esami; b) modalità di raccolta, trasporto e conservazione del campione …"* richiede la presenza, l'accessibilità e l'applicazione in ogni laboratorio e relativi punti prelievo di procedure che definiscano in modo esauriente le modalità preanalitiche, il cui rispetto è condizione essenziale per garantire una buona qualità globale delle prestazioni di laboratorio. Questo si applica anche per tutte le attività di prelievo, comprese quelle definite dal punto 4.3. *Prelievi di materiali biologici a completamento di altre prestazioni sanitarie,* di cui all'allegato A alla dgr n. 3993/2015.

Pertanto in tutti punti prelievo, le attività di prelievo e le situazioni di cui al citato allegato A alla dgr n. 3993/2015 devono essere presenti ed accessibili procedure che descrivano le modalità preanalitiche.

Si deve porre particolare attenzione alla conservazione dei campioni biologici dopo prelievo o acquisizione degli stessi e durante il loro trasporto sia dal luogo di prelievo, compresi i reparti di degenza sia da laboratorio a laboratorio. Devono essere definite procedure in cui si indica in modo chiaro i tempi massimi di conservazione e il range di temperatura consentita. Devono essere attivate, almeno a campione, modalità di verifica della temperatura di conservazione dei campioni durante i trasporti, in grado di documentare gli esiti e in cui sono descritte azioni da intraprendere in caso del verificarsi di condizioni non accettabili.

Riguardo i campioni biologici consegnati direttamente dagli utenti (tamponi, urine spot e 24 ore, feci, ecc.) si sottolinea che non deve essere richiesta alcuna operazione all'utente che si presenta al punto di accesso atta a ottimizzare il campione, quali, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, travaso di urine delle 24 ore, aliquotazione di campioni di feci, ecc.. Queste operazioni competono agli operatori sanitari, essendo attività preanalitica.

Ciascun laboratorio deve disporre di chiare istruzioni, multilingue, da consegnare agli utenti al fine di ottimizzare la qualità dei materiali biologici consegnati.

I tempi di adeguamento per l'assolvimento puntuale delle modalità operative sopraindicate è di 90 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento.

Controllo di Qualità Interno (Requisito minimo autorizzativo specifico OSLAB11).

Si richiama integralmente quanto previsto al riguardo dall'allegato 11 della dgr. N.VII/19688 del 3.12.2004 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2005".

Per le indicazioni operative su come istituire programmi di Controllo di Qualità Interno nei vari settori della medicina di Laboratorio è possibile far riferimento ancora al Decreto della Direzione Generale Sanità 19 dicembre 2000, n. 32856 "Linee guida su «Controllo di qualità interno nel servizio di medicina di laboratorio»".

Visto il tempo trascorso dalla definizione delle linee guida succitate e l'evoluzione tecnologica delle metodologie utilizzate nella diagnostica di laboratorio, si precisa che laddove la sopraccitata dgr N.VII/19688/2004 recita "*devono essere sempre inseriti nelle serie analitiche idonei campioni di controllo"* e

ALLEGATO 6

"*devono essere inseriti nelle serie analitiche idonei materiali di controllo positivi e negativi"* si deve intendere che non devono essere utilizzati come controlli campioni e/o materiali interni al sistema analitico che si sta utilizzando, dal momento che non ha significato che una parte del sistema controlli il sistema stesso. Sono consentite eccezioni solo nel caso in cui sia dimostrato dal laboratorio che non esistono materiali di controllo "esterni" al sistema analitico in uso.
I tempi di adeguamento per l'assolvimento puntuale delle modalità operative sopraindicate è di 90 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento.
Inoltre i controlli di qualità interni devono essere eseguiti su tutte le strumentazioni utilizzate, anche su quelle collocate al di fuori dello SMeL, a maggior ragione se utilizzate poco frequentemente.

<u>Gestione delle prestazioni in "service"</u>
Si conferma tutta la normativa vigente in materia di conferimento di campioni ad altro laboratorio e in particolare la dgr n. 1185/2013, allegato 3, sub-allegato B, punto 2 "*Prestazioni di specialistica ambulatoriale*" che al capoverso "*Medicina di Laboratorio*" recita come di seguito riportato.
"Per tutte le prestazioni di Medicina di Laboratorio, su qualsiasi materiale vengano eseguite (sangue, urine, fluidi biologici, tessuti bioptici ecc.), qualora vengano inviate ad un laboratorio esterno alla Struttura che ha eseguito il prelievo, devono essere rispettate le modalità previste dal DDG Sanità n. 42811 del 15.10.1999 "Direttive in ordine all'attività dei Laboratori di Analisi Mediche a scopo diagnostico".
È cura della Direzione Sanitaria della Struttura inviante verificare che tali prestazioni non siano eseguite anche in sede. Il laboratorio della Struttura inviante deve farsi carico di mettere in atto le procedure fornite dal laboratorio che eseguirà le prestazioni per garantire il corretto prelievo, la corretta conservazione e il corretto trasporto. Laddove esistono diverse specialistiche di laboratorio, ciascuna si farà carico delle analisi di competenza. Non è previsto dalla normativa vigente un rapporto diretto tra clinici e laboratori esterni.
Non deve esistere alcuna intermediazione tra i laboratori, fornita da ditte commerciali. In particolare si fa presente che quanto sopra vale anche laddove si tratti di analisi specialistiche su materiali bioptici.
Si rammenta che, come precisato dalla circolare 30/San del 2001, non è ammesso che il service avvenga tramite "triangolazione" ovvero che, ad esempio, il Laboratorio A invii in "service" un esame al Laboratorio B e che quest'ultimo lo invii a sua volta al Laboratorio C.
In merito alla rendicontazione delle analisi fatte eseguire in "service", si ricorda infine che nel caso in cui un utente esterno acceda con impegnativa del SSR a un laboratorio e questo laboratorio, non eseguendo direttamente una o più prestazioni, le invii in "service" a un altro laboratorio, tale impegnativa deve essere trattenuta dalla struttura presso cui è avvenuto l'accesso e che la stessa struttura debba anche provvedere a rendicontarla tramite il flusso 28San. Ovviamente le stesse analisi non devono essere rendicontate, tramite il flusso 28San, dai laboratori che hanno eseguito le analisi inviate loro in "service".
Quanto sopra esposto vale anche nel caso di laboratori che abbiano sede al di fuori della Regione Lombardia".
Visto quanto sopra, un clinico di una struttura dotata di un Servizio di Medicina di Laboratorio per avviare un esame all'esterno della struttura deve passare obbligatoriamente dal Laboratorio interno. Il fatto che un clinico di una struttura dotata di laboratorio invia campioni a un laboratorio esterno che li fa eseguire da un altro laboratorio si configura come triangolazione, anche in regime di libera professione o solvenza, e anche se si tratta di prestazioni non presenti nei LEA.

Si rammenta che l'obbligo che l'impegnativa debba essere trattenuta dalla struttura presso cui è avvenuto l'accesso, deriva dal fatto che la prescrizione SSN (impegnativa) è il documento che assolve l'obbligo della dimostrazione dell'accesso medesimo.

La Regione Lombardia, al fine di agevolare l'acceso degli utenti alle prestazioni di Medicina di Laboratorio con la dgr n. VII/3313/2001 ha disposto che un Servizio di Medicina di laboratorio *"Garantisce, anche utilizzando il "service" le prestazioni della branca "Laboratorio Analisi Chimico-cliniche e microbiologiche - Microbiologia-Virologia - Anatomia e Istologia Patologica – Genetica – Immunologia e Servizio Trasfusionale" di cui è in grado di assicurare correttamente il prelievo, la conservazione e il trasporto",* fatte salve le condizioni previste dalla citata dgr n. 3313/2001 e s.m.i..

ALLEGATO 6

A maggior ragione, quanto sopra vale anche per i pazienti ricoverati, per cui i laboratori aziendali avranno cura di verificare le necessarie modalità tecnico-professionali del prelievo e della conservazione del campione.

Attribuzione delle Prestazioni alle sottobranche di medicina di laboratorio

La d.g.r. 5640/2001: *"Integrazione alla DGR 3313/2001 "Approvazione delle direttive in ordine all'attuazione delle disposizioni di cui alla l.r. 15/1999 art. 4, comma 4, relative ai Servizi di Medicina di Laboratorio e all'attività di prelievo"* con cui si sono suddivise le prestazioni di Medicina di Laboratorio in prestazioni di base e prestazioni specialistiche attribuendole alle varie sottobranche: "Biochimica Clinica e Tossicologia", "Ematologia e Emocoagulazione", "Immunoematologia", "Microbiologia e Virologia" "Anatomia Patologica" "Citogenetica e Genetica Medica".

In considerazione dell'evoluzione tecnologica e scientifica è nel frattempo intervenuta sarebbe necessario procedere a una revisione dell'attribuzione delle prestazioni alle relative sottobranche e alla loro riclassificazione in: *di base* o *di specialistica*. Questa revisione generale viene rimandata all'entrata in vigore del nuovo nomenclatore, ma si ritiene necessario procedere ad attribuire alle varie sottobranche specialistiche le prestazioni ridefinite nell' allegato B alla d.g.r. n. IX/4716/2013, così come esplicitato nelle successive tabelle 1 e 2 parte integrante del presente provvedimento, approvato dal CReSMeL nella seduta del 28/5/2014.

L'attribuzione delle prestazioni di cui alle tabelle 1 e 2 diventa vincolante dopo un anno dalla pubblicazione del presente provvedimento.

Integrazione alla DGR 5640/01: attribuzione alle sottobranche specialistiche delle prestazioni ex allegato B alla d.g.r. n. IX/4716/2013

- le prestazioni indicate in tabella 1 codici da 91.29.A a 91.29.Z sono attribuite alla sottobranca di Genetica Medica. Pertanto possono essere eseguite unicamente in laboratori specializzati di Genetica Medica o in laboratori di base con sezione specializzata in Genetica Medica;
- la prestazioni 91.29.6 e 91.29.7 indicate in tabella 1 non sono attribuite ad alcuna specifica sottobranca in quanto si tratta di tecniche di biologia molecolare che possono essere applicate in vari contesti di laboratorio.
- le prestazioni indicate nella tabella 2 codici da 91.2A.1 a 91.2A.6 sono attribuite alle sottobranche di Anatomia Patologica e di Genetica Medica. Pertanto possono essere eseguite unicamente in laboratori specializzati o in laboratori di base con sezione specializzata nelle medesime sottobranche.
- le prestazioni indicate nella tabella 2 codici da 91.2A.7 a 91.2F.8 sono attribuite alle sottobranche di Ematologia, Genetica Medica e di Anatomia Patologica. Pertanto possono essere eseguite unicamente in laboratori specializzati o in laboratori di base con sezione specializzata nelle medesime sottobranche.

Tabella 1. Prestazioni di Genetica Medica

Codice	**Descrizione breve della prestazione**	**Laboratorio Specializzato o Sezione specializzata in:**
91.29.A	MUTAZIONI DELLA FIBROSI CISTICA. TEST DI PRIMO LIVELLO	Genetica Medica
91.29.B	MUTAZIONI DELLA FIBROSI CISTICA. TEST DI SECONDO LIVELLO	Genetica Medica
91.29.C	MUTAZIONI DELLA FIBROSI CISTICA IN FAMILIARI. TEST MIRATO	Genetica Medica
91.29.D	MUTAZIONI DEL FATTORE V LEIDEN	Genetica Medica

ALLEGATO 6

91.29.E	MUTAZIONI DEL FATTORE II	Genetica Medica
91.29.F	MUTAZIONI DI MTHFR	Genetica Medica
91.29.G	MICRODELEZIONE DEL CROMOSOMA Y	Genetica Medica
91.29.H	FRAGILITÀ DEL CROMOSOMA X (FRAXA). TEST DI PRIMO LIVELLO	Genetica Medica
91.29.I	BRCA1 E 2 REFLEX: SEQUENZIAMENTO COMPLETO E RIARRANGIAMENTO CON CONSULENZA GENETICA PRE-POST TEST	Genetica Medica
91.29.J	FRAGILITÀ DEL CROMOSOMA X (FRAXA). TEST DI SECONDO LIVELLO	Genetica Medica
91.29.K	MUTAZIONI DELLA EMOCROMATOSI	Genetica Medica
91.29.L	MUTAZIONI DELLA ALFA-TALASSEMIA	Genetica Medica
91.29.M	MUTAZIONI DELLA BETA-TALASSEMIA	Genetica Medica
91.29.N	MUTAZIONI DELLA CONNESSINA 26. TEST COMPLETO	Genetica Medica
91.29.P	MUTAZIONI DELLA CONNESSINA 26 IN FAMILIARI. TEST MIRATO	Genetica Medica
91.29.Q	MUTAZIONI DELLA CONNESSINA 30. TEST COMPLETO	Genetica Medica
91.29.R	MUTAZIONI DELLA CONNESSINA 30 IN FAMILIARI. TEST MIRATO	Genetica Medica
91.29.S	MUTAZIONI DI BRCA1. TEST COMPLETO	Genetica Medica
91.29.T	MUTAZIONI DI BRCA1 IN FAMILIARI. TEST MIRATO	Genetica Medica
91.29.U	RIARRANGIAMENTI IN BRCA1 MEDIANTE MLPA	Genetica Medica
91.29.W	MUTAZIONI DI BRCA2. TEST COMPLETO.	Genetica Medica
91.29.X	MUTAZIONI DI BRCA2 IN FAMILIARI. TEST MIRATO	Genetica Medica
91.29.Y	RIARRANGIAMENTI IN BRCA2 MEDIANTE MLPA	Genetica Medica
91.29.Z	RIARRANGIAMENTI (DELEZIONI E DUPLICAZIONI) DI ALTRI GENI UMANI MEDIANTE MLPA e tecniche assimilabili (per ciascun gene)	Genetica Medica
91.29.6	ANALISI QUANTITATIVA DI ACIDI NUCLEICI UMANI MEDIANTE PCR REAL TIME (RT-PCR) o tecniche assimilabili	
91.29.7	ANALISI DI SEQUENZA GENICHE MEDIANTE NEXT GENERATION SEQUENCING (NGS) e tecniche assimilabili	

ALLEGATO 6

Tabella 2. Prestazioni di Onco-ematologia e Oncologia molecolare

Codice	Descrizione breve della prestazione	Laboratorio Specializzato o Sezione specializzata in:
91.2A.1	MUTAZIONE DI KRAS	Anatomia Patologica / Genetica Medica
91.2A.2	MUTAZIONE DI BRAF	Anatomia Patologica / Genetica Medica
91.2A.3	MUTAZIONE DI PIK3CA	Anatomia Patologica / Genetica Medica
91.2A.4	MUTAZIONE DI PDGFRA	Anatomia Patologica / Genetica Medica
91.2A.5	MUTAZIONE DI C-KIT	Anatomia Patologica / Genetica Medica
91.2A.6	MUTAZIONE DI EGFR	Anatomia Patologica / Genetica Medica
91.2A.7	DUPLICAZIONE DI MLL	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2A.8	INV(16). TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2A.9	INV(16). TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2B.1	MUTAZIONI CEBPA	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2B.2	MUTAZIONI FLT-3 (D385)	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2B.3	MUTAZIONI FLT-3 (ITD)	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2B.4	MUTAZIONI NUCLEOFOSMINA TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2B.5	MUTAZIONI NUCLEOFOSMINA TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2B.6	RIARRANGIAMENTO IgH TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2B.7	RIARRANGIAMENTO IgH TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica

ALLEGATO 6

91.2B.8	RIARRANGIAMENTO IgK TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2B.9	RIARRANGIAMENTO IgK TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2C.1	RIARRANGIAMENTO TCR B TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2C.2	RIARRANGIAMENTO TCR D TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2C.3	RIARRANGIAMENTO TCR G TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2C.4	RIARRANGIAMENTO TCR B TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2C.5	RIARRANGIAMENTO TCR D TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2C.6	RIARRANGIAMENTO TCR G TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2C.7	T(1;19) TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2C.8	T(1;19) TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2C.9	T(12;21) TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2D.1	T(12;21) TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2D.2	T(4;11) TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2D.3	T(4;11) TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2D.4	T(8;21) TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2D.5	T(8;21) TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2D.6	WILMS TUMOR1 TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2D.7	MUTAZIONI GENE IgHV	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2D.8	T(9;22) TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica

ALLEGATO 6

91.2D.9	T(9;22) TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2F.1	T(15;17) TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2F.2	T(15;17) TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2F.3	ANALISI MICROSATELLITI TX-ETEROLOGO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2F.4	T(11;14)	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2F.5	T(14;18) TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2F.6	T(14;18) TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2F.7	MUTAZIONE JAK2 V617F TEST QUALITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica
91.2F.8	MUTAZIONE JAK2 V617F TEST QUANTITATIVO	Ematologia / Genetica Medica/ Anatomia Patologica

Necessità di acquisizione del consenso informato per le prestazioni laboratoristiche di Genetica Medica

Nell'allegato B alla d.g.r. n. IX/4716/2013 viene indicata una serie di prestazioni di Genetica medica per le quali è necessaria l'acquisizione del consenso informato secondo le modalità riportate in allegato C della medesima d.g.r. e nella Circolare Regionale 28 maggio 2013 n. 13.

Si precisa che le disposizioni della d.g.r. e della circolare sopra richiamate si applicano a tutte le prestazioni di genetica medica a scopo diagnostico che riguardano mutazioni germinali, anche se queste non sono esplicitamente riportate nell'allegato B, prima parte "Genetica medica", elencate anche nella tabella 1 di questo allegato.

Per le prestazioni che riguardano mutazioni somatiche non è obbligatoria l'acquisizione del consenso informato secondo le modalità riportate in allegato C della d.g.r. 4716/2013 e in Circolare 13/SAN 2013.

Il consenso informato non è inoltre obbligatorio per le prestazioni 91.29.6 "Analisi Quantitativa Di Acidi Nucleici Umani Mediante PCR Real Time (RT-PCR)" e 91.29.7 "Analisi Di Sequenza Geniche Mediante Next Generation Sequencing (NGS)" qualora queste tecniche vengano applicate, a scopo diagnostico, per la ricerca di mutazioni somatiche.