



Ministero della Salute



Regione Lazio

PROGRAMMA SPERIMENTALE DI ODONTOIATRIA SOCIALE PER GLI ANZIANI

Protocollo per le Unit Operative di Terapia

Il Ministero della Salute e la Regione Lazio hanno stipulato un accordo per la sperimentazione di un programma di assistenza odontoiatrica, denominato "Odontoiatria Sociale per gli Anziani". Il progetto prevede l'erogazione gratuita di protesi agli anziani socialmente deboli con gravi difficoltà di masticazione. I beneficiari del programma sono i cittadini residenti nella Regione Lazio di et pari o superiore a 65 anni con edentulia completa o parziale (non più di 5 elementi dentali nel cavo orale) e senza protesi, con reddito complessivo per nucleo familiare non superiore a € 6.713,98 se solo/a e non superiore a € 11.271,39 se coniugato/a. Gli anziani in possesso dei requisiti suddetti potranno accedere al programma previa valutazione clinica da parte di Unità Operative Pilota (UOP) individuate fra i principali centri odontoiatrici pubblici della Regione, le quali hanno anche il compito di definire il piano di trattamento individuale da realizzare. L'anziano, in caso di valutazione positiva da parte della UOP, pu effettuare l'intervento protesico presso un ambulatorio odontoiatrico pubblico o privato (Unità Operativa di Terapia-UOT), scelto fra quelli che hanno aderito al programma.

Per partecipare al programma i singoli ambulatori odontoiatrici pubblici o privati devono:

- essere in regola con i requisiti di legge vigenti per l'esercizio dell'odontoiatria;
- operare in ambulatori autorizzati ed in regola con le norme sulla sicurezza degli impianti e sulla radioprotezione;
- avvalersi di laboratori odontotecnici autorizzati dal Ministero della Salute e che forniscono dispositivi medici conformi a quanto previsto nel D.Lgs. n. 46/97 di attuazione della Direttiva CEE 93/42.

Compiti delle UOT - Le Unità Operative di Terapia hanno il compito di:

- 1) richiedere il consenso dell'anziano al trattamento all'intervento definito dall'Unità Operativa Pilota (vedi fac-simile moduli consenso);
- 2) effettuare l'intervento secondo il piano di trattamento proposto dalla UOP (gli interventi protesici su impianti possono essere effettuati esclusivamente da UOT pubbliche);
- 3) certificare l'effettuazione dell'intervento protesico attraverso la compilazione di un semplice modulo in possesso dell'anziano;
- 4) inviare, dopo la realizzazione dell'intervento, l'anziano alla UOP che ha effettuato la valutazione iniziale per la verifica clinica del trattamento;
- 5) effettuare, in caso di necessità, interventi correttivi;
- 6) inviare la fattura riferita al trattamento all'Agenzia di Sanità Pubblica;
- 7) conservare presso il proprio studio la dichiarazione di conformità rilasciata dal laboratorio odontotecnico che ha realizzato il manufatto e consegnare all'anziano l'attestato "tecnico-clinico" contenente le informazioni fornite dal Laboratorio (vedi modulo allegato).

Modalità di partecipazione

Tutti gli ambulatori odontoiatrici pubblici che effettuano interventi di protesi mobile e/o su impianti partecipano al programma come UOT e inviano all'Agenzia di Sanità Pubblica la scheda di partecipazione contenente i requisiti da soddisfare, le attività da svolgere e la quota di rimborso per l'intervento protesico, firmata dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria cui afferiscono.

Gli ambulatori odontoiatrici privati, per essere inclusi nel programma come UOT, devono sottoscrivere un modulo di adesione contenente i requisiti da soddisfare, le attività da svolgere e la quota di rimborso per l'intervento protesico da inviare all'Agenzia di Sanità Pubblica.

La scheda di partecipazione o il modulo di adesione devono pervenire, **entro e non oltre il 12 maggio 2003**, alla sede dell'Agenzia di Sanità Pubblica, Via di S. Costanza, 53-00198 Roma. Sulla busta va apposta la dicitura: Programma di Odontoiatria Sociale per gli Anziani.

Le adesioni pervenute all'ASP dopo tale data o incomplete non verranno accettate.

N.B.: Il modulo di adesione al programma può essere ritirato presso l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri Provinciali, presso le Associazioni odontoiatriche di categoria o scaricato dal sito dell' Agenzia di Sanità Pubblica: www.asplazio.it.

FAC-SIMILE

**Dichiarazione di ricevuta informazione
e consenso ad intervento di**

PROTESI MOBILE

Sig./Sig.ra _____ nato/a _____
il _____

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già espressi verbalmente nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

Descrizione dell'intervento

Protesi Parziale: applicazione di una protesi mobile con appoggio mucoso e su elementi dentali residui.

Protesi Totale: applicazione di protesi mobile con appoggio sulla sola mucosa orale. Tali protesi vengono costruite su modelli derivati da impronte di precisione rilevate sul paziente.

Benefici

Permettono il ripristino della funzione masticatoria e, ove possibile, dell'aspetto estetico.

Rischi Specifici

L'appoggio mucoso della protesi mobile può nel corso del tempo provocare un incremento del riassorbimento osseo delle creste alveolari del mascellare superiore ed inferiore.

Complicazioni

Le complicazioni derivanti da queste protesi possono essere numerose, ma nella maggior parte dei casi non particolarmente rilevanti. Si possono avere lesioni mucose da decubito, dolenza degli elementi dentali portanti gli appoggi nella protesi parziale, maggior sensibilità degli stessi alla carie ed ai problemi parodontali.

Nella protesi totale il problema più sentito è la instabilità che spesso è collegata a situazioni anatomiche e funzionali del paziente anche variabili nel tempo.

Un non corretto uso delle protesi mobili, con particolare riferimento ad una igiene orale insufficiente, può provocare infezione delle mucose orali.

Sono descritti rarissimi casi di patologie tumorali a carico delle mucose orali nei portatori di protesi mobile.

Materiali

Resina acrilica, denti del commercio o personalizzati in resina acrilica e materiale composito. Questi materiali possono avere in soggetti predisposti effetti allergizzanti a breve o a lungo termine.

Alternative

Ove possibile la protesi fissa oppure ricostruzioni protesiche complesse. In certi casi la Chirurgia Implantare (osteointegrata) risolve in maniera soddisfacente i problemi legati alla mobilità.

Altre informazioni su richiesta del paziente

Io sottoscritto/a _____
dichiaro di essere stato/a informato/a e di avere compreso lo scopo e la natura dell'intervento di **protesi mobile** indicato nel modulo in oggetto e di avere, altresì, consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento.
Presto pertanto il mio consenso alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

_____ li, _____

Firma del paziente _____

Timbro e Firma dell'odontoiatra _____

FAC-SIMILE

**Dichiarazione di ricevuta informazione
e consenso ad intervento di**

CHIRURGIA IMPLANTARE OSTEOINTEGRATA

Sig.ra/Sig. _____ nato/a a _____
(Prov.) _____ il _____

Gentile paziente, in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già espressi verbalmente nel corso della visita, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso alla esecuzione delle terapie prescritte e concordate.

Descrizione dell'intervento

L'intervento di chirurgia implantare osteointegrata consiste nell'inserimento chirurgico di una o più radici artificiali (viti in titanio) nell'osso mandibolare mascellare per ottenere un supporto protesico variamente utilizzabile per protesi fissa o mobile. Nella tecnica a "vite sommersa" è necessario un secondo intervento chirurgico dopo un periodo dimesi per l'attivazione dell'impianto.

Descrizione specifica dell'intervento

Benefici generici

Si ottiene la possibilità di sostituire elementi dentali mancanti o di stabilizzare protesi mobili.

Benefici specifici

Rischi generici

Si ha conoscenza limitata del comportamento delle viti nel lungo periodo; la percentuale di successo è variabile (85-90%); sono necessari due o più interventi chirurgici; il tempo di completamento della terapia non è immediato.

Risultati estetici ottimali e duraturi talvolta sono difficili da ottenere.

Rischi Specifici

Caratteristiche dei materiali

Titanio chirurgico o leghe di titanio. Si tratta di materiali utilizzati con successo da decenni anche in altre branche della medicina (es. ortopedia).

Complicazioni possibili

Sono legate all'intervento chirurgico: infiammazione, infezione, dolore ed emorragia, di norma controllabili a domicilio.

Si possono ledere strutture anatomiche quali nervo alveolare inferiore o seno mascellare, ma questo è reso molto improbabile da una corretta diagnosi radiografica pre-operatoria.

Gli impianti possono essere perduti per non osteointegrazione o infezione nei primi mesi.

Non è descritto in letteratura alcun fenomeno di rigetto; si possono invece verificare cedimenti delle componenti implantari aggiunte e proteiche (es. piccole viti di serraggio).

Alternative

Altre informazioni su richiesta del paziente

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di essere stato/a informato/a e di aver compreso lo scopo e la natura dell'intervento di chirurgia implantare osteointegrata indicato nel modulo in oggetto e di avere altresì la consapevolezza dei rischi e delle complicazioni che potrebbero derivare od essere connesse al predetto intervento.

Presto pertanto il mio assenso all'intervento ed alle terapie che mi sono state illustrate e spiegate.

_____ lì, _____

Firma del paziente _____

Timbro e Firma dell'odontoiatra _____

FAC-SIMILE

ATTESTATO TECNICO-CLINICO

Io sottoscritto Dott. _____

ATTESTO

che la protesi del Sig./Sig.ra _____
come da dichiarazione di conformità n.....del Laboratorio Odontotecnico
registrato presso il Ministero della Salute con il n..... è stata
fabbricata dal predetto Laboratorio nel rispetto dei requisiti essenziali
di sicurezza e qualità di cui agli allegati I e VIII della Direttiva
93/42/CEE utilizzando i seguenti materiali:

La suddetta dichiarazione di conformità è conservata agli atti del mio
studio ed è a disposizione dell'assistito per i prossimi cinque anni.

_____lì, _____

Timbro e Firma
