

Regolamento concernente il sussidio di cure dentarie per pazienti a beneficio delle prestazioni complementari all'AVS/AI

1. INFORMAZIONI GENERALI

I beneficiari di prestazioni complementari hanno diritto al rimborso delle spese di cure dentarie nei termini descritti dalla legislazione cantonale di applicazione della LPC (LaLPC e relativo regolamento; RL 6.4.5.3. e 6.4.5.3.1.).

In particolare, i trattamenti dentari sono sussidiati se aderiscono ai criteri di semplicità, adeguatezza ed economicità. Per il rimborso è determinante la tariffa dell'assicurazione infortuni, dell'assicurazione militare e dell'assicurazione invalidità (tariffa AINF/AM/AI) per gli onorari delle prestazioni dentarie e la tariffa AINF/AM/AI per i lavori di tecnica dentaria. Per le prestazioni fatturate da igieniste e igienisti dentali indipendenti è applicabile la tariffa raccomandata da Swiss Dental Hygienists.

Il presente regolamento intende essere d'ausilio ai medici-dentisti nell'interpretazione dei criteri di sussidio riferiti alle diverse fattispecie.

2. PROCEDURA E FORMULARIO UFFICIALE

2.1. Cure dentarie di costo uguale o superiore a CHF 3'000.-

Per questi trattamenti è necessario allestire un preventivo.

Il preventivo deve essere redatto utilizzando l'apposito formulario ufficiale predisposto allo scopo dalla Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG (di seguito: Cassa). Il preventivo, oltre all'eventuale stima dei costi di laboratorio ed alla relativa documentazione radiografica (ev. fotografica) di supporto, deve essere inviato al Servizio prestazioni complementari della Cassa.

È consigliabile attendere il benestare della Cassa prima di iniziare il trattamento; caso contrario una partecipazione alle spese potrebbe non essere garantita. Sono riservate le eventuali cure d'urgenza.

2.2. Cure dentarie di costo inferiore a CHF 3'000.-

Questi trattamenti possono, per principio, essere eseguiti senza l'invio del preventivo, a condizione che aderiscano ai requisiti di semplicità, adeguatezza ed economicità previsti dalla succitata legislazione. L'invio del preventivo è però raccomandato laddove il trattamento prevede l'inserimento di una protesi mobile, di un ponte fisso, di una corona o di un impianto.

2.3. Formulario ufficiale per il preventivo

Per la redazione del preventivo, occorre far capo al formulario ufficiale allestito allo scopo dalla Cassa (e non a quello di altri enti assicurativi). Il formulario deve essere compilato in modo completo e corretto in tutti i suoi punti; particolare attenzione va riservata alla corretta numerazione dei denti.

Il formulario – e gli eventuali supporti radiografici – devono consentire ai nostri medici-dentisti periti di capire e valutare chiaramente il caso (è sufficiente che qualche indicazione sia riportata in modo errato per generare confusione e conseguente perdita di tempo, con evitabili scambi di corrispondenza); in particolare:

- i punti 2 e 3 del formulario devono permettere di comprendere la situazione dentale iniziale;
- il punto 4 deve riportare le cure eseguite in urgenza;
- al punto 5 deve risultare un riassunto della cura che si intende eseguire, esempio:
 - a) *cure conservative ai denti 15mod, 14occ, 26ric, 35b, 44od*
 - b) *cura radicolare ai denti 15 e 44*
 - c) *protesi scheletrata parziale nel mascellare superiore*

Il preventivo, sia per le prestazioni del dentista che dell'odontotecnico, deve essere redatto conformemente al tariffario AINF/AM/AI: accanto ad ogni posizione tariffale deve figurare la descrizione del trattamento, il numero del dente a cui si riferisce la prestazione, il numero dei punti ed il valore del punto applicato.

È consigliabile che sia il medico dentista a compilare il formulario o, perlomeno, che lo stesso provveda ad un suo scrupoloso controllo prima dell'invio.

3. CRITERI DI SUSSIDIO

3.1. Premessa

In generale, per la pianificazione di una terapia, occorre considerare la disponibilità del paziente ad una corretta igiene orale. Una buona o cattiva collaborazione del paziente può, infatti, influire considerevolmente sulla prognosi generale della dentatura; di conseguenza il piano di cura dovrebbe essere adattato affinché siano effettuate solamente cure che offrono una garanzia di durata nel tempo.

I medici dentisti possono consultare le raccomandazioni dell'Associazione dei medici dentisti cantonale della Svizzera (AMDCS), reperibili sul sito www.kantonszahnaerzte.ch, le quali non sono tuttavia vincolanti.

3.2. Prestazioni riconosciute, in genere

• Documentazione diagnostica

Consultazioni:

Sono rimborsate le spese per le consultazioni iniziali o periodiche (pos. 4.0000-4.0050). Non sono, per contro, sussidiate eventuali consultazioni mancate (pos. 4.0130/4.0140) ed il colloquio con il paziente/genitore (pos. 4.0120).

Documentazione radiografica/fotografica:

Sono rimborsate le radiografie apicali o di tipo "bitewings" (pos. 4.0500), come pure l'ortopantomografia (pos. 4.0530) per le casistiche più complesse.

Eventuali fotografie (pos. 4.0970) sono indicate e accordate qualora la documentazione radiografica non sia di supporto sufficiente per giustificare la proposta di cura.

La tomografia volumetrica digitale (DVT) e la tomografia computerizzata (TAC) non sono considerate mezzi diagnostici semplici ed economici; di conseguenza non sono sussidiate.

Per la diagnosi della carie spesso sono sufficienti 2 radiografie di tipo "bitewings"; per i denti frontali, eventualmente delle fotografie.

La documentazione radiografica e fotografica – per consentire una corretta diagnosi e verifica delle patologie che si intendono curare – deve essere di buona qualità e riportare la data di esposizione e il numero del dente.

Il medico dentista è invitato ad astenersi dall'inoltrare radiografie di qualità insufficiente, sottosposte o sovraesposte o dove gli apici dei denti non sono visibili.

Compilazione del formulario:

È accordata la posizione 4.0400.

• Igiene dentale – trattamenti parodontali

Per l'igiene/pulizia/detartrasi sono di regola sussidiate, per anno civile, al massimo:

- 1 ora di prestazioni dell'igienista alle dipendenze di uno studio dentistico (pos. 4.1110/4.1120 x 12), oppure;
- 1 ora di prestazioni dell'igienista indipendente (pos. 9002/9700 x12), oppure;
- 20 minuti di prestazioni del medico-dentista (pos. 4.1250/4.1260 x 4).

La fluorazione, gli articoli ed i materiali di profilassi non sono riconosciuti.

I trattamenti parodontali sono sovvenzionati solamente in casi eccezionali.

Per la tassa base di disinfezione del posto di lavoro, fatturata da igieniste e igienisti dentali indipendenti (pos. 9000), è applicato un punteggio tariffale di 13.9 punti.

- **Cure conservative – endodonzia**

Le otturazioni sono accordate unicamente in caso di carie conclamata; qualora la presenza della carie non fosse riscontrabile sulla documentazione radiografica, devono essere esibite delle fotografie di supporto.

Per i difetti cuneiformi che non mettono in pericolo la vitalità del dente, come pure per la sostituzione – per ragioni estetiche – di vecchie amalgame ancora funzionali, non sono previsti sussidi.

Nel caso in cui il piano di cura prevedesse il trattamento di più denti, per questioni di economicità, occorre prevedere un risanamento per quadrante/sestante, limitando il numero delle anestesie e delle applicazioni della diga, nonché esponendo le posizioni tariffali previste per le ulteriori otturazioni nella medesima seduta.

Sono fatturabili, al massimo, una mordenzatura ed un'applicazione dell'adesivo dentinale (pos. 4.5800, 4.5810) per ogni dente otturato.

Un trattamento radicolare è accordato unicamente se l'intervento permette di evitare l'estrazione di un dente strategicamente importante, la cui ricostruzione con materiale d'otturazione è possibile con una buona prognosi di durata nel tempo.

- **Protesi amovibili**

Le protesi sono accordate qualora la facoltà masticatoria non è garantita (presenza di meno di 10 paia di denti antagonisti) e/o per questioni di natura estetica (sostituzione di denti anteriori 13-23 / 33-43).

Qualora un paziente con edentulia non porta alcuna protesi, nello status deve essere indicato da quanto tempo la protesi è assente ed il relativo motivo.

Protesi parziale scheletrata (4.6120)

La protesi scheletrata è accordata a condizione che, nella sua pianificazione, si tenga particolarmente conto dello stato della dentatura residua. Al fine di non causare, a breve termine, l'insorgere di ulteriori spese evitabili per la modifica del manufatto protesico, tutti gli elementi compromessi o che non danno più garanzia di durata nel tempo devono essere rimossi.

Protesi parziale in resina con ganci in filo (4.6110)

La protesi in resina con ganci in filo, più facilmente trasformabile rispetto ad una scheletrata in caso di perdita di ulteriori denti, è indicata e accordata quando parte della dentatura residua non è compromessa in modo tale da prevedere estrazioni a breve termine, ma non dà neppure garanzia di durata a lungo termine.

Protesi totale (4.6000)

Protesi provvisorie (4.6010/4.6100)

La protesi provvisoria è sovvenzionata solamente per la sostituzione di denti estratti in zona estetica.

Protesi ibrida (4.6150)

La protesi ibrida "Perio-Overdenture" non è riconosciuta in quanto non aderisce ai criteri di semplicità ed economicità.

Protesi con ancoraggi di tipo "Dalbo-rotex" o cappe radicolari sono considerate, a dipendenza dell'estensione del manufatto protesico, protesi parziali scheletrate (4.6120), oppure protesi totali (4.6000).

Ancoraggi

In caso di necessità, sono accordati ancoraggi di tipo "Dalbo-rotex"; le cappe radicolari sono sussidiate solamente in casi eccezionali.

Ribasaggi

Il ribasaggio di una protesi è accordato in caso di estrazioni multiple recenti (che causano un conseguente riassorbimento osseo importante nel corso dei successivi 6 mesi) e/o in caso di necessità a distanza di 4-5 anni dall'esecuzione del manufatto protesico o dalla precedente ribasatura.

La perdita ponderale (anche se importante), non è considerata quale giustificazione per un'eventuale ribasaggio.

Durata e diritto alla sostituzione di una protesi

La durata minima è stimata in 5 anni per una protesi parziale e in 10 anni per una protesi totale; l'eventuale diritto ad una sua sostituzione non può essere preteso prima di questa scadenza.

Nel caso in cui la protesi risulti prematuramente inutilizzabile a seguito di una violazione del dovere di diligenza, oppure sia stata smarrita per negligenza da parte dell'assicurato, la Cassa può richiedere a quest'ultimo di contribuire in parte o totalmente alle spese per la sua sostituzione.

• Corone, ponti fissi e impianti

L'inserimento di corone (cerec e intarsi compresi), di ponti fissi o di impianti non rispondono di regola ai criteri di semplicità, adeguatezza ed economicità e pertanto gli stessi sono sovvenzionati unicamente in casi eccezionali, in particolare:

- l'esecuzione di una corona può essere accordata, qualora non sia possibile ricostruire durevolmente il dente con una soluzione più economica (ricostruzione in composito). La dentatura deve essere completa e ben mantenuta e il dente strategicamente importante.
- per la sostituzione di un dente singolo in zona frontale può essere accordata l'esecuzione di un ponte adesivo (di tipo "Maryland") se la dentatura è completa e ben mantenuta. Ponti in resina provvisori o a lungo termine non sono sovvenzionati in quanto non offrono garanzia di durata nel tempo.

- l'inserimento di impianti, limitatamente al mascellare inferiore edentulo, è accordato nel caso in cui l'atrofia dell'osso è così avanzata che risulta impossibile una tenuta sufficiente della protesi con i sistemi classici. L'atrofia deve essere documentata con un'ortopantomografia e dei modelli di studio.

- **Ferula**

La confezione di una ferula di regola non risponde ai criteri di semplicità ed economicità; essa è riconosciuta solamente in casi eccezionali, in presenza di una chiara sintomatologia MAP (mioartropatia), che deve essere documentata con un reperto funzionale.

- **Ortodonzia**

Le disposizioni concernenti il sussidio delle cure ortodontiche sono disciplinate con regolamento separato.

4. RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE PARZIALE ALLE SPESE

Qualora l'assicurato desidera eseguire un tipo di cura più costoso e più complesso, prendendosi a carico la differenza dei costi, la Cassa è disposta a valutare una partecipazione alle spese corrispondente al valore di una soluzione semplice, adeguata ed economica.

Il tal caso il trattamento previsto deve essere ragionevolmente sostenibile ed evitare presumibilmente l'insorgere di ulteriori costi negli anni a seguire; ad esempio:

- un assicurato avrebbe le condizioni (presenza di meno di 10 antagonisti) per il sussidio di una protesi parziale inferiore (soluzione semplice, adeguata ed economica) ma desidera eseguire una soluzione di tipo fisso, con l'inserimento di impianti nel 3° quadrante (soluzione più costosa e complessa).

In questo caso la Cassa sarebbe disposta ad elargire una partecipazione alle spese corrispondente al valore della protesi, a condizione che la dentatura residua nel mascellare inferiore sia sana e dia garanzia di durata nel tempo.

Per la richiesta di rimborso, il preventivo deve essere redatto conformemente al tipo di trattamento che si intende realmente eseguire, indicando espressamente che si richiede una partecipazione alle spese corrispondente ad un tipo di soluzione semplice, adeguato ed economico. Anche le prestazioni fatturate nella rispettiva nota d'onorario dovranno corrispondere alle cure effettivamente eseguite.

5. PAZIENTI NON COLLABORATIVI

Per gli assicurati che non dimostrano attenzione alla loro dentatura, di fronte al continuo recidivare di carie e/o a ripetute cure dentarie a distanza ravvicinata, la Cassa può decidere di accordare unicamente delle cure radicali (estrazioni dei denti che causano dolore). Per tale ragione è bene che il medico dentista valuti se sia il caso di allestire complicati piani di cura per pazienti che non dimostrano una sufficiente collaborazione alla profilassi.

6. BENESTARE

Un preventivo dei costi approvato dalla Cassa non è da considerarsi una garanzia della copertura dei costi.

La persona assicurata può tuttavia partire dal presupposto che non vi saranno obiezioni di natura tecnica a qualsiasi trattamento corrispondente al preventivo dei costi approvato.

Un rimborso integrale è possibile unicamente se lo ammette la quota disponibile, se non vi sono eccedenze negli introiti e se fundamentalmente esiste un diritto alla prestazione complementare all'AVS/AI.

7. VARIAZIONI AL PIANO DI CURA

Nel caso in cui si dovesse presentare l'esigenza di dover apportare delle modifiche di una certa entità al piano di cura già approvato, la Cassa deve esserne tempestivamente informata per l'eventuale approvazione.

8. RISERVE

La Cassa può imporre delle riserve per eventuali sussidi futuri qualora la prognosi del trattamento in questione non esclude a priori l'insorgere di ulteriori costi a breve-medio termine altrimenti evitabili, come pure subordinare eventuali ulteriori sussidi ad un'adeguata profilassi da parte del paziente.

9. INFORMAZIONI AL PAZIENTE

Pur conoscendo la delicatezza del rapporto medico-paziente, invitiamo i medici-dentisti a voler sensibilizzare i pazienti affinché li informino di essere al beneficio delle prestazioni complementari all'AVS/AI: ciò consentirà sia al dentista che all'assicurato stesso un miglior approccio nell'allestimento del piano di cura e l'assicurato potrà meglio comprendere il concetto di cura dentaria nell'ambito delle assicurazioni sociali.

Sulla decisione di prestazione complementare all'AVS/AI trasmessa all'assicurato è già indicato che le cure dentarie sono sussidiate unicamente se aderiscono ai criteri di semplicità, adeguatezza ed economicità.

10. FATTURAZIONE

La nota d'onorario a cura ultimata deve essere intestata al paziente o, se del caso, al rispettivo rappresentante legale.

Fatturazioni intermedie non sono accettate, salvo nel caso di interruzione definitiva o prolungata della cura; in tal caso, vanno indicati i motivi della sospensione del trattamento.

La fattura deve essere redatta conformemente al tariffario AINF/AM/AI e le prestazioni vanno esposte in ordine cronologico; accanto ad ogni posizione tariffale devono figurare la data di esecuzione, la descrizione del trattamento, il numero del dente a cui si riferisce la prestazione, il numero dei punti ed il valore del punto applicato.

La fattura dell'odontotecnico deve essere sempre allegata; si ricorda che è compito del medico dentista curante (ed in subordine dell'ente assicurativo), verificare che le prestazioni di laboratorio fatturate corrispondono ai lavori effettivamente eseguiti.

Le spese sono rimborsate, di regola, alla persona assicurata o al suo rappresentante legale (sistema del terzo garante).

Il decreto esecutivo concernente le prestazioni complementari, rilasciato annualmente dal Consiglio di Stato, disciplina le eccezioni (RL 6.4.5.3.1.1.).

Entrata in vigore: 1. maggio 2022

Bellinzona, 27 aprile 2022

Istituto delle assicurazioni sociali
Cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG
Ufficio delle prestazioni
Il Capoufficio


Pierluigi Zuccolotto